

progetto INFERMIERE

ANNO 2011 • N. 1

Tariffa Associazioni senza fini di lucro - Poste Italiane S.p.A

Spedizione in abbonamento postale D. L. 335/2003 conv. in L. 27/02/2004 n. 46 art. 1 comma 2 - DBC Genova
In caso di mancato recapito restituire a: Collegio IPASVI - Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4° piano - 16122 GENOVA



Piano Formativo II° Semestre 2011

focus su

***Soddisfazione lavorativa
ed aspettative di ruolo***

CIVES Nucleo Provinciale Genova

***La borsa di studio
"Rosetta Caldirola"
premia più partecipanti***



Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

Direttore Responsabile
Carmelo Gagliano

Vice Direttore
Marisa De Paoli

In Redazione
Edoardo Araldo, Marcello Del Papa,
Cinzia Lanzone, Donatella Passalacqua,
Paola Profumo, Diego Snaidero,
Stefano Chiesa, Salvatore Ruggiero,
Fiorenza Antonio, Porcu M.Assunta,
Pellissery Irene, Tibaldi Laura.

Impaginazione e stampa
Ennegi s.a.s. - Genova

Redazione e Ufficio stampa
Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4° piano
16122 Genova
Tel. 010.590611
Fax 010.591298
www.genova.ipasvi.it
e-mail: ipasvige@genova.ipasvi.it

**La riproduzione e la stampa,
anche parziale di articoli
e immagini del giornale, sono
formalmente vietate
senza la debita autorizzazione
dell'editore.**

Registrazione Tribunale di Genova
n. 42/91 del 3/12/1991

Hanno collaborato a questo numero:

Paolo Pedemonte, Patrizia La Fratta,
Bruno Cavaliere, Salvatore Ruggiero,
Antonio Fiorenza, Lorenzo Stagnaro,
Aldo Marchetti, Raul Quinzi,
Carmelo Gagliano.



IPASVI

Collegio di Genova

sommario

3 L'editoriale

5 Soddisfazione lavorativa ed aspettative di ruolo: indagine comparata tra gli infermieri dell'ASL3 genovese e San Martino di Genova

13 Bilancio consuntivo anno 2010

17 Notizie in breve

20 Infermiere e benessere lavorativo

23 La borsa di studio "Rosetta Caldirola" premia più partecipanti

24 CIVES Nucleo Provinciale Genova

26 La casa del folle: immagini della malattia

36 Piano formativo II° semestre 2011

l'editoriale

di Carmelo Gagliano

Non ho mai fatto così tanta fatica come in questo numero a rivolgermi a Voi tutti. Non si tratta di fatica, disinteresse o altro ma è la difficoltà a contestualizzare ciò che sta accadendo attorno che rende difficile vedere la strada maestra.

I grandi cambiamenti che vedono protagonista il nostro pianeta sanità partono da lontano, da scelte sbagliate fatte in passato ma sono anche figli di scelte non appropriate fatte in tempi recenti sia a livello nazionale che a livello locale.

Ma quale sarà il futuro dell'assistenza infermieristica in Liguria? La risposta non è semplice ma è doveroso tentare di dare una risposta.

Il primo nemico da sconfiggere ritengo sia il "**cannibalismo tra professioni**": essendo oggi carente la disponibilità di risorse materiali e umane, si cerca allora di togliere agli altri per avvantaggiare se stessi.

Negli ultimi due anni abbiamo assistito a diversi tentativi di ostracismo verso la nostra professione:

- l'ingresso degli **Infermieri in farmacia**, progetto interessante e utile in sé ma svuotato del reale contenuto e apporto innovativo che poteva dare ai cittadini solo perché la regia dell'intero percorso è stato consegnato in mano ai Medici di Medicina Generale con l'unico obiettivo di mortificare quanto di innovativo poteva esserci in questa nuova funzione riconosciuta alla professione infermieristica;
- la tanto sbandierata promessa di consentire agli Infermieri dipendenti **l'esercizio della libera professione** ma che invece si è trasformata nella scelta governativa di bloccare ancora sino al 2014 il rinnovo dei contratti di lavoro!!!!
- la denuncia penale per esercizio abusivo di professione che alcuni Presidenti degli Ordini dei Medici hanno intentato a favore di progetti innovativi e di utilità per la cittadinanza quali il **See and Treat** e la presenza dell'Infermiere di sala per l'assistenza nel periodo perioperatorio;
- il tentativo maldestro di abolire il sistema ordinistico con un provvedimento che si voleva inserire nella manovra finanziaria di quest'anno ma prontamente ribattuto dall'azione sinergica di tutti gli Ordini e Collegi interessati.

Un altro nemico della sanità moderna è la gestione delle risorse professionali. Oggi si pensa esclusivamente a **ridurre il numero dei dipendenti** delle Aziende Sanitarie ma scopriamo con molta amarezza che negli ultimi 5 anni sono diminuiti in maniere crescente e costante solo il personale infermieristico a fronte di una crescita del numero degli amministrativi e dei medici all'interno di ASL e Aziende Ospedaliere.

Noi possiamo essere d'accordo sul fatto che il numero degli Infermieri debba diminuire ma questo significa che dobbiamo essere messi in condizione di poter agire in autonomia nella scelta dei modelli organizzativi più appropriati e cosa più necessaria dobbiamo poter contare su personale di supporto adeguatamente formato e giovane.

Ma ci sono anche tante cose positive che vogliamo celebrare e ricordare insieme come ad esempio:

- l'attivazione del **Nucleo provinciale CIVES** grazie all'impegno e alla caparbietà dei colleghi che si sono riuniti insieme e hanno voluto fortemente

raggiungere questo traguardo. Impegno che ha ottenuto un importante riconoscimento dal governo italiano perché gli Infermieri del Cives genovese sono stati individuati per andare a svolgere la loro attività a favore dei profughi che in questi ultimi mesi stanno giungendo nel nostro paese;

- la costituzione del **Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI** che avrà quale ruolo principe quello di valorizzare e rafforzare l'ambito di collaborazione e la presenza istituzionale in tutte quelle situazioni che vedono assumere scelte e iniziative nel campo della sanità e dell'assistenza alla persona;
- l'avvio del corso di **formazione per colleghi stranieri** che frequentano gratuitamente presso i locali del Collegio e che serve a dare loro un momento di accoglienza e di formazione prima di affrontare l'esame per l'iscrizione al relativo albo;
- l'attivazione dello **Sportello di Ascolto** che prosegue nella sua funzione importantissima di dare voce ai nostri vissuti e ai nostri bisogni emozionali per meglio consolidare la relazione d'aiuto con il cittadino;
- la disponibilità di **un'aula informatica attrezzata** a disposizione di colleghi e studenti che necessitano di fare ricerche bibliografiche o quant'altro di interesse per il tramite della ricerca in Internet.
- la riproposizione di una nuova edizione del **Premio Caldirola** che vede in palio ben 6 premi per i migliori progetti e lavori che i nostri colleghi stanno portando avanti e che hanno come fine ultimo quello di innalzare il livello della qualità dell'assistenza;
- l'offerta di **eventi formativi** sempre nuovi e di ampia scelta nelle tematiche trattate e nella presenza di colleghi genovesi esperti che vogliamo valorizzare perché siano una ricchezza a disposizione di tutta la comunità di Infermieri genovesi.

Il futuro sarà per tutti noi una sfida, una sfida di civiltà perché dovremo essere bravi e capaci a "stare sul pezzo" al fine di garantire servizi assistenziali di qualità. Saremo sempre di meno e quindi dovremo saper riorganizzare i processi di lavoro avvalendoci sempre meglio e in sinergia con le funzioni e l'apporto del personale di supporto. I nostri Ospedali avranno sempre più una vocazione alla cura delle acuzie ma il vero snodo sarà la capacità di garantire i necessari servizi domiciliari e territoriali per fare da filtro ai bisogni della popolazione anziana e con pluripatologie di tipo cronico-degenerativo.

Noi Infermieri siamo pronti a cogliere questa sfida: possediamo le conoscenze, le capacità e l'esperienza nella relazione con la persona e la sua famiglia. Ma quello che mi rende incerto e dubbioso è la capacità dei nostri governanti nel saper cogliere il vero bisogno di salute che viene dalla popolazione e fare di conseguenza scelte allocative delle risorse mirate non alla salvaguardia dei privilegi di pochi fortunati ma orientate a dare sempre più risposte appropriate e complete all'interno di un sistema sanitario che deve rimanere a vocazione pubblica nel rispetto della libertà di scelta di ognuno, ma dove TUTTI devono poter trovare la giusta risposta ai propri bisogni di salute.

Vi lascio con un sentito ringraziamento per l'impegno che avete profuso nelle sedi di lavoro durante questi mesi. A fronte delle difficoltà di organizzazione e di mancanza delle risorse in cui ci stiamo trovando, siete riusciti a stare vicini ai nostri cittadini garantendo loro le dovute cure.

Voglio pertanto dare voce a tutte le persone che nel silenzio dei gesti quotidiani hanno avuto bisogno di Noi Infermieri ma non sono riusciti a manifestarci la loro gratitudine. Lasciatemi essere presuntuoso e megalomane se, a dirvi Grazie, ci penso io!!

Un caro saluto a nome mio e del Consiglio Direttivo tutto.

Soddisfazione lavorativa ed aspettative di ruolo: indagine comparata tra gli infermieri dell'ASL3 genovese e San Martino di Genova

Dott. Paolo Pedemonte, infermiere tutor presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Genova presso il polo dell'Asl3 Genovese

Dott.ssa Patrizia La Fratta, Coordinatrice Infermieristica NCH Terapia Sub Intensiva Ospedale Università San Martino

Prof. a c. dott. Bruno Cavaliere relatore

ABSTRACT

Studi recenti hanno evidenziato in ambito infermieristico la correlazione tra soddisfazione lavorativa e specifiche componenti individuali e organizzative come l'autonomia, le opportunità professionali e le relazioni all'interno dell'equipe.

Lo studio effettuato ha preso in esame un campione di infermieri afferenti alle strutture delle Medicine e Medicine Specialistiche dell'Asl 3 Genovese e dell'ospedale San Martino di Genova: ad ogni infermiere è stato somministrato un questionario relativo a soddisfazione lavorativa e relative aspettative.

Le due popolazioni di riferimento hanno espresso maggior soddisfazione verso gli stessi ambiti: rapporto con i colleghi e responsabilità professionale. L'indagine mette in evidenza valutazioni negative in entrambe le popolazioni rispetto alle voci del riconoscimento esplicito (ferie e presenza di benefit aziendali) e opportunità professionali.

PAROLE CHIAVE: Infermiere, soddisfazione lavorativa

SODDISFAZIONE LAVORATIVA E TURNOVER DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

La nuova sfida, nell'organizzazione dei servizi sanitari, è rappresentata dalla qualità di vita degli operatori all'interno degli ambienti di lavoro. Gli infermieri costituiscono una componente molto rilevante sia sul piano quantitativo che dal punto di vista della qualità del servizio prestato (spesso sono gli operatori che stabiliscono la relazione più stretta con il paziente).

Ci ricorda il Profilo Professionale (D.M. 739/94)

che gli infermieri svolgono un'assistenza di natura tecnica, relazionale ed educativa. Di fatto essi rappresentano agli occhi dei pazienti l'azienda nella sua globalità: "è perciò importante curarne costantemente la preparazione (tecnico - professionale, etico - deontologica, organizzativa), la motivazione e la soddisfazione nei confronti del lavoro".

Gli infermieri lavorano in realtà ancora connotate da meccanismi gerarchici dove è lasciato poco spazio all'espressione del singolo.

In questo contesto, non solo italiano, si colloca la tematica del turnover degli infermieri che, talvolta, in questo modo manifestano il loro disagio organizzativo.

Il turnover si riferisce alla decisione del dipendente di abbandonare l'organizzazione in cui opera; si può suddividere in fisiologico (funzionale per l'organizzazione che può sostituire lavoratori poco idonei) e patologico (sono i lavoratori che abbandonano l'organizzazione).

In letteratura numerosi ricercatori si sono occupati di soddisfazione professionale e del suo legame con il turnover: ciò è dovuto al fatto che la soddisfazione lavorativa è considerata la causa principale del turnover tra gli infermieri. La carenza di personale infermieristico, che aumenta il lavoro tra coloro che sono presenti, è un fattore indiretto di turnover. Gli infermieri italiani, rispetto a quelli di altri paesi europei, hanno più frequentemente il desiderio di lasciare la professione: la Gran Bretagna è al primo posto, l'Italia al secondo seguita da Germania e Francia.

Nella realtà genovese il fenomeno del turnover è diventato in questi ultimi anni un problema prioritario; gli sforzi e le risorse messe in campo per acquisire personale infermieristico non riescono

spesso a compensare numericamente le uscite. Molti fattori concorrono a determinare il turnover degli infermieri, tuttavia uno di questi è l'insoddisfazione professionale, specialmente in alcune aree assistenziali.

OBIETTIVI

L'obiettivo primario attorno al quale si è sviluppato il presente lavoro è quello di misurare il livello di soddisfazione lavorativa di un campione di infermieri appartenenti all'azienda "Asl 3 Genovese" e alla "Azienda Ospedaliera San Martino" di Genova per descriverne quali siano i fattori di maggiore soddisfazione ed i fattori di maggiore insoddisfazione.

Lo studio porta l'attenzione alla motivazione e alla soddisfazione degli infermieri in servizio presso le Unità Operative di Medicina e Medicina Specialistica, realtà in genere difficilmente sottoposte a questo tipo di indagini, a dispetto di Chirurgia e aree di urgenza/emergenza.

MATERIALI E METODI

L'indagine si è basata sulla raccolta di una serie di dati e informazioni circa la figura degli infermieri appartenenti ad un campione dell'Azienda Ospedaliera San Martino e dell'Azienda Sanitaria Asl 3 Genovese, il loro grado di soddisfazione e le loro aspettative, nonché notizie relative alle strutture sanitarie in cui operano. L'indagine si è svolta, in forma anonima, su aspetti inerenti la formazione, la storia, la carriera e l'aggiornamento professionale, la struttura di lavoro, la retribuzione, la relazione ed il rapporto con le altre componenti del comparto e Dirigenza del settore della Sanità.

La rilevazione dei dati è stata effettuata adottando la *Mueller-McCloskey Satisfaction Scale* (1990), scala di valutazione composta da 31 items, 5 livelli Likert (5 = molto soddisfatto, 1 = molto insoddisfatto) che ha indagato nelle otto sottoscale le dimensioni della soddisfazione/insoddisfazione degli infermieri:

1. Riconoscimento esplicito
items 1-2-3
2. Equilibrio lavoro famiglia
items 7-9-11-12
3. Organizzazione dell'orario di lavoro
items 4-5-6-8-10
4. Colleghi
items 14-15
5. Opportunità di interazioni sociali
items 17-18-19
6. Opportunità professionali
items 16-20-21-27-28
7. Elogi e riconoscimenti
items 13-23-24-25-26
8. Controllo/Responsabilità
items 22-29-30-31

La MMSS è stata preceduta da un questionario composto da 24 domande riguardanti i dati

anagrafici, il percorso formativo, la metodologia assistenziale in uso, il turno di lavoro, la storia lavorativa, l'ambiente familiare in termini di carico di lavoro e di impegni oltre il lavoro e l'"intention to leave".

