anjarti
SCENARIO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

XII CONGRESSO NAZIONALE

IL CITTADINO COME CLIENTE
L'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA

VINCOLI ECONOMICI E RISULTATI ASSISTENZIALI NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA DOPO LA RIFORMA DEL S.S.N.

BOLOGNA, 23-25 NOVEMBRE 1993

L'ANIARTI, L'ETICA DELLA SALUTE E L'EVOLUZIONE SOCIALE, ECONOMICA E SANITARIA NEL NOSTRO PAESE

ELIO DRIGO
I.P.S.A.F.D. - Presidente Aniarti

Ci siamo proposti di riflettere sul nostro ruolo di soggetti e di associazione infermieristica nei confronti di un'etica per la salute.

Il tutto legato al contesto nel quale viviamo, alla realtà da cui siamo nati ed in cui dobbiamo contribuire con la nostra soggettività e responsabilità.

Il tema di questo congresso rappresenta un processo di continuità con quanto abbiamo detto al convegno dell'anno scorso sul tema della responsabilità. Non dobbiamo pensare alla responsabilità solo in termini di codici o di leggi che riguardano le azioni dei singoli, ma anche in termini di impegno nell'evoluzione e di libertà nella ricerca della salvaguardia dell'uomo innanzitutto.

Nella convinzione profonda del valore di queste considerazioni, quest'anno ci impegnamo nello studio e nella riflessione sulla attuale realtà sanitaria nazionale.

Le ultime leggi in materia stanno producendo adesso una considerevole trasformazione dell'assetto sanitario che, a nostro avviso, se da una parte può rappresentare un fattore di razionalizzazione, dall'altra può provocare una regressione in termini di civiltà in seguito alla logica su cui questa trasformazione si fonda; e vedremo perché.

Questo intervento introduttivo si articola in 5 parti:

— un inquadramento della tematica;
— un'analisi storica sinottica di alcuni fattori illuminanti per il nostro tema;
— alcune considerazioni per noi infermieri;
— linee di fondamenti ed orientamenti per l'etica infermieristica oggi;
— l'Aniarti, qui e oggi.

La situazione ed il problema della sanità italiana si possono comprendere meglio se si collocano nel loro contesto naturale, se si conoscono altri fattori interagenti o condizionanti.

Prenderemo perciò in esame le situazioni e gli eventi socio-culturali ed economici del nostro paese.

Riteniamo che fondamentalmente il pensiero e le risorse disponibili possono essere considerati il motore dell'evoluzione di un gruppo sociale.

La sanità, strumento del vivere, del perpetuarsi e progredire di un grup-

po, dipende certo dalle risorse disponibili ma anche dal pensiero che ne guida l'utilizzo.

Gli ultimi 40-50 anni della nostra storia hanno rappresentato la più rapida e radicale trasformazione complessiva nella vita delle persone e del nostro paese nel suo insieme.

La fine degli anni 40 e gli anni 50.

L'Europa è sconvolta e trasformata dalla seconda guerra mondiale.

Il mondo occidentale soprattutto si trova nella situazione di doversi dare delle nuove regole. Nasce l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e, verso la fine degli anni '50 la Comunità Economica Europea (CEE).

A) In Italia, sotto l'aspetto socio-culturale, dopo la sconfitta della guerra si cerca di realizzare una convivenza democratica, di girare pagina e ricostruire il paese superando le divisioni ideologiche.

B) A livello economico è la fase del recupero delle risorse per l'industrializzazione e la creazione di strutture.

C) La salute, definita dall'OMS non più come assenza di malattia ma con l'ormai famoso «benessere fisico, mentale e sociale» è sancita dalla Costituzione come diritto universale. La struttura sanitaria è modesta e sono da affrontare problemi di igiene, di alimentazione, malattie endemiche, ambienti di vita malsani, povertà diffusa.

Le infermiere italiane costituiscono in questi anni le libere associazioni storiche: CNAIOSS, ACOS e FIROS. Il periodo di regime fascista aveva cancellato anche i primi tentativi di organizzazione professionale. Vengono istituiti i Collegi Provinciali delle Infermiere Professionali, Vigilatrici d'Infanzia e Assistenti Sanitarie Visitatrici e la Federazione Nazionale dei Collegi.

Gli anni '60

A) Il livello culturale della popolazione italiana cresce. Circolano informazioni anche grazie alla televisione e alla diffusione della scolarizzazione.

Il confronto democratico ha perduto i toni accesi del primo dopoguerra.

B) Sul versante economico il mondo industriale comincia a strutturarsi, l'imprenditorialità si consolida ed inizia il fenomeno dell'immigrazione interna con sposatamenti soprattutto dalle regioni meridionali verso le industrie del nord.

Gli anni 60 rappresentano il famoso «boom economico» del «miracolo italiano».

C) Il miglioramento delle condizioni di vita e la scolarizzazione migliorano anche la salute complessiva degli italiani.

L'organizzazione sanitaria si struttura e la «medicina» diventa soprattutto curativa.

Vengono emanati alcuni decreti a carattere organizzativo e di ordinamento delle strutture ospedaliere e del personale sanitario (L. n. 132 del 12 febbraio 1968 e D.P.R. n. 128, 129, 130 del 27 marzo 1969).

Gli anni '70

A) La società esce dagli anni '60 con la coscienza di aver prodotto una radicale trasformazione del paese in senso economico ma anche in senso culturale ed ideologico.

La società italiana è decisamente industrializzata.

Questi sono gli anni in cui cominciano ad instaurarsi rapporti non sempre trasparenti tra industria e politica, mentre l'idea di giustizia si avvicina di più all'idea di solidarietà sociale.

Si consolida l'idea del «Welfare State» e, forse l'insoddisfazione generalizzata per quello che si sarebbe potuto fare e non è stato fatto, provoca una situazione di «contestazione» diffusa, la quale radicalizzandosi, favorisce la nascita del «terrorismo» estremistico.

B) Sotto il profilo economico lo sviluppo dei paesi occidentali fino agli anni '70 è stato possibile grazie all'energia petrolifera a basso costo.

I paesi arabi provocano la «crisi del petrolio» inducendo l'innalzamento dei prezzi da parte dei paesi produttori.

Si sviluppa l'attenzione per i problemi ecologici, per quelli legati all'industrializzazione e per i problemi legati alla necessità di risparmio energetico.

C) Sul fronte della sanità gli anni '70 vedono una stabilizzazione dell'organizzazione strutturale.

Il vasto movimento sorto per la tutela dei diritti civili porta al varo della «Riforma Sanitaria», la famosa 833/78, che recepisce il concetto di «salute globale» dell'OMS in termini di prevenzione, cura e riabilitazione ed applica il diritto di tutti i cittadini ad un eguale trattamento di assistenza; inoltre imposta la gestione della sanità in forma democratica decentrata.

La legge rappresenta un punto di riferimento molto avanzato.

Per quanto riguarda la professione infermieristica, c'è da registrare nel 1972 la possibilità per i maschi di accedere alla professione e l'emanazione del DPR n. 225 del '74, che definisce il famoso «mansionario», nient'altro che una modestissima revisione del precedente del 1940. Inoltre il trattato di Strasburgo porta a 10 gli anni per l'accesso alla scuola professionalizzante.

Gli anni '80

A) Dal punto di vista socio-culturale rappresentano per l'Italia e per il

mondo occidentale in genere, gli anni del «riflusso» e del ritorno al privato.

Il fenomeno della corruzione e del clientelismo diventa praticamente una norma consuetudinaria; la maggior parte si adegua.

Alcuni fenomeni socio-economici portano a pensare che ci siano collusioni tra potere politico, industriali e la mafia.

Sorgono come per contrasto miriadi di forme di aggregazione sociale, culturale e professionale; in questo periodo nasce anche l'Aniarti. Molte associazioni di volontariato sostituiscono a volte le carenze di previdenza dello Stato.

A livello internazionale alla fine degli anni '80 avviene il rivolgimento drammatico e tumultuoso nell'Est-Europa.

Improvvisamente la logica dell'equilibrio del terrore nucleare tra le due superpotenze perde senso.

B) A livello economico gli anni '80 vedono soprattutto una ristrutturazione degli impianti industriali anche con il contributo massiccio dello Stato.

L'inflazione è un problema preoccupante ed erode risorse.

Trovare lavoro diventa problematico anche se i lavori più pesanti e più umili non sono accettati; subito ne approfittano i lavoratori dei paesi poveri extraeuropei.

L'immigrazione diventa improvvisamente un fenomeno non più trascurabile e crea non pochi problemi, dibattito e conflitti. Si apre la strada verso una società multietnica, che comunque non ha alternative ragionevoli nel mondo attuale.

C) In campo sanitario il decennio degli anni '80 che doveva vedere l'attuazione della «833», la Riforma Sanitaria, finisce invece per constatare la grande resistenza al cambiamento in sanità. Probabilmente la gestione e l'uso di un'idea e di una struttura così innovativa richiedevano la capacità di abbandonare le logiche corporative e di potere ormai consolidate.

Le strutture sanitarie sono quasi esclusivamente curative; prevenzione e riabilitazione sono ancora le cenerentole.

L'inizio dell'era dei trapianti in Italia favorisce una concezione miope del «tutto-possibile» per la medicina e giustifica una sanità che fonda le proprie certezze sulle tecniche e la tecnologia e, come se non bastasse, la pretesa «centralità del ruolo medico» viene ribadita con pubbliche manifestazioni e con ricatti corporativi e sancita dai documenti ufficiali e dalle normative. Anche se ad un'analisi antropologica e culturale, la centralità e la dominanza medica nel processo di recupero e della conservazione della salute, rimane un vuoto non-senso fuori dal tempo.

Il mondo sanitario stenta ancora a metabolizzare questa realtà e il passaggio al nuovo ed alla compartecipazione ritarda.

L'assistenza globale alle persone, pure dichiarata determinante, continua a non essere presa in considerazione, né a livello politico né a livello sociale.

Gli infermieri comunque in questo decennio hanno avuto un notevole risveglio e fervore di iniziative. Per la professione infermieristica, mentre altri paesi decidono svolte di portata storica, in Italia assolutamente nulla si muove a livello normativo.

Gli anni '90

A) Manifestano sempre più la dimensione internazionale e planetaria delle situazioni, dei problemi e delle loro soluzioni possibili.

Le culture si integrano, i mass-media, diffusissimi, consentono comunicazioni in tempo reale delle informazioni.

Il controllo delle fonti delle informazioni diventa un fattore cruciale per il pianeta. Oltre ad omologare le culture, la manipolazione o la semplice selezione delle informazioni influenza e condiziona le politiche, il pensiero e gli orientamenti dei gruppi sociali, le economie e le stabilità finanziarie dei paesi specie dei più deboli.

La rottura del bipolarismo USA-URSS costringe alla ricerca di un nuovo equilibrio su cui rigenerare certezze e futuro ed un ruolo autorevole per un governo mondiale dell'ONU.

Riaffiorano le speranze di vedere finalmente l'epoca della ragione e della pace, della solidarietà e della condivisione. Ma il nuovo stenta a farsi largo.

Una domanda comunque ci si pone costantemente su questi argomenti: quale sarà il valore, il fattore-guida per gli orientamenti e le scelte politiche per il futuro?

Non sarà ancora il «possesso», l'«avere», la sola economia ed il controllo degli altri questo fattore?

Che cosa significano:

— le politiche più attente alle finanze che ai servizi sociali?

— e le nuove volontà di controllo dell'ordine mondiale, in cui per «ordine» si intende il mantenimento dell'attuale assetto delle relazioni tra le nazioni?

B) L'economia degli anni '90 è in evidenti difficoltà.

La domanda di prodotti diminuisce mentre l'offerta da parte delle industrie si mantiene costante o addirittura aumenta.

Mutano i modelli di riferimento per la vita quotidiana e si bada di più alla qualità che alla quantità delle cose e dei servizi.

Il modello economico-consumistico inizia ad essere percepito da molti come limitato.

Nonostante tutto le produzioni puntano ancora molto sul fatto di riuscire a vendere. Produrre non è un problema: materie prime, energia e forza-lavoro, magari trasferendo le fabbriche, si reperiscono facilmente.

Non si riesce ancora a fare una reale politica coordinata delle produzioni, di beni e servizi per offrire e garantire quanto serve ad una vita sana, possibilmente ad un più vasto numero di uomini rispetto a quanti oggi possono disporre di queste condizioni di vita.

La legge è ancora solo ed esclusivamente quella del mercato.

Il lavoro è un problema sempre più grave ed è certo conseguenza dell'impostazione sia della società che dell'economia.

C) La sanità del decennio appena incominciato è nell'occhio del ciclone e quasi un simbolo della cattiva pubblica amministrazione.

Il contrasto tra le risorse investite ed i risultati complessivi ottenuti è evidente ed insopportabile per i cittadini.

Anche la natura del bisogno, la salute, contribuisce ad acuire il problema ed a squalificare il servizio pubblico facendo spesso preferire il ricorso al privato, motivato dalla possibilità di contrattare il pagamento solo delle prestazioni realmente rese.

È improrogabile un nuovo ordine nella sanità italiana.

L'esigenza sembra prevaricare addirittura l'idea del diritto alla salute da garantire a tutti: sembrava questa una conquista di civiltà.

La situazione che si è venuta a creare può essere paradossale:

1) da una parte è assolutamente necessario porre mano ad una revisione radicale della filosofia e dell'organizzazione della sanità;

2) dall'altra i rimedi proposti, vedi la legge 502/92, si fondano su una logica efficientistica ed economicistica, che mira soprattutto ad ottimizzare l'uso delle risorse economiche impiegate. Non si preoccupa invece di valorizzare la ricchezza pur esistente delle professionalità e soprattutto non considera gli obiettivi ed i risultati istituzionali in termini di qualità, come sarebbe giusto aspettarsi da un servizio pubblico;

3) infine l'esasperazione dei cittadini rischia di accettare un cambiamento qualsiasi esso sia, anche se questo significa limitare il diritto all'assistenza sanitaria a quanti possono permetterselo per censo; ed anche se questo significa destinare inevitabilmente le risorse e l'impegno verso la medicina curativa e diagnostica e strozzare la prevenzione e la riabilitazione. E sappiamo che il bisogno diagnostico e terapeutico non sono bisogni primari ma indotti e quindi manipolabili.

E il quadro del paradosso è completo: chi ha impedito che funzionasse una sanità distorcendone i fini a vantaggio privato, ha proposto soluzioni tali da ingenerare, sotto la parvenza dell'efficientismo, altre rincorse ad interessi particolari, ottenendo anche il consenso dei cittadini.

Dopo questa lettura sinottica della realtà socio-culturale e della realtà economica in quanto elementi qualificanti per la problematica della sanità che affrontiamo, cerchiamo di ricondurre a noi infermieri alcune considerazioni ponendoci delle domande.

1) Che posto occupiamo in questo contesto che sembra stare molto al di sopra di noi?

2) Che senso ha il ruolo di una professione che non trova spazi nei piani né politici né sanitari di questo paese?

3) Che cosa fare per essere parte viva e partecipe di questi colossali processi evolutivi?

E rivediamo queste tre domande cruciali che ci siamo fatti.

1) Che posto occupiamo di fatto come infermieri nel contesto?

Gli infermieri, che svolgono la più grande mole di attività, che risolvono la gran parte dei problemi delle persone e pertanto determinano la qualità della vita nelle strutture sanitarie, per le istituzioni, le amministrazioni e per i medici che di fatto «decidono la sanità reale», gli infermieri è come se non esistessero: sono «la macchina» che comunque ed in ogni condizione deve funzionare.

2) Che senso ha il ruolo di una professione come quella infermieristica?

Il senso c'è ed è fondamentale: la complessità delle attività e delle relazioni della attuale comunità degli uomini ha richiesto la trasformazione in professione dell'attività squisitamente umana della mutua assistenza e solidarietà nella salute/malattia.

L'interesse della società istituzionale per questa funzione è ancora «generico» (non specifico); sembra sufficiente l'aver provveduto a *far esistere chi* assiste.

La società istituzionale non si chiede *come*, in che modo si assiste. Se invece chi assiste si pone questo problema, si trova fuori dalla logica delle istituzioni.

Questo oggi succede agli infermieri: una funzione vitale per la società semplicemente trascurata.

3) Che cosa fare per essere parte attiva nei processi evolutivi?

La professione infermieristica certo è una realtà emergente.

Negli ultimi 10-15 anni sono state ampliate nuove basi scientifiche, esperienziali e culturali nell'assistenza infermieristica. È cresciuta la constatazione e la coscienza di ricoprire funzioni fondamentali.

Oggi possiamo riflettere ed impegnarci in alcune direzioni:

A) fare chiarezza sul nostro campo di specificità professionale, definirla e concettualizzare, scrivere, elaborare, dibattere in modo diffuso perché parte del lavoro è già stato fatto;

B) una volta definiti i valori e le scelte filosofiche di riferimento, trasferirli nella prassi quotidiana (= dalla concettualizzazione alla applicazione);

C) rendere pubbliche la concezione di fondo dell'assistenza infermieristica, le idee e le azioni della professione; stimolare l'interesse per i problemi che l'assistenza infermieristica affronta e sostiene;

D) intervenire come professione nelle strutture organizzate e determinarne il processo di trasformazione;

E) contribuire a «demitizzare» la cura e la medicina, ricollocandole nel loro ruolo reale;

F) favorire la focalizzazione dell'attenzione della politica e della società sull'uomo ed i suoi bisogni e sulla salute in particolare.

Il modello di salute che possiamo condividere e perseguire oggi può risiedere in un'idea di benessere a vari livelli che convenzionalmente chiamiamo:

— benessere fisico/corpo (la base);
psichico/intelligenza (la creatività);
spirituale/relazione (la possibilità di vita).

Da questa idea ed esigenza di salute, frutto dell'evoluzione relativamente rapida dell'esperienza della nostra società, sorge l'imperativo etico di aderire a questo «benessere» ritenuto fondamentale.

L'etica oggi non può essere relegata alla dimensione soggettiva, anche se importante, dell'impegno delle persone e del professionista, per una ragione molto semplice: in conseguenza delle possibilità offerte dalle conoscenze, dalle risorse, dalla tecnologia e dall'organizzazione attuale, le azioni e gli interventi dei singoli e dei gruppi, agiscono su obiettivi ed hanno una dimensione le cui conseguenze sono difficilmente prevedibili. Le semplici buone intenzioni dei singoli e dei gruppi non sono sufficienti a garantire un risultato positivo o ad evitare l'insorgenza di problemi irreparabili sui singoli o sull'intera umanità.

L'esempio più immediatamente comprensibile è quello della possibilità oggi per l'umanità di autodistruggersi con l'energia nucleare o con la rottura dell'equilibrio ambientale.

L'etica individuale e collettiva non può prescindere da questo livello di coscienza della complessità a cui è giunta la collettività umana. Ormai ogni giorno ci sono fatti che dimostrano in maniera inequivocabile come singole azioni influenzino in modo più o meno significativo la realtà del mondo.

Le stesse considerazioni valgono e comunque devono essere tenute presenti nell'ambito della realtà e dell'attività sanitaria.

Le possibilità offerte dalle conoscenze, dalle tecnologie e dall'organizzazione hanno trasformato in maniera sostanziale quella che in passato era l'attività sanitaria solo medica.

Già millenni fa era stato individuato il pericolo delle pratica medica legata solo al sintomo, alla diagnosi e al farmaco e slegata dalla realtà della singola persona malata con la sua individualità.

Ippocrate (460-370 a.C.) già diceva «hiatròs filòsofos isòzeos»: «il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio», in cui la «filo-sofia», l'amore per la conoscenza, rappresenta la vera essenza del professionista che aiuta ed è utile all'uomo e la somiglianza con la divinità risiede in questa possibilità di aiuto quasi miracoloso, non certo in una superiorità rispetto all'uomo stesso.

Il fattore che guida il dubbio, la ricerca e le certezze del professionista che intende garantire un servizio, deve essere dunque «l'amore per la conoscenza» (filosofia), e nel caso dell'operatore sanitario, amore per la conoscenza significa:

— approfondimento della comprensione del contesto sociale, del micro e macro-ambiente, delle gioie, dei dolori, del vivere quotidiano e il suo senso, oltre che la comprensione degli aspetti fisici, del comportamento e delle relazioni delle persone.

Già ai tempi di Ippocrate dunque non era sufficiente per il professionista operare per applicare automaticamente i rimedi fisici conosciuti al «caso» individuato.

Oggi questo pericolo è ancora maggiore vista la

dimensione
- — delle diverse scienze,
- — della tecnologia
- — della complessità
- — degli obiettivi della sanità
- — dell'organizzazione collettiva.

La dimensione della problematica dunque ha portato a diversificare l'intervento *ma* l'obiettivo è rimasto inalterato: rendere alla persona il miglior servizio possibile in relazione alle sue necessità di salute.

La specificità dei diversi interventi si è tradotta anche in diversificazione degli operatori e il medico di millenni fa, il primo professionista riconosciuto, unicamente a motivo della complessità dei problemi da affrontare al tempo, è diventato oggi anche infermiere, riabilitatore, specialista ...

Il famoso «hiatròs filòsofos isòzeos», il medico che si fa filosofo diventa pari ad un dio, di Ippocrate, si applica dunque pari pari anche all'infermiere di oggi.

L'essere «filosofo», amante della conoscenza, anche per l'infermiere rappresenta la dimensione dell'eticità.

Da queste basi partono alcune delle convinzioni degli infermieri che rappresentano premesse etiche della concezione e dell'organizzazione sanitaria:

A) la morte culturale della dominanza medica sulle altre professioni;

B) l'equivalenza del significato e del senso dei vari professionisti della salute;

C) l'equivalenza dei valori e degli elementi di riferimento socio-culturale per i vari professionisti della sanità;

D) l'equivalenza della responsabilità nel modo di:
- — inquadrare e collocare
- — concepire
- — orientare il proprio impegno professionale per la salute.

Il pensare e il perseguire tutto questo non è una banale rivendicazione *ma* una lettura del reale.

Etica per la salute: che cosa significa allora?

1) Significa accogliere la «dimensione planetaria» della salute anche nella realtà della singola persona malata e non accettare la confinabilità di un'idea di salute unicamente legata agli aspetti fisici;

2) saper leggere le caratteristiche delle esigenze di salute dell'uomo e della società oggi;

3) «declinare» l'attuale concetto di salute con gli strumenti adeguati ed in grado di perseguire e garantire *quel* concetto di salute;

4) operare personalmente e come gruppi professionali in modo da mantenere i fini istituzionali delle strutture deputate alla salute;

5) adottare personalmente una professionalità che accolga e manifesti la nuova concezione della salute

— nell'esecuzione di ogni azione assistenziale, cioè ad un livello che potremmo definire fisico

— nell'impostazione dell'intervento assistenziale complessivo, ad un livello che definiamo intellettuale, e

— nelle relazioni umane necessarie con gli altri professionisti, e terapeutiche con i malati, a livello cioè relazionale.

E l'Aniarti come si pone in tutto questo?

Come coniuga la propria finalità di attenzione

— alle situazioni di criticità dei malati e

— alla specificità professionale degli infermieri che di tali malati si occupano, con l'esigenza di un'etica per l'oggi della salute nel contesto dell'evoluzione della società e della sanità?

L'Aniarti assume come stimoli al proprio impegno per la loro ricaduta sull'etica, i due elementi peculiari di cui si occupa:

la situazione di criticità dei malati che, portando a volte a livelli estremi i problemi del vivere e del morire, richiederebbe con urgenza la realizzazione in tutte le sue implicanze dell'idea di salute ottimale che si intravvede e si auspica;

la specificità professionale dell'infermiere di area critica, che si occupa della garanzia della sopravvivenza nelle migliori condizioni possibili della globalità e dell'integrità della persona.

Questo significa naturalmente aderire alle indicazioni per un'etica nella sanità già ricordate. In particolare significa rimettere in discussione un'impostazione delle strutture d'emergenza, urgenza ed intensività che si occupano troppo e con troppe certezze delle cose, delle tecnologie, dei procedimenti standardizzati e troppo poco e con troppa incertezza delle persone, siano malati o operatori, che in tali strutture si incontrano.

È necessario anche nell'attività dell'area critica valorizzare:

— l'intelligenza, cioè la soggettività del malato e la creatività dell'operatore e

— la relazione, cioè l'interagire degli operatori sanitari con il malato.

Intelligenza e relazione che rappresentano gli aspetti dell'idea di salute/benessere che emergono oggi come i più apprezzati e ricercati.

Anche questo, proprio per la riconosciuta funzione di «momento avanzato» che finisce per assumere quanto si esperisce in area critica, speriamo possa contribuire alla fatica di conquistare insieme una salute più vicina alle attese.

Bibliografia

CENSIS: *26° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, 1992,* Franco Angeli Ed., Roma 1992.

COLLIERE M.F.: *Aiutare a vivere: dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica,* Sorbona Ed., Milano 1992.

CORTESE C., FEDRIGOTTI A.: *Etica infermieristica: sviluppo morale e professionalità,* Sorbona Ed., Milano 1985.

ILLICH I.: *Per una storia dei bisogni,* A. Mondadori Ed., Milano 1981.

JASPERS K.: *Il medico nell'età della tecnica,* Raffaello Cortina Ed., Milano 1991.

JONAS H.: *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica,* Einaudi Ed., Torino 1990.

LIZZA M.: *La fatica di essere sani,* SEUSi, Roma 1981.

L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA, OSPEDALIERA E TERRITORIALE DOPO LA RIFORMA DEL S.S.N.

ANDREA GARDINI
Vice Direttore Sanitario - Ospedale Burlo Garofolo - Trieste

Introduzione

Obiettivo di questo intervento è comprendere, possibilmente assieme, quale significato abbiano parole come «azienda», «budget», «mercato sanitario», «efficacia», «professionista», «management», «concorrenza» vs «solidarietà», ruolo dei cittadini, la 833 vs la 502.

Queste parole, da poco tempo ma sempre più spesso, hanno invaso la nostra operosa vita di personale addetto all'assistenza ai nostri simili che stanno male, spesso con la violenza di un intruso, poche volte con la buona educazione del nuovo venuto.

L'azienda

Secondo lo Zingarelli: «*Azienda è un complesso di beni organizzato per la produzione di altri beni o servizi*».

Un capolavoro fra i libri di testo, ormai classici, sull'organizzazione, di Gareth Morgan: «*Images, le metafore dell'organizzazione*» fornisce uno schema classico di «azienda».

Esso prevede:

— un Consiglio di Amministrazione;
— un Presidente;
— alcune funzioni affidate a divisioni o reparti, fra gli altri: la progettazione, la produzione, il personale, il marketing, la finanza, gli affari legali.

A livello regionale un'azienda regionale sanità potrebbe vedere, pensando a questo schema, la Giunta regionale in quantità di Consiglio di Amministrazione, l'Assessore regionale alla sanità come il Presidente, dei Direttori Generali Regionali per ogni singola funzione e le altre possibili descritte parzialmente dianzi.

Il manager

A livello locale, di USL, ogni Azienda dovrebbe avere un Consigliere Delegato (delegato dall'Assessore-Presidente), che nella riforma della 833 diventa

il Direttore Generale o «manager» (da Dizionario Inglese-Italiano, Sansoni, 1989: dirigente, direttore, amministratore, gerente, gestore, ... da «*manage*»: (1) riuscire a, far in modo di, (2) farcela, riuscire, (3) amministrare, maneggiare, dirigere, reggere, governare, (4) assumere la direzione, amministrare, (5) manovrare, maneggiare, guidare, governare e via via ...; fino a ... (10) coltivare.

Il Direttore Generale viene coadiuvato da una coppia formata da Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, che è lo stesso manager a scegliersi. Per tutti e tre il contratto è a termine, fino a 5 anni, ed è di carattere privato (se non funziona il tuo programma, te ne vai).

Il Direttore Sanitario mette in funzione un consiglio dei sanitari, cui obbligatoriamente partecipano figure diverse dalle usuali, non solo medici, ma anche, forse, gli infermieri.

Nell'azienda ospedale o USL dovrebbero pure essere sviluppate da reparti/divisioni/dipartimenti *ad hoc*, delle funzioni quali la progettazione, l'organizzazione, la produzione, la qualità, la gestione del personale, il marketing, gli affari legali e quelli finanziari.

Come si può notare l'elencazione così fatta evidenzia un gradiente reciproco d'interesse che parte dalla programmazione e finisce agli affari finanziari, che slittando da una sempre importante valenza assistenziale, passano ad un interesse puramente amministrativo. È una specie di scala da «differenziale semantico» con al centro la «qualità» come funzione che interessa allo stesso modo la parte sanitaria e quella amministrativa dell'azienda. Un ruolo quindi centrale.

Il direttore di produzione

Un'altra domanda lecita è chiedersi chi possa essere la figura centrale della produzione in un'azienda: il Direttore di produzione. Questa figura si definisce per alcune funzioni: è colui che compra, che vende, che assume e che licenzia.

Ma in un'azienda sanità che cos'è che si compra e che si vende? Chi si assume e si licenzia?

Si potrebbe dire che compra materia prima, salute allo stato grezzo o «rotta» e rivende salute «perfezionata».

Chi assume e chi licenzia? Operatori sanitari adatti via via alle nuove competenze che i bisogni di salute richiedono.

Chi può essere, nella configurazione organizzativa nota, questa figura chiave di una futura azienda sanità?

Una prima risposta può essere: «il Direttore Sanitario».

Una seconda risposta può essere: «il Primario». Ma in futuro potrebbe essere: «il Capo Dipartimento».

E per gli infermieri chi può essere? in un ospedale può forse essere il CSSA? può forse essere il/la caposala?

Sono questi direttori di produzione di una futura azienda sanità?

Tutto ciò è poi un modello fattibile? Che cosa c'è in Italia di pargonabile, tentativi di provare ad applicare questo modello?

Il «budget»

Finora, in alcuni ospedali si sono visti dei progetti miranti ad affidare ai primari un budget.

Il budget, contrariamente a quanto potrebbe apparire a primo acchito, non è un dolce inglese (emisferico, morbido, molto burro, tanta cioccolata, un cuore di marmellata, una spruzzatina di zucchero a velo ...). Secondo Mario Hazon, dizionarista anglo-italiano il «budget» ha quattro o cinque significati analoghi: il primo è: «fascio o sacco», il secondo è «raccolta», il terzo è «bilancio preventivo di cassa», il quarto è analogo a «house hold budget» che sono le entrate e le uscite della contabilità di casa.

La «programmazione»

Che cosa occorre per fare delle previsioni di spesa?

Essenzialmente, ma posso dare una risposta parziale, mi sembra che ci voglia un progetto, che ci sia quindi bisogno di alcune conoscenze: dei dati storici sull'impegno assistenziale avuto dall'ospedale o dal reparto fino ad un certo periodo (oggi meglio comprensibile di una volta mediante l'uso dei ROD-DRG) ed i dati sui bisogni di salute che il reparto/servizio/ospedale sono chiamati a coprire, in poche parole i dati di mortalità/morbosità per malattia per anno del bacino d'utenza che si serve.

In quest'ottica, l'ottica della conoscenza epidemiologica del territorio di cui siamo al servizio è necessario pure pensare non solo ai bisogni diagnostici e terapeutici, ma anche, in un progetto globale per la salute della popolazione (il nostro primo interlocutore privilegiato, il padrone in effetti del Servizio Sanitario Nazionale), ma anche a quelli di prevenzione e di riabilitazione. Questa logica programmatoria, sempre elusa dai tempi della riforma sanitaria, oggi pare essere rilanciata proprio dalla prepotente e vittoriosa entrata del «mercato» nell'organizzazione dei servizi sanitari.

Le varie lobbies che hanno impedito fino ad ora una razionalizzazione dei servizi sanitari in base ai bisogni della popolazione, ma che hanno invece favorito una crescita scomposta di reparti, servizi ed ospedali in base alle logiche dei potentati locali oggi invocano il mercato come potente regolatore dell'attività programmatoria.

La «ricerca di mercato» e l'epidemiologia

I teorici della aziendalizzazione e della privatizzazione (sul modello that-

cheriano) allo scopo di razionalizzare e di razionare le risorse a disposizione hanno teorizzato il bisogno di fare all'inizio della pratica programmatoria, una vera e propria «ricerca di mercato» per andare a stabilire i bisogni da soddisfare. Nulla di più di una normale e per noi ben nota survey di tipo epidemiologico su dati di mortalità e morbosità, tanto avversata un ventennio or sono dagli steessi fautori di oggi.

Si possono stabilire così la quantità di risorse da dedicare ai bisogni della popolazione da ogni istituzione in base al suo mandato.

Il «mandato»

Il mandato è tutto ciò che noi siamo chiamati a fare.

È il motivo per cui l'Istituzione è nata.

Spesso succede che il mandato resta quello delle origini, ma l'ambiente si modifica, e va ridiscusso, a pena il cattivo adattamento dell'Istituzione al suo ambiente.

Ognuno di noi, sia nel suo piccolo che come Istituzione dovrebbe sforzarsi di definire e ridefinire il proprio mandato.

Il mandato è legato molto a concetti come «bacino d'utenza», cioè l'area di territorio servita dall'Istituzione nella quale lavoriamo, e «bisogni di salute», essenzialmente definiti, come dianzi detto, dalle caratteristiche demografiche della popolazione e dai motivi per cui questa si ammala e muore.

Oggi una nuova supposta «modernità» chiama «ricerca di mercato» quella che fino a poco tempo fa ed ancora oggi si chiama «ricerca di epidemiologia descrittiva»: la seconda diventa il metodo con la quale la prima, termine vincente, viene fatta. Il risultato non cambia: dare raziocinio all'organizzazione dei servizi sanitari, sapendo in anticipo su che problemi poter programmare il nostro lavoro.

Il «budget tecnico-scientifico»

Circa sei anni or sono un seminario della Fondazione Smith Kline impose al pubblico sanitario italiano il concetto dei molti punti di vista dai quali la qualità dell'assistenza sanitaria può essere osservata, essenzialmente tre: quello degli utenti, quello degli operatori e quello degli amministratori.

Parlare quindi solo di budget finanziario, cioè dei fondi che la società dedica alla cura dei propri simili, definiti dai suoi propri bisogni di salute, dopo quel seminario, non è che riduttivo. Per lo meno dovrebbe essere tenuto in debito conto un secondo budget, di cui nessuno parla e di cui vorrei accennare brevemente io oggi: il «budget tecnico-scientifico».

Se posso arrischiare una definizione:

«dicesi "budget tecnico-scientifico" l'insieme di interventi di efficacia nota che un'équipe medico-infermieristica può spendere per ciascuna condizione morbosa che deve affrontare».

L'efficacia

Tutti i professionisti per la loro attività sanitaria hanno come punti di riferimento le conoscenze dovute alla ricerca scientifica.

In base a queste conoscenze scelgono, di volta in volta, quale decisione prendere nei confronti del loro paziente.

È questo continuo confronto fra la pratica quotidiana e l'evidenza scientifica di efficacia delle proprie azioni che rende etica l'attività sanitaria.

Sono interventi ad efficacia nota quegli interventi la cui efficacia diagnostica e terapeutica è stata dimostrata secondo i dettami della ricerca scientifica.

I professionisti quindi sanno che è possibile applicare questi interventi e non altri, la cui efficacia non è stata ancora dimostrata.

Ecco, l'insieme di interventi ad efficacia dimostrata costituisce il budget tecnico-scientifico; questo, assieme al budget economico costituisce l'insieme delle potenzialità di un'istituzione che la mette in grado di soddisfare i bisogni di salute della popolazione servita.

Costi e prezzi

Quindi anche l'analisi costi/benefici non è che uno fra gli strumenti in grado di misurare la qualità dell'attività sanitaria. Anche perché pare esserci una differenza fra «costi» e «prezzi».

Il *costo* è la spesa che bisogna sostenere per ottenere qualche cosa, mentre il *prezzo* è il valore di scambio fra le merci.

In realtà noi facciamo (meglio, gli economisti fanno), quasi sempre l'analisi dei prezzi, non quella dei costi, che non li sa nessuno.

Autonomia e responsabilità

I professionisti, compresi quelli che si occupano di salute, che saranno riuniti a collaborare assieme all'interno di un'azienda, renderanno molto difficile la vita della stessa poiché non sono comandabili da nessuno, posto che lo schema del potere all'interno di un'azienda sia quello della piramide verticistica.

Il professionista sanitario in primo luogo porta sulle sue spalle la responsabilità personale per le sue azioni.

«Responsabilità» è la condizione di colui che può essere chiamato a rispondere degli effetti dannosi delle proprie azioni.

«Autonomia», secondo Foa è la libertà come potere di decisione su se stessi.

Tutti coloro i quali sono stati preparati, nelle scuole professionali o all'università, a svolgere la loro delicata missione, hanno ricevuto il latte della responsabilità e dell'autonomia fin dal primo giorno di formazione.

In più autonomia e responsabilità vengono man mano acquisite attraverso il *curriculum* formativo mediante un'altra potente molla motivazionale: la *solidarietà* nei confronti dei nostri simili che hanno bisogno di aiuto, senza la quale i lunghi anni di studio spesso non verrebbero completati.

Funziona il modello gerarchico dell'azienda di fronte a professionisti con queste caratteristiche?

Non lo so, ma ne dubito.

Il management classico

Secondo la teoria classica del «management» la gestione è il processo di pianificazione, organizzazione, comando, coordinamento e controllo.

Da dove deriva questa teoria?

Essa è un prodotto diretto della prima modernizzazione della scienza, dai tempi in cui Newton fondava la fisica moderna e Cartesio ne poneva le basi filosofiche.

Fondamento di questa fase storica della conoscenza umana è l'assioma riduzionista secondo il quale «ciò che non è dimostrabile non esiste», assioma che ha portato a studiare molti meno aspetti della natura di quelli che si sarebbe potuto fare, solo perché c'erano gli strumenti tecnici per poterli studiare. Per gli altri, mancando gli strumenti tecnici, semplicemente ne veniva negata l'esistenza.

La semplificazione proposta da Newton ha consentito di semplificare di molto i presupposti della conoscenza della materia e di giungere a molti traguardi senza di Newton impensabili, ma ha contribuito nel contempo a fare molti errori.

Uno di questi è un diretto derivato da questa interpretazione «meccanicistica» della realtà, cioè l'errore di considerare gli organismi viventi come «macchine».

Così, in pieno periodo illuminista un tale Julien Offroy de la Mettrie nel 1748 pubblicò a Parigi un libro in cui affermava senz'ombra di dubbio che «l'uomo è una macchina».

Per questa affermazione la saggia Francia per sua fortuna lo cacciò via. Purtroppo le sue idee avevano però contagiato Federico II di Prussia detto il Grande, dal quale venne ospitato e che basò gran parte del suo lungo e fortunato regno (1740-1786) applicando, soprattutto all'esercito, le idee del signor de la Mettrie.

Nacque così il moderno esercito prussiano, istruito a lavorare come una macchina con elementi intercambiabili (i soldati considerati come veri e pro-

pri automi ed addestrati ad esserlo) con movimenti, vestiti, armi, comportamenti e rituali per la prima volta dai tempi dei romani standardizzati e programmati a tavolino ed applicati nella realtà della guerra. L'esercito prussiano ebbe da quest'idea il proprio momento di gloria.

Alcuni dei generali di quell'esercito, in tempo di pace, furono fra i protagonisti della prima era industriale, ed importarono i princípi dell'esercito prussiano all'interno del mondo della produzione.

La fabbrica venne considerata come una grande macchina e gli uomini che vi lavoravano al suo interno delle semplici macchine interagenti con altre macchine.

Un secolo dopo, negli Stati Uniti, Taylor, un ingegnere con qualche problema di salute mentale inventò l'ergonomia, un'applicazione maniacale di questi princípi al lavoro in fabbrica, con la minuziosa descrizione dell'attività manuale dell'operaio alla catena di montaggio, «l'organizzazione scientifica del lavoro».

Quell'infezione sta infettando ancora gran parte dell'organizzazione del lavoro nel nostro tempo.

Ma allora, qual è il modello organizzativo possibile all'interno di un'azienda sanità? L'infermiere è una macchina?

Che evidenza scientifica c'è di efficacia di questo modello nell'attività volta alla salute dei nostri simili?

Molto probabilmente un modello meccanicistico è giustificato ed utile in sala operatoria. Forse per la prevenzione no.

Quali altri modelli possono essere utilizzati per descrivere e studiare un'azienda sanità.

Ci sono delle ipotesi affascinanti: potrebbe essere possibile, secondo Morgan, provare a studiare altri modelli: quello sistematico, quello biologico, quello «cibernetico», quello psicanalitico (c'è chi ha definito una tassonomia di organizzazioni secondo questo schema, indicando le organizzazioni come suddivise in «nevrotica», «psicotica», «maniacale», «depressa», «isterica»); ecc. ed altri modelli, sempre più adattativi alla complessità dell'organizzazione ed alla turbolenza ed incertezza dell'ambiente che lo circonda.

La 833 e la 502

Uno degli obiettivi della 833 del '78 era quello di eliminare le mutue. Il lavoro titanico fatto, fra il '79 e l'82 per unificare e rendere equa la sanità per tutti i cittadini italiani e quello dell'82 fino ad oggi fatto da gran parte degli operatori sanitari pubblici italiani per dotarsi di servizi pubblici di prevenzione, cura e riabilitazione, nonostante i continui colpi, messi a segno dai ministri alla sanità camorristi, corrotti ed intrinsecamente contrari alla riforma, ha portato comunque ad una sanità che ha nell'equità di accesso nella continuità delle cure su tutto il territorio nazionale degli obiettivi raggiun-

ti, per lo meno formalmente, con delle sperequazioni documentate fra nord e sud. La 502 ha come obiettivi quello di ridurre i costi, migliorare i rapporti con i cittadini ed introdurre meccanismi di controllo e di concorrenza fra ospedali. Inoltre un referendum sciagurato ha portato di fatto a staccare la prevenzione della cura e dalla riabilitazione, con baracconi autonomi per la prevenzione voluti da un gruppo di provocatori chiamato «Amici della Terra» di cui, dopo questo enorme danno fatto all'unitarietà delle cure alla salute, si sono perse le tracce in Italia.

Obiettivi proprio da bottega questi della 502, se teniamo conto del clima culturale, di tutt'altro segno, che nel quale, nella liberista America del Nord si stanno facendo battaglie per dare a 40 milioni di cittadini facoltà di accesso alle cure essenziali: gli obiettivi di Hillary Clinton, osteggiata da lobbies analoghe a quelle che hanno la supremazia nel nostro Paese sono «qualità, sicurezza e contenimento dei costi».

La concorrenza

In un periodo di cosiddetta caduta delle ideologie questa della concorrenza pare l'unica ideologica sopravvissuta.

La concorrenza non è che uno dei poli di un fenomeno che va descritto secondo una linea continua che da un lato ha proprio la concorrenza, ma dall'altro ha la solidarietà.

Il fenomeno globale «concorrenza-solidarietà» non può fare a meno di uno dei due poli, a pena grossi squilibri nella società nel quale la concorrenza da sola o la solidarietà da sola si irrigidiscono in posizioni di solitudine.

Gli effetti collaterali di una concorrenza economica fra due ospedali non li sappiamo.

Per certo due ospedali in concorrenza chiudono per prima cosa le fonti di informazione. Mai, da pediatra, racconterò al pediatra avversario il mio modo di curare bene le infezioni urinarie dei bambini: perderei il monopolio. La concorrenza può portare alla diminuzione degli scambi culturali di cui la medicina vive.

La concorrenza può uccidere la cultura dell'assistenza sanitaria.

La concorrenza da sola può impoverire la vasta gamma di cure che è possibile offrire ai nostri simili.

Inoltre, in un clima di pescicani non sono escluse le frodi e la conseguente nascita di nuovi elixir di lunga vita.

Nella 502 c'è però anche una grossa novità: l'enfasi, forse tutta strumentale, sulla partecipazione del cittadino, i centri dei diritti del malato ed il fatto che le associazioni dei pazienti potranno avere un ruolo ufficiale.

Potrebbe essere una cosa buona: bisognerà però vedere quale, fra le diverse associazioni di pazienti, avrà la supremazia: chi avrà la forza di urlare più forte (ci sarà concorrenza anche fra le associazioni di malati?) e quali

conseguenze ci potranno essere sul piano della programmazione generale dei servizi.

Un'altra differenza: nella 833 la rappresentanza degli operatori era partitico-sindacale; nella 502 sembra essere scientifico-professionale. Fra le due rappresentanze dei lavoratori della sanità non riesco a vedere quale sia la migliore. Una buona politica di partito ed un buon sindacato sono senz'altro delle belle cose. Forse però fanno parte dei sogni. Una rappresentanza professionale mi ricorda la camera dei fasci e delle corporazioni: mica bello, ma competente, posto che i vertici delle professioni siano costituiti da persone competenti e non scelte dalle lobbies che hanno invaso, senza meriti scientifici gran parte dei partiti e dei sindacati.

Un gatto che si morde la coda, ed il rinnovamento, necessario come l'acqua, va a farsi benedire.

I ragionieri ed i sanitari

Non ho nulla contro i ragionieri e contro chi sa fare i conti.

Il problema al quale accennerò riguarda ancora una volta la completezza dell'informazione.

Il manager, se è un bravo gestore, prende le decisioni in base ai dati che ha a disposizione.

Chi fa il mestiere di fornire i dati sono gli amministrativi di una organizzazione.

È quindi ovvio che, finché il direttore generale avrà solo i dati amministrativi, prenderà decisioni in base ai dati amministrativi, i freddi dati dei costi (meglio, dei prezzi).

Se vogliamo che prenda decisioni (non politiche, di opportunità, ma tecniche) anche in base alle attività, i sanitari, medici ed infermieri devono essere in grado non solo di curare la gente bene, ma anche di documentare la loro utilità «pratica». Quanti curati; quanti guariti del tutto, quanti parzialmente, quanti non guariti, quanti morti. Il manager saprà riconoscere chi vale e quale lavoro viene fatto, e potrà confrontarlo con i suoi costi. Non poco.

Una politica per la qualità della professione sanitaria

In conclusione credo utile citare i sette fattori proposti dall'EUR-OMS per lo sviluppo di una professione sanitaria di qualità: sul loro sviluppo si fonda la possibilità di partire dalla professione per arrivare a risultati migliori per i pazienti:

— *la formazione;*
— *la specializzazione;*

— *l'applicazione ed il monitoraggio dei codici professionali;*
— *le iniziative interne sulla qualità;*
— *le iniziative esterne sulla qualità;*
— *lo sviluppo e l'applicazione di linee-guida;*
— *le attività di ricerca.*

I dettagli delle raccomandazioni in tal senso si possono trovare nei documenti dell'OMS.

Vorrei concludere con una frase di Tonelli.

«Come mai, nonostante tutto ci ostiniamo a ricercare la qualità? Per riformare il lavoro, per dargli un senso diverso, per evitare il lavoro degli schiavi, in greco «Poné» e per promuovere e vivere il lavoro intelligente, «praxis».

Un augurio per tutti che la praxis sia sempre di più la gran parte del nostro lavoro.

L'ASSISTENZA E LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NELLA ORGANIZZAZIONE SANITARIA ATTUALE ED IN QUELLA POST RIFORMA

ANGELA BRANDI
D.A.I., Ministero Sanità

Buona sera a tutti. Ringrazio Annalisa Silvestro e il presidente Elio Drigo per questo invito e anche per l'opportunità che mi viene data di condividere con voi non delle certezze, perché di quelle non penso ne abbia nessuno, ma alcune considerazioni che ritengo possano essere utili per ciascuno di noi, nella veste di professionista, per iniziare a comprendere quale puo essere il futuro, inteso non come semplice possibilità ma anche come potenzialità, che io personalmente ritengo la professione infermieristica abbia in maniera davvero consistente.

Parto da una premessa. Noi, come professione, abbiamo sofferto fin troppo della scarsa conoscenza e della scarsa propensione - sarà una nostra tara «tipica» — delle fonti (in questo caso giuridiche), da cui derivano gli assetti organizzativi dei sistemi in cui operiamo, tenendo conto che la forma normativa non è altro che la traduzione in uno scritto di volontà politiche che pero, sapendo noi tutti che cosa esprime il livello politico di un paese democratico (non solo altro che la traduzione in scritto) di una esigenza di una affermazione di un sociale come tessuto che fino a quel momento magari non c'è stato. Perché dico questo? Perché bisogna cercare comunque di collocare, di creare un collegamento tra quello che è stato — fino all'entrata in vigore del d.l. 502, quindi fino al 1° gennaio 1993 — la legge 833 e quello che ha significato questa legge per gli infermieri, per la sanità e per i cittadini, e quello che poi invece ha significato il 502.

Cosa è successo fondamentalmente? Ribadisco quello che ho detto prima. Non ho né ricette né soluzioni, ma ritengo di potere insieme a voi condividere alcune cose che derivano dall'analisi di alcuni aspetti della legge.

Nel corso di questi anni cosa è successo? A 15 anni di distanza dall'approvazione della legge di riforma sanitaria, la 833 di cui parlava già Drigo precedentemente, nel nostro Paese — come in tutti i paesi del mondo, in Europa sicuramente, l'America dal canto suo, l'ex Unione Sovietica si sta avvicinando a grandi passi a ripensare il Sistema Sanitario, come in una gran parte della Comunità Economica Europea — si è dato il via ad un processo di profonda revisione e riordinamento delle politiche in materia di tutela della salute. Le motivazioni che stanno alla base di questo ripensamento sono fondamentalmente di ordine sociale ma soprattutto economico, nel senso che i livelli di

---

Relazione trascritta dalla registrazione e non corretta dall'Autrice.

Governo si sono trovati tutti a condividere la necessità di ridefinire le priorità in un settore così delicato qual è quello della tutela della salute della collettività e i modelli di assistenza sanitaria necessari per garantire questa tutela della salute, con un obiettivo fondamentale, che è quello di rendere governabile e gestibile un sistema che, di fatto, fino ad oggi — parliamo di quello italiano — è riuscito in questi anni a malapena ad automantenersi. In che senso? Il Sistema Sanitario inducendo, come anche il dottor Gardini diceva, domanda di salute, utilizzando risorse pubbliche, è riuscito a malapena a non crollare, cioè a rimanere in piedi perché, se confrontiamo i livelli di investimento (io quando parlo di investimento non parlo solo dei soldi o dei finanziamenti che lo Stato individua per il fondo sanitario nazionale, mi riferisco al contributo di ognuno di noi come cittadini a questo sistema dei servizi) non si è riusciti in qualche modo a controllarli in termini di risultati finali. Cioè, alla fine non si sapeva quello che, stante un finanziamento dato all'inizio ad esempio di un anno, avevamo poi come risultato finale; cioè quanti utenti, che hanno usufruito di un determinato servizio, hanno goduto di una prestazione qualitativamente elevata, sicura da un punto di vista terapeutico, senza rischi di tipo indotto dalla prestazione stessa.

E non è azzardato, a mio parere, ritenere che in un contesto caratterizzato da una limitatezza di risorse che andrà sempre più accentuandosi dal momento che il bene salute, la produzione di beni di cui il dottor Gardini parlava prima, è una produzione «no profit», senza profitto; cioè un'azienda privata produce un bene, lo mette in commercio e ne ricava un profitto. L'azienda ospedale, l'azienda sanità produce un bene, che è la prestazione finalizzata a tutelare e mantenere la salute, ma da questo bene non ne ricava profitti economici diretti, ma il profitto che ne ricava è quello di mantenere la popolazione in uno stato di salute tale i cui effetti sono poi l'aumento della vita media, la diminuzione del tasso di mortalità. Quindi, è un bene «no profit», che non genera ricchezza in termini economici e materiali.

Stante questa caratteristica, molto probabilmente l'attenzione dei Governi, compreso quello italiano, sarà sempre più orientata a ricercare forme e formule di assistenza sanitaria che garantiscano il maggior beneficio possibile ma nello stesso tempo che garantiscano una coerenza alla base tra la domanda di salute e l'offerta dei servizi, garantendo nello stesso tempo un contenimento dei costi, cioè che determinino per quella prestazione il costo giusto, non il costo giusto più un costo aggiuntivo che non si riesce mai a motivare.

Cosa vuol dire in termini pratici questo? Che noi, anche per effetto della 502, ma non solo del decreto legislativo 502, andiamo ad avviarci verso un Sistema Sanitario fondamentalmente centrato su due livelli:

— un primo livello che è quello dell'assistenza sanitaria di base verso cui, per forza di cose, dovrà essere spostata l'attenzione dei Governi sia centrali che locali; e per locali intendo la regione e l'USSL.

Perché? Perché è a questo livello che è possibile controllare e rilevare

la domanda di salute: l'ospedale non puo rilevare e controllare la domanda di salute perché il cittadino che arriva in ospedale ha già avuto una definizione di domanda di salute, cioè qualcun altro ha definito che deve rivolgersi all'ospedale. Questo, in termini di gestione, di condivisione dei servizi sanitari, penso che condividiate con me cosa voglia dire: incrementare i servizi di assistenza sanitaria di base vuol dire, comunque, individuare per l'ospedale un'area ben determinata che sia quella e non altre.

La 502 cosa definisce in questi termini? Riprende alcune cose già dette fin dal 1988 con quello che noi tutti conosciamo come «decreto Donat Cattin» che però aveva una premessa a monte. La 502 riprende anche alcuni concetti che derivano dalle leggi finanziarie che vanno dal 1988 ad oggi. E fondamentalmente dice che tutta l'area ospedaliera che si caratterizza per essere il secondo livello di intervento, cioè la fase acuta e quindi la cura delle malattie, deve rispondere a dei criteri di produttività di un certo tipo: andando proprio al nocciolo, non potranno — ma è una condizione obbligata, altrimenti le regioni dovranno trovare al loro interno i finanziamenti per poterli mantenere in piedi — più esserci quelli che noi siamo abituati a definire «ospedali zonali», quegli ospedali, cioè, dove il livello di prestazioni era quello fondamentale: medicina, chirurgia, ortopedia, ostetricia e pediatria.

La finanziaria '94 porterà addirittura ad una diminuzione di 45.000 posti letto per acuti in tutta Italia. Questo vuol dire che alla già prevista trasformazione degli ospedali con meno di 120 posti letto si ridurrà ulteriormente il numero dei posti letto negli ospedali.

Se vediamo l'ospedale come azienda... e pensare all'ospedale come azienda vuol dire che, al di là di essere organizzato in un certo modo piuttosto che in un altro, risponde in termini di gestione a quella che è la gestione economica di un'azienda, cioè l'investimento di risorse finalizzate al raggiungimento di certi obiettivi e valutazione finale dei risultati... cosa vuol dire questo? Vuol dire che, fondamentalmente in Italia avremo sempre più ospedali di media-grande dimensione. Gli ospedali di piccola dimensione, se rimarranno, saranno esclusivamente quelli per i quali si definisce che è opportuno che restino, perché altrimenti la prestazione, se trasferita da un centro di campagna o di montagna all'ospedale del capoluogo di provincia, diventerebbe troppa costosa.

In termini pratici questa riduzione o ristrutturazione della rete ospedaliera vorrà dire sottrazione di risorse al momento della cura e quindi all'ospedale. Ma non perché ne debba avere di meno, ma perché l'ospedale deve soltanto curare l'evento malattia e intervenire nella fase acuta, non deve più occuparsi della pre-ospedalizzazione e non deve più occuparsi della riabilitazione, della fase postacuta.

Pensando a noi come risorsa professionale, questo, molto probabilmente, vorrà dire ripensare ai sistemi che fino ad oggi sono stati adottati per determinare il fabbisogno di personale all'interno delle strutture ospedaliere, ma non solo in termini di quantità: in termini di qualità e in termini di dislocazione nei vari settori dell'ospedale.

E qui si aggancia un altro concetto, rimanendo sempre all'interno dell'ospedale. Noi siamo abituati a vedere l'ospedale organizzato come era stato definito nel 1968. Ognuno di noi lavora in un reparto, la maggior parte di voi forse lavora in terapia intensiva, in rianimazione, in terapia intensiva chirurgica, in dialisi... Alla 502 si lega necessariamente un altro decreto legislativo che noi conosciamo ancora troppo poco (e che la sanità, in genere, conosce troppo poco) che è il decreto legislativo numero 29, che si riferisce all'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e alla revisione della disciplina in materia del pubblico impiego. Noi come dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, facciamo parte del pubblico impiego. Alcune regole fissate per il pubblico impiego si applicano anche a noi. E in termini organizzativi — riprendo il concetto di prima — questo cosa vuol dire? Vuol dire che si supera — ed è scritto espressamente nella legge — il concetto del reparto, della divisione e del posto letto. Non esisterà più un ospedale organizzato in questo modo... si va verso la definizione di aree funzionali, si va verso l'individuazione di livelli di funzioni all'interno dell'ospedale, si va verso l'individuazione di livelli di responsabilità per funzione. Cosa vuol dire questo?

Vuol dire che in un ospedale esisteranno non più i reparti di medicina uomini-donne, il reparto di chirurgia toracica, di chirurgia... ma esisterà l'area funzionale chirurgica o l'area chirurgica. Esisterà l'area medica, esisterà l'area della terapia intensiva, esisterà l'area dell'emergenza-urgenza, esisterà l'area della lungodegenza e della riabilitazione. Provate a immaginarvi ognuno di voi in questi reparti e provate a collocarvi in questa nuova ottica. Ognuno di voi si potrà vedere inserito in un insieme di reparti che tutti insieme costituiscono l'area.

In termini organizzativi questo cosa vuol dire? Vuol dire che le risorse economiche, umane, tecnologiche, non sono più del reparto X, ma sono dell'area. Per cui gli infermieri assegnati all'area, sono gli infermieri dell'area, non sono gli infermieri del reparto di medicina generale che fa parte dell'area medica. Questo è un concetto che stravolge un po' il nostro modo abituale di vederci assunti, addirittura dal momento dell'assunzione e di vederci collocare nell'ospedale.

Noi, quasi tutti, penso, abbiamo fatto un bando di mobilità interna per l'assegnazione del cosiddetto posto fisso. È un criterio che deriva dall'applicazione di norme sindacali, dal contratto di lavoro. Domani questa cosa non esiste più; cioè, in pratica non esiste già da quando è entrato in vigore il decreto legislativo 29. Non esisteva addirittura da quando è entrato in vigore la finanziaria del 1990, quando si parlava per la prima volta di «aree omogenee funzionali».

Di sicuro non esisterà più quando entreranno in vigore i piani sanitari regionali. I piani sanitari regionali dovranno definire la nuova organizzazione della sanità a livello delle singole regioni. Determineranno il numero delle USL ... Pensate che, nella gran parte delle regioni, si va verso un numero

di USL che corrisponde al numero delle province. In Campania, delle attuali 60 USL ne rimarranno 8. Cioè siamo in una logica organizzativa tale che comunque rivoluziona tutto quello che noi siamo stati abituati a vedere fino ad oggi come momenti certi nella nostra operatività quotidiana.

Allora, prima dicevo cosa la riforma sanitaria puo significare per noi in termini di «allocazione di risorse professionali». Ma questo non basta per farci ritenere che sia arrivato forse il momento di impegnarci in prima persona nel produrre dei dati o comunque delle informazioni su cui poter lavorare ai fini di decidere queste cose.

E poi, alla fine, concluderò tentando di trasmettervi quella che è la mia perplessità o comunque quello che puo essere il mio proposito personale.

Proviamo a trasferirci dall'organizzazione in senso fisico all'organizzazione in senso professionale (stiamo parlando dell'ospedale, per adesso). In una struttura organizzata come ho tentato di delinearvi, pensate a come dovrebbe lavorare, in condizioni ottimali, un operatore che abbia la nostra qualifica e la nostra professionalità. Noi siamo abituati a lavorare in un reparto X, coordinato da un caposala, siamo abituati ad occuparci di un numero variabile ma ben delimitato di utenti. Nell'ottica di una gestione delle risorse in un'area funzionale, cosa cambia fondamentalmente? Cambia che l'infermiere non è più chiamato a fare delle cose che rispondono alla sua funzione per un numero determinato di persone, ma è chiamato a gestire, in prima persona, la sua funzione e a valutarne i risultati. È chiamato a farlo in prima persona.

Non rivolge più la sua prestazione al paziente X, ma rivolge la sua prestazione al gruppo di persone che sono identificabili come appartenenti alla categoria dei pazienti chirurgici generali. Parliamo della chirurgia generale piuttosto che, ad esempio, ai pazienti che afferiscono alla categoria dei pazienti classificabili come chirurgia speciale o chirurgia d'urgenza, come volete voi.

In termini operativi, questo cosa significa? Che non avremo più infermieri assegnati all'area per minuti di assistenza o per posto letto, ma avremo necessariamente qualcuno che comincerà a chiederci: quanti infermieri servono nell'area chirurgica per garantire l'assistenza a questa tipologia di pazienti?

La domanda che pongo a voi è: siamo noi oggi, come professione, nella condizione di dare questa risposta? Io non lo so, penso di no. Penso che, nella gran parte delle realtà, forse non abbiamo strumenti o dati storici che dimostrino quale sia il peso relativo dell'assistenza infermieristica in determinati contesti sanitari, ben delimitati. Parliamo delle aree omogenee, ma potremmo parlare dell'assistenza domiciliare, potremmo parlare di tutto quello che vi viene in mente di pensare.

Quindi, cambia il modo di vederci collocati nella struttura, cambia il modo di vederci all'opera nella struttura, cambia fondamentalmente il ruolo del professionista, e cambia anche per un'altra ragione.

Se è vero che la valutazione della qualità dell'assistenza è posta al centro

del sistema, perché il cittadino entra a pieno titolo nel sistema e al cittadino si chiede di contribuire nella valutazione della qualità finale... poi non stiamo a parlare se è la qualità del processo, degli strumenti, dell'organizzazione, del risultato... questa è tutto un altro problema. Se siamo chiamati tutti a valutare la qualità in termini di risultato finale della nostra prestazione, ognuno di noi deve essere responsabilizzato del proprio operare quotidiano.

Cosa vuol dire questo? Che se io, da infermiere, sono chiamato a rispondere della mia operatività, è logico che chieda e ottenga che mi si riconosca la autonomia decisionale che è correlata al livello di responsabilità. Io non posso rispondere di qualcosa di cui non decido. È un assunto abbastanza logico questo.

Per rimanere nella professione, senza andare troppo in là — poi ci trasferiremo anche all'altro contesto — questo vuol dire che cambia fondamentalmente, in una organizzazione sanitaria, anche il ruolo di chi coordina l'assistenza, e cioè il caposala. Fino ad oggi il caposala ha coordinato persone, cioè ha coordinato infermieri, ha coordinato l'attività degli infermieri. Nell'ottica di una professionalità espressa con i criteri che dicevamo prima, il ruolo di coordinamento si sposta dalle persone alla funzione, cioè, il caposala non coordina più persone e il lavoro di queste persone, ma coordina l'espletamento della funzione nell'area omogenea funzionale. Il caposala, tanto per dirne una, è quella persona che, avendo davanti tutto quello che succede nell'area, insieme a tutti i caposala dell'area, elabora e definisce i criteri in base ai quali ai singoli infermieri, o al gruppo di infermieri, sono assegnati gruppi di pazienti; di questi pazienti, dell'assistenza erogata a queste persone, risponde l'infermiere, anche in termini di coordinamento del gruppo, coordinamento necessario per attuare questa assistenza. Il caposala pianificherà insieme agli infermieri il lavoro ed interverrà nel momento finale della valutazione collegiale.

Si preoccuperà di creare le condizioni organizzative interne all'area affinché gli infermieri riescano a lavorare. Molto probabilmente qualcun altro si occuperà di pianificare o coordinare gli interventi correlati, ad esempio, all'attività clinica, la visita medica. Noi siamo abituati a vedere il caposala in visita medica, domani, molto probabilmente, non ci andrà più, non dovrà andarci più, perché se il suo ruolo è di coordinare l'assistenza, avrà qualcun altro che diventa il referente di quel momento assistenziale e, da questa persona, riceverà le informazioni necessarie per attuare un livello di coordinamento complessivo.

Sono tutti spunti di riflessione i miei, che, come vedete, penso abbiano degli effetti notevoli in termini di definizione degli scenari futuri per la nostra professione.

C'è un altro dato grosso, che penso possa servire a noi tutti per esprimerci anche di perplessità e di considerazioni all'interno di un gruppo associativo come puo essere l'ANIARTI.

Quando noi diciamo valutazione, controllo, pianificazione, organizzazio-

ne, diamo quasi per scontato di aver già superato la fase iniziale della pianificazione, della organizzazione, della valutazione, del controllo che è quella di avere dei dati certi iniziali dalla cui analisi ed elaborazione partire per pianificare, organizzare, coordinare, controllare, valutare.

Fino ad oggi, nella maggior parte delle realtà, in questi momenti fondamentali dell'assistenza infermieristica che si concretizzano nell'operatività quotidiana di ciascuno di noi all'interno del proprio ruolo, il dato iniziale non è un'elaborazione specifica professionale, ma è un insieme di dati e informazioni che l'infermiere raccoglie dalle fonti più disparate — se le raccoglie — ma che non hanno un substrato omogeneo di conoscenza e di elaborazione concettuali della professione da cui partire per dire, alla fine della prestazione: io ho, come professionista, questo valore economico, questo valore sociale, questo valore professionale che, messo a comparazione con quello degli altri professionisti, assume una sua specificità.

Cosa voglio dire in pratica? Noi oggi siamo inglobati, come voce, come livello di prestazione, come livello professionale, all'interno della voce «prestazione sanitaria».

All'interno di questa voce così grossa, noi abbiamo:

— le prestazioni diagnostiche;
— le prestazioni terapeutiche;
— le prestazioni cliniche, in senso generale.

E le voci economiche di spesa amministrativa, di gestione.

Non esiste, in Italia, un sistema codificato di valutazione e di determinazione dei livelli infermieristici in termini di prestazioni globali.

Il dottor Gardini prima parlava di ROD (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) e di DRG (Diagnosis Related Group), avete sentito parlare dei «centri di costo»... sono tutte parole che sembrano essere diventati gli slogans del 1993, ma che saranno i criteri su cui si baserà la gestione della sanità da oggi negli anni a venire.

Gli infermieri non ci sono nella determinazione dei raggruppamenti omogenei della diagnosi e, se pensate che sulla base dei DRG verrà determinato il budget famoso di cui parlava il dottor Gardini da dare alle aree omogenee, chi mai riuscirà a dire — prima ancora che vengano assegnati i finanziamenti e le risorse umane a quella unità operativa — quanti infermieri e quanto costa l'assistenza infermieristica all'interno di quel costo complessivo? Oggi nessuno.

Chi è in grado di dire, se non noi infermieri, che siamo già un po' in ritardo sulla tabella di marcia, qual è, in termini di prestazione, il livello di intervento nostro professionale per quella categoria di pazienti? Fino ad oggi nessuno.

Per cui, se andate a vedere il significato di DRG o ROD, vi accorgerete che sono delle classificazioni. Parlo in termini molto elementari: queste classificazioni individuano delle prestazioni e dei costi per tipologie di utenti. Al-

l'interno di queste prestazioni e classificazioni non sono contemplate le prestazioni assistenziali, cioè le prestazioni infermieristiche. È quasi come se noi facessimo parte di tutta questa cosa, però non avessimo una nostra specificità.

Mentre noi tutti siamo consapevoli del fatto che, a seconda che l'infermiere decida di fare un intervento piuttosto che un altro, incide in maniera determinante sul risultato finale della prestazione.

