# progetto INFERMIERE

**ANNO 2012 • 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 - 4º piano - 16122 GENOVA

## Piano Formativo I° Semestre 2012

***focus su***

***Il Collegio Provinciale di Genova ti porta al Congresso Nazionale...***

***La relazione bambino - infermiere - genitore è influenzata dal colore della divisa?***

IPASVI
Collegio di Genova
www.genova.ipasvi.it

progetto INFERMIERE

Trimestrale del Collegio IPASVI
di Genova

**Direttore Responsabile**
Carmelo Gagliano

**Vice Direttore**
Marisa De Paoli

**In Redazione**
Gagliano Carmelo, De Paoli Marisa,
Tibaldi Laura, Vivaldi Ezio,
Biasotti Antonella Marina,
Canepa Maurizio, Chiesa Stefano,
Crepaldi Bruna, Del Papa Marcello,
Federico Luigi, Fiorenza Antonio,
Profumo Paola, Porcu M. Assunta,
Ruggiero Salvatore, Serpico Stella

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

**Redazione e Ufficio stampa**
Via SS. Giacomo e Filippo 19/7
4º 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:**
M. S. Cossu, M. D. Pagliughi,
Mariana Galan, Sonia Ricciu,
Marina Pianese, Francesca Canepaccio,
Francesco Lena, Antonio Fiorenza,
Carmelo Gagliano.

IPASVI
Collegio di Genova

# sommario

3 *L'editoriale*

4 *Il nuovo Consiglio Direttivo*

9 *L'Assistente Sanitario nel centro nascite*

11 *Il Collegio Provinciale di Genova ti porta al Congresso Nazionale...*

12 *Comunicazione interculturale*

17 *Angeli del fango*

19 *Report del Congresso Provinciale del Progetto Rete sul Benessere Organizzativo*

21 *Brevissime....*

22 *Bisogni assistenziali nello scompenso cardiaco*

28 *La relazione bambino - infermiere - genitore è influenzata dal colore della divisa?*

35 *Cara, dolce malattia rara*

36 *Piano formativo Iº semestre 2012*

*di Carmelo Gagliano*

Cari Colleghi,

inizia un nuovo anno ma la consapevolezza dell'impegno che ci attende è la medesima dello scorso anno per far fronte alle criticità che interessano la nostra sanità regionale.

E' chiaro per tutti che la riorganizzazione e razionalizzazione dei servizi sanitari deve fare i conti con interessi di parte e con resistenze politiche in un anno che ci vedrà, come cittadini prima e professionisti dopo, chiamati a recarci alle urne: prima per le elezioni delle Rappresentanze Sindacali Unitarie (R.S.U.) e poi per le elezioni amministrative e politiche. Personalmente ritengo che sia un preciso impegno civico ed etico quello di partecipare attivamente alla vita politica del nostro paese e della nostra sanità perché le diverse scelte operate non ci cadano addosso senza che noi si possa aver espresso il nostro punto di vista. Per questa ragione invito tutti i colleghi che ne sentono la tensione, a "saltare" il fosso e candidarsi a tutti i livelli. Noi come Collegio IPASVI saremo ben contenti di darvi voce e visibilità.

Voglio ringraziare a nome mio personale e di tutto il Consiglio Direttivo, i numerosi colleghi che a novembre si sono recati a votare per il rinnovo del Direttivo e vedrete che nelle pagine interne c'é un ampio articolo che presenterà tutti noi, dove lavoriamo e quale impegno intendiamo assumerci.

Il prossimo futuro ci vedrà impegnati ***a rafforzare e avvicinare*** il Collegio ai luoghi di lavoro di tutti noi. Stiamo ragionando sul da farsi ma già è chiara una cosa: abbiamo bisogno del vostro aiuto per favorirci l'ingresso nelle strutture pubbliche e private, per avere testa, braccia e cuore pronti ad affrontare le sfide che siamo chiamati a combattere. In tal senso un impegno ancora più concreto e pregnante vorremo chiederlo ai colleghi del ***Progetto Rete*** perché ci aiutino a focalizzare le azioni prioritarie per consolidare il riconoscimento della nostra unicità, autonomia e competenza avverso le tendenze accentriste e minimaliste dei medici e di chi vuole creare confusione e omologare "assistenza" versus "prendersi cura" funzione, quest'ultima peculiare e specifica dell'Infermiere.

Stiamo lavorando anche a rendere sempre più fruibile e "aperta" la ***sede del Collegio***: inizieremo con l'attrezzare ***un'aula informatica*** ad accesso libero, ***renderemo più ampio l'orario di apertura*** degli uffici di segreteria e metteremo a disposizione di tutte le associazioni infermieristiche, dei volontari CIVES e di singoli colleghi i locali necessari per realizzare attività, corsi e iniziative di interesse professionale.

In tal senso a breve contiamo di implementare e rafforzare il già esistente sportello di ascolto con attenzione sempre crescente al ***bisogno di BEN-ESSERE*** di tutti noi.

Un altro impegno concreto che vogliamo consolidare è la presenza "visibile" dell'Infermiere nelle iniziative sociali e in sinergia con altre professioni per l'aiuto e il supporto ai bisogni di tutti i cittadini. Abbiamo cominciato con la formazione per accogliere il maltrattante e proseguiamo con la formazione di colleghi esperti nel "farmaco del futuro": l'Auto Mutuo Aiuto strumento di grande utilità terapeutica e che auspichiamo possa diventare di capillare diffusione sul territorio.

In questa direzione va anche l'invito e il contributo che pubblicizziamo all'interno, perchè possiate partecipare numerosi al ***Congresso Nazionale IPASV***I che si terrà a Bologna dal 22 al 24 marzo, un'occasione unica per dibattere e testimoniare la via, la rotta che la professione deve tracciare nel futuro prossimo.

Vogliamo anche mostrare sensibilità e attenzione ai ***processi di ricerca e sviluppo*** della professione offrendo borse di studio e premi che, come fatto quest'anno con il bando Rosetta Caldirola, valorizzino l'impegno e i lavori svolti da studenti e colleghi nei loro percorsi di studio e di aggiornamento a tutti i livelli.

Colgo l'occasione di questo editoriale per proseguire e diffondere l'informazione a tutti i colleghi sull'efficacia della polizza assicurativa RCT che il nostro Collegio offre a tutti gli iscritti: è una copertura assicurativa che garantisce a ognuno di noi la necessaria copertura e tutela per ogni eventuale richiesta di risarcimento danni con un massimale di 1.500.000 euro.

Concludo e vi saluto con un pensiero affettuoso e la manifesta volontà di metterci tutti al Vostro servizio e per fare bene abbiamo bisogno della vostra presenza, delle vostre idee e del vostro sostegno anche critico se necessario.

Buon anno con l'augurio e la speranza che i prossimi mesi ma in generale il prossimo futuro ci possa generosamente regalare i desideri e i sogni del cuore in ognuno di noi.

# L'assistente sanitario nel centro nascite:
## l'ospedale e l'assistenza in "rete" con i servizi territoriali di competenza a tutela madre-bambino

*di M. S. Cossu, M. D. Pagliughi*

L'evento formativo con crediti ECM si è svolto il 10 GIUGNO 2011 presso il CASTELLO SIMON BOCCANEGRA IRCCS AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA SAN MARTINO-IST-ISTITUTO NAZIONALE PER LA RICERCA SUL CANCRO.

Lo scopo di questa giornata era riunire le diverse figure professionali, operanti in ambito ospe-daliero e sul territorio, coinvolte nel processo assistenziale e di tutela materno-infantile. Il corso abbracciava quindi la multidisciplinarietà, fornendo non solo un insieme di nozioni di carattere culturale, ma anche una serie di strumenti operativi, per consentire ai vari operatori sanitari di operare a sostegno della famiglia e delle comunità del territorio. Infatti sono state coinvolte le Istituzioni rappresentanti i servizi rivolti alla famiglia e al bambino, in un laboratorio formativo per la costruzione di una visione territoriale e interistituzionale in rete, anche in base alle indicazioni previste dai Piani Sanitari Nazionali e Regionali e dal Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione, che prevedono l'implementazione di lavoro a "Rete" e l'integrazione Ospedale e Servizi Socio-Sanitari Territoriali.

Il seminario ha espresso grande valore e significato di politica educativa di sistema, ponendo l'Assistente Sanitario come anello di congiunzione tra i piani di prevenzione e di assistenza, in grado di intervenire nei programmi di terapia familiare.

La giornata si è aperta con il saluto del dott. C. Gagliano (Presidente Collegio IPASVI) e della Dott.sa M.R. Donato (Presidente ASNAS), che hanno evidenziato l'importanza della collaborazione e dell'integrazione delle varie professionalità, necessarie per garantire un'efficace assistenza al cittadino. Altra rifles-

sione è stata rivolta al modo in cui noi operatori ci relazioniamo con l'utente. Il "prendersi cura" abbraccia tutta la persona nella sua dimensione fisica, psichica e sociale: da qui nasce l'esiger coinvolgere competenze diverse affinché intervengano nel progetto di cura in modo integrato e condiviso.

Il seminario è proseguito con l'intervento della Sig.ra M.D. Pagliughi (responsabile del Servizio Assistenti Sanitari), che ha ricordato l'istituzione nel 1957 del servizio in ambito ospedaliero, proprio in sintonia con gli enti allora preposti alla tutela materno-infantile, ovvero l'ONMI (Opera Nazionale Maternità Infanzia) e l'IPPAI (Istituto Provinciale Protezione Assistenza Infanzia).

È seguito l'intervento del direttore prof. S. Trasino dell'U.O. Neonatologia IRCCS con dati statistici riguardanti il tasso di natalità e la sua relazione con il flusso immigratorio. E' stato messo in evidenza la stretta collaborazione e integrazione tra il servizio di neonatologia e l'A.S. in un gioco di squadra, necessaria per poter individuare in modo precoce le mamme "fragili" al fine di attuare tempestivamente gli interventi necessari. Questo intervento è stato sviluppato ulteriormente dalla A.S. sig.ra C. Conti in servizio al centro nascite ed in stretta collaborazione con il prof. Trasino), che ha specificato le proprie competenze, dalla fase prettamente burocratico-amministrativa della dichiarazione di nascita fino all'individuazione di eventuali problemi di natura sanitaria e/o sociale, legati alla genitorialità, etc., ed alla conseguente attivazione dei servizi territoriali competenti (Comune, Tribunale dei Minori, Consultorio, Servizi Sociali, Servizi Sanitari, Associazioni, ecc.).

Sono poi intervenuti i vari attori coinvolti nel percorso assistenziale territoriale:

Dott. A.Villa, Funzionario Responsabile dell'Ufficio Nascite del Comune di Genova; Dott.sa C. Miniotti, Giudice del Tribunale per i Minorenni di Genova; Dott.sa L. Cacìa, Dirigente Psicologo S.C.A.C. dell'ASL 3 Genovese; Sig.ra M.A. Raso, Assistente Sanitaria presso Assistenza Consultoriale ASL 3; Dott.sa V. Napoli, Responsabile S.C. Nucleo sovrazonale Adozioni ASL 3 Genovese e Rete della famiglia DSS 10; hanno concluso i lavori la Sig.ra C. Atzena e la Sig.ra A. Crippa, Assistenti Sociali del Comune di Genova.

La giornata è stata intensa e ricca di interventi molto interessanti, benché l'insufficiente divulgazione dell'evento abbia limitato l'affluenza dei partecipanti. Scopo del seminario era mettere in risalto l'importanza del lavoro a "Rete" dei professionisti coinvolti nel processo assistenziale, per uscire dal proprio contesto lavorativo e confrontarsi, così da affrontare insieme problemi sempre più frequenti da risolvere con risorse sempre più limitate. Solo parlando lo stesso linguaggio potremo trovare e perseguire soluzioni possibili.

# Il Collegio Provinciale di Genova ti porta al Congresso Nazionale...

*di **Antonio Fiorenza***

## XVI CONGRESSO FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

Il Collegio IPASVI della Provincia di Genova è lieto di annunciare il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI dal titolo: **PROFESSIONISTI NEL CUORE DEL FUTURO** che avrà luogo il prossimo 22-23-24 marzo 2012 presso il Palazzo dei Congressi di Bologna in piazza della Costituzione.