Nel periodo del mese di Settembre 2010 sono stati somministrati i questionari ad un campione di 545 infermieri (372 appartenenti all'Azienda Ospedaliera San Martino e 173 all'Azienda Sanitaria Asl 3 Genovese) afferenti a 14 unità operative dell'Azienda Sanitaria Asl 3 Genovese e 30 unità operative dell'Azienda Ospedaliera San Martino di Genova afferenti alle Medicine Generali e Medicine Specialistiche.

Tutti gli infermieri selezionati hanno ricevuto una lettera nella quale veniva illustrato l'obiettivo dell'indagine, un questionario da compilare in anonimato ed una busta per facilitare la restituzione del questionario.

Del campione iniziale di 545 infermieri, 441 hanno aderito allo studio, con un tasso di risposta del 80,5%. Ai fini dell'elaborazione dei dati relativi alla compilazione della Mueller-McCloskey Satisfaction Scale, sono stati presi in esame 410 questionari (75,2%), 130 dell'Asl 3 Genovese e 280 dell'Azienda San Martino, in quanto 31 infermieri non avevano compilato completamente tutti gli items della scala.

I RISULTATI DELL'INDAGINE

143 (82 %) infermieri dell'Azienda Asl3 e 298 (80,1 %) dell'Azienda San Martino hanno restituito il questionario compilato.

I soggetti del campione, 320 donne (78,2%) e 89 uomini (21,8%) hanno un'età media di 42 anni ($\pm 7,2$; range 22-61); 275 (63,4%) sono coniugati o conviventi, 79 (18,2%) single e 78 (18,5%) separati o divorziati. 163 (37,4%) infermieri non hanno figli, mentre 273 (62,6%) hanno uno o più figli. Ogni infermiere ha mediamente 0,93 figli ($\pm 0,11$; range 0-3), l'età media del primo figlio è di 12,7 anni ($\pm 8,48$; range 0-37), quella del secondo figlio è di 9,72 anni ($\pm 6,36$; range 1-31) e l'età del terzo è di 8,72 anni ($\pm 24,74$; range 2-22). Il 92,3% del campione ha figli che vivono ancora in casa con i genitori e il 64 % dei genitori ha una rete familiare attiva per accudire i figli. Il 26,8% degli infermieri del campione deve accudire, oltre il lavoro, anche familiari a domicilio. Per quanto riguarda il titolo abilitante alla professione infermieristica relativamente al campione degli infermieri dell'Asl 3 Genovese 129 (90,8%) sono in possesso del titolo regionale, 5 (3,5%) del diploma universitario, 8 (5,6%) della laurea. In Azienda San Martino invece 244 (83,8%) hanno conseguito il diploma regionale, 18 (6,2%) il diploma universitario e 29 (9,8%) la laurea. L'anzianità di servizio è di 18,09 anni ($\pm 9,15$; range 0-38), mentre l'anzianità nell'unità operativa al momento dell'indagine è di 8,44 anni ($\pm 8,32$; range 0-40); 58 (13,2%) infermieri appartenenti al campione lavorano nel reparto

da meno di un anno, 392 (89,8%) hanno un contratto full-time, mentre 45 (10,3%) hanno un contratto part-time articolato nelle diverse tipologie. In 253 (57,4%) casi l'orario di lavoro prevede il ricorso a reperibilità/ pronta disponibilità/ prestazioni aggiuntive.

Le metodologie assistenziali che si sono rivelate più frequentemente utilizzate in Asl 3 Genovese sono:

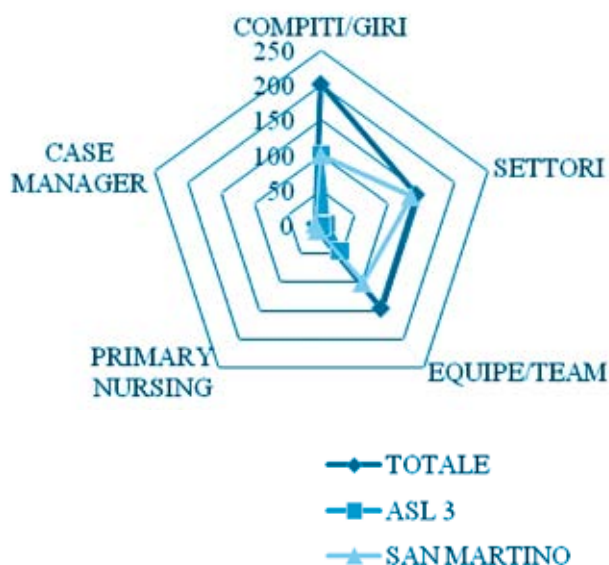
- compiti/giri: 101 (71,1%) casi intervistati
- equipe/team: 45 (31,6%) casi intervistati
- settori: 8 (5,6%) casi intervistati
- primary nursing: 2 (1,4%) casi intervistati

I dati emersi relativamente all'Azienda San Martino evidenziano:

- settori: 135 (45,2%) casi intervistati
- equipe/team: 101 (33,8%) casi intervistati
- compiti/giri: 101 (33,8%) casi intervistati
- case manager: 8 (2,5%) casi intervistati
- primary nursing: 8 (2,5%) casi intervistati

Figura 1

METODOLOGIE ASSISTENZIALI



Il livello di stress è stato misurato con una scala Likert da 0 a 5: veniva richiesto agli infermieri di distinguere il livello di stress imputabile alle difficoltà familiari o nella vita personale e quello attribuito al lavoro. Il risultato è stato di un livello di stress medio di 1,44 ($\pm 1,43$ range 0-5) a casa, mentre di 3,23 ($\pm 1,36$ range 0-5) al lavoro.

In Azienda Asl 3 Genovese il livello di stress medio a casa è risultato di 1,45 ($\pm 1,23$ range 0-4), mentre sul lavoro di 3,5 ($\pm 1,17$ range 0,5).

In Azienda San Martino il livello di stress medio a casa è risultato di 1,44 ($\pm 1,43$ range 0-5), mentre sul lavoro di 3,1 ($\pm 1,36$ range 0-5).

L'analisi dei dati evidenzia come il livello medio di stress a casa sia comparabile tra gli infer-

mieri delle due aziende, mentre aumenta considerevolmente il valore del livello di stress sul lavoro degli infermieri appartenenti all'Asl 3 Genovese rispetto a quello dei colleghi dell'azienda San Martino con una differenza statisticamente significativa evidenziata dal test T di Student con un p value pari a 0,002.

Gli infermieri che adottano preferenzialmente un metodologia assistenziale esclusivamente basata sui compiti hanno espresso un livello di stress sul lavoro pari a 3,41 ($\pm 1,19$; range 0-5), valore sensibilmente maggiore rispetto a 3,11 ($\pm 1,36$; range 0-5) dei colleghi che adottano metodologie più evolute come quella a settori, equipe-team, primary nursing e case manager. Le due categorie invece mostrano livelli di stress sostanzialmente equiparabili nel contesto al di fuori del lavoro.

Sono 127 (29,2%) gli infermieri che desiderano essere trasferiti di reparto entro l'anno, mentre il numero sale a 217 (52,3%) se il periodo entro il quale effettuare il trasferimento si calcola nei successivi 5 anni.

Analizzando le singole aziende il numero di infermieri dell'Azienda Asl 3 Genovese che meditano un trasferimento entro l'anno è di 51 (35,9%), mentre In Azienda San Martino è di 76 (25,9%).

Il trasferimento nei prossimi 5 anni è ipotizzato da 78 (55,7%) intervistati dell'azienda Asl 3 Genovese e da 140 (50,5%) dell'Azienda San Martino.

295 intervistati, pari al 71,8 % del campione totale, hanno dichiarato che rifarebbero l'infermiere di cui 96 (70,1%) appartenenti all'Asl3 Genovese e 199 (72,6%) all'Azienda San Martino.

DISCUSSIONE

Complessivamente gli infermieri coinvolti hanno espresso una soddisfazione/insoddisfazione media di 93,4 ($\pm 19,4$; range 31 - 152), di cui 94,4 ($\pm 18,6$; range 60 - 140) appartenenti all'Asl 3 Genovese e 93 ($\pm 19,7$; range 31 - 152) all'Azienda San Martino.

I punteggi ottenuti dimostrano una percezione di soddisfazione che aumenta con l'aumentare dell'età, non differisce significativamente tra maschi e femmine, non differisce per stato civile e non differisce per coloro che hanno figli rispetto a coloro che non ne hanno. Il livello di soddisfazione non è correlato alla numerosità dei figli; invece confrontando il livello di soddisfazione tra coloro che hanno un ruolo assistenziale anche a domicilio (ad esempio per accudire i propri genitori) e coloro che invece non hanno questo impegno, il livello di soddisfazione di quest'ultimi è più elevato in maniera statisticamente significativa.

Il livello di soddisfazione complessivo non è correlato agli anni di lavoro come infermieri, anche se risulta un livello significativamente più alto negli infermieri fino a 10 anni di attività lavora-

tiva rispetto ai colleghi con un'anzianità tra 11 e 20 anni.

Rispetto al titolo abilitante, gli infermieri che hanno un diploma universitario o la laurea triennale hanno un grado di soddisfazione aumentato in maniera statisticamente significativa rispetto ai colleghi in possesso del titolo conseguito nella scuola regionale (98,3 vs 92,4; p value = 0,030). Analizzando la correlazione fra la soddisfazione e l'anzianità di reparto non emergono differenze sostanziali. Analizzando però il livello di soddisfazione tra coloro che lavorano da molti anni nella struttura in cui sono stati intervistati rispetto a coloro che invece sono stati appena trasferiti (come neoassunti o neo inseriti) è risultato un basso il livello di percezione di soddisfazione fra coloro che da più anni lavorano presso la stessa unità operativa (92,6; $\pm 20,4$), mentre aumenta progressivamente se si è un nuovo inserito (95,8; $\pm 23,4$) oppure un neoassunto (101,2; ± 15). Emerge una soddisfazione maggiore in coloro che hanno un turno di giornata svolto sulle 12 ore rispetto a coloro che hanno un turno fisso o a rotazione oppure un part time. Il test T di Student esprime una differenza statisticamente significativa fra turnista a giornata e turnista fisso con un p value = 0,001. La soddisfazione è correlata in maniera statisticamente significativa alla quantità di pazienti gestiti (p value = 0,031); gli infermieri che nella loro pratica quotidiana gestiscono fino a 20 pazienti durante il loro turno di lavoro hanno un livello di soddisfazione significativamente più alto (95,2; $\pm 19,6$) rispetto ai colleghi che invece nella loro realtà interagiscono con oltre 21 pazienti (91,1; $\pm 18,2$).

Emerge inoltre una differenza statisticamente significativa evidenziata da un'analisi della varianza (p value < 0,05) tra la soddisfazione percepita tra gli infermieri che ritengono di lavorare sulla base di un modello basato su compiti (87; $\pm 19,9$) e coloro che lavorano sulla base di modelli più evoluti quali quello a settori (97,3; $\pm 17,5$), equipe team (101,2; $\pm 19,1$).

Un modello assistenziale più evoluto permette di erogare un'assistenza personalizzata e di avere una visione globale del paziente, consentendone un miglior monitoraggio e favorendo, quindi, la percezione di un più alto grado di soddisfazione sia dell'operatore che del paziente.

L'intenzione ad andarsene è associata ad una diversa soddisfazione lavorativa. Come emerge dalla tabella sotto riportata, gli infermieri che hanno una minore soddisfazione vorrebbero trasferirsi entro il 2011 come pure vorrebbero realizzare un progetto di trasferimento nei prossimi 5 anni.

La nostra ipotesi è supportata da una analisi della varianza dalla quale emerge una differenza statisticamente significativa fra l' "intention to leave" e l' "intention to stay" entro l'anno (p value = 0,001) ed una fra l' "intention to leave" e l' "intention to stay" a 5 anni (p value = 0,002).

Analizzando per ciascuna azienda le singole sottoscale della MMSS si può evidenziare che gli infermieri hanno risposto che le due aree più critiche relative alla insoddisfazione sono quelle comprese nelle sottoscale " Riconoscimento esplicito" e " Opportunità professionali", mentre si dichiarano a metà tra la soddisfazione e l'insoddisfazione per ciò che riguarda l' "Equilibrio lavoro e famiglia", l' "Organizzazione del lavoro" e gli "Elogi e riconoscimenti".

Inoltre si è dimostrata una differenza statisticamente significativa relativa alla sottoscala " Elogi e riconoscimenti" fra gli infermieri delle due aziende. Gli infermieri dell'Azienda San Martino infatti, a differenza dei colleghi dell'Asl 3 Genovese, mostrano una percezione di maggiore insoddisfazione soprattutto per gli aspetti legati alle variabili della sottoscala citata.

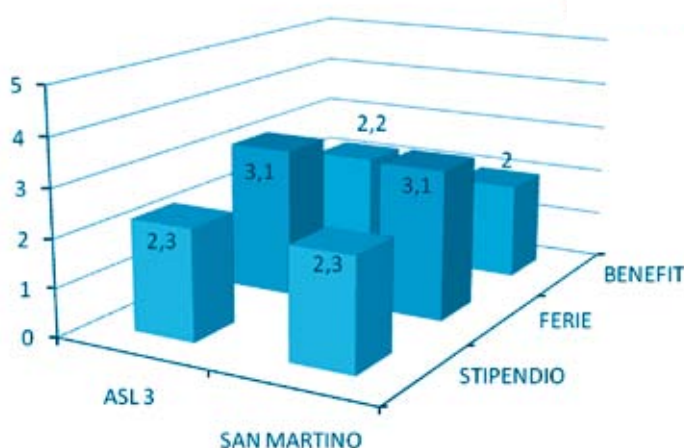
Riconoscimento esplicito

La sottoscala del riconoscimento esplicito è rappresentata dagli *items* stipendio, ferie e benefits quali assicurazioni integrative, asilo nido, convenzioni con negozi, convenzioni con palestre, ecc.

Complessivamente tale sottoscala ha evidenziato una moderata insoddisfazione; la variabile che ha determinato una maggiore insoddisfazione è quella dei benefits. Questo può essere motivato dall'istituzione di un asilo nido in azienda che in Asl 3 non è presente, mentre al San Martino è presente ma incontra difficoltà correlate agli alti costi per l'utilizzo ed orari che non collimano con le esigenze dettate dai turni degli infermieri.

Si conferma che l'aspetto economico del lavoro, da solo, non è importante ai fini della soddisfazione e che deve essere integrato da altre soluzioni che sappiano intercettare i bisogni degli infermieri.