Se l'infermiere non ha instaurato nella sua operatività quotidiana, ad esempio (faccio un esempio banale perché forse è quello più lampante) un sistema di monitoraggio delle infezioni ospedaliere delle vie urinarie correlato alla standardizzazione delle procedure di cateterizzazione: ad esempio, se mettete a confronto un infermiere, che segue determinati tipi procedure e protocolli comportamentali che garantiscono o comunque fanno in modo che il tasso di infezioni diminuisca, con un operatore che non attua queste cose, vi rendete conto che il rischio di infezioni delle vie urinarie per questi «pazienti», è molto più elevato.

Questo vuol dire che questo paziente starà in quel reparto un po' più di giorni, vuol dire che il costo del raggruppamento omogeneo sale, vuol dire che quel paziente non sta più in quella classificazione che l'ha denominato in quel modo, che gli ha fatto assegnare quel tipo di prestazione. Noi determiniamo in maniera incredibile il costo della prestazione e la qualità della prestazione.

Noi infermieri non siamo in grado di... non vorrei usare la parola «dimostrare», perché il dimostrare viene dopo. Noi siamo ancora al livello precedente, non siamo in grado nemmeno di dire di che cosa è fatta questa nostra prestazione, perché non abbiamo ancora iniziato a sistematizzare, in maniera scientificamente validabile, in che cosa la nostra professionalità si concretizza e si differenzia a seconda che il mio interlocutore sia una persona sana — che si avvicina al consultorio per acquisire informazioni — o sia una persona ammalata che viene in ospedale perché ha bisogno di subire un intervento chirurgico di un certo tipo.

E se è vero, come è vero che comunque le risorse aggiuntive verranno date nel momento in cui verrà valutato l'esito finale, il livello di produttività finale, e se io ho raggiunto il mio obiettivo iniziale mi verranno date risorse aggiuntive, il rischio è che, se come infermieri non riusciamo ad entrare a pieno titolo dentro questo meccanismo, in questa erogazione di finanziamenti aggiuntivi o di risorse aggiuntive, noi c'entriamo per «il rotto della cuffia», nel senso che avremo sempre le ultime cose perché ci sarà qualcuno che dimostrerà quanto pesa e quanto incide e prenderà quello che gli spetta.

Tenete conto che il decreto legislativo 29 dice anche un'altra cosa: pone come obbligo la non corresponsione di salari aggiuntivi che non corrispondono a livelli di produttività e a funzioni realmente svolte.

Provate a tradurre questa cosa e a portarla all'interno di quello che è il contratto di lavoro, i famosi livelli economici, i famosi riconoscimenti di livelli di prestazione ... Se non siamo in grado di dimostrare che il livello

aggiuntivo di prestazione e di funzione c'è stato, in teoria non ci viene nemmeno riconosciuto il peso sociale ed economico di questa cosa.

Io mi fermerei perché continuare vorrebbe dire andare dove forse a voi non interessa e lascerei al dibattito, eventualmente, alcune riflessioni o alcuni spunti per andare avanti.

Io ritengo però che sia di fondamentale importanza acquisire da professionisti una consapevolezza: la professione infermieristica di fatto rappresenta l'80% delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, l'80%! Il resto è rappresentato da tutti gli altri professionisti.

Se è vero che di qualità si sta iniziando finalmente a parlare in termini reali nella sanità, gran parte di quello che si riuscirà a garantire al cittadino, in termini di qualità, nella tutela della salute, dipenderà anche da noi. Se tutto questo diventa un mandato istituzionale, e cioè quello che da operatori siamo chiamati a fare, non si puo aspettare tanto oltre quello che è già passato come tempo per ripensare in termini di contenuti sicuramente alla formazione, perché sulla formazione ci sarebbe da aprire un capitolo a sé. Nessuno, oggi, penso ritenga che la formazione infermieristica per i contenuti che ha (non diciamo per il livello), consenta di avere i professionisti formati a questo futuro Sistema Sanitario.

Se siamo chiamati con mandato istituzionale a fare tutto questo io penso che dobbiamo comunque assumerci in piena consapevolezza la responsabilità di operare certe scelte. Ma consapevoli anche di una cosa: che decidere di prendere, di fare delle cose o di non farle, decidere di assumere delle decisioni piuttosto che non assumerle, è una responsabilità soltanto nostra. Non si puo oggi — come è stato fatto molto probabilmente in passato, come io temo si possa continuare a fare — continuare a pensare che è qualcun altro che deve capire che deve coinvolgere gli infermieri. Perché questo «qualcun altro» potrà avere mille alibi o mille ragioni per non farlo.

Decidere oggi di iniziare a pensare a come fare per essere dove si prendono delle decisioni, come diceva prima Annalisa Silvestro in apertura di questa sessione, io penso che sia un atto di enorme responsabilità che testimonia il valore etico che ognuno di noi, da persona prima e da professionista dopo, trasferisce nella propria vita professionale.

Quello che ci aspetta, ritengo, sia un grosso cammino, quello che ci si chiede di fare è molto, molto complicato. Penso che comunque l'opzione o la scelta sia tra due soluzioni:

— che si decida di farlo da soli, cioè noi, da protagonisti, diventando interlocutori del sistema, o
— che si decida di aspettare.

Il problema è che poi alla fine ci si prende quello che ci viene dato. E io ritengo di poter dire che alcune scelte grosse sono state fatte, sono già diventate operative. Ma che ognuno di noi nel proprio ambito operativo, all'interno della propria associazione, all'interno del collegio, all'interno di tutti

i momenti di dibattito e di accrescimento delle conoscenze, ha l'opportunità di diventare protagonista di questi cambiamenti.

Anche perché sarà agli infermieri che si chiederà di dimostrare certe cose, perché gli altri non sono in grado di dimostrarle.

Io spero comunque questo mio intervento, che puo essere sembrato anche un po' «vagante», di aver raggiunto almeno un risultato: quello di aver stimolato in voi il senso della complessità della situazione, il senso del grosso fermento di questo momento, il senso del grande potenziale, della grossa potenzialità che c'è oggi, per la professione, di affermarsi come interlocutore vero del sistema.

Io mi fermo e spero che dal dibattito, dalle vostre domande, ci siano degli stimoli ulteriori per chi è attorno a questo tavolo per intervenire.

DIBATTITO

Annalisa Silvestro (moderatrice)

Credo sia stato bene che Angela Brandi si sia fermata qui altrimenti potevamo anche andare in crisi pessimistica. Proviamo a fare una piccola carrellata delle relazioni di questo pomeriggio ...

Elio Drigo, Presidente Aniarti, è partito, praticamente, descrivendoci qual è il concetto di salute che la nostra Associazione vuole fare proprio.

Poi il dottor Gardini ci ha dato delle chiavi di lettura molto interessanti, che potrebbero avere una connotazione pessimistica, sembrano un disastro, pero forse, ci fanno capire quanto si discosta il decreto legislativo 502 rispetto al concetto di salute che ci ha presentato Drigo.

Poi la collega Angela Brandi ci ha dato tutta una serie di indicazioni, di messaggi su cui credo dovremo fare una grossa e profonda riflessione. Vogliamo essere protagonisti e quindi cominciamo a ragionare nella logica: bisogna essere dove si prendono le decisioni ma bisogna esserci con dei contenuti? oppure possiamo aspettare che altri, che sono quelli che prendono le decisioni, si accorgano del nostro ruolo? Per non dimenticare (e non era il mandato dei relatori, ma questo lo riporto io) il cittadino, che noi in questo Congresso abbiamo chiamato cittadino-cliente, non in senso negativo, ma cliente inteso come colui che potrà disporre del servizio a cui chiede di erogare prestazioni. Quindi non più il cittadino che si accontenta di quello che il servizio dà, ma il cittadino che valuta, discrimina e decide a quale struttura sanitaria rivolgersi per avere le prestazioni. E sarà il cittadino che andrà a determinare alla fine, la vita o la morte di alcune strutture sanitarie. Perché se il cittadino deciderà di non utilizzare più certe strutture, significherà che quelle strutture chiuderanno. Non potranno continuare a vivere sperando nel saldo a piè di lista dei debiti sanitari che avranno contratto.

Quindi a questo punto noi infermieri dobbiamo decidere che cosa fare: o diventiamo protagonisti, insieme ad altri professionisti, per decidere quale sarà la sanità per i cittadini, oppure, ci va bene, staremo a vedere che cosa succederà di noi e di conseguenza anche che cosa succederà delle prestazioni sanitarie ai cittadini.

E su queste sollecitazioni, direi di cominciare a discutere assieme, soprattutto se c'è bisogno di ulteriori chiarimenti, se sono sorti dei dubbi che è necessario vengano chiariti o approfonditi, se comunque volete esprimere il vostro parere sulle cose che sono state dette in questo pomeriggio.

D.: Stanganello Francesco (Palmi) provincia di Reggio Calabria - Lavoro in rianimazione. L'ultimo intervento ha dato proprio il senso della drammaticità di quello che ci prospetta il futuro. A me sono sorti alcuni dubbi e vorrei porli anche ai relatori.

Si è fatta una analisi sulla difformità della applicazione della legge 502 in base anche alle aree geografiche, alla organizzazione sanitaria che esiste e che è diversificata e che sicuramente è sostanzialmente distante anni luce tra il nord e il sud d'Italia. E se questa analisi che si basa sulle cose dette dai relatori sono delle analisi vere, io ho il dubbio che la sanità al sud, scomparirà, cioè dovrà essere chiusa. A meno che non si accetti il criterio che al sud si interviene con i soliti sistemi assistenziali oppure si fa dei malati carne da macello: chiudiamo tutti gli ospedali perché sono tutti in condizione, adesso, di essere chiusi, ragionando con questi criteri; oppure, si ragiona in termini di dare la possibilità di avere pari opportunità cosa che sicuramente non si farà.

Perché conoscendo bene la realtà meridionale, vi posso dire che tutti quei criteri che sono stati qua enunciati, lasciano spazio praticamente soltanto ai privati e sicuramente non ai privati onesti, ma a chi accentra il capitale. Per cui ci saranno, anche in questo senso, dei grossi problemi.

L'altro grosso problema che viene fuori, a mio giudizio e che si pone di fronte a me con uno scenario drammatico è la divisione che noi abbiamo all'interno della categoria a livello nazionale: la divisione in piccoli o grossi gruppi, la Federazione Nazionale dei Collegi che ha una posizione che molto spesso è la più retriva su alcune questioni. Altri gruppi che sono un pochino più all'avanguardia rispetto a delle problematiche e l'Aniarti che si pone questi problemi e discute con questa drammaticità, giustamente, con questa capacità critica corretta di chi vuole vedere oltre la cortina di fumo innalzata dal discorso dell'efficienza/efficacia.

Ecco, questa cosa mi fa un po' pensare: in futuro non avremo la forza di andare a pretendere un posto di contrattazione a livello istituzionale, perché siamo divisi. Non abbiamo le idee chiare, esistono varie scuole di pensiero riguardo a quello che è lo specifico infermieristico; non c'è unità di visione su determinate cose.

Altra cosa grossissima che mi fa pensare che abbiamo un avvenire non del tutto roseo, è il fatto che c'è la tendenza alla suddivisione, alla guerra tra poveri; cioè, praticamente noi come categoria, dovremo accettare l'idea di andare a fare guerra ad altri ospedali e cioè di essere in competizione per salvaguardare la vita del nostro ospedale, dovremo accettare di lavorare in condizioni anche disumane: forse in numero insufficiente di personale, lavorando il doppio, tacendo, perché altrimenti moriremo noi e non morirà l'altro ospedale. E questa è un'altra grossissima, drammatica realtà.

Un'altra cosa che mi dà da pensare è il fatto che nell'atteggiamento di chi si vuole mettere al pari con le altre professioni, rischiamo di abbandonare tutto quello che è di più «soft», di più delicato, di poco probabile abbiamo a livello di dati misurabili. Abbandonare poi tutto quello che è il discorso sull'approccio psicologico al paziente, maturato sotto questo punto di vista e andare invece a tecnicizzarci adottando delle categorie che possono, per esempio, giustificare il costo dell'assistenza infermieristica solo sul piano tecnico.

C'è questo pericolo: l'incapacità, praticamente o l'impossibilità a volte, di produrre elementi quantificabili dal punto di vista economico, della nostra assistenza; li abbandoniamo per trovare, invece, solo degli elementi quantificabili; e perciò noi ci releghiamo a un ruolo più tecnico invece che a un ruolo globale come è quello che da anni abbiamo auspicato nei nostri congressi. C'è anche questo rischio.

D.: CANTAVENERA (Milano) - Io volevo rivolgermi alla signora Brandi, per fare due domande.

La prima è questa: secondo lei puo essere attuato tutto quello che ha detto?

E la seconda è questa: chi lavora al Ministero, quindi il Ministro e tutti gli altri, fino a che punto riescono a calarsi nella realtà della sanità attuale? Grazie.

D.: MASSIMO SCHIRRU (Livorno) - Da quest'anno lavoro alla scuola infermieri. Ovviamente le cose che sono state dette meriterebbero un'ampia discussione, quindi mi scuso con i colleghi se sarò molto sintetico e forse salterò da un problema a un altro.

Noi all'interno della nostra professione, e specificamente in area critica dove questa cosa si vede molto bene, assistiamo a due grosse tendenze. La prima è quella di un aumento di competenze tecnico-professionali e di operatività che una volta erano esclusive del medico e che invece, sempre di più, facciamo anche noi. E questo è, se vogliamo, il discorso che faceva Drigo, della tensione ai problemi e la specificità dell'evoluzione biologica.

Dall'altra, proprio con l'aumentare di questa esigenza, però aumenta, mi sembra, la consapevolezza — da parte degli infermieri professionali — della necessità della ricerca di uno specifico infermieristico dove la competenza tecnica, che pure è necessaria e che comunque va studiata e va appresa, fa parte della globalità dell'assistenza.

E questo — l'ha detto anche Brandi, mi sembra — è il nostro grosso deficit attuale, è la nostra difficoltà. Forse non a caso noi siamo giustamente impauriti di fare dei congressi tecnici. E questo congresso è un po' l'«alter ego» dell'altro congresso Aniarti di Bologna del 1989, se avverto bene questa giusta preoccupazione perché questo è il grosso problema che abbiamo di fronte.

Io quest'anno, dopo diversi anni di lavoro in area critica, sono andato a insegnare a scuola e mi sono chiesto, nella prima ora di lezione: cosa dico insieme all'équipe di infermieri insegnanti, a questi nuovi futuri colleghi che devo formare alla nuova realtà e non a quella attuale?

E ho avuto dei grossi problemi. A un certo punto ho tirato fuori dal cappello una «teorica» sui problemi relazionali e ho visto come i ragazzi scattassero completamente disorientati rispetto a una formazione che fino a oggi è stata soltanto tecnica. Noi stessi abbiamo infatti difficoltà, nei reparti, a fare qualcosa che sia diverso dal tecnico.

Dico questo perché penso che questo sia il prioritario campo di ricerca degli infermieri e su questo possono intervenire soprattutto le organizzazioni professionali. Ovviamente, per quanto riguarda l'area critica, in primo luogo, l'Aniarti.

La seconda cosa che voglio dire riguardo la 502, che meriterebbe un discorso molto vasto, fatta una premessa necessaria: la 502 è ancora oggi tutta in discussione perché non possiamo scordare quello che sta succedendo fuori da questa sala, nel Paese: una polarizzazione tra un'area progressista e un'area conservatrice. E noi sappiamo che, anche se non venisse messa in discussione questa legge, che io credo che verrà messa discussione (una legge di cui è stato garante un ministro che puo essere garante di poche cose), l'interpretazione di questa legge andrà in un senso o nell'altro a seconda del dibattito di questo Paese e di come le organizzazioni professionali si collegheranno dentro a questo dibattito e nelle scelte operative politiche dentro a questo dibattito.

Detto questo e ancora premesso alcune cose — cioè che noi siamo contro quella che è la medicalizzazione della sanità e anche (poi se ne riparlerà in questi giorni) della medicalizzazione della formazione infermieristica dentro l'università — rispetto al problema del budget, su cui tornava Gardini. Ma è ovvio che il budget lo gestiscono i primari o i direttori sanitari, perché oggi la legge individua soltanto in queste figure, o in poche altre figure, le persone giuridicamente legittimate a farlo.

E allora a che cosa serve? Serve che oltre ai piani regionali sanitari, che pure cercheranno di organizzare diversamente il Servizio Sanitario locale, occorre una legge, che ridefinisca i rapporti tra le professioni, i profili funzionali e le responsabilità. Perché è ovvio che in questa situazione è impossibile parlare di un budget gestito dalle caposala o dal CSSA.

Mentre se invece va avanti un discorso sulla formazione diverso che ribadisce l'autonomia, che ribadisce le responsabilità istituzionali con l'istituzione dei servizi infermieristici, allora la cosa decisamente cambia.

R.: Angela Brandi - Provo a rispondere a qualcuna delle domande. Il collega di Palmi. Se è stata presa in considerazione la differenza tra le aree geografiche: è stata tanto presa in considerazione che si è arrivati a definire quando il dottor Gardini riferiva prima, a definire cioè i livelli obbligatori di assistenza.

Che vuol dire? Vuol dire che in tutta Italia, tutte le regioni avranno le risorse necessarie per garantire determinati livelli di assistenza. Chi vuole garantire ai suoi cittadini livelli superiori — come succede nella realtà quotidiana che tutti noi conosciamo — potrà continuare a farlo, ma con proprie risorse.

E questo ha creato dei grossi problemi a livello nazionale, quando si sono andati a definire i finanziamenti. Perché, ovviamente, chi ne ha pagato le con-

seguenze in maniera determinante sono quelle regioni che hanno assicurato livelli di assistenza molto elevati.

Qual è l'altra faccia della medaglia? È che non ci sono più gli alibi, perché — se è definito che dalla Valle d'Aosta alla Sicilia, per garantire l'assistenza ospedaliera così come è scritto, cioè per tutti gli interventi di assistenza ospedaliera — il costo complessivo è di X e la regione ha piena autonomia per decidere come utilizzare le risorse, dove metterle, come distribuirle, quali prendere di più e dove spendere di meno ... se il costo è quello dalla Val d'Aosta alla Sicilia, non è possibile più che in Val d'Aosta si realizzi e in Sicilia non si realizzi un'assistenza adeguata.

Perché è stato determinato uno standard minimo, uno standard base obbligatorio.

Ma c'è anche un'altra cosa: che oggi l'impegno vero — è qui che entra in gioco il senso di responsabilità professionale — delle professioni sanitarie all'interno delle organizzazioni sanitarie, lasciando da parte il momento di gestione della struttura, è impegno responsabile individuale quello di garantire qualità al servizio.

Perché, che cosa succede? Annalisa prima diceva: è il cliente, il cittadino-cliente che decide dove andare. Ed è proprio così. Fino ad oggi era proprio così: uno partiva da Reggio Calabria e andava a Milano all'Istituto dei tumori a operarsi.

Fino ad oggi che succedeva? Che la regione Lombardia metteva a carico le spese di questa assistenza. Da quando è entrata in vigore, entrerà in vigore uno dei decreti attuativi della 502, la USSL milanese emetterà una fattura alla USSL di Reggio Calabria. La USSL di Reggio Calabria non riceverà i soldi spesi in termini di risorse economiche, strumentali e umane per quella prestazione, per cui è interesse della collettività garantire qualità alla sanità in quella regione. Perché non c'è più nessun alibi per dire che noi non siamo in grado. Mi sono spiegata?

Cioè, il concetto assistenzialista che ha generato il fenomeno della Lega, il fenomeno di tutti questi movimenti, non ha più motivo di esistere. Teniamo conto che la legge prevede un periodo di tempo abbondante per riequilibrare gli squilibri.

Il problema è che, se fino ad oggi c'è stato un utilizzo di risorse non finalizzato e mai giustificato, da domani non sarà più possibile. Comunque bisogna dire che cosa se ne è fatto di tutte le risorse. Se il livello di assistenza è inferiore a quello che doveva essere il livello obbligatorio per tutti, a quel punto, come tutte le aziende che si rispettino, poiché non c'è un committente che va lì a comperare prestazioni, vorrà dire che ci saranno i grossi ospedali, le grosse USSL, tutto concentrato lì e poi ci saranno i distretti territoriali, presumo e basta.

Poi il problema degli elementi quantificabili, cioè cosa della nostra professionalità o comunque di quello che noi facciamo è quantificabile, non viene tenuto conto di quello che non è quantificabile. Ma qui il problema non è

quantificare in termini di costo. Il problema a monte, prima ancora di dire quanto vale, è quello di dire che cosa c'è dentro. Se poi dentro questa prestazione c'è un livello di relazione fondamentale e specifico, questo è un valore aggiunto al valore della prestazione che di per sé non è monetizzabile perché non posso dire quanto mi dura la relazione con questo paziente piuttosto che con quell'altro. Ma è proprio qui il nodo della questione.

Se noi vogliamo, come da tanto diciamo, rivendicare giustamente il riconoscimento di un ruolo centrale nella organizzazione sanitaria, che è dato dal fatto di avere questa caratteristica, cioè di iniziare, mantenere e terminare e continuare anche dopo la relazione con la persona, dopo averlo detto a parole, bisogna che dimostriamo che è così. Allora questo non vuol dire quantificare la relazione o quantificare le prestazioni tecniche a scapito della relazione. Vuol dire iniziare a fare quello che Drigo diceva nella sua relazione: applicare le conoscenze alla prassi. Se io ho teorizzato una relazione, che è la caratteristica della mia professionalità, dovrò iniziare ad applicare alla clinica, quindi alla pratica questo mio bagaglio di conoscenze, producendo risultati e dati che dimostrino che è così, per cui è mia e non è di nessun altro.

Perché altrimenti lo psicologo dice: ma come, la relazione ce l'ho anch'io!? Il terapista dirà: beh, la relazione ce l'ho anch'io! Il medico dirà: ma volete che io non mi metta in relazione con gli utenti?

Poi, c'è stata la domanda del collega di Milano, se può attuarsi la 502. La domanda non è «se può attuarsi», ormai siamo arrivati alla fase in cui ci si chiede quando entrerà a regime. Tenete conto che la 502 è entrata in vigore il 1° gennaio 1993, e quando noi diciamo «non sappiamo ancora che fine fa» ci riferiamo alla revisione della 502. Cioè, attualmente è in atto una modifica, un tentativo di modifica della 502, per forza di una norma prevista nella legge-delega da cui deriva la 502 che dà tempo fino al 31 dicembre del 1993 per apportare modifiche. Può darsi che le modifiche non passino, vista la situazione politica del momento; non sono in grado di dirvi se ci sarà o non ci sarà la modifica, ma di fatto è già legge. Non dimenticate che a questo è legato il piano sanitario nazionale, che è già alla Presidenza del Consiglio dei Ministri; non dimenticatevi che è già legge un'altra cosa che è alla base della 502, che è la definizione dei livelli uniformi di assistenza, in base ai quali sono già stati determinati i finanziamenti addirittura per il 1994.

Per cui, non dobbiamo chiederci se può attuarsi; è attuabile perché, come tutte le leggi, è attuabile. Il problema grosso è provare ad immaginarsi, o comunque iniziare a chiedersi: quanto tempo, affinché tutto quello che è necessario per attuare la 502 bisogna che trascorra? Perché non dimentichiamoci che i cambiamenti non li determina una legge solo per il fatto che sia stata scritta; i cambiamenti li determina quello che il singolo operatore, come singolo o come gruppo, fa. Per cui, se saremo noi in grado di cambiare e di modificare, cambieranno le cose, altrimenti quello che sarà il Governo politico di domani deciderà cosa fare della sanità.

Poi il famoso budget (poi risponde penso anche Gardini a questa doman-

da). Io mi preoccuperei poco di «a chi viene dato il budget»: al direttore sanitario, al primario... Quello di cui sento oggi, come infermiere, di preoccuparmi, è: in base a che cosa sarà determinato questo budget? Secondo: se saremo nella condizione di determinare la gestione di questo budget. Cioè: a me viene assegnato un budget come area omogenea, bene. Dove destino queste risorse? Non mi preoccupa se lo danno al primario, anche perché il primario viene individuato come dirigente, ruolo dirigenziale della struttura. Ebbene, non me ne dispiace. Uno perché non ho le condizioni oggi per accedere a quel livello, perché è stato scritto a chiare lettere che ci vuole la laurea... magari c'entrerò domani. Poi mi porrò il problema se sono in grado o meno, con l'attuale formazione, di arrivare a quel livello.

Il problema non è tanto il ruolo istituzionale. Il problema è che domani saremo chiamati, ognuno di noi, nel nostro piccolo, a rispondere di come utilizziamo determinate risorse. Quindi, che le gestisca il primario o che le gestisca il direttore sanitario, comunque il caposala e l'infermiere, all'interno di una unità operativa, hanno delle precise responsabilità, di cui dovranno dar conto. Allora, vedete come torniamo ad essere al centro del problema, noi come professionisti, non il sistema che ci detta le regole; saremo noi a poterci determinare le regole, l'importante pero è decidere di farlo, assumendoci tutta la responsabilità di quello che poi ne viene dietro; perché, se decideremo di fare una cosa piuttosto che un'altra, il risultato cambia.

R.: Andrea Gardini: Se questa è l'interpretazione della 502, ritiro quanto ho detto rispetto al ministro Garavaglia e mi complimento ... Se il risultato sarà la possibilità di dare al collega di Palmi di lavorare meglio, lunga vita al ministro Garavaglia. Anche perché al collega di Palmi e anche al collega Schirru, io volevo dire una cosa di questo genere. Ho la sensazione che tutta l'Italia, in questo momento, sia in una situazione di ridiscussione completa del suo essere civile.

Allora, io mi sono posto, da segretario nazionale della «Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria» alcune domande. Perché ha ragione chi porta avanti tutto il discorso sull'efficacia e l'efficienza; ne abbiamo sentito parlare 100 volte di qualità. Ma, quali sono i prerequisiti della qualità? Allora, andiamo a vedere in Bosnia: sono morti tutti i dializzati. In Serbia abbiamo avuto pesantissimi problemi con i diabetici, ancora adesso non ci sono antibiotici per curare le polmoniti ai bambini serbi e sicuramente il Servizio Sanitario bosniaco è stato fatto a pezzi letteralmente dalla guerra. Quindi per uscire da quest'aula è importante dire che per fare queste cose noi dobbiamo restare un Paese in pace.

Un altro prerequisito di tutte queste cose che diciamo è la democrazia, cioè il corretto rapporto fra amministratori e amministrati. Allora è chiaro che il collega di Palmi, da questo punto di vista, può avere dei problemi, pero

vi assicuro che ce li ho anch'io a Trieste e sono convinto che in tutte le situazioni in cui c'è una democrazia, e c'è un corretto rapporto mancante fra amministrati e amministratori, questi discorsi sono molto più difficili, e le resistenze al cambiamento sono molto più grosse. Però non è una questione di nord e sud, è una questione di ambiente in cui la sanità è «indovata». Poi c'è un terzo punto che è impensabile. Tutto ciò che di etica ha detto Elio Drigo, è assolutamente vero e non può prescindere dall'onestà personale dell'amministratore, dell'amministrato, del cliente e del professionista. Nel senso che, a questo punto, si è visto molto chiaramente in Italia, cosa vuol dire essere o non essere onesti; e a questo punto credo che non si possa parlare di qualità senza prescindere dall'onestà.

Quindi, a mio parere, molto semplicemente e molto sinceramente: ognuno ha la democrazia che si merita e quindi ognuno deve in qualche maniera interrogarci su che cosa sta succedendo. Pare che stia succedendo qualcosa ... Palermo ci sta insegnando delle cose stranissime, per cui non so se fidarmi o no ... però sta succedendo una cosa molto interessante e intelligente in questo momento e pare che la gente possa esprimersi in maniera più libera in alcune zone d'Italia; in altre pare che ciò non sia possibile perché non so quanto a Varese sia possibile esprimersi in maniera libera oggi rispetto a Palermo; non lo so a Roma o a Napoli se vincono dei nomi antichi quanto sarà possibile esprimersi. Però sta succedendo che la gente si sta esprimendo, anche attraverso quei nomi; bisogna capire quanto quei nomi potranno garantire il fatto che possono esprimersi di più in futuro. Però, il fatto che voi siate qua in 1000, questa è una cosa che dice che probabilmente qualcosa sta succedendo ... non so cosa, ma è importante!

D.: Sono Marisa Siccardi e sono direttrice docente di scuola infermieri professionali e ho alle spalle una diversificata esperienza in tutti i settori dell'attività infermieristica. Io volevo richiamare l'attenzione su quello che ha detto Drigo, perché non è stato ricordato, e mi sembra fondamentale. Proprio per questo ringrazio il Comitato scientifico dell'Aniarti per il taglio che è stato dato a questo convegno, perché vivaddio si esce dal torpore asettico che ha accompagnato la professione in tutti questi anni. Non si esce, ovviamente, solo in questo momento, è un processo abbastanza lento; però in questo convegno, io vedo che finalmente c'è l'esplosione perché, quanto ha detto Drigo, e soprattutto la memoria storica che lui ha riportato alla ribalta, è fondamentale.

Vorrei fare su questo un riferimento brevissimo. Quando Drigo faceva gli accenni agli anni '60, il passaggio dagli anni '50 agli anni '60, io vorrei ricordare che è stato proprio quando c'è stato il passaggio nel nostro Paese, verso il boom economico, verso l'industrializzazione, è lì che si sono prodotti i danni maggiori nell'ambiente. I palazzinari del sud e del nord, della Sicilia e della Liguria, sono esplosi in quel momento e le alluvioni che avvengono

oggi in Italia si devono soprattutto a quel momento. I danni alla salute, — perché la salute ha uno stretto collegamento con l'ambiente — che si rilevano oggi, sono sorti prima di tutto in quel periodo. E così la disoccupazione che viviamo oggi, perché era in quegli anni che si smantellava l'ILVA, passata poi ITALSIDER della Liguria per trasferirla in Campania, per trasferirla a Taranto; e vediamo cosa succede oggi, e questo produce malattia! mentre non si fa prevenzione per le patologie più gravi, per i traumatismi, eccetera.

Questo lo volevo ricordare perché ho l'impressione che si sottovaluti quello che ha detto Drigo. E invece credo che si debba partire da questo convegno portandolo veramente come l'abbici.

E questo non vuol dire che si sottintende la tecnicità. E anche su questo vorrei dire ai colleghi che si sono espressi dicendo che nelle scuole si insegna solo la tecnicà e basta ... bene, è ora di finirla di dire anche questo! Perché certamente ci sono ancora delle scuole che insegnano soltanto tecnica e tecnicismo, ma ci sono nel nostro Paese, già da tempo, delle scuole dove si comincia con gli aspetti relazionali, dove si comincia con la comunicazione e dove si sono coinvolti anche i medici in questa prospettiva, in questa ottica.

Si è parlato qui di responsabilità e ne hanno parlato tutti i relatori. Bene, io credo che dobbiamo avere la responsabilità anche nell'«essere», perché qui credo che possiamo essere abbastanza chiari, o almeno lo spero. Dicevo prima che le mie esperienze di lavoro sono diversificate, dal settore preventivo, a quello riabilitativo e ovviamente anche a quello terapeutico; anche in area critica: neurochirurgia, complessi operatori, ecc. Bene, io sono forse una sprovveduta, però io mi vanto non solo di non essermi mai fatta pagare la partecipazione a un convegno da una ditta farmaceutica o una ditta produttrice di presidi sanitari, ma io non ho mai accettato nemmeno una pizza dalle ditte. E questo non vuol dire che io non abbia cercato di utilizzare al meglio, di conoscere il materiale prodotto dalle ditte; però, nel mio piccolo, ho cercato di conoscerlo e di utilizzarlo per quello che serviva, per efficienza, per efficacia in proporzione ai costi e in proporzione, soprattutto, ai benefici per gli utenti. Io ricordo ancora quando, sino a non poco tempo fa e forse qualcuno lo fa ancora adesso, dalla farmacia, e questo succedeva in diversi ospedali perché sono un po' una nomade, non mandavano determinati farmaci ma non come principi attivi ma come prodotti commerciali e le caposala, sulla scia dei primari, andavano a piantare grane perché non aveva dato la tale pillolina, la tale fiala, ecc.

Io credo che su questo, noi tutti, dobbiamo avere una grossa responsabilità, perché se effettivamente — io questo rischio lo ripropongo — con la 502 la prevenzione può andare a ramengo io questa paura ce l'ho (la prevenzione a tutti i livelli), e anche perché la prevenzione costa oggi ed ha dei benefici sul lungo termine, ma soprattutto perché la prevenzione non è retta alle spalle dall'industria, da tutto l'apparato produttivo commerciale che è altissimo. Quello che tira di più oggi è l'industria dei trapianti — e non perché non ci sia bisogno dei trapianti, per carità, mi metto nei panni delle persone che

lo aspettano. E poi, non esiste una statistica che mi dica quante di queste persone, che oggi sono in spasmodica attesa dei trapianti, a loro doveva essere evitato questo calvario, perché poteva essere prevenuto.

È qui, allora, che chiamo a raccolta tutti gli infermieri che operano in area critica, perché si faccia una ricerca, una ricerca seria: tutte le persone che accedono ai nostri servizi e che, ovviamente devono essere curate nel migliore dei modi ... Cominciamo a chiederci e a documentare: perché arrivano lì? E il perché arrivano lì non è soltanto relativo alla meccanica dell'incidente o all'evento morboso immediato, immediatamente precedente al ricovero, ma quello che ci è stato prima, alle concause ... E qui, ecco che allora possiamo trasformare il danno in una risorsa, perché questo credo che sarebbe veramente un lavoro altamente qualificante, ma un lavoro che potrebbe riversare veramente dei grossi benefici per il futuro.

L'ultima cosa e chiudo. Noi dobbiamo lavorare certamente «per» i cittadini, ma io dico soprattutto «con» i cittadini. Pensiamo che stiamo diventando, lo siamo già, una popolazione anziana. E qui allora chiudo ancora il cerchio per ritornare a quanto diceva Drigo e per proporvi queste riflessioni, perché se noi veramente non accendiamo tutte le nostre lampadine e non ci poniamo veramente in modo critico, non solo nei riguardi dell'area critica, su come lavoriamo e su come possiamo lavorare, ma su quello che produce danni e su ciò che può produrre benefici; ecco, credo che passerà troppo tempo perché noi possiamo veramente venirne fuori. Grazie.

D.: Sono sempre CANTAVENERA, di Milano. Avevo prima chiesto alla signora Brandi due domande, ad una non ho avuto risposta. Volevo chiedere appunto: al Ministero della Sanità, il Ministro, i segretari e tutta la gente competente in materia fino a che punto sono coscienti della realtà della sanità attuale?

R.: ANGELA BRANDI. Lo sanno, lo sanno soprattutto da quando tre anni fa, se non di più, iniziò — io ritengo in maniera molto giusta — la «rivendicazione» delle istituzioni periferiche e quindi delle regioni di avere voce in capitolo. Tenete conto che tutte le decisioni che riguardano le aree di competenza delle regioni, e quando parlo di regioni io mi riferisco a chi è responsabile della realizzazione, dell'attuazione della legiferazione in quel settore, ecco, tutto quello che riguarda le materie di competenza regionale, e quindi la sanità, non viene deciso senza la condivisione di certe cose. E l'interlocutore, o comunque la cartina al tornasole dello Stato (in questo caso il Ministero rappresenta lo Stato), non può essere il singolo ospedale, ma è la regione che comunque determina — per la sua realtà — quale debba essere ... Tenete conto che i confronti non sono tutti sempre lineari. Cioè si arriva anche a dei conflitti molto, molto sostanziosi, sui quali però poi le regioni non possono non arrivare a dei momenti di profonda acquisizione di responsabilità in un rapporto

che vede corresponsabilizzati tutti. Su certi problemi le regioni non hanno potuto non riconoscere che ci sono state delle grosse responsabilità concretizzate in mancanza di controlli, mancanza di responsabilizzazione a livello periferico. Di sicuro il Ministro, se non per sua conoscenza personale, le realtà periferiche, le USSL, gli ospedali, non penso li conosca tutti;. conoscerà quelli che sono di maggior importanza, ma questo è normale per tutti i ministri presumo. Di sicuro conosce però i problemi del Sistema e del Servizio Sanitario a livello periferico, perché ha come interlocutori le regioni.

Tenete poi presente un'altra cosa: che con la 502 viene ulteriormente sottolineata l'autonomia regionale in materia legiferativa e organizzativa per quanto riguarda la sanità. Fermi restando i princìpi fondamentali che definisce il decreto legislativo 502, le regioni potranno legiferare su tutto quello che loro ritengono, organizzare i servizi come loro ritengono e questo genera ancora problemi. Dove avremo, per esempio, una professione presente e sensibile che ha già dei livelli di relazione istituzionale con questi livelli di legiferazione, potremmo avere delle opportunità; ma dove questo non esiste, poiché ogni regione è legittimata — per legge — ad assumere decisioni, quelle che ritiene le più coerenti e giuste, molto probabilmente avremo davvero forse il rischio di un'Italia fatta in 20 maniere diverse. Questo è un altro rischio che forse conviene che valutiamo; ma non perché lo decidiamo noi, ma noi però siamo chiamati a fare anche un'altra cosa. L'istituzione e la legge può determinare quel che vuole, ma noi sappiamo, da professionisti, che alcune cose non possono essere dettate per legge; se la professione definisce di darsi degli standards minimi, se li dà la professione, non li determina una legge; se la professione definisce di raggiungere dei risultati in un arco di tempo delimitato, è la professione a deciderlo, non è la legge. L'istituzione, la regione, l'ente, l'ospedale dovrà prenderne atto, perché, accanto all'infermiere ci sarà comunque una forza che non è comprimibile, che è il cittadino. Se noi saremo in grado di elaborare quello che è la ferma tutela del diritto del cittadino di godere di prestazioni di elevata qualità, nella tutela della salute, noi avremo lui come alleato; poi saremo noi a chiedere agli altri: dimostrateci il contrario di quello che diciamo. Però, se il nostro sarà un ruolo non da protagonisti, saremo stati comunque in parte anche noi ad averlo scelto. Mentre sarebbe oggi determinante essere protagonisti per mettere in gioco le proprie risorse, le proprie capacità, le proprie disponibilità in termini di tempo, in termini economici e in termini professionali.

D.: Minocchieri (Bologna.) Non era mia intenzione intervenire, ma, viste le valutazioni che faceva Angela Brandi, mi vedo costretto a fare una serie di riflessioni rispetto a valutazioni di carattere, a mio avviso, prettamente politico che la signora Brandi faceva sulla 502.

Io credo che sia una pessima legge e mi auguro che non venga mai approvata, visto che sono state messe in campo nel '93 una legge di iniziativa popo-

lare sulla modifica della 502 e sono state raccolte 500.000 firme per l'abolizione della 502. Non solo, io credo che tutti gli italiani sappiano chi è il «papà» della 502, e cioè De Lorenzo e Poggiolini, ladri patentati che hanno contribuito in maniera logaritmica affinché le spese sulla sanità venissero sperperate nelle loro tasche e di qualche altra persona che ancora non conosciamo. Non mi pare che la Garavaglia abbia fatto un grosso lavoro, mezza inquisita pure lei, non ha modificato sostanzialmente nulla.

Quindi, io mi auguro veramente che l'applicazione della 502 arrivi più in là possibile.

Detto questo, altri 30 secondi. Noi passiamo da una legge di solidarietà, di uguaglianza, basata sulla prevenzione che si chiamava «833», ad una legge dove c'è la disuguaglianza, la non solidarietà. Di prevenzione manco si parla, per un motivo molto semplice, perché fare la prevenzione — a parte il fatto che costa — vuol dire avere meno clienti e avere meno clienti nell'azienda pubblica vuol dire non «produrre», quindi vuol dire chiudere gli ospedali.

È molto meglio non fare prevenzione perché così almeno gli ospedali rimarranno in piedi!

Dall'altra parte, voglio dire, c'è un concetto di solidarietà: che fine faranno i portatori di handicap, i tossicodipendenti nei piccoli comuni? Perché, bene o male, Bologna, Milano, Roma, Torino avranno modo di stornare e di fare convenzioni con le Unità Sanitarie Locali esistenti, ma i piccoli comuni, con 5, 6, 8000 abitanti, nessuno, ve lo garantisco, troverà modo di tutelare l'handicap, il tossicodipendente, tutti coloro che sono considerati improduttivi da questa 502, non in modo esplicito, ma in modo molto evidente tra le righe.

Quindi io chiedo scusa se sono stato brutale, però credo che non si possa dire che la 502 ci auguriamo che sia applicata; anzi, ci auguriamo che cambi questo Parlamento e si faccia un'altra legge, che si chiami come si vuole, ma che sia ispirata a princìpi di solidarietà uguali per tutti, e non di livelli minimi di assistenza.

Il diritto alla salute è un diritto per tutti.

ANNALISA SILVESTRO

Scusate; mi corre obbligo però di precisare che il relatore — signora Brandi — non ha parlato di augurio che venga presto attivata, ma del fatto che è una legge già attiva. C'è una leggera, ma sostanziale differenza. C'è qualche altro intervento?

D.: CERRI (Torino) - Vorrei fare 3 domande. Ha detto la signora Brandi che l'USSL può emettere fattura verso altre regioni. Domando: le USSL possono emettere fatture anche verso altre USSL della stessa regione?

Un'altra domanda è: ha parlato di un infermiere che si occupa non più di un paziente ma di un gruppo omogeneo di pazienti. In questo senso, mi

sono prefigurata una dinamicità di questi infermieri elevata, cioè una mobilità anche giornaliera. E mi chiedevo: questi infermieri saranno assegnati in supporto ad altre unità di base, o come? E chiedevo se ci sono degli studi in corso su questo tema.

L'ultima domanda: in questo ospedale che lei ha descritto ho visto che ci sarà un grosso turn-over di pazienti in quanto saranno più numerose le persone in condizioni critiche. Chiedo se questa legge, o la legislazione attuale, prevede, e cosa prevede per persone, utenti, che invece necessitano di una assistenza continuativa, ma che non sono più acuti.

Poi volevo solamente dire alla direttrice della scuola che si è rammaricata per i problemi nell'area critica, che io lavoro in un gruppo di infermieri (noi lavoriamo in un pronto soccorso) che invece si sta occupando in questo periodo proprio del «sociale» come un ponte fra l'ospedale, l'area critica e il sociale. Siamo in contatto con tantissime organizzazioni di volontari, con la Regione per disporre di nuovi strumenti informativi per tutte le fasce deboli, dopo aver fatto una valutazione delle problematiche del territorio. Torino sta diventando una società multietnica e quindi è cambiato il nostro utente tradizionale. Stiamo lavorando molto bene con tutti questi organismi volontari, con la regione e con gli assistenti sociali, proprio perché come infermieri di area critica, ci vogliamo porre non esclusivamente come tecnici, ma come infermieri completi.

D.: Franco Michele (Padova) - Lavoro in una terapia intensiva al policlinico. Due domande. Innanzitutto a me risulta che già noi abbiamo il budget per il nostro reparto; una volta che non è stato rispettato il budget mi pare di sapere che il disavanzo, venga ripartito tra tutti gli altri reparti. Così, se non viene sfondato il budget i soldi che avanzano vengono ripartiti tra gli altri reparti. Mi chiedo, se in questo caso non sarebbe più logico, invece, mantenere quei soldi all'interno del reparto e poi suddividerli o utilizzarli per l'acquisto di altro materiale che è necessario per quel reparto.

In secondo luogo non mi trovo d'accordo con la collega Brandi riguardo alla gestione del budget che debba essere di pertinenza solo del primario, in quanto, noi infermieri, per quanto riguarda un certo materiale tecnico, siamo i primi ad utilizzarlo e quindi ad accorgerci veramente di quali sono le caratteristiche di quel materiale. Anche perché, a mio avviso, si eviterebbe così di alimentare quegli sprechi che sappiamo benissimo, sono stati sempre fatti nell'ambito sanitario innanzitutto a livello dei primari. Grazie!

D.: Lavoro in rianimazione a Monselice. La nostra è una domanda legata, diciamo, ad un problema tecnico, relativo al numero del personale infermieristico in reparto.

Noi ci chiedevamo che se l'area medica con i DRG riesce a documentare le prestazioni erogate e ottenere, in base a queste, del personale medico e

degli strumenti di lavoro, con quali criteri concreti riusciremo noi a ottenere il personale infermieristico necessario alla nostra area funzionale, per erogare prestazioni di qualità, se il carico di lavoro giornalmente aumenta e non abbiamo mezzi per dimostrarlo e le normative, che determinano il fabbisogno di infermieri per posto letto, sono ormai inefficienti e sorpassate. Vogliamo sapere a quali figure sanitarie dobbiamo legalmente rivolgere le nostre richieste e secondo quali vie.

R.: ANGELA BRANDI - Provo a rispondere alla collega di Torino. Lei mi chiedeva se la fattura può essere fatta anche alla USSL della stessa regione. Il concetto che sta alla base è che le aziende USSL o ospedale comprano prestazioni o da altre strutture o da singoli professionisti. L'applicazione di questo concetto vuol dire che la prestazione che io compro è fatturata, per cui, se io compro anziché da un'altra regione, da una USSL della mia stessa regione, io applico a questa USSL la stessa procedura Cioè, il meccanismo è identico.

Il problema della rotazione degli infermieri. Qui entra il concetto di area omogenea. Non fermiamoci solo sull'idea della rotazione degli infermieri. Agli infermieri, assegnati all'area omogenea, io presumo che andranno ad essere assegnati gruppi di pazienti. Perché, se all'interno dell'area omogenea si continuasse a lavorare come noi siamo abituati a lavorare, io penso che, molto probabilmente, arriveremo molto presto all'estinzione all'interno dell'area omogenea.

Ma non perché non ci sia bisogno degli infermieri, ma perché in una logica e in un modello organizzativo fatto per compiti, questa logica, all'interno dell'area omogenea, non regge. Non regge perché sono praticamente venuti meno tutti i criteri che erano alla base del modello di organizzazione del lavoro per compiti. In quella logica i compiti erano standardizzati. Cioè, noi facevamo il letto a tutti e curavamo l'igiene parziale al mattino alle 7 a tutti. Senza starci lì a chiedere se era una prestazione necessaria, indispensabile o opportuna, non facevamo nemmeno questa distinzione. Era routine partire con il carrello del giro letti e delle cure igieniche e si faceva a tutti.

Nella logica di area omogenea dove, il concetto che è alla base, è il tipo di bisogno di salute a cui io sono chiamato a rispondere, è strategicamente vincente per una professione portare avanti il modello organizzativo per gruppi di pazienti. Ed è su quel criterio che andrà a determinarsi il fabbisogno di risorse umane.

Perché, provate a immaginarvi come si determina, invece, il fabbisogno di risorse umane con il vecchio modello e con i minuti di assistenza in una area omogenea. Ci sarà sicuramente qualche ambito in cui gli infermieri non bastano e qualche altro ambito in cui gli infermieri sono troppi, anche se nell'area omogenea c'è un concetto di forte integrazione delle risorse. Cioè, non è che io sono collocata in chirurgia e, per il fatto di essere lì, non posso

operare in chirurgia toracica. Questo è l'altro concetto. Quindi ruoteranno anche gli infermieri a seconda delle decisioni prese da chi ha una visione ed una responsabilità più ampia dell'assistenza.

Ecco, questo è il momento della gestione. Sicuramente ci saranno anche gli infermieri, perchè non è che d'emblée scompaiono.

È vero che non abbiamo la direzione riconosciuta come ruolo giuridico, ma abbiamo comunque, una funzione di direzione nella professione. E questa non può essere negata. Anzi, io ritengo che, nell'ottica della organizzazione futura, sarà sempre più al centro, cioè emergerà sempre di più la funzione di direzione, di organizzazione e di valutazione dell'infermiere, a tutti i livelli: l'infermiere dirigente, l'infermiere caposala e l'infermiere professionale.

Altro argomento. Il problema degli ospedali per acuti e delle persone che continueranno ad avere bisogno di assistenza pur non essendo acuti. Dico solo alcune cose già scritte, vecchie. Ci sono modalità di assistenza come l'ospedalizzazione domiciliare, la dimissione protetta, l'assistenza domiciliare, le residenze sanitarie assistenziali. Se queste cose non vengono realizzate, molto probabilmente l'ospedale non cambierà, e tutto quello che è stato individuato come la chiave di volta per il cambiamento e per garantire qualità e sicurezza all'assistenza al cittadino, non succederà. Queste cose però, già sono previste.

In alcune regioni questo viene fatto; in alcune regioni l'assistenza domiciliare ha dei risultati eccellenti; l'ospedalizzazione domiciliare è stata sperimentata — ad esempio in alcune regioni — nell'assistenza ai pazienti affetti da AIDS.

Il problema del budget del collega di Padova. Il fatto che i risparmi sul budget vengano distribuiti su tutto l'ospedale, non è un concetto proprio del modello di gestione per budget. Nel senso che, se io assegno un budget ad una unità di costo, il risparmio, comunque, va definito a monte; cioè va definito nel momento in cui si adotta il modello di gestione per centri di costo e quindi il controllo di gestione come modello organizzativo. Se ho delle economie, nel senso che ho saputo gestire talmente bene l'unità operativa da avere addirittura delle economie, va definito a monte se queste devono essere ripartite tra tutti o tra quella unità centro di costo. Molto probabilmente nel modello sperimentale o gestionale che utilizza l'USSL di Padova questo è stato definito a monte. Potrebbe sicuramente essere un incentivo molto importante per gli operatori sapere che comunque all'interno della propria unità centro di costo le economie diventano valore aggiunto per loro. Questa è una delle strategie organizzative che non penso siamo noi in grado di poter determinare, e comunque dipenderà dal ruolo che ognuno di noi potrà ricoprire. Tenete conto che fino ad oggi noi infermieri abbiamo vissuto in un sistema, in una cultura medica di un certo tipo, in cui il medico è stato visto come quello che era responsabile di tutto, dalla organizzazione, alla gestione, alla direzione, agli aspetti clinici, alla decisione terapeutica... tutto! Ma le cose non possono essere così! Il medico, se è un medico, non è un gestore. Non è detto che un buon medico sia un buon gestore.

Ritengo che, nel momento in cui è passato il principio che il primario, per il fatto di rivestire una funzione dirigenziale, risponde della gestione, porti una parte della professione medica — io mi auguro tutta — ad interrogarsi su cosa voglia dire assumere questo nuovo ruolo, perché non vuol dire più decidere la lista operatoria, ma fondamentalmente vuol dire stabilire dei criteri ad esempio di priorità degli interventi d'elezione. In quest'ottica, se la funzione di gestione è attuata per quella che veramente è, è normale che a determinare l'acquisto o il budget da assegnare ai presìdi e agli ausili di tipo sanitario utilizzati nell'assistenza, sia chi utilizza quei presìdi e non chi dirige l'unità operativa. Non lo è in un concetto di gestione non corretto. È in quell'approccio che può capitare che a decidere che cosa utilizzare sia chi non lo utilizza. È uno degli elementi fondamentali della buona gestione, che la valutazione su un prodotto la dà chi quél prodotto ha contribuito a realizzarlo.

Oggi purtroppo, non essendoci un modello di direzione centrato sulla funzione di gestione e direzione correttamente inteso, l'auspicio è che sia dato spazio al momento di approfondimento anche di tipo culturale e formativo di questi problemi.

La domanda della collega di Monselice: come fare per avere assegnazione di risorse sufficienti? Questa è una domanda a cui è abbastanza difficile rispondere. Nel senso che, in una situazione di limitazione delle risorse, lo strumento che abbiamo per determinare un fabbisogno di risorse, l'unico «strumento accettabile» è quello che correli le risorse al carico di lavoro. Per determinare i carichi di lavoro ci sono tanti modi. Io posso decidere di contare quanti minuti ci mette un infermiere per fare una cosa e moltiplico quel tempo per le 20 persone che ho in rianimazione; questo è un modo, ed è il classico, è il metodo utilizzato in una logica dell'organizzazione del lavoro per compiti. Taylor, che ha citato prima il dottor Gardini, era quello che temporizzava le attività. Io ritengo che, in una professione come la nostra e in una realtà come l'area critica, questo sia il massimo dell'incoerenza, perché non ha senso temporizzare le cose per determinare il carico di lavoro.

Rimane quello che i colleghi americani stanno ormai sperimentando da anni: la determinazione dei carichi di lavoro fatta in base ai profili assistenziali. E torniamo al discorso di prima. Sono gli utenti che determinano una certa offerta di prestazioni in termini professionali. Per la tipologia di persone presenti nella terapia intensiva, io sono chiamata a fare determinate cose. Le documento? Ecco l'importanza di raccogliere i dati! E su quei dati avanzo le mie richieste. Il problema si sposta se ho questo strumento di documentazione, perché non dovrò dimostrare che bastano 5 unità, sarà qualcun altro a dovermi dimostrare il contrario di quello che ho dimostrato con i dati. È l'unico modo, l'unico strumento che abbiamo per poter avvalorare determinate nostre richieste. Noi siamo abituati, purtroppo (in parte è responsabilità nostra, in parte non lo è) ad un modello gestionale per cui, se ci sono infermieri disponibili ce n'è per tutti; se ce ne sono pochi, molto probabilmente le risorse aggiuntive ci sono per chi storicamente ha più bisogno.

Dobbiamo uscire dalla logica dell'empirico ed entrare nella logica di chi invece le cose che chiede è in grado di documentarle e dimostrarle.

Se noi riusciamo a fare queste cose penso che abbiamo risolto i nostri problemi anche futuri, in termini di determinazione di risorse da assegnare per funzione, parlando non più di cose da fare, ma di funzioni espletate in riferimento a questo tipo di bisogno sanitario.

R.: ANDREA GARDINI - Rispondo alla collega di Monselice. A me pare che il problema è capire se quei determinati ospedali, quei determinati reparti e servizi soddisfano i bisogni dell'utenza. Può capitare, come capita in molto ospedali che ho conosciuto, che ci siano dei reparti o dei servizi che si reggono sulla buona volontà dei medici e infermieri che ci lavorano. Per esempio, ci sono delle pediatrie che mantengono a fatica il reparto quando sarebbe molto semplice accorpare le pediatrie di 3 ospedali vicini. Dal punto di vista gestionale è un modo corretto e utile fare in maniera che le persone che vi lavorano stiano meglio. Questa è una cosa che mi pare stia succedendo in regione Lombardia, dove sono stati definiti quali sono i criteri per fare in maniera che le pediatrie siano sicure (una guardia medica di personale specializzato, degli infermieri specializzati in pediatria, l'accesso alla sala parto ecc.). Il che vuol dire, probabilmente, trasformare in day hospital qualcosa come 40 reparti pediatrici.

Allora, io mi domando se, pur nella grossa complessità, cominciare a considerare le situazioni tipo Monselice, come dei problemi di sofferenza di un servizio per capire se, in gruppi di reparti di area critica della stessa entità, è possibile razionalizzare, attribuire risorse diverse, accorpare, cioè agire organizzativamente in maniera che non abbiano tutti poco, ma ci sia qualcosa in più in un posto unico.

Ovviamente, ciò comporta la mobilità del posto di lavoro, comporta tutta una serie di disagi e quindi bisogna valutare come questi disagi si rapportano ai benefici che la popolazione può avere.

Ma non tarpiamoci le ali nel pensare a questo tipo di cose e neanche prendiamole come oro colato. Cerchiamo di ragionarci su.

ANNALISA SILVESTRO

Io direi che possiamo chiudere con gli interventi anche perché abbiamo sfondato rispetto alla tabella di marcia.

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA: BISOGNO SOCIALE O COSTO AGGIUNTIVO?

LICIA GIULIANA SEMA
Dirigente dell'Assistenza Infermieristica presso l'ospedale Santorio di Trieste

Ringrazio il collega Elio Drigo e il gruppo dirigente dell'Aniarti che ha ritenuto di affidarmi questo stimolante argomento. Ho riflettuto molto per elaborare questa relazione, chiedendomi effettivamente se dovevo dare risposte o se piuttosto non favorisse la crescita professionale l'introdurre dei quesiti ed eventualmente proporre delle ipotesi di lavoro. Ma voglio subito stornare qualsiasi possibilità di dubbio.

L'assistenza infermieristica, nel momento in cui nel 1968 la legge di riforma l'ha prevista in forme e in modi abbastanza rigidamente codificati, è diventata un bisogno sociale. Infatti, è la legge che trasforma i bisogni dei cittadini in diritti precisi. Pertanto, l'esigenza che era emersa dalla società di avere un'assistenza infermieristica qualificata, dal momento che ha trovato riscontro legislativo, già avvalora la definizione dell'assistenza infermieristica come bisogno sociale. Giustamente, però, va esplorato il modo all'interno del quale l'assistenza infermieristica viene erogata.

La Legge 132 del 1968 ha previsto il numero di infermieri professionali rapportato al totale dei pazienti. Quindi ha individuato un indicatore di governo preciso che talvolta, in alcune nostre realtà, ancora ai giorni nostri, non è completamente assolto. Ha previsto ancora la presenza di un infermiere professionale nelle 24 ore; ha previsto la presenza dell'operatore professionale coordinatore caposala e ha individuato orientativamente la gamma delle funzioni. Ha previsto la figura e il numero delle caposervizi, dei direttori didattici, individuando — in larga massima — funzioni e attribuzioni. Quindi legge che traduce un bisogno in un diritto del cittadino.

Dieci anni dopo, la 833, di cui ieri si è parlato molto, questa legge sui diritti, sull'uguaglianza dei cittadini, sulla tutela della salute nella più ampia accezione del termine, compendia quelle che sono le aspettative e quelli che sono i presupposti del nostro codice deontologico: assistenza nel rispetto della dignità della persona. La 833 oggi si vuole che sia superata, non moderna, non adeguata alle esigenze di un nuovo sistema sociale che si sta affacciando.

Ed ecco, nel 1992, alla fine di dicembre, la 502. La 833 è la legge dei diritti, la legge dell'uguaglianza, legge che ci qualifica nel consesso internazionale, legge alla quale oggi la presidenza americana si ispira per modificare un Sistema Sanitario ingiusto al punto che ci sono 40 milioni di cittadini o troppo poveri per pagare l'assicurazione o troppo ricchi (tra virgolette) per aver diritto all'assistenza statale; e pertanto, 40 milioni, quasi il numero tota-

le degli abitanti del nostro Paese, risultano sprovvisti di qualsiasi forma di assistenza sanitaria.

La 502 si discosta nettamente dai princìpi e dagli obiettivi della 833. La 502 è la legge dell'efficienza, del contenimento della spesa e sostanzialmente della disuguaglianza dei cittadini rispetto alle prestazioni sanitarie.

Cosa abbiamo fatto noi rispetto a una legge, noi che rappresentiamo un bisogno sociale rispetto a una legge che contrasta il nostro codice deontologico, che riconosce solo in gravità, urgenza e dipendenza, le possibilità di differenziazione di impegno assistenziale? È giusto, e va riconosciuto all'Aniarti l'essersi fatto carico di un bisogno sociale e quindi di aver preso l'iniziativa del 12 maggio del 1992, quando già si sapeva quali sarebbero stati gli orientamenti e gli assi portanti della nostra futura legge di riforma sanitaria. L'Aniarti ha chiamato gli infermieri in piazza per manifestare contro una proposta di legge sostanzialmente contrastante con un ideale di sanità al servizio della persona (e cito proprio le parole che comparivano nel manifesto dell'Aniarti).

Eppure, questa 502 che non ci può piacere, agli articoli 10 e 14 individua la necessità di elaborare indicatori di qualità delle prestazioni; ma non solo, indicatori di personalizzazione, umanizzazione, informazione, confort e prevenzione, elaborati con la partecipazione dei cittadini e degli operatori.

Poiché noi non dobbiamo avere nessuna paura di ammettere che fino ad oggi più spesso, più frequentemente, l'assistenza infermieristica è stata praticata prima che pensata, è necessario che cominciamo a riflettere sull'introduzione di indicatori di qualità e di modalità di risposta della professione rispetto ai bisogni emergenti dalla società. Che cosa è l'indicatore? L'indicatore è un aspetto dell'assistenza rilevabile in modo riproducibile e calcolabile in modo sistematico. Quindi, come ebbi occasione di dire l'altro anno, è uno strumento che ci permette di tradurre l'espressione verbale, certo più ricca, certo più gratificante, nella rigida correttezza dei numeri. Indicatore come espressione misurabile, verificabile, confrontabile di un fenomeno. Quindi, indicatori per vedere se l'assistenza infermieristica risponde a un bisogno sociale, ovvero è un costo aggiuntivo determinato sia dall'elevato costo della nostra formazione, sia dal costo di impiego.

Quando un indicatore è valido? Quando è collegato con gli obiettivi del servizio, quando è coerente con i bisogni che emergono, quando è riproducibile e pertanto applicabile in realtà diverse.

Allora io mi chiedo: Sono stati mai individuati sistematicamente, per iscritto, in modo formale, ospedale per ospedale, presidio territoriale per presidio territoriale, servizio di salute mentale per servizio di salute mentale, gli obiettivi del servizio infermieristico? Se gli obiettivi generali, nei quali credo possiamo ritrovarci tutti e sono collegati al principio generale dell'assistenza che è quello di individuare e garantire la soddisfazione dei bisogni dell'utente, dobbiamo raggiungere una serie di obiettivi secondari.

Primo: assicurare un'assistenza professionale continuata e personalizza-

ta; assicurare un ambiente confortevole e sicuro; assumere atteggiamenti positivi atti a favorire il benessere, la serenità; garantire il rispetto della libertà e dignità della persona; stimolare la partecipazione dell'utente e dei suoi familiari al processo diagnostico e terapeutico; promuovere e garantire la qualità delle cure infermieristiche; e infine razionalizzare la spesa evitando gli sprechi.

A questi obiettivi generali, ai quali credo tutti quanti possiamo aderire, vanno correlati gli obiettivi specifici di ogni reparto, di ogni servizio, di ogni presidio, e perché no, degli operatori del 118.

Dobbiamo allora domandarci: chi individua questi obiettivi? e come vengono individuati? Io ho una sola risposta. Gli obiettivi del servizio infermieristico vanno individuati dagli operatori infermieristici. Non si può far riferimento a princìpi generali se non si fa il passo successivo di formalizzarli e comunicarli per iscritto a tutti, a tutte le istituzioni sanitarie, compreso il tribunale dei diritti del malato.

Una volta che abbiamo individuato questi obiettivi professionali — posto che ci ritroviamo in questi obiettivi — dobbiamo andare ad individuare degli indicatori che ci permettano di capire in quale modo, in quale misura, l'obiettivo è stato raggiunto.

Per esempio l'obiettivo numero 1: assicurare una assistenza professionale continua e personalizzata. Se riconosciamo da anni il valore del piano di nursing come strumento di lavoro, come fonte di dati per la ricerca, dobbiamo individuare, prima di rispondere se siamo effettivamente rispondenti ai bisogni, quanti servizi infermieristici adottano il piano di nursing. Primo indicatore: quanti servizi infermieristici adottano il piano di nursing sul totale dei servizi? E poi, quanti piani di nursing sul totale dei pazienti? E ancora, quanti infermieri, in possesso dei requisiti previsti sul totale degli operatori che erogano assistenza, valutati per reparto, servizio, ospedale? E quanti operatori aggiornati con corsi specifici sul totale degli infermieri?

È in questo modo che si garantisce la sicurezza dell'utente. È in questo modo che si verifica l'effettiva rispondenza al bisogno sociale.

Obiettivo numero 2: assicurare un ambiente confortevole e sicuro. È evidente che ho individuato indicatori di massima, perché non sono competente nell'ambito dell'area critica e quindi gli indicatori specifici vanno individuati dagli operatori dell'area critica. Ad esempio, numero delle cadute dei pazienti sul totale dei pazienti ricoverati per reparto, per servizio, per mese e per anno. Lo stesso dicasi degli incidenti sul totale dei pazienti per reparto, servizio, mese e anno. L'individuazione di un indicatore mi permette di confrontarmi con le altre realtà. Per esempio: per quanto riguarda le cadute dei pazienti, noi abbiamo fatto uno studio che sta durando da sei anni. Oggi sappiamo che nella nostra USSL i pazienti cadono di più rispetto alle altre USSL del Friuli Venezia Giulia. Ma attenzione: l'indicatore va studiato, questo è un valore grezzo, perché noi dobbiamo verificare se le modalità dei dati, di raccolta dei dati, di analisi dei dati, risultano omogenee. E quindi ogni indicatore, che

è uno strumento che mi permette di verificare concretamente, al di fuori di definizioni verbali, va verificato e valutato nel tempo e nello spazio.

Numero di infezioni sul totale dei pazienti, sempre per reparto, servizio, mese, anno e tipologia di infezioni. Non me ne vogliano i colleghi per un'insistenza sull'aspetto delle pulizie ambientali, ma per me è di estrema importanza presidiare questo elemento ancorché talvolta ritenuto poco qualificante. Si ricordino i colleghi che è per legge — e quindi bisogno sociale, diritto dell'utente, risposta dovuta dal professionista — che il controllo delle pulizie è in capo agli infermieri professionali. Allora che noi dobbiamo presidiare il numero degli addetti rapportato al totale dei metri quadrati da pulire. E qualora le pulizie vengano date in appalto, il numero delle prestazioni effettuate sul totale delle prestazioni previste e pagate.

È in questo modo, e non contribuendo ad aumentare le difficoltà per gli utenti, che noi diamo una risposta qualificata alla ipotesi di efficienza che il DL 502 prevede.

Obiettivo numero 3: assumere degli atteggiamenti positivi atti a favorire il benessere e la sanità. Dobbiamo valutare il tempo dedicato alla comunicazione finalizzata con gli utenti, sul totale del tempo-lavoro. Difficile individuare un indicatore rispetto a questo obiettivo. Avanzo la proposta di questo, ma certamente c'è tanto da lavorare per verificare quanto effettivamente noi rispondiamo al bisogno di sicurezza che pazienti, utenti e beneficiari richiedono dalle nostre prestazioni.

Obiettivo numero 4: garantire il rispetto della dignità e della libertà della persona. Vado a vedere quanti pazienti sono informati sui loro diritti, rapportandoli al numero totale dei pazienti assistiti e prevedo anche verifiche oggettive di risultato. Vado anche a vedere le attività volte a favorire la privacy sul totale dei reclami pervenuti dagli utenti.

Obiettivo numero 5: promuovere e garantire la qualità delle cure infermieristiche. Per vedere se l'assistenza infermieristica risponde al bisogno di qualità, mi accerto di quanti infermieri sono formati sulla metodologia della VRQ rispetto al totale degli infermieri e quanti infermieri sono presenti nelle commissioni VRQ sul totale dei membri delle commissioni VRQ. E ancora il numero di attività di VRQ infermieristica sul totale delle attività di VRQ. Questa valutazione la faccio per reparto, servizio, presidio e vado a vedere anche il risultato delle attività di VRQ.

Infine, l'obiettivo 6: razionalizzare la spesa evitando gli sprechi. Questo obiettivo, perfettamente in linea con la 502, richiede una volta di più alcune precisazioni. Noi siamo la categoria professionale più numerosa del ruolo sanitario, ne rappresentiamo il 62%. Ognuno di noi svolge la sua attività assistenziale in condizione di ordinatore di spesa; siamo infatti noi, e non i malati, a decidere quanto tempo dobbiamo loro dedicare, quali presidi utilizzare, quali tecniche assistenziali applicare, come deve essere composta l'équipe e, pertanto, l'infermiere determina con la sua azione quotidiana una voce di spesa. Non appare possibile, che si riesca a razionalizzare la spesa sanitaria sen-

za il più ampio coinvolgimento degli infermieri, proprio in considerazione della loro presenza preminente tra gli operatori del ruolo sanitario. Perché, se è ben vero che i principali ordinatori di spesa sono i medici, è proprio il nostro numero che determina il nostro peso preponderante rispetto ad una politica di razionalizzazione della spesa. Certamente, quanto sopra affermato è stato finora poco recepito, sia dagli amministratori che dagli infermieri, anche perché manca, nel nostro curriculum formativo, l'approccio ai princìpi ed ai metodi dell'economia sanitaria. Non parlo neanche di quanto poco sia stato percepito dai politici, ma le conseguenze sono sotto l'occhio di tutti.