*"Il XVI Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI guarda al futuro del "sistema salute" e del Paese. Un futuro in cui il ruolo, le funzioni e la presenza forte, intellettualmente e culturalmente vivace, degli infermieri, non potranno che essere valore aggiunto per la collettività (Annalisa Silvestro)".*

Il Congresso Nazionale si svilupperà in tre giornate e tra le tematiche affrontate i percorsi e i paradigmi della cultura infermieristica, la cultura degli infermieri nei progetti e nelle sperimentazioni, il contributo degli infermieri per l'innovazione sostenibile del sistema salute. Per quanto concerne i relatori, oltre la presenza del nostro Presidente Nazionale Annalisa Silvestro, l'intervento di illustrissimi colleghi, del Prof. Umberto Veronesi e della giornalista Rai Maria Concetta Mattei in qualità di moderatore.
Al termine della prima sessione lavorativa seguirà un concerto sinfonico a cura del gruppo musicale Modà.

Per tale occasione, il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Genova, propone ai propri Iscritti di prender parte all'evento offrendo loro l'opportunità del rimborso della quota di iscrizione mostrando, una volta concluso il Congresso, l'effettiva ricevuta di pagamento e l'attestato di partecipazione; il Collegio, offre inoltre, a tutti coloro che ne faranno richiesta, il trasporto gratuito di andata e ritorno Genova-Bologna tramite viaggio in pullman.
L'iscrizione al XVI Congresso della Federazione Nazionale è effettuabile online presso il sito IPASVI Nazionale all'indirizzo: *http://www.ipasvi.it/xvi-congresso.*

Per quanto riguarda la prenotazione alberghiera (non rimborsabile dal Collegio) rivolgersi alla segreteria organizzativa ai seguenti recapiti:

***SEGRETERIA ORGANIZZATIVA***
*I Viaggi del Perigeo*
*Via Crati 1 - 00199 Roma*
*Tel. + 39 06 85301301 (digitare 2) fax + 39 06 89280393*
*congressi. ipasvi@iviaggidelperigeo.it*

Per avere maggiori informazioni o per prenotare il tuo viaggio in pullman contatta la segreteria del Collegio IPASVI di Genova in via SS. Giacomo e Filippo 19/7 oppure chiama al numero telefonico 010/590611.

# Comunicazione interculturale e aspetti comunicativi che possono compromettere la relazione professionale tra operatori sanitari di diversa cultura

*"Il vero contatto fra gli esseri si stabilisce solo con la presenza muta con l'apparente non comunicazione, con lo scambio misterioso e senza parole che assomiglia alla preghiera interiore." Emil Cioran*

di **Mariana Galan**

Solitamente si è portati a pensare che nella comunicazione linguistica sia racchiusa tutta la comunicazione umana,in realtà,durante una conversazione le informazioni che raggiungono la corteccia cerebrale degli interlocutori passano solo per 10-15% dall'orecchio e per il 65-80% dagli occhi .Tanto che stando alla cosidetta ''regola di Mehrabian'',il 7% del significato di messaggio proviene dalle parole,il 38% dal tono e le inflessioni della voce e il 55% all'espressione facciale. Nella comunicazione interpersonale oltre alla componente verbale,ricopre un ruolo fondamentale la comunicazione non verbale.
La comunicazione ha un ruolo molto importante nella nostra società in quanto facilita la percezione di uguaglianza evidenziando punti di contato e somiglianze tra le diverse persone di diversa cultura e religione. La rivoluzione nelle relazioni interpersonali rappresenta un cambiamento positivo, necessario per una società più libera e democratica, per rendere i rapporti umani più costruttivi, consapevoli e responsabili in una società in continuo cambiamento.
E' impossibile non comunicare, ed è fondamentale comunicare in modo adeguato trasmettendo e recependo il più fedelmente possibile i contenuti e i relativi linguaggi.
La comunicazione influisce sugli stati d'animo, sulle relazioni, sui comportamenti e sulle scelte in ambito operativo, tanto da incidere sulla qualità del lavoro professionale e sulla sua efficacia. Esercitarsi e operare sulla capacità di comunicazione rimane un compito costantemente attivo e quanto mai importante soprattutto se ci troviamo impegnati, come operatori, in relazioni d'aiuto particolarmente complesse.
All'interno di diversi contesti istituzionali e sociali scaturiscono diffuse visioni semplicistiche dell'identità e delle differenze etnico culturale. Più precisamente molte affermazioni e discorsi delle persone forniscono immagini essenzialiste degli interlocutori stranieri come se una persona fosse meccanicamente espressione del proprio gruppo etnico o della collettività straniera nel suo complesso.
Pur non mancando iniziative e strategie istituzionali atte a focalizzare e gestire i problemi delle relazioni interetniche e della coesistenza delle diversità, si registrano ancora frequenti condizioni di esclusione sociale, che influiscono sull'accesso degli stranieri al mondo del lavoro, alla scuola, alle strutture socio-sanitarie e più in generale alla partecipazione alla vita pubblica. Ogni essere umano, e analogamente ogni cultura, è da interpretare come un nodo che arricchisce questo intreccio o , se si preferisce, un alfabeto per leggere la realtà, e come tale possiede un valore interseco unico.
La relatività culturale ci consegna, così, il messaggio dell'importanza cruciale di ogni cultura e di ogni essere umano e nello stesso tempo rende evidente l'impossibilità di assolutizzarli.
Solo l'uomo forma la cultura e solo la cultura è una espressione tipicamente umana della persona. Perciò della concezione dell'uomo dipende la concezione della cultura e della concezione della cultura dipende la concezione dell'uomo.
Quello che deve essere evitato è ampliare la singolarità del soggetto umano nella sua cultura di appartenenza.
L'uomo trascende la sua cultura proprio nel senso che non si reduce ad essa; allora parlare di porzione di cultura che appartiene all'individuo consente di liberare l'idea della cultura da tutto ciò che ciascun individuo, molto più oggi che un tempo, può strutturarsi in modo unico, culturalmente parlando, in relazione a quanto la società in. cui vive lo consente.
Ciò significa che le persone gestiscono i significati dal punto in cui sono nella struttura sociale. In ogni momento l'individuo è circondato da un flusso di significato tuttavia egli non è un semplice contenitore passivo per ogni tipo di significato disponibile e non contempla quest'ultimo,

soltanto nel silenzio della sua mente.
Da quando incomincia a formarsi una concezione di se e del mondo, di ciò che e desiderabile o meno, l'uomo si trova attivamente coinvolto nell'affrontare praticamente, intellettualmente ed emozionalmente la sua particolare situazione.
In ambito sanitario la capacità comunicativa costituisce uno degli strumenti fondamentali che gli infermieri, gli operatori socio-sanitari devono possedere per entrare in relazione con il malato e raccogliere i dati che riguardano la soddisfazione dei bisogni e per acquisire un metodo lavorativo che sia consono a ciò che la struttura richiede nel momento dell'assunzione.
Per questo è opportuno che il professionista rifletta sulle sue caratteristiche personali e su quelle che dovrebbe acquisire e accrescere in merito alle abilità relazionali.
Le peculiarità caratteriale ed emozionali del personale sanitario fanno in modo che ciascuno di loro, entri in modo diverso, in relazione con l'altro. E' opportuno sviluppare la capacità di ascolto, di osservazione e di manifestazioni non verbali . In questo modo la raccolta dati da parte del personale sanitario, sarà più completo e efficace perché non riguarderà solo l'ammalato, ma tutta la sua sfera affettiva e lavorativa, quindi si avranno notizie sulla famiglia, sulla presenza o meno di una rete amicale, sugli hobby… L'insieme di tutti questi aspetti può condizionare positivamente o negativamente il decorso ospedaliero del paziente.
La collaborazione tra persone con diverso background culturale comporta, in modo più o meno evidente, il cambiamento delle abitudini professionali presenti nei luoghi di lavoro. Lavorare con persone di diversa etnia può innescare atteggiamenti di chiusura, svalutazione e indifferenza nei riguardi della cultura altra; atteggiamenti spesso scaturiti dai condizionamenti silenti degli stereotipi e dei pregiudizi dei soggetti coinvolti. Situazioni che possono arrivare, in alcuni casi in cui si è costretti a cambiare lavoro, a reazioni emotive dolorose che andranno ad incidere in modo greve sull'intera vita della persona che subisce il fatto, aumentando gli atteggiamenti conflittuali e discriminanti.
Di solito l'azienda interessata non pone particolare attenzione a mettere il proprio personale in una condizione psico-fisica idonea alla realtà in cui dovrà operare.
Una condizione che gli consenta di essere sereno, efficiente, organizzato, e in grado di dare il meglio di se nell'assistenza al paziente garantendo così l'aumento del prestigio dell'azienda.
La realtà, invece è ben diversa e soprattutto in ambito socio-sanitario, le assunzioni si fanno in fretta per la continua carenza di personale, non tenendo presente che chi viene assunto è pur sempre una persona umana.
L'azienda in questione da per scontato, che si deve essere in grado di lavorare con professionalità già dal primo giorno, non ritenendo opportuno un periodo di affiancamento con il personale già inserito.
I problemi incontrati nell'inserimento di nuove figure professionali sono:

1. il primo fattore è la conoscenza della lingua. Questo è decisivo per facilitare l'inserimento professionale, così come per le relazioni sociali al di fuori dell'azienda,
2. l'alloggio. La ricerca di un alloggio è un altro problema non facile da risolvere, perché molti autoctoni non affittano i loro beni a persone straniere,
3. rientri in patria quando si hanno le ferie,
4. l'azienda preferisce assumere forza lavoro giovane,
5. le assunzioni a tempo determinato, ogni sei mesi il personale viene cambiato per il mancato rinnovo del contratto,
6. l'organizzazione di eventi per facilitare i rapporti sociali tra i dipendenti

Quindi le attività per il miglioramento delle relazioni multiculturale potrebbero essere molte ma in realtà, sotto questo aspetto viene fatto molto poco.
L'assunzione di nuovi colleghi se riconosciuta e ben gestita può avere un concreto vantaggio per tutte le parti coinvolte. Se si riconosce e si rispetta la diversità culturale può portare ad una opportunità di crescita e arricchimento non solo aziendale ma anche personale.
E' indispensabile quindi acquisire le competenze che permettano di comunicare in modo interculturale.
Una strategia potrebbe essere quella di non sminuire le persone, qualunque provenienza essa abbia, e coinvolgere il personale autoctono, nella conoscenza della cultura altra.
Le relazioni che si instaurano nell'ambiente di lavoro non sempre sono fonte di sicurezza e soddisfazione, possono anche essere fonte di disagio e di insoddisfazione causate, solitamente, da divergenze di opinioni e discussioni.
I **fattori negativi** che ho incontrato e che metto in evidenza sono:
-*stereotipi e pregiudizi*: soprattutto alimentati dalle notizie date dai mezzi di comunicazione come i giornali, telegiornali, internet e mass-media in genere,
-*tendenza a sminuire le differenze culturali*,
-*etnocentrismo*: la tendenza a giudicare la storia, la struttura sociale e la cultura delle persona di origine culturale diversa,
-*tendenza a sminuire la difficoltà di inserimento in un nuovo contesto lavorativo*,
-*scarsa consapevolezza* della possibilità che la presenza di uno straniero in una sede lavorativa, possa comportare il cambiamento di equilibri dovuti alla diversa appartenenza culturale,
-*scarsa attenzione per le relazioni socio-lavorative*, come mezzo per la trasmissione della conoscenza del metodo lavorativo,

*-scarsa coscienza della necessità di agevolare le relazioni multiculturali*, per poter aiutare e comprendere l'altro in tutta la sua completezza.