RICONOSCIMENTO ESPLICITO



Equilibrio lavoro famiglia

La sottoscala equilibrio lavoro-famiglia è rappresentata dagli *items* opportunità di part time, permessi per maternità, permessi per i figli, flessibilità nell'organizzazione dei week end.

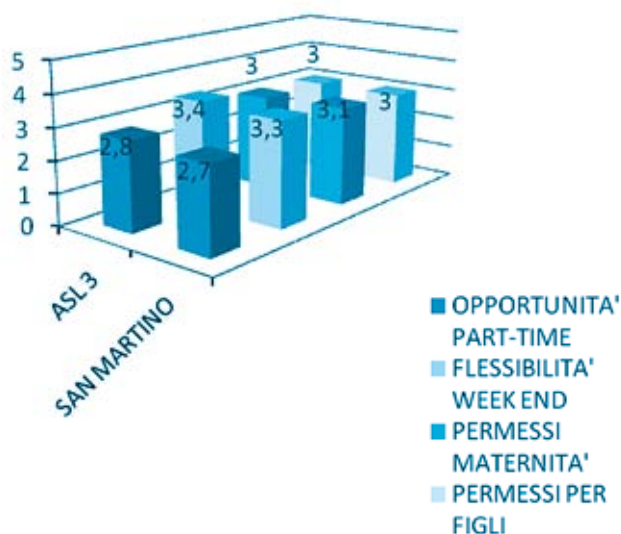
La sottoscala ha dimostrato globalmente una moderata soddisfazione, anche se in entrambe le aziende vi è una marcata insoddisfazione per l'impossibilità di accedere ai part time dovute ai noti vincoli contrattuali, insoddisfazione più marcata in Azienda San Martino.

I permessi per i figli e quelli a tutela della maternità vengono ritenuti globalmente soddisfacenti anche da chi non ha figli ma che comunque si è fatto una opinione di merito.

La flessibilità nei week end viene ritenuta importante per passare più tempo con la famiglia; di fatto questo item trova soddisfazione quando fra i colleghi vi sia un rapporto collaborativo e gli scambi di orario siano permessi e praticati.

I ricercatori hanno proposto soluzioni di contratti lavorativi che favoriscano la possibilità di seguire la famiglia ed i figli perché l'impossibilità di bilanciare il lavoro e la famiglia è una delle motivazioni più rilevanti di abbandono della professione.

EQUILIBRIO LAVORO-FAMIGLIA



Organizzazione dell'orario di lavoro

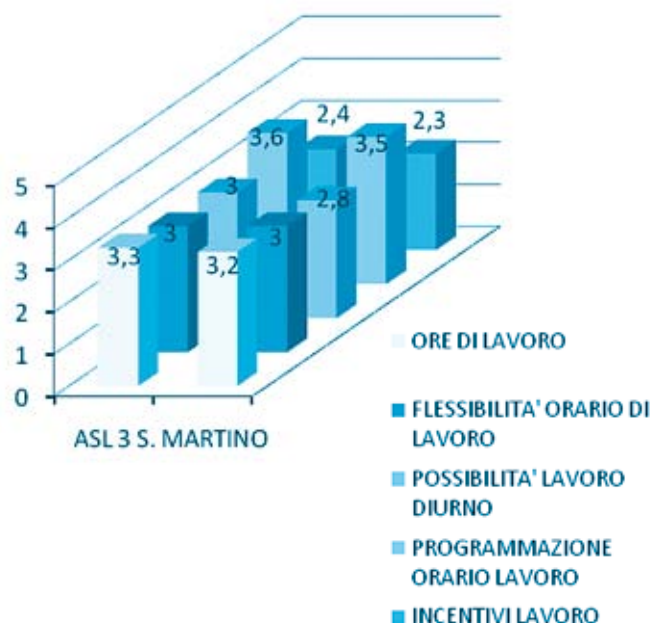
La sottoscala dell'organizzazione dell'orario di lavoro è rappresentata dagli *items* ore di lavoro, flessibilità, possibilità di lavoro diurno, programmazione settimanale o mensile dell'orario, incentivi per il lavoro festivo.

La sottoscala ha evidenziato una sostanziale situazione di centralità della scala Likert 1-5 tranne che per gli *items* incentivo festivo (che è stato valutato insoddisfacente in entrambe le aziende).

I valori di tutti gli altri *items* correlati alla orga-

nizzazione del lavoro, pur mantenendo una caratteristica di centralità, esprimono una insoddisfazione maggiore degli infermieri dell'Azienda San Martino.

ORGANIZZAZIONE ORARIO DI LAVORO



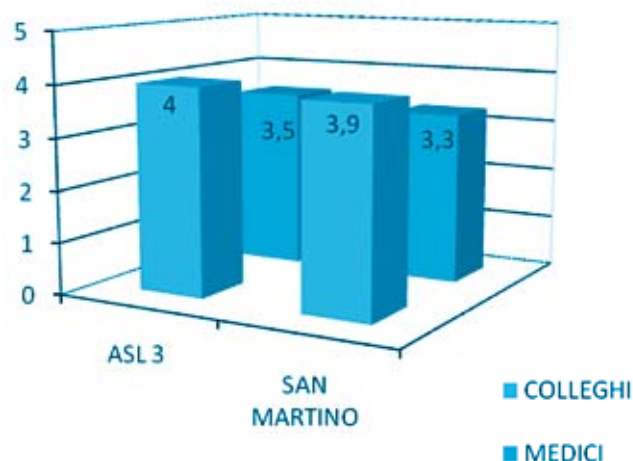
Collegli

La sottoscala dei colleghi di lavoro è rappresentata dagli *items* colleghi e da quello medici con i quali lavori.

La sottoscala evidenzia in entrambe le aziende una moderata soddisfazione anche se risulta più evidente nei rapporti positivi con gli altri membri dell'equipe rispetto a quello con i medici.

L'integrazione multidisciplinare viene suggerita come efficace nel perseguire la soddisfazione professionale; l'esperienza degli ospedali magneti conferma la validità delle équipes caratterizzate da una forte integrazione fra medici e infermieri.

COLLEGHI



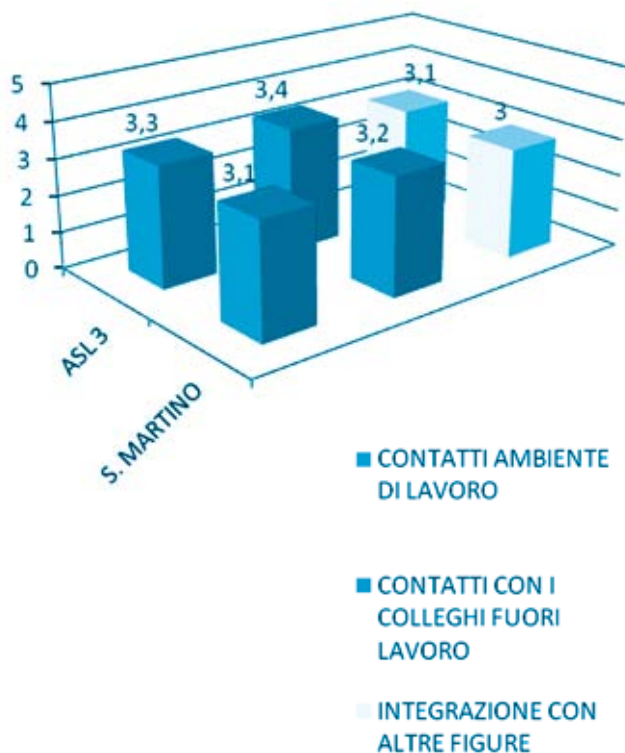
Opportunità interazioni sociali

La sottoscala delle opportunità delle interazioni sociali è rappresentata dagli items opportunità di avere contatti sociali nel lavoro, opportunità di avere contatti sociali con i colleghi fuori dall'orario di lavoro e da quello opportunità di integrazione con le altre figure professionali.

La sottoscala evidenzia in tutte le realtà una moderata soddisfazione, tuttavia la soddisfazione maggiore deriva dall'opportunità di avere contatti con i colleghi fuori dall'orario di servizio, mentre si dimostra una moderata soddisfazione nel rapporto con i pazienti.

Moderatamente soddisfacente risulta anche l'integrazione con le altre figure professionali.

OPPORTUNITA' INTERAZIONI SOCIALI



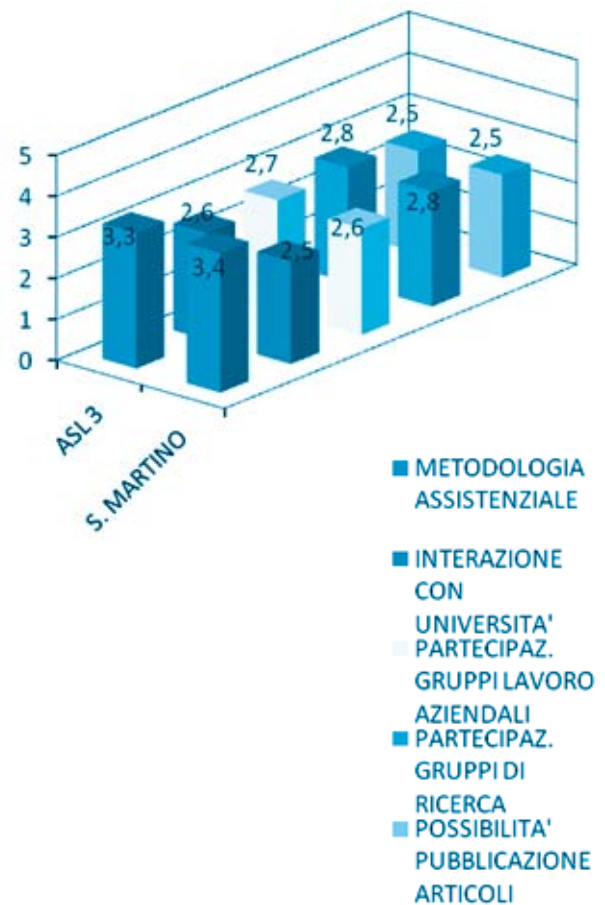
Opportunità professionali

La sottoscala delle opportunità professionali è rappresentata da 5 items (metodologie assistenziali, opportunità di interazione con l'Università, opportunità di partecipare ad attività di aggiornamento, opportunità di partecipare a progetti aziendali e opportunità di scrivere e pubblicare articoli).

La sottoscala ha evidenziato complessivamente una moderata insoddisfazione. L'analisi dei singoli items conferma questa insoddisfazione in parte nella scarsa possibilità di partecipazione a gruppi di lavoro e di ricerca e soprattutto nella difficoltà a pubblicare articoli e ad interagire con l'università. Tale insoddisfazione viene in par-

te compensata da una moderata soddisfazione circa l'utilizzo delle metodologie assistenziali in uso.

OPPORTUNITA' PROFESSIONALI

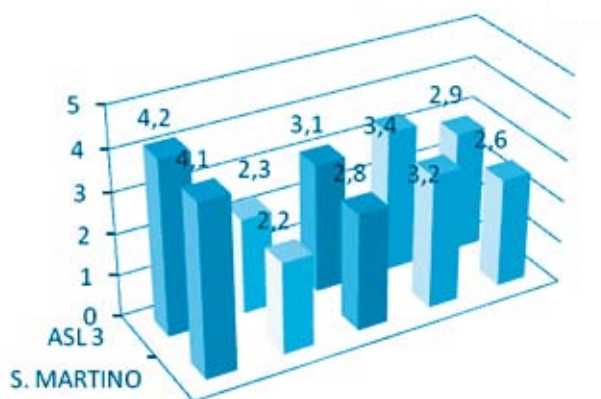


Elogi e riconoscimenti

La sottoscala degli elogi e riconoscimenti è rappresentata dagli items superiore diretto (coordinatore infermieristico), opportunità di avanzamento carriera, riconoscimento del lavoro da parte dei superiori, riconoscimento del lavoro da parte dei colleghi ed incoraggiamenti e rinforzi positivi.

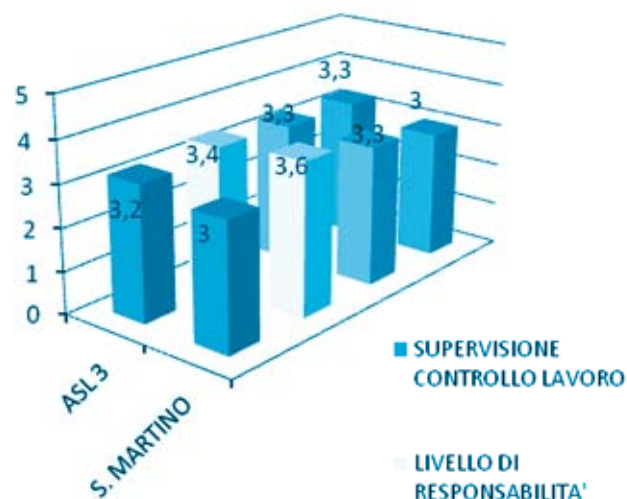
La sottoscala, pur esprimendo complessivamente una modica soddisfazione riguardo gli elogi e riconoscimenti, se analizzata nel dettaglio evidenzia come alcuni items contribuiscano in modo sostanziale ad elevare la media generale. Nell'indagine si notano items quali quello relativo al "coordinatore infermieristico" (media 4,1) e "riconoscimento del lavoro da parte dei colleghi" (media 3,3) che tendono a mascherare situazioni di disagio relativamente alle "opportunità di carriera" (media 2,2), "incoraggiamento e rinforzi positivi" (media 2,7) e "riconoscimento del lavoro da parte dei superiori diretti" (media 2,9).

ELOGI E RICONOSCIMENTI



- COORDINATORE INFERMIERISTICO
- AVANZAMENTO DI CARRIERA
- RICONOSCIMENTO LAVORO DA SUPERIORI DIRETTI
- RICONOSCIMENTO LAVORO DAI COLLEGHI
- INCORAGGIAMENTI E RINFORZI POSITIVI

CONTROLLI E RESPONSABILITA'



- SUPERVISIONE CONTROLLO LAVORO
- LIVELLO DI RESPONSABILITA'
- CONTRIBUTO ALLA SOLUZ. PROBLEMI LAVORATIVI
- PARTECIPAZIONE A DECISIONI ORGANIZZATIVE

Controlli e responsabilità

La sottoscala del "controllo e responsabilità" è rappresentata da 4 *items*: supervisione del proprio lavoro, responsabilità, possibilità di dare il proprio contributo alla soluzione dei problemi lavorativi e partecipazione alle decisioni organizzative.

La sottoscala evidenzia una complessiva moderata soddisfazione in tutti i suoi *items*. In particolare esprime una rilevante soddisfazione nell'*item* "livello di responsabilità" (in particolar modo in Azienda San Martino). Questo aspetto è di fondamentale importanza in quanto è documentato che l'autonomia professionale, il controllo gestionale, i rapporti positivi con lo staff medico, la possibilità di incidere sulle decisioni organizzative determinano una migliore qualità delle cure.