Ne consegue che noi, come la maggior parte degli operatori, non siamo formati all'economia di gestione, non siamo sensibilizzati, non siamo coinvolti e tanto meno informati, con la mancata risposta al bisogno sociale che ne consegue. Pertanto, io credo che un primo, iniziale, buon indicatore su questo versante, potrebbe essere il rapporto tra i dati di spesa relativi agli infermieri portati a nostra conoscenza sul totale dei dati di spesa relativi all'assistenza infermieristica.

Concludendo, rispetto agli indicatori che ho proposto nella presente relazione per verificare quanto noi siamo una risposta a un bisogno sociale, devo però ribadire la convinzione che prima degli indicatori di processo e di risultato, devono corrispondere gli indicatori di struttura, numero, qualifica, materiali a disposizione, legislazione vigente. In caso contrario, spostando troppo l'enfasi sul processo, si finisce per perdere di vista la struttura, ovvero il nostro numero, la nostra qualifica, il sistema scolastico, la formazione permanente nonché materiali e ambienti a disposizione, che sono in primis a determinare la qualità del processo, ovvero la qualità del modo con cui si lavora e i risultati assistenziali che si ottengono.

Infine, una professione nasce, cresce e si consolida con la crescita professionale, culturale e sociale dei suoi membri, crescita sociale che significa partecipazione attiva alla soluzione dei problemi del Paese. Io credo che noi siamo sulla buona strada. Emerge però la necessità, sempre più pressante, che si passi dalla dichiarazione di intenti, che lascia sostanzialmente invariato il tempo che trova, alla dimostrazione sistematica su basi concretamente verificabili del contributo arrecato. Grazie.

LA GARANZIA DI QUALITÀ DEL RISULTATO ASSISTENZIALE QUALE CRITERIO PER LA SCELTA DEL PROFESSIONISTA INFERMIERE

ANNALISA SILVESTRO
I.I.D. - Direttrice Corso Specializzazione Area Critica - Vice Presidente Aniarti

Quando ho cominciato a pensare e riflettere o comunque a documentarmi per affrontare e svolgere la relazione che mi è stata assegnata, mi sono più volte interrogata su quale fosse il significato intrinseco al tema: «La garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere» e con quale angolatura sviluppare la relazione per poter raggiungere gli obiettivi di questa sessione ed il mio in particolare che è: «Analizzare come la qualità dei risultati assistenziali può prevalere sui vincoli economici».

Ossia mi sono posta alcune domande:

— la garanzia di qualità del risultato assistenziale deve essere analizzata come criterio che *il cliente,* il cittadino potrà utilizzare per scegliere un determinato infermiere;

oppure

— la garanzia di qualità del risultato assistenziale deve essere analizzata come criterio che *l'infermiere* dovrà utilizzare per orientare il suo comportamento professionale e quindi:

— per discriminare e sostenere le sue decisioni;
— per delineare il suo essere protagonista;
— per strutturare e valorizzare la sua professionalità;
— per appartenere ad una professione che si pone nella logica del servizio alla collettività e che dalla collettività riceve conferme e status sociale, giuridico ed economico?

E poi ancora, rifarsi all'obiettivo «analizzare come la qualità dei risultati assistenziali può prevalere sui vincoli economici», significa fare una riflessione di contesto al tema soprariportato che:

— ragioni su un budget predefinito da non addetti ai lavori;
— prenda atto del livello di qualità raggiungibile stante il budget predefinito;
— analizzi conseguentemente quali metodi e strumenti siano da utilizzare per raggiungere il livello di risultato previsto;

oppure

«analizzare come la qualità dei risultati assistenziali può prevalere sui vincoli

economici» significa fare una riflessione di contesto su un'ipotesi diversa, basata sulla connessione tra questi due punti e cioè:

1) lavorando con qualità e *dimostrando* qualità di risultato, si potrà ottenere dalla collettività consenso sociale e quindi l'assenso ai riparti economici necessari per i servizi sanitari;

2) il consenso sociale ottenuto sull'efficacia e sull'efficienza dei risultati, sosterrà le decisioni politiche sottese alla approvazione del budget necessario a coprire i riparti di spesa definiti da operatori ed esperti, per le reali necessità di salute della popolazione?

Alla fine e dopo attenta riflessione, ho ritenuto:

a) che il tema dato debba essere svolto presupponendo che la garanzia di qualità di risultato può venire utilizzata:

— sia come criterio di selezione che orienta l'infermiere nel costruire ed erogare le prestazioni assistenziali;

— che come criterio di selezione con cui il cittadino/cliente sceglie l'organizzazione e la struttura sanitaria a cui affidarsi ed il professionista, medico od infermiere che sia, da cui farsi prendere in cura;

b) che la riflessione di contesto al tema, debba svolgersi sull'ipotesi che «analizzare come la qualità dei risultati assistenziali può prevalere sui vincoli economici», significhi:

— valutare se la qualità può influenzare le scelte politiche di riparto economico, in quanto diventa prevalente sui limiti di spesa e quindi anche per questo dovrà essere perseguita;

— oppure di contro, evidenziare che la prevalenza ipotizzata è un' utopia, e quindi constatare che la qualità verrà perseguita solo se considerata un alto valore etico dal singolo professionista o da un gruppo professionale che ne ha fatto il suo pensiero forte, come ad esempio il gruppo infermieristico.

Premesso questo, espongo le mie riflessioni.

Un famoso economista della New York University, William Boumol, a cui spesso viene chiesto consiglio su come contenere il passivo della sanità americana, ha tenuto negli ultimi mesi delle conferenze in alcune università italiane; Boumol si è sentito rivolgere spessissimo la stessa domanda: come si farà a contenere la spesa sanitaria e perché la salute costa così tanto.

L'economista molti anni fa ha teorizzato quella che è nota agli addetti ai lavori come «malattia di Boumol», una «infezione» che si diffonde tra le nazioni e la cui cura può far sperare di sanare il deficit sanitario o perlomeno di convivere con esso, senza ricorrere a tagli indiscriminati come quelli che da noi stanno mettendo a dura prova il sistema di solidarietà nazionale attivato fin dal dopoguerra.

Per spiegare in cosa consista la «malattia di Boumol», l'economista ricorre ad un racconto che è quello dell'orologiaio e di Mozart.

Quando Mozart suonava i suoi quartetti, un orologiaio impiegava parecchio tempo per costruire un orologio.

Oggi negli stessi giorni l'orologiaio fa molti più orologi; la sua produttività, grazie anche al supporto tecnologico, è centuplicata e il costo degli orologi specularmente diminuito.

Ma per suonare un quartetto sono necessarie oggi le stesse due ore che impiegava Mozart quando si sedeva al suo clavicembalo, e questo perché l'esecuzione musicale non può essere contratta o eseguita in serie come la produzione di orologi.

Lo stesso racconto può essere utilizzato in analogia per tante altre attività artigianali o professionali; dall'educazione, alla ricerca scientifica, alla medicina, all'assistenza infermieristica.

L'équipe assistenziale, attualmente circondata e supportata da tecnologia sofisticata e complessa, ha aumentato la produttività nello stesso modo con cui oggi l'ha aumentata il musicista che suona di più, perché riduce i tempi morti, perché risparmia ore nei trasferimenti e negli spostamenti e nella preparazione o nell'utilizzo del materiale occorrente.

La durata dell'esecuzione musicale come quella della visita medica o di una qualsiasi prestazione infermieristica non può ridursi, perché non sarebbe più la stessa cosa.

E dunque, al di là dei complessi suggerimenti di macro e microeconomia ipotizzati da Boumol per governare e gestire il problema, *non si può non prendere atto* che, stante le analisi fatte e le proiezioni elaborate, per quanto possa aumentare la produttività e la qualità del servizio sanitario, questo comunque genera costi elevati.

Ed allora, come interrelare il problema della spesa sanitaria, con la finitezza delle risorse e la domanda di salute dei cittadini?

Uno dei modi classici, è quello di definire più o meno aprioristicamente il budget per le spese, ponendolo in relazione con le fonti di finanziamento e quindi costringere il bisogno sanitario entro i predefiniti vincoli.

In questa logica le strade sono:

— utilizzare il libero mercato, ma sappiamo che la legge della domanda e dell'offerta fallisce miseramente quando si tratta del mercato della salute;

— utilizzare il finanziamento dello stato in quanto si considera la salute come diritto garantito; ma ci rendiamo comunque conto che anche in questo modo si può giungere, come noi sappiamo bene, ad un disastro di servizi e di costi;

— utilizzare un mix di forme di finanziamento che è quanto stanno facendo in America e quanto stiamo tentando di fare in Italia con il Decreto legislativo 502/92, nella speranza che la reciproca concorrenza serva a contenere i costi pur erogando i servizi.

Guardando le esperienze già effettuate, si evidenzia comunque la difficoltà a rimanere, quale che sia la forma di finanziamento, entro i budget stabiliti.

Questo avviene anche perché si riacutizzano o nascono nuove forme patologiche, perché aumentano le malattie cronico degenerative, perché aumenta-

no le necessità riabilitative e assistenziali di tanti pazienti: quelli che subiscono trapianto d'organo, quelli che riemergono dal limbo delle rianimazioni e dei reparti di area critica, quelli che hanno problemi mentali, quelli semplicemente che invecchiano ... e così via.

Ed allora spesso si persegue la strada di ritenere efficaci quei servizi e quegli operatori che assicurano comunque prestazioni, *quali che esse siano*, con gli stanziamenti prestabiliti, e se anche questo risulta difficile, si sceglie la strada di colpevolizzare qualcuno o qualcosa.

Periodicamente si colpevolizzano le case farmaceutiche, o l'avidità delle diverse lobby, o l'inefficienza dei diversi gruppi professionali, o l'assoluta mancanza di senso civico e di educazione sanitaria della popolazione, oppure si scopre quasi improvvisamente, l'assurdo ideologico del tutto a tutti per giungere al suo contrario del quasi nulla solo ad alcuni; comunque per procedere a tagli con la scure, distribuiti sull'onda del contenimento del costo a tutti i costi.

C'è anche una seconda strada, quella di definire correttamente gli obiettivi di salute della collettività, quella dell'efficacia e dell'efficienza insieme, della verifica e della valutazione, dello studio di nuovi metodi e strumenti operativi, del lavoro nella consapevolezza che risorse non correttamente utilizzate, sono risorse tolte ad altre prestazioni e ad altri ammalati.

Anche questa strada però, pur nella sua innegabile razionalità, valorialità ed eticità, non risolve in tempi brevi e completamente il problema dei costi, perché comunque ci riporta al racconto dell'orologiaio e di Mozart.

Aumentare la produttività, responsabilizzarsi sull'individuazione degli obiettivi, sull'uso delle risorse e delle scelte terapeutiche e sul comportamento professionale, comporta in ogni modo il mantenimento se non addirittura un maggiore investimento in ore di lavoro che sono la principale voce di costo del sistema analizzato.

E allora?

Allora dobbiamo renderci conto che i fruitori dei servizi sono spesso combattuti tra il loro desiderio, in quanto pazienti o utenti, di ottenere da un lato, tutte le prestazioni necessarie ed una buona assistenza e dall'altro, in quanto cittadini e contribuenti, di limitare gli esborsi e le spese sanitarie che aumentano sempre di più.

Stante questa dicotomia di rapporto, diventa indispensabile *ottenere il consenso ed il coinvolgimento* della collettività perché sia quest'ultima ad orientare le decisioni politiche che sono alla base delle scelte di riparto e di ridistribuzione della ricchezza nazionale anche a favore della sanità.

Dobbiamo quindi orientarci verso la seconda strada, l'unica necessariamente percorribile per rispondere al bisogno di salute della popolazione e dimostrare non solo che i servizi sanitari prestati soddisfano o compensano i bisogni di salute evidenziati, ma anche che sono in grado di modificare oggettivamente lo stato di salute e la qualità di vita della popolazione.

Non è più possibile continuare a contrabbandare l'assenza di patologia

conclamata come stato di salute, non è più possibile limitarsi solo ed esclusivamente alla cura clinica e sottacere le distorsioni che questa spesso comporta; dobbiamo veramente pensare alla salute come stato di benessere possibile, non solo in relazione alla sfera fisica ma anche a quella psichica e di relazione sociale.

È con questa impostazione, tanto gridata ma mai seriamente perseguita, che si può pensare che le spese sanitarie vengano accettate e condivise dalla collettività:

— perché congruenti ad obiettivi costruiti sui bisogni reali, veri, dei cittadini;
— perché congruenti ad un utilizzo razionale e diversificato delle risorse;
— perché attente all'efficacia ed all'efficienza organizzativa, che non significano solo ospedalizzazione ma anche altro;
— perché attenti alla qualità di vità di chi utilizza i servizi sanitari ed alla verifica rigorosa e costante dei risultati ottenuti.

Decidere di percorrere questa strada significa scegliere un progetto senz'altro ambizioso.

Io credo, però che questo sia l'unica via perseguibile per avere un servizio e operatori sanitari capaci di suscitare considerazioni positive, pur continuando a chiedere le risorse economiche necessarie per fare salute.

In questo modo il servizio sanitario avrà un'immagine diversa da quella di pozzo nero e senza fondo, imbevuto di deprofessionalizzazione e che eroga servizi discutibili se non addirittura, alle volte, inutili e dannosi.

D'altra parte solo una progettualità impostata sulla qualità dei risultati assistenziali potrà sperare di prevalere, sia concettualmente che operativamente sui pur permanenti limiti di spesa, nel momento politico di definizione dei riparti economici necessari.

Quanto finora esposto, introduce la successiva constatazione: la qualità del risultato assistenziale non potrà che essere anche il criterio discriminante con cui i *singoli* cittadini/clienti valuteranno e sceglieranno le diverse strutture ed équipes sanitarie, ed il criterio su cui si dovranno orientare i *diversi operatori*, e quindi anche gli infermieri, per definire i relativi ed integrati modelli di comportamento professionale.

Essere scelti, potrebbe significare in un futuro non tanto lontano, non solo notevole gratificazione professionale, autonomia e potere etico, ma anche la gestione di quella che diverrà la variabile fondamentale per ottenere un maggiore riconoscimento giuridico ed economico, per mantenere funzionanti determinate strutture sanitarie, reparti, servizi e per ipotizzare un diverso sviluppo organizzativo e professionale.

Inevitabile dunque, orientarsi a risultati assistenziali di qualità, non solo come scelta valoriale personale ma anche come necessità dell'organizzazione, degli operatori sanitari e specificamente dell'insieme infermieri.

Donabedian, uno dei maggiori e più qualificati esperti di valutazione del-

la qualità in ambito sanitario, definisce il risultato (outcome) in questo modo: «non semplicemente una misura dello stato di benessere, piuttosto un cambiamento in una situazione, verosimilmente attribuibile all'assistenza precedentemente ricevuta».

Altri autori della nostra professione, focalizzano maggiormente la definizione sul nursing, affermando che il risultato si riferisce a ciò che ci si attende a seguito dell'integrazione di alcuni fattori predeterminati quali il comportamento del paziente, il suo stato di salute o le sue conoscenze, a completamento dell'assistenza infermieristica.

In entrambe le definizioni comunque, può essere riscontrato sia uno stretto legame tra intervento e risultato, che la rilevanza che l'opinione del cittadino ha nella valutazione della qualità dei risultati ottenuti.

Questa concettualizzazione di risultato, comporta la necessità di instaurare con il cittadino/cliente una relazione interpersonale e professionale diversa da quella attuale, che è fondamentalmente basata su un rapporto di tipo direttivo o paternalistico.

È necessario invece instaurare una relazione di tipo contrattualistico in cui il professionista implementa il processo assistenziale tenendo in conto la volontà del paziente/cliente, la sua capacità di decidere consapevolmente e criticamente tra le diverse opzioni prospettate ed il suo indice di soddisfazione a completamento dell'assistenza erogata.

Muovendosi in questo logica diventa fondamentale per il professionista interagire con il cliente decodificando correttamente la sua domanda di salute e traducendola in prestazioni e risultati oggettivamente efficaci.

Il concetto di salute che emerge dalle rilevazioni fatte con gli strumenti abituali di rilevamento di opinione nelle società occidentali, può essere ricondotto sostanzialmente a tre modelli di riferimento.

Il primo intende la salute come norma di efficienza sociale e quindi la relativa domanda sanitaria si orienta all'eliminazione di segni e sintomi spiacevoli o debilitanti; in questa concezione si chiede di poter recuperare la norma di efficienza sociale preesistente all'evento patologico.

Il secondo modello intende la salute come equilibrio psicofisico e quindi la relativa domanda sanitaria si orienta non solo alla valutazione scientifica dei segni e sintomi, ma anche alla comprensione dell'impatto che questi hanno sul disequilibrio globale del singolo; in questa concezione si chiede di poter essere accompagnati nella ricerca di propri equilibri psicofisici più avanzati.

Il terzo modello intende la salute come buona interazione tra lo stile di vita del soggetto ed il suo ambiente di contesto e quindi la relativa risposta alla domanda di salute, è rivolta a far si che l'individuo acquisisca una migliore competenza conoscitiva e maggiore autonomia nelle sue scelte.

Quest'ultima concezione comporta, da una parte, un allontanamento estremamente critico dalla medicalizzazione della salute (Ivan Illich), dall'altra la promozione di una migliore interazione con l'ambiente e la valorizzazione di tutti i fattori non medici di salute.

Volendo raffrontare quanto emerge come domanda di salute nel nostro paese con i tre modelli di riferimento sopraccitati, si nota che le richieste si raggruppano prevalentemente nella ricerca di una salute intesa come *benessere psicofisico* e come *corretto rapporto con l'ambiente,* rapporto che è il risultato di una migliore qualità di vita.

Si nota la tendenza a diversificare la domanda «hard» relativa alle situazioni di criticità vitale, da quella «soft» relativa ad un'ampia area su base somato-psichico-ambientale.

Si vuole alta e personalizzata competenza nel momento della criticità e della stabilizzazione vitale, e servizi sanitari diversificati ed alternativi nelle altre situazioni, in cui competenza e strutture siano orientate a promuovere:

— il benessere psico-fisico;
— l'autonomia e l'autotutela;
— la contrattazione con l'equipe assistenziale sui risultati raggiungibili in relazione a diverse modalità di approccio ai problemi;
— la pianificazione e l'attuazione di nuovi e personalizzati percorsi assistenziali.

I cittadini chiedono quindi, risposte e risultati assistenziali diversi e diversificati da quelli che le nostre strutture sanitarie e noi siamo abituati a dare attualmente e che sono generalmente orientate e standardizzate sulla prevalenza clinica, ovvero sul primo e non sempre condiviso e accettato modello di salute.

Cosa significa tutto questo per noi infermieri e soprattutto in questo particolare momento sociale, politico e sanitario?

È innegabile che la professione infermieristica più di molte altre, si è già da tempo incamminata lungo la strada che ho prima evidenziato.

Il modello assistenziale a cui ci riferiamo o vorremmo poterci riferire durante il nostro lavoro, è sovrapponibile al modello di salute che emerge come necessità dai cittadini.

Stiamo esprimendo un pensiero valoriale «forte» a favore della collettività, in evidente contrasto con la cultura sanitaria dominante.

È da sottolineare però che non ci viene permesso di definire ed utilizzare strumenti altrettanto forti come il nostro pensiero.

Pianificare e attuare nuovi e personalizzati percorsi assistenziali, fare assistenza valorizzando l'autonomia e l'autotutela dei cittadini/clienti, garantire risultati di qualità in ambienti confortevoli, sereni, organizzati sulle esigenze di coloro che ospitano, significa ammettere che la salute non è solo cura medica e quindi riconoscere competenze, autonomie e discrezionalità decisorie non solo ad una professione ma anche ad altre, e soprattutto alla professione infermieristica.

È tempo di riflettere sulla situazione economica, su quella sociale e sanitaria ed operare affinchè venga riconoscita e confermata la nostra peculiarità operativa sia nell'assistenza che nell'organizzazione che nella formazione; so-

lo così potremo essere garanti della qualità dei risultati assistenziali e contribuire alla qualità di vita della collettività e radicarci come professione di servizio e di servizio riconosciuto indispensabile dai nostri concittadini.

Bibliografia

Bergamo A.: *Società e salute; elementi di sociologia per operatori socio sanitari,* Ambrosiana Editrice, Milano 1993.

De Bartolomeis F.: *Psicologia, Pedagogia, Sociologia nella pratica socio sanitaria,* Sorbona Editrice, Milano 1990.

Di Giulio P.: *I risultati degli interventi infermieristici: è possibile una valutazione?, Rivista dell'infermiere,* 1992, 11, 4.

Donabedian A.: *L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'assistenza sanitaria,* QA, 1° febbraio 1989.

Foglietta F., *La tendenza al cambiamento del sistema dei servizi sociali,* Prospettive Sanitarie e Sociali 12/92.

Palmer R.H.: *Efficienza gestionale e principi di base per valutare la qualità dell'assistenza,* QA, 2/90.

Pace G.M.: *Salute e istruzione, così copriremo le spese boom, La Repubblica* 13/14 giugno 1993.

Shaw C.: *Organizzazione della Quality assurance nell'assistenza sanitaria,* QA 2 marzo 1988.

Spaltro E.: *Il rilancio della funzione pubblica, della mentalità di servizio e della loro emergente dimensione soggettiva,* estratto da *Psicologia e lavoro,* Patron Editore Bologna 1991.

Spinsanti S.: *L'educazione alla salute come sfida per una medicina umanistica, Prospettive sociali e Sanitarie* 21/91.

Veronesi E.: *Il ruolo degli standard nella gestione del Ssn, Prospettive sociali e sanitarie* 14/92.

Zucconi V.: *Hillary la pasionaria, mette gli USA in mutua, La Repubblica* 13 ottobre 1993.

METODI E STRUMENTI PER COSTRUIRE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DI QUALITÀ

LOREDANA GAMBERONI
Direttore Didattico Scuola Infermieri Professionali - U.S.L. 31 Ferrara

Introduzione

È generale e naturale l'esigenza dell'uomo di costruire sistemi economici e sociali che siano in grado di rispondere in modo più «adeguato» ai suoi bisogni.

Tale esigenza è tanto più forte se riferita ai sistemi sanitari la cui funzione, di produrre ed erogare «servizi di salute» condiziona direttamente ed in modo rilevante la qualità della vita delle persone.

Questa filosofia è stata investita negli ultimi anni da una pressante campagna ideologica, accompagnata da una diffusa opera di disinformazione.

Il messaggio ideologico si componeva dei seguenti elementi:

— il costo dei servizi sanitari sta aumentando in modo tale da danneggiare lo sviluppo economico delle nazioni;

— la salute non può essere considerata un «diritto» dei cittadini garantito dallo Stato;

— lo Stato non può quindi farsi carico della tutela della salute de propri cittadini;

— quando lo Stato interviene direttamente nella gestione della salute la sua azione è inefficiente e costosa;

— il modo più economico e più efficiente per gestire i servizi sanitari è quello di affidarlo al sistema privato e alle sue regole di mercato.

Tale messaggio ideologico di provenienza americano ha provocato effetti molto diversi nei paesi europei, ad esempio la Gran Bretagna, con governo ultraconservatore ha rifiutato sistematicamente tale messaggio definendo che la salute va protetta dallo Stato, attraverso il prelievo fiscale ai cittadini; in Italia ha provocato l'elaborazione del D.L. 502 di cui si sperano notevoli modificazioni e contro la quale è stato tiepido l'intervento dei rappresentanti della professione infermiestica. Tale legge solo apparentemente introduce principi di mercato, mentre nella sostanza mira alla liquidazione del S.S.N. con la creazione di un arcipelago di enti privati finanziati dallo Stato.

I correttivi che si stanno apportando si spera vadano nella direzione di definire gli standards di prestazioni, la rete dei finanziamenti, strumenti di analisi dei bisogni reali e non indotti dal mercato.

La legge 502 sembra creare aziende più attente alla parità del bilancio a qualunque costo che alla «qualità» dei prodotti/servizi erogati.

Per non farci annebbiare da tale logica come possiamo organizzarci e proporre per collegare l'efficienza (necessaria e utile) e l'efficacia (indispensabi-

le). Quali metodi e strumenti possiamo utilizzare noi infermieri in vari ambiti: formativo e organizzativo per poter dimostrare l'indispensabilità dell'operato infermieristico che non è costo aggiuntivo o braccio abile di altri professionisti e che quindi può essere sostituito in relazione ad esigenze di mercato con operatori «più economici».

Le proposte che si sentono negli ultimi tempi sono anche fantasiose.

Fattori che influenzano i livelli di assistenza sanitaria

La ricerca del massimo beneficio in termini di salute implica un riferimento al concetto «di salute» che si vuol scegliere come guida:

— nella scelta fondamentale dei bisogni da soddisfare;
— nella scelta delle attività da produrre;
— nella valutazione dei risultati conseguiti;

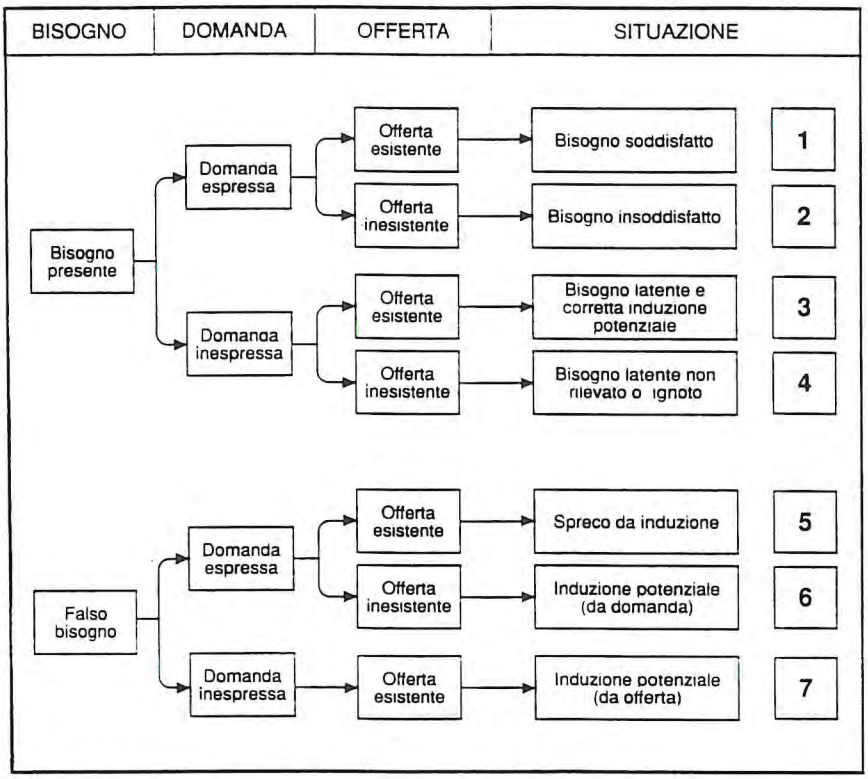


Fig. 1 - Bisogni, domanda, offerta.
Fonte: elaborazione da: *Informazione e programmazione e partecipazione,* di G. Bianchi, A. L'Abate, I. Nicoletti, *Sistema informativo e programmazione socio-sanitaria locale,* Atti convegno Bressanone, 1977, Facoltà di Scienze Statistiche, Demografiche ed Attuariali dell'Università degli Studi di Padova, Cleup, 1980.

Secondo l'O.M.S. il bisogno sanitario è «una carenza sanitaria» determinata scientificamente (con mezzi biologici, epidemiologici, sociologici, ecc.) che richiede misure preventive e curative, e in ultima analisi, misure di controllo o di rimozione (O.M.S., Glossario sanità, *Quaderni di sanità pubblica* 1980/14-15).

Nel sistema sanitario attuale il sistema informativo di analisi dei bisogni di salute della popolazione non è stato attivato o al massimo scarsamente usato, da qui la crescita di falsi bisogni sanitari spesso indotti dal mercato (gli ultimi episodi di tangentopoli in sanità lo dimostrano).

L'unico sistema informativo attivato è stato quello economico finanziario (i centri di costo) che è il termine ultimo del sistema informativo.

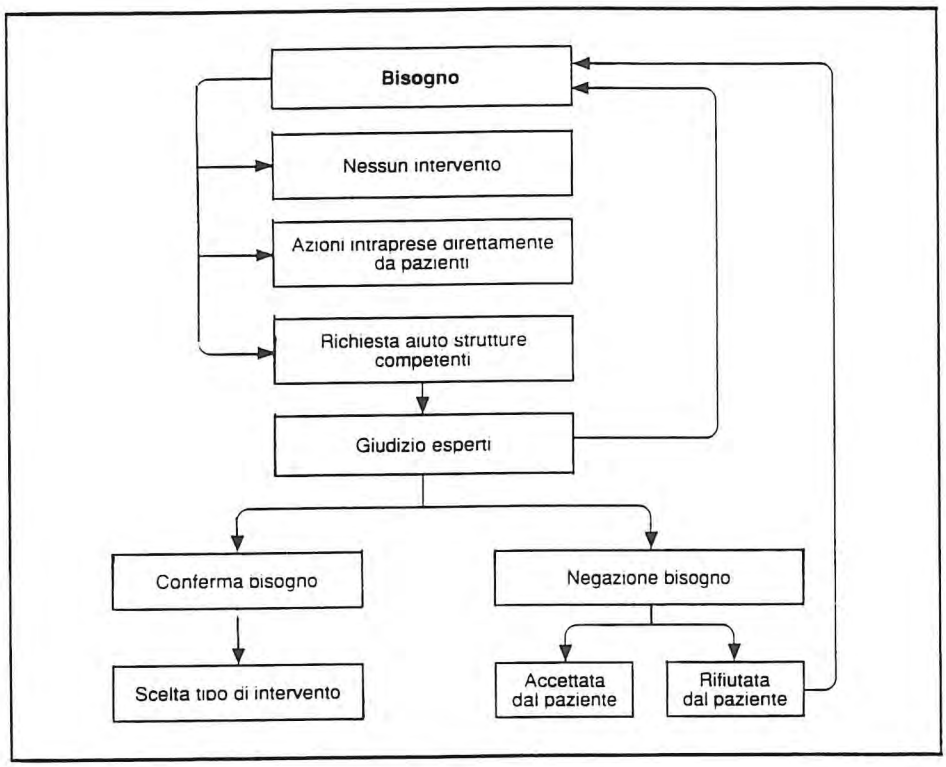


Fig. 2 - Il processo di formazione della domanda sanitaria.
Fonte: Elaborazione da Dirindin N., p. 42, 1982.

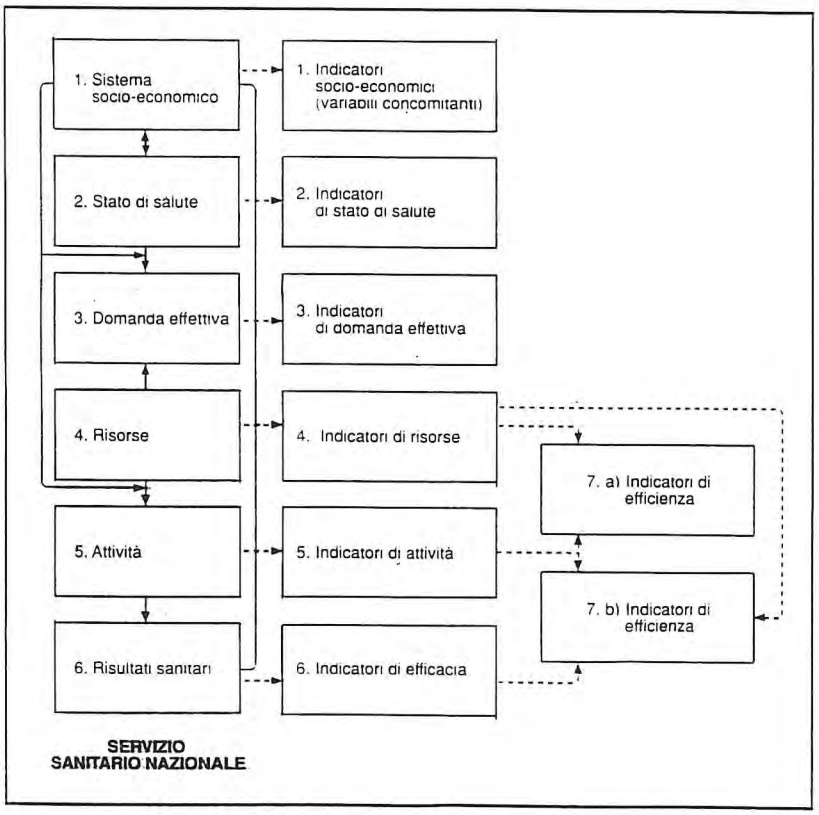


Fig. 3 - I principali indicatori per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

La tutela della salute di una popolazione dipende da:

— Grado di sviluppo delle conoscenze scientifiche sui meccanismi che regolano la conservazione, il mantenimento o il recupero dello stato di benessere psico-fisico sociale (in questo caso si parla di qualità tecnica).

— Traduzione della conoscenza scientifica in «prestazioni mediche, assistenziali e/o tecnico sanitarie», cioè di una successione di azioni tra loro coordinate per ottenere un risultato. Si tratta cioè della messa a punto di specifici e precisi «metodi assistenziali» tramite i quali sia possibile ottenere determinati risultati di promozione, prevenzione, assistenza, recupero.

È ovvio che le conoscenze pure non tradotte in metodiche di assistenza non migliorano lo stato di salute;

— Estesa diffusione delle conoscenze per dare alla popolazione la possibilità di soddisfare anche autonomamente i bisogni di salute (interventi di promozione alla salute).

— Messa a punto di metodi e strumenti che consentono di svolgere in modo più efficace l'assistenza.

— Esistenza di adeguate condizioni che consentono ai professionisti di svolgere le prestazioni previste con l'impiego di strumenti richiesti.

Si tratta di condizioni operative e organizzative economiche e sociali che consentono a tutti coloro che operano in sanità di agire per perseguire gli obiettivi.

Ad esempio se non esistono «ambienti sterili» certi interventi non sono possibili perché anziché migliorare si peggiora lo stato di salute.

Metodi e strumenti per garantire prestazioni di qualità

L'assistenza sanitaria di qualità è stata descritta come livello al quale il processo di assistenza accresce la possibilità di ottenere i risultati voluti e riduce quella di ottenere risultati non voluti (Holtzemer 1990).

La qualità è un negoziato sociale tra chi fornisce il servizio (i professionisti), chi li riceve (cliente e famiglia) e coloro che controllano le risorse (gli amministratori).

Inserirsi pienamente nello scenario sanitario futuro e fare qualità vuol dire:

1) creazione del sistema infermieristico;
2) elaborazione e attuazione di modelli organizzativi dell'assistenza responsabili;
3) fare ricerca;
4) creare società scientifiche;
5) formare norme, criteri, standards per valutare l'assistenza e dimostrarne la qualità (anche in relazione al costo);
6) utilizzare il metodo scientifico applicato all'assistenza, l'unico che permette di costruire indicatori di qualità e quantità.

1) *Creazione del sistema infermieristico*

Il sistema infermieristico ha lo scopo di assicurare alla collettività un'assistenza infermieristica appropriata di buona qualità e al passo con le mutevoli esigenze della popolazione.

Per poter parlare di amministrazione e gestione del sistema infermieristico è indispensabile definire la struttura, oggetto e soggetto di gestione, in cui lo stesso si esprime concretamente: il servizio infermieristico (la cui istituzione era contenuta nelle prime stesure della 502 e poi misteriosamente scomparsa).

Il servizio infermieristico è la struttura del sistema infermieristico. Esso è composto e diretto da personale infermieristico e si articola in livelli differenziati.

Il servizio infermieristico ha la responsabilità dell'organizzazione infermieristica.

L'organizzazione infermieristica è la combinazione e l'utilizzo delle risorse umane e dei mezzi materiali di cui il servizio infermieristico dispone per conseguire gli obiettivi organizzativi che il servizio stesso si propone con efficacia ed efficienza.

Essa si inserisce nell'ambito dell'organizzazione sanitaria e si esprime attraverso comportamenti organizzativi.

2) *Elaborazioni di modelli organizzativi responsabili*

Occorre passare da una struttura esecutiva ad una responsabile.

Per fare questo occorre chiarire alcune priorità e, citando De Fremont, occorre avere chiara:

— una politica del servizio;
— una politica dell'istituzione;
— una politica della formazione.

Cosa vuol dire ciò?

— *Una politica del servizio:* si presuppongono alcuni principi base quali:
a) la persona curata è un'entità con bisogni propri;
b) l'équipe curante è costituita da persone responsabili, qualunque siano le loro funzioni;
c) il funzionamento del servizio è partecipativo basato sulla responsabilità e partecipazione di ciascun membro dell'équipe.

— *Una politica dell'istituzione:* la chiarezza della politica dell'istituzione ed il suo accordo con la politica del servizio è *conditio sine qua non.*

Si può dire che solo la professione nel rapporto qualità/costi delle cure potrà realizzarsi nella misura in cui esisterà un «interessamento» del personale agli obiettivi perseguiti dall'istituzione.

— *Una politica della formazione infermieristica:* ora di tipo universitario, ma su una base molto tecnica, è ferma al Diploma universitario, senza chiarezza per il Diploma di laurea e ancor meno per i corsi di specializzazione. Il legame formazione-organizzazione è stato più volte sottolineato come strategia.

3) *Fare ricerca*

Secondo l'I.C.N. la ricerca infermieristica è focalizzata sullo sviluppo delle conoscenze relative all'assistenza a persone sane e malate.

Essa è indirizzata alla migliore comprensione dei meccanismi genetici, sociali, comportamentali e ambientali che influenzano la capacità degli individui e delle famiglie di mantenere o favorire al massimo la funzionalità e di minimizzare gli effetti negativi della malattia.

La ricerca infermieristica pone in rilievo:

— la conoscenza di nuove politiche e sistemi per una efficiente ed efficace erogazione di assistenza infermieristica;

— la professione ed il suo sviluppo storico;

— le linee guida di etica che si riferiscono alla erogazione dei servizi infermieristici;

— i sistemi che in modo efficace ed efficiente preparano gli infermieri ad assolvere il loro mandato sociale.

Conclusioni

L'approccio al sistema sanitario con i soli strumenti dell'economia di mercato fa diventare i costi i soli risultati da prendere in considerazione.

La qualità dell'assistenza e la qualità della vita sono aspetti importanti dell'assistenza. Questi elementi sono mal compresi e misurati quindi c'è il pericolo che siano sempre ignorati.

Al fine di diminuire i costi e migliorare la qualità, le strategie di cui si è parlato sopra sono alcune di quelle che cercano di dare risposta di qualità ed evitare sprechi.

Se il personale infermieristico auspica di riuscire a far capire ai responsabili della politica e ai decisori che alcuni servizi, approcci o interventi hanno un rapporto costo-efficacia deve essere in grado di dimostrare l'effetto del suo intervento sui risultati di salute.

Perché questo avvenga le infermiere devono conoscere la qualità dell'assistenza tanto da un punto di vista professionale quanto da quello del fruitore dell'assistenza sanitaria.

Cioè gli infermieri devono essere in grado di esprimere chiaramente quello che costituisce una buona assistenza e perché i fruitori vorrebbero o avrebbero bisogno di quel servizio.

In un ambiente competitivo di assistenza sanitaria, gli infermieri devono essere capaci di spiegare il loro valore clinico ed economico e di dimostrare che l'assistenza infermieristica è un'innovazione che costa meno e rende di più.

(Buerhans 1992).

Bibliografia

Guida all'esercizio professionale, Edizioni medico scientifiche.
Progetto infermiere per l'Europa del futuro, CESPI editore.
Professioni infermieristiche, 3/93.
Salute e territorio, 85/93.

DIBATTITO

Elio Drigo (moderatore)

Ringraziamo anche Gamberoni per il suo intervento, molto puntuale e molto preciso, che ha fornito notevoli spunti di riflessione.

Adesso si apre la parte del dibattito di questa mattinata. Vorrei far notare come, nel programma del nostro convengo, viene dato molto spazio al dibattito, alla possibilità di discutere sui temi che vengono trattati, proprio perché ci sembra che gli argomenti coinvolgono personalmente e professionalmente. Riteniamo di fondamentale importanza che un'occasione come questa possa servire al confronto delle idee, al chiarimento dei problemi, al lancio di iniziative o di proposte che alcuni possono avere. Un'occasione di incontro a livello nazionale come questa non capita frequentemente, per cui riteniamo di fondamentale importanza e parte integrante dei contenuti trasmessi all'interno di questo convegno anche il dibattito. Questo è il senso della grande quantità di tempo riservata a questa parte del convegno.

Per cui, anche questo credo possa essere uno stimolo ad intervenire e ad essere presenti da protagonisti in questa occasione.

Questa mattina Sema ci ha parlato della famosa 833, la legge di riforma del Servizio Sanitario Nazionale, un momento storico, di fondamentale importanza non solo per la sanità italiana, ma oserei dire per la civiltà del popolo italiano, perché ha incominciato a vedere finalmente riconosciuti diritti di assoluta importanza dei cittadini e delle persone e ha tradotto in termini di legge alcuni aspetti, anche etici e di civiltà, che sono stati il frutto della conquista dell'evoluzione della gente italiana e non solo italiana.

Poi ci ha parlato di alcuni aspetti fondamentali della 502 e su questo ha presentato alcuni elementi di critica infermieristica sulla base della filosofia che gli infermieri seguono già da tempo, come ci faceva notare anche Annalisa Silvestro.

Giuliana Sema ci ha presentato anche alcune indicazioni molto concrete e molto specifiche sul modo con cui si potrebbe operare per andare nella direzione della qualità rilevando come, soprattutto da parte degli infermieri, difficilmente si indicano a volte obiettivi concreti, generali e specifici, della qualità dell'assistenza infermieristica e spesso sia difficile anche individuare indicatori; però, anche in questa direzione, ci sono iniziative e ci sono possibilità concrete di lavoro.

Inoltre, è stato indicato come gli interventi dell'assistenza infermieristica non sono qualche cosa di incidentale nel servizio sanitario, ma sono qualche cosa che interviene in maniera estremamente importante. Basti solo pensare al grande numero costituito dagli infermieri e di conseguenza alla grande quantità di attività che gli infermieri svolgono. Se, all'interno di questa attività, poniamo il concetto di qualità e ci orientiamo con obiettivi da raggiungere ed indicatori di qualità, è facile comprendere come si può rivoluzionare una

situazione nei confronti della quale gli infermieri, per loro natura, sono estremamente critici.

Annalisa Silvestro ci ha poi trasportato all'interno di una problematica molto concreta di coniugazione tra l'esigenza di una elevata qualità dell'assistenza sanitaria e infermieristica in particolare, ed il problema di una spesa che gli Stati devono sostenere per garantire la sanità o la salute dei cittadini. È emerso come il consenso della collettività nei confronti delle caratteristiche e dell'assistenza infermieristica, sia un elemento fondamentale per consentire che l'assistenza infermieristica abbia in futuro una notevole rilevanza nella determinazione delle caratteristiche della sanità, e di conseguenza anche nella determinazione delle caratteristiche della locazione delle risorse per il sostegno del Servizio Sanitario Nazionale. L'importante è dunque che gli operatori siano coinvolti in questo processo di allocazione delle risorse e di uso delle risorse.

Molto interessante ancora sempre il concetto del «pensiero forte» che guida gli infermieri nella determinazione delle caratteristiche del loro lavoro e della disponibilità invece di «strumenti deboli» per far valere «pensiero forte». L'idea di salute comunque, che gli infermieri hanno fatto propria già da molto tempo, è un elemento che potrebbe costituire una guida importante.

Loredana Gamberoni, alla fine, ci ha stimolato con un concetto che mi pare anche importante e stimolante riguardo alla filosofia che guida gli orientamenti ultimi degli Stati, dei Governi in fatto di sanità, di indicazioni per la sanità. Ci è parso di vedere quasi che il messaggio molto esplicito e a volte addirittura in via subliminale, magari indotto nel pensiero di tutti i cittadini, è stato quello del fatto che le spese sanitarie minacciano, pensate un po', la finanza degli Stati!, in cui appare chiaramente che l'idea fondamentale, non è tanto quella della salute, ma quello della finanza. Appare molto evidente, mi pare, quale sia il valore fondamentale, dunque, a cui gli Stati si ispirano, che non è certo quello della salute dei cittadini, ma invece quello della finanza, evidentemente non tanto dei cittadini quanto probabilmente di gruppi di cittadini, chiaramente molto ristretti.

Qui si collega immediatamente il problema di una sanità che a volte fa più riferimento ai bisogni indotti e non tanto ai bisogni reali della popolazione.

Anche da questa situazione è importante uscire ponendo le basi per una attività infermieristica che sia congruente con una metodologia scientifica di lavoro e che sia organizzata in maniera sistematica. A questo proposito, il servizio infermieristico va considerato sia come struttura operativa ma anche come elemento generale, come filosofia, come modalità di operare.

Questo è una sintesi delle problematiche che le 3 relatrici di questa mattina ci hanno presentato; un quadro molto ampio, con notevolissimi spunti di riflessione e anche di discussione, di dibattito e forse di polemica con alcune situazioni e realtà.

Apriamo il dibattito; non vorremmo interrompere questa positiva tensione, questa attenzione che è palpabile all'interno di questa sala.

D.: Franco Michele (Padova) - Buon giorno a tutti. Mi rivolgo alla collega Gamberoni, se potesse specificare meglio che cosa è il servizio infermieristico. Cioè, da un punto di vista pratico, effettivamente, come si concretizza il servizio infermieristico.

D.: Maria Vittoria (Verona) - Buon giorno a tutti. Io mi faccio questa domanda: ci preoccupiamo di andare all'università, vogliamo la laurea in scienze infermieristiche, ma mi sembra che ci siamo già arenati in quanto attualmente l'infermiere professionale si può formare con 2 canali diversi. Uno l'università, alla quale si accede con la maturità, l'altra invece nelle attuali scuole professionali dove si accede ancora con i 2 anni di superiori. Anche qui è richiesta la maturità, però, se non è raggiunto il numero sufficiente di candidati, le regioni — a quanto so io — per altri 3 anni hanno la possibilità di far accedere anche studenti con i classici 2 anni.

E allora mi chiedo questo. Non è meglio preoccuparsi di formare un unico canale e di evitare quindi la formazione di 2 infermieri professionali con scuole diverse, che poi si confronteranno in modo diverso e dopo, più avanti, preoccuparsi della laurea in scienze infermieristiche, tenendo conto anche che, attualmente, gli infermieri professionali, nella maggior parte dei casi, non hanno la maturità e anche volendo non possono accedere a questo diploma in scienze infermieristiche all'università proprio perché non hanno i titoli. Grazie.

D.: Danani - Vengo da una piccola città della Liguria. Lavoro al pronto soccorso. Finalmente, stamattina, ho sentito quegli interventi che vorrei sentire da tanto tempo che comparano la spesa con la qualità e con l'assistenza. Io direi che, più che un intervento, questo è un appello, perché dobbiamo pensare che tutto quello che è stato detto, dalla gestione dei fondi a questo nostro diverso porsi nei confronti dell'amministrazione, di tutto ... cioè nell'entrare praticamente con le nostre proposte, anche di tipo economico, di tipo amministrativo ... viene a togliere una fetta di potere a qualche d'uno e quindi non possiamo pensare che lo otterremo solo perché siamo bravi. Dovremo lottare.

Tutto questo significa andare a contrattare direttamente, come professionisti e tutto questo vuol dire che noi dobbiamo soprattutto forzare per la legge di riforma della professione infermieristica, che è l'unico mezzo, è il mezzo principale, il mezzo centrale che ci potrà portare solo a contrattare in questi termini. Noi finora abbiamo contrattato solo praticamente il nostro stipendio, abbiamo contrattato piccole cose ... noi adesso dobbiamo andare e dire che vogliamo i soldi e li vogliamo e possiamo gestire nel miglior modo, ma non solo, faremo vedere che li gestiremo in modo più economico, dando una migliore assistenza. Ma questo lo potremo fare solo essendo dei profes-

sionisti, andando a contrattare da professionisti e non andando a contrattare, come adesso, da secondari.

Allora io chiedo che tutte le associazioni — a parte che l'Aniarti mi sembra che sia la prima in questa cosa — ma tutti i Collegi infermieristici, le forze politiche, il sindacato, devono cercare di spingere perché questa legge sia approvata; perché solo da questa legge si potrà partire per cambiare, per cercare di applicare quelle cose che questa mattina sono state dette. Anzi, mi riservo, oggi pomeriggio mi sembra che sia prevista la presenza di un sindacalista, di riportare questo appello anche oggi pomeriggio. Grazie.

R.: LOREDANA GAMBERONI - Rispetto alla domanda sul servizio infermieristico, facciamo un esempio che riguarda lo scenario attuale. Attualmente, le USL sono strutturate in servizi. Il servizio assistenza ospedaliera (in Emilia Romagna si chiama servizio assistenza ospedaliera, poi in altre regioni comunque la connotazione è abbastanza similare); i servizi sanitari e i servizi amministrativi. La nostra proposta, che è stata fatta alla regione Emilia Romagna, è di fare il servizio infermieristico nel senso che diventava, in Emilia Romagna, o l'ottavo o il nono servizio dell'Unità Sanitaria Locale, a seconda di quanti servizi aveva una USL. Cioè un servizio in cui gli infermieri partecipano a quello che viene definito «l'ufficio di direzione» per la definizione della gestione, della istituzione della USL attraverso i componenti dei vari servizi. E, se ci costituiamo in servizio, esiste anche il budget del servizio infermieristico da gestire come servizio infermieristico; ecco, era il mio discorso rispetto al budget dato ai primari. Cioè, il budget del servizio infermieristico gestisce quelle che sono risorse del servizio infermieristico.

Dopo di che, il servizio infermieristico può essere articolato in maniera molto diversa. Io le posso dire la nostra proposta di servizio un responsabile del servizio infermieristico e poi alcuni responsabili di aree omogenee del servizio dell'area territoriale, dell'area ospedaliera, dell'area ricerca. Noi abbiamo puntato moltissimo sull'area ricerca e sull'area formazione permanente. Questa era la nostra proposta. È chiaro, ad esempio, che adesso, lo stiamo rivedendo in funzione della revisione che la 502 pone, anche perché la 502 parla di quel consiglio dei sanitari dove, non a caso, a maggioranza, il consiglio è fatto da medici, c'è anche la rappresentanza — dice — del personale infermieristico. Quindi, per fare il servizio infermieristico, dobbiamo anche contrattare rispetto a questo. Questa regione sembra abbastanza disponibile; ripeto, ha dato dei finanziamenti. Voi sapete che, quando si danno dei finanziamenti, di norma è perché si vuole andare avanti rispetto ad un servizio, altrimenti, attualmente, di finanziamenti non ne vengono erogati. Io non entrerei più nel tema di come è strutturato un servizio; esiste una bibliografia anche della Federazione dei Collegi sul servizio infermieristico che dice come deve essere strutturato. In linea di massima, per fare un esempio, questa sarebbe la strutturazione: il servizio infermieristico avrebbe la possibilità di

definire gli obiettivi del servizio che gli infermieri vogliono erogare alla collettività e quindi, se definiamo gli obiettivi, possiamo andarli a misurare nel loro raggiungimento con degli indicatori riferiti ai modelli assistenziali.

Le faccio un esempio: modificando dei modelli assistenziali, abbiamo visto come indicatori il tasso di assenteismo del personale rispetto a reparti che non avevano i modelli assistenziali responsabili. Abbiamo notato che i reparti, che lavorano in maniera responsabile, hanno indicatori di assenza di 3,3 giornate di assenza annue, contro l'indicatore medio nazionale che è di 15,5 giornate di assenza all'anno per infermiere professionale. Già solo questo dice che tipo di indicatore, che tipo di assistenza si può erogare, qual è la motivazione degli operatori a lavorare.

Un'altra cosa che stiamo facendo è analizzare il costo economico degli infermieri nell'area chirurgica, nel senso di andare ad analizzare tutte le prestazioni infermieristiche in area chirurgica per vedere effettivamente, a parte il lato della prestazione, quanto costa l'intervento infermieristico in ambito chirurgico, dal day hospital fino alla dimissione protetta.

L'altro discorso: del perché chiediamo la laurea quando abbiamo il doppio canale. Il doppio canale è una situazione transitoria, è proprio il fatto di dire che per 3 anni le USL potranno, ecc.; è una situazione transitoria anche perché credo che non si potesse, da un giorno all'altro, passare dalla formazione «regionale» alla formazione universitaria, c'è tutta una serie di percorsi che bisognava fare gradatamente, anche perché la formazione universitaria è partita in alcune università, però è partita sulla pelle delle persone ... Voglio dire: non esistono ancora protocolli di intesa, non esistono convenzioni con le Unità Sanitarie Locali ma si stanno facendo in questo momento, quindi il tagliare con il vecchio sistema al nuovo in maniera drastica, secondo me, era una cosa impossibile, inammissibile, anche perché le università per adesso, formano pochissimo personale. Ferrara ha 30 posti nel triennio nell'ambito universitario. La scuola infermieri ha 580 studenti, il diploma universitario ha, allo stato attuale, 20 studenti, per cui è chiaro che c'è bisogno di una transitorietà.

Secondo me, se otteniamo solo il diploma universitario potevamo anche restare come eravamo prima; se solo ci fermeremo al diploma universitario non abbiamo ottenuto niente, soprattutto perché comunque, per accedere a certi livelli occorre la laurea e, se non ce l'abbiamo faremo sempre molta fatica, arrancheremo sempre sul richiedere quanto ci è dovuto.

Poi, il collega che diceva sulla riforma della professione infermieristica. Mi risulta che il ministro Garavaglia al congresso della Federazione abbia promesso agli infermieri di fare la riforma dei profili professionali, e dell'esercizio professionale. Però io spero che l'informazione che ho sia sbagliata; mi si dice che questo lo sta facendo con i funzionari regionali degli assessorati alla sanità e con i funzionari del Ministero della Sanità, escludendo i rappresentati della professione. Io spero che l'informazione sia scorretta, però, mi si dice questo!

R.: ANNALISA SILVESTRO - Una piccola precisazione rispetto al discorso del collega della Liguria. Innanzitutto mi sento di dover dire una cosa. Siccome faccio parte della segreteria scientifica di questo congresso fa piacere che tu sottolinei l'importanza di parlare di queste cose, perché io voglio invece sottolineare come questo non sia così diffuso tra noi colleghi, come invece si ritenga che sia molto più importante, ed è importante, ma non prioritario, secondo me, parlare delle abilità, delle procedure tecniche, degli strumenti che si utilizzano nel lavoro. Questo — faccio un po' di provocazione — mi fa collegare al discorso che faceva prima la collega: sì, in fondo in fondo la laurea sì va bene, ma ... preoccupiamoci della formazione di base. Secondo me queste due cose sono abbastanza collegate.

Dobbiamo cominciare a pensare che, se non pensiamo in grande e non puntiamo la nostra attenzione avanti, noi saremo sempre una professione intermedia, ma questo forse sarebbe il meno, perché, se la società ha bisogno di una professione infermieristica intermedia e quindi esecutiva, va bene ... Ma noi, è quello che vogliamo? Fino ad ora, ieri pomeriggio, questa mattina, ma anche in altri congressi, non solo dell'Aniarti, è emerso che noi riteniamo, e non riteniamo neanche di essere presuntuosi, di essere, di esprimere un bisogno della collettività. Noi riteniamo che la collettività abbia bisogno dell'assistenza infermieristica, assistenza infermieristica di qualità. Allora, per poter fare assistenza infermieristica di qualità, bisogna che ci sia una dirigenza infermieristica in grado di definire obiettivi, criteri, metodi e in grado di contrattare la dirigenza con le amministrazioni, gli obiettivi, e i risultati da portare a casa, e i singoli professionisti di contrattare, con gli altri professionisti e con i propri clienti, il tipo di prestazione ed il risultato che si vuole conseguire. È finito il tempo in cui noi andavamo dagli ammalati e dicevamo: si fa così, oppure, manina sulla spalla: «Non si preoccupi, signora, che adesso risolviamo tutto». È finito quel tempo lì!

Adesso il cittadino vuole confrontarsi su dei programmi assistenziali. Io, signor Rossi, ho questa situazione: che cosa pensate di potermi garantire come risultato. Io poi decido se mi va bene, se non mi va bene, se voglio fare l'intervento, se voglio rimanere in ospedale, se voglio andare da un'altra parte, se voglio cambiare tipo di impostazione terapeutica. Allora, per fare questo, dobbiamo per forza formarci in maniera diversa, molto più strutturata, dimostrare che siamo in grado di far portare a casa ai nostri fruitori delle prestazioni e dei risultati assistenziali che abbiamo contrattato e che ricevono il loro indice di gradimento.

Per cui, anche quando si parla del budget, lo gestisce il primario, lo gestisco io — e rifaccio provocazione — in questo momento storico è abbastanza ininfluente, perché io ancora non so se sono in grado di dimostrare che porto a casa risultati. Perché, nel momento in cui non lavoriamo più per compiti ma dobbiamo costruire risultato assistenziale con un fruitore delle prestazioni, io mi chiedo se siamo in grado di farlo. Siamo in grado di dire che cosa noi garantiamo come infermieri? Perché, se noi non siamo in grado di fare

questo, cade tutto il discorso che stiamo facendo adesso ed inoltre, nel momento in cui io sono in grado di definire che risultati porto a casa, e li contratto con il cliente, voglio vedere io qual è il primario che mi nega il budget, o mi viene a dire: No, il budget si fa come dico io. Perché io sarò quello che gli fa portare, — scusate rendo la cosa un po' pratica — i cittadini al suo reparto. E se il primario non ha persone che vogliono andare a farsi curare da lui, chiude! Quindi, il potere contrattuale che io ho, se si ragiona in questo modo, diventa molto importante, per cui io concordo con quanto diceva Brandi ieri pomeriggio. Sì, dobbiamo arrivare a essere noi a gestire il budget, ma in futuro. Per adesso, attrezziamoci a fare in modo di dimostrare come lo sappiamo gestire e attrezziamoci a fare in modo di dimostrare ai cittadini che cosa significa scegliere quell'infermiere che sta in quel reparto e non quegli infermieri che stanno nell'altro.

Perché, la prestazione assistenziale non è solo l'intervento chirurgico, è la fase precedente all'intervento chirurgico e soprattutto, mi darete atto, è quello che succede dopo. Nei trapianti, negli interventi ad alto livello clinico-assistenziale, ormai tutto il mondo sanitario sa che il buon risultato non dipende solo dall'équipe che fa l'intervento chirurgico, ma dall'équipe infermieristica che gli sta dietro, prima e dopo. Allora, questo va fatto capire ai cittadini, altrimenti io credo che ci giriamo attorno ai problemi.

Allora, ci vuole una formazione di un certo livello, ci vuole una laurea in scienze infermieristiche per poter pensare in futuro che, oltre al direttore sanitario e al direttore amministrativo, sotto il direttore generale dell'azienda, ci sia anche il direttore infermieristico, che risponde di quello che fanno gli infermieri e della locazione delle risorse che va a contrattare con queste altre due figure quello che si dovrà fare, in termini di qualità del risultato che vengono raggiunti da tutti i professionisti infermieri che stanno sotto la dipendenza gerarchico-funzionale di questo dirigente. Altrimenti, sarà sempre il direttore sanitario, nel consiglio dei sanitari — per legge a maggioranza medici —, a decidere per gli infermieri. Quindi, finché non cominciamo a discutere su queste cose, io temo che ci parliamo un po' addosso.

D.: Barbarigo (Vicenza) - Durante i discorsi, questa mattina, mi sono venute in mente parecchie riflessioni.

La prima è stata questa: in effetti, noi parliamo di una laurea in scienze infermieristiche, ma qual è lo specifico, che contenuti diamo a questa laurea? Perché Strasburgo sancisce molto bene delle norme e l'università si è tenuta a questa per formare il suo corso triennale di diploma universitario; però, quando andiamo a chiederci qual è il nostro contenuto specifico come materia e quindi come sensibilità e come professionisti, ci ritroviamo di fronte solo a delle abilità, a delle competenze tecniche. Allora è chiaro a questo punto, che i medici che insegnano ai nuovi infermieri all'università, avranno un'impronta tecnica, e questo mi pare naturale.

Quindi, il problema sta propio nel dire come noi trasmettiamo tutti quei contenuti e quei valori che abbiamo maturato fino ad adesso all'interno dell'università, non come aiuto ai docenti universitari, ma proprio come docenti universitari, quindi portatori di cultura infermieristica.

Io ho visto una lettera scandalosa di infermieri, di ragazze che stanno studiando in meridione per questo diploma universitario che chiedevano direttamente al Ministro che non è possibile che loro, visto che appunto aumentano la cultura, quindi apportano una novità alla professione, si trovino poi a fare il lavoro che fanno gli attuali infermieri professionali.

Io non so se qualcuno l'ha vista, ma io sono rimasto molto allibito di questo perché perdiamo anche il concetto, non solo di doppia formazione, ma di unità all'interno della professione stessa.

Un'altra cosa che mi è venuta in mente è questo aspetto dell'incentivazione. Cioè si parla molto di direttore sanitario che sceglie i suoi collaboratori, un direttore generale che sceglie il direttore amministrativo e il direttore sanitario, ma, per gli infermieri, c'è questa opportunità di essere scelti? A questo punto facciamo una selezione anche all'interno della nostra categoria. C'è un modo per cui la nostra professione viene incentivata? Parlo anche di contributo economico, creiamo una disparità, cioè creiamo un pochino di competitività positiva.

Un'altra cosa: la regione Veneto sta risolvendo i suoi problemi dell'emergenza infermieristica con la legge degli operatori tecnici addetti all'assistenza; questa figura, pare che abbia molte competenze che spettano agli infermieri. Allora mi domando: quanti operatori tecnici fanno un infermiere professionale? Cioè, arriveremo al punto in cui, probabilmente — visto che la legge dice: almeno un infermiere professionale per ogni reparto — ci sarà il medico di guardia, l'infermiere di guardia e gli operatori tecnici dell'assistenza che girano per i reparti, soprattutto per i reparti di base, come la medicina, la chirurgia, dove è permesso che l'operatore tecnico lavori tranquillamente per le mansioni che ha.

Sono spunti, riflessioni che mi sono nate mentre stavo ascoltando i vostri interventi.

Elio Drigo

Grazie! Prima di dare la parola ad Angela Brandi, volevo fare una precisazione per le richieste di intervento.

Gli argomenti che riguardano aspetti della formazione infermieristica credo che sarebbe più opportuno riservarli, eventualmente, a domani mattina quando ci sarà la sessione dedicata specificamente a questo tema per cui forse è preferibile aspettare per sentire quello che si dirà domani su questo.

Credo che invece, sarebbe estremamente importante focalizzare la nostra attenzione sugli aspetti della relazione tra la qualità e gli aspetti economici, i costi della sanità.

D.: Stefano Verciballi (Roma) - Vorrei fare una domanda alla direttrice della scuola di Ferrara. Per quanto riguarda il servizio infermieristico, non essendoci tuttora delle normative, vorrei sapere se questo servizio può avere una autonomia decisionale o se poi, in realtà, deve dipendere sempre da altri organi all'interno della USL, tipo direttore sanitario, direttore amministrativo. Oppure se in realtà, può decidere su quello che è il fabbisogno assistenziale e la risposta all'assistenza da parte degli infermieri ... il numero degli infermieri che necessita a un reparto X all'interno dell'USL. Grazie.

R.: Loredana Gamberoni - Rispetto alla domanda della lettera dei ragazzi del diploma universitario di una città del meridione, non mi sconvolgo. L'hanno scorso, quando ho iniziato il diploma universitario a Ferrara, è stato detto ai dieci studenti: voi sarete tra il settimo e l'ottavo livello. Ci abbiamo messo un anno per smontare questo assunto. Un anno che ci è costato — agli infermieri di Ferrara che lavorano in ambito universitario — delle preoccupazioni (per non usare altri termini), perché sembravamo la controparte di questi studenti universitari. Però, credo che dopo un anno abbiamo dimostrato che essere infermieri non è una cosa di cui vergognarsi e lavare gli ammalati fa parte della nostra attività professionale da sempre e farà sempre parte, anche con il DU. Con il DU forse si potrà avere più competenza, si riuscirà ad avere qualche cosa in più. Mettiamoci tutto quello che vogliamo: più cultura vuol dire più capacità contrattuale, secondo me.

Quest'anno mi hanno fatto la stessa domanda, in maniera diversa, gli studenti del primo anno. Mi hanno detto: Mi dica, che differenza c'è tra noi e i suoi ragazzi?

Io ho detto loro: Nessuna, nel senso che voi sarete infermieri professionali. È chiaro che voi siete quelli del futuro, queste scuole termineranno in un certo modo. Noi vogliamo che escano infermieri sempre più preparati, ma soprattutto con una conoscenza e una capacità contrattuale diversa, cioè una capacità di capire che sono dei professionisti.

Dipende molto da come si sentiranno se hanno chiaro chi sono, dove vogliono arrivare. È chiaro che se ci si vergogna dell'assistenza di base e si dice che non è dell'infermiere, è chiaro che verranno fuori persone di altro genere. I programmi hanno una prevalenza tecnica, quindi c'è molto da lavorare a livello di modificazioni, specialmente del primo anno. Il primo anno è veramente tecnico tanto è vero che, laddove è partito il diploma universitario, gli studenti del DU in scienze infermieristiche fanno le lezioni non infermieristiche insieme ai tecnici di laboratorio e ai logopedisti. Fanno tutti lo stesso tipo di formazione e questo mi risulta un po' dappertutto.

Per cui hanno tutti lo stesso tipo di formazione: il logopedista come lo studente del diploma di scienze infermieristiche. Su questo aspetto bisogna lavorare ancora molto secondo me.

Il diplomato in scienze infermieristiche ha lo stesso specifico che ha l'infermiere professionale.

Qui si tratta di avere chiarezza: chi insegna in questi diplomi universitari e cosa effettivamente comporta l'attività infermieristica. Ad esempio per i tirocini è stata una lotta: dobbiamo portare la divisa, oppure no? Noi vogliamo portare il camice. Al che ho detto: voi il camice non lo portate. Avete una divisa, diversa da quella della scuola nostra perché siete di un'altra scuola, ma avete una divisa da infermieri, non da simil-medici.

Ma questo non è facile. Ad esempio in certi DU dell'anno scorso qualcuno ha fatto un anno di osservazione. Importantissima. Però un anno di osservazione di che cosa?

E come vogliamo formarli? I tirocini come li vogliamo fatti di queste persone? È chiaro, non dobbiamo ripercorrere gli errori del passato che ci sono stati nelle scuole, dobbiamo avere un'ottica particolare; però queste persone fanno l'infermiere professionale con degli strumenti in più, si spera che vengano loro forniti. E con questa capacità contrattuale in più.

Però dobbiamo avere chiarezza prima noi che andiamo a insegnare in queste scuole e che accettiamo di insegnare in queste scuole e che dovremmo accettare chi siamo e che cosa vogliamo andare a fare.

Secondo me, non si può andare in università e si accetta qualunque tipo di cosa dall'università venga. No, ci si va contrattando che cosa si vuole andare a fare, che cosa è nostro e che cosa è loro. Ed è ciò che noi avevamo cercato e tentato e avuto.