I **fattori positivi** rilevati sono:
*-caratteristiche personali*: la maggior parte dei colleghi stranieri riesce a costruire legami positive, dovuti alla capacità di mettersi in relazione con l'altro tralasciando stereotipi o pregiudizi,
*-ruolo dei colleghi*: è molto importante, perché la loro disponibilità facilita l'avvicinamento e la comprensione nella nuova realtà professionale e sociale,
*-apertura dell'azienda nei confronti della diversità*: l'azienda assume un atteggiamento aperto e positivo nei confronti della diversità, cercando di evitare atteggiamenti che possono far aumentare in alcuni casi, stereotipi e pregiudizi,
*-formazione a carattere multiculturale*: l'azienda predispone dei progetti formativi che cerca di mettere in pratica organizzando corsi di formazione per tutto il personale.
Riconoscere l'altro, i suoi bisogni, la sua storia, aiutarlo ad aiutarsi, avere fiducia nelle sue possibilità, attribuirgli compiti e responsabilità significa anche non imporre necessariamente i propri modi e stili.
Tra le qualità incontrate negli infermieri e operatori socio-sanitari è anche quella di essere portatori di speranza e di gioia e di essere i veri protagonisti di una possibilità di cambiamento. Un cambiamento che comporta una capacità di essere in relazione con l'altro per riconoscere e riconoscersi, per scoprire e scoprirsi, per sognare, immaginare e creare insieme.
Una formazione-educazione che prevede la sensibilizzazione delle persone alla curiosità all'apertura verso l'altro, prepara le persone a confrontarsi in modo costruttivo di fronte ai problemi.
Dagli studi che ho fatto metto in evidenza che tutte le azioni formative a carattere interculturale portano a: preparare le persone ad affrontare gli ostacoli che possono presentarsi durante la costruzione delle relazioni interpersonali in un contesto multiculturale, a facilitare la realizzazione di relazioni positive e soddisfacenti per tutte le parti coinvolte, a contribuire a migliorare le condizioni relazionali in ambito professionale, permettendo di svolgere al meglio il proprio compito, a riconoscere ed affrontare lo stress e l'ansia scaturiti dal cambiamento lavorativo o dall'insorgere dello shock culturale.
Migliorare le relazioni con gli altri e con se stessi, comunicare, comprendersi, e incontrarsi è uno degli obiettivi del futuro.
Con l'aiuto di una formazione interculturale si possono avere degli spunti per riflettere e agire su se stessi, sul proprio lavoro e sulle relazioni interpersonali che si instaurano sia con le autorità aziendali ma anche con i colleghi, passando dal semplice comunicativo-relazionale ad una vera e propria acquisizione di competenze individuali e professionali.
Uno degli elementi essenziali della comunicazione è l'*empatia* e cioè, la capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, nei suoi significati più intimi e personali, sentire insieme all'altro, continuando a mantenere la propria identità.
Si può sicuramente affermare che il "*sentire dentro*", risulta essere in ambito sanitario un elemento necessario ed imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. E' necessario che l'atteggiamento empatico sia presente nell'operatore perché aiuta la relazione, ad entrare nel mondo percettivo del paziente, cogliendone anche le sensazioni di malessere.
Il sentire dall'interno o sentire all'unisono, espressioni che traducono il significato della parola empatia alludono a una forma di esperienza che ha il suo cardine nella partecipazione emotiva, nella condivisione, nel superamento della distanza. Tuttavia tale superamento, "*atto esperenziale sui generis*" non può che essere parziale, transitorio, misterioso, l'uno non è mai l'altro.
Un altro elemento necessario in ambito sanitario è la fiducia.
Se la fiducia sussiste, le relazioni sono il più possibile aperte, prive di pregiudizi, i conflitti sono molto ridotti e facilmente risolvibili.
Il clima di fiducia è molto importante perché il processo comunicativo abbia successo. Quando una persona si coinvolge nella relazione si espone al rischio potenziale di conseguenze negative, rischia, cioè, di diventare vulnerabile di fronte all'altro. Per questo motivo in una clima competitivo e autoritario le persone non sono portate a rivelare i propri segreti per poter controllare l'interazione e spingono gli altri a fare altrettanto. In un clima di diffidenza non si può instaurare un atteggiamento di fiducia e non si può realizzare una comunicazione significativa. Lo stesso accade quando uno dei partner si accorge che l'altro, nell'interazione persegue solo scopi e interessi personali. In questa situazione la comunicazione non si addentra mai in argomenti personali ma si limita a temi occasionali come per esempio fatti di cronaca, il racconto di un evento…
I disturbi della comunicazione si verificano anche quando uno dei partner si accorge che l'altro non risponde, non da un feedback adeguato alla sua comunicazione. Nei momenti in cui si comunica in modo personale e profondo è molto importante, infatti, ricevere un feedback adeguato. Se questo non accade la persona si ritrae e cessa di comunicare con autenticità ritirandosi dietro la maschera di un ruolo prestabilito.
La complessità e la difficoltà di comprendere appieno il processo della comunicazione interpersonale dipende anche, in gran parte, dal fatto che i diversi fattori che influenzano il processo

sono del tutto inconsapevoli e sfuggono al controllo degli individui coinvolti, è importante, comunque, essere a conoscenza della loro presenza e della loro importanza per affrontare la problematica con la dovuta consapevolezza e serietà poiché, spesso, da una comunicazione inefficace dipende la riuscita o meno di una relazione interpersonale. L'effetto di un simile insuccesso può influire in modo consistente e determinante su individui in via di formazione che si trovano quotidianamente coinvolti in relazioni interpersonali.
L'apertura, il condividere con altri informazioni su se stessi, sembra provocare nell'interlocutore uno stato di benessere, in questo caso alla relazione si associano risposte positive.
Altri fattori importanti sono la *conferma* e il *riconoscimento*. Hanno una notevole importanza perché riconoscono all'altro lo status di essere umano meritevole di cure ed attenzioni. Si può sostenere che la mancanza di stimoli emotivi e sensoriali mette in moto una catena biologica che attraverso uno stadio di apatia, giunge fino a stati degenerativi e in casi estremi alla morte. In questo senso si può dire che " *la fame di stimoli*" ha la stessa importanza della "*fame di cibo*".
Gli esseri umani hanno la necessità di appagare questa esigenza fin dalla nascita; soddisfarla o meno, formerà per sempre la base della fiduccia in se stesso, di conseguenza si ripercuoterà nei rapporti con gli altri e nella professione svolta dal soggetto.
Il problema della comunicazione è complesso e caratterizzato da molteplici aspetti, già citati sopra, che si intrecciano diversamente dando origine a relazioni umane/professionali significative tanto profonde quanto problematiche.
Nei contesti legati alla salute spesso la problematica non è considerata, ne dagli operatori, tanto meno dalle figure dirigenziali. Le condizioni di lavoro ed il clima in cui spesso sono costretti a lavorare medici e infermieri, influiscono negativamente sui meccanismi relazionali, generando conflitti e conseguenti demotivazioni professionali sugli operatori.
Nell'educazione interculturale non si può trascurare il concetto di amicizia da un punto di vista pedagogico, poiché la relazione amicale costituisce l'archetipo di una relazione in cui l'apertura all'alterità si realizza automaticamente. Ed in questa apertura reciproca alle rispettive differenze che si costruisce un clima di scambi cognitivi e affettivi in cui ciascuno trova spazio vitale per il suo poter essere.
Ma non possiamo parlare dell'amicizia senza attingere dal pensiero di Aristotele che a questa virtù, dedica parti rilevanti dai suoi scritti. Questo valore è caratterizzata dal sentimento della benevolenza, ossia quell'impulso per il quale l'amico desidera il bene dell'altro non in funzione dell'utile o del piacevole, o di qualsiasi altro fine estrinseco, ma per se stesso, perché coloro che vogliono il bene degli amici più che per loro stessi, sono le più grandi risorse. Che la benevolenza sia la componente essenziale dell'amicizia è stata sostenuta anche da Cicerone il quale ritiene che essere amici significa essere più disposti a dare che a chiedere. La relazione amicale è il paradigma per la costruzione di una cultura dell'attenzione all'altro proprio perché implica una comunicazione autentica, quella in cui gli ingredienti essenziali sono l'ascolto e la franchezza.
In una società dove fra le virtù cardinali occupano un posto fondamentale il successo e l'efficienza si deve trovare spazio per promuovere la consapevolezza del valore dell'amicizia, irrinunciabile nella vita di ciascuno.
Quando un soggetto scopre, costruisce e rafforza la sua identità attraverso la cultura che gli è servita per la sua formazione, sarà in grado di crescere secondo un suo progetto, aperto alla comprensione dell'altro e in grado di mettersi in dialogo con loro e di operare per migliorare l'integrazione.

Il professor Luigi Secco, rafforza la pedagogia interculturale come pedagogia del essere. Sostiene ed individua le risorse della pedagogia interculturale che sono:
-la tendenza alla benevolenza: intesa come la volontà del bene,
-la dedizione intesa come superamento dell'egocentrismo e il passaggio della volontà di se alla volontà di ogni sé,
- l'esigenza e la possibilità di relazione con l'altro, nessuno e autosufficiente e basta a se stesso,
- lo sguardo d'amore, come promozione di ogni soggetto: l'io che ama vuole innanzitutto l'esistenza del tu.
Nei suoi scritti Luigi Secco, consolida l'importanza di concepire l'educazione interculturale come umanistica, riferita all'uomo in quanto tale. L'individuo alla sua nascita ha in se la dignità di uomo. Tale dignità va rispettata a prescindere dalla lingua, cultura, religione o etnia.
La dignità personale, la sua inviolabilità, il rispetto che ci è reciprocamente dovuto è la sola scelta che pur con tutte le sue ardue e complesse ripercussioni sui piani culturali, economici, politici e religiosi, tende a costruire il mondo come luogo di pace e fare della vita un'esperienza degna di essere vissuta.
L' impegno prioritario della nostra società postmoderna, diviene quello di tracciare un cammino verso la possibile integrazioni che tenga conto delle reali esigenze dei diversi gruppi culturali, religiosi ed etnici.
Perché si possano realizzare tali dinamiche e muovere verso nuovi equilibri è necessario assicurare la possibilità di riconoscimento e di condivisione di un nucleo minimo di principi che costituiscano la base di una comune convivenza individuabile e presente nella dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, nel principio giuridi-

co dell'uguaglianza di tutti di fronte alla legge.
L'educazione alla politica si viene così a coniugare con l'educazione interculturale. Entrambe hanno una comune ragione pedagogica e muovono verso un'unica fondamentale direzione, cercando di favorire non tanto un'educazione alla tolleranza quanto alla rispetto, dove l'accettazione dell'altro è su piano di sostanziale pariteticità.
All'interno di una società multiculturale sono due gli atteggiamenti da tener presente nei confronti della diversità culturale: la tolleranza e il rispetto.
Il primo comprende tutti i comportamenti che appaiono moralmente accettabili, inclusi quelli che non sono condivisi. Il secondo invece si riferisce ai comportamenti moralmente inaccettabili. Quindi solo il rispetto reciproco delle differenze, e non la tolleranza, può essere alla base delle società multiculturali.
Una società multiculturale può fermarsi al riconoscimento di culture diverse, mentre una società interculturale deve anche assicurare il loro rispetto. Interculturale è dunque una precisa condizione della società multiculturale.
Le società con i loro individui sono multiculturali, se mantengono uno stato di indifferenza o di tolleranza verso le varie culture, mentre diventano interculturali se stabiliscono rapporti interattivi tra le diverse realtà presenti.
*Il professor Agostino Portera* sottolinea: "*laddove la multi e la pluricultura richiamano a fenomeni di tipo descrittivo, riferendosi alla convivenza, più o meno pacifica, gli uni accanto agli altri, tipo condominio di persone proveniente da culture diverse,l 'aggiunta del prefisso interno presuppone la relazione, l'interazione, lo scambio di due o più elementi. Sono le società ad essere definite come multiculturali, nel senso che si rileva la presenza di soggetti portatori di usi, costumi ,religioni, modalità di pensiero differenti, mentre la strategia d'intervento educativo è di tipo interculturale, nel senso di mettere in contatto, in interazione le differenze. La pedagogia interculturale, in tal modo, rifiuta espressamente la staticità e la gerarchizzazione, e può essere intesa nel senso di possibilità di dialogo, di confronto paritetico, senza la costrizione per i soggetti coinvolti di dover rinunciare a priori a parti significative della propria identità*".
Un rapporto interculturale comporta una relazione interna e uno scambio tra culture diverse. In particolare, in questo tipo di rapporti, l'attenzione deve essere posta sull'io, più che sull'altro, cioè sulla propria percezione dell'alterità.
Nella comunicazione interculturale l'altro non viene solo osservato e descritto, ma entra a far parte di un rapporto dinamico di comunicazione, che implica l'accettazione dell'altro nella sua differenza. Ciò è tutt'altro che un processo spontaneo, ma anzi un percorso difficile che passa attraverso la presa di coscienza dell'etnocentrismo intrinseco nella nostra prospettiva. E' possibile definire la comunicazione interculturale come quella comunicazione che avviene quando un messaggio prodotto da un membro di una certa cultura deve essere ricevuto, interpretato e compresso da un altro individuo appartenente a una cultura diversa.
La cultura è fortemente responsabile della costruzione delle nostre realtà individuali e delle nostre competenze e sopratutto dei comportamenti comunicativi. Quando competenze e comportamenti tra due interlocutori non condividono una base comune, una stessa cultura di provenienza, l'efficacia della comunicazione viene ridotta o, comunque diviene più difficile comunicare.
Scopo della comunicazione interculturale è proprio quello di analizzare tali difficoltà e di aumentare e facilitare l'efficacia della comunicazione tra le culture.
La conoscenza delle tradizioni culturali che non ci sono familiari, è un modo per prendere le distanze da noi stessi e insieme per costruire un ponte verso l'altro, significa non bloccare l'altro negli stereotipi che abbiamo costruito, ne nelle derive che la sua tradizione può subire sotto le spinte della complessità.
E' importante, valorizzare la memoria, esercitare il perdono, come modalità di rilettura del passato per sfuggire al suo determinismo e ritrovare incessantemente i presupposti della relazione, valorizzandoli su quelli del conflitto in nome del destino comune che ci unisce.
In questa prospettiva la comunicazione interculturale, intesa come dialogo culturale complesso è molto più di una tecnica per affrontare situazioni conflittuali e incomprensioni contingenti, ma diventa un obiettivo e insieme una cornice per leggere la contemporaneità e orientarsi al suo interno.