CONCLUSIONI

Il livello di percezione della soddisfazione è risultato connesso al modello assistenziale utilizzato. Un'impostazione del lavoro per piani ed obiettivi e non per compiti, l'aumento della discrezionalità decisionale, un maggior controllo sui risultati, il riconoscimento dei meriti individuali e di gruppo rappresentano un considerevole impulso di gratificazione.

Si riscontra altresì come la soddisfazione vari in funzione della tipologia di turno. Una turnazione discontinua o irregolare interferisce pesantemente con la gestione del tempo libero e con la programmazione degli impegni extralavorativi, divenendo assai meno gradita, anche in presenza di una retribuzione maggiorata.

Si è confermato, inoltre, che bassi livelli di soddisfazione favoriscono l'*intention to leave* cioè la decisione di spostarsi verso un lavoro più soddisfacente. La frustrazione del professionista porta sovente ad utilizzare il trasferimento di unità operativa come meccanismo per ritrovare altrove motivazioni perdute. Nelle realtà dove i ritmi di lavoro sono insostenibili, gli infermieri rischiano di sentirsi schiacciati dalle responsabilità e non si sentono gratificati.

La classe intermedia per anzianità di servizio (11-20 anni) è quella meno soddisfatta, confermando l'andamento curvilineo a "U" trovato da Herzberg, Mausner, Peterson e Capwell (1957), in base al quale i più giovani godono di un gradiente maggiore di entusiasmo, mentre i più anziani sembrano dirigersi verso un graduale disimpegno. Lo studio europeo Nurses Early Exit Study (NEXT) afferma che non è sufficiente la

motivazione iniziale per mantenere la soddisfazione costante nel tempo. Come ogni scelta è indispensabile supportarla con l'aiuto del sistema lavorativo e con un costante mantenimento delle performance personali e professionali. Occorrono incentivi economici che siano realmente agganciati al raggiungimento di obiettivi ben definiti, alla valutazione della carriera e non solo dei titoli. È importante che gli infermieri siano retribuiti secondo i diversi livelli di preparazione, responsabilità e competenze.

È importante conciliare le necessità di un ambiente di lavoro esaltando l'autonomia, la responsabilità, l'autodeterminazione, la crescita e quindi la soddisfazione e la permanenza dei membri, propri di un modello gestionale di shared governance, con le esigenze di accordare interessi contrastanti, riducendo i conflitti ed il tempo impiegato per la negoziazione. Là dove il professionista è coinvolto in importanti decisioni, la maggiore coscienza e responsabilità, può essere fonte di maggior soddisfazione professionale e quindi anche di riconoscimento del ruolo, andando ad incidere sulla permanenza del personale nell'organizzazione.

Il benessere all'interno delle organizzazioni è una necessità inderogabile, non un lusso, poiché attraverso di essa è possibile perseguire l'obiettivo di trattenere i propri operatori e la loro competenza, diminuire i costi economici dovuti alle assenze per malattia, contrastare le richieste di cambio di mansione e gli abbandoni volontari del lavoro. Inoltre, in campo sanitario, condizioni di insoddisfazione da parte degli operatori, possono determinare pesanti ricadute sulla qualità delle prestazioni offerte agli assistiti.

BIBLIOGRAFIA

- AIKEN L.H., SLOANE D.M., "Effect of specialization and client differentiation on the status of nurses: the case of AIDS", *Journal Health Social Behavior*, 1997
- AMATI M, TOMASETTI M, CIUCCARELLI M, MARIOTTI L, TARQUINI LM, BRACCI M, BALDASSARI M, BALDUCCI C, ALLEVA R, BORGHI B, MOCHEGANI E, COPERTARO A, SANTARELLI L., "Relationship of job satisfaction, psychological distress and stress-related biological parameters among healthy nurses: a longitudinal study", *Journal Occupational Health*. 2010;52(1):31-8. Epub 2009 Dec 22
- APPLEBAUM D, FOWLER S, FIEDLER N, OSINUBI O, ROBSON M., "The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention", *Journal Nursing Administration*, 2010 Jul-Aug;40(7-8):323-8, Medical Specialty Unit, Hunterdon Medical Center, 2100 Wescott Dr., Flemington, NJ 08822, USA
- BRENDA M., SABO R.N., "Compassione, fatica e il lavoro di cura: possiamo acquisire con precisione le conseguenze del lavoro di cura?", *International Journal of Nursing Practise*, 2006
- CALAMANDREI C., "La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti", *Management infermieristico* n. 3/2000
- CAMERINO D., CONWAY P.M., LUSIGNANI M., "Condizioni di lavoro e intenzione di cambiare: risultati dello studio europeo Next in Italia", *Giornale italiano di scienze infermieristiche*, 1-1 2005
- CAMERINO D., CONWAY P.M., VAN DER HEIJDEN B.I., ESTRYN-BEHAR M., CONSONNI D., GOULD D., HASSELHORN H.M., "The NEXT-Study group. Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries", *Journal of Advanced Nursing*, Dec 2006
- COLE S, OUZTS K, STEPANS MB., "Job satisfaction in rural public health nurses", *Journal Public Health Management Practice*, 2010 Jul-Aug;16(4):E1-6, Wyoming Medical Center, Casper, Wyoming, USA
- CORTESE CG, GHISLIERI C, COLOMBO L., "Determining factors of job-satisfaction: presence of work-family conflict in a sample of Italian nurses", *Medicina del Lavoro*, 2008 Sep-Oct;99(5):371-86, Università degli Studi di Torino, Dipartimento di Psicologia
- DE CARLO N.A., "Teorie e strumenti per lo psicologo del lavoro e delle organizzazioni. Management e lavoro, ergonomia, computer e comunicazione, formazione diffusa, apprendimento collettivo, learning organization", Milano, Franco Angeli Editore, 2007
- GARDNER J.K., THOMAS-HAWKINS C., FOGG L., LATHAM C.E., "The relationships between nurses' perceptions of the hemodialysis unit work environment and nurse turnover, patient satisfaction, and hospitalizations", *Nephrology Nursing Journal*, 2007
- GIFFORD B.D., ZAMMUTO R.F., GOODMAN E.A., "The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life". *Journal of Health Management*, Jan-Feb. 2002
- GRZYWACZ G.J., FRONE M.R., BREWER C.S., KOVNER C.T., "Quantifying work-family conflict among registered nurses", *Research in Nursing & Health*, n 29, 2006
- HASSERLBORN H.M., TACKENBERG P., MULLER B.H., "Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe", University of Wuppertal, report n. 7-2003
- KRAMER M., SCHMALEMBERG C.E., "Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy", *Nursing Outlook*, Jan-Feb 2003
- JAMIESON I, TAUA C., "Leaving from and returning to nursing practice: contributing factors", *Nursing Praxis N Z*. 2009 Jul;25(2):15-27, School of Nursing and Human Services, Christchurch Polytechnic Institute of Technology.
- LU H., WHILE A.E., BARRIBALL K.L., "Job satisfaction among nurses: a literature review", *International Journal of Nursing Studies*, 2005
- MIRACLE V., MIRACLE J., "The nursing shortage; why we stay, why we leave and why we never considered nursing as a career in the first place", *Dimensions in Critical Care Nursing*, n 23, 2004
- HERZBERG F., MAUSNER B., PETERSON R., CAPWELL D., "Job attitudes: review of research and opinion", Pittsburgh, Psychological Service of Pittsburgh, 1957
- MCCARTHY KA, KUHR M, BUDERER N., "Nursing satisfaction and Web-based competencies", *Journal Nurses Staff Dev*. 2010 Mar-Apr, St. Vincent Mercy Medical Center, Toledo, Ohio 43608, USA
- NEELY E., "The consequences of job stress for nurse's health: time for a check-up", *Nursing Outlook*, 2005
- PALESE A., PITACCI G., "Essere infermieri oggi. Alcuni nodi problematici della professione" I quaderni dell'infermiere suppl a "L'infermiere" n 5/04, Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi, Roma, 2004
- ROELEN C.A., KOOPMAN P.C., NOTENBOMER A., GROOTHOF J.W., "Job satisfaction and sickness absence: a questionnaire survey", *Occupational Medicine*, 2008
- SEAGO J.A., WILLIAMSON A., ATWOOD C., "Longitudinal analyses of nurse staffing and patient outcomes", *Journal of Nursing Administration* vol. 36 n.1 pp 13-21, 2006
- TADDIA P, CHIARI P, CALANCHI S, MARTELLI B, BIAVATI C, RUFFINI B, MOSCI D, CHIARELLI P, FONTANA S, D'ERCOLE F, TARTARI P, PARMA D, ROBB MC, SANSOLINO S, FARINELLA P. "Valutazione della soddisfazione per l'organizzazione basata sulla valorizzazione di posizioni funzionali, tra gli infermieri del Policlinico S. Orsola - Malpighi" Assistenza Infermieristica Ricerca, Vol. 26 N 4 Ott-Dic 2007
- VARANI P., CITTERIO S., "Indagine conoscitiva della situazione occupazionale e professionale degli infermieri nel territorio di Como", AGORA, Collegio IPASVI di Como, n.33, DIC 2006.



Bilancio consuntivo anno 2010

Conto del bilancio- rendiconto finanziario							
ENTRATE 2010							
GESTIONE DI COMPETENZA							
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	SCOSTAMENTO
TITOLO I ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTRIBUTIVE							
QUOTE ISCRITTI	€ 413.509,90	€ -	€ 413.509,90	€ 390.919,80	€ 344.045,80	€ 46.874,00	-€ 22.590,10
QUOTE NUOVI ISCRITTI	€ 10.330,00	€ -	€ 10.330,00	€ 8.728,85	€ 8.728,85		-€ 1.601,15
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 423.839,90	€ -	€ 423.839,90	€ 399.648,65	€ 352.774,65	€ 46.874,00	-€ 24.191,25
DISTINTIVI E BOLLI AUTO							
DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ 150,00	€ -	€ 150,00	€ 3,42	€ 3,42	€ -	-€ 146,58
TOTALE ENT. DIST. E BOLLI AUTO	€ 150,00	€ -	€ 150,00	€ 3,42	€ 3,42	€ -	-€ 146,58
INTERESSI ATTIVI							
INTERESSI BANCARI	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 773,94	€ 773,94	€ -	€ 273,94
INTERESSI SU RUOLI ESATTORIALI	€ -	€ 0	€ -	€ 6.255,65	€ 6.255,65	€ -	€ 6.255,65
TOTALE INTERESSI ATTIVI	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 7.029,59	€ 7.029,59	€ -	€ 6.529,59
ENTRATE DIVERSE							
CONTRIBUTO ATTIVITA' FORMATIVA	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 8.705,00	€ 8.705,00	€ -	€ 3.705,00
ENTRATE VARIE	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 4.158,13	€ 4.158,13	€ -	€ 1.158,13
BONUS ASSICURAZIONE	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 4.669,20	€ 4.669,20	€ -	-€ 330,80
TOTALE ENTRATE DIVERSE	€ 13.000,00		€ 13.000,00	€ 17.532,33	€ 17.532,33	€ -	€ 4.532,33
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 437.489,90	€ -	€ 437.489,90	€ 424.213,99	€ 377.339,99	€ 46.874,00	-€ 13.275,91

ENTRATE 2010							
GESTIONE DI COMPETENZA							
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	SCOSTAMENTO
TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III PARTITE DI GIRO							
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
POLIZZA ASSICURATIVA	€ 155.000,00	€ -	€ 155.000,00	€ 175.306,00	€ 154.330,00	€ 20.976,00	€ 20.306,00
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 22.000,00	€ -	€ 22.000,00	€ 27.517,32	€ 22.622,84	€ 4.894,48	€ 5.517,32
TOT. ENTRATE AVENTI NATURA DI PART. DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
TOTALE TITOLO III - ENTR. AVENTI NAT. PART. DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 614.489,90		€ 614.489,90	€ 627.037,31	€ 554.292,83	€ 72.744,48	-€ 12.547,41
UTILIZZO DELL'AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE	€ 82.988,68	€ -	€ 82.988,68				
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 697.478,58	€ -	€ 697.478,58	€ 627.037,31	€ 554.292,83	€ 72.744,48	-€ 12.547,41

USCITE 2010

TITOLO I USCITE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
SPESA GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE							
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.	€ 9.000,00	€ -	€ 9.000,00	€ 7.451,08	€ 7.328,36	€ 122,72	-€ 1.548,92
CANCELLERIA E STAMPATI	€ 2.500,00	€ -	€ 2.500,00	€ 2.678,47	€ 650,47	€ 2.028,00	€ 178,47
SPESE POSTALI E PT POSTEL	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 16.084,61	€ 14.457,59	€ 1.627,02	€ 1.084,61
ASSICURAZIONE SEDE	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 232,00	€ 232,00	€ -	-€ 268,00
SPESE BANCARIE E C/C POSTALI	€ 2.500,00	€ -	€ 2.500,00	€ 3.475,83	€ 1.075,83	€ 2.400,00	€ 975,83
AFFITTO E SPESE CONDOMINIALI	€ 29.000,00	€ -	€ 29.000,00	€ 28.082,03	€ 28.082,03	€ -	-€ 917,97
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 7.294,37	€ 7.294,37	€ -	-€ 7.705,63
IMPOSTE E TASSE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
SPESE DI TRASPORTO E SPOSTAMENTO	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ -	-€ 500,00
BIBLIOTECA E ABBONAMENTI	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 383,90	€ 383,90	€ -	-€ 616,10
SPESE VARIE	€ 3.500,00	€ -	€ 3.500,00	€ 2.406,25	€ 2.406,25	€ -	-€ 1.093,75
TOTALE SPESE GEN. FUNZIONAM. SEDE	€ 78.500,00	€ -	€ 78.500,00	€ 68.088,54	€ 61.910,80	€ 6.177,74	-€ 10.411,46
SPESA DEL PERSONALE E CONSULENTI							
STIPENDI E ONERI RIFLESSI	€ 73.000,00	€ -	€ 73.000,00	€ 69.685,09	€ 69.111,00	€ 574,09	-€ 3.314,91
UFFICIO LEGALE	€ 14.000,00	€ -	€ 14.000,00	€ 7.112,35	€ 3.867,55	€ 3.244,80	-€ 6.887,65
CONSULENZA CONTABILE E AMMINISTRATIVA	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00	€ 9.803,12	€ 9.803,12	€ -	-€ 196,88
CONSULENZA PROFESSIONALE E STAMPA	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 2.000,00
FORMAZIONE DEL PERSONALE	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.000,00
ONERI PREVIDENZIALI DEI COLLABORATORI	€ 1.500,00	€ -	€ 1.500,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.500,00
TOTALE SPESE DEL PERS. E CONSULENTI	€ 101.500,00	€ -	€ 101.500,00	€ 86.600,56	€ 82.781,67	€ 3.818,89	-€ 14.899,44