Ferrara è una piccola università, forse è più difficile colle grosse università dove ci sono dei grossi centri di potere. Su quello ne convengo. Però, bisogna contrattare delle cose molto chiare e molto precise, e non starci se i contratti non vanno bene. È inutile dire: Andiamo perché tanto andiamo all'università. Io non sono d'accordo su questa politica dell'andare all'università tanto per andarci. Bisogna andarci con le idee molto chiare di chi siamo e dove vogliamo arrivare, e di quello che è nostro e di quello che è l'altro.

Noi nell'ambito universitario non abbiamo trovato degli ostacoli, anche perché gli universitari non conoscono niente di formazione infermieristica. Quindi, non conoscendo niente, hanno bisogno di noi.

Il servizio infermieristico. È chiaro, lei ha toccato il problema cardine: come creare un servizio infermieristico quando esiste una legislazione che non lo prevede. È stata la grossa discussione che noi abbiamo fatto con l'assessore e gli assessorati alla sanità della regione Emilia Romagna, perché, in effetti, quando noi abbiamo incominciato a chiedere, 3 anni fa, il servizio infermieristico, abbiamo anche chiesto di andare in deroga alla legislazione vigente, perché, soltanto andando in deroga alla legislazione vigente e vedendo in deroga degli spazi per il servizio infermieristico, questo si può creare oppure no. Perché se dobbiamo restare vincolati alla legislazione vigente, non si parte nemmeno; quindi noi abbiamo chiesto di fare il servizio infermieristico andando in deroga ad alcune delle norme vigenti. In effetti i problemi bisognerà vederli sul campo. Sulla gestione del personale non ci sono stati grossi problemi. Il discorso è della dipendenza, della responsabilità, perché chiara-

mente lì si va in un discorso legale; chi risponde, a chi e per che cosa.

È chiaro che se vogliamo il servizio dobbiamo essere in grado di rispondere: a chi e per che cosa.

Noi abbiamo chiesto di avere una deroga rispetto alla legislazione vigente, perché soltanto così si riesce a cominciare a partire sul servizio infermieristico.

R.: ANNALISA SILVESTRO - Solo una piccola precisazione. Il direttore generale sceglie il direttore sanitario e il direttore amministrativo, questi possono scegliere gli infermieri. Gli infermieri, adesso, li sceglie il primario. Nelle situazioni più belle è la caposala. Noi non siamo una professione.

Continuiamo a dirci: siamo una professione, vogliamo dimostrare di essere una professione, ma dal punto di vista giuridico, non lo siamo. È importante essere nell'organizzazione in un certo modo e dimostrare la specificità operativa, che va dimostrata anche rispetto agli operatori tecnici dell'assistenza. Ma se gli OTA, diventano qualche cos'altro rispetto a quello che dovrebbero essere, è colpa nostra. Perché l'OTA può fare cose che non riguardano l'igiene ambientale su deroga dell'infermiere professionale, che comunque ne risponde. Quindi, se noi infermieri professionali non abbiamo chiarezza di specifico operativo, o deleghiamo tutto, oppure, siccome non sappiamo bene che cosa delegare, non deleghiamo niente.

Allora, per riportarci al tema della sessione, dobbiamo dimostrare qualità di risultato per poter diventare contrattualisti nei confronti dell'utente, degli altri professionisti, dell'amministrazione. È chiaro che adesso come adesso, il cittadino non sa distinguere qual è la differenza tra essere assistito da un operatore tecnico e da un infermiere professionale. Se questa non capacità di discriminare da parte del cittadino la riportiamo agli altri professionisti con cui noi lavoriamo — dicasi ad esempio i medici — e poi la riportiamo agli amministratori, potrebbe anche succedere che un amministratore che legge la 502 in termini efficientisti cominci a dire: visto che il cittadino non si lamenta, che non varia molto nella qualità dei risultati, ma chi me lo fare di assumere tutti questi infermieri quando, con meno infermieri e molti più OTA io comunque porto a casa le prestazioni e risparmio sui costi? E non ho il bilancio in rosso, così faccio altri 5 anni come direttore generale.

Noi dobbiamo cominciare, veramente, a renderci conto di queste cose. Forse le relazioni hanno voluto, diciamo così, farvi pensare in alto per vedere che cosa ne ricadeva, ma perché dobbiamo veramente cominciare a ragionare che il tempo del «tutto garantito», del «comunque vada, tanto io ho il posto fisso», comunque il cittadino, stante il regime di monopolio del Servizio Sanitario viene qui, o viene qui ... Ebbene, probabilmente questi tempi, già col prossimo anno cominceranno a finire.

Allora, la qualità non potrà più solo essere una scelta del singolo che ha dei grandi valori etici e vuole dare una prestazione di qualità al cittadino, ma dovrà diventare, giocoforza, una necessità del gruppo professionale. Per-

ché, se noi non riusciamo a garantire qualità e a far vedere la differenza che c'è tra essere assistiti da degli infermieri professionali e essere assistiti da altri, noi diventiamo perdenti nella contrattazione. Sia in termini giuridici — per cui la legge di riforma della formazione piuttosto che di riforma della regolamentazione dell'esercizio professionale — ma anche in termini economici, sarà perdente.

R.: ANGELA BRANDI - Il mio intervento è stato fondamentalmente stimolato dal dibattito. E l'esigenza che ho sentito forte è soprattutto quella di tentare di dirimere alcuni equivoci che posso anch'io — in maniera non consapevole — avere indotto. E poi, proprio il bisogno di esprimere alcune mie opinioni, ma anche convinzioni su alcuni temi emersi nel dibattito.

La prima cosa su cui volevo, in maniera molto schematica, tentare di fare chiarezza è questa. Il decreto legislativo 502 non è l'approvazione della legge 833. La legge 833 è rimasta e rimane legge dello Stato; la 502 non è altro che una integrazione della legge 833 per quegli aspetti di cui non ci si era minimamente preoccupati e cioè per tutta la parte che riguarda la gestione del Servizio Sanitario Nazionale.

Non dobbiamo dimenticare che il primo intervento di cambiamento legislativo su questo aspetto è avvenuto nel 1988 con la legge 111, con la legge 109 che molti di noi conoscono come il decreto Donat Cattin. Fu la norma che definì l'azzeramento dei comitati di gestione e l'inserimento degli amministratori straordinari. È quello l'inizio della riforma, ma degli aspetti gestionali non dell'impianto del sistema. Ed è tanto più vero se noi consideriamo che una legge dello Stato viene considerata superata e abrogata se è un'altra legge che espressamente dice: è soppressa quanto non in coerenza con quanto disposto dalla presente.

Se voi leggete la 502 trovate chiaramente scritto che è superato quanto non è in coerenza con la 502 di quello che era scritto nel DPR 128 per quanto riguarda l'organizzazione degli ospedali, di quello che è scritto nel 128 per quanto riguarda le attribuzioni e le figure professionali e non è un caso che nella legge 502 si parli del direttore sanitario, delle competenze del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore generale.

Quindi, vorrei che fosse chiaro che la 833, con tutto quello che ha significato per il nostro Paese, non è superata né abrogata, tant'è che gli obiettivi seppure in maniera rideterminata, hanno per diritto e dovere quello di sancire e formalizzare il sistema salute. Dove li ritroviamo riproposti? Nel DPR del 27 dicembre 1992 sui livelli uniformi di assistenza. Lì sono dichiaratamente espressi gli obiettivi che lo Stato si propone e si prefigge di raggiungere in termini di tutela della salute dei cittadini.

Altro aspetto. C'è molta confusione, generata anche da una cattiva informazione a livello di responsabilità centrale, tra quello che è l'impianto strutturale del Sistema Sanitario e il decreto legislativo 502 e quello che ha significato, in termini di compartecipazione al mantenimento del Servizio, la legge

finanziaria non '94 ma '93. È collegata alla finanziaria che ha stabilito i livelli di partecipazione alla spesa. Sono norme completamente diverse: quelle sono norme che cambiano ogni anno, tanto è che la legge finanziaria '94, che sta per essere approvata, dirà delle cose diverse da quelle che si dicevano prima. Il che non vuol dire aver negato il diritto alla tutela della salute, vuol dire averlo «rivisitato». Questa è la prima esigenza che sentivo molto forte di condividere con voi in termini di chiarezza.

Il problema qualità-costi. Nel corso della mia esperienza professionale, sono arrivata ad avere forte questa consapevolezza. Noi qui abbiamo parlato di qualità del risultato/rapporto con i costi, e penso che tanti di noi siano consapevoli del fatto che non si può parlare soltanto di qualità riferita a qualcosa in senso così ben identificabile; se noi vogliamo parlare di qualità nell'assistenza infermieristica, non possiamo assolutamente commettere l'errore di pensare che la qualità sia soltanto qualità ad esempio, dell'organizzazione; perché, se manca la qualità della formazione e la qualità nel sistema informativo, noi non riusciamo nemmeno a raggiungerla una qualità ottimale nell'organizzazione. Qual è il concetto che sto cercando di esprimere? Che il concetto di qualità, anche nella nostra mente, qualora andassimo a porci questo problema, è un concetto globale; dovremmo essere in grado di comprendere tutte le variabili in gioco, lavorare su tutte e agire su tutte contemporaneamente.

Qui si inserisce l'altro discorso: la qualità della formazione. Esprimo quella che è la mia convinzione personale derivante peraltro da tantissimi confronti con rappresentanti della professione e anche con rappresentanti di altre professioni. Noi, per tantissimi anni, abbiamo vissuto l'esperienza di una formazione nata, attuata, gestita e voluta per l'ospedale, e tutti noi ne siamo testimoni, veniamo da questa formazione. Quello che interessava in quel sistema era avere infermieri formati, immediatamente spendibili per quella organizzazione, tant'è che tutti gli studenti che escono dalle scuole sono immediatamente capaci ed abili di inserirsi il giorno dopo nel mondo del lavoro. C'è un dato di cui noi non prendiamo sufficientemente consapevolezza, per comprendere quale può essere il vero cambiamento nella formazione: nessun infermiere, fatta eccezione che per il direttore, dove c'è — perché in una gran parte di scuole non c'è il direttore infermiere — ha mai avuto riconosciuta la funzione didattica, nessuno! Benché ci siano figure che si chiamano monitori, infermieri insegnanti, caposala didattiche, non esiste il profilo, non esiste la funzione, non esiste un livello, giuridico ed economico. Questo vuol dire che, in termini funzionali, in termini concreti, la funzione docenza non c'è nella professione infermieristica. Che poi ci siano leggi regionali che inseriscono gli infermieri, il caposala didattico, il monitore, questo può valere quanto può valere il fatto che in Emilia Romagna ci sia l'addetto all'assistenza di base, in Veneto ci sia l'assistente domiciliare, per parlare di altre figure; ogni regione legifera, in materia, come crede.

Un'altra considerazione. Non è che cambia il prodotto finale in termini

di professionista che esce dalla scuola, non cambia nemmeno colui che accede al percorso di formazione se non — e non è da poco — per il requisito iniziale di accesso: la maturità. Io direi che non cambia nemmeno la caratteristica dei programmi, diciamo così: medicalizzato era prima abbastanza medicalizzato è adesso (io preferisco usare il termine «medicalizzato», non «tecnicizzato» perché di tecniche ce n'è da tutte e due le parti, anche perché le tecniche rappresentano una parte abbastanza consistente del nostro lavoro). C'è un dato di cui forse noi non siamo ancora profondamente consapevoli: è cambiato il nome delle materie che si insegnano e io penso che, per una professione che ha sofferto per anni il fatto di essere etichettata come una professione tecnica, non avere più un insegnamento che si chiami «tecniche» è forse un qualcosa di importante.

Il problema del servizio. È importante e fondamentale avere una struttura organizzativa formalizzata e istituzionalizzata, e questo — permettetemelo di dire — le regioni avevano la possibilità di istituirlo fin dal 1978. L'art. 15 della legge 833 dà alle regioni lo stesso potere che gli dà l'art. 2 della 502: la totale autonomia in materia organizzativa e legiferativa in materia sanitaria ... se non l'hanno fatto, i motivi, non stiamo qui a dircelo, sono i più disparati. È importantissimo avere una struttura organizzativa formalizzata, ma il concetto di fondo, su cui io ritengo possiamo continuare a dibattere per altre ore, è realizzare nella pratica, nella realtà, quell'autonomia decisionale che esiste al di là che esista una targhetta che si chiami, che si denomini dipartimento o servizio di assistenza infermieristica. Noi siamo operatori che autonomamente operiamo delle scelte: lo è l'infermiere quando assiste l'utente, lo è il caposala quando decide cosa fare, lo è il dirigente.

Noi, con la 502, non abbiamo l'accesso alla dirigenza. Abbiamo però l'opportunità di lavorare in maniera tale da affermare, nella pratica, l'autonomia organizzativa e decisionale che sta alla base di qualunque riconoscimento istituzionale.

L'ultima cosa, l'operatore tecnico. Prima Silvestro diceva: quello che sarà dipenderà da noi. Io, assieme ad un altro gruppo di persone, sono forse stata quella più coinvolta in questo travaglio che ha portato a partorire quel decreto da tanti contrastato. Non dimentichiamoci di una cosa: l'operatore tecnico non «sembra» un infermiere, non che non sembra, non è un infermiere, e guai se da infermieri dicessimo «sembra» un infermiere, perché vuol dire che non c'è ancora chiarezza tra di noi. Questa nostra non chiarezza ci porta ad utilizzarlo in maniera tale che possa poi essere causa di tanti equivoci. La formazione, tenete conto, è gestita dagli infermieri; l'organizzazione del lavoro degli ausiliari, degli OTA, degli operatori tecnici, è gestita dagli infermieri, l'inserimento e la valutazione è gestita dagli infermieri per volontà del legislatore. Se non sapremo utilizzare questo potenziale per generare qualità nell'organizzazione, la responsabilità sarà ancora una volta nostra.

Un'ultima considerazione. Se quelli sono gli obiettivi che ci proponiamo: la qualità, la produzione di dati che testimoniano la nostra centralità, il miglio-

ramento dell'assistenza, la relazione con il cittadino, ditemi voi come facciamo ad immaginarci di poter investire tempo e professionalità in quelle cose se non capiamo quale sia il limite entro il quale operare la delega; ma, intendiamoci bene, non si delega la responsabilità, si delegano solo atti e in quegli atti delegabili il legislatore è stato molto chiaro: oltre ai compiti di competenza, che sono tanti, l'operatore tecnico, su indicazione — ed è qui la delega — o in collaborazione — ed è qui il vincolo, va fatto assieme e non da solo. Io ritengo che questa, se saputa gestire, e direi addirittura se voluta gestire, sia una grossa potenzialità per gli infermieri, che noi però stiamo rischiando di lasciare da parte, per cattiva informazione, per non volontà, per non correre rischi.

Io chiudo qui il mio intervento. Spero di aver chiarito le cose che dovevo chiarire e ringrazio tutti di questo interessantissimo dibattito. Grazie.

D.: Marisa Siccardi (Firenze-Sarzana) - Io riparto dal problema soldi, perché c'è qualcosa che ancora non ho sentito rammentare e mi sembra opportuno farlo: l'evasione fiscale. Credo che noi, come infermieri e prima ancora come cittadini, in questo discorso ci dobbiamo entrare, e ci dobbiamo entrare in modo molto pressante, perché i ricatti sulla mancanza di soldi vengono fatti in sanità, vengono fatti alla professione sanitaria, infermieristica in modo particolare, ma viene fatto soprattutto ai cittadini.

Allora, se noi vogliamo farci conoscere veramente ai cittadini per chi siamo, per come siamo, per come vogliamo essere e lavorare, noi dobbiamo partecipare insieme ai cittadini a queste battaglie che sono di importanza fondamentale.

Altri sprechi in sanità. Certo che ci sarà anche l'infermiere nel consiglio dei sanitari, però dovrà essere un infermiere cogli occhi e le orecchie ben aperte perché io credo di non essere l'unica infermiera che passando da Roma, Firenze, Sarzana, ecc. ha visto — grazie proprio al consiglio dei sanitari — sprechi immensi nell'acquisto di attrezzature, di materiali, che poi sono stati del tutto inutilizzati. Parlo anche di materiali dell'area critica che sono costati miliardi, non milioni.

Se nel consiglio dei sanitari, noi saremo in minoranza, ricordiamoci che ci sono i cittadini che sono la maggioranza delle persone che hanno i bisogni di salute e la necessità della salute.

502 e 833: sono d'accordo che la 502, come l'ha definita Angela Brandi, è un correttivo. Però, è un correttivo che penalizza in modo veramente grave la prevenzione e la riabilitazione. Anche su questo noi dobbiamo intervenire. Perché se, qui è stato anche ricordato, i prerequisiti sono quelli che danno anche la qualità della salute, ricordiamoci che nei prerequisiti ci sono anche le condizioni di lavoro. L'aver staccato dalla sanità tutto ciò che riguarda la prevenzione dell'ambiente, ci lascia oggi in un vuoto pauroso, in un momento in cui il ricatto salute-occupazione è sempre più pressante, figuriamoci se qualcuno va a tutelare la salute dei luoghi di lavoro. Noi, come infermieri,

dobbiamo intervenire in questo e dobbiamo porci in modo veramente attivo su questo, perché altrimenti non ne verremo fuori, perché altrimenti i cittadini non ci conosceranno mai per quello che siamo e per quello che possiamo fare.

Molti non sanno che ci sono stati dei concorsi per medici nel nostro Paese. Io cito quello della Liguria di cui ho notizie precise: oltre 100 posti, mi pare 120, i medici si sono presentati molti di più. Hanno superato le prove soltanto 4 e perché? Perché i quiz, le domande alle quali dovevano rispondere erano fatte secondo le modalità che noi cerchiamo di utilizzare nel lavorare, cioè le domande erano poste per problemi e per obiettivi. I medici, con la loro formazione non hanno saputo rispondere. Mi risulta che a Trieste è stata ancora peggiore la cosa, chiedo a Sema se ne sa qualcosa: pare che a Trieste nessuno abbia superato la prova. Questi concorsi verranno ripetuti e verranno ripetuti con le stesse modalità. E facciamole sapere queste cose, facciamole sapere anche ai nostri colleghi infermieri che, quello che noi cerchiamo di proporre, cerchiamo di fare, da anni e nel presente, pur con tutti i limiti, è qualcosa che veramente può fare scuola.

L'ultima cosa, me la ricordava Ferri, che la revisione delle competenze verrà fatta dal Ministero della Sanità con la collaborazione della Federazione e il Ministro della Sanità ha detto che addirittura uscirà con una norma del decreto.

D.: Laura D'Addio (Firenze) - Buongiorno. Io uscirei da questa giornata, o almeno da questa mattinata, con una piccola morale: probabilmente, più che episodi eclatanti nel nostro percorso infermieristico, ci sono tanti eventi da riempire di significato. Quali? Tutti quelli che si stanno affacciando o che si sono già affacciati all'orizzonte infermieristico. Mi riferisco all'ingresso in università, mi riferisco al servizio infermieristico che esiste, non esiste, e a tutto quanto gira intorno a questi eventi. Allora, proviamo a dirci questo: che gli strumenti vanno perseguiti, che senz'altro quello che abbiamo ha probabilmente anche connotazioni negative, ma che — fondamentalmente — sono tutte occasioni da riempire di significato.

E allora la formazione, che è in un momento così particolare, potrebbe per esempio cercare di far sì che tutto ciò che è stato il percorso di questi anni diventi un patrimonio prezioso da portare in università. Far sì che nell'ambito di contrattazione l'infermiere venga riconosciuto di per sé come professionista, come docente e come operatore, come materiale prezioso, dobbiamo renderci preziosi, renderci personaggi unici sulla scena, è forse questa la grande strategia di oggi.

Noi siamo sempre stati molto carichi di pathos nelle nostre questioni interne ed esterne. Forse oggi, il pathos va convertito in strategie, come diceva Annalisa Silvestro, per cominciare a pensare in grande, cominciare ad entrare e a pensare sui massimi sistemi perché questo è il punto dolente di oggi. Noi abbiamo bisogno di queste palestre, il congresso e quante altre potranno venire, per cominciare ad occuparci dei massimi sistemi, delle massime cose.

Quindi, esserci, e direi anche con questa voglia di vedere le cose come occasioni. Ovviamente, per far questo, tanta consapevolezza. Grazie.

D.: Lucia Zaino (Roma) - Io volevo chiedere alla signora Sema se era possibile ottenere qualche elemento in più, proprio dal punto di vista operativo, per la definizione di indicatori a livello di reparto; come i singoli operatori possono, in équipe con la caposala, stabilire degli indicatori efficaci partendo da priorità esistenti nel loro reparto.

E, alla signora Silvestro, a proposito della relazione contrattata tra équipe e cliente, e assistito: che contenuti formativi privilegiare per preparare gli infermieri di area critica a questo tipo di relazione, sia nella formazione di base che in quella permanente. E poi: come è possibile considerare e conciliare tutte la variabili personali, individuali, esistenti. Cioè che peso ha questa relazione, proprio dal punto di vista poi operativo, all'interno di un reparto di area critica.

E, un'ultimissima cosa per la signora Gamberoni: se ci sono oggi dei dati già a disposizione per valutare il peso concreto che ha, nella costruzione della qualità, nella definizione di qualità, l'utilizzo del metodo scientifico e in particolare del piano di nursing. Grazie.

D.: Anna Ferrario (Milano) - Volevo ricollegarmi al discorso di questa mattina in cui, praticamente, così come le grosse aziende hanno degli addetti al controllo qualità, mi è parso di capire che anche l'azienda ospedale deve avere degli addetti al controllo, che praticamente saremmo noi, che in questo caso però saremo attivi in quanto proprio non soltanto seguiremo tutte le fasi, se vogliamo fare un ricollegamento con le aziende normali della lavorazione del prodotto, ma addirittura — insieme al cittadino — noi riusciremo a creare un prodotto risultato di qualità. Quindi la cosa mi preoccupa non poco in quanto, come infermiera professionale, mi rendo conto che esistono attualmente pochi strumenti di rivelazione appunto della qualità. Ciò significa che saremo addirittura noi a stabilire in un futuro il target dei nostri pazienti. E se in un futuro esisteranno negli ospedali dei ricercatori di mercato (per così dire), ma meglio dire dei ricercatori di salute sul territorio?

R.: Licia Giuliana Sema - Rispondo alla collega che mi ha rivolto una domanda estremamente precisa: come si elaborano gli indicatori. Si parte, per individuare l'indicatore, dal problema che in quel momento interessa il reparto, e quindi gli operatori coinvolti. Noi abbiamo lavorato, per esempio, sulle cadute perché ci sembrava che arrivassero in direzione delle rilevazioni costanti rispetto a un fenomeno che giudicavamo un evento sentinella e che si presentasse in maniera abnorme.

Una volta ipotizzato di andare a lavorare sulle cadute dei pazienti bisogna andare a definire le modalità di rilevazione dei dati, ovvero: come, dove, per

quanto tempo, da parte di chi i dati verranno rilevati. Successivamente si passa alle rilevazioni dei dati stessi.

Come viene composto un indicatore? L'indicatore porta al numeratore il fenomeno che si prende in considerazione, in questo caso, secondo l'esempio che avevo già portato, le cadute. Al denominatore si mettono tutti i pazienti che sono stati accolti: lo puoi fare per il reparto, lo puoi fare per l'ospedale, per il mese, per l'anno. A questo punto si ha un valore locale, il valore dell'indicatore cadute, ovverosia rapporto pazienti/cadute rispetto a totale pazienti ricoverati. Attenzione, non giornate di degenza, totale ricoveri, e lo si confronta con le altre realtà. Noi, appunto, volevamo individuare un indicatore che potesse essere di interesse quanto meno regionale. Alla fine, abbiamo visto che dobbiamo lavorare ancora; quindi un indicatore non è definitivo al momento che un gruppo lo ha individuato, seguendo queste caratteristiche che ho suggerito, ma va studiato nel tempo. Non solo; l'indicatore è un qualcosa di dinamico. Per esempio, se rispetto alle cadute ci fosse stata una diminuzione della forza lavoro, evidentemente l'indicatore avrebbe dovuto essere ristudiato.

Io spero di essere riuscita a rispondere in modo abbastanza preciso, dal punto di vista di metodo, in modo che la collega, ove interessata, o gli altri colleghi, possano cominciare a lavorare. Credo che in questo momento, piuttosto che indicatori di struttura, e quindi anche indicatori di formazione come giustamente è stato citato da Angela Brandi, risulti più operativo, più pragmatico, lavorare su indicatori di processo, ricordando sempre che gli indicatori di struttura, numero e formazione, sono in gran parte determinanti poi sull'aspetto del processo e del risultato che otteniamo.

R.: Annalisa Silvestro - Il rapporto contrattualistico si basa sulla presa d'atto della pari dignità dell'assistito e dell'operatore. Pari dignità personale, ovviamente differenze di tipo operativo per quanto riguarda il professionista che ha un mondo di competenze che gli permettono di porsi a servizio del cittadino. Rapporto contrattato, quindi, in cui il professionista cerca di evidenziare, stante la situazione dell'ammalato, che cosa sarà possibile perseguire, a quale livello di risultato, e quindi coinvolge l'ammalato nella ridefinizione del piano di assistenza. Fra l'altro ci sono molte teoriche del nursing, che parlano specificamente della importanza dell'autocura.

Ovviamente questo che cosa comporta in area critica? Fondamentalmente due cose: che quando noi ci troviamo a dover erogare le nostre prestazioni a pazienti che non sono in grado di relazionarsi con l'esterno, perché in coma o perché hanno una situazione di criticità vitale talmente tanto forte da non poter mettersi in relazione, qui è l'infermiere che deve chiaramente andare verso valori hard, per cui soddisfare il bisogno di respirare, di cardio-circolo, ecc., e in questo caso la contrattazione, superato il momento di criticità vitale, avviene con le persone di riferimento del paziente. Un piccolo flash: ricordate l'evento successo a Fellini e come tutta la stampa si era molto interessa-

ta del perché ci fossero delle decisioni che parevano non essere contrattate con la persona di riferimento di Fellini, ovverossia la moglie. Quindi, va comunque fatto un rapporto di tipo contrattualistico, e qui capite bene che, quando ci troviamo di fronte a queste situazioni, entra in capo l'etica e problemi molto grossi come l'accanimento terapeutico, l'eutanasia attiva e passiva, ecc.

Per quanto riguarda invece la contrattazione assistenziale quando la persona è in grado di relazionarsi con l'infermiere, dobbiamo essere in grado di presentare il piano di assistenza e integrarlo, in base alle indicazioni che ci verranno dall'ammalato, tenendo conto che comunque l'ammalato non è in grado di inserirsi in maniera competente, altrimenti sarebbe un professionista della salute, rispetto agli strumenti e metodi che dovranno essere utilizzati, ma è in grado di entrare in relazione con l'operatore sanitario rispetto a quale risultato intende venga perseguito. Potrebbe anche darsi, faccio un esempio, che il paziente non desideri subire un determinato tipo di intervento, preferisca optare per un'altra soluzione, preso atto di quali vincoli e opportunità questa cosa comporta.

È chiaro che se noi andiamo a un rapporto assistenziale di questo genere la formazione deve essere basata e orientata sul metodo, sulla capacità di individuare le priorità, sulla capacità di definire risultati e di porli in relazione ai desideri dei fruitori delle prestazioni. Quindi, nell'assistenza post-base, l'infermiere di area critica non viene più formato sulla tipologia del reparto dove si presuppone che opererà e sulla tipologia della strumentazione tecnica che verrà utilizzata. Non è più pensabile fare corsi di specializzazione in dialisi, corsi di specializzazione in cardiologia, corsi di specializzazione in anestesia, corsi di specializzazione in rianimazione, ecc., ma sarà opportuno fare una formazione complementare che dia competenze per gestire la situazione di criticità vitale e di instabilità fino alla stabilità vitale. Quindi, fare formazione che orienti alla situazione assistenziale, dando capacità di individuare metodi e strumenti, priorità, criteri di valutazione rispetto a quella tipologia assistenziale. Il che significa ribaltare quella che è l'impostazione attuale. Rifacendomi al discorso che faceva Gamberoni all'inizio, se entriamo in università e ci entriamo avendo chiaro queste cose, ci entriamo utilizzando il meglio dell'ambito universitario, che è la ricerca, la discussione, la discussione dei casi, il mettersi in relazione con il formatore, ecc., ecc., non la parte deleteria dell'università che è quella baronale. Siccome noi rischiamo molto da questo punto di vista, sarà bene che ci strutturiamo su questa cosa.

Per quanto riguarda l'ultima collega: domanda da 300 milioni, difficile, perché — stante la situazione di cui si parlava in mattinata — che io sappia, presenza di infermieri che definiscono gli indicatori per la valutazione della qualità in ambito territoriale ..., io mi rivolgo anche alla collega Sema, che è un'esperta in queste cose.

R.: Licia Giuliana Sema - Diciamo anche che sugli indicatori si sta lavoran-

do da poco tempo. Si doveva addirittura definire bene concettualmente quello che era il significato, l'atteso, della 502. Quindi, per quanto riguarda l'ambito territoriale, lavorando io nei servizi ospedalieri, devo dichiarare la mia completa ignoranza del problema. Mi dispiace.

R.: Loredana Gamberoni - Rispetto all'ultima domanda. Chi ha lavorato molto sugli indicatori nell'ambito territoriale, sono stati soprattutto i servizi di medicina del lavoro. Hanno lavorato sugli indicatori da tanti anni, proprio perché sono dei gruppi multi disciplinari, quindi sono sempre presenti le professionalità mediche, tecniche e infermieristiche; nell'ambito della medicina del lavoro ci sono gli indicatori.

Poi, la domanda, se esistono indicatori sul piano di nursing. Noi abbiamo provato a fare degli indicatori che ho chiamato modelli responsabili di assistenza, oggettivi e soggettivi, sui pazienti, sugli operatori e sugli studenti perché sono parte dell'organizzazione.

Sul paziente gli indicatori soggettivi erano il gradimento del paziente rispetto alla struttura, cioè ciò che gli piaceva di quella assistenza che gli veniva erogata e poi abbiamo cercato di fare un indicatore oggettivo, usando la statistica. Ci siamo messi a lavorare sulla diminuzione della degenza media giornaliera per patologia, lavorando insieme al personale medico per vedere quali erano i fattori influenti: è stato un lavoro molto grosso che abbiamo fatto su questo aspetto, per vedere che anche l'assistenza diminuisce la degenza media dei pazienti, perché evita gli incidenti, evita la infezioni e cose del genere. Quindi abbiamo provato a vedere quale è il peso dell'assistenza infermieristica.

TAVOLA ROTONDA

EVOLUZONE O INVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE E DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA NEL FUTURO SOCIALE E SANITARIO DEL NOSTRO PAESE

Partecipano i relatori della mattinata e rappresentanti di forze sindacali.

Annalisa Silvestro (Moderatrice).

Oggi pomeriggio, come ormai da nostra abitudine, si svolgerà sia la tavola rotonda che, in contemporanea, i lavori di gruppo. Il tema dei lavori di gruppo è «l'attuale operatività dell'infermiere professionale, base per l'evoluzione o l'involuzione della professione infermieristica». I colleghi stanno lavorando, verso le 16,00 ci raggiungeranno e confronteremo i risultati dei loro lavori con quanto è emerso dal dibattito della tavola rotonda che andrà a trattare il tema: «evoluzione o involuzione della professione dell'assistenza infermieristica nel futuro sociale e sanitario del nostro Paese».

Prima di dare la parola agli intervenuti, è doveroso per me precisare che a questa tavola rotonda, oltre ai rappresentanti dei 3 sindacati, CGIL, CISL e UIL, erano stati invitati rappresentanti del partito Democratico della Sinistra — PDS —, rappresentati del partito della Democrazia Cristiana e rappresentanti della Lega Nord. C'erano state delle conferme di partecipazione ma non vedo presentarsi nessuno e lascio ai congressisti la valutazione della mancata presenza. Tiriamo le conclusioni che riteniamo più opportune; è ben vero che il momento attuale è un po' particolare, però è altrettanto vero che un confronto su invito mi sembrerebbe non soltanto doveroso accettarlo ma anche significativo per capire cosa pensano gli infermieri e, di conseguenza, orientarsi nel momento in cui si fanno poi delle scelte politiche.

Fatta questa premessa, intenderemo procedere in questo modo: verrà fatta una domanda a un rappresentante di sigla sindacale che ci esporrà il suo pensiero in merito. Dopo l'intervento dei tre rappresentanti sindacali, avremo le colleghe Gamberoni e Sema che faranno un'ulteriore ritaratura a quanto è stato detto. Dopo di che, speriamo in un dibattito ricco e partecipato come quello di ieri pomeriggio e di questa mattina.

Per cominciare chiediamo al rappresentante della CISL, il signor Berti, che cosa ci può dire rispetto alle ripercussioni che il decreto legislativo 502 avrà sull'evoluzione della professione infermieristica. È un decreto legislativo che frena la nostra crescita, è un decreto legislativo che potrà darci degli spazi, che cosa ne pensa del mancato riconoscimento della dirigenza infermieristica nell'ambito della 502?

Berti

Buongiorno a tutti. Questa mattina sono stato presente al vostro dibattito e, fra le cose che mi hanno colpito nel dibattito e nelle relazioni, è stato proprio questo continuo ritorno su qualsiasi argomento della questione della formazione dell'infermiere. Questo significa che questa categoria, su questa que-

stione, è impegnatissima, intanto, ma è molto sensibile, nel senso che — rispetto alle difficoltà che ormai da qualche anno su questo fronte stiamo incontrando — è chiaro che l'attuale situazione politica che ci troviamo a vivere, non aiuta certo la soluzione dei problemi che abbiamo di fronte.

Nella 502, prima, e nella correzione della 502 adesso, in questa fase, è stato fatto comunque un tentativo di accelerazione rispetto alla correzione della formazione dell'infermiere. Abbiamo, con la 502, per certi aspetti, conquistato il diploma universitario; per altri non riusciamo, attraverso questo strumento, ad andare avanti sul problema della laurea in scienze infermieristiche.

Molti di voi, certamente avranno notato che l'impegno di CGIL, CISL e UIL su questo versante, negli ultimi 2 anni, è stato un impegno pressoché costante rispetto al fatto che riteniamo che il futuro della professione infermieristica — futuro che anche voi nel vostro convegno avete evidenziato come un futuro importante, necessario, essenziale per certi aspetti alla sanità italiana — deve trovare comunque sbocchi che consentano a questa categoria di trovare una autonomia professionale e, comunque, la possibilità, non dico di autogestione, ma certamente di avere una propria piramide organizzativa e, comunque, la possibilità di creare all'interno (e questo della formazione è il presupposto essenziale) delle strutture sanitarie italiane del servizio infermieristico.

Su questa questione del rapporto tra 502 e formazione infermieristica, certamente non è che oggi stiamo facendo dei grossi passi avanti. Noi abbiamo spinto su una serie di questioni: per esempio tutto il nostro sforzo per riuscire a mettere in piedi, all'interno di questa logica, anche nell'organizzazione, facendola entrare attraverso meccanismi, se volete anche diversi, all'interno di questa legge, anche la possibilità di trovare soluzioni per l'ufficio infermieristico, non siamo riusciti a portarle avanti.

Sull'altro versante stiamo spingendo perché, come tutti sapete, siamo ormai agli sgoccioli di questa legislatura, abbiamo il disegno di legge sulla formazione infermieristica che di fatto giace in commissione nonostante che CGIL, CISL e UIL abbiano più volte fatto rilevare al Ministro della Sanità, che, in scadenza di legislatura, abbiamo la necessità assoluta che questo disegno di legge venga approvato in commissione e diventi legge. Avevamo ottenuto una promessa e ci pare che le cose siano ferme. Certamente il pericolo che corre questo disegno di legge sulla formazione dell'infermiere, è un pericolo reale a questo punto, nel senso che, se decadrà la legislatura (il che è assai probabile, che nel giro di 3 mesi questo avvenga, o anche meno, visto gli ultimi avvenimenti), è probabile che si debba ricominciare daccapo e con un Parlamento del tutto diverso.

Ecco, questa è un po' la situazione. Certamente, le organizzazioni sindacali su questo sono vigili perché ritengono che questo problema sia un problema serio, che sia un problema che certamente va verso la soluzione anche dei problemi assistenziali della sanità italiana.

Annalisa Silvestro

Grazie.

Ora un'altra domanda a Saverio Proia della CGIL: ci stiamo chiedendo che cosa impedisce la riforma della formazione infermieristica, che fine hanno fatto tutte le proposte presentate, che cosa intende fare il sindacato per la revisione della legge che regolamenta l'esercizio professionale, ovverosia il mansionario. Grazie!

Saverio Proia

Che cosa impedisce la riforma della professione infermieristica mi pare abbastanza ormai chiaro, come era chiaro nella precedente legislatura, come è chiaro che, nel decreto legislativo 502, è comunque un risultato positivo il fatto che con l'art. 6, da oggi in poi, per essere infermieri professionali bisogna avere il diploma universitario, l'altro binario è comunque destinato a finire fra 2 anni. Il fatto che anche se in minoranza, come diceva Silvestro oggi, questo parlamento «sudafricano» che è il consiglio dei sanitari, in cui la maggioranza rappresenta solo la minoranza, a parte questi due aspetti, nel DL 502 e nella iter sofferta legislatura, c'è come motivo fondamentale la cultura medico-centrica, che esiste solo nel nostro Sistema Sanitario. Non credo che i ritardi dipendano da altro che da una paura di riconoscere il giusto ambito di autonomia professionale della professione infermieristica come delle altre professioni tecnico-sanitarie e riabilitativo ... Solo questo è il problema che osta.

Tutto il resto sono scuse dell'ultima ora. Il fatto delle obiezioni del Ministro del Tesoro, il fatto delle obiezioni del Ministro dell'Università, ecc.... le dichiarazioni non vere del Ministro della Sanità, che diceva, per esempio al vostro congresso: la sede è liberante, la strada è concessa, cosa non vera. Fino all'altro ieri, anzi, ci è arrivata una ulteriore lettera del Governo che nega la sede legislativa; dietro questo c'è solo la paura che la valorizzazione di questa professione significhi ridiscutere il ruolo fra infermiere e medico; la paura di europeizzare anche il Sistema Sanitario alla luce di esperienze di altri paesi. Non c'è altro! Il resto sono realmente chiacchiere; se no non si capisce perché non sia stato messo il servizio infermieristico nel DL 502, non si capisce perché la laurea in scienze infermieristiche non sia stata fatta con atto amministrativo, come prevede la 341 (oggi serve solo un decreto ministeriale per fare una nuova laurea).

Se avete visto il piano di sviluppo all'università, la fantasia accademica è una cosa spaventosa, sono uscite fuori le lauree più impensabili. Una laurea che era pensabilissima, quella in scienze infermieristiche, pur richiesta da molte università, quindi non solo dalla professione, ma addirittura all'interno di molte università richiesta con votazione unanime dei consigli di facoltà, non è stata varata.

Ora, come andiamo avanti? Ci sono 2 mesi di tempo reali.

Noi, lo ricordava Berti, in questi 2 mesi tenteremo l'impossibile come sindacato unitario; oramai parliamo da un po' di tempo la stessa lingua e ci muoviamo nella stessa direzione, che è quella di conquistare questa legge importante e fondamentale. Utilizzeremo questi 60 giorni per tentare di fare il miracolo — ormai si tratta realmente di un miracolo. Vi dico solo l'iter quale sarà, e quindi capite che in 60 giorni, compresa l'approvazione della finanziaria, comprese le vacanze natalizie, l'augurabile scioglimento... votazioni il 27 marzo, abbiamo realmente 60 giorni. Domani il comitato ristretto della commissione affari sociali dovrebbe varare il testo nuovo sulla base delle osservazioni della commissione cultura; dopo di che il relatore si è impegnato con noi ad andare in commissione cultura a spiegare come la commissione affari sociali le ha recepite, per non perdere ulteriore tempo; mancano ancora 3 pareri di 3 commissioni, dopo di che la commissione affari sociali dovrebbe deliberare il testo e inviarlo al Senato, che dovrebbe ripetere l'iter. Abbiamo una esperienza dell'inizio del 1993 con la legge che ha istituito l'ordine degli assistenti sociali, siamo riusciti al Senato a farla fare in 25-30 giorni. Quindi, i tempi tecnici sono ridotti all'osso, i tempi politici non sono garantiti per niente e quindi si tratta di un miracolo.

L'impegno continua anche per la prossima legislatura, però vediamo come si può andare avanti utilizzando gli spazi consentiti. La prima cosa è tentare di far sì che nel DL 502 ci sia il più possibile. Per esempio, il mansionario è già possibile superarlo con l'art. 6 del 502, se vengono mantenute le modifiche che il Ministro Garavaglia ha concordato sia con il sindacato che con la Federazione dei Collegi e la conferenza Stato-regioni. Prima di emanare il decreto sui nuovi ordinamenti, il decreto interministeriale sui nuovi ordinamenti didattici, il Ministro della Sanità deve varare il decreto che individua i profili professionali e le nuove attribuzioni professionali. In questo decreto ministeriale, si deve andare a definire le nuove attribuzioni, le nuove funzioni della professione infermieristica come delle altre professioni, e quella è la sede giuridica nella quale superare l'attuale mansionario.

Quindi, in poche parole: se non riusciremo a varare la legge in tempo potremo dire che il diploma universitario è sancito dall'art. 6 del 502, il mansionario è superato dallo stesso art. 6 del 502, la laurea può essere conquistata col semplice decreto ministeriale. Rimane la questione di fondo: che tutta questa nuova professione che esce fuori, con nuove competenze, con un iter formativo universitario pari alle altre professioni — basta pensare per esempio all'ingegnere, all'architetto, al veterinario, al geologo e a quanti altri hanno sia il diploma universitario che la laurea. Giuridicamente si chiamerà ancora professione sanitaria ausiliaria, e quindi potremo dire che avremo nella sostanza tutto, ma è una sostanza che può essere cancellata quando vogliamo perché, giuridicamente, non si è ancora una professione.

Ci sono 2 aggettivi, di cui uno giusto, «sanitaria»; uno improprio, addirittura inesatto e offensivo, «ausiliaria». Quindi la legge rimane fondamentale

non fosse altro per cancellare questo termine che non riflette più l'organizzazione del lavoro né l'evoluzione scientifica nel nostro Paese.

Annalisa Silvestro

Grazie. Prima di dare la parola alla signora La Valle, una piccola richiesta ancora al signor Berti. La dirigenza infermieristica, che non c'è nella 502, mentre pare che tutti i medici entrino a livello dirigenziale, anche se non svolgono assolutamente funzioni dirigenziali ..., come ad esempio il capo dei servizi sanitari ausiliari, che credo sia riconosciuto che svolge funzioni di coordinamento e dirigenziali.

Berti

Questa è una questione sulla quale stiamo tribolando parecchio nel senso che la dirigenza medica, è ripresa da due decreti: il DL 502 e il decreto 29, danno soluzioni non molto giuste a questo tipo di dirigenza, anche se la riflessione che noi facciamo è che bisognerà cominciare, soprattutto per quel che riguarda il personale medico, a non ragionare più in termini di dirigenza, perché il ragionamento che si può fare è che un primario non deve essere necessariamente un dirigente; un primario può essere un ottimo chirurgo; ma che poi — perché è a un certo livello — lo si debba per forza chiamare dirigente, è un altro discorso, questo vale per gli aiuti e vale anche per gli assistenti, per il fatto che uno sia medico non è detto che debba essere un dirigente.

Il discorso della dirigenza infermieristica è un discorso un po' più complesso che, come organizzazioni sindacali, già nella passata tornata contrattuale abbiamo affrontato, e abbiamo per certi aspetti portato in porto in una certa maniera, anche se certamente non avrà accontentato tutti. È un problema che resta sul tappeto ma che comunque va legato alla evoluzione della professione infermieristica. È chiaro che diventa difficile pensare all'inquadramento al decimo e all'undicesimo livello del capo dei servizi sanitari ausiliari o dell'operatore professionale dirigente in questa fase nella quale non riusciamo ad ottenere la laurea. E questo è un problema serio, è un problema sul quale fatichiamo ad andare avanti. È questa in sostanza la difficoltà che abbiamo davanti.

Tiziana Lavalle

Il contratto di lavoro attualmente in discussione ed è quello che è stato presentato, ha un obiettivo principale che è quello, nel limite della possibilità contrattuale, di valorizzare la professione infermieristica.

Da una parte prevede una contrattazione centrale ma lascia una discrezionalità di contrattazione locale decentrata che è fondamentale perché da una parte si avvicina di più a un contratto di diritto privato (non è solo un contratto collettivo), dall'altra parte perché riconosce le diversità che ci sono a livello nazionale. Questo potrebbe essere — a nostro parere — un vantaggio che potrebbe però essere criticato dicendo che alcuni campanilismi possono premiare in maniera discrezionale persone o fasce di professionalità anziché altre. Comunque noi lo vediamo in un modo positivo.

L'altro aspetto positivo è il fatto che sono stati individuati più livelli retributivi; livelli che non rappresentano più i livelli a cui eravamo abituati ma sono fasce con denominazioni alfa-numeriche, cioè ci sono numeri e lettere: per gli infermieri alla fascia D, per gli infermieri dirigenti alla fascia E. E l'accesso ad un livello anziché ad un altro, cioè ad una posizione della fascia anziché ad un'altra, è correlata ad alcuni parametri che sono:

— da una parte l'anzianità di servizio;
— da una parte i titoli, gli aggiornamenti, la qualità professionale che si esprime.

Questo è un aspetto piuttosto importante perché, mentre prima non c'era nessun riconoscimento dell'iter formativo, non c'era nessun riconoscimento di una cosa che potremmo chiamare «profilo di carriera», adesso si comincia ad introdurla ed è il primo passo perché venga definito proprio anche il profilo di carriera per la professione infermieristica.

Lo stesso dicasi per il livello dirigente e nella fascia E è previsto un terzo livello. Terzo livello in attesa della famosa professione infermieristica dotata di laurea con il laureato infermiere, quindi la possibilità di riconoscere un livello ulteriore rispetto a quello che attualmente si ha per coloro i quali hanno responsabilità a livello elevato. Parliamo di responsabile di USL, responsabile di servizio infermieristico, responsabile di azienda per il settore infermieristico.

Un altro aspetto importante è che viene sottolineata la necessità della valutazione della qualità, viene sottolineata la necessità di operare per progetti/obiettivo, vengono tolte le fasce di plus-orario esterne all'orario lavorativo, ma vengono inseriti i progetti obiettivo all'interno dell'orario di lavoro come anche sistema di incentivazione al miglioramento professionale delle prestazioni rese all'utenza e, secondo noi, questi sono aspetti nuovi e importanti proprio per la fascia degli infermieri professionali.

Annalisa Silvestro

Facendo una breve sintesi di quanto ci hanno prospettato i rappresentanti sindacali, chiedo alle colleghe: secondo voi — Gamberoni, Sema — con queste premesse, la nostra professione ha possibilità di andare avanti, ci fermiamo dove siamo, torniamo indietro?

Loredana Gamberoni

Penso che bisogna essere sempre ottimisti. Cioè, noi che lavoriamo in certi campi, se non fossimo ottimisti, avremmo già abbandonato il lavoro. Chi lavora in ambito infermieristico, ha una buona carica di ottimismo, presumo, innato.

Mi venivano alcune considerazioni. Dice: bisogna avere la laurea in scienze infermieristiche per avere la dirigenza. D'accordo, va bene. Gli amministrativi, perché fanno i passaggi di carriera sempre anche laddove è prevista la laurea, eppure, con l'anzianità di servizio lo fanno? Noi questa mattina abbiamo ribadito che vogliamo la laurea in scienze infermieristiche, però io credo che sia nascondersi dietro un dito, il voler dire: solo perché non avete questo requisito vi è impedito l'accesso. Perché nel ramo amministrativo che lavora con noi nella sanità — insieme al ramo medico, non ce lo dimentichiamo — fanno dei passaggi di carriera con anzianità di servizio anche per quei posti apicali in cui occorre la laurea? Non ho capito, perché questi sì e altri no.

Dal punto di vista prettamente sindacale, non professionale, perché la professione passa anche per lo stato sociale. Cioè lo stato sociale dice molto di una professione; e quindi anche avere diversi livelli e dei livelli differenziati della professione, vuol dire contare, avere un peso nell'ambito dei posti dove si prendono le decisioni. Quindi, io su questo ho parecchi dubbi sul fatto che ci si batta veramente per queste cose.

E allora mi chiedo: ci hanno dato il DU perché da tanto tempo noi premevamo. Però sembra quasi che ci vogliano dire: adesso vi abbiamo dato questo, siete in ambito universitario, accontentatevi, perché per adesso non è possibile altro.

Poi ci danno la predirigenza e dicono: accontentatevi, perché la dirigenza adesso verrà. Io ammiro molto l'Aniarti quando fa le manifestazioni del 12 maggio. Forse c'è bisogno di un'altra manifestazione, di un altro 12 maggio.

Oppure, come diceva la nostra collega all'inizio, qui i rappresentati politici non ci sono, pensiamoci bene, visto che tra un po', anche noi come cittadini andremo alle elezioni.

Licia Giuliana Sema

Io non posso che essere amareggiata. Non sorpresa, perché dalle risposte che ho sentito dalle organizzazioni sindacali, sono ormai quasi troppi anni che mi trovano in un momento di rabbia e sbigottimento. Quella prima obiezione che ha fatto la Gamberoni me la ero sottolineata anch'io: ma come, soltanto per noi ci deve essere sempre l'attesa, sempre l'attesa di un qualcosa, mentre, per il diploma universitario, non fa tanto specie individuare una possibilità di deroga, non solo fino a due anni; l'ultimo collega si diplomerà nel '98. Non ha fatto tanta specie una politica di promozione sul campo, più che

giustificata, però mi verrebbe da pensare che le maglie larghe delle organizzazioni sindacali lo siano state rispetto ad elementi di base che, comunque, non avrebbero potuto non dare.

Qui mi si consenta di introdurre un discorso che non è ancora emerso: ma come mai, di fronte alla mancanza degli infermieri, alla cosiddetta «emergenza infermieristica» non si sono cercate altre soluzioni piuttosto che promuovere, attraverso lo stipendio, la partecipazione ai corsi infermieristici.

Quindi, rispetto a questa serie di motivazioni che sono state presentate dai rappresentanti sindacali, non ricavo buoni auspici.

Certamente, mi viene ancora in mente, una letterina che i primari ospedalieri, grati, inviavano al nostro buon Ministro della Sanità, in cui si diceva: grazie Ministro che, a noi primari, inseriti in ruolo, fai il regalo di non sottoporci ai 5 anni di prova. Quindi quelli già sono consolidati.

Allora voglio dire: c'è peso e peso professionale. Aggiungo: sicuramente un pesuccio non indifferente ce l'avranno i 40 medici che siedono negli scranni parlamentari.

Ma noi che rappresentiamo il 62% del ruolo sanitario, perché non ci interroghiamo come mai quando si vanno a studiare questi super direttori che dipenderanno da questo strasuper manager, che senza il nostro coinvolgimento sul versante della spesa, non otterrà risultati non troviamo lo stesso trattamento preferenziale che altre categorie professionali trovano quando si individua il responsabile dei servizi sociali designato dalla regione. Quindi, io credo che ci sia un occhio di scarsa attenzione da parte delle organizzazioni sindacali sul versante delle problematiche, delle aspettative e perché no dei diritti del 62% degli operatori del ruolo sanitario.

Annalisa Silvestro

Una breve replica ai rappresentanti sindacali, poi apriamo il dibattito.

Saverio Proia

Sì, innanzitutto le cose non decenti avvenute, per quanto riguarda il passaggio di personale amministrativo nella dirigenza, hanno ormai una data e non succedono più da oltre 10 anni, tant'è che l'ultima normativa sull'art. 8, che è il passaggio dal nono al decimo livello ha richiesto, anche nei concorsi interni, il diploma di laurea. Sono state cose non giuste fatte in altra epoca e non più perseguite dal sindacato.

La laurea in scienze infermieristiche, la laurea per entrare nella dirigenza sanitaria non l'ha chiesta il sindacato né il sindacato la condivide. L'ha fatta il Governo di questo Paese, nonostante pareri contrari, per esempio il parere del PDS prevedeva che nella dirigenza ci rientrasse anche il personale infer-

mieristico in possesso degli attuali requisiti per entrare nella dirigenza. Al momento in cui ha scritto, come ricordava Silvestro che, per essere dirigenti, bisogna essere, nella dirigenza sanitaria, in possesso della laurea e della specializzazione, chiamando tutti gli attuali noni, decimi, undicesimi livelli tout court dirigenti. 120.000 persone, su 600.000 addetti, sono dirigenti; nessuna azienda, di nessun mondo ha un rapporto di 1 a 6. Fra l'altro non sono dirigenti, sono professionisti come voi che concorrono alla formazione dell'atto sanitario. Il dirigente in tutto il mondo, anche in Italia, è cosa differente, dall'assistente medico, dal biologo collaboratore, dal biologo coadiutore, dall'aiuto o anche dal primario, fa altre cose che non il professionista. Quindi, non la sosteniamo noi, l'ha imposto il Governo quando ha detto che, per entrare nella dirigenza, bisogna avere la laurea e la specializzazione, poi fare — prima di entrare nella dirigenza — il periodo di specializzando. Quindi, non sono cose che il sindacato ha sostenuto, sono imposizioni che il Governo ha fatto, non condivise dal sindacato.

Io ho molto piacere, come molti compagni e amici del sindacato, a partecipare ai congressi dell'ANIARTI per il fatto che esprime il livello più alto di elaborazione e di partecipazione della professione infermieristica; però io vorrei ricordare che una categoria che non sa che ha fatto passi avanti rischia di perdere. Rispetto ad altre presenze in altri convegni oggi abbiamo la maturità come normale requisito di accesso, tant'è che in tutta Italia — escluso qualche caso isolato nel nord — tutti i nuovi studenti sono in possesso della maturità e sono stati oggetto di selezione; quindi c'è stato una risposta da parte dei giovani, verso questa professione, di apprezzamento; è una professione dai giovani vista come una professione appetibile e non è solo una risposta contrattuale, perché si è fatto credere giustamente che è una professione che sarà apprezzata, non solo col diploma universitario, ma verso una sua «europeizzazione» rispetto ad altri modelli.

Cioè, incominciamo a ragionare che si va da oggi in poi in avanti; un passo in avanti è stato fatto, non basta, è insufficiente, però non stiamo indietro, si tratta di andare avanti e comunque non capire, non credere che il sindacato è una controparte, specie per la professione infermieristica. Con tutti i lati deboli, le critiche, gli appunti da fare al sindacato, mi pare che su questo versante un po' di più ci siamo spesi, cambiando pelle e orientamento. Siccome è una lunga battaglia, una lunga guerra di posizione e non di movimento, non vorrei che mentre siamo in trincea ci rinfacciamo il passato, quando pensavamo ad altre cose. Vediamo un po' il nemico e non becchiamoci fra alleati, oppure soggetti della stessa battaglia quali il sindacato e l'associazione professionale. Il problema è che il Governo, il Parlamento, ancora non ha completato il processo di riforma della professione infermieristica, non il sindacato!

Tiziana Lavalle

Volevo dire solo alcune cose: la prima riguarda quello che è il percorso

storico della professione infermieristica. Noi siamo nati come l'unica professione, all'interno degli operatori della sanità, che per un passaggio di qualifica da un livello inferiore a un livello superiore, richiedeva un titolo di studio.

Ed è stata una cosa che è stata decisa all'interno della professione. I tecnici non l'hanno mai avuto, i medici, per primo non l'hanno mai avuta. Si accede ad un livello superiore con un esame di idoneità e per concorso. Da noi il concorso è subordinato ad un titolo di studio: questo è comunque un meccanismo difficilmente eliminabile. Io, che sono un'infermiera, preferisco considerarlo una specie di fiore all'occhiello. Non è detto che gli altri che hanno questi passaggi o questi meccanismi così automatici siano poi migliori. Hanno sicuramente dei vantaggi, però io preferisco avere un percorso più difficile, un percorso più duro dal punto di vista della formazione per poter affermare le mie capacità, preferisco questo. E qui parlo non in veste sindacale, parlo in veste del tutto personale.

Ma è comunque un ostacolo ineliminabile oggi. Tanto è vero che se il medico, appena laureato, entra a lavorare in ospedale con un livello che da poco gli è stato riconosciuto come un livello a priori di dirigenza, noi entriamo — fino a che non ci sarà il nuovo contratto — «come collaboratori». È comunque una delle caratteristiche della professione infermieristica in Italia.

L'altro aspetto, che credo sia piuttosto importante, si rifà a quello che diceva la signora Silvestro all'inizio.

Se gli infermieri professionali, che sono tanti, quando si tratta di discutere del futuro della loro professione non sono presenti e non si fanno sentire, è estremamente difficile che chi lavora solo sull'istituto della delega possa, in qualche modo, portare avanti una immagine di omogeneità, di forza. Il medico, quando sciopera mezza giornata, mette in crisi l'ospedale. Il medico che ha una rivendicazione, la fa ed è compatto di fronte a tutti. Lui definisce qual è la controparte e agisce in modo da essere compatto, al di là da quelle che possono essere le contraddizioni interne ed esterne.

Chi lavora in area critica, si è reso ben conto del potere che ha avuto l'associazione dei primari dei Pronto Soccorso nel tentativo di invalidare il DPR 27 marzo '92 sull'emergenza. Il medico ha un modo di operare e ha dei vantaggi. Noi siamo legati storicamente ad un'immagine meno politicizzata, più permissiva per alcune cose, meno dura quando fa o intraprende azioni di qualsiasi tipo; comunque sia, noi abbiamo sicuramente una immagine di minore forza.

Purtroppo, sia il sindacato che le forze politiche, lavorano con quello che hanno. Non è che possono inventarsele. Questo, purtroppo, credo sia un problema di coscienza professionale. Allora, le associazioni sono importanti perché le associazioni rappresentano un gruppo di iscritti che sono professionisti. Il sindacato diventa forte quando comunque, ha un dialogo. Se il sindacato non dialoga con nessuno perché nessuno gli parla, è difficile. Allora è vero che le riunioni si fanno fuori dell'orario di servizio, è vero che possono essere tante, è vero che fare il sindacato vuol dire spendere delle ore. Vuol dire

scontrarsi per delle idee che possono non essere quelle della maggioranza, che possono non essere quelle del gruppo sindacale nel quale si opera, però è importante esserci. Perché? Perché a forza di discutere, può darsi che venga fuori una soluzione migliore. Nell'ospedale in cui lavoro, qui a Bologna, quando abbiamo fatto la riunione sindacale per la discussione della bozza di contratto, eravamo 62. Ora 62 su 1700 dipendenti, dei quali 900 sono infermieri... Voi ditemi un pochino cosa andiamo a rappresentare. E allora critichiamo il sindacato. Mi sta anche bene. Però poi quelli che vanno a discutere a Roma rappresentano i 62, gli altri dove erano?

Berti

Credo che buona parte delle risposte rispetto alle mie affermazioni di prima, le ha date Proia in maniera molto chiara.

Volevo, rispetto ad alcune cose che sono uscite, puntualizzare questioni che già la collega La Valle ha toccato. In questa fase per quel che riguarda la nostra categoria — anch'io sono un infermiere — siamo di fronte ad uno scontro di poteri, inevitabile. Quindi la necessità che noi tutti abbiamo di essere presenti là dove si può contare, là dove è possibile dar forza alle nostre idee, questo è importante.

Diceva la collega prima che c'è una certa quantità di medici in Parlamento. Tutta la fatica che il sindacato di questi anni sta facendo per portare avanti la questione dell'ufficio infermieristico che qualche regione, riesce a mettere in piedi ed in altre, gli ostacoli vengono dai politici, vengono dagli amministratori, ma gli ostacoli più grossi sono quelli sotterranei, quelli che trasformano in scontro di potere le nostre opzioni.

Questo vale anche per la questione della laurea. Ma pensate che piace a tutti che l'infermiere assuma in proprio la propria autonomia, abbia una propria dirigenza, abbia un proprio filone nel quale poter contare, che gestisce la situazione infermieristica, il servizio infermieristico? Non piace a molti! Perché, per essere estremamente chiari, oggi gli infermieri sono gestiti da altri, e chi li gestisce adesso, non è disponibile a mollare! Questa è la verità, alla fine, ed è lo scontro che tiene il Paese per altri aspetti, ma che c'è anche all'interno della sanità. E quindi, queste sono cose che indubbiamente vanno evidenziate.

Poi, in passato, è vero, abbiamo avuto la questione della scarsità di studenti infermieri. Come sindacato, si è affrontato il problema nella maniera più pratica possibile. In moltissime regioni si è andati a costruire assegni di studio per invogliare questa professione. Non è stata probabilmente la soluzione migliore. Ma le stesse soluzioni contrattuali hanno, per certi aspetti, indirizzato questa problematica su miglioramenti notevoli.

Certamente è difficile, bisogna che siamo uniti, questa è una categoria che, se si disperde, certamente non riuscirà a portare avanti gli obiettivi che si è posta.

Annalisa Silvestro

Credo che ci sia qualche spunto per fare degli interventi e per esprimere il proprio assenso, dissenso, o comunque il proprio parere. Per cui, i microfoni sono in sala, come sempre, come sempre chi intende intervenire, per favore, nome e cognome e località di provenienza. Grazie.

DIBATTITO

D.: BALLANDI (Tigullio) - Questo argomento mi appassiona molto, sarà perché ho 43 anni, ho una famiglia da mantenere e quindi non riesco mai a disgiungere quello che può essere la professionalità da quello che può essere quello che alla fine del mese mi permette di dare un giusto alla mia famiglia.

Abbiamo appurato, o almeno Proia ci ha detto, che tutta la rivendicazione è la centralità della legge sulla riforma della professione infermieristica. Io vorrei entrare nel merito della bozza del contratto. Vorrei dire anche un'altra cosa: l'Aniarti, che è un'associazione seria, secondo me la più seria tra quelle degli infermieri, dovrebbe anche individuare quelli che sono i nemici, i veri nemici, non avere il sindacato come controparte, perché non mi sembra la cosa più produttiva.

Nella bozza di contratto, la laurea infermieristica viene posta al di sotto della laurea sanitaria, non so come la vogliamo chiamare. Secondo me ci deve essere un aggancio tra queste due lauree, e cioè la laurea infermieristica deve essere allo stesso livello della laurea sanitaria, perché sono tutti e due laureati; non c'è una laurea di serie A e una laurea di serie B, se dobbiamo prendere questa laurea, se qualcuno prenderà questa laurea.

In questo contratto ci sono anche strumenti come i corsi di istruzione obbligatoria che devono essere istituiti dalle USL e quindi permetterebbero delle progressioni serie e non promozioni sul campo come si può pensare.

Sarebbe importante, secondo me, arrivare alla scadenza di questo contratto che dobbiamo ancora rinnovare, già inquadrati come liberi professionisti, come autonomi, indipendentemente da quello che ci può portare in tasca, per poter discutere il prossimo contratto in posizione diversa; essere un soggetto diverso al tavolo e non essere più un oggetto come siamo stati finora. Grazie.

ANNALISA SILVESTRO

Intendo precisare una cosa, forse ne vale la pena. I rappresentanti sindacali sono qui, non perché sono la nostra controparte, ma perché esprimano

ma perché esprimano il loro parere e ci rispondano sulle sollecitazioni che noi facciamo. Sono qui per sentire quello che noi abbiamo da dire e valutare insieme se, quanto viene fatto anche a livello sindacale, visto che mancano i rappresentanti politici, può aiutare la professione infermieristica a progredire o la costringe a stare al palo. Questo è il punto problematico che vorremmo discutere oggi. Grazie.

D.: Minoccheri (Bologna) - Io volevo fare alcune domande ai 3 rappresentanti sindacali.

La prima riflessione riguarda un obiettivo che la bozza contrattuale richiama e cioè quello del tentativo di superare l'ordinamento, cioè il 761, quella legge che ingabbiava le figure professionali: l'infermiere entrava al sesto e moriva al sesto. Ora, mi pare che la bozza contrattuale, sì tenta di dare questa risposta, però mi pare che faccia un passo alla volta. Io chiedo alle delegazioni sindacali: non è possibile trovare una soluzione, pur rimanendo nelle compatibilità economiche, in modo tale che il percorso professionale degli infermieri, e quindi delle altre figure professionali — caposala, ecc. — possa arrivare economicamente al livello che gli sta gerarchicamente superiore? In altre parole non si capisce bene perché l'infermiere bravo non debba arrivare a un caposala a livello iniziale; non si capisce bene perché un caposala bravo non debba andare più avanti.

L'altra riflessione che si deve fare è sul servizio infermieristico. Ora, nella bozza contrattuale, c'è scritto che ai responsabili del servizio infermieristico viene riconosciuto una dirigenza XY. A parte che ci si dimentica dei direttori di scuola che hanno, secondo me, dignità quanto e come i responsabili del servizio infermieristico, visto che ci sono scuole di 250, 300, 400 allievi, mi chiedo: come è possibile scrivere in una bozza contrattuale che si riconosce una dirigenza a chi è responsabile del servizio infermieristico, quando questo non è normato da niente? Quando non esiste nessuna legge che giuridicamente dice che c'è il servizio infermieristico? Quindi, in sostanza, io credo che si dicono delle cose, ma che sono, oggi, legislativamente parlando, inapplicabili, perché non è istituito il servizio infermieristico. Quindi, il contratto dice che si può fare, ma in realtà non si può fare.

L'altro ragionamento che volevo fare riguarda la dirigenza. Cosa ne pensano le delegazioni sindacali del fatto che tutti i medici sono diventati primari, o comunque aiuti, o aiuti bis... ma è mai possibile che non ci sia un medico stupido che rimanga assistente? E se non c'è io ne ho un elenco fornito. Quindi, anche su questo occorre anche ragionare in termini chiari e precisi. Visto che ragioniamo in termini di compatibilità economica, io non capisco perché ci dobbiamo far rubare i nostri soldi da un'altra categoria.

L'ultima riflessione che volevo fare riguarda la libera professione. Noi abbiamo preparato i medici nel pubblico, li abbiamo fatti studiare, hanno usato i nostri malati, i nostri soldi, i soldi dei contribuenti, e poi vanno a operare in casa di cura privata! Ma che bella gioia è questa! Io mi chiedo:

ma quando noi diventeremo azienda, ma chi è quell'azienda — pensiamo alla FIAT — che al proprio ingegnere dice: guarda bene, Agnelli, io prendo il tuo spazio, il tuo tempo, i tuoi meccanici, i tuoi tecnici e costruisco la Toyota! Ma secondo voi Agnelli è contento? Quindi, la riflessione è questa: la libera professione si deve fare nel pubblico, dentro, non andare fuori a rubare ulteriori soldi agli utenti.

D.: MORINI (Firenze) - Volevo chiedere una cosa ai sindacalisti. Ho sentito parlare, mi sembra dal collega della UIL, di contratto privato, di diritto privato; è una cosa della quale se ne parla da un po' di tempo, però, francamente, ho delle grosse perplessità, dei grossi dubbi su questa dicitura, perché non riesco a capire dove ci può portare. Il nostro contratto, rispetto a quello del privato, è fatto in buona parte di indennità e accessori vari non pensionabili. Il privato ha uno stipendio, più o meno decoroso, però quello che guadagna è quello che al momento della pensione verrà calcolato.

Il nostro contratto è fatto di una buonissima parte di indennità, cosa che ora stanno decurtando enormemente. Se si pensa al rischio radiologico per esempio, sono 200.000 lire mensili che con il prossimo contratto spariranno.