# Angeli del fango

*di* ***Sonia Ricciu***

Nella vita faccio l'infermiera, ho 38 anni, e da ben 23 anni svolgo attività di volontariato in protezione civile.
Questa volta mi sono trovata ad operare nell'alluvione che ha colpito la Nostra Regione.
Un grazie particolare lo devo ai miei colleghi e alla mia coordinatrice che rimangono a lavoro coprendo anche i miei turni perché usufruisco dei benefici di legge: orgogliosi, ti sono vicini e ti fanno sorridere anche se sei stanco levandoti quei sensi di colpa.
Quale è il senso di tutto ciò?
Il senso è che non siamo "angeli del fango" come tanti giornali ci hanno definito, siamo volontari, siamo persone che hanno questa passione; a volte i miei colleghi mi chiedono: "perché lo fai?" , non so ben rispondere, lo faccio proprio per grande passione e soprattutto perché mi gratifica molto.
Siamo persone che si addestrano tutto l'anno per essere pronti in qualunque momento a dare il meglio, ad esser pronti a rispondere all' emergenza per cui veniamo chiamati. Non ci si può permettere di sbagliare, bisogna avere la capacità di trovare la soluzione migliore nel più breve tempo possibile, bisogna essere in grado di ascoltare, bisogna aver la capacità di adattarsi, ma soprattutto bisogna far gruppo, squadra ed è quello che io ho trovato.
Ho lavorato con persone, volontari e non, di regioni diverse, dalla valle d'Aosta a alla Sicilia e questo lo trovo meraviglioso. Tante divise di tanti colori diversi, tanti dialetti a me sconosciuti, ma si lavora in sinergia come se ci si conoscesse da sempre; in quella situazione si parlava tutti la stessa lingua.
Dopo tante esperienze credo che non si ci può improvvisare, devi essere cosciente di trovarti a lavorare, soprattutto nei primi attimi dopo l' evento, in condizioni davvero eccezionali.
Non e' facile, ogni emergenza ha le sue problematiche. L'alluvione?
Novembre 2011, sono stata allertata e subito pronta a partire, direzione La Spezia.
È triste già l'autostrada, sono le prime ore del mattino, ci sono lunghe colonne di mezzi si soccorso, l'Italia, la solidarietà che si muove.
A Sestri Levante veniamo scortati dalla polizia, poiché l'autostrada è aperta solo ai mezzi di soccorso.

Tutto cambia appena passiamo la galleria dell' autostrada di Carrodano.
La prima frana, se cosi si può definire in confronto a quello che troveremo da li a poco! Una galleria buia, buia completamente, fango, foglie, castagne sulla carreggiata.
Usciamo a Bugnato e vedo i primi germani che scorazzano in un fiume ormai tranquillo di fango e detriti: ed è subito disastro, un fiume di detriti, di acqua per la strada, automobili sottosopra, montagne di fango, alberi…alberi? Mi chiedo ma cosa ci fanno tutti quegli alberi li, grossi alberi… la montagna non è li in mezzo a tutte quelle casa.
Ci registriamo al Com, il centro di coordinamento di Brugnato istituito presso la caserma dei Vigili del Fuoco. Un pò di confusione, forse disorganizzazione, ma perché arrabbiarsi, è normale in una situazione del genere, non c' è il tempo di arrabbiarsi, o forse ci sono cose ben peggiori per farlo.
Veniamo dirottati a Borghetto Vara distante da li pochi chilometri, stesso scenario, inquietante, Borghetto sembra sventrato dalla furia dell'acqua.
Non c' è bisogno che qualcuno ti dica cosa fare, basta che ti guardi attorno, tanti abitanti che ti vengono a chiedere aiuto, aiuto per svuotare appartamenti, negozi, giardini dal fango.
Cerchiamo di dare delle priorità, ma quali? è difficile.
Ci dividiamo, alcuni vanno a creare dei passaggi per delle persone ultraottantenni bloccate al 2°

piano della loro abitazione per permettere alle ambulanze di poterle evacuare. Altri vanno a ripulire negozi,  che ormai non sono che grandi locali vuoti, altri vanno in un abitazione, dentro cataste di mobili pareti annerite dalla terra fino al soffitto, questo è quello che rimane della cucina, del bagno, della sala. Qui Michele a perso sua moglie, sua suocera e suo suocero che era stato disperso per alcuni giorni e poi ritrovato lungo il fiume. Lui si è riuscito a salvare perche ha nuotato nel fango e si è rifugiato nel secondo piano della sua abitazione. Poche parole, nessuno parla, in questo siamo Liguri, ogni tanto qualche battuta tra di noi per sdramatizzare, per cercare di superare lo stato emotivo, psicologico in cui ti trovi a prestare il tuo contributo.
Non c' è linea telefonica, non ci sono ancora i bagni, non ci sono ancora le mense, si ci divide con chi ne ha bisogno quello che si ha: acqua, pane e prosciutto questo è quello che ci siamo portati in abbondanza. La popolazione con le case non coinvolte ci offre piatti di pasta, consumati li in piedi appoggiati al nostro mezzo per non perdere troppo tempo.
Per la via di Borghetto un rumore frastornante, ruspe, motoseghe, mezzi di soccorso che vanno e vengono, elicotteri carichi di aiuti.
L'odore del fango, del taglio della legna, della fermentazione della natura, un odore strano, particolare.

Alla fine della sera siamo stanchi ma quello che ci gratifica è vedere quei pavimenti tornare a "splendere", ed è li che anche i titolari ci scambiano qualche sorriso.
Non mi stancherò di ripeterlo, potrei scrivere anche righe su righe ma per  quello che si vive in certi momenti non si hanno parole per essere sufficientemente esaustivi …
E cosi con il fango alle ginocchia ci prepariamo ad affrontare un altro giorno……
Vorrei approffitare di questa opportunità per ricordare l'amica e collega Angela che ci ha lasciato, e non mi sento di aggiungere altro.
Vorrei ricordare inoltre tutti i volontari della Croce Verde Chiavarese che con me hanno partecipato a questa emergenza.

# Report del Congresso Provinciale del Progetto Rete sul Benessere Organizzativo

*di* ***Antonio Fiorenza***

Il Benessere Organizzativo oltre ad essere la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il benessere fisico, psichico e sociale dei lavoratori è anche fattore fondamentale ed indispensabile in una visione generale di Salute Organizzativa vista come cultura, pratiche e processi organizzativi che regolano la convivenza nei contesti di lavoro.
In un'ottica di miglioramento delle singole realtà lavorative non si può non tener conto di questi fattori come fondamenti intrinseci di ogni professione e si ha il dovere di intervenire laddove questi siano carenti.
Per tali ragioni, si è tenuto lo scorso 11 novembre presso lo Starhotels President di Genova il Congresso Provinciale del Progetto Rete del Collegio IPASVI di Genova dal titolo "INFERMIERE E BENESSERE LAVORATIVO: focus sull'attuale stato di salute dei professionisti genovesi", Congresso dai contenuti innovativi in quanto, si è affrontato il delicato argomento dell'importanza del benessere di coloro che, quotidianamente, si occupano della salute dei propri assistiti.
Al fine di rilevare il livello di soddisfazione degli Iscritti al Collegio di Genova e lo stato di salute degli Infermieri in un periodo particolarmente difficile del nostro panorama politico-sanitario, nei mesi antecedenti il congresso è stato realizzato un questionario atto a raccogliere le opinioni dei professionisti genovesi.
Il congresso, organizzato totalmente dal Progetto Rete, ha visto come protagonisti, oltre ad alcuni membri dello stesso gruppo di lavoro, alcuni esperti nel settore di fama nazionale (Prof. S. Grandi Università di Bologna ed Prof. F. Pugliese Università di Piacenza) che in maniera sinergica hanno offerto un contributo fondamentale alla realizzazione dell'evento.
Tra gli argomenti trattati la motivazione e la soddisfazione lavorativa, le dinamiche di gruppo, la patient safety, i sistemi di valutazione del personale, il riconoscimento dei titoli, i modelli organizzativi, il senso di appartenenza ed altro ancora.
I questionari raccolti (*fig. 1*), seppur il 15% di tutti gli Iscritti al Collegio, hanno rappresentato un campione di assoluto rispetto: 1443 unità.

*fig. 1*

La parte anagrafica del questionario ha messo in evidenza la predominanza del sesso femminile operante nelle strutture della nostra provincia e, soprattutto, il grande senso di appartenenza mostrato dagli intervistati; infatti, oltre il 60% del campione esercita la professione all'interno della propria organizzazione da oltre 10 anni (*fig. 2*).

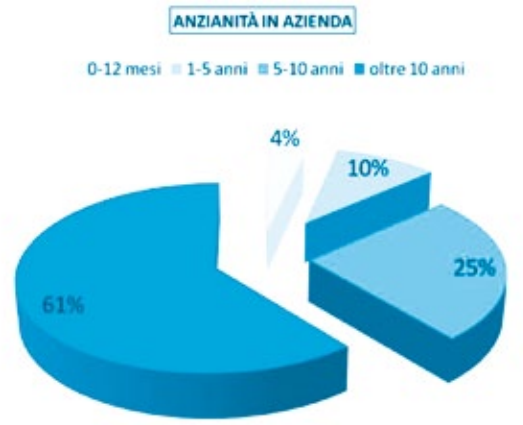



*fig. 2*

A confermare quanto appena dichiarato sono alcuni items che hanno mostrato risultati positivi nella determinazione del senso di appartenenza al lavoro e alle dinamiche di gruppo (*fig. 3*).

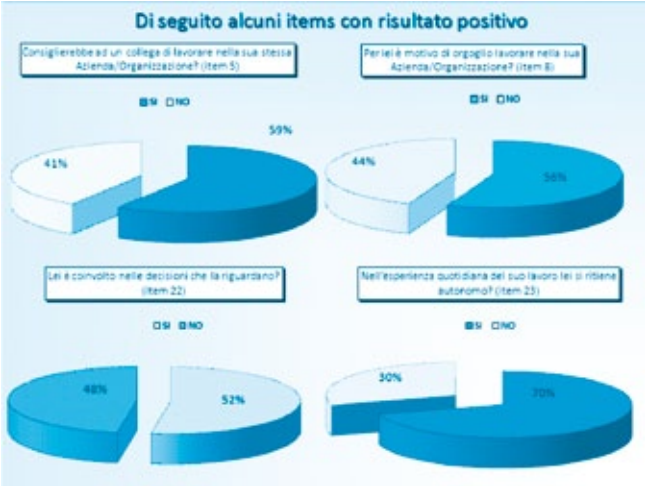



*fig. 3*

Senso di appartenenza e benessere organizzativo che è risultato venir meno nei riguardi delle aziende per ciò che rappresentano le aspettative dei lavoratori: l'infermiere, seppur riconoscendo la propria autonomia professionale, non percepisce l'apprezzamento da parte della azienda, reclama l'impiego di modelli organizzativi e ripone scarsa fiducia nei confronti della propria organizzazione (*fig. 4*).