USCITE 2010

TITOLO I USCITE CORRENTI	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
ATTIVITA' COLLEGIO							
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 7.391,36	€ 1.886,00	€ 5.505,36	-€ 12.608,64
SITO INTERNET IPASVI	€ 3.500,00	€ -	€ 3.500,00	€ 208,00	€ -	€ 208,00	-€ 3.292,00
SPESE DI RAPPRESENTANZA	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.000,00
PROGETTI OBIETTIVO	€ 85.000,00	€ -	€ 85.000,00	€ 69.483,87	€ 68.483,87	€ 1.000,00	-€ 15.516,13
SEMINARI DI STUDIO	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00	€ 4.600,00	€ 4.600,00	€ -	-€ 5.400,00
ASSEMBLEA	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ -	-€ 500,00
COORD. COLLEGI LIGURI	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.000,00
INIZ. PROMOZIONALE 12 MAGGIO	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 7.246,64	€ 7.246,64	€ -	-€ 7.753,36
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RAPPORTI ISTITUZIONALI	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ -	-€ 500,00
QUOTE FEDERAZIONE	€ 80.000,00	€ -	€ 80.000,00	€ 76.617,96	€ 76.617,96	€ -	-€ 3.382,04
RIMBORSI RCT	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 299,00	€ 299,00	€ -	-€ 701,00
DLgs 81/2008	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.000,00
TOTALE ATTIVITA' COLLEGIO	€ 218.500,00	€ -	€ 218.500,00	€ 165.846,83	€ 159.133,47	€ 6.713,36	-€ 52.653,17
SPESA ORGANI COLLEGIO							
CONSIGLIO NAZIONALE	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 1.527,81	€ 1.527,81	€ -	-€ 3.472,19
ASSICURAZIONE ORGANI STATUTARI	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 1.000,00
GETTONI E INDENNITA' DI FUNZ. ISTIT.	€ 38.000,00	€ -	€ 38.000,00	€ 36.401,90	€ 28.500,10	€ 7.901,80	-€ 1.598,10
RIMBORSI SPESE	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00	€ 1.940,14	€ 1.940,14	€ -	-€ 8.059,86
ONERI	€ 16.800,00	€ -	€ 16.800,00	€ 9.280,00	€ 9.280,00	€ -	-€ 7.520,00
TOTALE SPESE ORGANI COLLEGIO	€ 70.800,00	€ -	€ 70.800,00	€ 49.149,85	€ 41.248,05	€ 7.901,80	-€ 21.650,15
CONTRIBUTI DIVERSI							
CONTRIBUTI DIVERSI E VARIE	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ -	-€ 500,00
BOLLI TESSERE DISTINTIVI	€ 300,00	€ -	€ 300,00	€ 81,80	€ 81,80	€ -	-€ 218,20
TOTALE CONTRIBUTI DIVERSI	€ 800,00	€ -	€ 800,00	€ 81,80	€ 81,80	€ -	-€ 718,20
ACCANTONAMENTI							
ACCANTONAMENTO TFR	€ 7.000,00	€ -	€ 7.000,00	€ 3.743,70	€ -	€ 3.743,70	-€ 3.256,30
ACCANTONAMENTO IRAP	€ 6.000,00	€ -	€ 6.000,00	€ 2.582,00	€ -	€ 2.582,00	-€ 3.418,00
TOTALE ACCANTONAMENTI	€ 13.000,00	€ -	€ 13.000,00	€ 6.325,70	€ -	€ 6.325,70	-€ 6.674,30
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI							
FONDO SPESE IMPREVISTE	€ 15.878,58	€ -	€ 15.878,58	€ -	€ -	€ -	-€ 15.878,58
FONDO INCENTIVAZIONI	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	-€ 5.000,00
TOTALE USCITE NON CLASSIF. IN ALTRE VOCI	€ 20.878,58	€ -	€ 20.878,58	€ -	€ -	€ -	-€ 20.878,58
TOTALE TITOLO I USCITE CORRENTI	€ 503.978,58	€ -	€ 503.978,58	€ 376.093,28	€ 345.155,79	€ 30.937,49	-€ 127.885,30

USCITE 2010

	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE							
USCITE IN CONTO CAPITALE							
MANUTENZIONI E RIPARAZIONI	€ 7.000,00	€ -	€ 7.000,00	€ 2.738,00	€ 2.540,00	€ 198,00	-€ 4.262,00
ATTREZZATURE INFORMATICHE	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 3.324,80	€ 3.324,80	€ -	-€ 1.675,20
MOBILI E ARREDO	€ 4.500,00	€ -	€ 4.500,00	€ 2.882,88	€ 2.882,88	€ -	-€ 1.617,12
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 16.500,00	€ -	€ 16.500,00	€ 8.945,68	€ 8.747,68	€ 198,00	-€ 7.554,32
TOTALE TITOLO II - USCITE IN C. CAPITALE	€ 16.500,00	€ -	€ 16.500,00	€ 8.945,68	€ 8.747,68	€ 198,00	-€ 7.554,32
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TITOLO III PARTITE DI GIRO							
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO							
RITENUTE E CONTRIBUTI	€ 22.000,00	€ -	€ 22.000,00	€ 27.517,32	€ 22.622,84	€ 4.894,48	€ 5.517,32
ALTRE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ASSICURAZIONE	€ 155.000,00	€ -	€ 155.000,00	€ 175.306,00	€ 154.330,00	€ 20.976,00	€ 20.306,00
TOTALE USC. AVENTI NAT. DI PART. DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
TOTALE TITOLO III - USCITE IN PART. DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 697.478,58	€ -	€ 697.478,58	€ 587.862,28	€ 530.856,31	€ 57.005,97	-€ 109.616,30
TOTALE GENERALE	€ 697.478,58	€ -	€ 697.478,58	€ 587.862,28	€ 530.856,31	€ 57.005,97	-€ 109.616,30

CONTO DEL BILANCIO -RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE – ENTRATE 2010

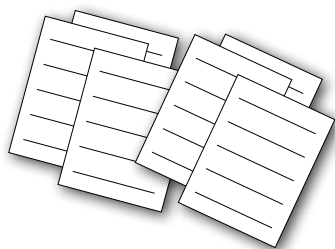
	GESTIONE DEI RESIDUI ATTIVI					
	INIZIALI	VARIAZIONI	RISCOSSI	DA RISCOUT.	DA RISCOUT. 2010	RESIDUI FINALI
TITOLO I ENTRATE CORRENTI						
ENTRATE CONTRIBUTIVE						
NUOVI ISCRITTI	€ 206,60	€ -	€ 206,60	€ -	€ -	€ -
QUOTE ISCRITTI	€ 269.165,21	€ -	€ 88.148,70	€ -	€ 46.874,00	€ -
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 269.371,81	€ -	€ 88.355,30	€ -	€ 46.874,00	€ 227.890,51
ABBONAMENTI E VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RIVISTA L'INFERMIERE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ABBONAMENTI E VENDITA PUBBLICAZIONI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TESSERE DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TESSERE DISTINTIVI E BOLLI AUTO	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
INTERESSI ATTIVI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
INTERESSI ATTIVI	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE DIVERSE						
ENTRATE DIVERSE	€ 22.974,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
PUBBLICITA'	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE DIVERSE	€ 22.974,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 292.345,81	€ -	€ 88.355,30	€ -	€ 46.874,00	
TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III PARTITE DI GIRO						
RITENUTE	€ 6.707,47	€ -	€ 6.707,47	€ -	€ 4.894,48	€ 4.894,48
ASSICURAZIONE	€ 6.921,59	€ 19.712,41	€ 26.634,00	€ -	€ 20.976,00	€ 20.976,00
TOTALE TITOLO III PARTITE DI GIRO	€ 13.629,06	€ 19.712,41	€ 33.341,47	€ -	€ 25.870,48	€ 25.870,48
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 305.974,87	€ 19.712,41	€ 121.696,77	€ -	€ 72.744,48	

TITOLO I		GESTIONE DEI RESIDUI PASSIVI				
		INIZIALI	VARIAZIONI	PAGATI	DA PAGARE	FINALI
USCITE CORRENTI						
SPESE GENERALI FUNZIONAMENTO SEDE						
SPESE VARIE		€ 200,69	€ -	€ 200,69		€ -
LUCE ACQUA PULIZIE SPAZZ.		€ 652,45	€ -	€ 652,45	€ 122,72	€ -
SPESE TELEFONICHE, FAX, INTERNET		€ 2.983,59	€ -	€ 2.983,59	€ 1.627,02	€ -
SPESE POSTALI		€ -	€ -	€ -	€ 2.400,00	€ -
CANCELLERIA E STAMPATI		€ 396,00	€ -	€ 396,00	€ 2.028,00	€ -
SPESE DEL PERSONALE E CONSULENTI						
STIPENDI E ONERI RIFLESSI		€ 924,00	€ -	€ 924,00	€ 574,09	€ -
CONSULENZA E STAMPA		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
CONSULENZA LEGALE		€ 3.244,80	€ -	€ 3.244,80	€ 3.244,80	€ -
CONSULENZA CONTABILE		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ATTIVITA' COLLEGIO						
SITO INTERNET IPASVI					€ 208,00	
PROGETTO INFERMIERE (RIVISTA)		€ 5.391,36	€ -	€ 5.391,36	€ 5.505,36	€ -
PROGETTI OBIETTIVO		€ 13.601,17	€ -	€ 13.601,17	€ 1.000,00	€ -
QUOTE FEDERAZIONE		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
GETTONI E IND. DI FUNZ. ISTITUZIONALI		€ 11.300,00	€ -	€ 11.300,00	€ 7.901,80	€ -
CONTRIBUTI DIVERSI						
RITENUTE E CONTRIBUTI		€ 6.707,47	€ -	€ 6.707,47	€ 4.894,48	€ -
ASSICURAZIONE		€ 6.921,59	€ 19.712,41		€ 20.976,00	€ 47.610,00
ACCANTONAMENTI						
ACCANTONAMENTO TFR		€ 32.470,47	-€ 0,15	€ 6.564,50	€ 3.743,70	€ 29.649,51
ACCANTONAMENTO IRAP		€ 3.800,09	-€ 0,09	€ -	€ 2.582,00	€ 6.382,00
USCITE IN CONTO CAPITALE						
MANUTENZIONE		€ -		€ -	€ 198,00	€ -
TOTALE USCITE COMPLESSIVE		€ 88.593,68	€ 19.712,17	€ 51.966,03	€ 57.005,97	€ 83.641,51

CONTO DEL BILANCIO - RENDICONTO FINANZIARIO GESTIONALE							
ENTRATE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	INCASSATE	DA INCASSARE	
TOTALE TITOLO I ENTRATE CORRENTI	€ 437.489,90	€ -	€ 437.489,90	€ 424.213,99	€ 377.339,99	€ 46.874,00	-€ 13.275,91
TOTALE TITOLO II ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO III ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE INIZIALE	€ 82.988,68	€ -	€ 82.988,68	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE GENERALE	€ 697.478,58	€ -	€ 697.478,58	€ 627.037,31	€ 554.292,83	€ 72.744,48	

USCITE	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			SCOSTAMENTO
	INIZIALI	VARIAZIONI	DEFINITIVE	ACCERTATE	PAGATE	DA PAGARE	
TOTALE TITOLO I USCITE CORRENTI	€ 503.978,58	€ -	€ 503.978,58	€ 376.093,28	€ 345.155,79	€ 30.937,49	-€ 127.885,30
TOTALE TITOLO II USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 16.500,00	€ -	€ 16.500,00	€ 8.945,68	€ 8.747,68	€ 198,00	-€ 7.554,32
TOTALE TITOLO III USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 177.000,00	€ -	€ 177.000,00	€ 202.823,32	€ 176.952,84	€ 25.870,48	€ 25.823,32
TOTALE USCITE GENERALE	€ 697.478,58	€ -	€ 697.478,58	€ 587.862,28	€ 530.856,31	€ 57.005,97	-€ 109.616,30

Notizie in breve



Infezioni ospedaliere, in aumento batteriemie e polmoniti



In Italia il 5-8% di tutti i pazienti sviluppa un'infezione associata a procedure assistenziali (Ipa), pari a 450.000-700.000 casi, con 4500-7500 decessi direttamente attribuibili e circa

3.750.000 giornate di degenza per le complicanze infettive acquisite a seguito del ricovero. A volte magari per strumenti chirurgici non sterilizzati, come testimonia la frode scoperta dalla Guardia di Finanza di Belluno con un'operazione che ha coinvolto 16 ospedali del Nord-est. Secondo i dati della Società italiana di Malattie Infettive e Tropicali (Simit), i reparti più pericolosi sono quelli di terapia intensiva e di chirurgia. «Questo numero è costante negli ultimi anni» spiega **Giuseppe Ippolito**, direttore scientifico dell'Istituto Malattie Infettive Spallanzani di Roma «ma potrebbe essere ridotto del 30% con un piccolo investimento». Secondo i dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti. «Le cause di questa epidemia sono varie» spiega Ippolito «si va dalle carenze strutturali, come la mancanza di lavandini nei reparti per lavarsi le mani, a cattive pratiche da parte degli operatori, che lo fanno solo nel 20% dei casi». Gli ospedali sono dunque un ricettacolo di malattie e spesso i batteri che le causano sono farmaco resistenti proprio per il gran numero di farmaci prescritti nei

nosocomi. Il "re" dei germi farmacoresistenti è lo stafilococco aureo, seguito dallo pseudomonas e dall'enterococco.

Cassazione, infermieri essenziali per salute paziente

Gli infermieri negli ospedali hanno una funzione di «garanzia», e «svolgono un compito cautelare essenziale nella salvaguardia del paziente». Lo sottolinea la Cassazione che richiama al principio di responsabilità, nella tutela dei malati ricoverati, non solo i medici ma anche gli infermieri. La Suprema Corte ha esaminato le accuse rivolte ai dottori e a due infermieri dell'ospedale civile di Canosa di Puglia incolpati, dalla famiglia di un paziente, di aver sottovalutato le condizioni del familiare, operato a seguito di un incidente stradale e morto nel decorso post operatorio per emorragia cerebrale. Gli infermieri, in particolare, erano stati accusati per non aver chiamato subito il medico al peggiorare delle condizioni del malato, nonostante le richieste dei parenti. Il gip di Trani aveva dichiarato «non luogo a procedere» e aveva anche sottolineato che gli infermieri non avevano profili di colpa in quanto svolgono una «funzione ausiliaria» e non hanno «l'obbligo di avvertire il medico di reparto di qualsiasi lamentela dei parenti del paziente». La decisione non è piaciuta ai giudici della Quarta Sezione Penale, che hanno annullato la sentenza con rinvio. Scrive, infatti, la Cassazione nella sentenza n.24573: «rientra nel "proprium" non solo del sanitario ma anche dell'infermiere quello di controllare il decorso della convalescenza del paziente ricoverato in reparto, così da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico». Non solo, la considerazione fatta dal gip «finisce con il mortificare le competenze professionali di tale soggetto, che invece, svolge un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post-operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico».