Se si va in questa ottica il nostro stipendio non andrà avanti, perché la proposta del rinnovo contrattuale mi sembra sia intorno alle 20.000 lire lorde. Più o meno questa è la cifra, prendere o lasciare. Noi abbiamo già perso un paio di contratti a forza di farli slittare, quindi volevo sapere qual è l'ottica precisa del sindacato. Grazie.

D.: ADRIANA DALPONTE - Mi occupo di formazione permanente a Trento. Volevo fare due riflessioni. Una in particolare sul problema della rappresentatività degli infermieri all'interno del sindacato. Io mi riconosco nel sindacato, mi son sempre sentita attivista all'interno di questo, però vorrei rovesciare il problema un pochino a voi. In quanto, quando vedete, e ormai sono anni, che il modello che proponete non dà risposta agli infermieri, forse c'è qualcosa che non funziona da un punto di vista di proposta del sindacato. Voglio dire: 1.100 infermieri al convegno dell'Aniarti ci sono, 5.000 infermieri al convegno della Federazione Nazionale Collegi ci sono, alla riunione sindacale non ci sono! Allora, c'è qualcosa che non funziona come modello che proponete.

Gli infermieri fanno fatica a riconoscersi rispetto a quella che è la politica e la strategia che portate avanti. Non voglio rivangare sanatorie, ma pare possiamo dire che tutt'al più avete subìto le proposte culturali fatte dalla professione. Non abbiamo visto attivarvi per portare avanti una proposta culturale strategica, perché avete sempre visto che il dibattito intorno all'azienda è cultura nella strategia di far diventare trasparenti e visibili i risultati ottenuti in sanità, e l'infermiere — di solito — lavora ma tace e non sa vendere la sua capacità, le sue abilità.

L'altro punto. Andiamo verso la dirigenza medica e sappiamo tutti che questo metterà in ginocchio il caposala nei nostri reparti perché, andando

a vedere la dirigenza medica gli si dà la responsabilità su tutte le strategie di pianificazione delle risorse e la gestione dei tempi e dei metodi di lavoro.

E ancora parliamo della laurea per i quadri apicali dirigenziali. Se vorremo essere un'équipe che lavora in maniera congiunta, a discutere sulla collocazione delle risorse, occorre che il caposala almeno sia a livello dirigenziale dell'assistente o dell'aiuto. Perché altrimenti non avrà modo di esprimere neanche quali sono i bisogni della professione infermieristica.

Allora, una riflessione. Credo che bisogna cambiar modello, perché se voi continuate a compararci ai medici, noi vi diciamo che i medici non si sono riconosciuti nei sindacati ufficiali e si sono divisi. Noi siamo il 60% degli operatori sanitari e quante tentazioni mi vengono nel dire: forse un sindacato autonomo, tutto nostro, fa attivare interesse della professione. Allora, io so anche quali sono gli svantaggi. Però, quante volte fanno più rumore 4 tecnici che han comprato la legge negli anni '60, perché sappiamo che basta tirar fuori bei bigliettoni di milioni al relatore della commissione parlamentare o del Senato e le legge passa, perché dietro c'era la tecnologia, c'era l'industria che dava i dollari. Han comprato una legge, sono passati in quattro e quattro otto e adesso ci dicono: veramente indignitoso confrontarsi con gli infermieri in termini di stipendio. Eppure questi fanno rumore e si sa che tutti gli infermieri, che in termini di tessere sono forti all'interno del vostro sindacato, finanziano le vostre casse e non trovano riscontro.

L'altro punto, a mio parere, di riflessione nell'organizzazione sindacale è il problema culturale sindacale. Io non credo che possiamo andare avanti con rappresentanti sindacali che si improvvisano, perché oggi essere forti in chiave negoziale con i nostri dirigenti vuol dire saper fare negoziazione, vuol dire saper portare i dati, quantitativi e qualitativi di produzione, e oggi è povero il quadro sindacale che ci rappresenta in termini culturali. Allora, cominciamo a far ricerche, a portar dati. In Trentino, ho cominciato a raccogliere dei dati ed è emerso che nell'ultimo decennio abbiamo avuto un incremento del 30% della classe medica e una diminuzione su 1.200 infermieri di 10 unità in 10 anni. Ebbene, signori, le guardie mediche sono rimaste invariate in 10 anni, anzi si è assottigliata la presenza complessiva del medico, che va dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 13.00 in poi è solo su chiamata. Allora gli infermieri, di fatto, assistono i pazienti ricoverati nelle nostre corsie dalle 13,00 alle 9.00 del mattino. Dobbiamo portare dati di produttività, perché solo questo è il linguaggio oggi: è la quantità e l'economicità. Grazie.

ANNALISA SILVESTRO - Cominciamo a dare qualche risposta.

R.: SAVERIO PROIA - Sono pienamente d'accordo con quello che ha detto Minoccheri e sarà anche un impegno perché la piattaforma, dopodomani nella sintesi nazionale, venga modificata nei punti che diceva, meno che sul punto della dirigenza. Una volta che il sindacato risponde giustamente a una esigenza vostra, diventa una critica. A parte il fatto che Bologna non è il centro

del mondo, nel senso che la regione Toscana prevede il servizio infermieristico, siedono all'ufficio di direzione indegnamente pagati, capi servizio infermieristici. La piattaforma tenta di dare una risposta, inadeguata sulla base della normativa vigente. Comunque è un pungolo a regioni all'avanguardia come quella dove stiamo, o a regioni a retroguardia come l'Abruzzo. Quindi bisogna vedere il mondo nel frattempo come cambia, perché venga costituito il servizio infermieristico. Non vorremo che in questa vigenza di contratto che non sa poi quanto dura, se si fanno i servizi infermieristici o tecnici o riabilitativi, intanto c'è una inadeguata risposta ma c'è una risposta al trattamento economico da dare a queste figure, e anche un incentivo perché la legge venga fatta.

Su quanto ha detto Dalponte, noi siamo pienamente d'accordo. È un motivo di riflessione del sindacato. Non a caso si sta parlando di rifondazione di rapporto differente del sindacato con i suoi iscritti. Stiamo parlando pure di disdetta delle tessere per vedere realmente chi rappresentiamo e come lo vogliamo rappresentare in forma differente, quindi sono pienamente d'accordo. Il sindacato, si può criticare, anzi si deve criticare, ma io dicevo: riconoscere lo sforzo, la diversità rispetto al sindacato ospedaliero che io ho conosciuto quando ho incominciato a seguire la sanità. Mi pare che da quella a questo abbiamo cambiato, non abbiamo subìto la vostra idea della sanità. Ci è tanto piaciuta che la condividiamo appieno e l'abbiamo anche elaborata in forma differente, perché poi, per esempio, su come si fa la formazione a livello universitario, mi pare che c'è stata un po' di polemica fra noi e voi su come intendevamo attivare i corsi di diploma universitario o la formazione, o come intendiamo la laurea e via cantando. Siamo stati affascinati dall'idea di emancipazione, di valorizzazione della professione infermieristica; poi abbiamo anche la nostra visione del mondo, anche gli infermieri dirigenti della CGIL hanno una visione del mondo differente. La cosa che ci è piaciuta è che non l'abbiamo subíta, lo ripeto fino alla noia. Questa idea di rendere finalmente appieno, dare il giusto ruolo alla professione infermieristica, non perché è il 62% della categoria che di per sé è un fatto importante, ma proprio il fatto che si cambia. È importante nel modo differente di intendere la sanità, di far funzionare differentemente l'azienda sanità, dare a voi un ruolo differente, una autonomia differente, una gestione anche delle parti di competenza vostra che sono tante rispetto a quella dell'area medica, quindi è una cosa che ci ha entusiasmato per la novità riformatrice che ha in sé, oltre il fatto che si passava da una condizione (diceva il TG1 qualche giorno fa) di «operaio della sanità» a «professionista della sanità». Questa emancipazione di una professione, che non aveva un titolo, che non era neanche riconosciuto valido per l'accesso all'università, adesso, il primo titolo rilasciato alla professione infermieristica è il primo titolo rilasciato dalla legislazione universitaria vigente, il diploma universitario. Altre professioni hanno, come primo titolo di studio, il diploma universitario di primo livello.

Manca la laurea. Criticavamo l'allocazione nella facoltà di medicina, voi

non siete il diploma universitario del medico, e quindi c'è da completare l'iter con la laurea vera e propria, che non può essere ovviamente quella in medicina e chirurgia.

L'ultima cosa a Dalponte. Quando il sindacato parla di contratto, ha 62 dipendenti che l'ascoltano; quando parla di professione, i convegni del sindacato riescono come quelli dell'Aniarti. Mi pare che anche a Trento c'era un centinaio di persone, come in altri convegni fatti da CGIL, CISL e UIL, quando parliamo di professione, evidentemente non si crede più al contratto forse in questa fase storica, non ci si crede neanche che si possa fare un rinnovo contrattuale.

ANNALISA SILVESTRO - La signora Gamberoni voleva chiedere una cosa a Proia.

D.: LOREDANA GAMBERONI - Aveva detto che l'art. 6 della 502 può sostituire il mansionario. Volevamo lumi su questo aspetto che ci interessa.

R.: SAVERIO PROIA - La modifica già introdotta dal Consiglio dei Ministri, quindi si spera che venga confermata, dice che — prima di fare i decreti interministeriali che fissano i nuovi ordinamenti didattici — il Ministro della Sanità determina, i profili professionali e le relative attribuzioni professionali; cioè si fa un decreto sui profili professionali, sulle attribuzioni di queste professioni, e quindi si può, in quella sede, rivedere il mansionario.

Ovviamente bisognerà scrivere: il decreto tal dei tali sostituisce il decreto tal dei tali, perché se non ci scriviamo questo, avremo un connubio strano.

Il Ministro, prendendo tanti applausi, al congresso di Fiuggi della vostra Federazione, aveva detto addirittura che aspettava il manoscritto della Federazione Collegi per tradurlo in decreto ministeriale. Questa mattina mi pare di aver sentito che qualcuno accusava il ministro che, il decreto sui profili professionali, quindi anche il vostro, lo sta facendo coi funzionari delle regioni e con i suoi funzionari, quindi è fatta da medici amministrativi. Ora si tratta di impedire un nuovo aborto, indipendentemente da come la pensiate sulla 194, e imporre un decreto sui profili professionali fatto questa volta dalla professione.

Per quanto è competenza nostra, siccome abbiamo firmato due settimane fa, un patto con il Ministro, copiando il patto con Trentin, D'Antoni e Larizza. Tra le richieste che faremo, quella di discutere insieme su questo decreto sui profili professionali.

Ovviamente, quando discuteremo questo decreto sui profili professionali il contributo lo chiediamo a voi e qui veramente subiamo la vostra idea, perché noi abbiamo una visione di quale è l'ambito della autonomia della professione infermieristica, però lo vorremmo scrivere insieme a voi, quindi ci siamo già impegnati il 28 settembre, come CGIL, CISL e UIL, a vederci tutti insieme, Federazione dei Collegi e associazioni professionali, su tutto l'iter,

non solo della legge, ma anche sul 502. Quindi, appena sarà conquistato, ci vedremo insieme. Ovviamente insieme significa vedersi con Drigo, con suor D'Avella, con la presidente dell'associazione ASV, e fare insieme una proposta. L'idea mia è che sia 4, 5 righe, non altro, come ha la professione medica, come ha la professione di architetto, come ha la professione di ingegnere, di avvocato, non l'elenco degli atti esecutivi che una professione dovrebbe fare... Poi, gli esperti siete voi, quindi starà a voi scriverlo, noi la sosterremo nel vero senso della parola.

R.: TIZIANA LAVALLE - Volevo dare una risposta alla domanda diretta e dire qualcosa alla signora Dalponte.

Rispetto alla signora che chiedeva sul diritto privato: questo è un inizio perché le contrattazioni private delle aziende prevedono delle linee generali che vengono fissate tra le parti che chiedono e le parti che pagano e, d'altra parte, vi sono delle contrattazioni decentrate a livello di USL su una certa disponibilità economica che caratterizza quella particolare azienda. Per cui, il datore di lavoro si mette a contrattare con i suoi dipendenti o i rappresentanti su una certa quota dello stipendio che viene lasciata libera all'azienda.

Noi non ci arriviamo ancora perché siamo legati a un sistema che non è sicuramente quello privato (un positivo o negativo giudizio di ognuno di voi è un fatto personale). Se ci si avvicina a riconoscere che l'Italia è fatta di tante realtà, ma che — all'interno di ogni realtà — ci possono essere delle differenze di qualche tipo e che queste differenze solamente le amministrazioni locali, solamente le parti locali le conoscono, è già un dato di fatto.

Il che vuol dire: non è che a Roma decidono che cosa si fa su tutto il territorio nazionale e va bene così per tutti. Vuol dire riconoscere una peculiarità dei vari servizi, delle varie strutture, delle varie regioni.

L'altro aspetto è: il sindacato si è mosso per riconoscere la dirigenza dei direttori di scuola che erano stati dimenticati nella formulazione della bozza esattamente come si sono mossi i collegi, esattamente come si sono mossi le federazioni e le associazioni, così come erano stati dimenticati gli assistenti sanitari nella primissima stesura. Anche lì, il sindacato si è mosso perché, fino a quando la professione infermieristica prevede delle «differenziazioni di qualifica» se non di stipendio, comunque devono essere previste tutte.

Il discorso delle indennità pensionabili o meno: un conto è chi ha un sistema pensionistico regolamentato dall'INPS che prevede «tanto stipendio = tanta pensione» e un discorso è chi ha un collegamento con l'Ente pubblico, come noi tuttora abbiamo, per cui, stipendio pensionabile è una parte, il resto è un «bonus» per coprire quella che potrebbe essere la svalutazione.

Purtroppo, la contrattazione sindacale viene fatta sempre — guardate caso — in momenti di crisi economica, in momenti in cui i soldi diminuiscono paurosamente, in momenti in cui la lira va già, e quello che si riesce ad ottenere non è mai ciò che il professionista, per quanto riguarda gli infermieri, merita. L'impegno è quello di riuscire invece a dare al professionista non solo

il riconoscimento professionale, l'iter scolastico che deve avere, ma anche il riconoscimento economico. Noi non possiamo continuare a vedere i nostri stipendi non corrispondenti alla qualità di prestazioni che eroghiamo, alla qualità di servizio che si eroga alla cittadinanza.

Questo è un momento tristissimo per parlare di contratto, perché gli ultimi avvenimenti li conoscete e perché, comunque, la crisi economica prevede una decurtazione di una certa quota del finanziamento sanitario a carico dello Stato che vorrà dire, comunque, che gli enti ospedalieri, le regioni, gli enti territoriali, per la loro parte di competenza, dovranno trovare dei finanziamenti. L'impegno è quello di cercare — all'interno di ogni azienda — di creare la situazione migliore affinché non venga penalizzato il cittadino, che è comunque l'obiettivo che ci si pone, in vista dell'eccessiva privatizzazione, dei tagli economici e delle spese che il cittadino già deve sostenere e della diminuzione di servizi che si prevedono nel futuro.

Rispetto al discorso della cultura. È pur vero che, fino a non molto tempo fa, chi faceva sindacato era legato solo ed esclusivamente a ideologie politiche, al partito. Da qualche anno, 4 anni a questa parte, chi fa sindacato non ha l'obbligo di avere un'idea politica precisa che si identifica con un'immagine, uno status particolare, per cui uno può fare il sindacato con l'idea politica che vuole (e già questo è un grosso vantaggio). Secondariamente, chi faceva politica, come professionista, si staccava dalla realtà lavorativa, per cui non aveva più quel collegamento, non era più a conoscenza con quelli che erano i problemi reali. Senza dimenticare che il sindacato rappresenta un'intera serie di professioni, di categorie operative, dalla più piccola, dal punto di vista del livello come siamo abituati, alla più alta, quindi doveva rappresentare gli interessi di tutti. Non è così semplice rappresentare gli interessi di tutti e portare avanti tutti allo stesso modo. Il sindacato sta proponendo un modello diverso, nel senso che sta costruendo — almeno per quanto riguarda noi — dei gruppi di lavoro. Gruppi di lavoro divisi per professioni, dove le persone accedono, anche non iscritte al sindacato, se vogliono dare il loro contributo di tipo culturale e personale. Presentano proposte, esaminano documenti, lavorano per produrre il meglio possibile, anche se è poco perché, non siamo tantissimi e non è che questo sia così poco impegnativo.

Come gruppo di Bologna, spingiamo perché venga riconosciuta la dirigenza delle caposala. Ci sono dei progetti all'interno degli ospedali per i quali le caposala diventano prima-dirigenza, con un tentativo — anche se non è un servizio infermieristico — di organizzazione che preveda, ad esempio, delle attività di coordinamento delle caposala al di fuori dell'area della degenza.

Voi capite che non è facile. Ed è proprio per questo che c'è la necessità del supporto di tipo scientifico e operativo di tutti. Noi siamo ancora in una fase di prova: è un anno che lavoriamo su questa cosa e non è tantissimo, e quindi, se qualcuno ha delle idee, ben vengano, anzi! Un grosso supporto ci aspettiamo dalle organizzazioni professionali.

R.: BERTI - Rispetto alle questioni che riguardano il contratto. Di questi tempi la fatica più grande che stiamo facendo è quella di impedire al Governo di risolvere con la finanziaria problemi che sono di stretta attinenza contrattuale.

Uno dei contrasti che ci costringono al tavolo della trattativa, in questo periodo, è proprio questo. Qualcuno, questa mattina, citava il rischio radiologico; il rischio radiologico è una di queste questioni che noi riteniamo debba essere risolta all'interno della contrattazione collettiva. Quindi stiamo in una situazione tale per cui la crisi economica porta le controparti a risolvere una serie di problemi. Pensate solo, ad esempio, al taglio del 30% della incentivazione della produttività fatta dalla finanziaria. Per tutti noi, soprattutto per i medici, ma anche per il resto del personale, significa 30% in meno della incentivazione della produttività. Quindi, la fatica che stiamo facendo sul piano contrattuale è proprio questa: le cose non sono così semplici da risolvere.

Certamente, sono d'accordo con voi, un'altra battaglia che probabilmente perderemo è quella che riguarda tutto il discorso della dirigenza medica, ma anche quello della libera professione extramedica. È una vergogna, non è possibile.

Stanno sorgendo, voi me lo insegnate, vicino agli ospedali, gli ambulatori dei medici ospedalieri. Non è una cosa tollerabile in un paese civile. Senza contare poi, tutti lo sappiamo, che l'ambulatorio pubblico, la divisione ospedaliera e così via, diventano un momento e uno strumento per alimentare l'ambulatorio privato. Tutti lo sappiamo. Lo sa anche chi ha concesso questa cosa.

Quindi, le cose sono dure da conquistare. Per questo noi abbiamo la necessità di avere sostegno. È vero che probabilmente in passato anche noi infermieri non abbiamo supportato a sufficienza questo tipo di logica. Le cose stanno cambiando anche perché molti infermieri si stanno impegnando, in prima linea, anche nel sindacato. Al di là poi che i convegni si riempiono e le riunioni sindacali sono meno piene.

Vengo da un convegno — ieri a Verona — molto interessante sul problema della turnistica infermieristica, della salute legata ai turni. Quindi l'invito è di essere molto più presenti rispetto a queste questioni che ci riguardano molto da vicino. Il delegare sempre e comunque non è buona cosa.

Il servizio infermieristico: noi lo riteniamo — e nella piattaforma lo scriviamo — lo strumento che ci consente, comunque, di aprire le porte verso la soluzione di una serie di problemi. È la prima volta che in una piattaforma appare una richiesta di istituzione del servizio infermieristico. Questo mi pare un notevole passo avanti.

Io sono convinto che, attraverso questa porta, passeranno una serie di altre soluzioni anche se, io sono convinto, l'autonomia della nostra professione si conquista giorno per giorno. Potremmo avere, probabilmente, delle migliori leggi in questo Stato che ci dà l'autonomia professionale, ma se non siamo convinti tutti noi, se non ce la conquistiamo di giorno in giorno l'attenzione, nessuno ce la regala!

D.: Mi dispiace che il mio intervento segua, così a distanza di tempo, l'ultimo intervento della platea, perché ad esso era collegato così come è collegata una tesi a un'antitesi. Proprio per questo più che rivolgermi alla presidenza, io mi rivolgo alla platea e anche fisicamente, scusatemi, vi volgo le spalle.

La collega, precedentemente, ha detto due cose che mi hanno turbato.

La prima è che ha accusato il sindacato di non produrre modelli o non produrre riferimenti culturali per noi. Io sono contento di ciò. Io penso che i modelli e i riferimenti culturali dobbiamo produrli noi, non qualcun altro.

Noi nelle nostre associazioni; associazioni in cui noi dovremmo essere maggiormente presenti, sia come numero, sia come produzione culturale. I sindacati, io vorrei, che ci fossero al fianco, per sostenerci, per amplificare, per supportare la nostra produzione culturale.

La seconda cosa, che invece mi ha fatto venire un brivido, è stata un accenno al sindacalismo autonomo. Per un motivo molto semplice: siamo già in presenza, nella sanità, di un attacco allo Stato sociale. Il sindacato triconfederale, finora, con tutti i limiti, con tutte le pecche, con tutte le magagne, ha presentato una caratteristica di solidarietà tra occupati, disoccupati, pensionati, occupati nel pubblico, occupati nel privato. Valore che io sento mio, soprattutto come infermiere. Infermiere che ha una visione dell'uomo particolare, ha uno specifico infermieristico nella visione dell'uomo. Specifico infermieristico che io invito tutti i colleghi a portare nel sociale, quindi a impegnarsi anche nei sindacati.

Non solo nei sindacati (dove, post-scriptum, se ci fossimo impegnati maggiormente, forse avremmo ottenuto qualcosa di diverso), ma nel sociale a tutti i livelli: quindi anche nel politico, quindi anche nel partitico. Se molti di noi si fossero impegnati nel passato, se molti di noi si fossero presentati, eventualmente, nei vari partiti alle scorse elezioni, se molti di noi fossero stati eletti al Parlamento, forse saremmo in più dei medici, forse le cose sarebbero andate in un'altra maniera. Grazie.

ANNALISA SILVESTRO - Grazie al collega. Ranieri Zuttion ci riferirà i risultati dei lavori di gruppo effettuati nella sala Italia. Poi riprendiamo il dibattito.

Ranieri Zuttion

Sarà una esposizione molto breve, sintetica e schematica, senz'altro non esauriente di tutto quello che è emerso dai lavori, la domanda è la seguente: «L'attuale operatività dell'infermiere professionale può essere base per l'evoluzione della professione?»

Abbiamo risposto come dicevo in modo sintetico ed esporrò una scaletta comunque logica e sequenziale.

Certo l'attuale professionalità dell'infermiere può essere base per l'evoluzione ad alcune condizioni: se si riuscirà ad elaborare un modello concettuale di riferimento radicato nella nostra cultura e nella nostra storia dove ci

sia un equilibrio della professionalità tra compiti e specializzazioni e gestione. Ecco, questo forse, era anche evocato nella relazione di Drigo.

Poi, se si investirà in formazione e riqualificazione dei futuri ed attuali infermieri nel contesto del quadro di riferimento concettuale elaborato. E qui c'è una preoccupazione rispetto all'andata in università forse senza avere le idee molto chiare, ma forse discuteremo domani su questo.

Ancora: se ci si muoverà nel senso di stimolare le modifiche legislative che riconoscano agli infermieri l'autonomia nell'ambito specifico della professione; quel momento, tradotto può essere l'abolizione del mansionario ad esempio o altre cose che poi si possano vedere.

Infine, tutto questo potrà essere realistico se si svilupperanno strumenti di integrazione organizzativa orientati ai risultati e nello specifico — anche da quello che è emerso nella sessione di questa mattina — il sistema di valutazione della qualità dell'assistenza (VRQ) e la ricerca infermieristica come elementi in grado di dare credito e validità scientifica alla professione. Ho terminato.

ANNALISA SILVESTRO - Grazie! Mi sembra che siano emersi dei concetti molto importanti.

Riprenderemo il dibattito se ci sono ancora domande e interventi rispetto alla presenza dei sindacalisti, altrimenti, comunque, se ci sono osservazioni e cose da mettere in discussione tra tutti.

D.: MORINI (Verona) - Si parla, come professionisti, ed è alla base di tutto questo XII congresso nazionale, come la professione sta evolvendo e quali risultati deve portare oggi al cambiamento anche del Sistema Sanitario Nazionale.

Ma, si è tenuto presente del fatto che questa legge finanziaria che è già attuata prevede che su dieci ausiliari sociosanitari, specializzati o meno che vanno in pensione, ne viene assunto solo uno? Allora, l'infermiere generico è sparito, sparirà anche l'ausiliario sociosanitario, al di sotto dell'infermiere professionale, chi ci sarà? E se non ci sarà più nessuno o si creerà questo vuoto, che si sta già creando, dove dovrà scendere la professione infermieristica e l'infermiere professionale per colmare i vuoti che si stanno creando intorno? E non saremo tutti dirigenti, non saremo tutti laureati. E allora? Si scenderà ulteriormente, ci costringeranno ad assumere responsabilità che dovrebbero essere costruite o costituite da un'altra figura professionale, accanto all'infermiere professionale?

La mia domanda è questa: il sindacato si è reso conto che realmente c'è l'infermiere professionale e il vuoto attorno?

D.: MARISA PRAGA (Verona) - Mi rifaccio a quello che ha detto la collega di Verona. Io sono una infermiera professionale diplomata tredici anni fa, ho solo i due anni di scuola media superiore, vorrei sapere, in poche parole, che destino mi aspetta, quale sarà la mia fine. Grazie!

D.: LUIGINA PATTARO - Sono un operatore professionale dirigente, di Ferrara. Da quello che è uscito oggi pomeriggio, una riflessione: mi sembra che a tutti i livelli, sia a livello sindacale, sia a livello politico, gli interventi che abbiamo vissuto dal punto di vista sociale fino ad oggi, sono mirati a trovare o a farci ritornare alle nostre matrici.

La matrice vocazionale da una parte; ecco che allora, vi abbiamo dato il contentino, aspettate. La matrice tecnica: ecco che nei nostri contratti abbiamo il tecnicismo che viene pagato.

Abbiamo l'altro aspetto, sempre della nostra matrice, che l'infermiere è comunque votato al fare e quindi ad aspettare. Io penso che, se come professionisti, visto che noi vorremmo configurarci come professionisti, dovremmo avere chiarezza di queste nostre matrici e avere anche la capacità di non farci ricacciare in queste matrici e di trovare il modo e la strategia per ribaltarle e per fare in modo che noi siamo capaci di utilizzare tutto per il nostro futuro, anche perché vorremmo, per lo meno, avere un rapporto con il nostro assistito, il nostro cliente, che è un rapporto tra pari, è un rapporto che come ci configura dal punto di vista professionale, è una professione di aiuto. Ed è in questa area, io penso, che noi dovremo trovare lo spazio per poter trovare e definire qual è il nostro futuro.

ANNALISA SILVESTRO - Grazie. Per quanto riguarda Pattaro, mi pare che era più una considerazione generale.

Per quanto riguarda le domande delle due prime colleghe, forse io e Gamberoni possiamo provare a dare qualche risposta. Mi sembra più un problema di tipo professionale che sindacale.

Gli infermieri dovranno ancora scendere, ma perché? Io non riesco a capire questa cosa. Perché dovremmo scendere? Noi siamo degli infermieri professionali, che devono fare le prestazioni assistenziali: speriamo che ce le facciano fare in un ambiente igienicamente a posto. Ma non è una responsabilità nostra. Sarà la responsabilità di chi ci farà lavorare in queste condizioni. Lo evidenzieremo ai cittadini. È ora di finirla di pensare che, se gli ambienti sono sporchi, se mancano gli ausiliari, se i tecnici non arrivano, se i portantini non ci sono, dobbiamo sopperire a tutte le carenze organizzative. Noi non possiamo continuare a compensare le carenze organizzative.

Per cui — mi rendo conto che può sembrare provocatorio — ma davvero non è un problema nostro. Noi dovremmo fare gli infermieri professionali: cioè capire che cosa ci viene richiesto dal cittadino e come riuscire a compensare e soddisfare i suoi bisogni.

Per quanto riguarda: «Che fine farò?» ... Continuerai a fare l'infermiere professionale, speriamo con qualità come hai fatto fino ad adesso. Il tuo diploma di infermiera professionale sarà equivalente al diploma universitario da un punto di vista giuridico ed economico; è probabile che ci sia, o che ci potrà essere, un certo ghetto, un certo distacco culturale — potrebbe darsi — tra la formazione fatta finora e la formazione che verrà fatta in futuro.

Ma noi speriamo, contiamo, sulla formazione permanente, sulla possibilità di fare aggiornamenti, addestramenti e ulteriori «stages» formativi. Ed inoltre vorrei sottolineare che, se ci sentiamo dei professionisti, al di là della formazione che stiamo avendo adesso, un professionista cura molto la manutenzione della sua professionalità anche singolarmente. Quindi si tratta di mantenerci adeguati culturalmente e professionalmente con l'evoluzione dei tempi sociali e professionali.

Per cui non la vedrei in maniera drammatica: in ogni momento di cambiamento ci sono queste difficoltà, che però, presene atto, vanno superate, sia sollecitando la formazione permanente, ma soprattutto facendo autoformazione.

Chiederei però alla collega Gamberoni un supporto o una critica, a questa mia lettura.

R.: Loredana Gamberoni - Sì, sulla seconda lettura sono d'accordissimo. Non ho niente da ribadire. In effetti, ciò che diceva la collega di Verona può essere vero, si collega forse al discorso della collega Pattaro. Noi non ci dobbiamo fare ricattare da questo aspetto, lo abbiamo fatto per tanti anni: manca qualcuno e noi suppliamo. Se però abbiamo chiarezza di chi siamo, di che cosa facciamo, bisogna che al cittadino gli rendiamo noto che se la prestazione di pulizia alberghiera non gli viene fatta, non è perché l'infermiere non vuole fare anche l'ausiliario, ma perché non gli compete e, se facesse questo, toglierebbe spazio a quella che è la sua attività. Forse, non abbiamo mai avuto la forza di fare questo, per cui abbiamo sempre cercato di tamponare e allora siamo diventati delle amebe, l'ameba che cerca di dileguarsi dappertutto per cercare di tamponare. Ma facendo così, chi ci ha rimesso, in prima persona, è l'infermiere professionale che, a un certo punto, dice: Non so neanche più chi sono perché questa mattina non so nemmeno quante cose ho fatto e se le ho fatte tutte bene.

Riproporci lo specifico professionale, significa proprio: a noi competono alcune cose, non compete tutto. Noi non siamo i responsabili di ciò che avviene e di tutte le disfunzioni.

Non è per irrigidirsi, ma è anche dire che a noi competono certe cose, che se ne facciamo altre non facciamo ciò che ci compete. Ma è questo il discorso molto chiaro.

Lei dice: ma il cittadino va servito! Giustamente, però se facciamo attività di altri professionisti, ciò che ci compete non lo facciamo. Per cui non veniamo riconosciuti perché, per forza di cose, non possiamo essere in due posti; per cui se facciamo il lavoro dell'ausiliario, non facciamo il lavoro dell'infermiere.

Bisognerà avere molta chiarezza e non farci cadere nel ricatto morale. Ma allora il povero malato? Qui occorre qualcuno che faccia determinate attività. Noi non possiamo più essere le infermiere amebe che vanno dappertutto perché, alla fine, ci perdiamo pure noi.

D.: Vengo da Milano - Forse ho avuto probabilmente la risposta che desideravo avere, forse non mi sono spiegata bene. Ma, questa mattina è stato ribadito il concetto che uno degli obiettivi principali di un'assistenza infermieristica è quello di assicurare al paziente un ambiente sicuro e confortevole. E uno dei principali indicatori di controllo è proprio come vengono svolte le pulizie all'interno del reparto.

Se l'infermiere professionale è il referente — o quanto meno — colui che deve assicurare questo confort, non è vero che non riguarda lui perché non è lui che deve fare le pulizie, è lui che deve assicurare che questa cosa all'interno del suo reparto avvenga. E il direttore sanitario, mi dice: mancano gli infermieri? Supplisca anche il lavoro degli altri. Questa è una realtà che si presenta quotidianamente. Non è la mancanza della persona, ma è la difficoltà o l'impossibilità di assicurare uno dei bisogni principali che sono stati sviluppati.

ANNALISA SILVESTRO - Sì, ho compreso. Anche noi forse, o per lo meno io non mi sono spiegata bene. Io ho compreso benissimo che l'infermiere professionale ha questa grossa responsabilità, ma provo a essere più chiara facendoti questo paragone. Il medico risponde della qualità del processo perioperatorio, un buon processo perioperatorio presuppone la presenza di un x numero di infermieri professionali preparati.

Questo cosa significa? Che il chirurgo va a fare l'assistenza infermieristica? Io non l'ho mai visto! Quindi è vero che l'infermiere professionale, l'équipe assistenziale infermieristica con il proprio caposala risponde anche di un ambiente sicuro e terapeutico, ma evidenzierà che non è in grado di dare garanzia di sicurezza ambientale se non ha un numero adeguato di personale addetto alle pulizie. Questa è la risposta, non andare a fare le pulizie. Perché, nel momento in cui va a fare le pulizie, non assiste gli ammalati.

Quindi io credo che forse dicevamo la stessa cosa, ci siamo, forse, un po' mal espressi. Quindi è vero, sì è una responsabilità precisa dell'infermiere professionale denunciare che non c'è garanzia di igiene ambientale, ma è responsabilità dell'amministrazione dare all'infermiere professionale il supporto ausiliario che serve a garantire l'igiene ambientale. Non è corretto, per non dire che non è legale, da parte dell'amministrazione, pretendere che l'igiene ambientale venga fatta da una figura non preposta a fare questo tipo di mansioni.

Mi pare che ci sono ancora un paio di interventi, dopo di che facciamo un momentino di pausa e chiuderei la sessione.

D.: CARENOZZO (Trento) - Più che altro vorrei fare una proposta riguardante la mancanza del personale ausiliario, visto che è un problema reale che si trova in quasi tutti i reparti. Io non trovo giusto che noi facciamo queste mansioni, (pulire i comodini, ritirare i piatti, ecc.). Noi abbiamo fatto una protesta scritta, perché le cose non vanno fatte verbalmente, ma vanno scritte

e fatte protocollare in amministrazione; già comincia un po' a fare un altro effetto quando le cose sono scritte. In più abbiamo prelevato dei tamponi in diverse parti del reparto. In questo modo ci siamo anche tutelati. La caposala dice di aver protestato in amministrazione perchè non c'è abbastanza personale per garantire un'igiene sufficiente ed ha potuto dimostrare con i risultati dei tamponi, che veramente l'igiene in certe parti della divisione lasciava a desiderare.

D.: PAOLA BARZOTTI - Sono studente infermiera del terzo anno della scuola di Firenze. Faccio una domanda brevissima, anzi mi scuso se vi faccio fare un passo indietro perché vorrei riportarmi al discorso del diploma universitario.

Prima di fare la domanda vorrei fare una precisazione, cioè una riflessione: seguendo il tema di questo congresso, ho avuto modo di confrontarmi un po' e di verificare che la nostra scuola ci prepara ad una professionalità veramente elevata. A questo punto, vorrei chiedere una cosa. Io non conosco i programmi universitari del diploma universitario, comunque vorrei sapere se, quando avranno questa minilaurea, le loro competenze saranno quelle del nostro mansionario, vecchio o nuovo — questo lo dovremmo vedere — oppure avranno una loro normativa e saranno permesse a loro manovre che non sono permesse a noi. Questo lo chiedo perché penso che, anche questo, influirà molto sulla loro collocazione e anche su come loro si rapporteranno a noi.

R.: ANNALISA SILVESTRO - Cara futura collega, innanzitutto domani ci sarà una sessione in cui si parlerà dello specifico disciplinare della formazione infermieristica in università, si parlerà di quale impegno economico e culturale avrà la formazione infermieristica in università rispetto a quali risultati vogliamo, e quindi parleremo del concetto di salute nella formazione infermieristica universitaria paragonata a quella attuale. Quindi domani credo che avremo molte risposte al quesito che tu ponevi.

Quindi ti pregherei, eventualmente domani, di riproporre la stessa domanda.

Due son le cose: innanzitutto i futuri colleghi che si stanno formando in università avranno un diploma universitario, non un diploma di laurea; il diploma di laurea è un'altra cosa. Secondo: i futuri colleghi, che si diplomeranno attraverso canali universitari, avranno gli stessi vincoli giuridici, economici che hanno attualmente gli infermieri. Parlo di vincoli perché per me il mansionario è un vincolo. Quindi avranno la stessa connotazione, le stesse caratteristiche che abbiamo noi adesso, non avranno nulla di diverso rispetto a noi.

Per quanto riguarda poi il resto, eventualmente, una ulteriore domanda domani.

LO SPECIFICO DISCIPLINARE NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN UNIVERSITÀ

ANGELA LOLLI
I.I.D. - USSL 75/VI - MILANO

Per lo sviluppo di questa relazione ho ritenuto opportuno soffermarmi inizialmente sul significato dei diversi termini che compongono il titolo per poi derivarne la sintesi conclusiva.

L'Università come centro d'istruzione superiore è un prodotto della civiltà medioevale e riflette il carattere autonomistico che ebbero nel XII e XIII secolo le nuove istituzioni civili, periodo in cui s'impose una mentalità nuova imperniata sull'autonomia e la libertà.

Fino al XII secolo tutta l'organizzazione dell'insegnamento era sotto la tutela ed il controllo del vescovo, al quale spettava il diritto di concedere ai docenti l'autorizzazione ad insegnare. In particolare in questo periodo le scuole erano insufficienti rispetto al numero degli studenti che il più diffuso bisogno di cultura vi faceva accorrere; il loro ordinamento non rispondeva, inoltre, alla necessità di estendere la cultura al campo delle scienze profane, in particolare del diritto, mentre lo sviluppo delle amministrazioni pubbliche e della vita commerciale richiedeva un numero sempre più grande di esperti in questo campo. L'autorità religiosa e politica era restia ad ampliare i quadri dell'insegnamento e l'organizzazione scolastica per il timore di perdere il controllo su questi importanti centri di formazione culturale, professionale e politica.

La crisi che nacque da questa resistenza conservatrice, fu superata dalla iniziativa degli stessi studenti e professori che,in contrasto con i signori laici o ecclesiastici, si associarono per creare scuole autonome, *le Università.*

Nel tempo, da spontanee aggregazioni, le Università divennero potenti istituzioni statali, ma non perderanno mai la loro originaria funzione:centri di sapere organico e libere comunità di ricercatori.

Si può quindi affermare che le funzioni dell'Università nella e per la nostra società furono già ben definite fin dalla sua nascita e si sono, via via, consolidate nei secoli: la preparazione all'esercizio delle attività professionali e la ricerca promuovendo lo sviluppo delle scienze e delle loro applicazioni.

L'insegnamento e la ricerca sono quindi gli ambiti che le sono propri e rispetto ai quali mira all'eccellenza qualitativa.

Naturalmente fra questi settori lo scambio e la trasmissione sono elementi indispensabili in quanto l'insegnamento deve essere continuamente alimentato dallo studio e dalla ricerca e quest'ultima non può essere fine a se stessa.

In questa prospettiva l'insegnamento universitario viene definito superio-

re in quanto giunge dopo gli altri e soprattutto perchè è più complesso degli altri.

Secondo autorevoli pedagogisti che si sono occupati dell'educazione intellettuale universitaria, l'insegnamento in questo ambito formativo ha diversi obiettivi così scomponibili:

L'indottrinamento

Esso determina l'assunzione di un complesso di conoscenze operata dal discente con il concorso del docente, esperto in quel particolare ambito conoscitivo.

Ma questo avviene a qualsiasi livello del nostro sistema formativo quindi risulta spontaneo chiedersi quale è l'elemento che distingue e qualifica il livello universitario?

Secondo i pedagogisti questo elemento sta nel fatto che al livello universitario non si trasmettono solo i contenuti proprio di una data scienza, ma anche i metodi con i quali tali contenuti furono definiti.

Si insegna quindi la storia di una nazione, ad esempio, non disgiunta dallo studio delle fonti, dalla bibliografia, dal metodo per condurre una ricerca storica in proprio. Si illustrano i fenomini fisici, ma con un corredo di nozioni matematiche e fisiche che mettano in grado lo studente di riprodurre il fenomeno riproponendo gli stessi passaggi logici e tecnici.

Il contenuto perciò non deve essere disgiunto dal metodo con cui viene reperito e lo studente, assieme alla notizia, apprende perciò i criteri di ricerca che sono propri dell'ambito conoscitivo.

La critica

È la diretta conseguenza della prima fase.

Col termine critica nell'ambito pedagogico si intende l'attività del pensiero impegnata nella valutazione e nell'interpretazione di un evento, di una situazione complessa per poi prender posizione di fronte ad esso.

Si raggiunge questo obiettivo solo se l'azione formativa del docente mira a far apprendere i passaggi logici che possono condurre a determinate conclusioni più che pretendere che siano memorizzate le conclusioni stesse.

Ne consegue quindi che queste, inevitabilmente, devono essere ricercate dallo studente come sua personale conclusione di un movimento di pensiero.

In questa prospettiva lo studente apprende un processo, non un risultato, impara ad esercitare una facoltà di ricerca più che non ad acquisire dei risultati statici, diventa critico cioè in grado di valutare ed interpretare gli eventi per poi decidere di conseguenza.

L'integrazione intellettuale

È il risultato ultimo del processo formativo universitario. In altri termini lo studente, al termine del suo *iter* formativo, raggiunge una nuova organizzazione mentale.

Questa maturazione gli consente di distinguersi dagli altri professionisti e di integrarsi con i suoi futuri colleghi.

Solo a queste condizioni il discente sarà in grado, in futuro, di contribuire alla crescita del patrimonio culturale della sua comunità professionale.

Ho ritenuto opportuno soffermarmi inizialmente su questi argomenti — l'Università e la formazione universitaria — per delineare la «cornice» all'interno della quale, a mio parere, è opportuno collocare l'analisi della formazione infermieristica universitaria intendendo quella di base.

Si ricorda, infatti, che l'Università grazie alla sua piena autonomia didattica, conferitale dalla Riforma Gentile, poteva, fin dagli anni trenta, inaugurare Scuole, Corsi, Seminari con il parere positivo del Consiglio Superiore delle Pubblica Istruzione. Per questo sono state create numerose Scuole speciali e Scuole a fini speciali per la formazione di alcune figure di particolare rilievo per la società che, a parere dell'Università, dovevano disporre di una formazione particolarmente completa. Fra queste Scuole ricordiamo quelle per la formazione di docenti e dirigenti infermieristici, presenti fin dal 1965 nel panorama universitario.

È infatti nei primi anni settanta che nell'ambito della professione infermieristica si comincia a riflettere nell'importanza dell'inserimento di tutti gli studi infermieristici in Università.

Le motivazioni ricalcano quanto sovraesposto:

— far crescere la qualità della formazione, elemento ormai indispensabile in ogni settore produttivo ed in particolare per quello dei servizi;

— stimolare la ricerca nei diversi settori in quanto la qualità è sempre direttamente proporzionale alla ricerca che si sviluppa in quel dato contesto.

Questo obiettivo si è realizzato parzialmente alla fine del 1991 grazie al Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica: la formazione di base infermieristica entra in Università.

Per un triennio i due canali formativi — corsi di diploma universitario in Scienze Infermieristiche e Scuole infermieristiche nazionali a gestione regionale — coesisteranno nel nostro paese.

Si sostiene che l'obiettivo è parzialmente raggiunto in quanto al momento risulta abbastanza chiaro il contesto in cui si colloca la formazione di base, ma incerta è la collocazione delle specializzazioni e soprattutto del Corso di laurea.

Paradossalmente le disposizioni normative che ci hanno consentito di entrare in Università con il corso di base e alle quali la Federazione Nazionale dei Collegi ha sostanzialmente dato inizialmente un parere favorevole, rendono evidente il fatto che non potrà esserci un Corso di laurea in Scienze Infermieristiche al quale possano accedere unicamente gli infermieri.

Esponenti autorevoli della nostra professione ci hanno messo a disposizione, attraverso convegni e riviste professionali, analisi particolarmente det-

tagliate di tali aspetti normativi affinchè nella professione siano noti gli sviluppi e le probabili ripercussioni a breve e a lungo periodo.

Alla luce di tali riflessioni, si può affermare rovesciando provocatoriamente il titolo della mia relazione che lo specifico disciplinare nell'ordinamento didattico relativo al corso di diploma universitario in Scienze Infermieristiche non è riconosciuto e perciò indirettamente si nega la sua esistenza.

Apriamo una parentesi.

Per «specifico disciplinare infermieristico» si deve intendere il sapere infermieristico. Con forza si ribadisce la sua caratteristica più importante: la specificità.

È ritenuta di particolare importanza in quanto *ciò che è specifico può essere isolato* e su questa qualità si fonda la maturità e l'autonomia di ogni sapere rispetto ad altri.

Nella letteratura italiana e straniera i termini con i quali si definisce il sapere infermieristico sono sostanzialmente tre:

La Disciplina Infermieristica.

Fu introdotto dalla Prof.ssa M. Cantarelli, Vice Direttrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano, in una sua relazione, in occasione di un convegno promosso da questa Scuola, nel 1987.

È una terminologia chiaramente legata alla cultura universitaria.

La Scienza Infermieristica.

Particolarmente diffuso nella letteratura anglosassone *(nursing science);* è presente nelle nuove norme.

L'Infermieristica.

Compare nella Tabella XXXIX ter; personalmente non condivido la sua diffusione in quanto ritengo che la perdita, più o meno consapevole, del vocabolo primario — disciplina o scienza — non consenta una immediata comprensione del suo significato rischiando così inutili e dannose confusioni.

E con questo chiudo la parentesi sul significato di «specifico disciplinare infermieristico».

Quale è il dato di realtà su cui si basa l'affermazione precedente riguardante il non riconoscimento della specificità del sapere infermieristico?

Nel momento in cui tale specificità fosse stata riconosciuta la diretta conseguenza non doveva essere l'istituzione di contratti per le attività didattiche a prevalente carattere tecnico-pratico, ma l'istituzione di cattedre per l'insegnamento della Scienza Infermieristica la cui titolarietà doveva essere riservata unicamente agli infermieri in possesso dei requisiti più elevati attualmente presenti nel nostro ambito professionale.

È questa la strada maestra da percorrere in quanto è l'unica che può consentire al docente infermiere a livello universitario, di impegnarsi in quelle aree — l'insegnamento e la ricerca — relative al nostro ambito conoscitivo.

Allo stato attuale tutto questo ci viene negato.
In alcune realtà alcuni colleghi hanno ottenuto, grazie al loro impegno e alla loro professionalità, i contratti di diritto privato a tempo determinato (art. 101 del DPR 382/80).

Questa formula consente di attribuire una responsabilità di insegnamento agli infermieri, ma non è un rapporto stabile di lavoro e comunque è un rapporto a termine. Considerando inoltre il fatto che la carriera accademica, in Italia e negli altri paesi, si costruisce in modo pressochè esclusivo sui risultati ottenuti nel campo della ricerca, il nostro «essere tagliati fuori» è ancora più evidente.

Chiaramente difficile concludere questa relazione in termini ottimistici:di fronte ad un evento cosi' importante per il nostro futuro, come l'ingresso in Università, tanto da rappresentare la ragione di decenni di impegno politico professionale (almeno di parte della professione), la nostra risposta non è stata corale.

Quanto è difficile dar vita, concretizzare slogan diffusi come «l'unità della professione»!

Speriamo che nel momento in cui la professione si troverà di fronte a nuove scelte, facendo appello a tutte le sue risorse, riuscirà a dimostrare, in modo più concreto e deciso, la sua maturità.

Sicuramente il ritrovarci a discutere di questi aspetti costituisce un segno molto positivo, ma va anche detto che siamo solo all'inizio di un percorso molto difficile, tutto in salita.

Bibliografia

CANTARELLI M., *In che direzione le ultime proposte legislative stanno conducendo la professione infermieristica?* in *Professioni Infermieristiche* n. 2/92.
DE GIACINTO S., *L'educazione intellettuale universitaria,* La Scuola, Brescia, 1962.
FERRAGNI F., MASCI R., *Il lavoro del laureato,* Zanichelli, Bologna, 1988.
KERR C., *A che serve l'Università?,* Armando Editore, Roma, 1979.
SENSINI A., *Il professore universitario,* Vallecchi, Firenze, 1974.
SIMONE R., *L'università dei tre tradimenti,* Laterza, Bari, 1993.

L'IMPEGNO ECONOMICO E CULTURALE DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA IN UNIVERSITÀ. PER QUALI RISULTATI?

ADRIANA DALPONTE
I.I.D. Ufficio Formazione Permanente - Trento

Premessa

Non è facile affrontare in modo esaustivo questo tema e quindi, ritengo importante esplicitare subito come intendo affrontare il problema considerando anche le relazioni che mi hanno preceduto ma soprattutto l'interesse che può derivare da questa assemblea rispetto a questo tema. La formazione infermieristica in Università non è più una cosa da auspicare ma oggi è un realtà: molte sono le Università che hanno attivato i diplomi universitari in Scienze infermieristiche e l'università della Sapienza di Roma ha già diplomato i primi colleghi.

L'approccio alla realtà è che se le leggi ci sono, anche se assai confuse e a volte in contraddizione vedi L. 19 novembre 1990 n. 341 e il D.M. del 2 dicembre 1991 del Ministero dell'Università ed alla Ricerca Scientifica e Tecnologica rispetto al D.L. 502 del 20 dicembre 1992 art. 6 riferito al riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421; è opportuno non perdere tempo su cosa si poteva fare ma attivarci subito per un confronto in particolare rispetto a quali risultati volgiamo raggiungere. Condividere i risultati significa avere criteri comuni per leggere e interpretare le singole esperienze formative ma serve anche ad unire gli sforzi dei singoli o delle specifiche associazioni verso obiettivi comuni. Non sarà facile trovare tutti d'accordo sui risultati che vogliamo raggiungere ma su questo ritengo si debba orientare il dibattito e il confronto. Non è così importante vedere il «come» anche perchè la letteratura riporta esperienze e orientamenti , ma tutti concordano che i risultati della formazione sono condizionati da molte variabili e non ultime il contesto sociale e la qualità del gruppo docente e discente.

Affronterò quindi gli aspetti più «macro» riguardanti l'impegno economico e culturale per poi proporre una riflessione rispetto a quello che si vorrebbe cambiare considerando lo sforzo richiesto.

L'impegno economico e culturale per la formazione dell'infermiere in Università.

Per analizzare i costi sia in termini economici che intellettuali ho cercato di individuare quali sono gli aspetti di *cambiamento* più rilevanti inerenti le leg-

gi che disciplinano la formazione Universitaria dell'infermiere e quelle relative alla docenza.

Il D.M. 2 dicembre 1991 tabella XXXIX-*ter* all'art. 1 (5) recita: sono ammessi alle prove per ottenere l'iscrizione al 1° anno i diplomati degli istituti di istruzione secondarie di secondo grado di durata quinquennale e ancora il D.L. 502 del 30 dicembre 1992 art. 6: per l'accesso alle scuole e ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di diploma di scuola secondaria di secondo grado.

La normativa universitaria richiede quindi un triennio in più di formazione presso le scuole secondarie di II grado. Il costo medio di uno studente che frequenta le scuole secondarie di II grado è di 10 milioni annui, mentre uno studente universitario costa all'incirca 12 milioni per ogni anno accademico (*), mentre è estremamente difficile definire il costo medio annuo di uno studente infermiere delle scuole Regionali in quanto ogni Regione nel regolamento prevede modalità diverse di compartecipazione di spesa rispetto al soggiorno piuttosto che per i testi o gli assegni di studio.

C'è da considerare inoltre che oggi l'Italia ha una situazione molto grave da un punto di vista occupazionale e questo produce un notevole aggravio sulle Università; infatti molti giovani sostano nelle Università in attesa di lavoro e questo comporta che il 62% degli iscritti alle specifiche Facoltà Universitarie abbandonano gli studi prima del conseguimento della laurea.

La formazione Universitaria in scienze infermieristiche può diventare una offerta formativa importante per uno sbocco al mondo del lavoro fino ad oggi ancora concorrenziale ad altre professionalità.

L'accesso alla docenza per le scienze infermieristiche è un altro elemento di notevole complessità; attualmente stando alla normativa che disciplina la docenza il reclutamento dei docenti avviene con la procedura concorsuale prevista dall'art. 3 della L. 7 febbraio 1979 n. 31 e recita: «l'accesso al ruolo dei professori universitari avviene mediante pubblici concorsi per titoli su base nazionale, intesi ad accertare la piena maturità scientifica del candidato». Il dato più rilevante quindi diventa quello culturale; la professionalità del docente viene indagata rispetto alla «valutazione dei titoli scientifici presentati dal candidato e dell'attività didattica da lui svolta «... nella valutazione saranno tenuti in considerazione i giudizi formulati dalle facoltà sull'attività didattica e sulle funzioni svolte dai candidati (art. 51 D.P.R. 11 luglio 1980 n. 382).

A tutti gli infermieri docenti è chiesta una notevole riconversione di professionalità in quanto muta notevolmente il destinatario della docenza; da adolescente passa ad adulto con una responsabilità diretta nella pianificazione dei tempi e dei risultati formativi; occorre modificare le metodologie verso la didattica dell'adulto e quindi applicare i principi dell'andragogia come scienza che orienta il docente nello «stile formativo».

(*) Gli importi di spesa sono relativi all'anno 1992 e sono stati forniti dal Provveditorato agli studi della Provincia di Trento e dalla libera Università di Trento.

La professione infermieristica andrà a leggittimarsi sempre più per il sapere piuttosto che per il saper fare. Alle istituzioni sanitarie gli infermieri propongono una maggiore autonomia gestionale e specialistica per applicare le conoscenze acquisite all'assistenza e quindi assicurare una qualità assistenziale caratterizzata dalla specificità dei bisogni del singolo paziente e nel rispetto di criteri di priorità centrati sull'utilità ed economicità delle prestazioni.

Passare dal «fare per il paziente» ad «educarlo a diventare autonomo» può essere una proposta culturale non indolore. Non è così scontato che il paziente chieda autonomia: spesso chiede dipendenza, chiede di sostituirlo nelle sue decisioni, qualche volta ci delega il farci carico anche di aspetti che non sono propri dell'infermiere ma questo accadde per tutti i professionisti.

Anche il medico di famiglia qualche volta ha più assistiti se prescrive quello che chiede il paziente piuttosto che quello di cui ha bisogno!

La sfida culturale è sempre vincente ma ha tempi lunghi e provoca conflittualità; gli infermieri dovranno imparare a lavorare su tempi medio lunghi mentre spesso sono allenati al tempo «presente o di breve periodo».

Accontentare il paziente è più facile che educarlo; lo sperimentiamo tutti i giorni nella nostra realtà sociale, nelle corsie dei nostri ospedali e a domicilio, con i familiari delle sale di attesa delle nostre terapie intensive.

L'impegno maggiore al cambiamento quindi è culturale; il mondo politico e produttivo vuole enfatizzare l'aspetto economico e mai come oggi è tanto vincente, ma anche per i nostri politici la sfida è quella di pensare sul lungo periodo e la cultura vincerà anche in economicità.

Quali risultati dalla formazione infermieristica in Università

Sono stati individuati i costi in termini economici e culturali ma questi costi se non portano dei risultati significativi sono assolutamente inutili.

L'elenco proposto non ha l'ambizione di essere esaustivo ma ha lo scopo di attivare un confronto per una eventuale condivisione.

I risultati:

1) crescere la qualità della formazione dell'infermiere: nessun settore produttivo può funzionare a livello adeguato se non può disporre di risorse umane ad elevata professionalità;

2) diversificare i livelli formativi per rispondere alla complessità della domanda. L'università può rilasciare tutti i titoli di tipo universitario necessari per le attività professionali: - il diploma universitario (D.U.) il diploma di laurea (D.L.) la specializzazione (D.S.) ed il dottorato di ricerca (D.R.);

3) sviluppo della ricerca: uno degli elementi fondamentali della qualità di un sistema produttivo è l'impegno nella ricerca.

4) il diploma universitario di scienze infermieristiche consente di pro-

seguire gli studi verso la laurea e quindi non è solo un titolo per il mercato del lavoro ma costituisce curricola per tutta la formazione accademica;

5) la docenza è realizzata da professori che hanno lo stesso livello di coloro che insegnano ai corsi di laurea: la docenza delle scienze infermieristiche diventa carriera accademica;

6) una integrazione tra Università e Servizi Sanitari non può che arricchire le organizzazioni in un continuo scambio di conoscenze ed esperienze; una forte qualificazione degli infermieri verso lo specifico disciplinare dell'assistenza, consente una produttività sempre più mirata ai bisogni dell'utente e orientata da criteri di economicità e utilità;

7) l'età minima per l'accesso al mondo del lavoro passa da 19 a 22 anni e questo consente di acquisire operatori con maggiore maturità sia nel saper selezionare le proprie motivazioni che nell'affrontare la complessità e specificità del lavoro.

I risultati non dipendono solo da noi ma occorre che tutta la società civile creda in questo progetto come opportunità per un miglioramento della qualità assistenziale e dell'efficienza dei servizi sanitari.

I risultati quindi non sono per l'infermiere ma *anche* per l'infermiere, come operatore della salute; gli utilizzatori dei risultati saranno il cittadino-utente e le stesse organizzazioni sanitarie.

Se la complessità dei servizi sanitari oggi chiede sempre più professionalità agli operatori, la domanda sanitaria non è certo meno complessa. La dinamicità, l'alta specializzazione, il numero elevato di prestazioni caratterizzano i risultati dell'intervento assistenziale e la risposta a questa complessità non può essere la legge, la gerarchia o le procedure prescrittive ma la responsabilità soggettiva, le conoscenze scientifiche, la ricerca per validare o proporre nuove metodologie di lavoro e di approccio assistenziale.

La crescita culturale e l'approfondimento delle scienze infermieristiche dovrebbero consentire all'infermiere di rendere più espliciti i principi scientifici su cui si muove e quindi coinvolgere attivamente l'utente nella formulazione degli obiettivi assistenziali e nell'attivazione degli interventi che è in grado di risolvere autonomamente.

È auspicabile inoltre una integrazione con la professione medica e con l'area amministrativa in contrapposizione alla subordinazione; che venga riconosciuta l'autonomia gestionale e specialistica dell'assistenza infermieristica con l'attivazione del servizio infermieristico e non ultimo un maggiore riconoscimento dello status professionale ed economico per tutto il sistema infermieristico.

Elio Drigo (moderatore)

Ringraziamo Dalponte per questa esposizione lucida e chiara che ha presentato. Dopo la relazione di Lolli, ugualmente puntuale, ulteriori stimoli per

il dibattito che speriamo vivace alla fine di questa sessione. Lasciamo la parola alla collega Milena Usai, infermiera insegnante dirigente, diplomata alla scuola di Milano, che attualmente presta servizio come infermiere dirigente all'ospedale San Carlo di Milano, per affrontare il problema del concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali, affrontando particolarmente l'aspetto della responsabilità etica con l'obiettivo di analizzare le connessioni tra la responsabilizzazione sui risultati assistenziali, l'etica e la formazione infermieristica.

IL CONCETTO DI SALUTE NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA E NEI RISULTATI ASSISTENZIALI: QUALE LA RESPONSABILITÀ ETICA?

MILENA USAI
I.I.D. Ospedale «San Carlo Borromeo», MILANO

Oggi al concetto di salute la collettività attribuisce una particolare importanza.

Il mio intervento vuole quindi evidenziare quale è la responsabilità etica della professione infermieristica sia nella pratica assistenziale che nel processo formativo, rispetto all'odierno concetto di salute.

È necessario comprendere quale valore venga attribuito al concetto di salute.

Già l'Organizzazione Mondiale della Sanità in particolare afferma che: «entro il 1990, in tutti gli Stati Membri, si devono organizzare le infrastrutture del sistema di prestazioni di assistenza sanitaria, in modo che le risorse siano distribuite secondo le necessità e che i servizi siano fisicamente ed economicamente accessibili alla popolazione e culturalmente accettabili da parte della stessa».

Si evidenzia un elemento basilare: il principio di equità, sulla cui base anche il gruppo infermieristico è sollecitato ad intervenire. Infatti quest'ultimo deve garantire alla Comunità un'offerta equa delle proprie prestazioni professionali.

Se poi si analizza il concetto di salute nel percorso legislativo che ha caratterizzato la nostra collettività, ne emerge una significativa evoluzione, di cui un punto fermo restano senz'altro l'articolo 32 della Costituzione Italiana e la legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

Oggi rispetto al concetto di salute vengono evidenziati dalla bibliografia tre modelli:

— «Modello A»
salute è sinonimo di efficienza nel comportamento (contrapposto al concetto di malattia)
— «Modello B»
È riconosciuto come equilibrio psico-fisico.
— «Modello C»
È ricondotto allo stile di vita; l'ambiente influenza fortemente lo stato di salute.

Da qui ben si comprende come la comunità attraverso i propri valori e

le proprie scelte traduca poi, nel sistema sanitario, le aspettative di come debba essere tutelato e promosso il concetto di salute. A tale proposito il gruppo professionale deve essere consapevole del possibile contrasto che può riscontrare nel momento in cui il proprio modello professionale si inserisce nell'ambito organizzativo. Contrasto che nasce nell'attribuzione di valenze differenti a princìpi e valori (vedi principio di libertà-eguaglianza-equa opportunità) che guidano e diversificano il comportamento professionale dal comportamento della struttura organizzativa.

Diviene perciò necessario per la professione infermieristica riflettere da un punto di vista etico; necessario in quanto vengono messi in discussione e a confronto princìpi e valori. In tale ottica il gruppo infermieristico deve proseguire nella elaborazione delle proprie linee di condotta etica, al fine di poter orientarsi sia nella pratica assistenziale sia nella formazione.

Ritengo utile ora introdurre alcune riflessioni che servono per evidenziare le responsabilità che il gruppo infermieristico oggi deve assumere.

Va posta l'attenzione sul concetto di efficienza allocativa, concetto economico con cui si valuta la pertinenza o meno dell'assegnazione delle risorse (personale-materiale-ecc. ...). In particolare oggi si parla di Macroallocazione e di Microallocazione.

Nel primo caso sono gli organi Governativi che assegnano le risorse su larga scala; nel secondo le risorse sono «Microallocate» cioè assegnate direttamente alla Comunità. Senza dubbio oggi il gruppo infermieristico è in grado di intervenire laddove vengono effettuate le scelte (vedi contesto USL-Presidio Ospedaliero) e contribuire nella decisione di allocazione delle risorse.

In tal modo può essere garantito, attraverso la partecipazione diretta del gruppo professionale, l'equità nella distribuzione delle risorse.

Nelle strutture sanitarie si afferma sempre più il concetto di «Trade off» o meglio «sensibilità per le conseguenze». Quest'ultima nasce nel momento in cui due obiettivi, entrambi desiderabili, sono in conflitto tra loro e non possono essere simultaneamente realizzati. Se ci soffermiamo un'attimo ad esempio sull'area critica, quante situazioni simili abbiamo riscontrato! Ed è in tali occasioni che la professione infermieristica deve testimoniare la propria presenza, attraverso scelte decisionali ispirate da princìpi e valori etici elaborati dallo stesso gruppo. Scelte decisionali che possono migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, influenzando il rapporto costo-efficacia (come affermano Roper-Winkewender Hack Barter e Krokaheur, 1988).

Infatti il gruppo professionale infermieristico può, nei confronti della struttura sanitaria:

— favorire l'analisi critica dell'efficacia degli interventi comunemente accettati;

— incoraggiare la ricerca al fine di valutare gli approcci tradizionali ed innovatori dell'assistenza sanitaria;

— sollecitare la comunità a farsi domande relative all'efficacia ed ai risultati attesi dalle prestazioni professionali proposte.

Quanto esposto sino ad ora può aiutare a comprendere quale responsabilità etica ha la professione infermieristica.

Occorre però sottolineare come in un primo luogo debba necessariamente precedere una definizione di cosa è l'assistenza infermieristica e che cosa l'infermiere debba fare. La professione infermieristica infatti non può essere guidata soltanto dall'etica, ma è necessario che vi sia una definizione della natura del contributo dato, ovvero una definizione della competenza.

Il gruppo infermieristico cerca di organizzare sistematicamente le esperienze assistenziali a livello morale. Occorre perciò analizzare i princìpi che regolano la condotta pratica della professione infermieristica, verificare il significato e stabilire la logica a cui sono soggetti.

Oggi perciò, accanto ad una competenza professionale, è necessario sviluppare una competenza di tipo etico. Ciò al fine di essere consapevoli delle implicazioni morali legate alle situazioni che l'infermiere deve gestire ed arrivare così a possedere la legittimità di pronunciarsi sull'aspetto etico dei problemi assistenziali.

Quindi la competenza professionale e la competenza etica devono procedere di pari passo, ma la prima è senz'altro precondizione per l'altra.

Ora un contributo per garantire il rispetto di princìpi, strettamente connessi al concetto di salute (principio libertà, giustizia, equa opportunità ...), nella formazione e nei risultati assistenziali può essere dato dalla regolamentazione.

Infatti il gruppo professionale con la regolamentazione stabilisce chi formare e rispetto a quale concetto di salute e, chi può esercitare e con quali limiti.

La regolamentazione permette perciò di rafforzare i valori e i criteri che devono guidare l'assistenza infermieristica.

Inoltre così possono essere fatte le connessioni etico-deontologiche tra i risultati assistenziali e le aspettative della collettività. Quindi il gruppo professionale infermieristico, grazie anche alla regolamentazione, si pone nella struttura sanitaria come interlocutore indispensabile tra la collettività e la struttura stessa. Ecco perché oggi la professione infermieristica deve più che mai far conoscere alla comunità quale responsabilità si assume nei confronti del concetto di salute.

Bibliografia

L'Arco di Giano, n. 1/93 Rivista di Medical Humanities Franco Angeli.
Iandolo, Hanau: *Etica ed Economia nell'azienda Sanità*, Fondazione Smith-Kline.
Giuseppe Dell'Asta: *Etica nel pensiero contemporaneo*, Ed. G. D'Anna.
Bayles Michall D.: *Professional Ethics*, Wasworter Publisling Company 1981.
Callahan John: *Ethical issues in professional life*, New York Oxford 1989.
Lo specifico Italiano nell'Etica della Professione, M. Unnia, Ed. Prospecta 1991.
Etica delle professioni, società civile ed istituzioni, G. De Rita Ed. Prospecta 1991.
Journal of Business Ethics, *Ethics and politics resources allocation: the role of nursing*, Klewer Publishiers 1992.

DIBATTITO

Elio Drigo (moderatore)

Ringraziamo anche la collega Usai per il suo intervento e per il contributo portato per la chiarificazione della problematica della formazione in relazione alla tematica che trattiamo.

Ci è stato delineato dunque un quadro della situazione. Lolli ci ha aiutato ad entrare nella problematica del legame tra caratteristiche che aveva, che ha e che potrà avere la formazione della professione infermieristica, con l'evoluzione che si sta verificando. Ci ha presentato quello che è il quadro della realtà universitaria per come l'università si è caratterizzata nella nostra cultura, soprattutto occidentale. Ci ha fatto vedere anche come lo specifico disciplinare infermieristico, entrando in università, acquisisca certamente una nuova autorevolezza e come — con questo ingresso — la conoscenza infermieristica acquisti autorevolezza. Questo in una situazione in cui la professione infermieristica veniva — e viene forse tuttora — concepita come soprattutto un «saper fare», e forse non tanto un «sapere». Questo è un elemento di estrema importanza.