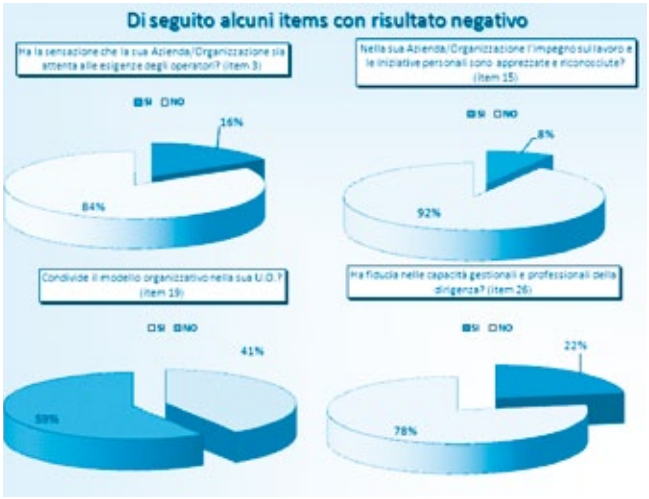



*fig. 4*

I processi organizzativi innovativi in sanità richiedono operatori consapevoli del proprio ruolo e funzione, in possesso delle capacità e competenze che, i bisogni dei cittadini da una parte e la tecnologia dall'altra, richiedono quali requisiti imprescindibili che devono essere de-codificati nella pratica assistenziale quotidiana. All'interno del questionario proposto anche una parte dedicata a quelle che, secondo gli infermieri, dovrebbero essere le priorità di intervento a scopo risolutivo. Tra le preferenze degli intervistati sono emersi al primo posto aspetti quali: la chiarezza degli obiettivi e dei ruoli, l'esigenza di modelli organizzativi, il riconoscimento di titoli e delle competenze ma soprattutto una proposta formativa più efficiente (*fig. 5*).

*Fig. 5*

Paradossale appare invece la richiesta da parte dell'intero campione nel riconoscimento

di titoli e competenze in quanto gli stessi (come mostrato nella *fig. 6*) non hanno espresso parere favorevole nei confronti dei sistemi di valutazione: come far apprezzare titoli, competenze, conoscenze ed abilità se ci si mostra restii nel farsi valutare?

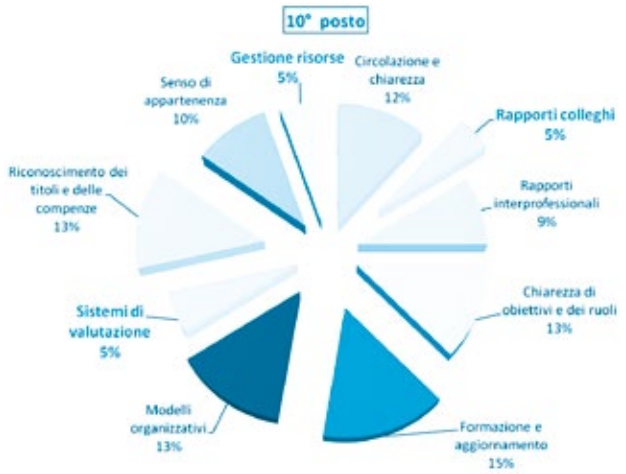


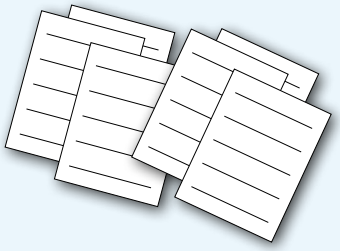

*fig. 6*

Le criticità espresse dall'intero campione, legate al benessere organizzativo, sono rappresentate, oltre che dagli aspetti lavorativi, dalla mancanza di un modello organizzativo, dall'insoddisfatto bisogno formativo e dallo scarso riconoscimento di titoli e competenze.

Il benessere della persona sul luogo di lavoro, sancito anche da normative nazionali ed internazionali, rappresenta un elemento essenziale del valore di un'azienda e del personale che vi opera.

La giornata si è conclusa con una tavola rotonda alla quale hanno preso parte: il Presidente del Collegio IPASVI di Genova Carmelo Gagliano, la Prof. Andreina Bruno psicologa, gli Avvocati Ferreri e Adezati, la Dott.sa Vittoria De Astis della Regione Liguria ed il Consigliere Regionale Dott. Matteo Rosso.

# Brevissime....



## DIRITTO SANITARIO
## Emarginazione e denigrazione risarcibili

**Il fatto**

Il Tribunale di Pisa ha condannato una Azienda ospedaliera al risarcimento del danno in favore di alcuni dirigenti medici per averli privati di contenuti essenziali delle loro mansioni. L'Ente ha presentato ricorso in appello.

**Il diritto**

Il Giudice di primo grado aveva dettagliatamente illustrato, con indicazione delle fonti legali e collettive, le procedure che devono essere attivate nel caso di esubero di personale medico non utilizzabile nella struttura ospedaliera. Certamente all'Azienda è consentita la selezione del personale ove però siano osservate le modalità stabilite dai contratti e dalla legge. Ciò che sicuramente non le è consentito è di violare l'articolo 2087 C.C. e di esporre i propri dipendenti a una situazione di emarginazione, di denigrazione personale e professionale, di persistente incertezza, di evidente disorganizzazione generale. In questa prospettiva, la Corte d'Appello ha ritenuto che il sicuro e consistente danno sofferto dai medici ricorrenti si profili sopratutto come lesione della professionalità nei suoi aspetti non patrimoniali: quelli cioè connessi alla dignità nel luogo di lavoro e alle implicazioni relazionali, ivi compresa la mortificazione inflitta al singolo nell'esplicazione delle potenzialità individuali nell'espletamento delle proprie e qualificate mansioni. [Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net]

# Bisogni assistenziali nello scompenso cardiaco

**Dott.ssa Marina Pianese** *infermiera presso U.O. Cardiologia Riabilitativa, ASL 3 "Genovese", Ospedale La Colletta, Arenzano*

**Background.** Lo scompenso cardiaco (SC) è una sindrome clinica la cui incidenza e prevalenza aumenta in maniera esponenziale con l'età. Nel nostro Paese è la prima causa medica di ricovero ospedaliero, con un elevatissimo numero di ospedalizzazioni ripetute e una qualità di vita dei pazienti scadente

**Obiettivo.** Valutazione di uno strumento utile per rilevare i bisogni di tipo assistenziale e sociale in ambito domiciliare del paziente con scompenso cardiaco in stadio avanzato.

**Metodo.** Studio longitudinale prospettico in 50 pazienti di età > a 75 anni, con SC avanzato (stadio C e D AHA/ACC + almeno due ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi per SC) in fase domiciliare. I pazienti sono stati sottoposti ad un'intervista semi-strutturata, completata da somministrazione assistita dell'indice di Barthel, per le autonomie, del SPMSQ, per le funzioni cognitive e della scala di Moriski per valutare l'aderenza ai farmaci.

**Risultati.** Le principali aree di bisogno emerse sono quelle relative all'informazione sulla malattia e sullo stile di vita necessario al suo controllo (rispettivamente 66% e nel 72% dei pazienti), alla conoscenza dei sintomi di allarme (in particolare sulla necessità del controllo del peso, 60%) e dei servizi socio-sanitari disponibili sul territorio per il supporto (80%), a alla necessità di identificare in modo chiaro il proprio care-manager (70%)

**Conclusioni e proposte.**
Lo strumento sembra essere utile per identificare i bisogni del paziente con SC. Alla luce dei risultati, appare necessario modificare il percorso di cura. Per traguardare il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti è opportuno fornire un'adeguata informazione e supporto con indicazioni essenziali sulla malattia e sui riferimenti socio sanitari disponibili sul territorio, formare/utilizzare infermieri del territorio esperti in cronicità per fornire al paziente e al caregiver informazioni, supporto, monitoraggio per una gestione adeguata dei bisogni e dell'aderenza terapeutica, sino alla provata autonomia gestionale.

## INTRODUZIONE

Lo scompenso cardiaco (SC) è nel nostro Paese la prima causa medica di ricovero ospedaliero e rappresenta la patologia con i più alti costi per l'assistenza sanitaria [1]. Mentre la sua incidenza appare stabile per il bilanciamento tra fattori di incremento (aumento della popolazione anziana e maggiore sopravvivenza dopo sindromi coronariche acute) e fattori di decremento (maggiore implementazione delle misure di prevenzione cardio-vascolare), la prevalenza, per l'invecchiamento complessivo della popolazione e per il migliorato livello di cure nella fase cronica, aumenta [2]. Nel-

la nostra realtà regionale, in particolare, la prevalenza è più elevata che nel resto del Paese: l'Agenzia Regionale Sanitaria Ligure, attraverso il Progetto Nocchiero (strumento epidemiologico basato sul datawerehouse regionale e costruito a partire dalle SDO, dalle esenzioni per patologia e da una attenta associazione tra esami diagnostici e trattamenti terapeutici) ha identificato nel 2009 24.633 pazienti affetti da SC, di cui 21.097 in stadio C e 3.536 in stadio D (definiti come pazienti con più di 1 ricovero in 12 mesi consecutivi) con una prevalenza complessiva del 1.52 per mille abitanti, significativamente maggiore rispetto a quella italiana [3] (verosimilmente per la maggiore presenza di popolazione anziana) e con un tasso di letalità del 21,7%. La prevalenza, analogamente a quanto già osservato da altri studi, è maggiore nel sesso maschile e cresce in maniera esponenziale, insieme alla letalità e al maggior numero di ricoveri, con l'età, concentrandosi nella fascia fra 75 e 85 anni. In questi cittadini, che spesso vivono soli o in aree con un alto indice di deprivazione, la gestione della malattia già di per sé complessa, diviene ancor più problematica.

La continuità assistenziale è individuata come uno degli elementi fondamentali per una corretta gestione dello SC che, per la sua caratteristica di malattia cronica con riacutizzazioni più o meno frequenti, richiede assistenza continua con livelli di complessità differenziati e non uniformemente progressivi in tutto l'arco della sua evoluzione, dai primi sintomi alle fasi terminali. Ad oggi vengono proposti diversi percorsi strutturati volti non solo a migliorare la prognosi, ma soprattutto lo stato di salute riducendo le ospedalizzazioni ed incrementando la qualità di vita [3,4]: già nel 2006 la Consensus Italiana [3] delineava i modelli di cura ed l'ottimizzazione degli stessi, sottolineando la necessità di interventi multidisciplinari, in rete, con ambulatori dedicati, con integrazione territoriale e con il coinvolgimento/partecipazione del paziente, auspicando che nel breve termine ogni Regione possa strutturare una risposta assistenziale che preveda l'integrazione tra ospedale e territorio. Nella realtà quotidiana però, questo auspicio è largamente disatteso, in genere per la scarsità di risorse sanitarie a disposizione e per la loro frammentazione che ne impediscono un impiego ottimale tanto più se proiettato nel tempo. I programmi di continuità assistenziale presuppongono, per essere efficaci, una forte personalizzazione, basata sullo stato clinico-funzionale, socio-sanitario e sui bisogni specifici del paziente. Proprio quest'ultimo punto è strategico in quanto consente di conoscere quali risposte il sistema debba mettere in atto per rispondere efficacemente con un corretto e rigoroso percorso assistenziale. In letteratura sono presenti molti lavori che propongono risposte ai bisogni del paziente e dei suoi caregiver coinvolgendo, in veste di care-manager sia medici di famiglia (MMG) che figure infermieristiche: dagli interventi di educazione sanitaria ai richiami telefonici periodici, alla programmazione integrata di controlli a cura dei MMG che degli specialisti [5,6]. Questi interventi portano al mantenimento di una soddisfacente stabilità clinica ed alla significativa riduzione degli eventi e dei ricoveri ospedalieri correlati alla patologia. Molto più rari sono invece i lavori che cercano di identificare i bisogni effettivi dei pazienti e dei loro familiari, per di più rilevati su realtà socio-culturali molto diverse da quella italiana (e pertanto, non esportabili tout court) e focalizzati sui bisogni di salute del paziente espressi come utilizzo di risorse sanitarie. I bisogni dei pazienti con SC però non riguardano solo gli aspetti strettamente sanitari, ma una sfera molto più ampia che coinvolge i familiari, il contesto sociale con le sue componenti culturali, reddituali, relazionali e le aspettative proprie del paziente, spesso fragile e con insufficiente supporto sociale e affetto per oltre il 50% da importanti comorbilità.