Smi, no alle ambulanze senza medico



Lo Smi, in un documento programmatico congiunto dei comitati nazionali di settore Continuità assistenziale (Ca) ed Emergenza Sani-

taria Territoriale (118), ribadisce con forza la non sostituibilità del medico di 118 con quello di Continuità assistenziale e l'importanza della presenza del medico del 118 nelle ambulanze. «Siamo preoccupati dalla scelta di molte Regioni d'Italia di aumentare le ambulanze non medicalizzate» afferma **Pina Onotri**, responsabile nazionale della Ca «ma anche dalla carenze di organico nel 118. Sempre più spesso, infatti, i codici rossi vengono gestiti dai medici di Continuità assistenziale, a supporto di ambulanze con soli infermieri a bordo». «Ricordiamo» aggiunge Onotri «che i medici di Continuità assistenziale che sono costretti "a salire" sulle ambulanze per non abbandonare il paziente in condizioni critiche, non godono neanche di copertura assicurativa». «L'Emergenza sanitaria territoriale» aggiunge **Fabiola Fini**, responsabile nazionale 118 settore convenzionato dell'emergenza-urgenza, «ha una formazione e un aggiornamento diverso, finalizzato a un approccio, appunto "Emergenziale", al sostegno immediato delle funzioni vitali del paziente. Confondere, quindi, i due ruoli può diventare pericoloso per il paziente, che riceve una risposta non congrua al bisogno del momento ed espone i colleghi di continuità assistenziale a rischi di natura medico legale».

Riforma degli ordini e sperimentazione clinica nel ddl Omnibus



Maggiore autonomia agli ordini, semplificazione della sperimentazione clinica, revisione del sistema di gestione del rischio clinico. Questi i principali punti del disegno di legge delega, il cosiddetto "Omnibus", che ha incassato il via libera definitivo del

Consiglio dei ministri (nella foto Palazzo Chigi). Secondo il dispositivo, il Governo è tenuto, entro dodici mesi dalla sua entrata in vigore, ad adottare uno o più decreti legislativi per portare a compimento la riforma degli ordini e rivedere la legge istitutiva del 1946. La direzione individuata è di conferire maggiore autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare agli ordini, che saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute, definire ruolo e compiti nelle procedure relative all'esame di abilitazione alla professione, rivedere l'organizzazione e la valutazione dei processi di aggiornamento Ecm,

prevedere la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante dell'azione disciplinare, assicurare nelle assemblee rappresentative la tutela delle minoranze qualificate. Si prevede inoltre l'istituzione di un ordine per gli odontoiatri. Per quanto riguarda la sperimentazione clinica dei medicinali a uso umano, ci saranno nove mesi di tempo per procedere al riordino e alla riduzione dei comitati etici (non meno di uno per Regione), che verranno comunque messi in rete, allo snellimento degli adempimenti, all'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase 0 alla IV. Novità anche per la disciplina del rischio clinico: prevista l'adozione di sistemi di gestione di eventi avversi e di una comunicazione trasparente degli stessi, l'attivazione di strumenti di analisi e di iniziative per la loro prevenzione, l'introduzione del segreto professionale per l'espletamento di queste attività. Rivisto infine il divieto di compresenza di più professionisti della salute nelle farmacie, che resta valido solo per i medici, mentre decade per i fisioterapisti.

Cassazione: "No alle dimissioni lampo"



La Corte di Cassazione, con la sentenza n. 8254 del 2 marzo, ha stabilito che "a nessuno è consentito anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute". Questo, annullando l'assoluzione di un medico dall'accusa di

omicidio colposo di un paziente dimesso a 9 giorni da un delicato intervento cardiaco. **Secondo i giudici, in ambito sanitario non c'è spazio per "logiche mercantili"**, anche se si manifestano sotto forma di "linee guida nazionali e regionali", dal momento che di esse non si conosce "il livello di scientificità", mentre appaiono semplicemente "uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera". Un duro colpo, dunque, alla politica di riduzione delle giornate di degenza che sta caratterizzando le politiche nazionali e locali in questi ultimi anni. **Un macigno sulle spalle di chi ha il compito di firmare le dimissioni ospedaliere** che, alla luce di questa sentenza, potrebbe assumere comportamenti improntati a una scelta di tipo "difensivo". In Italia, il tasso di ospedalizzazione totale è pari a 185 per mille abitanti. Sono 73 milioni le giornate di degenza ogni anno, con una media di 6-7 giorni per paziente.

Osservasalute: "Gli italiani promuovono gli infermieri"

Martedì 8 marzo, a Roma, è stato presentato il *Rapporto Osservasalute* 2010 sullo stato di salute e la qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane. Giunto all'ottava edizione, il *Rapporto* rappresenta l'appuntamento fisso che annualmente fornisce ai cittadini e agli operatori del settore il check up della *devolution* in Sanità. Sul prossimo numero della newsletter, ampio spazio a tutti i dati. Una gustosa anticipazione, però, è d'obbligo. Secondo il *Rapporto*, **sono gli infermieri, più ancora dei medici, i professionisti della Sanità maggiormente apprezzati dai cittadini**, con una media di risposte positive (abbastanza soddisfatto/molto soddisfatto dell'assistenza ricevuta) dell'88% sul totale intervistati (triennio di riferimento 2007-2009).

Infezioni in corsia: il commento degli infermieri

Dall'analisi elaborata dall'Istituto superiore di sanità (Iss), condotta nel 2010 in 50 ospedali italiani, si può tracciare un quadro aggiornato sul tema delle **infezioni ospedaliere**. È emerso che ad esserne colpiti sono circa **400 mila pazienti** l'anno (con un tasso di mortalità del 2%).

"Come evidenziano i dati dell'Iss - spiega **Analisa Silvestro**, presidente della Federazione nazionale Ispasvi - il problema è grave. Ci sono situazioni clinico-assistenziali in cui il fenomeno è di difficile gestione, specie se in una corsia troviamo uno o due infermieri per 30 pazienti. In tal caso, è difficile mantenere standard adeguati ed elevati di prevenzione. Per cercare di ridurre la portata, è necessaria la puntuale osservazione delle basilari norme igieniche e l'impegno di tutti, ma se si continua a tagliare personale, soprattutto quello infermieristico, non ci saranno risultati". In effetti, non si può pensare di risollevare le sorti economiche del sistema riducendo sempre il personale: è in questo quadro che le infezioni ospedaliere sono divenute - e diventeranno - un problema sempre più grave.

Muiono più pazienti se c'è carenza di infermieri

La carenza di infermieri in corsia aumenta il rischio di morire per i pazienti. Lo dimostra uno studio pubblicato sul *New England Journal of Medicine* da **Jack Needleman** dell'università di Los Angeles. Il team Usa ha stimato che c'è un 2% in più di rischio per ogni turno di lavoro infermieristico non adeguatamente coperto da personale. La ricerca è stata condotta su 198.961 pazienti ricoverati, durante 177.696 turni di otto ore in 43 unità ospedaliere. Da tempo ormai in Italia si parla di emergenza infermieristica determinata dalla carenza di personale; gli ospedali e i servizi territoriali sono in crisi. Secondo il rapporto Osservasalute, se tra il 2005 e il 2006 vi è stato un aumento del personale infermieristico dipendente del Ssn, tra il 2006 e il 2007 sia il numero di unità in valore assoluto sia il tasso per 1000 abitanti sono diminuiti. Gli esperti hanno stimato che la probabilità di successo di un ricovero e il rischio di morte per un paziente sono collegati alla quantità del personale infermieristico all'interno della normale turnazione di otto ore: si registra un 2% in più di rischio di morte per ogni turno di lavoro infermieristico non adeguatamente.



Infermiere e benessere lavorativo:

focus sull'attuale stato di salute dei Professionisti genovesi

(lo studio del Progetto Rete ed il Congresso Provinciale)

di Antonio Fiorenza

In ambito sanitario, i numerosi studi condotti hanno dimostrato che laddove le aziende sanitarie pongono in essere un elevato supporto organizzativo all'assistenza infermieristica attraverso la promozione dell'autonomia degli infermieri, la buona comunicazione tra le diverse figure Professionali, una forte "visibilità" infermieristica, la condivisione di obiettivi ed un buon supporto di leadership, vi è uno scarso turnover, una maggiore soddisfazione dei clienti, una maggior motivazione degli operatori, una maggior qualità assistenziale con standard qualitativi eccellenti, oltre ad una netta riduzione del rischio clinico-assistenziale.

In particolare, i nuovi scenari in cui si trovano ad operare i servizi sanitari impongono un approccio innovativo nella gestione delle risorse umane che rappresentano il "primo patrimonio" fondamentale di un'azienda sia essa privata o pubblica; è proprio da quest'ultimo concetto che il gruppo di lavoro del Progetto Rete prende spunto realizzando un questionario atto a verificare il livello di soddisfazione del Professionista.

Il questionario realizzato dal Progetto Rete è ispirato da alcuni dei diversi strumenti validati atti alla rilevazione del benessere organizzativo e ne rappresenta, senza presunzione alcuna, la sintesi.

L'indagine del Progetto Rete verrà avviata da subito tramite questo stesso notiziario, attraverso il sito del Collegio IPASVI di Genova e mediante i membri del gruppo di lavoro; i questionari compilati potranno essere:

Consegnati a mano in Collegio

(Via SS. Giacomo e Filippo 19/7);

Consegnati a mano ai Colleghi del Progetto Rete

(vedi elenco su sito IPASVI Genova);

Inviati tramite posta

(Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 – 16122 Genova);

Inviati tramite posta elettronica

(collegio, responsabili e membri Progetto Rete).

Il questionario proposto consente di esaminare lo stato di salute di un organizzazione, piccola o grande essa sia, avendo avuto cura di non essere necessariamente orientato nella prospettiva dicotomica del "tutto bene" o "tutto male" ma nel ragionare, piuttosto, su quanto emerso dai risultati ottenuti al fine di proiettarli successivamente nel **Congresso Provinciale, che avrà luogo il prossimo 11 novembre**, in un ottica di sviluppo delle politiche sociali e del personale.

Gentile Collega,

Il questionario che ti proponiamo è uno strumento di indagine atto a rilevare l'opinione dell'Infermiere, dell'Infermiere Pediatrico e dell'Assistente Sanitario nei confronti della situazione organizzativa e relazionale presente nel tuo ambiente di lavoro, ovvero, una fotografia dello stato di salute degli Iscritti al Collegio IPASVI della nostra Provincia.

I dati raccolti verranno utilizzati per identificare i criteri e le condizioni del clima organizzativo al fine di promuovere il benessere del personale.

Il questionario è anonimo, deve essere compilato in ogni sua parte e si propone di raggiungere l'obiettivo di definire il livello di soddisfazione dei bisogni individuali e di gruppo; i dati, saranno motivo di discussione nel Congresso Provinciale che si terrà il prossimo novembre.

Ti ringraziamo per la Collaborazione

Progetto Rete del
Collegio IPASVI della Provincia di Genova

Scheda Anagrafica

Azienda/Organizzazione di appartenenza:

Età : ☐ fino a 30 anni ☐ da 31 a 45 anni ☐ oltre i 45 anni
Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Da quanto tempo lavora in questa Azienda?

- ☐ Da 0 a 12 mesi
☐ Da 1 a 5 anni
☐ Da 5 a 10 anni
☐ Da oltre 10 anni

Il responsabile dell'indagine garantisce l'assoluta riservatezza dei dati raccolti in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

INDAGINE SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

1	Conosce il documento di politica che contiene la Mission e la Vision della sua Azienda/Organizzazione?	SI	NO
2	Nella sua Azienda/Organizzazione sono chiari i meccanismi premianti ed incentivanti?	SI	NO
3	Ha la sensazione che sua Azienda/Organizzazione sia attenta alle esigenze degli operatori?	SI	NO
4	Lei ritiene che la sua Azienda/Organizzazione diffonda in modo efficace le informazioni interne tra i diversi settori dell'azienda?	SI	NO
5	Consiglierebbe ad un collega di lavorare nella sua stessa Azienda/Organizzazione?	SI	NO
6	Conosce gli obiettivi aziendali?	SI	NO
7	Riconosce il suo ruolo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali?	SI	NO

8	Per lei è motivo di orgoglio lavorare nella sua Azienda/Organizzazione?	SI	NO
9	La sua Azienda/Organizzazione agevola la partecipazione alla formazione ed all'aggiornamento professionale?	SI	NO
10	Secondo lei la sua Azienda/Organizzazione tiene conto dell'opinione degli operatori per prendere le decisioni?	SI	NO
11	Nella sua Azienda/Organizzazione è presente un sistema di valutazione del personale?	SI	NO
12	Nella sua Azienda/Organizzazione si è incoraggiati a sviluppare le proprie competenze?	SI	NO
13	Nella sua Azienda/Organizzazione i mezzi e le risorse a disposizione le consentono di svolgere adeguatamente le differenti attività lavorative?	SI	NO
14	I cambiamenti gestionali ed organizzativi sono comunicati chiaramente e tempestivamente a tutto il personale?	SI	NO
15	Nella sua Azienda/Organizzazione l'impegno sul lavoro e le iniziative personali sono apprezzate e riconosciute (riconoscimenti economici, visibilità sociale, premi...)?	SI	NO
16	Nella sua U.O. esiste chiarezza di ruoli e funzioni fra le diverse figure professionali?	SI	NO
17	Tra colleghi ci si ascolta e si cerca di venire incontro alle reciproche esigenze?	SI	NO
18	Secondo lei gli operatori partecipano alle decisioni nella propria U.O.?	SI	NO
19	Condivide il modello organizzativo attuato nella sua U.O.?	SI	NO
20	All'interno del suo ambito lavorativo ha la sensazione di far parte di una equipe?	SI	NO
21	Nell'esperienza quotidiana del suo lavoro lei si ritiene responsabilizzato?	SI	NO
22	Lei è coinvolto nelle decisioni che la riguardano?	SI	NO
23	Nell'esperienza quotidiana del suo lavoro lei si ritiene autonomo?	SI	NO
24	Lei si ritiene soddisfatto del suo lavoro?	SI	NO
25	È presente un giusto equilibrio tra lavoro e tempo libero?	SI	NO
26	Ha fiducia nelle capacità gestionali e professionali della dirigenza?	SI	NO
27	Ritiene che il lavoro da lei svolto sia adeguato alle sue competenze lavorative?	SI	NO

Quali ritiene siano le cose più urgenti da migliorare nella sua organizzazione?

(attribuisca un ordine di priorità da 1 a 10)

La circolazione e la chiarezza delle informazioni	
I rapporti tra colleghi	
I rapporti interprofessionali	
La chiarezza degli obiettivi e dei ruoli	
La formazione e l'aggiornamento professionale	
I modelli organizzativi ed i processi di lavoro	
I sistemi di valutazione del personale	
Il riconoscimento dei titoli e la valorizzazione delle competenze	
Il coinvolgimento del personale e l'accrescimento del senso di appartenenza	
La gestione delle risorse	

<http://www.genova.ipasvi.it>

La borsa di studio "Rosetta Caldirola" premia più partecipanti

Anche quest'anno il Collegio Ipasvi di Genova ha in programma l'istituzione della giornata "Rosetta Caldirola".