Adriana Dalponte ci ha aiutato a leggere quello che c'è, che sta bollendo in pentola, quello che sta avvenendo attualmente con l'ingresso in università degli infermieri.

Sono partiti i DU, c'è la lunga esperienza, ormai delle scuole dirette a fini speciali che alcune cose hanno insegnato, e — soprattutto — stanno cambiando alcuni elementi che noi non siamo abituati a prendere in considerazione, come il rapporto con i costi di questo cambiamento, l'importanza di prendere in considerazione gli aspetti economici della trasformazione radicale che sta avvenendo. Dalponte ci ha portato alcuni dati abbastanza concreti riferiti alla sua esperienza e dalla sua analisi sono emersi gli aspetti dell'esperienza che la professione infermieristica ha maturato. Non dimentichiamo, ad esempio, quello che lei ha ricordato riguardo al tutorato che, all'interno della professione infermieristica, si è sviluppato in maniera estremamente significativa. L'università infatti — pur avendo la possibilità di sviluppare un tutorato per alcune sue specifiche branche della formazione — non lo ha mai esercitato in maniera sistematica, mentre, all'interno della professione infermieristica questo elemento è stato sviluppato, con conoscenze, abilità e competenze specifiche. Quindi questo, probabilmente, è uno degli elementi sui quali spingere perché le cose vadano in un senso positivo per la professione.

Significativo mi è sembrato anche, nel discorso di Dalponte, il fatto di affermare, che la formazione infermieristica in università non deve essere presa come un elemento corporativo, come una richiesta corporativa, un discorso che molte volte anche noi facciamo. Diciamo cioè che questa non è una richiesta parasindacale o qualche cosa di questo genere, è semplicemente una richiesta di civiltà, una esigenza di adeguare quella che è la realtà italiana nel

campo della formazione infermieristica a quelle che sono le esigenze che la popolazione ormai richiede da molto tempo. Il livello universitario è qualche cosa di assolutamente irrinunciabile a questo punto. E se, a livello normativo, questo aspetto non viene ancora raggiunto significa che, a determinati livelli, ancora questo bisogno non è stato letto. Oppure che ci sono spinte di diverso genere.

Il sapere poi che entra a livello universitario è un ulteriore elemento che certamente qualificherà e spingerà verso l'alto lo status e la rilevanza che la professione infermieristica avrà nel contesto sociale del nostro Paese.

Milena Usai, alla fine, ci ha condotto a ripensare a quelli che sono i modelli della salute che la nostra esperienza storica ha percorso andando poi a collegare tutto il concetto di salute che si è sviluppato con quelle che sono le premesse per un'attività eticamente corretta e sviluppando alcune proposte, facendo dei collegamenti con l'evoluzione che l'etica sta avendo nella realtà del nostro Paese.

Anche lei ha concluso il suo intervento con un riferimento — direi estremamente significativo — alle rilevazioni che il «Movimento federativo democratico — Tribunale per i diritti del malato" ha fatto nel contesto della nostra realtà sociale, soprattutto nelle strutture sanitarie, per quelli che sono i bisogni che la popolazione rileva e dai quali ritiene di dover avere risposte.

Questo riferimento conclusivo di Usai, ci indica quanto sia significativo il legame che gli infermieri, hanno con la realtà dei cittadini del nostro Paese. Credo che questo debba essere tenuto presente da parte nostra, proprio a dimostrazione del fatto che quello a cui gli infermieri aspirano: una formazione migliore, la possibilità di lavorare meglio, non sono — come dicevo prima — rivendicazioni, ma sono semplicemente letture di una realtà che è incontrovertibile.

Con questo inquadramento, apriamo il dibattito e, come ricordavo ieri, lasciamo volutamente grande spazio al dibattito perché riteniamo che il contributo dei partecipanti al convegno sia parte integrante della nuova cultura che gli infermieri fanno in questo Paese.

Dunque la nuova cultura non nasce solo da questo tavolo: è estremamente importante il contributo che ciascuno può portare a questo dibattito.

D.: Giuliana Pitacco - Mi sento veramente di dover ringraziare le relatrici di questa mattina e le ringrazio, perché è da tanto tempo che sento parlare di riforma della formazione e credo che l'Aniarti abbia fatto sempre questo discorso di non rivendicazione di un qualche cosa di dovuto, ma di un discorso verso la qualità dell'assistenza. Forse anche per questo, a volte, non è stata capita.

Sentire oggi queste relatrici che hanno approfondito così bene questo aspetto, mi ha fatto pensare a tante cose. Mi è piaciuto soprattutto il discorso della sfida, della sfida in termini culturali. Noi forse, fino a questo momento, abbiamo sentito parlare di sfida troppo spesso nei confronti di poteri di altre

professioni, di poteri già acquisiti e consolidati. E invece mi è piaciuto moltissimo che oggi l'accento è stato posto sulla sfida culturale.

S'è detto che le scuole già nel 1925 prevedevano la possibilità di partire in università. Questo è sicuramente vero e sappiamo anche che le scuole non sono partite. Tante volte mi sembra di essere una persona estremamente pessimista e dico: tanta strada abbiamo da fare e ne abbiamo fatta forse poca. E invece oggi mi sono resa conto di quanta ne abbiamo fatta perché, senza andare al 1925, ci ricordiamo anche abbastanza bene, credo, che fino a 25 anni fa avevamo le scuole con i convitti chiusi, avevamo le scuole in cui uno faceva una scelta non solo professionale, ma in qualche modo di vita. Sappiamo benissimo che c'era uno stile di caserma e quella era l'impronta che ci veniva data. Ovviamente ricordiamo meglio la storia recente e ci dimentichiamo, invece, del lungo percorso fatto. Quindi anche arrivando in università, nel '92, 70 anni più tardi, non possiamo dimenticarci, la storia che abbiamo alle spalle.

Una storia, che di fatto, purtroppo, permea ancora troppo la nostra formazione. Le nostre scuole sono anche molto legate alle strutture di appartenenza, per cui si formano degli studenti che dovrebbero essere il prodotto che serve a quella azienda. Dobbiamo riflettere sulle conoscenze che passano attraverso le abilità, in quanto siamo abituati, a volere i prodotti finiti in uscita dalla formazione. Perché l'infermiere, appena si diploma, deve essere in grado di saper far tutto.

Il dirigente, diciamoci la verità, quando si forma, ha l'ambizione di diventare subito un dirigente. Io so quante pacche sui denti ho preso e so anche quanto invece, sia poi difficile esercitare. È molto difficile in certe situazioni saper far tutto, a volte pretendiamo di saper far tutto e perdiamo di vista — anche per come è fatta l'organizzazione — lo studio, l'approfondimento e la ricerca. Molte volte queste cose diventano degli slogans; spero che la mia sia una situazione circoscritta, molte volte non ho tempo neanche di leggere un libro perché mi viene richiesto di fare di tutto.

Credo che a questo punto sia stata messa in evidenza una difficoltà che forse sta all'interno delle nostra categoria. Gli infermieri criticano i nuovi studenti che escono dalle scuole, penso a quante persone ho sentito dire che la professione infermieristica ha perduto di identità nel momento in cui si sono chiusi i convitti. Questo l'ho sentito anche molto recentemente.

E allora, tornando al discorso iniziale, io avrei una domanda da fare. Ho sentito tutte queste relazioni in cui si è parlato di laurea, di percorso universitario, del numero chiuso per l'accesso alle lauree, si è detto che noi non abbiamo bisogno di tanti laureati infermieri. Personalmente questo l'ho sempre contestato, perché, se è vero che viviamo in una società in cui le risorse vanno razionalizzate non capisco perché proprio noi infermieri dobbiamo incominciare a precluderci i canali formativi. Ho sempre pensato che noi non dobbiamo avere paura della cultura, non ci si preoccupa mai di quanti psicologi sono laureati e quanti sono disoccupati.

Vorrei però dire anche un'altra cosa. Noi sappiamo che solo il 30% di coloro che si iscrivono all'università poi si laureano. E allora volevo chiedere alle relatrici di questa mattina che cosa pensano rispetto al numero chiuso in università per la eventuale, tanto auspicata laurea in scienze infermieristiche? In sostanza fare questa domanda e sapere quali effettivamente sono i reali spazi per la docenza, per il dottorato, per la carriera universitaria che ci è stata esposta questa mattina. Grazie.

D.: MARISA SICCARDI - Anche le relazioni di oggi sono estremamente stimolanti e io ringrazio per prima Lolli per il riferimento storico che ha fatto, perché nella nostra cultura infermieristica, la storia, purtroppo è una grande assente. E invece la storia ci può far capire non solo il presente, ma orientarci meglio nel futuro. Tanto è vero che è opportuno ricordare che le libere università, proprio nel passaggio dal medioevo allo stato moderno, e in modo particolare dopo il Concilio di Trento, hanno subìto un ulteriore condizionamento da parte della Chiesa, e tutta la cosiddetta cultura laica lo ha subìto. Tanto è vero che da quel momento le donne non sono più potute entrare in università, ufficialmente non hanno potuto più far parte dell'universo che veniva definito «scientifico», mentre portavano avanti lo stesso culturalmente e scientificamente un processo di assistenza; di assistenza che oggi in termini attuali definiremmo assistenza infermieristica.

Non solo, ma è ancora da ricordare, con la nascita dello stato moderno, il progressivo affiancamento al potere costituito — alla classe dominante — della classe medica che da quel momento ha subìto una ulteriore ascesa straordinaria, sino ai giorni nostri, insieme a quella giuridica. E non a caso oggi il Parlamento è costituito in buona parte da medici e da avvocati. Quindi, condizionamento e collegamento della scienza col potere politico in primo luogo, e poi anche con quello economico.

Certamente noi non vogliamo affiancarci al potere economico perché significherebbe entrare in tangentopoli, ma entrare nel potere politico, a pieno titolo, questo sì che lo dobbiamo fare.

Allora, una volta per tutte dobbiamo veramente deciderci se vogliamo entrare in Parlamento oppure no. E non dirlo soltanto.

E allora, alle prossime elezioni, scegliere tutta la categoria, tutte le associazioni, scegliere alcuni infermieri (non uno, alcuni, ma non troppi) di diversa ispirazione filosofica. Spero che alle soglie del 2000 non si voglia più distinguere tra ispirati dal diavolo o ispirati da Dio. Però, tutti quanti dobbiamo sostenere e portare in Parlamento queste persone e allacciare una rete di comunicazione, proprio perché non abbiamo e non vogliamo avere tangentopoli, con l'utenza, in modo particolare con la popolazione anziana, in modo particolare con tutta la popolazione che ha dei bisogni di promozione di salute e poi di cure, di riabilitazione, perché sostengano le nostre candidature.

Sulla storia recente è ancora da dire che il cammino è stato fatto, molto duramente, proprio per i condizionamenti del potere politico che ha avuto l'università.

Non dimentichiamo che la prima scuola universitaria sorta in Italia nel '65, ha visto veramente sostenere due lotte da parte delle prime persone che si sono impegnate in questo, di qualcuna di quelle vecchie direttrici a cui si faceva cenno poco fa. Voglio ricordare per tutte Anna Platter, perché veramente ha fatto un grosso lavoro. Saranno state anche scuole chiuse, però da qualcuna di queste scuole sono venute fuori le persone che hanno tracciato la strada per il nostro presente.

Autonomia. Dalponte ricordava l'aiuto all'autonomia e le difficoltà che noi troviamo in questo aiuto all'autonomia. Ma noi le troviamo perché ancora nella nostra cultura infermieristica, la cultura della relazione, la cultura della comunicazione, è troppo in subordine e talvolta dimenticata rispetto a quella tecnica e scientifica.

Infine, ad Usai. Si è parlato di valori, ma ancora una volta, una volta per tutte, noi dobbiamo definire quali sono i valori che noi vogliamo portare avanti, che riteniamo alla base della nostra professione. Quali sono i valori sociali: sono i valori della solidarietà, sono i valori dell'accettazione delle diverse culture e del rispetto delle diverse culture, sono i valori della salute che prima ancora della organizzazione mondiale della sanità ci propone la dichiarazione universale dei diritti dell'uomo? Sono quindi i valori del rispetto della persona umana in tutti i suoi aspetti?

Infine volevo porle una domanda rispetto all'accanimento terapeutico; io ho capito — e credo di essermi sbagliata che — non sono di stretta competenza infermieristica. Proprio per l'esperienza che ho io credo invece che la discussione sull'accanimento terapeutico sia di competenza infermieristica. Grazie.

D.: Berto (Chioggia) - Volevo chiedere alcune cose a Dalponte.

Vista l'istituzione del DU già in atto, l'equiparazione eventuale con gli IP attuali, come avverrà tenendo conto che ci sono IP che hanno il biennio e IP che hanno il quinquennio, per un eventuale futuro proseguimento degli studi. Parlo della laurea.

A Lolli volevo chiedere se è vero che nella bozza per la laurea che in futuro verrà fatta in scienze infermieristiche venga messo come scritta, non scienze infermieristiche, ma materie sanitarie, quindi conglobando anche i tecnici di laboratorio e i tecnici di radiologia. Grazie.

Elio Drigo - Ringraziamo anche di questa domanda, e cominciamo un giro di risposte.

Credo debba cominciare Adriana Dalponte.

R: Adriana Dalponte - Sono stata molto provocata dalla richiesta di Pitacco: laurea in scienze infermieristiche, numero chiuso o numero aperto?

Anche per me è un dibattito interessante. Ho cercato di vedere, nel tempo

che mi era consentito tra un dibattito e l'altro, quali possono essere i vantaggi e gli svantaggi.

Il numero chiuso indubbiamente presenta:

— economicità per la società; diplomiamo solo quelli, punto e basta;
— garanzia del posto di lavoro e quindi coloro che hanno la laurea sono sicuramente protetti da questo punto di vista;
— carriera già preconfezionata.

Quindi questi sono gli eletti della professione e andranno avanti per tutti i secoli fedeli.

Il numero aperto sicuramente è più costoso per la società. Comunque il 60% degli studenti nelle università non conseguono un diploma di laurea, la realtà vera italiana è che il disoccupato in Italia è quello con la scuola secondaria di secondo grado (quindi le scuole superiori), e staziona in università in attesa di lavoro. Quindi le università sono ingombre comunque, o in una facoltà o nell'altra, di studenti in attesa del mondo del lavoro.

Forse la professione infermieristica è una delle più interessanti come proposta di sbocco professionale.

L'altro punto: concorrenza per il posto del lavoro e selezione per la capacità. Non è più quindi una garanzia, ma un mettersi in sfida con altri.

Carriera per merito e titolo. Quindi avremo i nostri laureati che, ben vengano, lavoreranno nelle corsie e si comincerà a fare riflessione sul perché facciamo una prestazione piuttosto dell'altra e poi la carriera alla dirigenza sarà itinerante e non titolo accademico che non esiste per nessuna professione.

Più maestri quindi per una professione giovane e astorica. Grazie.

R: Angela Lolli - Grazie Giuliana Pitacco per la domanda, sicuramente difficile, su numero chiuso, numero aperto.

Io non porrei in questi termini la questione. Probabilmente la mia risposta non sarà molto aggiornata, visto che è uscita la riforma *bis*, nel senso che è stata approvata ieri, in quanto di primo acchito sono andata a sfogliarmi la 502, cioè quella che in qualche modo è stata superata ieri con la nuova riforma. L'ho sfogliata subito e sono andata al famoso art. 6 che ci interessa moltissimo. Nell'art. 6 si parla dei protocolli di intesa tra il servizio sanitario e l'università. Non so, ripeto, se tutto questo sarà presente nella nuova legge, però se ancora si parlerà di protocolli di intesa nell'ambito dei quali vi sarà una programmazione, ecco che quindi, a mio avviso, in questa ottica verrà posta la domanda.

Quale apporto l'università darà al Servizio Sanitario Nazionale? E viceversa, quali limiti il Servizio Sanitario darà all'università? Perché il protocollo di intesa viene ben definito all'art. 6, come strumento, diciamo così, attraverso il quale regolare l'apporto alle attività assistenziali delle facoltà, nella fattispecie è la facoltà di medicina. Ecco, in questo contesto io andrei a collocare il discorso.

Se si andrà nell'ottica di una programmazione, allora sarà il Servizio Sanitario Nazionale che dirà: Per me servono tot medici, tot infermieri, tot fisioterapisti, ecc., ecc.

Poi, parallelamente è tutto scoperto, comunque, il discorso della libera professione e del continuo in questi termini. Ma l'analisi non può non tenere conto di questa intesa che fra i due settori ci dovrà essere.

Difficile ripeto, comunque rispondere, perché non conoscendo realtà diverse che si pongono in questo contesto, la novità, in qualche modo ci porta, probabilmente, a rischiare in questi termini.

Però non slegherei questa analisi da ciò che già esiste e che probabilmente esisterà ancora: lo strumento della programmazione. Proprio per non trovarci con questa questione della disoccupazione rispetto ad altri laureati che, vediamo, in qualche modo, quali frustrazioni abbia poi apportato in persone laureate in altre discipline che non hanno trovato una loro soddisfazione.

Ancora Pitacco chiedeva, se non ho compreso male, quali reali spazi ci sono oggi come oggi. È veramente difficile rispondere a questa domanda. Sicuramente la norma dà degli spazi, non sono proprio quelli che si volevano. In qualche modo abbiamo raggiunto l'obiettivo, ma non completamente: le cattedre, la titolarità, il poter concorrere a cattedre da parte degli infermieri. Questo è reso possibile da una vecchissima norma che consente alle persone specializzate, competenti in una data area, di poter concorrere, nonostante non abbiano la laurea alla docenza universitaria.

Conosco esperienze (Varese, perché conosco alcuni colleghi che vi lavorano) che hanno ottenuto qualcosa di meno rispetto alla cattedra, qualcosa di più rispetto all'autonomia di gestione del loro corso. Però come dicevo, sono sempre rapporti non stabili con l'università e a termine, in quanto hanno una loro conclusione nel tempo.

Mi ricollego al collega che mi ha chiesto se nella bozza per la laurea, si profila quanto lui ha paventato, cioè la laurea in scienze sanitarie infermieristiche. Per quello che è la mia conoscenza esiste questa proposta e questo farà sì, proprio perché a monte non è stata riconosciuta la specificità del nostro sapere, della nostra conoscenza, che anche tecnici, fisioterapisti, ecc., possano confluire lì.

Questo cosa significa? Che se nulla cambia, ci saranno tanti diplomi universitari: il nostro, i fisioterapisti, i tecnici di laboratorio, ecc. Successivamente potranno, se questo si concretizza (speriamo di no), iscriversi a questo diploma di laurea, in quanto è, a questo punto potremmo dire, aspecifico, non è riservato unicamente agli infermieri.

Qual' è la cosa che ci fa con forza contrastare questa cosa? Che al di sopra di noi nessuno ha la nostra competenza, nel senso che nessun altro ingloba la nostra competenza nella sua. La nostra competenza non è dentro nessun'altra. Per il tecnico di laboratorio c'è il biologo, per il tecnico di radiologia il radiologo, per il fisioterapista il fisiatra, e così via.

Nel nostro settore, l'assistenza, lo stare vicino alla persona, la competen-

za non è inglobata in altre. Per conquistarla dobbiamo fare un nostro percorso, acquisire delle nostre specifiche conoscenze. Ecco, su questa questione, su questo punto di forza basiamo il fatto che il nostro deve essere un corso di laurea riservato. Se in qualche modo non la spuntiamo, il rischio è la scomparsa degli infermieri dirigenti, ad esempio, nell'ambito dei servizi, piuttosto che nell'ambito della docenza, ma già confermato se, in qualche modo, le normative presenti non andranno a mutarsi. Grazie.

R: MILENA USAI - Mi ha fatto piacere che la signora Siccardi abbia accolto la mia provocazione. Una cosa rispetto ai valori. Da un punto di vista infermieristico, le riflessioni che dobbiamo fare sui princìpi e sui valori, sono quelle comunque universali, quindi il principio di giustizia, di libertà di equità e di equa opportunità. Una volta elaborati questi, attraverso lo strumento delle teorie etiche, dobbiamo rielaborarli e quindi calarli nella realtà, potremo poi affrontare anche concretamente alcune scelte. Questo perché la nostra collettività porta dei valori. Importante, comunque, è anche il passaggio successivo. La nostra collettività è multirazziale in questo momento, quindi non solo dobbiamo elaborare i nostri valori, ma dobbiamo farlo per essere pronti anche ad accettare i valori di altri gruppi, di altre collettività. E questo è fondamentale.

Rispetto all'accanimento terapeutico. Era una fortissima provocazione, perché, comunque sia, non posso pensare e accettare che unicamente gli infermieri vengano messi a disagio da situazioni forti, fortissime, su cui c'è una grossa opinione o movimento di opinioni: cioè l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, l'aborto. Sono infatti opinioni della collettività su cui noi, come professionisti, veniamo coinvolti. Ma la mia riflessione provocatoria era questa: se come disciplina infermieristica abbiamo definito un ambito, e quindi una competenza, rispetto, ad esempio a queste situazioni dove entrano in discussione altri bisogni, che sono quello diagnostico-terapeutico, dobbiamo senz'altro affermare che questi due bisogni non competono alla disciplina infermieristica, ma competono a un'altra disciplina.

Cosa vuol dire? Vuol dire che prima di affrontare grosse tematiche, dobbiamo essere in grado di risolvere le problematiche proprie nostre disciplinari.

Un esempio. Se oggi siamo in 4 con un rapporto 1 a 3, 1 a 5 con il nostro paziente e domani saremo in 3, che cosa cambia? Cambia senz'altro il carico di lavoro ma anche in termini etici . Ma è giusto che quell'utente abbia meno opportunità oppure io mi devo comunque prodigare e far tutto purché il mio intervento venga garantito a tutti gli utenti, con lo stesso obiettivo e con la medesima qualità? Infatti l'ho definita come una situazione dove il gruppo deve cominciare a riflettere, a elaborare dei pensieri — come vengono definiti in termini filosofici — problematizzanti, cioè affrontare, con il proprio gruppo e altri — in questo caso il gruppo dei medici — queste situazioni.

Perché altrimenti il dibattito etico, non può essere solo relegato alla bioetica. Ricordo che il discorso di bioetica è nato soprattutto grazie alla compo-

nente medica, quindi è stata una esigenza di un particolare gruppo professionale e quindi il mio suggerimento è stato che come gruppo infermieristico dobbiamo cominciare a elaborare una serie di conoscenze, così come l'abbiamo fatto, appunto, in ambito professionale. Per evitare poi — questo è risaputo, ma ci sono anche delle ricerche fatte in ambito universitario — che, ad esempio, l'insegnamento dell'etica venga affidato (nel termine generale su questo possiamo concordare rispetto ai princìpi generali) a persone o religiose o comunque filosofi. Ma in termini professionali occorre una mediazione, quindi ricondurre questi valori a livello deontologico e in tutte le scuole.

Altrimenti non riusciamo ad avere, comunque, una strada su cui confrontarci, perché, nel momento in cui dobbiamo scegliere, c'è sempre qualcosa che ci mette a disagio.

ELIO DRIGO - Mi sembra importante ricordare come Milena Usai prima parlava dei temi etici della quotidianità, che potrebbero sembrare delle cose molto banali, in realtà sono aspetti di fondamentale importanza, perché — su questi aspetti — l'infermiere ha invece una grandissima competenza e una grandissima incidenza. Per cui incominciare ad affrontare questa etica della quotidianità, direi che è proprio un campo totalmente aperto e a cui si deve dare dignità e nei confronti del quale, tra l'altro, si può determinare una grande qualità dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza sanitaria in generale.

R: ADRIANA DALPONTE - Volevo dire anch'io che, comunque, l'insegnamento dell'etica sta diventando l'insegnamento disciplinare suo specifico. Come sappiamo che esiste il dottorato di etica, ci sono molte scuole, anche in Italia ormai, per questo approccio, anche perché ci si sta allontanando dalla definizione di etica del medico, dell'infermiere, per rivolgere l'attenzione all'etica dell'uomo. Quindi il centro di attenzione diventa l'uomo con tutti i risvolti di specificità, professionale.

Volevo dare risposta a Berto, di Chioggia. Chiedeva quale può essere il futuro in termini di equiparazione, dei titoli per gli infermieri che non hanno la scuola secondaria di secondo grado e quindi la maturità e poi per l'equiparazione ai DU e la progressione nella laurea in scienze infermieristiche.

A tutt'oggi, secondo la normativa, senza maturità quinquennale, non si accede in nessun modo all'università. Questo mi pare che è anche la linea che la Federazione Nazionale Collegi sta tenendo ferma perché le sanatorie sono finite. Il requisito fondamentale, che fa parte dello statuto dell'università, è questo titolo per l'accesso a tutte le facoltà, e quindi credo che l'unica osservazione, eventualmente consiglio, da dare agli infermieri sia quello di frequentare scuole serali e acquisire questo titolo.

Per l'equiparazione, per la progressione poi alla laurea, l'unica esperienza che io conosco è la scuola di Roma della Sapienza che ha costituito una commissione per l'equiparazione dei titoli e l'ammissione a sostenere una tesi

per il titolo di terzo anno di DU. Abbiamo avuto già i primi diplomati quest'anno, in autunno.

D.: PAOLA BARZOTTI - Sono una allieva del terzo anno della scuola professionale di Firenze. Essendo allieva, appunto, di una scuola di infermieri professionali così come è strutturata oggi, ho avuto modo, dopo questa carrellata sul diploma universitario, di confrontare i pro e i contro di un diploma universitario.

Penso che questo passaggio potrebbe, in effetti, contenere degli indubbi vantaggi, come per esempio: una maggiore specializzazione tecnica, la possibilità di specializzazione, un maggior riconoscimento dello status sociale, un maggior riconoscimento economico, una età sicuramente più adeguata al momento di accingersi alla formazione.

La mia paura però è che, come spesso accade, da una parte si ottengano dei vantaggi, cioè dei miglioramenti, e dall'altra si butti alle ortiche tutto ciò che c'è di buono e a cui siamo arrivati dopo un faticoso processo durato anni.

Infatti, i concetti che voi portate avanti in questo congresso, che sono stati portati avanti nei congressi IPASVI, come la professionalità, i piani di assistenza, l'etica, l'assistenza supportiva, rispondere ai bisogni del malato con una visione olistica del paziente, sono concetti su cui noi lavoriamo da 3 anni che, vi assicuro, non sono sicuramente troppi per riuscire a farli propri e a viverli anche nell'assistenza.

Quando la signora Lolli parlava di indottrinamento, critica e integrazione intellettuale, mi è venuto spontaneo il parallelismo col sapere, saper fare, e saper essere che sono concetti su cui lavoriamo. Il sapere, per esempio, appunto si può paragonare all'indottrinamento, cioè il passaggio delle conoscenze dal docente al discente. Il saper fare, alla critica, anche se ci sta un po' stretto, comunque è un saper analizzare le nozioni che si sono ricevute, saper applicarle, farle proprie e confrontarle in un possibile tirocinio.

Faccio presente che facciamo 2700 ore di tirocinio e sono molte, unite alla teoria che sono altrettante ore. Io non so quante ore facciano per il diploma universitario, ma so che il programma è molto, molto minore e che questi ragazzi stanno in reparto più come osservatori che come esecutori.

Terzo punto: l'integrazione intellettuale, appunto, si può paragonare al saper essere, cioè il passo che distingue l'addestramento dalla formazione. Unire il sapere e il saper fare, elaborarli, farli propri e saper essere un buon infermiere.

Questo saper essere è, secondo me, un punto forse carente dell'università, perché non si può prescindere dalla dicotomia che è sempre esistita tra scuola, specialmente scuola professionale, e università, che riconosce una preparazione più tecnica, teorica, all'università e un compito formativo, nella totalità dell'individuo, alla scuola specialmente professionale.

Vengo al punto per ricordarvi le mie due domande: la mia paura è quella che si formino dei piccoli medici e che, come tali, porteranno con sé tutte

le carenze nell'approccio psicologico-relazionale con il paziente che, credo, tutti noi abbiamo avuto modo molte volte di osservare in reparto e più una carenza nel saper fare data da un programma di tirocinio un po' scarso.

D.: Pietro Capodiferro Sant'Orsola (Bologna) - Volevo fare una domanda a Dalponte. Volevo chiedere, quali sono o quali dovrebbero essere i criteri in base ai quali alcune delle scuole regionali dovranno chiudere, in visione della nuova formazione.

Poi volevo fare anche un appunto e una domanda, nello stesso tempo, a Milena Usai: volevo chiederle se non sia giunto il momento che l'insegnamento dell'etica venga anche permesso a «non-religiosi», a persone che abbiano una visione «laica» perché credo che l'insegnamento d'un religioso porti automaticamente ad una certa classificazione, a chiudersi in una gabbia da cui non si può uscire. Questo lo dico in visione delle nuove e delle mutate esigenze etiche, sia da parte di noi operatori che dovremmo avere una visione molto più generale, molto più anche interrazziale. Mi sembra che oggi, nel 2000, è importante che l'etica venga insegnata in questi termini, perché altrimenti rischieremmo di fermarci.

D.: Miriam Pittarello (Padova) - Volevo sapere la discrepanza che c'è oggi tra le scuole a livello regionale — come programma di studio — e quelle a livello universitario.

R: Angela Lolli - Inizio dalla riflessione della studentessa, sicuramente molto interessante. A mio avviso però ritengo necessario puntualizzare almeno due aspetti.

Il suo parallelo che ha fatto rispetto a ciò che ho illustrato sull'insegnamento universitario e la nota classificazione «sapere, saper fare, saper essere», non è coincidente, non c'entrano proprio nulla. Se la studentessa lo vuol fare, non ci sono problemi, ma probabilmente la sintesi con cui ho esplicitato questi concetti può far indurre questo parallelo, in realtà la definizione e il processo educativo che stanno a monte delle diverse fasi è stato studiato in termini più complessi e soprattutto diversi da quello che lei ha indotto e pensato. Personalmente ritengo che tutto il patrimonio che, in qualche modo, si è sviluppato nell'ambito delle nostre scuole è veramente ricchissimo, ma ritengo anche che non andrà perso nell'ambito universitario. Si tratta di definire questo ingresso in termini più chiari e sicuri. Andrà perso, a mio avviso, nel momento in cui non ci sarà piena responsabilità dell'infermiere nell'insegnamento della scienza infermieristica. Allora sì, andrà perso; ma se sarà l'infermiere docente a insegnare la sua materia — chiamiamola così per utilizzare un termine scolastico — ai futuri infermieri, questa tradizione non sarà andata persa. Se saranno altri che decideranno per lui, allora sì; e oggi come oggi, a mio avviso, se nulla cambia, questo succederà.

Rispetto al problema che la studentessa ricordava sulla scuola attuale

e la scuola universitaria. Un punto fermo, in questa analisi, è proprio il fatto che il corso universitario non è scuola professionale. Significa che per definizione la formazione di un professionista avviene in università, punto fermo, e soprattutto avviene al di fuori dell'organizzazione del lavoro. La collega Usai l'ha detto nella sua relazione, e io recupero questo concetto. Il professionista si forma al di fuori dell'organizzazione del lavoro, proprio perché in qualche modo, il rischio è che la formazione di quel professionista sia funzionale all'ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, piuttosto che all'ospedale San Carlo di Milano. Non deve essere così. Inevitabilmente la formazione universitaria si serve dell'organizzazione con le dovute convenzioni, si serve dell'organizzazione come momento del tirocinio, ma non dipende dall'organizzazione, non è l'organizzazione che definisce i contenuti specifici della formazione. È l'istituzione che ha questa responsabilità, che li va definendo sulla norma. Oggi, invece, i confini non sono chiari: molte volte l'infermiere che si è formato in una data scuola, ha difficoltà ad inserirsi in altre realtà. Perché il vissuto non è lo stesso, i contenuti non sono gli stessi, a volte l'operatività cambia, per non dire come a volte cambia la concezione di assistenza infermieristica.

Ecco che cosa ho inteso quando parlavo di integrazione intellettuale, nel momento in cui ci riconosciamo tra colleghi e in qualche modo ci distinguiamo dagli altri professionisti. È questa la grande nostra conquista che oggi come oggi ancora tra di noi ci lascia sconcertati: che cosa è l'assistenza infermieristica, quale è il nostro specifico contributo alla tutela della salute. Ognuno di noi, purtroppo, oggi come oggi, dà frequentemente risposte diverse. Questo non lo dobbiamo più ammettere proprio perché, come diceva Pitacco, ormai la nostra sfida è culturale, non è di contrapposizione ad altri professionisti.

Ecco qual è il nocciolo irrinunciabile: nella scuola professionale io formo un operatore che non chiamo neanche professionista (scusatemi la provocazione), funzionale per l'organizzazione che incide fortemente sui contenuti formativi di quella scuola.

Nell'ambito dell'università tutto questo non deve succedere perché la titolarità dell'insegnamento è di un'istituzione diversa. A questo punto raggiungiamo quell'integrazione intellettuale che fa sì che quella comunità professionale sia compatta, cosa che oggi a volte, ci fa trovare momenti di crisi molto forte perché questa compattezza ancora non l'abbiamo raggiunta. Ce lo diciamo qui, mai lo sosterrò in altre sedi, mai sosterrò che la professione infermieristica non è unita. Qui però, giocando in casa, questa considerazione lasciatemela fare.

R: Adriana Dalponte - Pietro Capodiferro di Bologna chiede i criteri in base ai quali alcune scuole regionali dovranno chiudere.

Io non ho la competenza per rispondere in maniera esaustiva a questo anche perché si attende che vengano definiti questi criteri dalla normativa. Sta di fatto che, una delle prerogative che pone l'università, è che le scuole che si possono eventualmente convenzionare con l'università devono avere dei

requisiti minimi, sia per quanto riguarda le strutture dove fare tirocinio, sia per quelle che sono le strutture didattiche e l'opportunità che può avere lo studente in termini di apprendimento.

Il fatto poi che chiuderanno alcune scuole, indipendentemente dall'università, chiuderanno comunque, perché il problema è che andremo verso una disoccupazione infermieristica. Le proiezioni sono queste, sono mutati i contratti di lavoro, dovremo lavorare fino a più di 60 anni e, tra l'altro, sono mutate le condizioni economiche del Paese dove, anche chi può andare in pensione e ha i requisiti, qualche volta si ferma perché è l'unico imput economico della famiglia. Ho visto che in tutte le nostre scuole, i diplomati di quest'anno hanno avuto problemi all'accesso al posto di lavoro. A Trento, abbiamo venti posti e 220 domande.

La discrepanza tra scuole regionali e universitarie. Continuo a ribadire comunque che la discrepanza c'è ed è notevole, ma che — come per tutto quella che è stata la storia delle nostre scuole — non sono così vincolanti le leggi. Perché se andiamo a vedere la nostra situazione nazionale, nelle nostre scuole, abbiamo tutti le stesse leggi, ma scuole con indirizzi formativi, percorsi formativi, numero di ore, caratteristiche nel tirocinio così differenziate che, abbiamo da portare un sacco di esempi. C'è chi interpreta la legge come le ore massime, chi invece ritiene siano le ore minime da accertare rispetto alla CEE, e quindi tutta la discrezionalità del direttore didattico e dell'équipe didattica ad ampliare programmi ed ore.

Io posso solo dire che, per l'esperienza che ho avuto in questi 3 anni all'interno dell'università, ho trovato una grande apertura e un grande riconoscimento all'autonomia del docente. Cioè il docente ha le sue ore minime da fare, ma nessuno interviene se decide di ampliare i programmi o se aumenta l'orario delle lezioni. È un contratto che si fa con gli studenti e ne ha piena autonomia.

Avete visto che anche i riferimenti alla legge, per quanto riguarda le responsabilità del docente universitario, dice: minimo 250 ore annue, minimo. Parla anche di piena libertà di insegnamento e di ricerca scientifica, quindi c'è una altissima discrezionalità da parte del docente. C'è il problema di come lo giochiamo, indubbiamente: quanto noi dentro questa università, abbiamo forza come impegno della professione, come proposta culturale, a trovare spazi e proposte formative.

La discrepanza significativa tra le scuole regionali e l'università — concordo in particolare con Lolli — è culturale. L'università ha tradizione, ha cultura, ha come peculiarità la formazione e l'approfondimento delle conoscenze e quindi, prevalentemente, l'impegno è di indagare lo studente da un punto di vista scientifico e la ricerca. Per quanto riguarda il tirocinio pratico, a mio parere, l'università ha pochissima esperienza. Dobbiamo portarla noi questa esperienza, però ogni laureato fa prove pratiche, se non prova pratica ma di applicazione delle conoscenze, quali sono le tesi.

R: MILENA USAI - Volevo introdurmi anch'io in questo discorso, anche come esperienza nella attivazione del diploma universitario in scienza infermieristica, in quanto coinvolta come altri colleghi nell'attivazione di questo percorso.

Per demitizzare alcuni dubbi sempre più ricorrenti rispetto al discorso del tirocinio, ci sono delle indicazioni legislative chiare. La tabella XXXIX/Ter, ripropone in termini quantitativi il monte ore previsto dall'accordo previsto a Strasburgo. Lascia però a ogni ateneo, rispetto alla propria autonomia decisionale, la possibilità di decurtare, per ogni anno, al massimo il 50% del monte ore previsto, ma riconosce come fondamentale il passaggio e la attivazione del tirocinio, tanto è vero che lo pregiudica fondamentale per poter affrontare gli anni successivi. Cosa vuol dire? Lo studente non può affrontare gli esami del secondo o terzo anno (in università si parla di semestri), se non ha dato un riscontro, rispetto alla valutazione della attività tecnico-pratica, quindi del tirocinio. Questa è la prima puntualizzazione.

È ovvio che ci sono delle diversità tra diverse attivazioni del diploma universitario. Ma queste, unicamente, sono dovute a come il gruppo professionale è riuscito a intervenire e a fare riconoscere la propria competenza. Comunque sia Lolli che Dalponte lo hanno sottolineato bene: in università la logica con cui viene attribuito valore a una persona è unicamente la competenza. E con questo i colleghi hanno ottenuto maggiori risultati, per cui hanno, chiaramente anche nella programmazione del tirocinio, fatto affrontare agli studenti le stesse tecniche, lo stesso percorso che viene attualmente affrontato nelle scuole di tipo regionale.

È ovvio però che laddove non ci sono riusciti, tutto è da ricollegarsi a quanto Lolli diceva questa mattina: il fatto che ufficialmente una riconoscenza consolidata ancora non l'abbiamo, per cui, anche il percorso a livello universitario nei confronti del diploma universitario, è una scommessa, soprattutto per il gruppo che viene coinvolto.

Rispetto all'insegnamento dell'etica, volevo dire che non è tanto importante la persona religiosa, e non religiosa. Ognuno di noi, poi, effettua una propria scelta a livello di fondamento dell'etica: chi sceglie l'uomo, e quindi una visione laica, chi sceglie Dio, quindi una visione religiosa. La cosa importante, a mio avviso, è che da un punto di vista infermieristico, ben venga il supporto di filosofi, ben venga il supporto di religiosi che possono dare un contributo sul dibattito su quelle che sono le situazioni e le valutazioni dei princìpi e dei valori universali. Ma, per quanto riguarda invece il campo specificatamente professionale devono essere gli infermieri professionali, e quindi il gruppo stesso, a effettuare questa rielaborazione.

Per cui, all'interno del percorso, ben venga, all'inizio, e quindi nel percorso formativo, il supporto di persone estranee alla professione. Il dibattito accresce da un punto di vista culturale il patrimonio infermieristico, ma poi, nella realtà, nel discorso comportamentale, devono essere gli infermieri a fare

questa mediazione. Ovviamente devono essere gli infermieri preparati. Sul discorso etico devono essere rivisti sicuramente i percorsi.

D.: MIGALLO (Monselice) - Lavoro in rianimazione e sono una caposala. Io ho qualche dubbio: se domani vengo chiamata in direzione sanitaria e mi dicono: lei domani avrà nel suo reparto un infermiere con il diploma universitario. Non so se domani lo potrei mettere in turno con la preparazione che è stata elencata in questa maniera.

D.: VALENTINI (Milano) - Ho la qualifica di vigilatrice di infanzia. Mi sento un po' un dinosauro perché mi sembra che la nostra qualifica sia in via di estinzione. Volevo sapere dalla signora Lolli o dalla signora Dalponte che futuro potremo avere noi come vigilatrici, se ci potremo unificare alle professionali in qualche modo, nell'inserimento in università, se ci sarà un'area pediatrica, se avremo possibilità di fare degli esami di parificazione, come diceva appunto, la signora Dalponte prima.

Volevo fare anche una considerazione: io non vedrei tanto l'infermiere professionale che esce da un DU come un oppositore, perché, effettivamente, questo inserimento in università l'ha voluto tutta la nostra professione per cui lo vedrei un po' di più come un collega al quale noi abbiamo dato un incarico, l'abbiamo investito perché sappia un po' più di noi che sappiamo fare. Io mi sento una che sa fare, mentre chi esce dal DU è uno che sa un po' di più, sa un po' di più in scienze infermieristiche. Per cui mi sento di dire che forse questi nostri futuri colleghi devono essere avvicinati da noi più per un confronto, più per lavorare insieme, confrontarsi ed andare avanti piuttosto che essere visti come dei nemici o dei piccoli medici che ci possono dar fastidio.

D.: DANIELE WALTER (Padova) - Ho preso la parola solamente per fare un piccolo invito per considerare la situazione. Prima si è parlato un pochino della laurea e dell'importanza che sia specifica per gli infermieri e non quindi allargata anche ad altre categorie. Io sono anche fisioterapista. Non voglio sicuramente difendere la categoria o qualcosa del genere perché sono molto più infermiere che fisioterapista e soprattutto, anche quando, in futuro, lavorerò come fisioterapista, non smetterò sicuramente di essere infermiere.

Volevo solo invitare a considerare l'urgenza della situazione che il fisioterapista si trova a dover gestire adesso, cioè quindi alla mancanza di possibilità di gestire il paziente che è sicuramente un'esigenza diversa, ma non meno importante di quella che sente adesso, e che sento io come infermiere, di poter gestire meglio l'assistenza al paziente. Per cui, so che noi come infermieri abbiamo lottato tanto per avere la laurea, però invito e chiedo — anche se probabilmente la risposta è scontata —: è così necessario che sia specifico il corso di laurea per infermieri?

D.: FERRI (Bologna) - Io vorrei fare due brevissime considerazioni e una domanda.

Io so che la formazione infermieristica universitaria a Varese sta andando veramente molto bene, a differenza di quello che abbiamo sentito a Foggia, tanto per non fare nomi, ma è stato detto qui pubblicamente ieri.

Quindi, ancora una volta gli infermieri, hanno una grande responsabilità là dove quei DU vengono attivati a condurli come si deve secondo i princìpi che abbiamo. Questo vuole anche essere rassicurante in quanto noi stiamo lavorando moltissimo intorno al protocollo di intesa e al coinvolgimento della Regione.

Sempre sulla scia di questo discorso, le università sono molto preoccupate per i diplomi universitari in senso lato. A Bologna è in atto una ampia ricerca, c'è stato un convegno, un mese fa ha parlato a riguardo la senatrice Callarigalli e sta mettendo a punto i requisiti minimi che tutte le scuole universitarie per il conseguimento dei DU devono avere.

Questo documento lo stiamo esaminando e debbo dire che richiede molte strutture.

La domanda che volevo fare riguarda il tutor, mi rivolgo in particolar modo ad Adriana Dalponte.

Non mi sembra che il tutor, almeno come prevede l'art. 13 della legge 341 sia soltanto per l'acquisizione delle abilità, tanto è vero che noi nel convegno del 12 maggio a Ferrara, abbiamo presentato un piccolo studio e ci sembra che debba essere veramente quel professionista che è a tutti gli effetti un docente, che di fatto fa da collegamento tra gli aspetti teorici e gli aspetti pratici e discute con gli studenti tutte le esperienze di tirocinio.

Una considerazione rispetto a una delle ultime domande: ho paura se devo avere un neodiplomato che mi esce dal DU. Non deve avere nessuna paura del neodiplomato che esce dal DU perché è un infermiere come tutti gli altri. Non è di più né di meno, tanto è vero che è qui si è parlato anche di livelli differenziati. Queste sono cose sulle quali dobbiamo avere assolutamente le idee chiare e non fare assolutamente nessuna differenza.

Mi sembra, poi, Usai, che non sia il 50% la riduzione, ma il 25, non vorrei sbagliarmi.

Questo certamente è un discorso molto nuovo perché noi sappiamo che l'accordo di Strasburgo non prevede abbuoni. Vorrei approfondire il discorso sul tutor, se è possibile. Grazie.

D: ANNALISA SILVESTRO - Mi rivolgo a Usai, mi levo un po' dalla tematica «formazione», per chiedere se lei ha avuto modo di riflettere, per quanto riguarda l'etica, su una cosa che ho riscontrato leggendo alcuni articoli scientifici e che si collega un po', a quello che è stato il tema di questo congresso: le risorse economiche, la grossa ricaduta che una valutazione costante e continua dei vincoli economici, ha poi nel decidere che tipo di assistenza dare e fino a che punto protrarre l'assistenza.

Ho letto che ultimamente, più che parlare di accanimento terapeutico, comunque inteso come una parte in un certo senso negativa e finale di un percorso, si comincia a riflettere sull'efficacia clinica. Cioè cominciano a porsi questo problema, soprattutto per quanto riguarda la criticità vitale (visto che siamo di area critica). Partendo da un punto A, rispetto a una situazione patologica, per arrivare a un punto B, che può durare due giorni, io riverso una quantità enorme di risorse tecnologiche, umane, competenze, farmaci, ecc., e ottengo un certo risultato.

Per arrivare dal punto B al punto C, ci metto 10 giorni: altre risorse umane, tecnologiche, farmacologiche, ecc., ma il riscontro oggettivo è minimo. Non posso dire che non sono efficace, perché in realtà l'intervento da B a C, ha la sua rilevanza e produce dei cambiamenti. Però ci si chiede quale sia l'efficacia clinica e assistenziale rispetto al risultato finale che si modifica di pochissimo, e rispetto al vincolo economico. Quindi non si parla più di accanimento terapeutico, qui siamo in un discorso più complesso che ci costringe a una riflessione etica ancora più importante. È innegabile che sto presidiando la vita di questa persona, che sto cercando di fare qualità di vita, però è altrettanto innegabile che i risultati sono talmente minimi rispetto a quante risorse impiego che — parlo dell'America del Nord — ci si comincia a chiedere che tipo di compromissione etica abbia questo discorso rispetto al fatto che le risorse sono finite e tante più risorse io utilizzo per una situazione, tante meno ne posso utilizzare per un'altra altrettanto grave.

Volevo sapere se hai avuto modo di riflettere su questa cosa. Grazie.

R: ANGELA LOLLI - Vorrei rispondere alla collega Valentini per quanto riguarda la figura delle vigilatrici di infanzia. Bisogna ragionare sull'esistente e nella fattispecie sulla tabella XXXIX/Ter che è l'allegato al decreto che ha istituito il corso di diploma universitario in scienze infermieristiche. Secondo la tabella XXXIX/Ter sono presenti 3 indirizzi: assistenza generale, assistenza generale pediatrica, assistenza generale ostetrica. Questo è il dato di realtà.

Questi 3 indirizzi sono stati fortemente contestati, prima di tutto dalle ostetriche e già hanno ottenuto un loro percorso. Quindi già questo punto dovrà essere cambiato. Nell'ambito delle normative CEE, dove noi dobbiamo muoverci obbligatoriamente, parliamo di assistenza generale, non si parla di altre questioni. La professione infermieristica ha anche criticato questi tre indirizzi perché avrebbero come ritorno la creazione di 3 professioni distinte, non di una professione. Questo è un aspetto di principio su cui si è insistito molto.

Ma al di là della XXXIX/Ter coi suoi indirizzi contestabili, il problema è: che cosa vuole la professione infermieristica? Vuole questo, oppure vuole unità nell'ambito del gruppo; dipende dall'obiettivo che si pone, dipende dal suo volere, perché, a mio avviso, pensando a questo percorso, nel momento in cui si parla di professione infermieristica, ecco che allora questa collocazione viene vista come formazione complementare. Se ragiono in termini di

normativa universitaria, diventa un diploma di specializzazione. Giusto o sbagliato non c'è a mio avviso.

Se si mantiene un corso parallelo a quello dell'infermiere professionale, il rischio è di mantenere distinto questo gruppo di vigilatrici piuttosto che di infermiere con indirizzo nell'ambito dell'assistenza generale pediatrica distinto dall'altro, con sempre un po' questa discrepanza, questa diversità di linguaggio, di posizione, di vissuto. Quindi è importante capire che cosa vuole la professione infermieristica. A mio avviso, se si sceglie di mantenere questi due indirizzi, si mette in gioco l'unità del gruppo professionale.

Sempre alla collega Valentini; nel momento in cui va definendo l'infermiera che uscirà dal corso universitario con l'espressione «sarà un po' più di noi» ... non lo condivido affatto, sono d'accordo con l'opinione della signorina Ferri: sarà un infermiere. Se già entriamo nell'ottica di: sarà diverso da noi, sarà un po' più di noi, sarà meno di noi, partiamo col piede sbagliato, perché ritorniamo in quelle dinamiche che non sono assolutamente di vantaggio per la professione.

Al collega che ricordo avere anche il diploma di fisioterapista, oltre a essere infermiere professionale, che, se non sbaglio, si poneva la domanda: ma allora è proprio necessario avere una laurea in scienze infermieristiche e tutta per gli infermieri?

Sì, è necessario avere una laurea in scienze infermieristiche, ma non come assunto teorico iniziale indiscusso. È necessario per me avere la laurea in scienze infermieristiche cui accedono solo gli infermieri per 2 motivi: perché per definizione, una professione, controlla la sua formazione e l'esercizio.

Se io controllo la formazione, vuol dire che, con la laurea, potrò avere la titolarità e quindi potrò avere la cattedra perché oggi come oggi, come diceva la collega Dalponte, i professori di prima e seconda fascia che hanno la titolarità, sono laureati. Di conseguenza, è un requisito fondamentale per controllare la formazione se vogliamo che gli infermieri restino infermieri, che non diventino mini-medici perché sono altri che ci formano e non noi.

Sul versante organizzativo, l'altro requisito di una professione è che si controlla, si gestisce in piena autonomia, nel rispetto dell'autonomia del professionista. Allora, se io guardo alle nuove disposizioni, chi sono i primi dirigenti, chi occupa la prima fascia della dirigenza? I laureati. Lo siamo? No.

Allora ci giochiamo anche questo.

R: Milena Usai - Volevo confermare a Ferri che è il 50% rispetto alla decurtazione delle attività tecnico pratiche e, comunque sia, le esperienze positive che hanno caratterizzato alcune attivazioni del diploma universitario — non in tutte le città, purtroppo — sono da attribuirsi, come già affermavo in precedenza, all'impegno e alla coesione degli obiettivi da parte del gruppo. Non solo dei colleghi coinvolti nella docenza e nel tutorato, ma soprattutto anche la condivisione di tutto il gruppo professionale che ruota attorno a quella città e a quel polo.

Certo, le perplessità ci sono; la collega caposala diceva: io se domani avrò in corsia con me un infermiere universitario, sono perplessa, sono scettica. L'importante è che come gruppo, se abbiamo condiviso questa scelta, dobbiamo partire dalla convinzione che il grosso patrimonio culturale è attualmente nelle mani del gruppo professionale infermieristico italiano. Per cui, comunque sia, la formazione a livello universitario e il prodotto di questa formazione, dipende esclusivamente dagli infermieri. Se già noi comunque dimostriamo ai gruppi esterni, così poco convinti, di quale prodotto andremo a formare, questo senz'altro non va a nostro vantaggio. Bisogna comunque dire che la tabella XXXIX/Ter, così come è stata approvata nella prima stesura, non soddisfa gli infermieri, comunque sia. Ci sono grosse contraddizioni interne, non c'è un riconoscimento della disciplina. Ed è per questo che comunque gli infermieri hanno chiesto di rivederla anche grazie all'esperienza dei colleghi che si sono confrontati su questa cosa.

Rispetto alla problematica che citava Silvestro, è alquanto complessa e bisogna notare come siano soprattutto i paesi nordici a mettere in discussione, o comunque riproporre in maniera molto delicata (e anche insidiosa da un punto di vista etico) nel ragionamento queste tematiche. Il tutto è sempre legato alla correlazione che c'è tra il concetto di salute e la risorsa economica. Tutto l'approccio nel mondo sanitario, almeno europeo ed extraeuropeo, è collegato fortemente alle risorse economiche.

Quindi, in questo momento si sta mettendo in discussione il discorso economico con il risultato. Conviene o meno continuare a investire comunque risorse per quella persona che non ha, da un punto di vista clinico, prospettive?

È molto insidiosa, provocatoria, questa affermazione, ma è anche molto realistica, perché comunque sappiamo che nelle terapie intensive americane la persona, dopo un tot di tempo, viene dimessa, d'amblé e riversata nella comunità. Forse la comunità americana intesa come assistenza territoriale avrà altre caratteristiche rispetto alla nostra, però devo sottolineare che questa esigenza nasce da una valutazione medica, comunque se ne parla, e clinica quindi di diagnosi e terapia, e di costi.

Quindi, da un punto di vista infermieristico è importante che elaboriamo in fretta per poter inserirci in questo dibattito, anche perché poi il disagio vero e proprio lo affrontiamo noi come gruppo professionale, nella quotidianità, come affermavo prima.

R: Adriana Dalponte - Passo subito alla risposta della collega Ferri. Mi sembra importante quello che ha sottolineato; andare a fare formazione all'interno dell'università, non vuol dire che neghiamo le differenze. Le nostre scuole regionali hanno delle differenze in termini di risultato formativo, sarà un po' così anche nelle università. Forse anche nelle scuole regionali di Varese e Foggia c'è qualche differenza. Cioè, quanto fanno gli uomini è il risultato e quindi il ruolo del docente è centrale per proporci sui risultati.

Sul problema del tutorato voglio precisare che la sfida culturale è per

l'insegnamento delle scienze infermieristiche e il tutorato delle abilità, ma come processo unico. Mi sembra anche interessante attivare i posti di ricercatore, visto che il ricercatore è un'altra possibilità in più all'interno dell'università ed è l'unico criterio di selezione all'interno dell'università dove c'è anche prova pratica; cioè non ci sono solo le conoscenze scientifiche, ma anche le prove pratiche.

ELIO DRIGO - Vorrei ringraziare tutti quanti sono intervenuti e quanti hanno avuto la costanza di ascoltare gli interventi, soprattutto anche per la grande qualità degli interventi che sono stati fatti, che credo hanno contribuito moltissimo ad integrare quanto era stato presentato come stimolo dalle 3 relatrici di questa mattina. Credo che sia una esperienza veramente molto importante e molto significativa ed arricchente per tutti noi, questa possibilità direi abbastanza rara, di discutere in maniera così approfondita, tematiche che hanno una incidenza decisamente stravolgente per quella che è la nostra realtà nazionale.

INFERMIERI DELL'AREA CRITICA: USO DI SOSTANZE VOLUTTUARIE ED INCIDENTI IN AMBIENTE DI LAVORO (*)

G.B. MODONUTTI [1], G. PITACCO [2], D. DE CESARO [2], A. SILVESTRO [3], E. DRIGO [3], C. ONOFRI [4], R. D'AMURI [4]

(1) Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni - Università di Trieste
(2) IRCCS «Burlo Garofolo» - Trieste
(3) Ufficio Aggiornamento - USL n. 7 Udinese
(4) ANIARTI

Agli operatori sanitari non medici — Infermieri Professionali e Pediatrici, Assistenti Sanitari, Assistenti Sociali — viene affidato dalle istituzioni politiche e socio sanitarie nazionali (1, 2, 3) ed internazionali — Progetto «Salute per tutti entro l'anno 2000» — (4) un compito determinante nella promozione e salvaguardia della salute.

In questo contesto l'uso di sostanze voluttuarie — bevande alcoliche, fumo di tabacco, farmaci — costituisce uno dei più importanti fattori di rischio evitabile per la salute ed in quanto tale si può mirare alla sua prevenzione e/o riduzione attraverso interventi specifici di educazione alla salute.

A tal proposito il personale infermieristico è impegnato quotidianamente, in prima persona, nella lotta all'uso di sostanze voluttuarie allo scopo di mantenere e potenziare stili di vita sempre più salubri (5, 6).

Per parte sua, la pratica professionale che prevede una stretta convivenza del personale sanitario non medico con i problemi da uso di sostanze ed una buona conoscenza della loro natura, proprietà, effetti e rischi associati al loro utilizzo, contribuisce alla formazione del bagaglio tecnico e del patrimonio culturale essenziali per gli operatori impegnati nell'educazione alla salute (7, 8).

Non si può tuttavia non tener conto che il vissuto del singolo, i problemi di ogni giorno, l'intensità (elevata qualità e quantità delle prestazioni), la particolarità (turni e lavoro notturno) ed i rischi specifici (fisici, chimici, biologici, Burn-out) ai quali espone la pratica professionale condizionino il modo di porsi degli infermieri nei confronti delle sostanze voluttuarie, ad es. inducendoli al loro utilizzo, ed influenzino l'efficacia degli interventi di educazione alla salute.

Tutto ciò ha dato inizio ad una intensa e serrata discussione critica sulle problematiche della salute relative all'«Uso di sostanze voluttuarie e professioni infermieristiche» ed agli «Incidenti in ambiente di lavoro».

Una prima presa di coscienza sull'argomento è stata resa possibile dall'analisi dei risultati di alcune indagini condotte da diversi studiosi:

(*) Lo studio è stato realizzato con il contributo dell'ANIARTI e del MURST per il Programma di Ricerca di interesse Nazionale «Epidemiologia e prevenzione delle infezioni e malattie non infettive» - 1991.

a) sull'uso di sostanze voluttuarie, psicotrope e non, da parte del personale infermieristico (9, 10, 11) e degli allievi delle scuole di formazione infermieristica (12, 13);

b) e sui rischi da lavoro ospedaliero (14, 15, 16, 17) dai quali emergevano informazioni interessanti e di una certa preoccupazione, sui modelli di comportamento, il background culturale ed i possibili rischi nei confronti della salute.

Scopo del lavoro

Queste considerazioni ci hanno indotto a programmare una ricerca intesa:

1) ad acquisire le abitudini, gli atteggiamenti, i comportamenti e le conoscenze della popolazione infermieristica nei confronti dell'uso di sostanze voluttuarie — bevande alcoliche, fumo di tabacco e farmaci;

2) a valutare l'entità della popolazione infermieristica esposta a rischio per l'uso di queste sostanze;

3) a definire numerosità, frequenza e tipologia degli incidenti di cui è vittima la popolazione infermieristica in ambiente di lavoro.

Scelta della popolazione

In fase di programmazione è stata presa in considerazione l'opportunità di condurre l'indagine epidemiologica sugli iscritti ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri dell'Area Critica).

Tale eventualità è stata accantonata in quanto gli iscritti all'Associazione non costituivano un un campione rappresentativo della popolazione infermieristica italiana tale da consentirci il dimensionamento e la scelta di un campione rappresentativo , stratificato almeno per classe di età e sesso nel rispetto della distribuzione reale dell'universo, sul quale condurre l'indagine.

A fronte di queste difficoltà, valutate le possibilità e le opportunità di dar corpo all'indagine nei diversi ambienti infermieristici, il gruppo di ricerca ha scelto di effettuare lo studio sugli Infermieri dell'Area Critica (CCN).

Modalità di esecuzione della ricerca

Concretamente, la ricerca ha visto la sua realizzazione in seno all'ANIARTI che ha fra i suoi interessi la formazione, l'aggiornamento, la professionalizzazione e lo studio dei fattori di rischio evitabili per la salute degli associati.

Il gruppo di studio ha individuato nei delegati regionali dell'ANIARTI i referenti sul territori.

Ottenuta la loro disponibilità si è provveduto, attraverso una serie di incontri programmati, ad informare e sensibilizzare i delegati regionali sugli scopi della ricerca, ad istruirli dettagliatamente sulle modalità di approccio e di somministrazione delle schede questionario ed i tempi di attuazione dell'indagine.

Per parte loro i delegati regionali si sono fatti carico di contattare, nelle aree di competenza, gli iscritti alla Associazione e, tramite questi ultimi, di distribuire la scheda questionario ai colleghi che prestavano servizio nei reparti dell'Area Critica senza influenzarne la compilazione.

Ai CCN coinvolti nella ricerca, presso le Unità Operative dell'Area Critica, è stata proposta la compilazione di una scheda questionario anonima, autosomministrata, semistrutturata appositamente preparata per la raccolta delle informazioni di interesse.

Strumento di indagine

Lo strumento di indagine era costituito da una scheda questionario anonima, autosomministrata, semistrutturata, appositamente preparata per la raccolta di informazioni specifiche relative allo status anagrafico, socio-culturale e professionale, all'attività lavorativa, ai modelli di comportamento, background culturale sulla natura, proprietà, effetti e rischi psico medico sociali associati all'uso delle diverse sostanze voluttuarie — bevande alcoliche, fumo di tabacco, nervini e farmaci —.

Nella prima parte della scheda questionario, usando uno schema già utilizzate in altre ricerche (9, 10, 11, 12, 13), venivano richieste alla popolazione infermieristica informazioni che consentissero una caratterizzazione della stessa in funzione dello:

a) *status* sociale;
b) formazione professionale;
c) posizione ed attività lavorativa.

Per la raccolta delle notizie specifiche relative alle diverse sostanze voluttuarie sulla scheda questionario venivano proposte una serie di domande intese a valutare:

d) gli attuali rapporti con la sostanza;
e) età, luogo, occasione e motivo del primo approccio;
f) modelli di consumo — qualità, quantità e frequenza —, luogo, occasione, motivo e comportamento a rischio da uso di sostanze;
g) uso delle sostanze in ambiente di lavoro;
h) uso della sostanza — qualità, quantità e frequenza — e percezione del rischio per la salute;
i) opinioni sulla natura, proprietà ed effetti della sostanza.

Analogamente, i dati sugli incidenti in ambiente di lavoro sono stati raccolti attraverso una serie di domande che intendevano indagare:

l) sulla numerosità, la frequenza e la tipologia degli incidenti subìti dalla popolazione infermieristica in ambiente di lavoro nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca;

m) sulla numerosità, la frequenza e la tipologia degli incidenti evitati, nello stesso periodo, dalla popolazione infermieristica in ambiente di lavoro;

n) sui reali rischi ai quali la popolazione infermieristica ritiene di essere esposta in ambiente di lavoro.

Elaborazione dei dati

Le informazioni raccolte su materiale cartaceo sono state opportunamente codificate, inserite in computer, sottoposte ad «editing» ed elaborate utilizzando lo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (18).

Per quanto riguarda l'analisi statistica dei dati abbiamo utilizzato:

— il test di Student per il confronto fra due medie campionarie (19);
— il test del CHI-2 per il confronto fra le frequenze (20).

Caratterizzazione della popolazione

La ricerca è stata condotta nel periodo maggio-giugno 1993 ed ha interessato 355 infermieri dell'Area Critica, 105 maschi (29.6%) e 250 femmine (70.4%), che prestavano servizio nelle Unità Operative di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva, Cardiologia, Unità Coronarica, Rianimazione Cardiochirurgica, Pronto Soccorso, Unità di Emergenza, Dipartimenti di emergenza, Autoambulanze (118) e Centri Traumatologici in 10 regioni italiane dislocate prevalentemente al centro nord del Paese (Fig. 1).

La popolazione infermieristica coinvolta nello studio ha un età media di 30.4 anni e le femmine (29.1 anni) sono in generale di qualche anno più giovani dei maschi (33.3 anni).

Analogamente, dalla distribuzione percentuale dei CCN in funzione delle classi quinquennali di età si evince che il 92.0% della popolazione femminile a fronte del 62.2% di quella maschile ha meno di 40 anni (Tab. 1).

In particolare il 58.0% delle infermiere ed 29.3% dei loro colleghi afferma di avere fra i 20 ed i 29 anni, mentre il 7.2% delle femmine e del 19.1% dei maschi dichiarano un età superiore ai 39 anni.

Per quanto riguarda lo stato civile (Tab. 2) la popolazione campione risulta essere quasi totalmente composta da celibi/nubili (47.9%) e da coniugati (45.1), mentre sono una minoranza gli infermieri che asseriscono di essere conviventi (3.4%), separati (1.7%), vedovi (0.6%) ed in egual misura divorziati (0.6%).

Nella popolazione femminile sono più numerose le nubili (54.4%) delle coniugate (36.4%) ed a seguire le conviventi (4.0%), separate (2.4%), divorziate (0.8%) e vedove (0.8%).

Viceversa, nella popolazione maschile gli infermieri coniugati (65.7%) prevalgono sui celibi (32.4%) ed i conviventi (1.9%).

La popolazione infermieristica dichiara un'anzianità di servizio nelle attuali Unità Operative piuttosto breve (Tab. 3).

Nell'insieme sono operativi al massimo da 5 anni il 61.4% dei CCN (M: 57.8%; F: 63.2%) , mentre sono inseriti nell'attuale posto di lavoro servizio da ≤ 12 mesi il 22.0% degli infermieri e da ≤ di 2 anni il 12.4% dei loro colleghi(M: 11.4%; F: 12.8%).

L'attività di servizio (Tab. 4) viene svolta dalla maggior parte degli infermieri dell'Area Critica prevalentemente a turno (M: 89.5%; F: 90.0%).

La maggioranza dei CCN è impegnata, in giorni successivi, al mattimo, ed a seguire, il pomeriggio e la notte (M: 83.8%; F: 83.6%), mentre una parte dei loro colleghi svolge il proprio lavoro alternativamente al mattino ed al pomeriggio (M: 5.7%; F: 6.4%) ed altri solamente al mattino (M: 9.5%; F: 8.8%).

Risultati e considerazioni

Le bevande alcoliche

Alcolizzazione e modelli di consumo

L'iniziazione degli infermieri dell'Area Critica alle bevande alcoliche è avvenuta precocemente ed il 18.0 % della popolazione CCN fa uso di alcolici dall'età di ≤ 18 anni (M: 24.8%; F: 15.6%).

A questo proposito vale la pena di rilevare che il 7.0% degli operatori sanitari reclutati dalla ricerca, i maschi (12.4%) più precoci e numerosi ($X2 = 4.6$; $p \leq 0.05$) delle femmine (5.2%), afferma di aver iniziato a bere da prima dei 16 anni di età (Tab. 5).

Questo comportamento è in contraddizione con le indicazioni che sconsigliano l'uso degli alcolici in età pediatrica (21) e con la normativa italiana che proscrive la vendita e la mescita delle bevande alcoliche nei locali pubblici ai minori di 16 anni (22).

La maggior parte degli infermieri (63.1%), con una netta prevalenza ($X2 = 38.9$; $p \leq 0.001$) dei maschi (80.0%) sulle femmine (56.0%), fa attualmente un qualche uso di bevande alcoliche (Tab. 6).

La stima del consumo totale medio giornaliero pro capite di alcol anidro (g/die), riferito alla popolazione campione, è pari a 9.00 g/die e gli infermieri maschi (18.7 g/die) mostrano di indulgere ($p \leq 0.001$) più delle loro colleghe (4.9 g/die) nell'uso degli alcolici.

La distribuzione della popolazione in funzione delle classi di consumo al-

colico mette in luce che il 27.6% della popolazione infermieristica campione, il 20.0% dei maschi ed il 30.8% delle femmine, in quanto consuma mediamente meno di 5 g/die di alcol anidro, è composta da bevitori occasionali (Tab. 7).