Obbiettivo di questo lavoro è indagare in modo più approfondito questi bisogni e di proporre uno strumento semplice ed utilizzabile dall'infermiere per rilevarli nei pazienti scompensati in stadio avanzato in fase domiciliare.

## POPOLAZIONE E METODO

Lo studio ha riguardato pazienti di età superiore a 75 anni con SC avanzato (ACHF) definito [7.8] come una severa disfunzione contrattile (frazione di eiezione ventricolare sinistra uguale o <30%) associata a limitazione funzionale moderata-severa (classi

NYHA avanzate) in stadio C-D, con almeno 2 ospedalizzazioni nei mesi compresi tra dicembre 2010 e gennaio 2011, una o più comorbilità (BPCO, insufficienza renale, malattie neurologiche, diabete) segnalata nella SDO e presenza di diagnosi secondaria di cardiopatia ischemica. L'analisi è stata successivamente ristretta a pazienti residenti in tre distretti socio-sanitari dell'area metropolitana molto omogenei dal punto di vista sociale, abitativo e come indice di deprivazione (Distretti 8-9-10 della ASL3 Genovese). Da questo database, sono stati poi selezionati in modo casuale i 50 soggetti oggetto dello studio.
Come strumento di rilevazione si è scelto di utilizzare un'intervista semi strutturata che garantisse un coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore, una generica standardizzazione delle domande e delle risposte, e che permettesse oltre che alla raccolta di dati personali e relativi alla situazione familiare, socio-abitativa, culturale e clinica, quelli relativi ai bisogni cognitivi-comportamentali, fisico funzionali, sociali e organizzativi correlati alla malattia e all'assistenza. Per completare l'analisi sono state somministrate, contestualmente all'intervista, le seguenti scale di valutazione [9]: l'indice di Barthel [10] per la valutazione delle autonomie, l'SPSMQ [11] per la valutazione dello stato cognitivo (necessario anche per valutare la possibilità di partecipare all'indagine) e il Morisky simplifed sel-report measure of adherence [12] per la valutazione, gestione e rapporto con i farmaci.
La costruzione dello strumento di analisi è avvenuta in diverse fasi: costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc (infermiere, fisioterapista, cardiologo, psicologo) che attraverso focus group, ha provveduto ad analizzare la letteratura, a definire le aree di rilievo per la definizioni dei bisogni, a stendere un set preliminare di item, a tarare lo strumento, definendo modi e metodi per l'effettuazione della raccolta dati e a selezionare le scale di valutazione da associare all'intervista. Nella fase di sviluppo dell'intervista è stata valutata la sua *validità di facciata*, validità di tipo intuitiva in cui il personale che ha partecipato al focus group ha letto lo strumento e valutato il contenuto per stabilire se esso riflettesse il concetto che si intendeva misurare in modo semplice e chiaro. Nel costruire l'intervista si è cercato di realizzare uno strumento semplice ma che tenesse conto di alcune variabili come, ad esempio, l'età del paziente, il suo livello di istruzione, la cultura, i valori e lo specifico ambiente in cui si svolge la relazione, riservandosi la possibilità di fare domande aperte per agevolare l'esposizione e migliorare la comprensione, facendo attenzione a facilitare l'interlocutore e farlo sentire il più possibile a proprio agio. Punto di forza di questo tipo di intervista sono sua la flessibilità (l' intervistatore può sollecitare risposte specifiche e ripetere la domanda in forma diversa quando la risposta indica che l'intervistato l'ha fraintesa), l'aumentato tasso di risposta, la possibilità di controllare l'ambiente riducendo i fattori di condizionamento dell'intervista, la possibilità di raccogliere e valutare anche altri fattori (come il tono della voce del paziente o il suo atteggiamento). Infine, la scelta di utilizzare come strumento principale l'intervista è stata anche condizionata dall'età avanzata dei pazienti, con forti difficoltà a rispondere ad un questionario, per cui si è ritenuto più significativo raccogliere i dati in maniera diretta, con un contatto personale e singolo per ciascun paziente.

**RISULTATI**
Le caratteristiche dei pazienti arruolati sono illustrate dalla Tab. I.
L'età media del campione è risultata di 77.68 anni e l'88% dei pazienti ha risposto autonomamente mentre, nel restante 12%, hanno collaborato anche un familiare o un badante.
Alla domanda su chi fosse la figura/struttura sanitaria di riferimento, il 54% ha indicato l'ambulatorio ospedaliero dedicato allo scompenso, il 30% il proprio MMG (il restante 70% riferisce che lo contatta esclusivamente per la prescrizione dei farmaci), l'8% nessun riferimento (in caso di necessità si riferiscono al Pronto Soccorso), il 6% fa riferimento ad un ambulatorio territoriale e l'2% ad uno specialista privato.
Trenta pazienti riferiscono che il sintomo prevalente è la dispnea, associata molto spesso al senso di fatica. Sette pazienti riferiscono palpitazioni e tre turbe della coscienza (quest'ultimo sintomo è presente solo nei portatori di defibrillatori impiantabili)

I risultati delle domande relative al bisogno di informazione del paziente sono illustrate dalla Tabella II.
Il bisogno di essere informato sulla natura, le cause e la gravità della malattia è molto sentito (66% dei pazienti), il 72% riferisce come non soddisfatto il bisogno di avere informazioni sul comportamento/stile di vita da osservare e l'80% dei pazienti non conosce l'esistenza dei servizi sanitari e sociali presenti nel distretto di appartenenza.
Considerato che lo SC è un quadro clinico evolutivo, emerge un forte bisogno di avere conoscenza dei sintomi di aggravamento o di allarme e sui dati da monitorare per la propria stabilità clinica: il 60% non ha nozione della fondamentale importanza di controllare costantemente il peso e il 70% non conosce l'importanza dell'introduzione dei liquidi.
La percentuale meno rilevante di bisogno informativo sui benefici dell'attività fisica regolare (42%) non stupisce, confermando la radicata convinzione del riposo come misura terapeutica nello SC.
Per quanto riguarda l'offerta socio-sanitaria (vedi Tabella III), ben il 90% dei pazienti e/o caregiver esprime un forte bisogno di servizi di assistenza sanitaria domiciliare e non ne ha conoscenza. Ancora maggiore è il bisogno di servizi di assistenza sociale ma la grande maggioranza dei pazienti (96%) non è a conoscenza della sua disponibilità.
Emerge anche un forte bisogno di semplificazione dello snervante iter burocratico (spesso non a buon fine) nel sistema pubblico necessario per ottenere l'assistenza infermieristica, medica, o di supporto domiciliare: tale bisogno è espresso indirettamente dal forte ricorso, nonostante i pazienti risiedano in un'area economicamente depressa della città, alla spesa privata (out of pocket) in particolare per ottenere un'assistenza medica privata e/o procurarsi un badante.
Per caratterizzare la situazione socio-economica dei pazienti intervistati, si è rilevato che l'invalidità civile era riconosciuta solo nel 54% di essi. Tra questi ultimi, in oltre due terzi (Figura 1) era riconosciuta nella misura del 100%.
Per quanto riguarda le scale di valutazione, i punteggi dell'indice di Barthel sono presentati in figura 2: da essa si rileva che quasi il 50% ha una dipendenza da moderata a completa. All'SPSMQ (Figura 3) la grande maggioranza dei pazienti dimostra un deterioramento cognitivo assente o lieve. Sulla gestione dei farmaci, sedici pazienti su 50 sono totalmente dipendenti dal caregiver per loro assunzione. Dei restanti trentaquattro, alla scala di valutazione Morisky (Figura 4), solo quattordici sono aderenti in modo soddisfacente e ben venti non lo sono per svariati motivi: non aderenza volontaria, dimenticanza, omissione. Questo riflette un forte bisogno di una adeguata informazione/supporto sull'importanza della terapia farmacologica e far acquisire una maggiore consapevolezza della sua rilevanza.

**DISCUSSIONE**

I risultati di questa esperienza fanno emergere numerosi bisogni non soddisfatti nei pazienti con SC avanzato al loro domicilio, quali quello di :

- conoscere la natura e l'evoluzione della propria malattia;
- essere informati sui sintomi di aggravamento e sui problemi che potrebbero eventualmente presentarsi nel corso della vita futura;
- avere informazioni sui servizi sanitari e sociali disponibili sul territorio e su come potervi accedere per migliorare la gestione pratica della malattia;
- essere consapevole dei comportamenti quotidiani e sullo stile di vita da mantenere;
- avere una persona di riferimento per la gestione complessiva della patologia e poter anche contare su un ambulatorio dedicato, potendone anche contattare il personale in caso di necessità.

Risulta quindi in generale che questi pazienti ricevono poche informazioni, non hanno consapevolezza della propria malattia né delle difficoltà che incontreranno durante l'evolversi della patologia, sono disorientati sul percorso che debbono intraprendere e si affidano a figure professionali "occasionali", con una scarsa informazione sulle opportunità offerte dal servizio territoriale. Tutto questo quando le evidenze scientifiche indicano in modo chiaro i percorsi per far sì che i bisogni espressi dai pazienti possano essere almeno parzialmente soddisfatti: ad esempio, pur esistendo sia gli strumenti che la normativa, gli accessi alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali rimangono complessi e disagevoli, il domicilio continua a non essere individuato come il luogo privilegiato da cui ricevere la maggior assistenza, e, infine, non esiste, almeno nella nostra realtà, una continuità assistenziale con percorsi protetti tra ospedale e domicilio.
Non va dimenticato che lo SC è causa non solo di mortalità, ma anche di disabilità e perdita/riduzione dell'autosufficienza e, per fornire la miglior cura del paziente, è necessario assicurare, oltre all'informazione, anche il supporto nell'autogestione e nell'assistenza per carichi emotivi e sociali che la malattia comporta e un approccio sistematico alla globalità dei bisogni [13].
I risultati di questa ricerca in buona parte non sorprendono tenendo presente che, sul solo versante della conoscenza e della consapevolezza dei cittadini sulla malattia SC, lo SHAPE (Study on Heart Failure Awareness and Perception in Europe) [14] rileva che soltanto il 3% è in grado, davanti alla descrizione dei sintomi tipici, di identificarla correttamente e che oltre il 65% ritiene che il tasso di sopravvivenza e la qualità della vita in questa patologia sia migliore di quello dei tumori. Pertanto, a maggior ragione, che è già affetto da SC dovrebbe essere messo nelle condizioni di conoscere adeguatamente la malattia che lo affligge, sapere come curarla, come affrontare le sue ricadute sulla vita quotidiana. La mancanza di conoscenza da parte dei pazienti è un grande ostacolo: senza questa consapevolezza essi continueranno a sottovalutare la propria condizione mentre i costi sociali ed economici tenderanno a crescere.
Sul versante della risposta ai bisogni, una grande opportunità è la professionalità dell'infermiere con la sua capacità di fungere da snodo nelle comunicazioni essenziali sia con il pazienti che con i colleghi, sia dell'ospedale che del territorio.
Per metterla in pratica è però necessario mettere in atto un cambiamento, partendo dalla formazione del personale infermieristico sulla comunicazione e l'educazione del paziente e creando strumenti ad hoc, condivisi in tutto il team assistenziale, come, ad esempio, un semplice opuscolo informativo di supporto al momento educativo, che contenga le informazioni essenziali sulla malattia e i riferimenti socio sanitari disponibili sul territorio.
Il passo successivo è migliorare l'integrazione/comunicazione tra l'infermiere ospedaliero e quello del territorio: se essa viene meno si possono verificare casi di frammentazione dell'assistenza, con perdita di dati importanti, spreco di mezzi e di risorse, e, quindi, con una scarsa efficacia degli interventi di assistenza, con il rischio di definire obiettivi non adatti al singolo paziente. Il momento critico di questa integrazione/comunicazione è il momento della dimissione, in cui è necessario iniziare il percorso della cronicità:

- ✓ informando i pazienti, rendendoli consapevoli della situazione di rischio in cui si trovano e incoraggiarli a intraprendere comportamenti più responsabili;
- ✓ aiutandoli a modificare alcune semplici abitudini di vita quali l'alimentazione, il peso, l'esercizio fisico, l' introduzione di liquidi e sale;
- ✓ coinvolgendoli nella gestione della propria condizione, parlando apertamente della malattia, dei sintomi, della diagnosi, della prognosi, della cura, in modo tale che essi siano più attivi nella valutazione della loro condizione;
- ✓ sensibilizzandoli all'uso corretto dei farmaci e del loro dosaggio.