Le novità sono che è in previsione l'istituzione di **6 borse di studio** da destinarsi a colleghi che presenteranno progetti finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale. I progetti potranno essere candidati da infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari iscritti al nostro Collegio. Saranno identificate tre aree tematiche e in particolare:

Borsa di studio di 1.500 euro

Area di sviluppo dell'innovazione e ricerca.

A questa area saranno candidabili i progetti presentati come lavori di tirocinio e tesi dei corsi di master, di laurea magistrale

Borsa di studio di 1.000 euro

Area di sviluppo professionale e di laboratorio esperienziale

A questa area saranno candidabili i progetti finalizzati alla revisione di processi assistenziali, formativi, organizzativi e di miglioramento della qualità dell'assistenza finalizzati alla contestualizzazione in ambito aziendale ospedaliero ed extra ospedaliero.

Borsa di studio di 500 euro

Area di sviluppo della competenza clinica.

A questa area saranno candidabili i progetti presentati dai neo laureati ai Corsi di Laurea di Infermieristica, Infermieristica Pediatrica, Assistenti sanitari

Per ciascuna delle aree identificate sarà pubblicata e rintracciabile sul sito del Collegio Ipasvi la modulistica necessaria per partecipare al bando e la premiazione dei vincitori avverrà in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere a Maggio 2012.

Le domande di partecipazione al presente bando andranno presentati entro il **31 GENNAIO 2012** presso gli uffici di segreteria del Collegio IPASVI



NUCLEO PROVINCIALE GENOVA

Il 18 febbraio 2011 è stato costituito il Nucleo Provinciale CIVES di GENOVA.

Erano presenti il Presidente Nazionale CIVES Michele Fortuna, il Presidente IPASVI Genova Carmelo Gagliano, altri membri del Direttivo del collegio e i 22 soci fondatori. L'associazione CIVES ONLUS di soli infermieri volge lo sguardo alle popolazioni colpite da grandi calamità naturali e non, vittime di eventi che colpiscono l'integrità fisica psichica e sociale.

Attivazione CIVES per emergenza migranti a Lampedusa

Il Dipartimento di Protezione Civile Nazionale ha attivato il CIVES per la disponibilità di team infermieristici al fine di assicurare supporto alle attività di assistenza anche sanitaria ai migranti imbarcati sulle navi in partenza dall'isola di Lampedusa. Insieme a CIVES ci saranno solo ANPAS e Misericordie nazionali. Su direttiva del Dipartimento le organizzazioni coinvolte attiveranno una reperibilità settimanale o quindicinale con un preavviso di pronta partenza di 24 ore. In caso di partenza sono garantiti i benefici di legge art.9 e 10 del DPR 194/01.

Il Nucleo CIVES di Genova ha aderito all'attivazione, dieci soci si sono resi disponibili alle partenze coprendo praticamente tutto il periodo richiesto, dal 1 di luglio al 30 settembre. Il Direttore Operativo di Genova, Giuseppe Pittaluga, ha organizzato le reperibilità dei soci ed in stretta collaborazione con il Direttivo Nazionale monitorizza l'evento per l'eventuale risposta del Nucleo.



12 MAGGIO 2011



9 LUGLIO 2011



9 LUGLIO 2011



IMBARCO MIGRANTI

Settimana del volontariato di Protezione Civile

In occasione dell'anno europeo del volontariato 2011 anche il nostro Nucleo ha partecipato ad iniziative di piazza, in collaborazione con il Collegio Provinciale il 12 Maggio è stato allestito in Via S. Vincenzo uno stand espositivo dove veniva offerto gratuitamente il controllo di alcuni parametri.

Il 9 luglio eravamo presenti al Centro Commerciale Fiumara con altro presidio espositivo, anche in questa occasione i colleghi hanno erogato minime prestazioni. La nostra presenza sul territorio vuole essere un mezzo per far conoscere questa realtà ai cittadini e ad altri colleghi infermieri.



Anno europeo del volontariato 2011



PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile



Sistema Avanzato Risposta Infermieristica

A Roma il 9/7/2011 è stato presentato il Progetto S.A.R.I.

Il 9 luglio 2011 si è svolta all'ISA di Roma la presentazione ufficiale del progetto S.A.R.I. (sistema avanzato di risposta infermieristica). Tale progetto di CIVES ha visto la sua realizzazione grazie al finanziamento da parte del Dipartimento di Protezione Civile e la stretta collaborazione con il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.

La finalità del progetto è di fornire al sistema nazionale di protezione civile e alle popolazioni colpite da calamità, team infermieristici particolarmente qualificati, immediatamente operativi e pienamente autosufficienti sotto il profilo logistico, muniti di attrezzature speciali in grado di fornire adeguato supporto alla pre-senza di medici sul territorio, anche con riferimento alla rete di medicina generale territoriale. La struttura S.A.R.I. è composta da due moduli: il MCI (modulo coordinamento infermieristico), composto da una task-force di infermieri esperti in area critica e maxie-emergenza (triage, primo soccorso) coordinati da un team leader e dotati di mezzo fuori-strada con carrello traino attrezzato. Il secondo MIA (modulo infermieristico avanzato) è composto da una struttura campale pneumatica attrezzata dove 8 infermieri garantiscono assistenza dalle prime fasi, a tutto il periodo dell'emergenza. Si compone di un furgone attrezzato e un modulo abitativo.

Supporta le attività medico-specialistiche, di igiene e sanità pubblica. Il S.A.R.I. è dotato di attrezzature elettroniche moderne ed efficienti oltre che a tutti i presidi. La struttura, unica nel suo genere, è chiaramente a disposizione del Dipartimento di Protezione Civile in caso di attivazione.

L'attuazione di questo progetto è per CIVES motivo di orgoglio e come ha sottolineato la Presidente della Federazione dei Collegi IPASVI Annalisa Silvestro, un pregio per tutta la categoria infermieristica.

Alla manifestazione ha partecipato lo scrivente, Lorenzo Stagnaro, Presidente provinciale CIVES di Genova.



PRESENTAZIONE IN AULA



MODULO INFERMIERISTICO CONTROLLO



MODULO INFERMIERISTICO AVANZATO



MEZZI MIA



AREA ROSSI



GRUPPO CIVES

Per adesioni al Nucleo CIVES Genova o informazioni scrivi a:
genova@cives-onlus.org segreteria.genova@cives-onlus.it

La casa del folle: immagini della malattia

Aldo Marchetti

Infermiere Professionale presso Dipartimento di Salute Mentale – Ambito 3 - ASL 3 Genovese

Raul Quinzi

Infermiere Professionale e Musicoterapista presso Dipartimento di Salute Mentale – Ambito 3 - ASL 3 Genovese

Nel campo della prassi psichiatrica territoriale hanno una grande rilevanza gli interventi che riguardano le cure domiciliari.

In questo contesto, infatti, il ruolo attivo della presa in carico da parte di un Servizio di Salute Mentale ha come fine la conoscenza approfondita del contesto di vita del paziente.

La visita domiciliare consente di cogliere elementi che nel corso della raccolta anamnestica e nei colloqui in ambulatorio non possono comparire.

Le condizioni materiali di vita, lo stile delle relazioni oggettuali, la psicopatologia del paziente, mostrano al domicilio la loro stretta correlazione.

Le case possono essere buie, per collocazione o per volontà; eccessivamente aperte o talmente chiuse che l'aria ristagna e il cattivo odore opprime le narici; case dove per abitudine si grida e case dove si sussurra; case dove si parla dialetto e altre dove si parla una lingua straniera; ecc.

La conoscenza della casa che il paziente abita è quindi rappresentazione diretta del suo spazio vitale che comprende: l'abitazione, il lavoro, la famiglia, gli amici, i conoscenti, la cura personale, lo spazio nelle relazioni e quello ricreativo.

Molteplici sono quindi le realtà con cui quotidianamente ci confrontiamo, ma spesso a destare maggiore attenzione sono quelle in cui la casa rappresenta di per sé una manifestazione patologica.

Sempre più spesso ci troviamo di fronte alla cosiddetta "Sindrome di Diogene", descritta già nel 1963 in Inghilterra da Mac Millan ma documentata per la prima volta in un articolo pubblicato soltanto nel 1975 da Clark-Mankikar.

Il nome deriva dal filosofo greco, vissuto nel IV secolo a.C., che viveva in una botte e andava in giro con una lanterna. La sua filosofia professava il distacco dai beni materiali, al fine di raggiungere la pace dello spirito.

Questa sindrome, non rara, si manifesta attraverso le seguenti caratteristiche diagnostiche:

- L'abitazione è ridotta a vera e propria discarica di rifiuti,
- Totale trascuratezza e disinteresse per l'igiene sia dell'abitazione che personale,
- Accumulo irrazionale di materiali e oggetti anche inservibili,
- assenza di vergogne,
- negazione di necessità di aiuto,
- isolamento sociale,
- Disordine,
- Distacco,
- Sospettosità,
- labilità emotiva,
- Aggressività,
- Distorsione della realtà,
- Carenze nutrizionali.

Le cause possono essere psichiatriche o organiche.

Secondo alcuni studi (Clark-Mankikar, Halliday-Banerjee-Philot, Reyes-Mulligan) dal 30% all'80% dei casi i pazienti presentano una causa psicopatologica. Si tratta in genere di disturbi psicotici deficitari o disorganizzati caratterizzati da incuria, pragmatismo, abulia e stereotipie; nei giovani l'eziopatogenesi è da ricondurre soprattutto a schizofrenia, disturbi dell'umore di tipo depressivo in genere legati a situazioni di perdita, e disturbo ossessivo compulsivo. Tali quadri clinici sono spesso aggravati da dipendenza da alcolici, e, di recente, da internet o TV.

"Non sono ancora ben chiare le cause organiche che sembrerebbero essere all'origine del problema e si è ipotizzato una forma di demenza con inizio dalle aree prefrontali, ovvero le aree implicate nella attribuzione di valori morali ed economici. Ma di recente, indagini con tecniche di visualizzazione del funzionamento cerebrale, hanno mostrato come in particolare l'area dell'Insula cerebrale, sia quella maggiormente implicata ad attività nella reazione di disgusto, e pertanto ipotizzabile una disfunzione

proprio in questa aerea”(Stefano Pallanti – 2007).

Si tratta di persone che vivono isolate in luride dimore, tra rifiuti organici, cartoni, mobili vecchi, cianfrusaglie, bottiglie e spesso con animali domestici che subiscono lo stile di vita del padrone.

In questa sorta di accumulo bulimico, la casa, così come il corpo, diviene un mezzo per allontanare gli altri, una difesa dalla presunta aggressione e invasione di estranei in un vissuto di assedio persecutorio. Non sempre però si tratta di persone sole, anzi spesso esse convivono con un parente o un altro conoscente connivente all'accumulo. In questo caso si parla di "Sindrome di Diogene a due" che avviene quando il convivente, che sovente è un familiare con simili condotte comportamentali, condivide la stessa tendenza.

Mac Millan (1963) ne descrive due forme:

1- la forma imposta, ovvero indotta da uno all'altro,

2 - quella simultanea, ovvero quando il comportamento è assunto dai due simultaneamente.

Caratteristica comune a tutte le forme di espressività psicopatologica è comunque l'assenza del normale ribrezzo insieme alla assenza di vergogna. Inoltre, l'incapacità di riconoscere la gravità della propria situazione è testimoniata dalla mancata richiesta d'aiuto.

E' interessante evidenziare come, da un punto di vista neuropsicologico, la nostra capacità di provare disgusto sia associata ad altri comportamenti di repulsione a livello simbolico. Ovvero disgusto fisico e riprovazione morale sembrano condividere vie nervose e meccanismi cerebrale comuni.

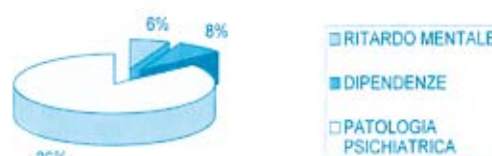
Nella Sindrome di Diogene sono quindi compromesse le basi del normale comportamento di socializzazione, che prevede la cura della propria persona, dello spazio condiviso e la paura di potenziali fonti di contaminazione, e di conseguenza tutti i valori comuni di condivisione del mondo sociale.

Per far luce sul problema, nell'esperienza del lavoro in campo psichiatrico territoriale abbiamo sviluppato un report sulla casistica clinica.

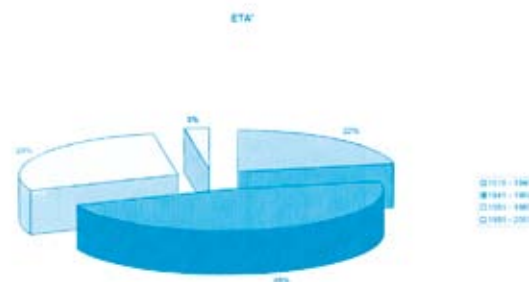
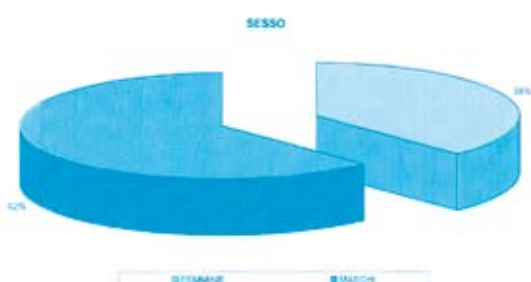
Nello studio, iniziato nel 2008 e durato due anni, sono stati selezionati tutti i casi con cartella clinica aperta in cui è stato riscontrato uno stato di "disordine abitativo". Su 2134 cartelle attive visionate presso il Centro di Salute Mentale di Genova Centro sito nel Distretto Sanitario N° 11, che comprende una popolazione di circa 150.000 abitanti, è emersa la presenza del problema in questione in ben 154 casi.

Nel progetto di cure di questi pazienti abbiamo inserito di routine almeno una visita domiciliare di controllo.

Dallo studio si evidenzia che nel 34% dei casi si tratta di pazienti affetti da schizofrenia, nel 23% da disturbo dell'umore, nel 19% di casi affetti da psicosi, nel 15% da disturbo di personalità con prevalenza del disturbo borderline, nel 3% da disturbo delirante, nel 3% da sindrome di natura organica, nel 3% da altre patologie di competenza psichiatrica. Nel 8% dei casi la situazione è aggravata da dipendenze di varia natura, mentre nel 6% dei casi è presente un ritardo mentale di lieve o media entità.



Nel 46% dei casi l'accumulo di materiale si evidenzia in età compresa tra i 50 e i 69 anni, nel 29% in età compresa tra i 30 e i 49 anni, nel 22% in età compresa tra i 70 e i 90 anni e nel 3% dei casi in età inferiore ai 30 anni. Il 62% dei casi studiati è di sesso maschile mentre il 38% di sesso femminile.