Per contro, il 35.5% della popolazione CCN che, con una netta prevalenza ($X2=37.6$; $p \leq 0.001$) degli infermieri maschi (60.0%) rispetto alle femmine (25.2%), afferma di consumare ≥ 5 g/die di alcol anidro è costituita da bevitori abituali.

Ancora , il 17.1% della popolazione campione maschile ed il 7.2% di quella femminile ($X2= 6.6$; $p \leq 0.01$), in quanto consumano rispettivamente più di 40 e di 20 grammi al giorno di alcol anidro, sarebbe esposto ad un maggior rischio di problemi psico medico sociali alcol indotti.

Nell'insieme, il vino è risultato essere la bevanda di gran lunga più consumata dai CCN contribuendo per il 67.0% alla dieta alcolica media (da) dei maschi e per il 63.5% a quella delle femmine (Tab. 8).

Meno importanti, si sono rivelati, nell'ordine, i contributi forniti rispettivamente dalla birra (M: 22.5%; F: 22.1%) e dai super alcolici (M: 10.5%; F: 10.5%) alla dieta alcolica media della popolazione di entrambi i sessi.

I CCN sono soliti bere alcolici pasteggiando tantè che con questa modalità viene consumato l'89.0% della dieta alcolica media della popolazione maschile ed il 77.1% di quella femminile.

Questa eventualità si verifica, con la sola eccezione delle femmine che consumano superalcolici prevalentemente fuori pasto, per tutte le bevande e per entrambi i sessi.

Fuori pasto gli infermieri consumano preferibilmente birra (62.1% da) rispetto ai superalcolici (36.9% da) ed al vino (1.0% da), mentre le loro colleghe lontano dai pasti fanno un maggior uso di superalcolici (41.2% da) più che di birra (36.8% da) o di vino (21.9% da).

Infine, il 13.2% degli infermieri professionali, maschi (13.3%) e femmine (13.2%) in egual misura, dichiara di aver abusato, una o più volte nell'uso delle bevande alcoliche nei 12 mesi precedenti la nostra ricerca.

Una parte degli infermieri professionali da noi coinvolti (22.5%), senza grosse differenze fra maschi (23.8%) e femmine (22.0%), fa uso di bevande alcoliche in servizio.

Questo avviene in maniera del tutto occasionale per la maggioranza dei CCN che bevono alcolici in ambiente di lavoro (M: 84.0%; F: 89.1%), mentre una minoranza degli infermieri di entrambi i sessi (M: 16.0%; F: 10.9%) fa uso di bevande alcoliche abitualmente durante il servizio.

Conoscenze alcologiche

Era nostro preciso interesse definire, per quanto possibile, quali fossero le conoscenze alcologiche in possesso della popolazione CCN per valutare la correttezza delle informazioni utilizzabili nel corso degli interventi di educazione alla salute.

La popolazione infermieristica, senza differenze sostanziali fra i due sessi, ritiene che l'alcol non è in grado di aumentare la concentrazione (M: 95.2%; F: 94.0%) e, seppure in percentuale minore, di favorire l'adattamento allo stress (M: 76.1%; F: 74.4%).

Nonostante la cultura popolare riconosca all'alcol la capacità di disinibire il bevitore la ricerca gli attribuisce solamente effetti di tipo depressivo (23,24).

Condividono questo parere, con una netta prevalenza ($X2=13.0$; $p<0.001$) della popolazione maschile (81.9%) su quella femminile (61.6%), il 67.6% degli infermieri dell'Area Critica da noi reclutati.

A proposito del bere alcolico constatiamo che i CCN concordi non ritengono che «chi beve molto dimostra di possedere una forte personalità» (M: 99.1%; F: 93.6%), così come è piuttosto diffusa, sia fra i maschi (71.5%) che fra le femmine (67.2%), l'opinione che «l'alcol rende allegri».

Si deve alle proprietà vasodilatatorie dell'alcol un maggior afflusso di sangue alla superficie del corpo e la sensazione di calore che si avverte a seguito della sua ingestione.

Tuttavia la stessa vasodilatazione è responsabile della successiva dispersione di calore e conseguente diminuzione della temperatura corporea.

Con notevole stupore rileviamo che il personale infermieristico asserisce, le femmine (35,6%) in minor misura ($X2=24.3$; $p<0.001$) rispetto ai maschi (64.8%), che l'«alcol riscalda».

Ancora le conoscenze espresse dalla popolazione infermieristica sul contenuto alcolico delle diverse bevande si rivelano quanto mai sommarie (Tab. 9).

Infatti, solamente il 59.4% dei CCN (M: 58.0%; F: 60.0%), vale a dire quelli che attribuiscono al vino un contenuto alcolico medio fra 10° e < 20° ed il 17.2% degli infermieri (M: 20.9%; F: 15.6%) che riconoscono alla birra una gradazione media < 5° sono in accordo con quanto riportato sulle «Tabelle di composizione degli alimenti» (25).

Analogamente, una minoranza degli infermieri, in conformità con quanto pubblicato dal Centro Studi del Ministero della Sanità in «Bevande alcoliche e Salute» (26), attribuisce agli amari (M: 23.8%; F: 15.6%), aperitivi (M: 4.7%; F: 7.2%), digestivi (M: 17.1%; F: 17.2%) ed ai superalcolici (M: 4.7%; F: 13.6%) un contenuto alcolico medio superiore ai 20°.

La legge italiana, all'articolo 689 del Codice Penale (Somministrazione di bevande alcoliche a minori o a infermi di mente), punisce «...chi somministra, in luogo pubblico o aperto al pubblico, bevande alcoliche a un minore degli anni sedici...» (22).

Sono al corrente di questa disposizione di legge il 12.4% degli infermieri dell'Area Critica, più numerosi i maschi (17.1%) rispetto alle femmine (10.4%), mentre la maggior parte della popolazione (64.5%), questa volta le femmine (68.8%) più numerose dei colleghi 54.3%), è del parere che in Italia la vendita delle bevande alcoliche sia «libera a tutti» (Tab. 10).

Viceversa, per una parte dei CCN esiste una normativa che vieta ai <14 anni (M: 12.4%; F: 11.2%), per gli altri ai <18 anni (M: 13.3%; F: 7.2%) la vendita e la mescita degli alcolici.

È oramai noto che il consumo di bevande alcoliche costituisce un fattore di rischio di incidente stradale (27, 28, 29, 30, 31).

Nonostante ciò, solamente il 53.2% della popolazione campione (M: 57.1%; F: 51.6%) ritiene che, per salvaguardare la propria e l'altrui incolumità, prima di mettersi alla guida dell'automobile bisogna limitarsi a consumare bevande analcoliche (Tab. 11).

Di diverso parere sono invece il 20.6% dei CCN, le femmine (22.4%) più imprudenti dei maschi (16.2%), quando affermano che per garantire la massima sicurezza al volante di una autovettura è sufficiente «bere senza ubriacarsi», oppure i loro colleghi nell'asserire che per condurre un autoveicolo senza rischi basta astenersi dal consumare superalcolici (M: 15.2%; F: 13.2%), non bere birra (M: 1.9%; F: 1.6%) oppure non consumare vino (M: 0.0%; F: 1.2%).

Qualità, quantità e frequenza d'uso delle bevande alcoliche sono correlati all'entità dei problemi di natura psico medico sociale alcol indotti (32, 33, 34, 35, 36, 37, 38).

Attualmente, si ritiene che un consumo abituale di 20 g/die di alcol anidro per le femmine e 40 g/die per i maschi costituiscano il valore soglia di maggior rischio di problemi alcol correlati (23,33,34).

In proposito, il 3.9% degli infermieri professionali (M: 2.8%; F: 4.4%) è del parere che «beve troppo» chi consuma mediamente più di un bicchiere di vino al giorno (Tab. 12), mentre invece il 17.7% dei loro colleghi ritiene che indulge nel bere alcolico chi assume giornalmente più di due bicchieri di vino (M: 21.9%; F: 16.0%).

Buona parte dei CCN, il 32.4%, identifica il grosso bevitore con chi fa uso giornalmente di oltre quattro bicchieri di vino (M: 40.0%; F: 29.2%), ed una frangia degli infermieri è dell'idea che esagera nel bere solamente chi consuma più di otto (M: 14.2%; F: 14.4%) o di sedici (M: 0.0%; F: 14.8%) bicchieri di vino ogni giorno.

Per quanto riguarda la birra, una parte degli infermieri è dell'idea che esagera nel consumo degli alcolici chi assume giornalmente piu di uno (M: 4.7%; F: 3.6%) o di due bicchieri di birra (M: 14.2%; F: 16.0%), mentre più permissivi si dimostrano il 27.3% dei CCN quando affermano che «beve troppo» chi consuma quotidianamente oltre 4 bicchieri di birra (M: 30.4%; F: 26.0%).

Anche per questa bevanda, come era accaduto per il vino, non sono pochi gli infermieri che si limitano a ritenere a rischio il consumo alcolico esclusivamente quando eccede gli otto (M: 20.0%; F: 9.2%) oppure i sedici bicchieri di birra al giorno (M: 0.9%; F: 14.8%).

Del tutto diverso, meno permissivo e nell'insieme più prudente, è l'atteggiamento dei CCN nel definire il bere a rischio riferito al consumo dei superalcolici.

Appunto, la maggior parte della popolazione campione di entrambi i sessi

fissa il limite dell'eccessivo consumo alcolico ad uno (M: 37.1%; F: 29.6%) o a due (M: 22.8%; F: 24.8%) drinks di superalcolici al giorno.

Il 14.4% degli infermieri ritiene che «beve troppo» chi consuma giornalmente più di quattro drinks (M: 14.2%; F: 14.4%), e per altri questo si realizza solo quando si bevono mediamente quantità superiori a otto (M: 4.7%; F: 3.6%) o sedici drinks di superalcolici al giorno (M: 0.0%; F: 10.8%).

Il fumo di tabacco

Approccio al fumo di tabacco

Al momento dello nostra ricerca il 43.9% della popolazione CCN coinvolta nello studio ammetteva, con una prevalenza dei maschi (52.4%) sulle femmine (42.0%), di fare un qualche uso di sigarette. L'iniziazione al fumo di tabacco (Tab. 13) è avvenuta per il 38.0% del nostro campione prima della iscrizione alla Scuola Infermieri ed i maschi (47.6%) si sono rivelati più precoci ($X2 = 4.28$; $p<0.05$) delle femmine (F: 34.0%).

Durante il periodo degli studi infermieristici hanno sperimentato il fumo di tabacco il 13.2% degli attuali CCN coinvolti nella ricerca con una netta prevalenza ($X2 = 5.25$; $p<0.05$) della popolazione femminile (16.0%) rispetto a quella maschile (6.6%), mentre il 5.3% degli infermieri fa risalire la prima esperienza con il fumo di tabacco all'inizio dell'attività professionale (M: 4.7%; F: 8.6%).

Abitudini tabagiche

La carriera dei fumatori è iniziata per tempo, tantè che tutti gli infermieri dell'Area Critica che rispondono alla domanda «A che età ha iniziato a fumare» (56.9%) affermano di aver acquisito questa abitudine, i maschi (61.9%) più precoci e numerosi delle femmine (54.4%), al più tardi dall'età di 25 anni.

Nel dettaglio, il 6.8% del personale infermieristico, femmine e maschi in egual misura (M: 6.6%; F: 6.8%), ammette di fumare da prima dei 15 anni e, nell'insieme, il 30.7% dei CCN dichiara di farlo da prima dei 18 anni d'età (M: 30.4%; F: 31.4%), vale a dire dall'età di accesso alla scuola infermieri.

Una buona parte degli infermieri (41.1%) ammette, al momento della nostra indagine, di fumare e tale abitudine appare egualmente diffusa fra i maschi (40.4%) e le femmine (42.9%). Sulla base delle dichiarazioni fornite dalla popolazione infermieristica (Tab. 14) stimiamo, per questa, un consumo totale medio giornaliero pro capite di sigarette (sig/die) pari a 5.1 sig/die.

Stime analoghe condotte sulla popolazione dei CCN in funzione del sesso rivelano che i maschi (5.8 sig/die) indulgono mediamente più delle femmine (4.8 sig/die) nel fumo di sigarette.

La successiva distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione del consumo totale medio giornaliero di sigarette (Tab. 15) ci consente di evidenziare che a fronte del 14.9% dei CCN che fuma meno di dieci sigarette al giorno, il 14.3% dei colleghi ne consuma giornalmente da dieci a meno di venti ed il rimanente 17.1% fuma mediamente 20 e più sigarette al giorno.

Anche secondo queste valutazioni la popolazione femminile mostra di fare un uso più contenuto di quella maschile del fumo di tabacco.

Infatti, benchè le infermiere più numerose dei loro colleghi dichiarino di fumare meno di dieci (M: 14.3%; F 15.2%) oppure di consumare fra 10 e 19 sigarette al giorno (M: 13.5%; F: 15.6%), la popolazione infermieristica maschile (17.1%) decisamente più numerosa di quella femminile (9.6%) rivela di consumare mediamente più di venti sigarette al giorno.

Fumo di tabacco ed ambiente di lavoro

Interpellati sulle abitudini tabagiche in ambiente di lavoro il 34.9% degli infermieri dell'Area Critica dichiara di fumare in servizio (M: 32.4%; F: 36.0%).

Questa abitudine (tab.16) accomuna la maggior parte dei CCN che fanno uso di tabacco (77.5%) con una netta prevalenza ($X2 = 9.63$; $p<0.05$) delle fumatrici (85.6%) sui fumatori (61.8%).

L'ambiente di lavoro condiziona in qualche misura le abitudini tabagiche della popolazione CCN nella quale il 36.9% dei fumatori riconosce, ancora una volta le femmine (44.5%) in misura più accentuata ($X2 = 7.2$; $p<0.05$) rispetto ai maschi (21.8%), di fumare un maggior numero di sigarette durante l'attività lavorativa rispetto al tempo libero (Tab. 18).

Per quanto riguarda il fumo di tabacco e l'orario di lavoro (Tab. 19) osserviamo che mentre il 10.6% dei CCN fumatori afferma di fumare di più durante il turno del mattino (M: 7.2%; F: 12.4%) ed il 9.4% dei colleghi lo fa durante il turno pomeridiano (M: 5.5%; F: 11.4%) il 53.1% la maggior parte della popolazione infermieristica fumatrice, il 53.1%, riconose di fare un maggior uso del fumo di tabacco nel corso del servizio di notte (M: 45.5%; F: 57.1%).

Il vissuto con il fumo di tabacco

Nonostante fumare sia un comportamento abbastanza diffuso la convivenza degli infermieri con il fumo di tabacco non è stata sempre fonte di piacere nè priva di problemi (Tab. 19).

Hanno cercato di emanciparsi dal fumo di tabacco il 26.8% degli infermieri ed il 30.4% delle infermiere operanti nelle unità dell'Area Critica da noi coinvolti nella ricerca.

A fronte del 19.7% della popolazione campione che ha deciso ed è riuscita ad affrancarsi dal fumo di tabacco per l'8.2% dei CCN questa iniziativa non ha avuto successo in quanto hanno ripreso a fumare.

I maggiori successi, in questo senso, sono stati ottenuti dagli infermieri (25.7%) che, in misura maggiore delle infermiere (17.2%), sono riusciti a smettere di fumare.

Per altro il 4.7% della popolazione maschile ed il 9.6% di quella femminile nonostante i diversi tentativi messi in atto non è riuscita liberarsi dal fumo.

I tentativi per smettere di fumare (Tab. 20) sono stati fatti dal 6.8% della popolazione già prima di intraprendere gli studi infermieristici (M: 9.8%; F: 5.6%), mentre il 3.4% degli CCN ha provato ad astenersi dal fumo di tabacco durante la frequenza della Scuola per Infermieri (M: 1.9%; F: 3.6%).

La maggior parte dei tentativi di recedere dal fumo di tabacco è stata messa in atto dagli infermieri dall'esordio dell'attività professionale (M: 10.4%; F: 12.0%) ed in particolare all'inizio del servizio nell'attuale unità operativa (M: 5.7%; F: 5.6%).

Per quanto riguarda i tentativi infruttuosi di smettere di fumare (Tab. 21) questi si sono verificati prima (M: 0.9%; F: 1.2%) e durante (M: 0.9%; F:1.2%) la formazione infermieristica ed in misura più marcata nell'intraprendere la professione (M: 2.4%; F: 2.8%).

Tuttavia, da parte dei CCN il maggior numero di ricadute (3.4%) viene fatto risalire, dalle femmine (4.4%) più che dai maschi (0.9%), all'origine del servizio nell'attuale Unità Operativa.

Fumo e salute

Per valutare se ed in quale misura il rischio da fumo di tabacco fosse acquisito dai CCN abbiamo chiesto loro di indicare la quantità e la frequenza d'uso dei diversi prodotti del tabacco da fumo che non costituiscono un rischio per la salute.

La maggioranza della popolazione campione (57.2%) è piuttosto categorica in proposito e ritiene che non si deve fumare (Tab. 22) se si vogliono evitare problemi di salute indotti dal fumo di tabacco (M: 58.1%; F: 56.8%).

Più tolleranti nei confronti del fumo di tabacco si dimostrano invece il 40.0% dei CCN nel ritenere che la salute non ne risente se si fumano meno di dieci sigarette al giorno (M: 36.2%; F: 41.6%), oppure il 2.6% dei loro colleghi quando fissano la soglia di rischio a partire da un consumo di venti sigarette al giorno (M: 4.8%; F: 1.6%).

Opinioni sul fumo di tabacco

Il fumo di tabacco ha ricevuto dalla maggioranza degli infermieri dell'Area Critica una connotazione negativa.

In maniera decisa il 48.2% dei CCN afferma che fumare fa male, è dannoso, nocivo, tossico e costituisce un fattore di rischio per la salute (M: 44.8%; F: 49.6%).

Per il 5.6% dei loro colleghi il fumo di tabacco rappresenta una malattia

sociale, una tossicodipendenza, una piaga nauseante, una droga legale (M: 4.8; F: 6.0%).

Ancora, da alcuni infermieri fumare è ritenuto «una libera scelta», «un'abitudine voluttuaria» od una forma di esibizionismo (M: 1.0%; F: 2.0%), comunque «inutile, assurda, fastidiosa, sgradevole» (M: 12.4%; F: 6.4%) che taluni ritengono di dover combattere (M: 1.9%; F: 1.6%).

Una parte degli infermieri dell'Area Critica, il 5.9%, esprime opinioni contraddittorie sul fumo di tabacco, che di volta in volta, viene etichettato come «piacevole, bello ma dannoso» (M: 4.8%; F: 6.4%).

Ci sono per altro fra i CCN coloro i quali ritengono che in qualche misura si possa fumare (3.9%) facendo però attenzione a «limitarsi nel fumo, fumare con cautela ed a non abusare» (M: 2.9%; F: 4.4%).

Infine, solamente una esigua minoranza degli infermieri (1.7%) è dell'idea che fumare sia piacevole, eccitante/rilassante e divertente (M: 1.0%; F: 2.0%).(M: %; F: %).

I farmaci

Nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca il 62.8% del personale infermieristico coinvolto ha rivelato di aver fatto in diversa misura uso di farmaci (F: 66.0%; M: 55.3%).

La distribuzione percentuale della popolazione CCN in funzione dell'età di inizio all'uso dei diversi farmaci mette in luce che questa è avvenuta per almeno il 50% dei consumatori di Antidolorifici ad un età ≤ 17 anni, Marijuana-Hashish e Psicostimolanti ≤ 18 anni, Amfetamine ≤ 20 anni, Antiacidi-Sonniferi-Tranquillanti ≤ 22 anni, farmaci dimagranti ≤ 23 anni (Tab. 23).

Nell'anno precedente la nostra indagine i farmaci di gran lunga più utilizzati dai CCN sono risultati essere (Tab. 24) gli Antidolorifici (49.9%) seguiti nell'ordine dagli Antiacidi (27.3%), Sonniferi (6.8%), Tranquillanti (5.3%), farmaci dimagranti (5.1%), Marijuana ed Hashish (3.3%), Psicostimolanti (2.8%), Amfetamine (1.1%), Cocaina (0.8%) ed Oppiacei (0.3%).

In particolare, la popolazione femminile più numerosa di quella maschile ha fatto ricorso all'uso di Antidolorifici (F: 55.2%; M: 37.0%), Sonniferi (F: 7.2%; M: 5.7%), Tranquillanti (F: 6.4%; M: 2.8%), farmaci dimagranti (F: 6.0%; M: 2.8%) ed Amfetamine (F: 1.2%; M: 0.6%).

Viceversa, gli infermieri più numerosi delle colleghe hanno fatto uso di Antiacidi (F: 26.4%; M: 29.4%), Marijuana ed Hashish (F: 2.8%; M: 4.7%), Psicostimolanti (F: 2.4%; M: 3.7%), Cocaina (F: 0.8%; M: 0.9%) ed oppiacei (F: 0.0%; M: 0.9%).

A proposito della frequenza del consumo dei farmaci l'8.7% della popolazione campione ha dichiarato di far uso abituale -una o più volte al giorno o alla settimana- di farmaci Antidolorifici, il 4.6% di Antiacidi, l'1.7% di farmaci dimagranti, lo 0.9% di Sonniferi ed altrettanti di Tranquillanti, lo 0.6% di Psicostimolanti ed in egual numero di Amfetamine.

La popolazione femminile annovera il maggior numero di utenti abituali di Antidolorifici (F: 10.0%; M: 5.6%), Sonniferi (F: 1.2%; M: 0.0%), e farmaci dimagranti (F: 2.4%; M: 0.0%), mentre nella popolazione maschile sono più numerosi gli infemieri che assumono abitualmente Antiacidi (F: 4.4%; M: 4.7%).

La maggioranza dei CNN che nell'anno precedente lo studio in oggetto ha utilizzato sonniferi (70.5%), Antiacidi (64.0%), Antidolorifici (60.5%), Amfetamine (61.5%) ha dichiarato di averlo fatto senza prescrizione medica.

Ancora, una parte considerevole degli infermieri ha consumato nello stesso periodo Tranquillanti (47.4%), farmaci dimagranti (40.0%) e Psicostimolanti (27.2%) ricorrendo alla autoprescrizione.

Le infermiere dell'Area Critica, più numerose dei loro colleghi, hanno fatto uso di Antidolorifici (F: 64.0%; M: 49.1%) e dei Tranquillanti (F: 48.5%; M: 40.0%) senza prescrizione medica.

Per parte sua la popolazione maschile, in misura maggiore rispetto a quella femminile, ha assunto farmaci dimagranti (F: 37.5%; M: 66.7%), Amfetamine (F: 50.0%; M: 80.0%), Psicostimolanti (F: 50.0%; M: 22.2%) ed Antiacidi (F: 62.6%; M: 66.7%) per autoprescrizione.

Incidenti in ambiente di lavoro

Numerosità, frequenza e tipologia degli incidenti

Le dichiarazioni rilasciate dalla popolazione campione mettono in risalto che il 29.3% dei CCN coinvolti nella ricerca avrebbe subìto negli ultimi dodici mesi un incidente in ambiente di lavoro (Tab. 26).

La popolazione femminile incidentata (32.8%) è risultata significativamente più elevata ($X2 = 4.45$; $p \leq 0.05$) di quella maschile (21.0%).

In quest'ultimo anno si sarebbero verificati 223 incidenti che, senza differenze sostanziali fra i due sessi (Tab. 27), hanno visto come protagoniste in 180 occasioni le CCN ($x = 0.72 \pm 1.83$) ed in 43 casi i loro colleghi ($x = 0.41 \pm 1.57$).

La distribuzione percentuale della popolazione CCN, specifica per sesso, in funzione del numero di incidenti mette in luce che il 18.0% dei CCN, il 19.2% delle femmine ed il 15.2% dei maschi, ha ammesso di aver subìto negli ultimi dodici mesi un solo incidente in ambiente di lavoro.

Contemporaneamente il 5.9% del personale infermieristico (F: 6.8%; M: 3.8%) dichiarava di essere stato protagonista di due incidenti nel corso della propria attività lavorativa, mentre il 5.4% dei CCN, con una prevalenza delle femmine (6.8%) sui maschi (2.0%), affermava di essere stato attore nell'ultimo anno di 3 o più incidenti durante il servizio.

Le punture (F: 15.2%; M: 10.5%), le ferite da taglio (F: 9.2%: M: 3.8%) ed i graffi (F: 3.6%; M: 2.9%) si sono rivelati gli incidenti che hanno coinvolto il maggior numero di CCN (Tab. 28) ed hanno costituito, nell'anno precedente la nostra ricerca, la causa dell'79.3% del totale degli infortuni sul lavoro a noi dichiarati dalla popolazione CCN femminile ed il 72.0% da quella maschile.

In minor misura la popolazione infermieristica di entrambi i sessi si è trovata coinvolta durante la propria attività lavorativa in incidenti stradali (F: 2.4%; M: 1.0%), ustioni (F: 0.8%; M: 1.9%), contusioni (F: 0.4%; M: 1.0%), fratture (F: 0.4% M: 1.0%) e schizzi di sangue (F: 0.4%:M: 1.0%).

Infine, solamente le infermiere sono state vittima di infezioni (2.5%), slogature (3.6%), lesioni muscolari (0.4%) ed i disturbi oculari (0.4%), mentre l'ernia (1.0%) ha coinvolto esclusivamente i loro colleghi.

Gli incidenti evitati

Nell'intento di migliorare la conoscenza ed il dettaglio sugli infortuni in ambiente di lavoro abbiamo chiesto alla popolazione CCN se «Negli ultimi dodici mesi ha mai rischiato un incidente sul lavoro».

A questo proposito constatiamo che gli infermieri, nel periodo a cui si riferisce la nostra indagine, affermano di aver scongiurato 160 incidenti ed in particolare, la popolazione maschile più di quella femminile (92), avrebbe evitato un numero di incidenti (68) di gran lunga superiore a quelli subìti nello stesso periodo.

Le punture, i graffi e le ferite da taglio — PGF — hanno rappresentato nell'insieme il 23.6% delle cause Tab. 29) all'origine degli incidenti «evitati» dalla popolazione CCN (F: 14.8%; M: 34.7%).

Contemporaneamente sono state scongiurate dalla popolazione infermieristica infezioni (F: 7.2%; M: 4.8%), incidenti stradali (F: 4.4% ; M: 2.9) slogature (F: 4.4% ; M: 1.9%), fenomeni tossici (F: 0.8% ; M: 2.9%) ed inalazioni di gas (F: 0.4%; M: 1.9%), scosse elettriche (F: 1.2% ; M: 1.0%), ernia (F: 1.2% ; M: 1.1%) ...

Ambiente di lavoro e rischio di incidente

La maggioranza della popolazione CCN, interpellata sui rischi reali ai quali ritiene di essere esposta sul posto di lavoro (Tab. 30), afferma che questi derivano prevalentemente da puntura-taglio-graffio (F: 70.0%; M: 60.0%).

Una buona parte degli infermieri ritiene di essere esposta, durante l'attività lavorativa, a rischio reale di radiazioni (F: 47.2%; M: 30.5%) ed infezioni (F: 45.6%; M: 31.4%), mentre una minoranza dei CCN afferma che nell'ambiente in cui opera attualmente i rischi derivano dal rumore (F: 11.6%; M:) e dalla «scossa elettrica» (F: 11.2% ; M:9.5%).

Di ancor minore entità sembrerebbero via via i rischi derivati da inalazione di gas (F: 7.2%; M: 6.7%) e fenomeni tossici (F: 4.0%; M: 2.9%), incidente stradale (F: 6.8%; M: 5.6%), slogature (F: 5.6% ; M: 2.9%), incendio (F: 2.4%; M: 1.9%), scoppio (F: 1.6%; M: 1.9%) ed ustioni (F: 1.2%; M: 1.9%).

Conclusioni

Caratterizza la popolazione infermieristica dell'Area Critica da noi coinvolta nella ricerca la marcata presenza dell'elemento femminile, la giovane età, lo stato civile prevalentemente nubile/celibe o coniugato, una limitata anzianità di servizio nell'attuale Unità Operativa ed un impegno di lavoro che nella maggior parte dei casi si svolge su tre turni.

L'iniziazione dei CCN all'uso di sostanze voluttuarie — bevande alcoliche, fumo di tabacco e farmaci — è avvenuta in giovane età ed i maschi si sono rivelati più precoci delle colleghe nell'approccio alle bevande alcoliche ed al fumo di tabacco, maggiormente propensi a farne un uso abituale e ad indulgere nei consumi.

Viceversa, la popolazione femminile anticipa rispetto a quella maschile la prima esperienza con i farmaci che, più numerosa dei colleghi, assume abitualmente.

Al momento della nostra indagine l'utilizzo delle sostanze voluttuarie è ampiamente diffuso fra i CCN ed i modelli di consumo espressi — qualità, quantità, frequenza d'uso, luogo-occasione di utilizzo — sono sostanzialmente simili a quelli messi in luce dalle indagini di comunità ed attribuiti alla popolazione generale in diverse aree del nostro paese (32, 33, 39, 40, 41), alla popolazione infermieristica (9, 10, 11, 42) ed agli studenti delle scuole di formazione per infermieri professionali (12, 13, 42).

Gli atteggiamenti superficiali, particolarmente tolleranti e pericolosamente permissivi (uso di sostanze in ambiente di lavoro, alcol e guida) ed a rischio (intossicazione acuta da alcol, autoprescrizione dei farmaci, entità della popolazione a maggior rischio per uso di sostanze) manifestati dagli infermieri dell'Area Critica nei confronti dell'uso di sostanze voluttuarie cui fanno riscontro conoscenze specifiche (natura, proprietà, effetti, rischi e normativa) nella maggioranza di casi insufficienti e che contraddicono le attuali conoscenze scientifiche, suscitano più di qualche perplessità sulla correttezza e l'efficacia del messaggio, verbale e non verbale, che i CCN forniscono attualmente in tema di educazione alla salute.

Per quanto attiene agli incidenti in ambiente di lavoro questi sono risultati un evento abbastanza frequente fra i CCN tanto che, nei dodici mesi precedenti la nostra indagine, ha coinvolto quasi un terzo degli infermieri, penalizzando la popolazione femminile più di quella maschile sia come numero di soggetti incidentati che come attori di incidenti plurimi.

Gli eventi di gran lunga più frequenti verificatisi in ambiente di lavoro e che hanno coinvolto la maggior parte dei CCN incidentati sono risultati essere la puntura, la ferita da taglio ed il graffio, mentre invece hanno interessato solo una esigua minoranza dei CCN gli incidenti stradali, le infezioni e gli schizzi di sangue.

Nello stesso periodo la popolazione infermieristica, i maschi in maggior misura rispetto alle femmine, ha scongiurato nel corso dell'attività professio-

nale un numero rilevante di incidenti che i CCN riferiscono essere originati prevalentemente da PGF. Contemporaneamente sono state evitate infezioni, incidenti stradali, slogature, fenomeni tossici in misura decisamente superiore agli incidenti subìti dai CCN per le stesse cause.

È opinione condivisa dalla stragrande maggioranza della popolazione CCN che l'ambiente di lavoro espone, le femmine più dei maschi, a rischio reale di PFG, mentre altri colleghi, quattro su dieci, suppongono una reale esposizione a rischio di radiazioni ed infezioni.

Meno frequenti, ma comunque reali per un certo numero di infermieri, sono infine i rischi ai quali i CCN affermano di essere esposti presumibilmente a causa di ambienti, strumenti, attrezzature e lavorazioni rumorose, scarsamente protette ed obsolete.

Bibliografia

1. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 «Istituzione del servizio sanitario nazionale».
2. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».
3. Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 «Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 5 recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421».
4. Elenco dei 38 obiettivi specifici Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): strategia nazionale, indicatori e proposte di ricerche. Appendice in: *La salute degli italiani 1988 Sintesi della Relazione sullo stato sanitario del Paese.* Consiglio Sanitario Nazionale, Roma, 69-90, 1990.
5. Formation des einsegnants et gestionnaires infirmiers, notament pour les soins de santé primaires. *Org. Mond Santé Sèr. Rapp. Techn.*, n. 708, 1984.
6. Besoins en personnel en vue de l'instauration de la santé pour touts d'ici l'an 2000 sur la base des soins de santé primaire. *Org. Mond. Santé Ser. Rapp. Techn.*, n. 717, 1985.
7. L'apprentissage en milieu professionnel pour la formation du personnel de la santé. *Org. Mond. Santé Ser. Rapp. Techn.*, n. 746, 1987.
8. De Maria F., De Vanna M., Canzian G., Di Guida A.: *Alcolismo - Problemi Diagnostici e prognostici.* Ed Lint, Trieste, 1986.
9. Paccagnella B., Marcolongo A., Turrin M.L., Orsini A., Saugo A., Santoro M.: *La promozione della salute e il controllo del fumo nei Paesi del Sud Europa. Metodologia di indagine e ricerche in Italia. Proceeding International Symposium* «Tabacco Smoking among the Health Professionals» Venice, 19-40, 1986.
10. Del Dot M., Cristofolini A., Manfrini G., Morelli U.: *Personale sanitario e fumo passivo - atteggiamenti e compor tamenti rispetto ad altri gruppi di lavoratori: indagine epi demiologica in provincia di Trento.* Proceeding International Symposium «Tabacco Smoking among the Health Professionals» Venice, 169-178, 1986.
11. Modonutti G.B., De Cesaro D.: *Habits, Perceptions and Attitudes of Non-Medical Allieds Health Professionals with Regard to the Consumption of Alcoholic Drinks and the Alcohol Dependence Syndrome.* 36th International Congress on Alcohol and Drug Dependence. Glasgow, Scotland, 1243-1249, 1992.
12. Arciti C., Doglio B., Acquarone M.P., Costa P., Santi L.: *Indagine sulle abitudini fumatorie degli alunni della scuola infermieri in due ospedali genovesi.* Proceeding International Symposium «Tabacco Smoking among the Health Professionals» Venice , 165-168, 1986.

13. Modonutti G.B.: *Uso di sostanze voluttuarie e farmaci fra gli studenti delle scuole per infermieri professionali del Friuli-Venezia Giulia.* Atti del 35° Congresso Nazionale: «L'Igiene e la Sanità Pubblica verso l'Europa», Montecatini Terme, 1141-1145, 1992.
14. Curcurù L., Masi G., Gemelli F., Coppola A.: *Considerazioni sui rischi da lavoro ospedaliero. Difesa Sociale,* 1, 163-173, 1990.
15. Agostini L., Pacchi C., Parisi R.: *Burn-out e servizi socio sanitari; un'indagine esplorativa: metodologia e primi dati. Difesa Sociale,* 3, 41-62, 1990.
16. Agostini L., Pacchi C., Parisi R.: *Curare stanca... verrà la USL e avrà i tuoi occhi. Difesa Sociale,* Supplemento al n. 6, 1991.
17. Costa G.: *Rischi per la salute della donna in relazione al lavoro a turni e notturno. Difesa Sociale,* 6, 117-138.
18. Nie N.H., Hill C.H., Jenkins J.C., Steinbrenner K., Bent D.H.: *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).* Mc Graw- Hill Book Company, New York, 1979.
19. Colton T.: *Statistica in medicina.* Piccin Editore Padova, 1979. Publications - Oxford and Edimburgh, 1971.
20. Armitage P.: *Statistical Methods in Medical Research.* Blackwell Sientific.
21. Larn: *Livelli di assunzione giornaliera raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana. Revisione 1986-87* Istituto Nazionale della Nutrizione. Litho Delta, Milano, 1989.
22. Lattanzi G.: *I codici penali con la Costituzione e leggi varie.* A. Giuffrè Ed. Milano, 1978.
23. Dell'Erba A.S., Vinci F.: *Medical and legal issues arising from Italian legislation on driving under the influence of alcohol, Alcologia,* 6 (1), 17-24, 1994.
24. Ferrara S.D., Zancaner S., Snenghi R. et al.: *Alcol, droga e idoneità alla guida. Metodologia di accertamento medico-legale e tossicologico-forense. Riv. It. Med. Leg.,* XIII, 855, 1991.
25. Carnovale E., Miuccio F.C.: *Tabelle di composizione degli alimenti Ministero dell'Agricoltura ed Istituto Nazionale della Nutrizione,* Roma, 1981.
26. Gaudiano A.: *Bevande alcoliche e salute.* Ministero della Sanità, Centro Studi. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1982.
27. Ferrara S.D., Ricci P., Rausa G.: *Alcol e infortuni. ARFI Ricerca Monografica 1,* Ed. Turatto, Padova, 253-269, 1988.
28. Taggi F., Macchia T., Mancinelli R. et al.: *Alcol ed incidenti stradali: aspetti epidemiologici e problemi di rilevazione. Alcologia,* I (3), 207-215, 1989.
29. Altamura B.M.: *Alcool ed idoneità alla guida: suggerimenti operativi alla luce dell'esperienza di commissioni medico locali.* In: L'alcologia verso il 2000: progressi e formazione. A cura di Carrieri F., Albano O., Marzi V., CIC Edizioni Internazionali., 11-16, 1993.
30. Dello Russo G., Martino V., Bellomo A. et al.: *Alcol e comportamenti a rischio.* In: *L'alcologia verso il 2000: progressi e formazione.* A cura di Carrieri F., Albano O., Marzi V., CIC Edizioni Internazionali., 39-46, 1993.
31. Introna F., Ferrara S.D.: *Alcol e problemi del traffico sotto il profilo medico legale.* In: *L'alcologia verso il 2000: progressi e formazione.* A cura di Carrieri F., Albano O., Marzi V., CIC Edizioni Internazionali., 57-61, 1993.
32. Morettini A., Pennati P.: *Patologia alcol-correlata in Italia.* In: *Alcologia in Italia Una prospettiva epidemiologica.* Supplemento alla Rivista *Alcologia,* V (2), 41-47, 1993.
33. Modonutti G.B.: *Dimensioni del fenomeno ed aspetti attuali dell'alcolismo in Italia. Atti del Convegno «Alcolismo: opinioni e proposte a confronto»,* 43-73, 1991.
34. *Rapporto sull'alcolismo in Italia.* Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali. Merlo Ed., Roma, 1989.
35. Walsh B., Grant M.: *International trends in alcoholproduction and consumption: implications for public health. Wld. Hlt. Stat. Ist. Quart.,* 38, 130-141, 1985.
36. Walsh B., Grant M.: *Public health implications of alcohol production end trade. World Health Organization, Offset Pubblication* n. 88, Geneva, 1985.
37. Walsh B.: *Les problèmes medico-sociaux liés à la consommation d'alcool et leur prevention.* OMS Bureau Regional de l'Europe, Copenhague, 1984.
38. Proja M., Mariani A., Residori P., et al.: *Alcol e salute.* Ministero della Sanità, Centro Studi. Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato. Roma, 1982.
39. Modonutti G.B.: *Studio multicentrico sui modelli di consumo delle bevande alcoliche*

espressi dalla popolazione generale. In: *Alcologia in Italia - Una prospettiva epidemiologica.* Supplemento alla Rivista *Alcologia,* V (2), 49-63, 1993.
40. CIPRIANI F., INNOCENTI S.: *I consumi di alcol in Italia* In: *Alcologia in Italia - Una prospettiva epidemiologica.* Supplemento alla Rivista *Alcologia,* V (2), 27-40, 1993.
41. *Young people and alcohol in Europe A tool for monitoring con sumption and istitutional action policies.* Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol. Edizioni OTET, 1994.
42. AA.VV.: Proceeding International Symposium *Tabacco Smoking among the Health Professionals,* Venice 1986.

Fig. 1 - *Distribuzione geografica delle unità operative coinvolte nella ricerca*

CLASSI D'ETÀ (ANNI)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
20≤ X <25	22.0	3.6	18.0
25≤ X <30	36.0	25.7	33.0
30≤ X <35	23.6	6.2	22.0
35≤ X <40	10.4	26.7	15.2
40≤ X <45	3.2	8.6	4.8
45≤ X <50	2.4	6.6	3.7
50≤ X <55	0.8	1.9	1.1
55≤ X <60	0.8	1.0	0.8
60≤ X <65	/	1.0	0.3
NON RISPONDE	0.8		1.1

Tab. 1 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle classi d'età.

STATO CIVILE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
CELIBE/NUBILE	54.4	32.4	47.9
CONIUGATO/A	36.4	65.7	45.1
VEDOVO/A	0.8	/	0.6
SEPARATO/A	2.4	/	1.7
DIVORZIATO/A	0.8	/	0.6
CONVIVENTE	4.0	1.9	3.4
NON RISPONDE	1.2	/	0.8

Tab. 2 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione stato civile.

DA QUANTO TEMPO LAVORA (ANNI)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
MENO DI 1	4.4	4.7	4.5
1	17.6	17.1	17.5
2	12.8	11.4	12.4
3	11.2	9.5	10.7
4	8.0	4.7	7.0
5	9.2	10.4	9.6
6	4.8	0.9	3.7
7	8.4	4.7	7.3
8	1.6	3.8	2.3
9	3.2	0	2.3
10	2.8	2.8	2.8
11	3.2	5.7	3.9
12	2.0	4.7	2.8
13	2.0	7.6	3.7
14	2.0	0.9	1.7
15	0.8	2.8	1.4
16	/	1.9	0.6
17	2.4	1.9	2.3
18	0.4	/	0.3
19	0.8	/	0.6
20	0.8	2.8	1.4
21	0.4	0.9	0.6
22	0.8	/	0.6
23	0.4	/	0.3

Tab. 3 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione dell'anzianità (anni) maturata nell'attuale posto di lavoro.

TURNO DI LAVORO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	CAMPIONE POPOLAZIONE (%)
SU TRE TURNI (M,P,M)	83.6	83.8	83.7
SU DUE TURNI (M,P)	6.4	5.7	6.2
SU UN TURNO (M)	8.8	9.5	9.0
NON RISPONDE	1.2	0.9	1.1

Tab. 4 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione dell'attuale turno di lavoro.

DA CHE ETÀ BEVE (ANNI)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
1	0.8	/	0.6
8	1.2	/	0.8
9	1.2	/	0.8
10	1.6	1.9	1.7
11	2.0	3.8	2.5
12	2.4	3.8	2.8
13	2.4	4.8	2.8
14	2.8	5.7	3.1
15	5.2	12.4	7.0
16	6.8	15.2	9.0
17	9.2	16.2	11.0
18	15.6	24.8	18.0
19	16.8	25.7	19.2
20	21.6	38.1	26.2
21	22.4	39.0	27.0
22	23.2	40.0	27.9
23	24.0	41.9	29.0
24	24.8	41.9	29.6
25 ≤	26.8	45.7	32.1

Tab. 5 - Distribuzione cumulativa percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione dell'età da cui i singoli dichiarano di bere alcolici.

COMPORTAMENTO ALCOLICO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
NON BEVITORI	44.0	20.0	36.9
BEVITORI OCCASIONALI	30.8	20.0	27.6
BEVITORI ABITUALI	25.2	60.0	35.5

Tab. 6 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle abitudini alcoliche dichiarate.

CLASSI DI CONSUMO ALCOLICO (g/die)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
0	44.0	20.0	36.9
$0 \leq X < 5$	30.8	20.0	27.6
$5 \leq X < 10$	10.4	13.3	11.3
$10 \leq X < 20$	7.6	12.4	9.0
$20 \leq X < 30$	4.0	10.5	5.9
$30 \leq X < 40$	0.8	6.7	2.5
$40 \leq X < 50$	0.8	3.8	1.7
$50 \leq X < 60$	1.2	6.7	2.8
$60 \leq X < 70$	/	3.8	1.1
$70 \leq X < 80$	0.4	1.0	0.6
$80 \leq X < 90$	/	1.0	0.3
$90 \leq X < 100$	/	/	/
$100 \leq X < 110$	/	/	/
$110 \leq X < 120$	/	1.0	0.3

Tab. 7 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle classi di consumo alcolico dichiarato.

CONSUMI	FEMMINE (%)	MASCHI (%)
VINO	63.5	67.0
BIRRA	22.1	22.5
SUPER A.	14.4	10.5
PASTO	77.1	89.0
FUORI PASTO	22.9	11.0

Tab. 8 - Contributo percentuale, specifico per sesso, fornito dalle diverse bevande alla dieta alcolica media della popolazione campione.

BEVANDA	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
AMARI	15.6	23.8	18.0
APERITIVI	7.2	4.7	6.5
BIRRA	15.6	20.9	17.2
DIGESTIVI	17.2	17.1	17.2
VINO	60.0	58.0	59.4
SUPER A.	13.6	4.7	11.0

Tab. 9 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle conoscenze espresse sul contenuto alcolico medio delle diverse bevande.

LA VENDITA DI ALCOLICI E' VIETATA AI MINORI DI	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
14 ANNI	11.2	12.4	11.5
16 ANNI	10.4	17.4	12.4
18 ANNI	7.2	13.3	9.0
LIBERA A TUTTI	68.8	54.3	64.5
NON RISPONDE	2.4	2.9	2.5

Tab. 10 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle risposte fornite a proposito della normativa italiana che regola la vendita e la mescita degli alcolici.

COMPORTAMENTO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
NON BEVE BIRRA	1.6	1.9	1.7
NON BEVE VINO	1.2	/	0.8
NON BEVE SUPER A.	13.2	15.2	11.0
BEVE SENZA UBRIACARSI	22.4	16.2	20.6
BEVE SOLO ANALCOLICI	51.6	57.1	53.2
NON RISPONDE	10.0	9.5	9.9

Tab. 11 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle opinioni sull'uso degli alcolici prima di porsi alla guida dell'automobile.

BEVE TROPPO CHI BEVE PIÙ DI	VINO		BIRRA		SUPER A.	
	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	MASCHI (%)
1 DRINK	4.4	2.8	3.6	4.7	29.6	37.4
2 DRINK	16.0	21.9	16.0	14.2	24.8	22.8
4 DRINK	29.2	40.0	26.0	30.4	14.4	14.2
8 DRINK	14.4	14.2	9.2	20.0	3.6	4.7
16 DRINK	14.8	/	14.8	0.9	10.8	/
NON RISPONDE	21.2	20.9	30.4	29.5	16.8	20.9

Tab. 12 - Distribuzione percentuale specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle opinioni sull'abuso alcolico.

APPROCCIO AL FUMO DI TABACCO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
PRIMA DELLA SCUOLA	31.0	47.6	38.0
DURANTE LA SCUOLA	16.0	6.6	13.2
INIZIO LAVORO	4.4	4.7	4.5
INIZIO LAVORO ATTUALE REPARTO	4.2	/	0.8
NON RISPONDE	44.4	40.9	13.4

Tab. 13 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle abitudini dichiarate nei confronti dell'uso di tabacco.

	FEMMINE (X*±SD)	MASCHI (X±SD)	POPOLAZIONE CAMPIONE (X±SD)
SIGARETTE	4,8 ± 7.5	5.8 ± 9.0	5.1

*) MEDIA ARITMETICA ± DEVIAZIONE STANDARD

Tab. 14 - Consumo totale medio giornaliero pro capite di sigarette, specifico per sesso, dichiarato dalla popolazione campione.

CLASSI DI CONSUMO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
0	59.6	57.1	58.9
$0 < x < 5$	8.4	9.5	8.7
$5 \leq x < 10$	6.8	4.8	6.2
$10 \leq x < 15$	6.0	4.8	5.6
$15 \leq x < 20$	9.6	6.7	8.7
$20 \leq x < 25$	7.6	12.4	9.0
$25 \leq x < 30$	0.4	0.9	0.6
$30 \leq x <$	1.6	3.8	2.3

Tab. 15 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle classi di consumo giornaliero di sigarette dichiarato

FUMA IN SERVIZIO?	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
. SI	*61.8	*85.6	77.5
NO	38.2	14.4	22.5

*) χ^2 1gl =3.84 ; χ^2 = 9.63 ($p < 0.05$)

Tab. 16 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione fumatrice in funzione delle abitudini tabagiche in servizio.

FUMA DI PIU' QUANDO LAVORA?	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
SI	*21.8	*44.8	36.9
NO	78.2	55.2	63.1

*) χ^2 1gl =3.84 ; χ^2 = 7.2 ($p < 0.05$)

Tab. 17 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione fumatrice in funzione del tabacco da fumo in servizio e nel tempo libero.

QUANDO FUMA DI PIU'?	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
AL MATTINO	7.2	12.4	10.6
AL POMERIGGIO	5.5	11.4	9.4
LA NOTTE	45.5	57.1	53.1

Tab. 18 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione del consumo di tabacco da fumo in funzione del turno di servizio.

	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
NON HA MAI FUMATO	41.6	39.0	40.8
HA SMESSO	17.2	25.7	19.7
HA RICOMINCIATO	9.6	4.7	8.2
FUMA	29.6	29.5	29.6
NON RISPONDE	2.0	0.9	1.7

Tab. 19 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione delle abitudini dichiarate nei confronti dell'uso di tabacco.

QUANDO HA CERCATO DI SMETTERE DI FUMARE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
PRIMA DELLA SCUOLA	5.6	9.8	6.8
DURANTE LA SCUOLA	3.6	1.9	3.4
INIZIO DEL LAVORO	6.4	4.7	5.9
INIZIO LAVORO ATTUALE REPARTO	5.6	5.7	5.6
NON RISPONDE	78.8	78.0	78.6

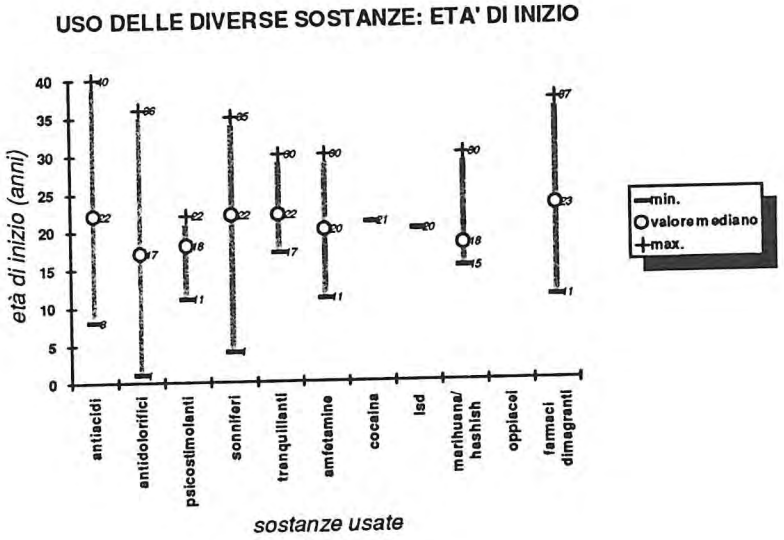
Tab. 20 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione del momento in cui ha cercato di smettere di fumare.

QUANDO HA RICOMINCIATO A FUMARE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
PRIMA DELLA SCUOLA	1.2	0.9	1.1
DURANTE LA SCUOLA	1.2	0.9	1.1
INIZIO DEL LAVORO	2.4	2.8	2.5
INIZIO LAVORO ATTUALE REPARTO	4.4	0.9	3.4
NON RISPONDE	90.8	94.2	91.8

Tab. 21 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione del momento in cui ha ripreso a fumare.

CLASSI DI CONSUMO (sig./die)	MASCHI (%)	FEMMINE (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
0	58.1	56.8	57.2
$0 \leq X < 5$	21.9	25.2	24.2
$5 \leq X < 10$	14.3	16.4	15.8
$10 \leq X < 15$	3.8	1.6	2.3
$15 \leq X < 20$	1.0	0.0	0.3
$X \geq 20$	1.0	0.0	0.3

Tab. 22 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione della dichiarazione relativa al numero di sigarette che si possono fumare giornalmente senza che la salute ne risenta.



Tab. 23 - Età di inizio all'uso delle diverse sostanze dichiarata dalla popolazione campione.

SOSTANZE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
ANTIACIDI	26.4	29.4	27.3
ANTIDOLORIFICI	55.2	37.0	49.9
PSICOSTIMOLANTI	2.4	3.7	2.8
SONNIFERI	7.2	5.7	6.8
TRANQUILLANTI	6.4	2.8	5.3
AMFETAMINE	1.2	0.6	1.1
COCAINA	0.8	0.8	0.8
LSD	/	/	/
MARIHUANA/ HASHISH	2.8	4.7	3.3
OPPIACEI	/	0.9	0.3
FARMACI DIMAGRANTI	6.0	2.8	5.1

Tab. 24 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione dell'uso dichiarato delle diverse sostanze nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca.

SOSTANZE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
ANTIACIDI	62.6	66.7	64.0
ANTIDOLORIFICI	64.0	49.1	60.5
PSICOSTIMOLANTI	22.2	50.0	27.2
SONNIFERI	70.6	70.0	70.5
TRANQUILLANTI	48.5	40.0	47.4
AMFETAMINE	50.0	80.0	61.5
COCAINA	66.7	100.0	80.0
LSD	100.0	100.0	100.0
MARIHUANA/ HASHISH	92.9	100.0	95.8
OPPIACEI	33.3	/	33.3
FARMACI DIMAGRANTI	37.5	66.7	40.0

Tab. 25 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione consumatrice di farmaci in funzione del mancato rispetto della prescrizione d'uso delle diverse sostanze.

POPOLAZIONE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
NON INCIDENTATA	67.2	79.0	70.7
INCIDENTATA	32.8*	21.0*	29.3

*) χ^2 1gl =3.84 ; χ^2 = 4.45 ($p < 0.05$)

Tab. 26 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione degli incidenti subiti nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca.

	FEMMINE	MASCHI	POPOLAZIONE CAMPIONE
INCIDENTI	180	43	223
VALORE MEDIO	0.72	0.41	0.63
DEVIAZIONE STANDARD	1.83	1.57	

Tab. 27 - Incidenti dichiarati, specifici per sesso dalla popolazione campione nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca.

TIPO DI INCIDENTE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
SLOGATURA	3.6	/	2.5
FRATTURA	0.4	1.0	0.6
FERITA DA TAGLIO	9.2	3.8	7.6
GRAFFIO	3.6	2.9	3.4
PUNTURA	15.2	10.5	13.8
INC.STRADALE	2.4	1.0	2.0
USTIONE	0.8	1.9	1.1
INFEZIONE	3.6	/	2.5
DISTURBI AGLI OCCHI	0.4	/	0.3
SCHIZZO DI SANGUE	0.4	1.0	0.6
LESIONE MUSCOLARE	0.4	/	0.3
CONTUSIONE	0.4	1.0	0.6
ERNIA	/	1.0	0.3

Tab. 28 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione della tipologia degli incidenti subiti nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca.

TIPO DI INCIDENTE	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
SLOGATURA	4.4	1.9	3.7
FRATTURA	0.4	/	0.3
TAGLIO	3.6	11.4	5.9
GRAFFIO	2.4	7.6	3.9
PUNTURA	8.8	25.7	13.8
INC.STRADALE	4.4	2.9	3.9
SCOSSA ELETTRICA	1.2	1.0	1.1
USTIONE	/	1.0	0.3
INALAZIONE GAS	0.4	1.9	0.8
INCENDIO	0.4	1.0	0.6
SCOPPIO	0.4	/	0.3
INFEZIONE	7.2	4.8	6.4
FENOMENI TOSSICI	0.8	2.9	1.4
RADIAZIONI	0.4	/	0.3
SCHIZZO DI SANGUE	0.4	/	0.3
LESIONE MUSCOLARE	0.4	1.0	0.6
CONTAGIO	/	1.0	0.3
ERNIA	1.2	1.0	1.1

Tab. 29 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione della tipologia degli incidenti "evitati" nei dodici mesi precedenti la nostra ricerca.

TIPO DI RISCHIO	FEMMINE (%)	MASCHI (%)	POPOLAZIONE CAMPIONE (%)
SLOGATURA	5.6	2.9	4.8
FRATTURA	1.6	1.0	1.4
TAGLIO	20.4	11.4	17.7
GRAFFIO	11.6	7.6	10.4
PUNTURA	38.0	41.0	38.9
INC.STRADALE	6.8	5.7	6.5
SCOSSA ELETTRICA	11.2	9.5	10.7
USTIONE	1.2	1.9	1.4
INALAZIONE GAS	7.2	6.7	7.0
INCENDIO	2.4	1.9	2.3
SCOPPIO	1.6	1.9	2.3
INFEZIONE	45.6	31.4	41.4
FENOMENI TOSSICI	4.0	2.9	3.7
RUMORI	11.6	10.5	11.3
RADIAZIONI	47.2	30.5	42.2
DISTURBI DELLA VISTA	0.4	1.0	0.6
LESIONI MUSCOLARI	0.4	2.8	2.1
CONTAGIO	0.8	1.9	1.1

Tab. 30 - Distribuzione percentuale, specifica per sesso, della popolazione campione in funzione della tipologia dei rischi di incidente ai quali ritiene di essere esposta in ambiente di lavoro.

INFERMIERI E FATTORI DI RISCHIO IN AREA CRITICA

S. GIOVANNINI, M.A. CATENAZZO, G. MARCHIONI, A. SOLLAZZO, A. PINZARI
Reparto Rianim. e Terapia Intensiva (C.S.: A. Pinzari) Ospedale «Bambino Gesù», I.R.C.C.S. ROMA

Introduzione

Per affrontare in modo risolutivo e propositivo il tema «*fattori di rischio in Area Critica*» non si può prescindere dall'obiettivo di realizzare un modello assistenziale che rispetti i princìpi della *qualità totale.*

Questa viene perseguita non solo attraverso l'assistenza diretta, la diagnosi e la terapia rivolte al paziente, ma anche grazie alla ricerca di strutture adatte, ad una corretta ed idonea motivazione e responsabilizzazione dello staff medico-infermieristico e, con termine poco utilizzato nel nostro sistema sanitario, grazie «all'indice di gradimento» da parte dell'utenza.

L'obiettivo tecnico-organizzativo della «qualità totale» diventa in tal modo una importante forma di prevenzione dei numerosi rischi cui sono esposti infermieri e pazienti in Area Critica.

Secondo la «*teoria delle strategie*» per la Nippon Elettric Company, la qualità è «*il principale strumento per migliorare la produttività*».

Donabedian, uno dei padri della Quality Assurance, definisce la qualità come il «*rapporto tra i miglioramenti ottenuti nella condizione di salute e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato attuale delle conoscenze delle tecnologie disponibili e delle condizioni dei pazienti*».

Il significato di questa «parolina magica» è sicuramente ampio, in quanto comprende:

1) *qualità delle prestazioni:* nel nostro caso, una maggiore accuratezza nelle manovre, riduce i rischi di lesione;

2) *qualità del lavoro;*

3) *qualità dell'organizzazione:* un organico al completo, turni di lavoro idonei, un valido rapporto infermiere-malato, contribuiscono alla riduzione dello stress;

4) *qualità dell'immagine;*

5) *qualità del posto di lavoro:* una struttura valida contribuisce alla riduzione dei rischi in Area Critica;

6) *qualità dei rapporti interpersonali:* motivazioni valide, gratificazioni e riconoscimenti contribuiscono a ridurre l'eventuale danno psicologico per l'infermiere di area critica.

Infine, nel termine «qualità» deve essere inserito anche tutto ciò che è finalizzato ad ottenere la «*piena soddisfazione dell'utente*».

La realizzazione pratica di tutti questi aspetti della qualità, ovvero il raggiungimento come obiettivo di quella che viene definita la «qualità totale», comporta, tra i risultati finali, non solo un miglioramento dell'assistenza e delle condizioni lavorative ma, aspetto di particolare significato e rilevanza, anche un indice di gradimento con piena soddisfazione da parte dell'utente, inteso sia come paziente che come famiglia.

Entrando nell'analisi specifica, tra i *fattori oggettivi* che influenzano la qualità totale dell'assistenza ritroviamo la *struttura*, intesa come tutto ciò che comprende le risorse (personale, locali e attrezzature), la formazione e la qualificazione del personale, l'organizzazione del lavoro.

In effetti, le carenze assistenziali talora sono dovute più a carenze organizzativo-strutturali che non a mancanza di risorse o al basso livello professionale.

Tra i *fattori soggettivi* ritroviamo la *Sindrome del «burn-out»* (S. del bruciato, fuso, scoppiato), alla quale il personale infermieristico di Area Critica può andare incontro. La Sindrome del burn-out altro non è se non il «percorso che conduce molti operatori ad esaurire l'entusiasmo per il proprio lavoro, a ridurre l'impegno fino a diventare apatici e/o cinici nei confronti dei colleghi e degli utenti» (Maslach, 1976).

Resta da chiederci se la realtà in cui operiamo ci permette di assistere nel modo più adeguato e corretto il «cittadino come cliente» e, in caso così non fosse, con quale ruolo e con quale modalità possiamo intervenire per migliorare questo aspetto del «Servizio Sanitario».

Fattori di rischio in Area Critica

Entrando nella trattazione specifica dell'argomento in oggetto, occorre ricordare che ogni Centro di Rianimazione o Unità di Terapia Intensiva operativo sul nostro territorio nazionale, viene strutturato e regolato in modo tale da rispondere ai requisiti della legge n. 132 del 12 febbraio 1968 che regola gli Enti Ospedalieri e l'Assistenza Sanitaria, del D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 e del D.P.R. 13 settembre 1988 il quale definisce gli standards.

Gli *standards* vengono utilizzati come modelli di riferimento e di controllo della qualità assistenziale, sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista tecnologico e strumentale.

Sono stati definiti i requisiti minimi per identificare le unità di T.I., ed in particolare, la «Society of Critical Care Medicine» ha stabilito che tali unità prevedano:

1) cura per pazienti gravemente malati o potenzialmente gravemente malati;
2) infermieri specializzati;
3) servizi di supporto appropriati ed efficienti;

4) direttore medico qualificato;

5) servizi tecnici e possibilità di consultazione per tutte le specialità mediche di rilievo e personale ausiliario qualificato;

6) direttore infermieristico qualificato;

7) rapporto infermiere-malato di almeno 1:3 o 1:2, se non addirittura 1:1 o 2:1;

8) corsi di aggiornamento per il personale infermieristico.

Per garantire un'assistenza qualitativamente valida, inoltre, sono state delineate delle guide per la progettazione e la realizzazione di centri di Area Critica (condizioni operativo-logistiche).

Esse prevedono delle unità autonome, separate ma collegate allo stesso tempo con tutte le specialità presenti, che potranno essere aperte o chiuse. Devono disporre di spazi adeguati, muri piombati, illuminazione naturale ed artificiale, ambiente confortevole soprattutto per il bambino, cura per il colore delle pareti, minime incidenze di rumori, possibilità di potere utilizzare le radio, la televisione, ecc., il tutto sempre sotto il completo controllo e la completa visualizzazione dell'infermiere.

Ogni posto letto deve potere disporre di una colonna con almeno:

— 11 prese di corrente elettrica, completa dei sistemi di rilevazione e allarme per disfunzioni e guasti. La dotazione elettrica deve essere completata da sistemi di messa a terra per tutto l'ambiente assistenziale e di prese elettriche per carichi maggiori (Rx, motore per materassino termico, ecc.);

— attacchi per O_2, aria compressa ed aspirazione, in numero proporzionato al tipo di specialità intensivistica cui il Reparto è destinato, e, comunque, mai inferiori a 3 per l'O_2, 3 per l'aria compressa e 3 per l'aspirazione;

— lampada mobile.

Ogni stanza deve contenere materiale di prima necessità (sondini, cerotti, garze, elettrodi, siringhe, ambu, ecc.).

L'Unità di Area Crtica prevede una centralina di rilevazione, una stanza per presidi sterili e monouso, un sistema di smaltimento dei rifiuti, una cucina, una sala per i medici, una per gli infermieri, una camera per il medico di guardia, servizi igienici, sala riunioni, spazi pubblici per ricevere i parenti, un locale di dimensione proporzionata per la conservazione e lo stoccaggio del materiale monouso.

Il rispetto di tali standards dovrebbe garantire la sicurezza infermieristica e, quindi, un'assistenza qualitativamente elevata al paziente critico.

Vi sono però altre condizioni che possono alterare questa assistenza, come ad esempio il rischio di infezioni, soprattutto di infezioni crociate che l'infermiere può trasmettere da paziente a paziente o che può contrarre egli stesso.

Infatti, nonostante l'erogazione di un'assistenza specifica, il paziente presenta un quadro biologico alterato e trattandosi di soggetti compromessi dal

punto di vista immunitario, in particolare bambini e prematuri, la complicanza più grave è data dalle infezioni iatrogene causate da cateteri, sonde ed altro materiale.

A tutto ciò va aggiunto che l'infermiere è un soggetto a rischio poiché spesso può incorrere in incidenti di lavoro (puntura con ago infetto, prelievi, rotture di sacche di sangue e derivati, ecc. ...) che lo portano ad un contagio diretto con infezioni più o meno gravi, compromettenti il suo stato di salute, soprattutto qualora non vi sia un'adeguata prevenzione. Da qui nasce l'esigenza di una valida e opportuna sicurezza ambientale, con ampi spazi che permettano all'infermiere di compiere manovre rapide e sicure, tali da garantire un minore rischio di infezioni crociate.

Uno degli aspetti che caratterizza l'assistenza infermieristica in Area Critica è il cambiamento repentino delle condizioni del paziente che portano l'infermiere a prendere rapide decisioni e ad esercitare una stretta e particolare sorveglianza.

La peculiarità dei Centri Intensivi è rappresentata non solo dalla presenza di strumenti sofisticati o di ambienti particolari, quanto dalla consapevolezza che la vita dei malati è legata alla rapidità e all'accuratezza delle interpretazioni dei sintomi acuti e dei conseguenti interventi terapeutici. In questo senso l'infermiere gioca un ruolo di primo piano sia per la tempestività e la precisione delle informazioni fornite ai medici, sia per la sua diretta partecipazione ad alcune manovre rianimative. Da tutto ciò ne deriva il senso di responsabilità e il grado di soddisfazione ottenuta grazie ad un intervento riuscito.

Molto spesso, come già detto in precedenza, i metodi qualitativi e quantitativi che dovrebbero regolare l'attività infermieristica, non tengono conto dell'organizzazione e dell'efficacia dell'assistenza erogata che invece è ciò che si vuole garantire ai pazienti.

L'infermiere di Area Critica è un professionista con una preparazione di base opportuna e specifica; un individuo motivato con interesse per il suo lavoro; in grado di inquadrare e sintetizzare i problemi, capace di decisioni rapide, razionali e responsabili; disponibile ad un lavoro di équipe, in grado di discutere e rivedere il proprio operato, un soggetto che riesce a separare lo stretto rapporto di comprensione-comunicazione con il paziente dal proprio coinvolgimento affettivo.

L'operatore sanitario responsabile e razionale ricerca sempre uno stato di efficienza e di efficacia nel suo lavoro, qualora ciò non si verificasse, si innescano meccanismi di difesa tali da provocargli stress e frustrazione con disaffezione al lavoro ed elevato rischio di entrare nella sindrome del burn-out.

A tal proposito è opportuno sottolineare quanto sia fondamentale l'infermiere la condizione di benessere psicologico per rendere qualitativamente migliore la sua assistenza al malato.

Nel bambino soprattutto vi è una notevole difficoltà di adattamento a

nuovi ritmi sonno-veglia, di alimentazione, di tranquillità, il che richiede una maggiore disponibilità da parte della V.I.

In tali situazioni, il rischio infermieristico è determinato dal coinvolgimento personale nel rapporto con il piccolo paziente, al quale si cerca di dare tutto il proprio affetto pure essendo consapevoli delle sue condizioni critiche, ma soprattutto ricordando che la Vigilatrice non può sostituirsi completamente alla madre ma deve cercare di garantire una certa continuità ed un clima di affetto in assenza dei genitori.