Successivamente alla dimissione è necessario individuare sul territorio una rete di infermieri sul territorio esperti nella gestione della cronicità, in grado di fornire al paziente e al care-giver ulteriori informazioni e supporto per una gestione adeguata dei loro bisogni e di assicurare in modo attivo il

rispetto delle cadenze previste dal follow-up individuale, monitorando in modo costante l'aderenza terapeutica sino alla provata autonomia gestionale per ciascun paziente. Lo strumento che abbiamo utilizzato può essere utile e potrebbe essere proponibile al fine di conoscere l'efficacia degli interventi nei pazienti, somministrandolo durante una visita periodica dell'infermiere, monitorando i progressi individuali del paziente e utilizzandolo come base per discutere insieme le aree problematiche e definirne la soluzione
Non va però dimenticato che l'assistenza ai pazienti cronici è il settore del sistema sanitario nel quale più profondamente si compenetrano e diventano inscindibili il bisogno sanitario e quello sociale. E' importante che ci sia l'adeguatezza delle competenze degli operatori nell'assistenza del paziente cronico e della sua famiglia coinvolgendo anche gli assistenti sociali.
Supporre una nuova organizzazione non è ipotizzabile, bisogna invece sicuramente cercare di ottimizzare le risorse già a nostra disposizione, considerando l'assistenza infermieristica non come pura esecuzione prestazionale, ma come capacità di prendersi cura in modo olistico del paziente affetto da SC.

## BIBLIOGRAFIA


1. Gigli G, Lispi L, Donati C, Orlandi S et al. Trends in hospitalization for heart failure in Italy 2001-2003. J Cardiovasc Med. 2009;10(5):367-71.
2. De Giuli F, Khaw KT, Kowie MR et al. Incidence and outcome of persons with a clinical diagnosis of heart failure in a general practice population of 696,884 in the United Kingdom. Eur J Heart Failure 2005;7:295–302.
3. Consensus Conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. G Ital Cardiol 2006;7:381-432
4. Pulignano G, Scherillo M, Del Sindaco D et al. Qualità delle cure e modelli di assistenza per i pazienti anziani con scompenso cardiaco. Ital Heart J 2004;Suppl 10:74S-86S.
5. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol 2004;44:810-819.
6. Koelling TM, Jhonson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge education improves clinical outcomes in patients with heart failure. Circulation 2005;111:179-185
7. Metra M. Ponikowski P, Dickstein K et al. Advanced chronic heart failure: a position statement from the Study Group on Advanced Heart Failure of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Failure 2007;9:684-694.
8. Adams KF Jr, Zannad F. Clinical definition and epidemiology of advanced heart failure. Am Heart J 1998; 135 (6 Pt 2 Suppl): S204-S215.
9. Santullo A. Le scale di valutazione in sanità. Milano, McGraw-Hill Ed, 2009
10. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J.Clin.Epidemiol 1989; 8,703
11. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for assessment of organic brain elderly patients. J Am Geriatr Soc. 1975;23(10):433-41
12. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986 Jan;24(1):67-74.
13. Scardi S, Humar F, Di Lenarda A et al. Continuità asssistenziale ospedale-territorio per il paziente con scompenso cardiaco cronico: una rivoluzione e una sfida nella cura ambulatoriale. G. Ital Cardiol, 2007 ;8:83-91
14. Remme WJ, McMurray JJ, Rauch B et al. Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. Eur Heart J. 2005 Nov;26(22):2413-21


**Tabella I. Caratteristiche dei pazienti (n° 50)**

| | | N° | % |
|---|---|---|---|
| Sesso | maschi | 27 | 54 |
| | femmine | 23 | 46 |
| Stato civile | Coniugato/a | 22 | 44 |
| | Vedovo/a | 19 | 38 |
| | Celibe/nubile | 9 | 18 |
| Scolarità | Scuola elementare | 25 | 50 |
| | Scuola media inferiore | 13 | 26 |
| | Scuola superiore/laurea | 12 | 24 |
| Caregiver | familiare | 38 | 76 |
| | badante | 7 | 14 |
| | altro | 5 | 10 |
| Ricoveri nei 12mesi dopo il primo | N. 1 ricovero | 35 | 70 |
| | N. 2 ricoveri | 8 | 16 |
| | N. 3 ricoveri | 7 | 14 |
| Comorbilità | Insufficienza renale | 12 | 24 |
| | Diabete | 12 | 24 |
| | BPCO,tumori, TIA/stroke/altro | 26 | 52 |
| Sintomi | Dispnea | 30 | 60 |
| | Senso di fatica | 9 | 18 |
| | Altro | 11 | 22 |
| Nucleo familiare | Una persona | 16 | 32 |
| | Due persone | 24 | 48 |
| | Tre/quattro persone | 10 | 20 |
| autonomie | si | 30 | 60 |
| | no | 20 | 40 |
| Ausili (nei pz non autonomi | bastone | 9 | 45 |
| | carozzina | 4 | 20 |
| | deambulatore | 7 | 35 |

# La relazione bambino - infermiere - genitore è influenzata dal colore della divisa?

## *Colorare la divisa dell'infermiere pediatrico per favorire l'accoglienza e migliorare la relazione d'aiuto*

*a cura di* ***Francesca Canepaccio***

**ABSTRACT**

*Introduzione* *"Ciò che una persona indossa le permette d'indirizzare le successive interazioni con gli altri e ne rispecchia l'immagine professionale" Kalisch e Kalisch (198).*
Questa frase racchiude il tema centrale dello studio di ricerca. Esso, infatti, prende forma da un'attenta analisi della relazione infermiere - paziente e attraverso la constatazione dell'interesse sempre crescente degli infermieri pediatrici nei confronti del loro abito da lavoro.
*Obiettivo* Testimoniare concretamente che il colore della divisa dell'infermiere pediatrico influisce sull'instaurarsi della relazione terapeutica con il bambino e la sua famiglia.
*Disegno dello studio* Tipo prospettico- comparativo
*Soggetti, materiali e metodi* I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di due questionari: uno indirizzato ai genitori ed ai loro bambini e l'altro al personale infermieristico. Il primo è costituito da nove item volti ad indagare il concetto di divisa e la sua influenza nella relazione assistenziale. Nel secondo sono presenti undici item rivolti agli infermieri per valutare l'impatto della divisa tradizionale e di quella colorata nell'ambiente ospedaliero. In ognuno di essi sono state allegate sei foto di una stessa infermiera, che indossa sei diverse divise e che è stata resa volutamente non identificabile dai soggetti partecipanti.
Il campione è risultato costituito da 313 bambini, dai loro genitori e da 60 infermieri delle Unità Operative di Medicina D'Urgenza, Poliambulatori, Chirurgia, Oncologia e Servizio di Assistenza Domiciliare dell'Istituto IRCCS di Terzo Livello Giannina Gaslini di Genova.
*Risultati* La divisa preferita da bambini, genitori ed infermieri è quella bianca con grandi disegni sulla casacca. Quella che piace di meno e fa paura ai piccoli pazienti è quella verde, seguita dalla bianca - anche se nella fascia 7-13 anni il bianco si è riscontrato non generare così tanto timore, rispetto a quanto accade nei pazienti più piccoli. In merito a questi due colori, i genitori esprimono parere simile a quello dei loro figli, dato che ritengono aumentino l'ansia legata all'ospedalizzazione; allo stesso modo gli infermieri, per i quali la percentuale di gradimento della divisa bianca è pari allo 0%. Dal confronto tra le due tabelle sulla percezione di professionalità emerge che i bambini attribuiscono competenza, affidabilità, apertura alla relazione ed accoglienza alle divise non convenzionali ed anche a quella bianca, seppur con percentuali minori; sono, invece, intimoriti dalla verde, presumibilmente per il suo legame con la sala operatoria. I genitori ritengono, invece, affidabile e competente un'infermiera con la divisa verde o bianca, e più accogliente ed aperta alla relazione quella con la divisa colorata, ma non per questo meno competente. Gli infermieri considerano la loro divisa, quale mezzo comunicativo e simbolo della loro professionalità; la ritengono strumento che facilita il loro riconoscimento nella struttura e sottolineano la necessità di una divisa dedicata alla sola professione infermieristica, percependo l'introduzione di una divisa colorata in Istituto, come opportunità per migliorare lo sviluppo della relazione terapeutica.
*Conclusioni* Lo studio dimostra che il colore della divisa dell'infermiere pediatrico influisce sull'instaurarsi della relazione tra bambino- professionista - genitore. Si evince che una divisa con disegni colorati, che non stravolge poi così tanto quella bianca della tradizione, non influisce negativamente sulla percezione di professionalità di chi la indossa, anzi agevola la costituzione di un clima assistenziale più favorevole al dialogo.
Si auspica che questi risultati definiscano le basi per un dibattito costruttivo sull'argomento e portino a considerare la possibilità di strutturare una linea guida nazionale per la creazione di una divisa infermieristica standard.

**INTRODUZIONE**

In un momento in cui la centralità del bambino e della sua famiglia rappresenta il cardine dell'assistenza infermieristica ed alla luce della valenza terapeutica attribuita al colore, è sempre più raro entrare in un reparto di pediatria che non abbia muri dipinti o disegni alle pareti, sale giochi e volontari o maestre che coinvolgono i piccoli pazienti in attività educative e ricreative durante la permanenza. Ancora troppo spesso, invece, sembra passare in secondo piano l'importanza che riveste "l'abito da lavoro dell'infermiere" nell'approccio con il paziente pediatrico. Le divise, infatti, indipendentemente dalle caratteristiche intrinseche che normativamente devono presentare e

che vedono una continua evoluzione, soprattutto per l'impiego di materiali tecnologici - TNT microfibre di poliestere, laminati, in termini di colore presentano ben poche innovazioni. E' proprio per questo motivo che negli ultimi anni si fa sempre più vivo l'interesse degli infermieri pediatrici nei confronti della loro divisa, spesso neutra ed inespressiva, in quanto fermamente convinti del suo attivo ruolo nella comunicazione non verbale tra professionista della salute, bambino e famiglia, contribuendo anche a rendere meno traumatica la permanenza in ospedale.

**REVISIONE BIBLIOGRAFICA**

A questo proposito è stata condotta un'attenta revisione bibliografica tramite il Portale Internet *PUBMED* utilizzando quali parole chiave della stringa di ricerca *children, nursing uniform and therapeutic relation*.

Tra gli articoli trovati, alcuni Autori affermano che l'abbigliamento indossato dal personale sanitario può influenzare il bambino ed il suo livello di paura nei confronti dell'ambiente ospedaliero. Basti pensare alla cosiddetta *Sindrome da camice bianco - White Coat Syndrome*, valutata storicamente in riferimento alla sola figura del medico curante, ma che può essere estesa ad ogni operatore che approcci il bambino indossando quel colore. Questa condizione viene definita quale " *tipo di ansia che si esprime attraverso sintomi fisiologici"*. Si sono, infatti, documentati aumenti nei valori pressori in pazienti pediatrici, così come negli adulti, durante le visite mediche e l'esecuzione di procedure infermieristiche. L'aspetto che colpisce è che ciò accade solo in relazione a questi eventi, dato che, in situazioni di vita comune, come durante il gioco, la lettura di un libro o comunque sia in luoghi lontani da quelli dove lavorano i medici o dove vengono svolte prestazioni rivolte alla salute, ciò non si verifica. Il meccanismo alla base di quella che viene anche chiamata *Isolated Office Hypertension* rimane ancor'oggi uno dei misteri della Medicina. Statisticamente ne soffre una buona parte della popolazione (circa il 20%) e, giacché questa condizione rappresenta uno dei fattori di rischio per l'insorgenza di futuri problemi cardiovascolari, pur se non con la stessa probabilità attribuita ad un paziente "vero iperteso", è bene non sottovalutare il problema e cercare di ridurne l'impatto.

Lo studio Bischof traccia l'origine storica alla base della scelta del colore bianco in ambito sanitario. Essa è datata XIX secolo, in seguito alla crescente esigenza di riconoscimento della professione, protezione dai microrganismi ed indice di pulizia. A questi veniva poi affiancata la valenza culturale di "vita, purezza ed umiltà", che i pazienti si aspettavano nei loro confronti dai medici dell'epoca.