Ulteriore scopo della nostra ricerca è inoltre quello di fornire una serie di elementi visivi per far conoscere più a fondo le realtà domestiche del target psicopatologico in questione. Come già evidenziato, la dimora ci può dare molte informazioni sul reale stato di salute. Alcune delle foto proposte di seguito sono tratte da internet ed in particolare dal programma televisivo spagnolo "Quatro", altre sono state ricreate in laboratorio o rielaborate al computer per mostrare ambienti simili a quelli reali ma non riconducibili ad essi per motivi di privacy. Abbiamo quindi stilato una scaletta di possibili scenari che si ripetono praticamente identici pur appartenendo a diverse manifestazioni patologiche:

1 - Cucine sporche incrostate e ricoperte di stoviglie e resti di cibo avariato.



2 - Il frigo e ciò che può contenere, così come gli altri elettrodomestici, ad esempio lavatrici che diventano porta sacchetti, ecc.



3 - In taluni casi il cibo scaduto ed avanzi di esso si trovano mescolati indistintamente con gli altri oggetti.



4 - Interessante è notare che il paziente psichiatrico pur vivendo in tale stato di abbandono mangia comunque seduto sulla sedia ricavandosi un angolino su ciò che rimane del tavolo non ancora seppellito completamente dai rifiuti (mentre il paziente con dipendenza da stupefacenti o da alcool spesso si accontenta di mangiare per terra).



5 - Spazzatura di vario genere accumulata senza regole in giro per la casa, a volte addirittura accatastate fino a raggiungere il soffitto e a rendere il passaggio all'interno della casa difficoltoso o possibile solo lungo stretti corridoi attraverso l'immondizia.



6 - A volte l'accumulo viene fatto all'interno di sacchetti posizionati l'uno sull'altro oppure appesi al muro o legati insieme con spago o scotch, oppure semplicemente raccogliendo e differenziando gli oggetti per tipo o genere (es bottiglie di plastica da una parte, mozziconi di sigaretta da un'altra, ecc).



7 - Presenza di altari a carattere religioso con accensione di candele e rischio di incendi spesso dovuti al concomitante accumulo.



8 - Alcune abitazioni presentano invece ostacoli al camminamento rendendo faticoso spostarsi da un vano all'altro spesso al buio e al cattivo odore dovuto alla macerazione del materiale deperibile.



9 - Spesso all'interno di case tutto sommato in ordine e ben tenute compaiono comunque oggetti che abbiamo chiamato "fuori posto" ad esempio: la caffettiera posata sulla mensola con ninnoli di vario genere, oppure il mattone sul frigorifero, oppure il cestino con le scatole dei farmaci e pezzi di pizza, o il tritatutto sotto il mobile di sala vicino a montagne di farmaci scaduti, il vaso contenete feci e urine posato sulla credenza, ecc..



10 - Caratteristica soprattutto dei pazienti che escono poco di casa solitamente affetti da psicosi è la poltrona o il divano con il segno consumato del posto dove il paziente siede passando gran parte della sua giornata, spesso logoro e con accanto un mucchietto di cenere di sigarette e talvolta una sputacchiera.



11 - Questo vale anche per il sonno, infatti in genere è difficile vedere un paziente psichiatrico dormire per terra mentre è molto più facile con il tossicodipendente. In genere il letto è sfatto ed il paziente dorme direttamente sul materasso senza lenzuola coprendosi direttamente con le coperte il tutto ovviamente logoro e consumato ma nella maggior parte dei casi è conservata la presenza del cuscino sporco e consumato anch'esso; oppure la stanza viene svuotata e ripulita come una camera mortuaria.



12 - L'accumulo è ordinato in modo ossessivo per genere: Biglietti dell'autobus, cottonfioc, batuffoli di cotone, salviette, mozziconi di sigarette, settimane enigmistiche, ecc...



13 - Accumulo che coinvolge tutta la casa ma dove i mobili sono vuoti: per esempio le posate di cucina posizionate in ordine sui ripiani e sul tavolo sulle tovaglie stile sala operatoria.



14 - Il gabinetto è in genere il luogo più sporco talvolta con tavolozza ricavata artigianalmente con pezzi di compensato, in qualche caso però con il tappetino colorato posizionato al di sotto.



15 - Il giardino che sembra una giungla.



16 - Il terrazzo.



17 - La televisione, il computer.



18 - La doccia.



19 - Indescrivibile è l'odore di fumo, di chiuso, di mancanza d'aria, di diossina, di materiale in avaria, ecc...



21 - Anche l'automobile o il camper possono diventare parte del problema.



A destare attenzione è la presenza simultanea di più di uno degli scenari sopra descritti.

Ciò che non si può descrivere sono gli odori delle case nelle quali ci rechiamo, il microclima, le sensazioni che si provano a pelle nell'entrare, vedere stare, camminare.

Ci sono odori che penetrano nel naso e nauseabondi scendono fino allo stomaco, a volte sono pungenti come lame, soffocanti come privi di ossigeno, sono odori di spazzatura, cibo avariato, di polvere, fumo di sigaretta, umidità, muffa, ecc.. ma tutti passano obbligatoriamente dal cuore: non si può far finta di nulla!

Le sensazioni che proviamo sono differenti: paura, imbarazzo, sensazioni di non saper che fare, stupore, sensazioni di fare qualcosa di importante, talvolta di desolazione e di impotenza di fronte ad una patologia che nelle case si manifesta con disordine, puzza, ma soprattutto si respira il forte isolamento sociale. Il senso di solitudine che circonda il paziente talvolta è destabilizzante.

Spesso è il contenuto intrinseco delle case a colpirci: una stanza con una voragine nera dipinta sulle pareti che pare inghiottire perennemente la vita del suo proprietario, un anello al dito, una foto in bianco e nero di famiglia di altri tempo con sguardi seri, appartenenti ad un mondo di vera miseria richiamano ricordi affettivi ed emozioni che ci appartengono. Ci fa ricordare che anche loro hanno un passato, un vissuto fatto di cose comuni a tutti, prima che l'evento trasformativo della malattia comprometta tutto.

È proprio ciò che risuona in noi, a contatto con gli aspetti intimi della malattia, quando la persona che ci accoglie nel suo mondo, nel suo spazio fisico e mentale, ci permette di entrare e condividere con noi la sua realtà e non ci troviamo solo di fronte ad un malato ma di fronte ad una persona che conserva abitudini, ricordi, che cercano di sopravvivere e contrastare una patologia che li divora quotidianamente. Ed il più delle volte in questa lotta si ritrovano soli e disarmati.

In ospedale la nostra posizione di "padroni di casa" ci permette di mettere in atto tutti gli aspetti difensivi propri del nostro ruolo (la divisa stessa, le normative, l'etica, ecc..). E per contro il paziente deve adattarsi a svestirsi dei suoi abiti di persona e mettere quelli regressogeni di paziente (il pigiama).

Sul territorio, a differenza, è che è il paziente a giocare in "casa" e siamo noi gli ospiti che devono in qualche modo adattarsi a regole che appartengono a chi ci accoglie, in una situazione ove i limiti relazionali sono molto più indefiniti e delicati. Dobbiamo stare attenti a mantenere la giusta distanza, la giusta misura, stare attenti a non essere troppo invadenti, troppo intrusivi, giudicanti o prevenuti.

Conclusioni:

L'approccio al problema in questione è molto complesso e prevede l'instaurarsi di una relazione di fiducia con paziente, vincendo quindi la sua diffidenza, le sue resistenze. Farci accogliere quindi nel suo mondo e concordare ove possibile, un lento riordino in un programma di visite continuative (per esempio settimanali). In questo caso il riordino avviene poco per volta insieme al paziente o dandogli il compito di ordinare piccole cose tra una visita e l'altra, permettendogli così di recuperare a poco a poco il suo rapporto col mondo esterno.

Questo caso è però estremamente delicato e richiede particolare attenzione, poiché riportare alla realtà troppo rapidamente certi utenti, togliere loro lo "scudo" di spazzatura, li può esporre al rischio di prendere coscienza della loro reale condizione e di conseguenza alimentare aspetti depressivi che possono condurre al suicidio.

Spesso però avviene che la situazione necessiti di un intervento radicale: trattamento sanitario obbligatorio (TSO) della persona colpita dalla sindrome, che solitamente si oppone all'invasione di estranei nel suo mondo, e conseguente riordino della casa da parte dei servizi competenti.

Talvolta per effettuare la presa in carico di questi utenti è necessaria la richiesta di un'amministrazione di sostegno o di tutela.

Altra motivazione della nostra ricerca è l'ipotesi che tali comportamenti siano già presenti quando il quadro clinico non ha ancora preso una piega psicopatologica e che tali condotte siano un indicatore predittivo di disturbi psichiatrici.

Volevamo quindi sottolineare l'importanza di riconoscere il problema alla radice e quindi intervenire sul nascere.

L'idea infatti è quella di migliorare la programmazione e l'utilizzo della visita domiciliare intesa come una risorsa specifica per l'identificazione rapida e quindi la prevenzione di certe situazioni di abbandono ed isolamento sociale prima che si deteriorino nella sindrome oggetto di questo articolo. Inoltre, una volta che il quadro psicopatologico è compensato, è importante aiutare l'individuo a costruire una rete sociale, familiare intorno a sé, per prevenire eventuali ricadute, poiché in condizioni di isolamento il rischio è ovviamente molto elevato.

BIBLIOGRAFIA:

- Clark AN, Mankikar GD, Gray I (15 febbraio 1975). Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age'. Lancet
- Orrell M, Sahakian B. (1991). Dementia of frontal type'. Psychol Med
- Marcos M, Gomez-Pellin MC. (2008). A tale of a misnamed eponym: Diogenes syndrome'. Int J Geriatr Psychiatry
- ASSISTENZA ANZIANI – GEN 07 – KDM International Srl Editore – Bologna - tratto da Soins Gérontologie-Rivista-Francia.
- Terapia globale - Volume 27, Numero 2 , 117-121, DOI: 10.1007/s12019-996-0005-6 - Carlos A. Reyes-Ortiz Carlos A. Reyes-Ortiz
- U. Galimberti - *Dizionario di Psicologia* - Ed. UTET – 1992
- Un lavoro terapeutico – l'infermiere in psichiatria - Anna Ferruta – Ed. Franco Angeli – 2000
- Professione infermiere nei servizi psichiatrici – dalla teoria alla prassi – Maria Ausilia Tacchini – Ed. Masson – 1998
- Paradosso e contro paradosso – M. Selvini Palazzoli, L. Boscolo, G.Cecchin, G. Prata Ed. Feltrinelli – 1975



PIANO FORMATIVO - II° SEMESTRE 2011

Alleghiamo l'elenco dei corsi **accreditati ECM** che potranno essere prenotati da tutti gli iscritti in regola con il pagamento delle quote di iscrizione

TASSATIVAMENTE A PARTIRE DAL GIORNO 28/09/2011

presso gli uffici del Collegio in Via SS. Giacomo e Filippo 19/7 - 4°/p. dal lunedì al venerdì dalle 10,00 – 12,30 e il lunedì e mercoledì dalle 14,30 – 16,00.

E' possibile iscriversi agli eventi formativi e consultare i programmi in modalità ON-LINE attraverso il sito www.genova.ipasvi.it; per le modalità, cliccare in alto a destra nella home page del sito la voce FORMAZIONE ed in alto a sinistra apparirà la dicitura "iscrizione corsi on-line", proseguire inserendo tutti i dati richiesti. Per la partecipazione a ciascun evento è chiesto un contributo a titolo di rimborso spese pari a € 10,00 da effettuarsi il giorno di svolgimento del corso.

Informazioni possono essere richieste ai referenti Progetto Rete:

Ruggiero Salvatore 345/5771185 - Fiorenza Antonio 348/8377169

Data	Titolo	Cred	Orario	Luogo
01/02	Genova in f.a.d. (formazione a distanza): progetto di formazione continua per infermieri (assistenza al malato diabetico, cardiopatico, oncologico, con lesioni cutanee, la riforma Brunetta)	10	Online	Online
04/10	La responsabilità del professionista sanitario nella gestione della tracheotomia: dalla sala operatoria alle sale di degenza	6	08.00 17.00	Sede IPASVI
05/10	Lavorare in team: condivisione di valori e obiettivi in una logica multidisciplinare	8	08.30 17.00	Sede IPASVI
07/10	Elementi di Clinical Risk Management	6	08.00 17.00	Sede IPASVI
11 e 12/10	Le evidenze scientifiche: base dell'attività e futuro del professionista della salute	8	14.00 18.00 14.00 18.00	Sede IPASVI
13/10	Dall'approccio assistenziale all'approccio capacitante nella cura dell'anziano fragile	7	09.00 17.00	Sede IPASVI
14/10	"L'Ente di Previdenza ENPAPI incontra gli iscritti Infermieri liberi professionisti"	3	14.00 18.00	Sede IPASVI
18/10	Maxi emergenza e catastrofe: l'approccio infermieristico	6	08.30 18.30	Sede IPASVI
20 e 21/10	Comunicazione ecologica per gli infermieri: dalla negatività vissuta alla negatività gestita. Coinvolgere, attivare ed aiutare in corsia	15	14.00 18.00 08.30 18.00	Sede IPASVI
26/10	L'evoluzione dell'infermiere e la valutazione del personale come opportunità di crescita.	4	13.30 17.00	Sede IPASVI
27/10	Gli strumenti di analisi organizzativa	8	08.30 17.00	Sede IPASVI
03/11	Gli strumenti di analisi organizzativa	8	08.30 17.00	Sede IPASVI
09/11	I chemioterapici nella pratica sanitaria: sicurezza, salute, responsabilità	6	09.00 18.00	Sede IPASVI
10/11	Infermieri: appunti di "viaggio" per riconoscersi e reinventarsi nel percorso professionale	7	08.30 18.00	Sede IPASVI
11/11	Congresso Provinciale Progetto Rete "Infermiere e benessere lavorativo: Focus sull'attuale stato di salute dei Professionisti genovesi"	7	08.00 17.00	C.B.A. – S. Martino
12/11	Congresso Regionale Collegi IPASVI "Quali Politiche per lo sviluppo dell'Infermieristica in Liguria"	7	08.00 17.00	C.B.A. – S. Martino
15/11	Maxi emergenza e catastrofe: l'approccio infermieristico	6	08.30 18.30	Sede IPASVI
16/11	Assistenza infermieristica al paziente traumatizzato in ambito territoriale ed ospedaliero: responsabilità e principali tecniche in uso	4	13.30 17.00	Sede IPASVI
17 e 18/11	Comunicazione ecologica per gli infermieri: dalla negatività vissuta alla negatività gestita. Coinvolgere, attivare ed aiutare in corsia	15	14.00 17.00 08.30 17.00	Sede IPASVI
21/11	La gestione del fine vita del paziente in unità di terapia intensiva: responsabilità dell'infermiere	4	13.30 17.00	Sede IPASVI
26/11	Strumenti di comunicazione per migliorare la sicurezza del paziente	7	09.00 17.00	Sede IPASVI
28 e 29/11	Innovazione e organizzazione : il ruolo del coordinatore	13	09.00 17.00 08.30 13.00	Sede IPASVI