Conclusioni

Partendo da queste brevi considerazioni ora sta a voi e a noi porci degli obiettivi tangibili per un'assistenza di qualità elevata che sarà:

1) *di dimostrata efficacia,* in base ai risultati della ricerca scientifica;
2) *appropriata,* cioè indicata per quel particolare paziente;
3) *sicura,* cioè tale da comportare il minimo rischio per il paziente;
4) *accessibile;*
5) *attenta a considerazioni di costo,* cioè corrispondente ad una utilizzazione ottimale delle risorse disponibili.

La conclusione che possiamo trarre, quindi, non è una ricetta magica per prevenire i rischi di vario tipo che incombono su chi agisce in una Area Critica, ma una proposta che estendiamo a tutti gli interessati:

— identificazione dei rilevatori di efficienza e qualità specifici per questo argomento;
— elaborazione di protocolli di studio, individuando gli aspetti di maggiore e più vasto interesse;
— applicazione di questi protocolli, secondo una modalità di studio multicentrico;
— renderli oggetto di un prossimo convegno in cui siano riportati i risultati di tale lavoro e possano rappresentare le «linee guida» per le diverse realtà di Area Critica.

Bibliografia

MASLACH C., *Bourned-out,* J. of Uman Beheuion, 5; 1976.
MOROSINI P.L., PERRARO F., BARBONI E., DEL FABBRO L., *Introduzione alla valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica,* Q.A., 3; 1992.
ZIGGIOTTO B., *Terapia Intensiva: ruolo dei protocolli,* Scenario 3, 1992.

UN TUFFO NELL'OPERATIVO: VALUTAZIONE INFERMIERISTICA DEL PRIMO DISOSTRUTTORE PER TUBI TRACHEALI

R. TORRE
Istituto di Anestesiologia e Rianimazione, Università «La Sapienza» - Roma

Introduzione

La presenza di un tubo oro-rino tracheale è evenienza piuttosto comune nei pazienti di terapia intensiva o rianimazione. La gestione di questo presidio rientra tra le competenze degli infermieri per quel che concerne la stabilità e fissità del tubo, il corretto collegamento con i vari supporti ventilatori, una umidificazione sufficiente dei gas inspirati ed il mantenimento della pervietà del tubo.

L'attenzione di questo lavoro sarà incentrato su l'ultimo punto espresso. L'esperienza insegna che, malgrado le attenzioni e le cure, può avvenire che il tubo si ostruisca, condizione questa che mette a grave repentaglio la vita del paziente oltre a creare una condizione di caos e di emergenza per la necessità di sostituzione immediata del tubo.

Va inoltre rilevato come il progressivo restringimento del lume interno fa aumentare il lavoro respiratorio del paziente, richiedendo conseguentemente maggiore forza inspiratoria per vincere le resistenze del tubo. Nelle fasi di weaning questa condizione può ridurre l'endurance del paziente e richiedere tempi di ventilazione assistita più lunghi esponendo il paziente alle più comuni complicanze da prolungata intubazione quali le infezioni e la malachia.

La sostituzione del tubo, benché necessaria, è una manovra che può determinare anch'essa spiacevoli inconvenienti:

— la necessità di sedare nuovamente il paziente;
— si espone il paziente ad un doppio trauma: l'estrazione del primo tubo e l'inserimento del secondo;
— si interrompono le condizioni atte a mantenere uno scambio gassoso adeguato (p.e. FiO_2 o PEEP);
— (collegato al precedente) si espone il paziente a periodi di ipossia;
— il paziente è probabile che inali, al momento dell'estrazione del tubo, materiali accumulati sopra ed intorno alla cuffia, che per le condizioni microambientali può essere ad alta carica batterica.

È stato sviluppato presso il nostro Istituto un prototipo di disostruttore tracheale realizzato dai Laboratori Sperimentali della DAR (Mirandola) in gra-

do di ridurre la evenienza della ostruzione acuta o progressiva dei tubi endotracheali.

Scopo di questo studio è l'analisi della validità del presidio dalla visuale dell'operatore più probabilmente coinvolto nel suo utilizzo: l'infermiere professionale.

La tecnica utilizzata è stato del tipo «test-retest» con misurazioni «in vivo» previo giudizio di idoneità del Comitato Etico dell'Ospedale e consenso del paziente o suo familiare.

Descrizione del Presidio

Presentazione

Il presidio è costituito da una sonda di diametro 2,5 mm, lunga 41 cm, arrotondato in punta. All'interno della sonda si trovano una serie di filamenti intrecciati di metallo comandati da una impugnatura a tre anelli con breve scorrimento. La sonda ha una apertura vicino alla punta distale da dove sono visibili i filamenti metallici. Sono presenti sulla sonda 4 segni di distanziamento dalla punta distale rispettivamente a 32, 34, 36 e 38 cm. Inoltre è presente un fermo a rondella scorrevole di diametro standard (15 mm). Azionando l'impugnatura si retrae la punta facendo sì che i filamenti si aprano a formare «un ombrello» (fig. 1).

Tecnica d'uso

Il disostruttore è presente in confezione singola monouso sterile e la tecnica d'uso prevede una manovra asettica. Si richiede pertanto la presenza di 2 operatori: il primo (operatore 1) in tenuta sterile che effettuerà la manovra, il secondo (operatore 2) di assistenza fuori campo.

Descrizione a steps:

1) Operatore 2 porge la confezione aperta all'operatore 1, che preleva il disostruttore.

2) Operatore 1 aggiusta la rondella di scorrimento di modo chè la punta distale del disostruttore non oltrepassi la parte terminale del tubo endotracheale.

3) Operatore 2, quando l'operatore 1 è pronto ed ha lubrificato la sonda, procede al distacco dal ventilatore.

4) Operatore 1, tenendo la sonda dall'impugnatura, introduce delicatamente la sonda nel tubo endotracheale, accertandosi che l'ombrello sia in posizione chiusa, fino al raggiungimento del fermo.

5) Agendo sull'impugnatura, l'operatore 1 apre l'ombrello e comincia a retrarre lentamente la sonda mantenendo l'ombrello aperto.

6) Alla fuoriuscita della sonda l'operatore 2 ricollega il paziente.

7) Nel caso si desiderasse ripetere la manovra, l'operatore 2 porge Sol. Fisiologica sterile all'operatore 1, che provvede a detergere l'ombrello dai detriti accumulati.

8) Ripetere dal punto (3).

9) Nel caso che la punta distale della sonda abbia oltrepassato la parte terminale del tubo, al momento del ritiro della sonda l'operatore 1 avverte una tipica resistenza. Non forzare il ritiro (si potrebbe lesionare la mucosa tracheale), ma chiudere l'ombrello e retrarre la sonda di qualche centimetro per poi riaprirlo e ritentare il ritiro.

10) Riordino del materiale.

Materiali e metodi

Premessa

Lo studio ha avuto inizio nell'agosto del 1993 presso l'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione del Policlinico Universitario «Umberto I» di Roma, coinvolgendo ed estendendo la ricerca a tutto il territorio nazionale.

Hanno partecipato allo studio multicentrico i seguenti centri:

1. Centro Rianimazione del Policlinico «Umberto I» Roma
   Resp. D.A.I.-I.P.S. Torre
2. Servizio Rianimazione dell'Ospedale «Cannizzaro» Catania
   Resp. A.F.D. Crispi
3. Servizio Rianimazione degli Spedali Civili di Brescia
   Resp. A.F.D. Cogna
4. Servizio Rianimazione dell'Ospedale Civile di Crema
   Resp. A.F.D. Giroletti
5. Servizio Rianimazione dell'Ospedale Civile di Vicenza
   Resp. A.F.D. Donà
6. Servizio Rianimazione del Policlinico «San Matteo» Pavia
   Resp. A.F.D. Cremonesi
7. Servizio Rianimazione dell'Ospedale «Le Molinette» Torino
   Resp. A.F.D. Giordano
8. Servizio Rianimazione del II Policlinico Napoli
   Resp. A.F.D. Iaselli/Dott. Servillo
9. U.T.I.P.O Cardiochirurgica dell'Ospedale «Careggi» Firenze
   Resp. A.F.D. Cecinati
10. Servizio Rianimazione del Policlinico di Bari
    Resp. A.F.D. Colaleo

(i nomi si riferiscono ai coordinatori in loco del progetto di ricerca).

Il termine della rilevazione dati è stato fissato per il 20 ottobre 1993.

Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inseriti nello studio tutti i pazienti che a giudizio del rilevatore avevano in atto un'ostruzione acuta del tubo endotracheale in base alle seguenti osservazioni:

— aumento delle pressioni di picco inspiratorio;
— difficoltà nel passaggio del sondino di aspirazione.

Altre condizioni necessarie erano:

— presenza di un tubo endotracheale di diametro compreso tra I.D. 7 mm e I.D. 9 mm;
— programma ventilatorio con almeno 2 atti imposti.

Sono stati esclusi tutti i pazienti che erano ventilati in Pressure Support, CPAP o altra forma di Assisted Support Breathing ed i pazienti con bradicardie da distacco della protesi.

Descrizione del Protocollo

Dopo adeguate informazioni sul presidio ed il suo corretto utilizzo per mezzo di una video cassetta e consulenza diretta, ad ogni centro è stato dato una dotazione di 30 disostruttori con altrettante schede di rilevazione dati e la descrizione del protocollo.

Il protocollo prevedeva che per ogni paziente incluso nello studio fossero rilevati i seguenti parametri:

— data della rilevazione;
— tipo di programma ventilatorio;
— volume tidal all'inizio della rilevazione;
— diametro del tubo endotracheale;
— pressione di picco all'inizio della rilevazione;
— pressione di picco dopo broncoaspirazione;
— pressione di picco dopo l'uso del disostruttore;
— impressioni dell'operatore;
— eventuali complicanze;
— commenti e suggerimenti.

Procedure di rilevazione dei dati

Le pressioni di picco sono state rilevate, utilizzando i trasduttori pressori del ventilatore collegato al paziente, sull'atto imposto prima e 2 minuti dopo aver effettuato la manovra di disostruzione.

Analisi statistica

I dati delle pressioni di picco sono stati valutati per mezzo del «Test T di Student» per misure ripetute, accettando valori di significatività a partire da $p < 0.05$.

Risultati

Analisi dei dati

Sono giunte all'osservazione ed analisi 79 schede dai vari centri. Di queste, dopo attenta disamina, sono stati inseriti nell'analisi statistica 57 schede pari al 72,15% delle schede raccolte.

I motivi dell'esclusione delle schede erano:

a) rilevazioni fuori protocollo (p.e. assenza di atti imposti) = 5 schede pari al 6,33% dell'intero campione;

b) inattendibilità dei dati per variazioni del setting ventilatorio tra un rilevamento e l'altro = 17 schede pari al 21,52% dell'intero campione.

Le schede in oggetto, benchè escluse dall'analisi statistica, sono state integrate per l'analisi delle complicanze e dei suggerimenti.

La distribuzione campionaria effettuata secondo il diametro del tubo endotracheale è schematizzata nella figura 2.

Le modalità di ventilazione e le frequenze respiratorie utilizzate e loro distribuzione sono schematizzate nelle tabelle 1 e 2.

La frequenza ventilatoria media era di 16,36 atti/min (S.D ± 4,715) ed il Tidal Volume medio era di 639,52 ml (S.D ± 173,824).

La pressione di picco media dopo broncoaspirazione era di 32,428 cm H_2O (S.D ± 9,811) mentre la pressione di picco media dopo disostruzione era di 28,726 cm H_2O (S.D ± 8,341) con una differenza percentuale del 11,42%.

Il «Test T di Student» effettuato utilizzando come variabili le pressioni di picco dopo broncoaspirazione (peak 0) e dopo disostruzione (peak 1) ha dato un livello di significatività elevata ($p < 0,001$). Nella figura 3 vengono esposti i dati analitici.

Analisi delle complicanze

Sono state rinvenute 3 schede che riportavano complicanze: la prima indicava lo spostamento dal tubo alla trachea del tappo di muco (l'operatore segnala che anche l'introduzione del sondino d'aspirazione dava notevole resistenza), richiedendo la sostituzione del tubo endotracheale e toilette bronchiale; la seconda che segnala la frantumazione del tappo, benché sia stato rimos-

so e le pressioni siano scese da 55 cm H_2O a 40 cm H_2O; la terza riporta un aumento delle pressioni di picco a distanza di 5 minuti dalla manovra risoltosi con instillazione bronchiale e broncoaspirazione.

Analisi dei suggerimenti e dei commenti

I commenti che hanno accompagnato le schede hanno evidenziato come l'uso del disostruttore sia stato giudicato di facile impiego e al contempo ritenuto pratico ed efficace. Alcuni dei commenti erano riferiti al momento d'uso della sonda ritenendolo utile soprattutto nei pazienti in fase di svezzamento dove l'umidificazione dei gas potrebbe non essere sufficiente, come per esempio nei trial con tubo a T.

Altri commenti erano rivolti al prelievo della sonda dalla confezione sterile che a volte non ha permesso il mantenimento asettico della stessa. Alcuni operatori hanno evidenziato anche difficoltà nel mantenimento asettico del disostruttore in manovre ripetute.

Discussione

L'ostruzione acuta dei tubi endotracheali o la riduzione del lume interno degli stessi, non è una complicanza rara nei pazienti ventilati artificialmente, indipendentemente dal tipo di umidificazione dei gas utilizzati (1). Il riconoscimento precoce del problema impegna il personale d'assistenza con manovre di instillazione bronchiale, broncoaspirazione, fino alla rimozione delle secrezioni tramite fibrobroncoscopia.

La sostituzione rapida del tubo endotracheale può essere complicata, soprattutto in presenza di ostruzione di grado elevato ed ipossia o ipercapnia, da condizioni emodinamiche instabili o aritmie pericolose per la vita del paziente (1-2).

L'ostruzione progressiva è una condizione che colpisce una percentuale importante dei pazienti con tubo endotracheale; questa percentuale sale quando la ventilazione artificiale supera 5 giorni (3).

Lo studio ha dimostrato che l'uso del disostruttore, in condizioni cliniche diverse e con pazienti affetti da malattie di varia etiologia, è in grado di ridurre notevolmente le pressioni di picco ($p = .000$), garantendo la pervietà del tubo endotracheale. Si fa notare che solo in un caso è stato necessario procedere alla sostituzione del tubo.

Osservazioni «in vitro» sul comportamento delle pressioni di picco ed i volumi tidal in condizioni di compliance e resistenze diverse condotte dallo sperimentatore hanno messo in evidenza come la sola pressione di picco sia un parametro tardivo nel riconoscimento dell'ostruzione: infatti, soprattutto in condizioni di compliance alterata, l'aumento significativo delle

pressioni di picco si ha quando l'ostruzione supera il 35-40% del lume interno.

Va anche considerato che parziali addensati sul lume interno permettono l'aggregazione del muco e l'aumento progessivo dell'ostruzione. Il ristagno all'interno del tubo di queste secrezioni, favorite dalle condizioni di calore ed umidità, possono sviluppare colonie batteriche, predisponendo alle infezioni dell'albero tracheo-bronchiale.

Recentemente è stato suggerito l'uso del disostruttore nei pazienti in fase di weaning per ridurre il lavoro respiratorio (4).

Il disostruttore può essere utilizzato anche in sistema chiuso, evitando quindi la necessità di deconnettere il paziente dal ventilatore, con i vantaggi legati al mantenimento del setting ventilatorio.

Questo permette di pensare ad un utilizzo routinario del disostruttore quale manovra atta a prevenire l'ostruzione parziale del tubo endotracheale, ed il mantenimento del livello pressorio.

Recenti osservazioni sul campo, inoltre, hanno messo in evidenza come l'utilizzo routinario del presidio ha coinciso con la riduzione del numero di broncoaspirazioni rese necessarie a mantenere la pervietà del tubo. Oltre ai vantaggi legati alla riduzione dell'uso di una manovra potenzialmente lesiva, quale la broncoaspirazione (5), vanno considerati gli effetti pratici come la riduzione dei tempi di assistenza ed un possibile beneficio in termini di costi di gestione.

Conclusione

La ricerca ha dimostrato l'utilità del presidio nel ripristino della pervietà del lume interno e del livello pressorio anche con pressioni di picco inferiori a 25 cm H_2O. Si suggerisce l'uso routinario del disostruttore quale mezzo idoneo alla gestione della pervietà dei tubi endotracheali.

Bibliografia

1) Cohen I.L., Weiberg P.F., Fein A., Rowinski G.S.: *Endotracheal tube occlusion associated with the use of heat and moisture exchangers in the intensive care unit. Crit Care Med* (1988) 16: 277-279.
2) Zwillich C.W., Pierson D.J., Creagh C.E.: *Complications of assisted ventilation: a prospective study. Am J Med* (1974) 57: 161-165.
3) Cinnella G., Villafane M.C., Brochard L.: *Evolution «in vivo» de la resistance et du diametre des sondes d'intubation. Reanim Soins Intensivs Med Urg* (1989) 5: A 459.
4) Conti G., Rocco M., De Blasi A.R., Lappa A., Antonelli M., Bufi M., Gasparetto A.: *A new device to remove obstruction from endotracheal tube during mechanical ventilation in critically ill patients. Intensive Care Medicine* (1994) (in press).
5) Torre R., Giustini M.: *Protocolli e procedure nella broncoaspirazione. Scenario* (1992) 2: 11-16.

Tabella 1

Freq. Vent. → Ventilazione ↓	10 a 5	15 a 20	20 a 25	25 a 30	30 a 35 e oltre	Totale compless.
(acv)cppv	1	5	2	0	0	8
(acv)ippv	12	4	5	3	2	20
imv	3	1	0	0	0	4
imv + ps	1	2	0	0	0	3
ippv	6	2	0	0	0	8
simv	1	6	0	0	1	8
simv + ps	0	1	0	0	0	1
simv + ps20	0	0	1	1	1	3
Totale complessivo	24	21	5	3	2	55

Tabella 2

N. Tubo E.T.→ Ventilazione ↓	7	7,5	8	8,5	9	Totale compless.
(acv)cppv	1	5	3	0	1	8
(acv)ippv	1	9	7	2	1	20
imv	0	1	2	1	0	4
imv + ps	0	1	2	0	0	3
ippv	1	2	4	1	0	8
simv	0	3	6	1	0	10
simv + ps	0	1	0	0	0	1
simv + ps20	0	2	0	1	0	3
Totale complessivo	3	22	24	6	2	57

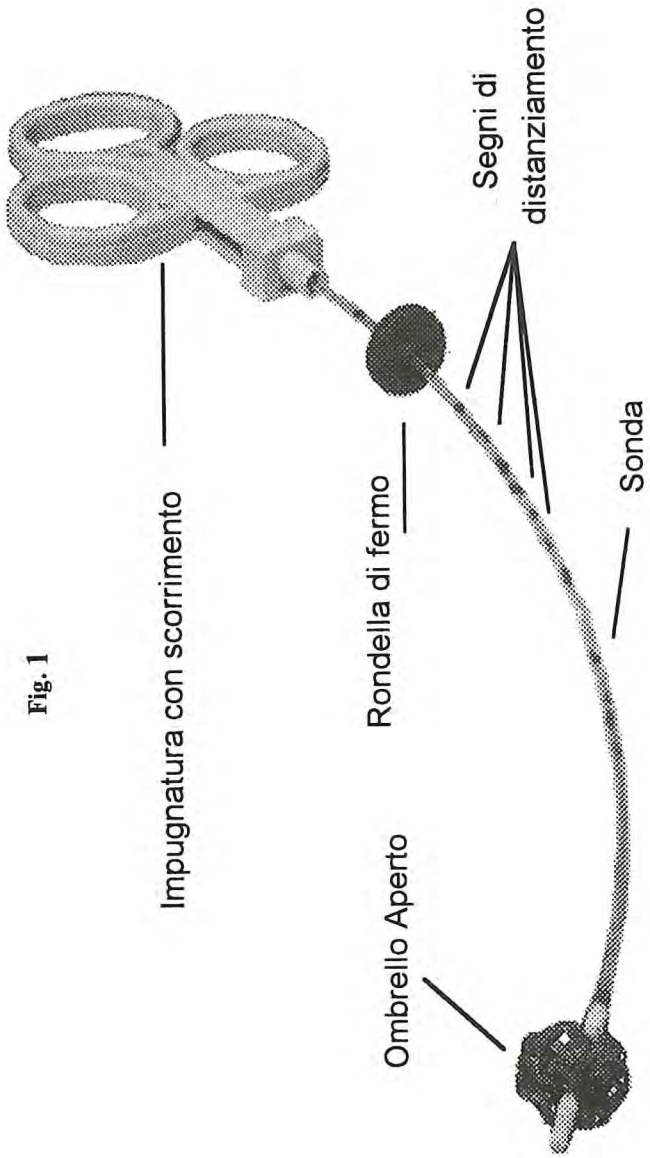

Impugnatura con scorrimento
Rondella di fermo
Segni di distanziamento
Sonda
Ombrello Aperto

Fig. 1

Fig. 2

Distribuzione secondo diametro tubo E.T.

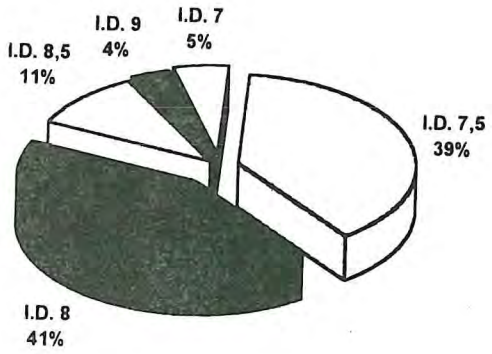


Fig. 3

t-tests for paired samples

Variable	Number of pairs	Corr	2-tail Sig	Mean	SD	SE of Mean
PEAK0 Pressioni Picco 0	57	,883	,000	32,4281	9,811	1,300
PEAK1 Pressioni Picco 1				28,7263	8,341	1,105

Paired Differences Mean	SD	SE of Mean	t-value	df	2-tail Sig
3,7018	4,614	,611	6,06	56	< 0,001
95% CI (2,477; 4,926)					

COLONNA VERTEBRALE E NURSING: PROBLEMATICHE E RISPOSTE POSSIBILI IN AREA CRITICA

S. AVONI [1], M. BENETTON [1], P. GROTTO [2], E. MASSARIN [1], E. PINTON [1]
[1] Servizio 118 Treviso Emergenza
[2] Rianimazione polivalente Treviso

Introduzione

Siamo un gruppo di infermieri professionali che lavorano in reparti di Area Critica (A.C.) dell'ospedale di Treviso.

Ci siamo resi conto che, nel nostro ambiente, quando si accenna ai rischi inerenti alla professione infermieristica, ci si scorda dell'importante incidenza dei traumi legati alla Colonna Vertebrale (C.V.).

Questi, peraltro non sempre riconoscibili al momento, diventano sollecitazioni croniche a carico della stessa e causano negli anni, disturbi anche molto seri.

L'idea di quantificare tali disturbi è nata dopo una breve inchiesta tra i colleghi i quali, nella maggior parte dei casi, hanno problemi più o meno gravi a carico della C.V.

Abbiamo sentito la necessità di verificare nel modo più preciso possibile le cause scatenanti, ottenendo così una valutazione statistica, al fine di dare un'indicazione precisa al nostro piano di lavoro.

In questi ultimi decenni, grazie ai notevoli traguardi raggiunti in campo tecnologico, farmacologico e chirurgico, abbiamo assistito alla nascita di reparti intensivi super specialistici dove, il malato critico è un individuo che si trova in una situazione di costante lotta per la sopravvivenza, con un precario equilibrio psichico e fisico. Pertanto il soddisfacimento dei bisogni dell'individuo in A.C., implica interventi infermieristici non solo legati alla complessità delle apparecchiature ma soprattutto al nursing vero e proprio.

A questo proposito basti sottolineare alcuni aspetti di una routine giornaliera: pulizia quotidiana della persona, ripristino della postura corretta dei pazienti allettati ed altri ancora.

La tecnologia in A.C. non ha però sopperito al disagio ed allo sforzo quotidianamente sostenuto dagli I.P. che operano in tali settori.

Probabilmente non viene sentito come priorità il fatto di dotare gli stessi ad attrezzature e supporti meccanici utili nonché indispensabili a salvaguardare la loro salute, legata soprattutto al carico di lavoro che viene a gravare sulla C.V.

Attraverso la distribuzione dei questionari, abbiamo potuto evidenziare l'incremento patologico a questo riguardo e di conseguenza siamo stati in grado di porci obiettivi precisi:

1) di prevenzione: l'azione preventiva si esplica attraverso la rimozione di fattori di rischio, quando questi siano legati a comportamenti della persona modificabili con l'azione informativa ed educativa;

2) di educazione al movimento: attraverso un sistema di controllo autonomo dei propri movimenti al fine di mantenere un rapporto equilibrato tra di loro.

Per avere un quadro più completo sui rischi di patologie legate alla C.V. è stata chiesta la collaborazione di un'équipe di fisioterapisti come figure integranti in questo contesto.

La verifica che ci prefiggiamo a lungo termine, speriamo ci fornisca i risultati sperati, facendo emergere una maggior educazione al movimento ed una minor incidenza, conseguente, delle patologie.

Metodo

Innanzi tutto per raggiungere gli obiettivi preposti, dovevamo avere un quadro ben preciso della popolazione infermieristica di A.C. nel nostro ospedale.

Il metodo più semplice e in grado di raggiungere tale fine l'abbiamo individuato nel questionario.

Il questionario da noi redatto era anonimo e si chiedeva al compilante di fornire indicazioni il più precise possibili, ovviamente per avere un quadro veritiero della situazione.

I dati rilevati riguardavano l'età, il peso, l'altezza, in modo tale da identificare «fisicamente» la popolazione degli infermieri.

Di seguito, in maniera più specifica, ci interessava sapere il tipo di patologia alla C.V. di cui soffriva il collega, l'entità e la frequenza con cui si manifestava.

Per ipotizzare un intervento *ad hoc* di educazione, era necessario sapere, inoltre, il tipo di ausili meccanici a disposizione nei reparti per facilitare il lavoro di spostamento, posizionamento ecc. dei pazienti, nonché la frequenza con cui tali attrezzature venivano usate.

Le conoscenze medie in materia di salvaguardia del proprio corpo e specificatamente della C.V., era l'ultimo punto che conteneva il questionario. Ovviamente ci interessava sapere se c'erano questo tipo di conoscenze e se nella quotidianità venivano adottate le corrette metodologie di movimento.

Il numero di questionari distribuiti è stato di 130, quelli raccolti di 100.

I questionari sono stati elaborati utilizzando un P.C. Apple Macintosh. L'analisi statistica è stata condotta attraverso l'applicazione dell'analisi della varianza, delle tavole di contingenza e della regressione logistica; il livello di significatività è stato considerato per $p < 0.005$.

Risultati

(G1)

Il questionario è stato somministrato ai seguenti reparti:

— cardiochirurgia T.I.	con risposta del	21%
— neurochirurgia T.I.	»	22%
— rianimazione polivalente	»	20%
— servizio d'emergenza 118	»	17%
— pronto soccorso	»	20%

(G2)

Il campione da noi analizzato era formato per il 61% da femmine e per il restante 39% da maschi.

(G3)

L'età media dei soggetti è risultata essere di 30.2 anni ± DS7.7 anni; la media degli anni di servizio in AC è di 6.4 anni ± DS 4.9 anni.

(G4)

Ciò evidenzia che gli infermieri di AC sono sostanzialmente persone giovani e di conseguenza con poca anzianità di servizio.

(G5)

L'indice di massa corporea è stato ricavato da una tabella che suddivideva lo stesso in 5 classi; la popolazione da noi esaminata è risultata così suddivisa: sottopeso 5%, costituzione piccola 16%, media 24%, grande 25% e sovrappeso 30%.

(G6)

Alla successiva domanda: «hai mai presentato disturbi a livello della C.V.?» l'85% rispondeva affermativamente, quindi solo il 15% non ha mai presentato disturbi.

(G7)

Di questo 85%, la maggioranza (il 78.8%) affermava che tali problemi non sono imputabili a motivi extra professionali.

(G8)

Il 21.2% addebitava tali disturbi a: scoliosi per il 61.1%, traumi per il 16.7% e ad altri motivi il restante 22.2%.

L'analisi crociata dei dati non ha evidenziato correlazioni tra la dichiarazione di dolore alla schiena e: l'età, il sesso, l'indice di massa corporea, il reparto di appartenenza o cause extra professionali.

(G8)

Il 21.2% addebitava tali disturbi a: scoliosi per il 61.1%, traumi per il 16.7% e ad altri motivi il restante 22.2%.

L'analisi crociata dei dati non ha evidenziato correlazioni tra la dichiarazione di dolore alla schiena e: l'età, il sesso, l'indice di massa corporea, il reparto di appartenenza o cause extraprofessionali.

È invece legata all'anzianità di servizio.

Nonostante molti siano in sovrappeso, non c'è correlazione con il dolore perché la popolazione esaminata è giovane sia d'età che di servizio.

(G9)

Il questionario prevedeva risposte multiple sulla sede, intensità e frequenza del dolore, ma per una migliore analisi dei dati è stata scelta una sola sede del dolore con il criterio della maggiore intensità e frequenza (una sede = un soggetto).

(G10, 11, 12, 13, 14)

C'è un legame tra intensità del dolore e la sua sede: meno soggetti accusano dolore a livello cervicale e sacrale, ma in modo più intenso, più soggetti lo accusano a livello lombare ma generalmente è più lieve.

In generale sono i più vecchi d'età ad avere più dolore.

Non è stato rilevato alcun legame tra la frequenza con cui si manifesta il dolore e la sede dello stesso, così come tra frequenza ed intensità; la maggior parte delle segnalazioni, sia per frequenza che per intensità, sono nella media.

La sede del dolore non dipende dall'indice di massa corporea, sesso, età, anzianità di servizio, reparto, cause extra professionali, ausìli meccanici per il sollevamento e spostamento dei pazienti e loro uso.

(G15, 16)

La disponibilità di ausìli meccanici dipende dal reparto di appartenenza, così come il loro utilizzo: il 66% che ha queste attrezzature, le utilizza spesso o sempre, mentre il 34% ne è sprovvisto. Il 5.9% ne fa un uso saltuario e le motivazioni che addotte sono: la dimenticanza, lo scarso tempo a disposizione, la mancanza di personale e, secondo alcuni, utilizzarle significa un maggior dispendio di tempo.

(G17, 18)

L'uso di metodiche di movimento per sollecitare meno la C.V. durante il lavoro routinario, dipende dal reparto di appartenenza ed è strettamente legato alla presenza degli ausìli. L'85% conosce tali metodiche (percentuale sovrapponibile a coloro i quali accusano dolore) ma solo il 12% le utilizza sempre.

(G19)

La quasi totalità (96%) degli intervistati desidererebbe comunque avere informazioni maggiori sull'igiene del movimento.

Obiettivi

L'obiettivo a medio termine è quello di organizzare un corso di «Educazione al movimento» in collaborazione con l'équipe di fisioterapia del nostro ospedale.

Il corso da noi ipotizzato, dovrà svilupparsi in una giornata e svolgerà un programma diviso in due sessioni; la prima prettamente teorica con cenni di anatomo-fisio-patologia della C.V. e di ergonomia ed un'altra sessione invece, totalmente pratica di igiene posturale e di educazione al movimento vero e proprio (cfr. programma allegato).

L'obiettivo a lungo termine, invece, sarà quello di una verifica sempre con l'utilizzo di un questionario, a scadenze semestrali e poi la stampa di una «guida tascabile» per gli infermieri con tutte le informazioni necessarie a prevenire e comunque a non aggravare i disturbi della colonna.

Conclusioni

Concludendo: i rischi a cui come infermieri di A.C. andiamo incontro, sono decisamente molti.

La maggior parte di essi, comunque può essere notevolmente diminuita aumentando la cultura media degli I.P. e fornendogli strumenti adeguati.

Forse peccando un po' di presunzione, pensiamo che il nostro lavoro possa essere annoverato tra questi strumenti.

Ringraziamo per la collaborazione: dr. P. Amici per l'elaborazione dati, e la Sig.ra A.M. Ciaglia.

PROGRAMMA DEL CORSO DI EDUCAZIONE AL MOVIMENTO

1. Cenni di anatomo-fisio-patologia della C.V.
2. Ergonomia: aspetti pratici e teorici dei trasferimenti.
3. Igiene posturale **(parte pratica).**
4. Problematiche di assistenza infermieristica relative al trasferimento del paziente totalmente e parzialmente dipendente in reparti di terapia intensiva.
   Parte pratica: trasferimenti nel letto, la posizione seduta, prevenzione di decubiti e complicanze respiratorie.
5. Problematiche relative ai trasferimenti del paziente acuto e/o politraumatizzato.
   Parte pratica: dal luogo dell'incidente alla barella, all'elicottero, all'ambulanza.

QUESTIONARIO SULLA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE LEGATE ALLA COLONNA VERTEBRALE CHE COLPISCONO IL PERSONALE DI AREA CRITICA (AC) DELL'OSPEDALE DI TREVISO

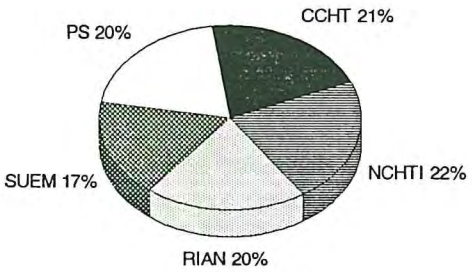


Grafico n. 1

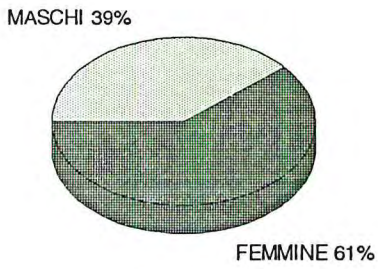


Grafico n. 2

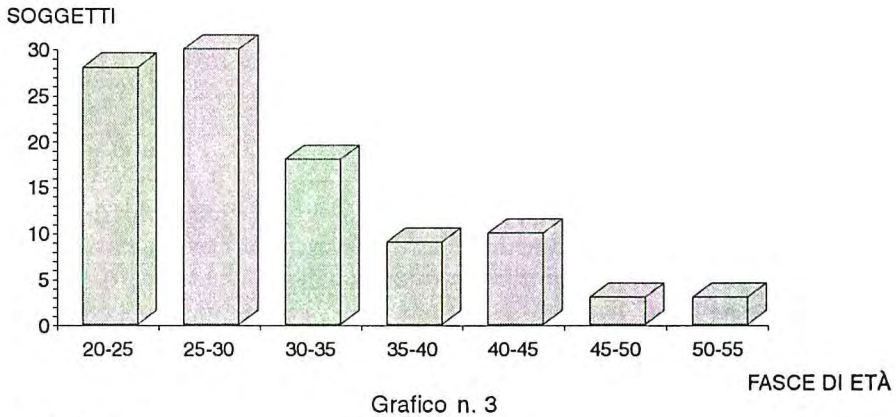


Grafico n. 3

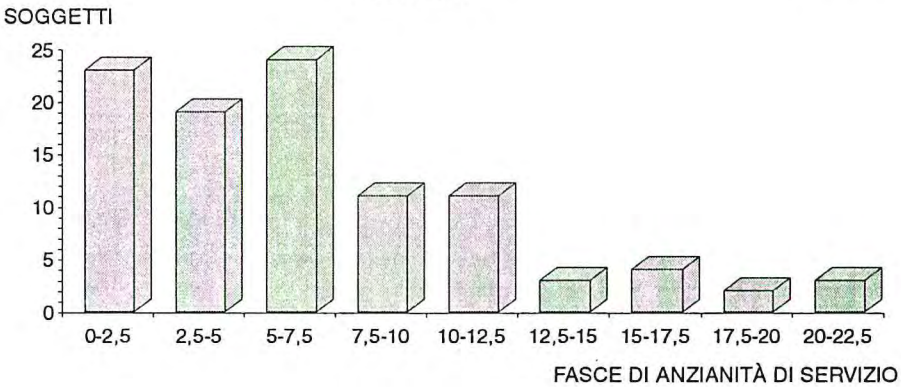


Grafico n. 4

INDICE DI MASSA CORPOREA NEI SOGGETTI CHE HANNO RISPOSTO AL QUESTIONARIO

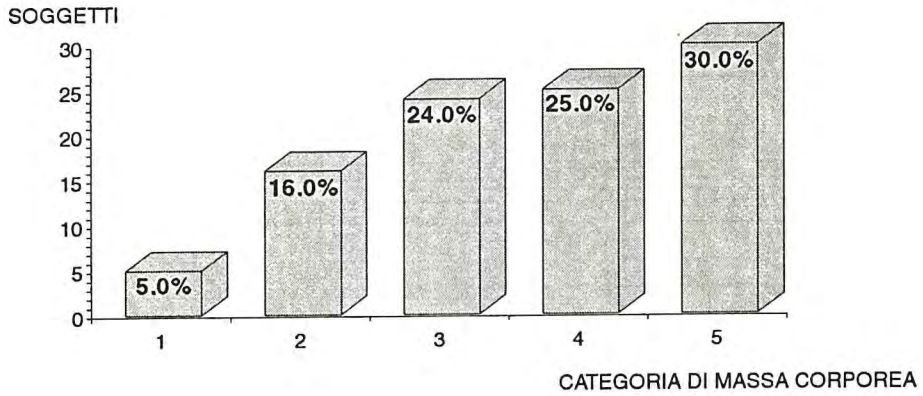


Grafico n. 5

HAI MAI PRESENTATO DISTURBI A LIVELLO DELLA COLONNA VERTEBRALE?

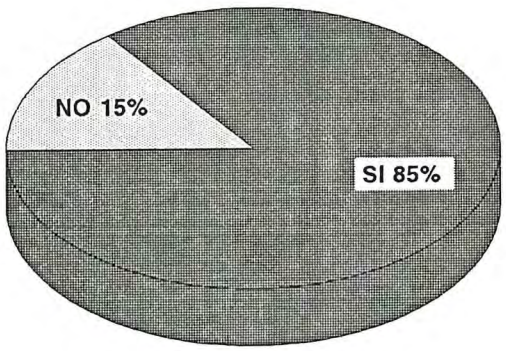


Grafico n. 6

I TUOI DISTURBI SONO IMPUTABILI A MOTIVI EXTRA-PROFESSIONALI?

Grafico n. 7

QUALI?

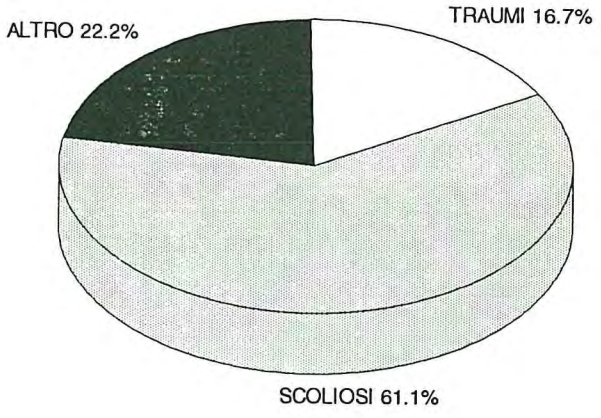


Grafico n. 8

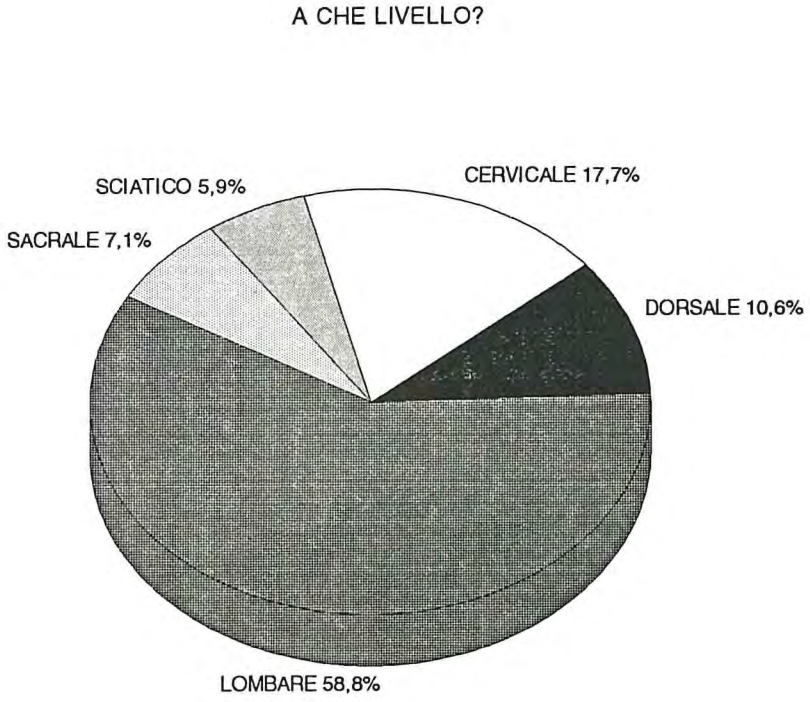

A CHE LIVELLO?
SCIATICO 5,9%
CERVICALE 17,7%
SACRALE 7,1%
DORSALE 10,6%
LOMBARE 58,8%

Grafico n. 9

ENTITÀ E FREQUENZA DEL DISTURBO A LIVELLO CERVICALE

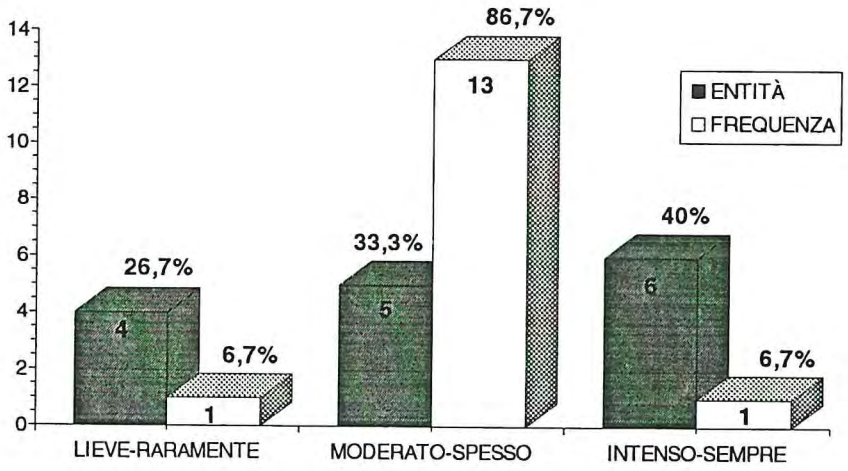


Grafico n. 10

ENTITÀ E FREQUENZA DEL DISTURBO A LIVELLO DORSALE

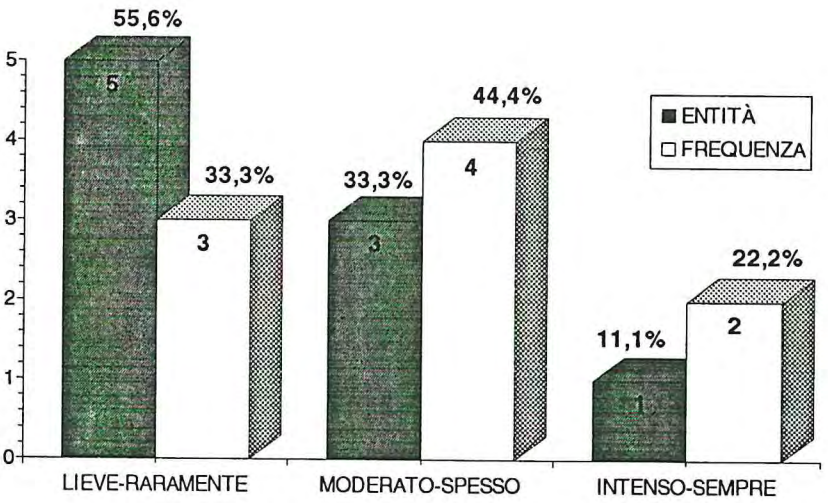


Grafico n. 11

ENTITÀ E FREQUENZA DEL DISTURBO A LIVELLO LOMBARE

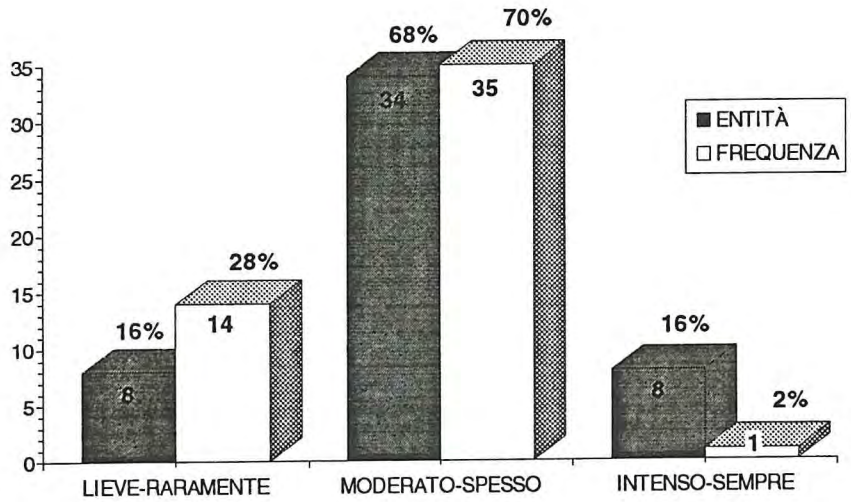


Grafico n. 12

ENTITÀ E FREQUENZA DEL DISTURBO A LIVELLO SACRO-COCCIGEO

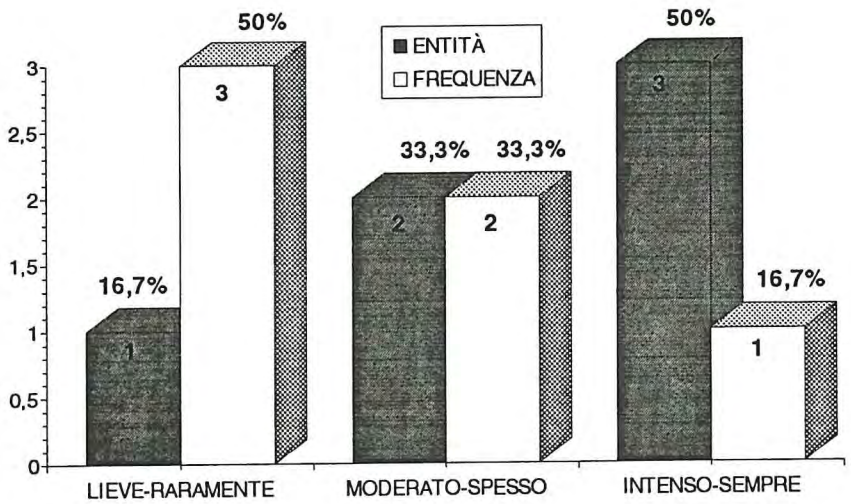


Grafico n. 13

ENTITÀ E FREQUENZA DEL DISTURBO A LIVELLO SCIATICO

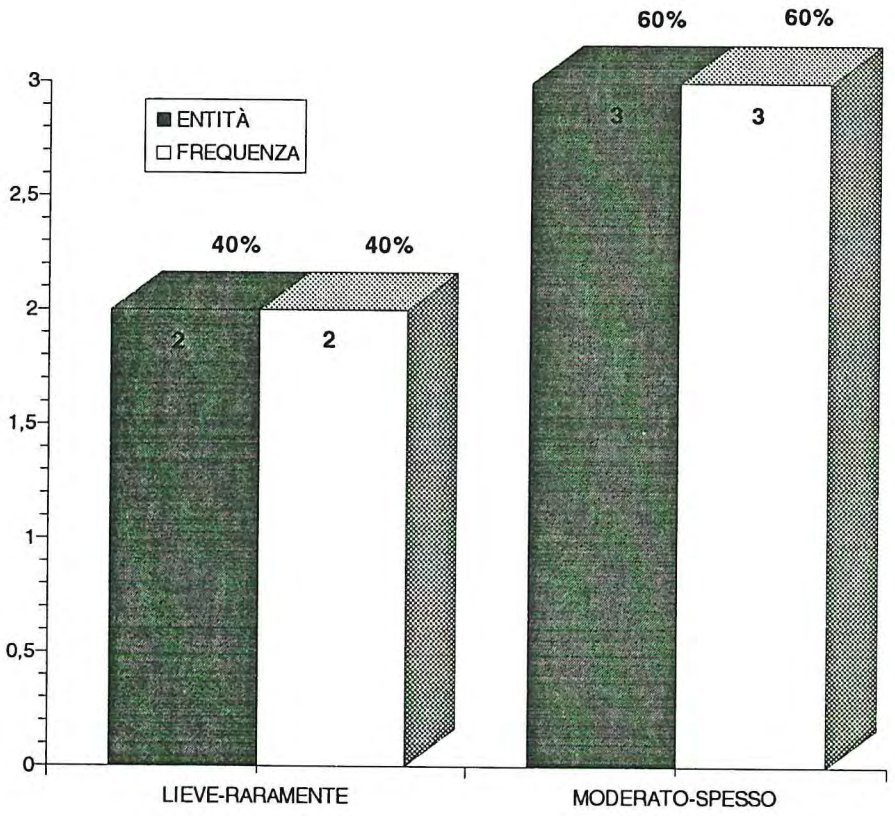


Grafico n. 14

NEL TUO REPARTO SONO DISPONIBILI AUSILI MECCANICI PER AGEVOLARE LO SPOSTAMENTO O IL SOLLEVAMENTO DEI PAZIENTI?

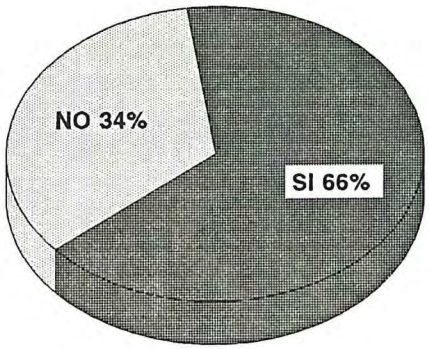


Grafico n. 15

QUANTO VENGONO USATI?

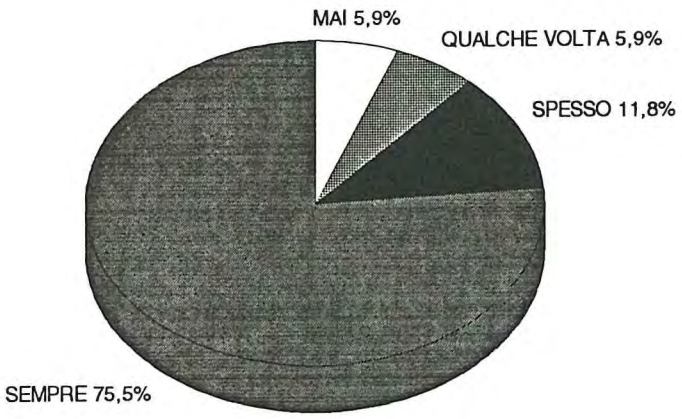


Grafico n. 16

CONOSCI DELLE METODICHE DI MOVIMENTO PER SOLLECITARE MENO LA COLONNA DURANTE IL TUO LAVORO?

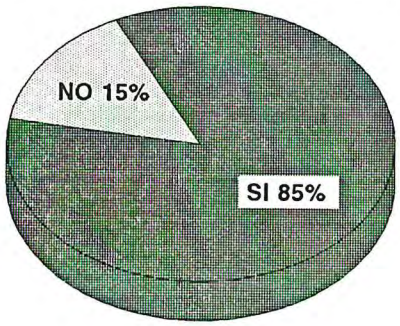


Grafico n. 17

LE ADOTTI?

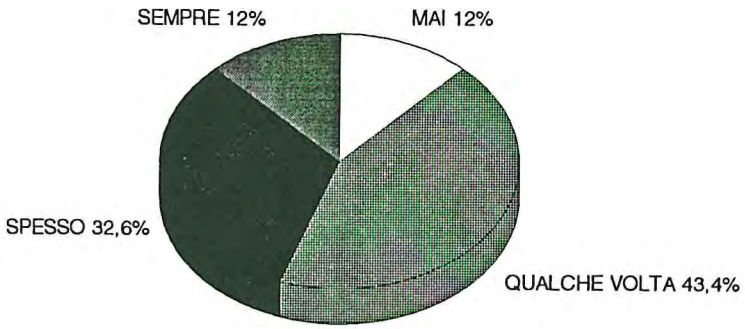


Grafico n. 18

SARESTI INTERESSATO A CONOSCERE E APPROFONDIRE TALI O ALTRE METODICHE?

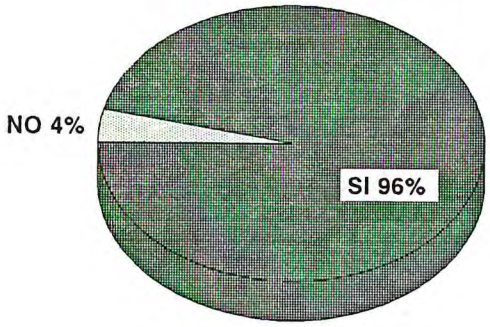


Grafico n. 19

RISCHI PROFESSIONALI PER GLI OPERATORI DI AREA CRITICA

G. TASSARO [1], N. CRISPINO [1], M. CECERE [1], G. BIANCHI [1], A. PINTO [2], N. DI GIROLAMO [2]

[1] Regione Campania - USL 44 Napoli - Ospedale Loreto Nuovo. Servizio di Anestesiologia, Rianimazione, Terapia intensiva e Terapia antalgica. Caposala Rianimazione: I.P. G. Bianchi.

[2] Serv. di Pat. Neonatale - Ospedale Loreto Nuovo - Napoli.

Tutte le attività lavorative comportano rischi professionali dovuti:

1) alla specificità del lavoro;
2) alle condizioni ambientali di lavoro;
3) all'impiego della strumentazione necessaria;
4) al realizzarsi di eventi del tutto fortuiti, occasionali e non sempre prevedibili.

Andiamo ad esaminare i singoli fattori di rischio in rapporto alle attività lavorative degli operatori delle aree critiche.

1. Specificità di lavoro

È chiaro che l'infermiere di area critica opera su pazienti con gravi compromissioni di apparati vitali e che, in quanto tali, richiedono un tipo di assistenza tempestiva e spesso invasiva.

Tale tipo di assistenza comporta pertanto che l'infermiere venga quasi sempre a contatto con sangue e liquidi organici del paziente, talora per l'assoluta rapidità dell'intervento con scarsa salvaguardia della propria incolumità.

Per tale motivo egli è esposto più degli altri operatori sanitari ad infezioni trasmesse dal contatto con il paziente (vedi epatiti virali, AIDS, congiuntiviti, ecc. ...). La necessità della tempestività degli interventi comporta inoltre incidenti dovuti a lesioni da strumenti taglienti e appuntiti.

Ricordiamo inoltre il rischio da lesioni da contatto con sostanze chimiche che più spesso si manifesta sottoforma di sensibilizzazione allergica.

A puro titolo di informazione presentiamo i dati degli infortuni di cui sono stati vittime gli operatori sanitari del nostro centro. In particolare si osserva che la lesione da puntura o da taglio è la più frequente. Forse per la relativa inesperienza degli operatori?

2. Condizioni ambientali di lavoro

Un centro di rianimazione ha caratteristiche peculiari che lo differenziano da quello di altri luoghi di cura dei presidi ospedalieri.

L'ambiente può essere un fattore di rischio.

I reparti di area critica sono spesso isolati dall'esterno anche con barriere quali ad esempio i vetri opacati delle finestre. I pazienti anche se in numero ridotto rispetto alle divisioni mediche e chirurgiche sono sempre in condizioni gravi, in coma o in respirazione assistita; comunque con probabilità di sopravvivenza assai limitate.

Tutti questi fattori rendono stressante il lavoro del personale addetto alla loro cura che a lungo andare può subire alterazioni comportamentali.

(Come suffragato da molte ricerche).

3. Impiego di strumentazioni

Un centro di rianimazione è ricco di tecnologia sofisticata (monitor, defibrillatori, pompe per infusione, ecc..) che richiedono, oltre ad una competenza specifica di tutti gli operatori una particolare attenzione per prevenire i rischi dovuti all'uso di tali attrezzature.

4. Eventi fortuiti

Gli eventi imprevedibili sono sempre tanto più rari quanto più la struttura del centro di rianimazione è efficiente. Non si possono comunque escludere in via assoluta incidenti molto rischiosi quali ad esempio il caso della collega contagiata con il sangue di un paziente affetto da AIDS a seguito dello staccarsi accidentale di un raccordo della linea arteriosa.

Contestualmente a quanto finora detto c'è da sottolineare le scarse misure di profilassi, prevenzione e adeguamento strutturale dei reparti e servizi in cui siamo chiamati ad operare.

In conclusione richiamiamo alcuni punti indispensabili quanto meno ad avviare un serio discorso di valutazione e prevenzione dei rischi professionali per gli operatori delle are critiche:

a) la massima responsabilizzazione degli organi istituzionalmente preposti alla vigilanza ed al controllo delle condizioni di lavoro;

b) una più accurata preparazione del personale preceduta da una severa selezione;

c) una vera politica sanitaria sia a livello Nazionale che regionale attenta anche alla prevenzione dei rischi lavorativi;

d) una più equa distribuzione dei carichi di lavoro rivedendo il rapporto numerico tra i pazienti e gli operatori sanitari destinati alla loro assistenza;

e) applicazione di modelli di turnazione o mobilità del personale sufficientemente flessibili ma comunque indispensabili per prevenire i disturbi psicofisici da stress.

Statistica del nostro centro per gli infortuni nell'anno 1992

C.G. Trauma mano dx 13 gg.;
L.R.M - ferita da ago infetto;
E.D. distorsione IV dito mano dx;
A.M. ferita da taglio mano dx 5 gg.;
S.F. distorsione e dislocamento collo piede sx;
C.V. distorsione caviglia dx 30 gg.;
S.A. spruzzo di sangue accidentale in occhio dx < 3gg;
L.C puntura con ago infetto < 3gg.

Statistica del nostro centro per gli infortuni nell'anno 1993

E.d. contusione ginocchio 6 gg;
T.G. ferita da ago infetto compatibile < 3 gg;
S.F ferita da ago infetto compatibile < 3 gg.

DIBATTITO

Giuliana Pitacco (Moderatrice).

Ringrazio anche questa collega. Credo che gli spunti che ci sono venuti da questo pomeriggio di lavoro sono stati molto interessanti. Primo perché forse si parla abbastanza della salute dei nostri clienti, molto poco della nostra salute.

Siamo passati dalla prima relazione in cui sono stati presentati i dati della ricerca che riguardavano sia gli incidenti, cioè i rischi legati all'ambiente di lavoro, ma anche ai rischi che sono stati definiti «evitabili».

Noi «operatori della salute», della nostra salute ci occupiamo forse poco, anche se dimostriamo un certo interesse. Prova ne è il fatto che a un annuncio fatto dall'Aniarti hanno risposto parecchi centri e parecchi colleghi hanno cercato di dare il loro contributo.

Mi ha fatto pensare soprattutto quest'ultima relazione perché, a un certo punto, la collega ha detto: È vero, non abbiamo gli ausili, però è anche vero che dove li abbiamo, non sempre li utilizziamo.

Anche il collega di Bologna diceva: Molte volte la fretta, molte volte l'urgenza, ci porta ad adottare comportamenti che non sono proprio corretti, di salvaguardia alla nostra salute.

In questi giorni si è parlato tanto di costi. Io vorrei far pensare ai colleghi quanto costano gli infermieri che, o non lavorano al massimo delle proprie potenzialità perché acciaccati o perché bruciati, in «burn-out» e quanto costa la malattia di queste persone. Quindi anche questi sono costi che vanno considerati.

Invito i colleghi, anche se è tardi, a contribuire con il dibattito.

D.: Una domanda al professor Modonutti e un po' a tutti. Mi sembra che debba essere sottolineato che non esiste una differenza significativa tra la popolazione e il campione infermieristico che è stato analizzato.

Allora questa affermazione, secondo me, è molto importante. È una affermazione da cui bisogna partire: cioè non esiste nessuna differenza nell'uso di sostanze psicotropo-voluttuarie tra la popolazione e gli infermieri.

Questo cosa vuol dire? Vuol dire che il 10% non può essere abbattuto, con la prevenzione, semmai col proibizionismo; oppure, se questo non è vero, è un dato inaccettabile nella professione infermieristica. È inaccettabile che gli infermieri, che operano per la salute, utilizzino queste sostanze. A questo punto, allora, che cosa fare? Il professor Modonutti ha detto anche che ci si avvicina a queste sostanze tra i 15 e i 20 anni, proprio nel periodo della

formazione. Allora un'altra affermazione è: le scuole per infermieri professionali molto probabilmente non educano bene e quindi, anche in visione del fatto che si andrà all'università, credo che i curriculum dovrebbero essere rivisti, almeno in questo senso.

E l'ultima osservazione: che cosa si può fare invece nell'ambito lavorativo in termini di interventi educativi, a chi dare l'organizzazione di questi interventi educativi e come farli. Grazie.

R: Modonutti - Decisamente il numero di utenti della popolazione generale, utenti di farmaci, non è sostanzialmente diverso, almeno per gli ambiti che noi abbiamo indagato, rispetto alla popolazione infermieristica.

Quello che colpisce è il livello di autoprescrizione, o non rispetto della prescrizione, che è a carico della popolazione infermieristica, rispetto alla popolazione generale. Questa è una differenza sostanziale, io ho detto che effettivamente si indulge nell'autoprescrizione. I motivi sono probabilmente a conoscenza di tutti: la maggior consuetudine a utilizzare i farmaci e la poca fiducia nei riguardi di chi li prescrive, ma questo non vuol dire che non ci si deve rivolgere ad altri tipi di esperti sempre autorizzati nel farlo. Ripeto, quello che colpisce è il discorso relativo all'autoprescrizione: una quantità notevole di utenti, oltre la metà in generale, se non tutti, usano questi farmaci senza la prescrizione medica. Questo è un discorso.

L'altro tipo di discorso è relativo alla formazione che compete alle scuole, al posto di lavoro e ad altro. Io direi che la scarsa fiducia in chi produce, in chi prescrive i farmaci, la consuetudine ad usarli, quell'eccesso di confidenza che ne deriva, decisamente dovrebbe venire scoraggiato in sedi istituzionali, ma facendo educazione nella scuola dell'obbligo prima, dalla scuola elementare, alle scuole medie inferiori. Scuole dell'obbligo non tanto nei riguardi del farmaco, ma l'educazione alla salute, cioè cercare di creare, con una prima conoscenza accurata e precisa, una coscienza sociale che, mi pare di poter cogliere, sia stata, in qualche modo, sponsorizzata da tutti i relatori che in questi giorni sono intervenuti. La scuola, di per sé, può fare molto, la scuola infermieristica in particolare, nel senso di contribuire a potenziare la coscienza sociale, la coscienza critica nei riguardi dell'uso di sostanze. Il fatto di averle a disposizione, non vuol dire che uno deve usarle; io prima ho sottaciuto questa eventualità, ma mi risulta che, il fatto di averle a disposizione, rappresenti anche il maggior deposito a cui attingere, senza prescrizione.

Ora, se è vero che la professione infermieristica deve badare alla propria qualità della vita e alla salute per poter essere maggiormente professionale, poter essere disponibile nei termini di professionalità nei riguardi dell'utente, deve anche porsi in termini critici in se stessa e quindi vedere di modificare questi atteggiamenti che sono negativi, soprattutto in termini di salute propria e quindi anche in termini di esempio non verbale, di figura alla quale far riferimento, che in questo caso è sicuramente negativa.

Prima ho citato il 10% di soggetti a rischio parlando di uso di sostanze

voluttuarie, vale a dire di bevande alcoliche, fumo di tabacco, caffè. Indicativamente, questo 10%, addirittura per i primi tre tipi di sostanze voluttuarie, è di poco superiore a quello della media nazionale.

Sono convinto che, istruendo le persone e facendo acquisire una coscienza critica, si può abbattere decisamente l'uso di queste sostanze. Questo non vuol dire non usare il fumo di tabacco, il caffè e le bevande alcoliche; ma usarle in maniera diversa, più appropriata, se mai c'è un modo appropriato.

La coscienza sociale implica la percezione diretta di rischio, non di quanto uno può far uso o non far uso.

Noi sappiamo che se si usano queste sostanze, c'è un rischio, risibile o meno, c'è un rischio. Le persone se lo assumano. Ad esempio, per quello che riguarda il fumo di tabacco, effettivamente non è necessario smettere di fumare per abbattere il rischio di malattia cardiovascolare dovuta al tabacco. Analogo discorso per il tumore del polmone. Vengo da un convegno sulla devianza giovanile: nessuno tiene conto che effettivamente queste sostanze piacciono e, se piacciono, ci si espone a rischio ancora di più.

Pitacco - A questo punto ringrazio i relatori per le interessanti esposizioni, che ci hanno consentito di riflettere su queste importanti tematiche. Rngrazio i presenti della loro attenzione e partecipazione e dichiaro concluso questo XII Congresso Nazionale dell'Aniarti.

Arrivederci a Firenze il prossimo anno!

INDICE

ELIO DRIGO
L'Aniarti, l'etica della salute e l'evoluzione sociale, economica e sanitaria nel nostro Paese ..... Pag. 5

ANDREA GARDINI
L'organizzazione sanitaria, ospedaliera e territoriale dopo la riforma del S.S.N. ..... » 17

ANGELA BRANDI
L'assistenza e la professione infermieristica nella organizzazione sanitaria attuale ed in quella post riforma ..... » 27

DIBATTITO
23 novembre 1993 ..... » 37

LICIA GIULIANA SEMA
L'assistenza infermieristica: bisogno sociale o costo aggiuntivo? » 57

ANNALISA SILVESTRO
La garanzia di qualità del risultato assistenziale quale criterio per la scelta del professionista infermiere ..... » 63

LOREDANA GAMBERONI
Metodi e strumenti per costruire prestazioni infermieristiche di qualità ..... » 71

DIBATTITO
24 novembre 1993 ..... » 79

TAVOLA ROTONDA
«Evoluzione o involuzione della professione e dell'assistenza infermieristica: nel futuro sociale e sanitario del nostro paese .... » 101

DIBATTITO ..... » 114

ANGELA LOLLI
Lo specifico disciplinare nella formazione infermieristica in università ..... » 129

ADRIANA DALPONTE
L'impegno economico e culturale della formazione infermieristica in università. Per quali risultati? ..... » 135

MILENA USAI
Il concetto di salute nella formazione infermieristica e nei risultati assistenziali: quale la responsabilità etica? ..... » 141

DIBATTITO
25 novembre 1993 ..... » 145

G.B. MODONUTTI, G. PITACCO, D. DE CESARO, A. SILVESTRO, E. DRIGO, C. ONOFRI, R. D'AMURI
Infermieri dell'area critica: uso di sostanze voluttuarie ed incidenti in ambiente di lavoro ..... » 167

S. GIOVANNINI, M.A. CATENAZZO, G. MARCHIONI, A. SOLLAZZO, A. PINZARI
Infermieri e fattori di rischio in area critica ..... » 201

ROBERTO TORRE
Un tuffo nell'operativo: valutazione infermieristica del primo disostruttore per tubi tracheali ..... » 207

S. AVONI, M. BENETTON, P. GROTTO, E. MASSARIN, E. PINTON
Colonna vertebrale e nursing: problematiche e risposte possibili in Area Critica ..... » 217

G. TASSARO, N. CRISPINO, M. CECERE, G. BIANCHI, A. PINTO, N. DI GIROLAMO
Rischi professionali per gli operatori di area critica ..... » 231

DIBATTITO ..... » 235

Finito di stampare
nel mese di ottobre 1994
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG) ☎ (075) 855.81.94