Ad oggi, invece, in conformità a quanto descritto sull'unica Linea Guida reperibile inerente l'argomento divisa e validata da numerosi studi in ambito epidemiologico, *Guidance on uniforms and clothing worn in the delivery of patient care*, la valenza del colore bianco, nei termini sopra descritti, non emerge più. Questo perché, se prima si credeva che indossare qualcosa di bianco significasse igiene, sterilità e rivestisse un importante ruolo dal punto di vista di prevenzione delle infezioni correlate all'attività sanitaria, oggi studi sperimentali mettono in dubbio quest'aspetto. Permettendo infatti ad alcune infermiere d'indossare i propri abiti invece della divisa, per svolgere attività infermieristiche, si è vista, da parte loro, una maggiore attenzione nei confronti delle pratiche igieniche. In più, nonostante il bianco dia l'impressione di essere più pulito, rispetto ad altri colori, richiede di essere lavato più frequentemente e non è provato scientificamente che contribuisca a diminuire il numero d'infezioni crociate.

Il ruolo di questo colore nel facilitare l'identificazione del medico e dell'infermiere perde la sua rilevanza, dato che viene utilizzato liberamente in ambito sanitario, indipendentemente dalla professione svolta da chi lo indossa. Nella scelta della divisa più adatta, invece, l'ambito nel quale si presta assistenza è di fondamentale importanza. In psichiatria, ad esempio, l'utilizzo della divisa bianca è sconsigliato, in quanto si percepisce avversione da parte del paziente nei suoi confronti e rappresenta un'importante barriera alla comunicazione, similmente a quanto spesso accade a chi si occupa del paziente pediatrico.

Affianco al colore bianco si trova, immancabilmente, il classico verde della sala operatoria, la cui introduzione risale al 1914, per volontà di un chirurgo di San Francisco, Henry Shermann, che durante la seduta operatoria veniva distratto dal riflesso verde azzurro prodotto dalla luce e dagli eventuali schizzi di sangue presenti sul candido camice. In merito all'impatto di questo colore nella relazione con il piccolo paziente chirurgico non si sono trovati articoli rilevanti, poiché in quest'ambito, l'interesse è per lo più rivolto all'implementazione di tecniche di distrazione e riduzione dell'ansia, quali la terapia del sorriso.

Uno studio condotto in Finlandia, volto a valutare la qualità assistenziale percepita da genitori e bambini e le loro aspettative a riguardo, ha messo in risalto non solo le caratteristiche che dovrebbe avere un infermiere dal punto di vista umano, ma anche quelle legate all'abbigliamento, dando importanza all'elemento "colore", quale aspetto in grado di creare un ambiente disteso e di ridurre le barriere comunicativo - relazionali.

Data la scarsità di studi inerenti la componente prettamente comunicativo del colore, in quanto elemento della divisa dell'infermiere, si è deciso di studiarne gli effetti in ambito ospedaliero, coinvolgendo in prima persona i protagonisti della relazione terapeutica: il bambino, l'infermiere pediatrico ed il genitore.

**OBIETTIVO DELLO STUDIO**

Lo studio si propone di valutare la percezione della divisa dell'infermiere pediatrico da parte di genitori, bambini e personale infermieristico stesso afferente all'Istituto di Terzo Livello Giannina Gaslini di Genova, le loro preferenze, l'atmosfera che quest'indumento contribuisce a generare nell'ospedale e la considerazione delle divise non tradizionali, in termini di professionalità, riconoscimento ed alleanza terapeutica. Lo scopo è di provare che il colore della divisa influisce sull'instaurarsi della relazione con il bambino e la sua famiglia e come questo elemento possa rappre-

sentare una barriera alla comunicazione.

**SOGGETTI, MATERIALI E METODI**

Lo studio è stato svolto nel mese di Agosto 2011 presso le Unità Operative di Medicina d'Urgenza, Poliambulatori, Chirurgia, Oncologia ed Assistenza Domiciliare dell'Istituto IRCCS di Terzo Livello Giannina Gaslini di Genova.

I soggetti, inclusi nel campione non probabilistico di convenienza, sono stati 313 bambini di età compresa tra 3-13 anni, i loro genitori e 60 infermieri delle diverse Unità Operative sopra menzionate.

I dati sono stati raccolti attraverso l'utilizzo di due questionari, uno rivolto a genitori e bambini e l'altro agli infermieri. Entrambi sono stati strutturati in forma anonima, se non per la presenza di alcuni dati anagrafici, quali età, sesso, nazionalità e scolarità. Sono stati consegnati ai soggetti dopo aver loro illustrato loro lo studio ed aver ricevuto parere favorevole a prendervi parte.

Le risposte ad entrambi i questionari sono state fornite in base ad una Scala Likert a cinque modalità, che consente di esprimere il grado di accordo/disaccordo con quanto espresso nell'affermazione-item (da pienamente d'accordo a pienamente in disaccordo) e compilando le tabelle presenti con una X.

In ognuno di essi sono state allegate sei foto (vedi Figura1), rappresentanti una stessa infermiera, che indossa sei diverse divise (una bianca, una verde, tre costituite da pantaloni bianchi e rispettive casacche con disegni nella parte anteriore- spirali, due disegni di Biancaneve, Titti e Silvestro - ed una invece, con pantalone lilla e casacca con grandi bolle del medesimo colore). La "modella" è stata resa volutamente non identificabile dai soggetti, di modo che non ne potessero essere influenzati durante lo studio.

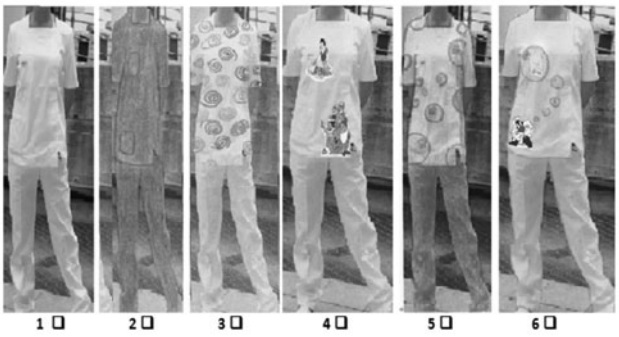



Figura 1 FOTO DIVISE QUESTIONARI

**QUESTIONARIO GENITORI E BAMBINI**

Il questionario consegnato ai genitori ed ai loro bambini è costituito da una prima parte informativa, dove vengono raccolti i dati anagrafici, e da due successive, una per i genitori ed una per i bambini.

La prima è dedicata ai genitori e vi sono 9 item tradotti ed elaborati nello studio Campbell del 2000, raggruppati in tre aree concettuali, volte a indagare rispettivamente:

1. l'identificazione del professionista D1-D4
2. l'atmosfera generata D5-D6
3. la comunicazione trasmessa dalla divisaD7-D9.

Vi è poi una tabella, elaborata e tradotta nello studio Wocial del 2010, ove vengono proposte cinque definizioni, ossia le *Nurse Image Traits-NIT* (*competente, affidabile, aperta alla relazione, premurosa ed accogliente*), da attribuire alle divise nelle foto, al fine di dedurre la professionalità percepita dal genitore attraverso la divisa.

Nella parte successiva, rivolta ai bambini, una tabella ripropone alla fascia 7-13 anni le definizioni precedenti, riadattate per la loro età in forma di *Paediatric Nurse Image Traits–PNIT* (rispettivamente *E' cordiale ed accogliente, Posso fidarmi di lei, Posso parlare liberamente con lei, Se ho bisogno di lei c'è, Lei sa come prendersi cura di me*). Ai bambini tra 3-6 anni viene chiesto d'indicare quale divisa, tra quelle proposte, vorrebbero che l'infermiera indossasse e quale, invece, fa loro paura, secondo quanto indicato nello studio Meyer del 1992.

**QUESTIONARIO INFERMIERI**

Parallelamente è stato elaborato e testato il questionario degli infermieri, con la collaborazione del personale dell'Unità Operativa di Neurochirurgia nel mese di Luglio 2011(vedi Figura3). Esso è composto da 11 item, simili a quelli dei genitori, divisi in due macro aree tematiche, con lo scopo si approfondire l'opinione del professionista circa l'impatto che la divisa tradizionale ha sulla relazione terapeutica (item 2A-B-C-D-E/3) e quello che avrebbe l'introduzione di una divisa non convenzionale in Istituto( item4A-B-C-D). Invece, la prima domanda è a risposta multipla e permette di capire la considerazione che il personale ha della propria divisa.

Sul fondo dei questionari, rivolti ai genitori ed agli infermieri, sono state aggiunte due domande.

La prima è volta ad indagare quale delle sei divise contribuisce a diminuire l'ansia del bambino in ospedale, creare un ambiente sereno e trasmettere tranquillità (è stato anche chiesto d'indicare, in caso di personale infermieristico di sesso maschile, l'eventuale influenza nella scelta, dovuta alla limitata gamma di colori proposti nelle foto). La successiva lascia spazio a suggerimenti per personalizzare la divisa dell'infermiere ed è stata proposta anche ai bambini, sottoforma di disegno, permettendo loro di colorare, come meglio credevano, la sagoma di una divisa infermieristica.

**ANALISI STATISTICA DEI DATI**

L'analisi statistica dei dati e la loro rappresentazione grafica sono state realizzate con la collaborazione del *Servizio Consulenza Statistica Tesi*, messo a disposizione dall'Università degli Studi di Genova.

Nello studio sono state valutate le frequenze e le percentuali di risposta alle domande dei questionari attraverso l'utilizzo del *Software SPSS 15.0 Inc. Chicago, IL, USA*.

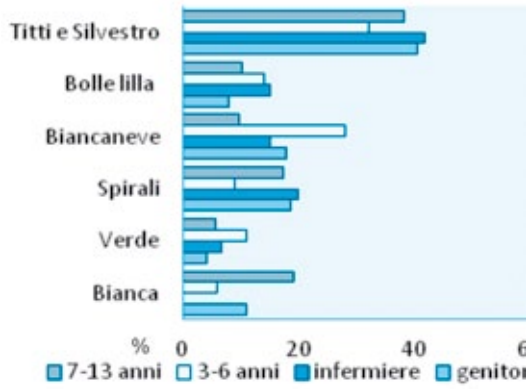
**RISULTATI**

Il campione dello studio è risultato costituito da 313 bambini di età compresa tra 3 e 13 anni, dei quali 159 maschi e 154 femmine. Hanno partecipato 313 genitori, di cui 72 papà e 241 mamme, e 60 infermieri,di cui uno solo di sesso maschile (vedi Tabella1)

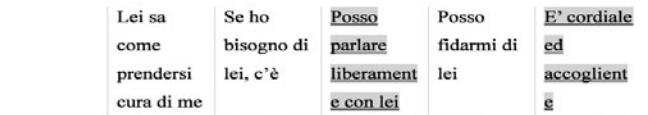
| CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE |
|---|
| Età bambini (N=313)<br>Età genitori (N=313)<br>Età infermieri (N=60) |
| Nazionalità bambini e genitori<br><br>Nazionalità infermieri |
| Scolarità genitori<br>Scolarità infermieri |
| **DATI DEMOGRAFICI** |
| 3-6aa : 136 (43,45%) 7-13aa: 177 (56,55%)<br>20-30anni: 12 (3,8%) 30-40aa:162 (51,8%) >40aa:139 (44,4%)<br>23-30aa:1(1,7%) 31-40aa:14(23,3%) 41-50aa:40(66,7%) >50aa:5(8,3%) |
| Albanese-Cilena-Cubana-Romena-Tunisina-Americana: 7 (2,1%)<br>Ecuadoriana: 9(2,9%) Peruviana:3(1%) Italiana: 294(93,3%)<br>Italiana: 60(100%) |
| Licenza elementare: 6,2% Diploma: 72,6% Laurea: 21,2%<br>Diploma equipollente:93,3% Diploma di Laurea: 6,7% |

**Risultati genitori e bambini**

Il Grafico1 illustra le preferenze di bambini, genitori ed infermieri nei confronti delle sei divise proposte in foto.




Per quanto riguarda la tabella proposta ai bambini nella fascia 7-13 anni, sulla base delle *Paediatric Nurse Image Traits-PNIT*, la Tabella 2 mostra come cinque delle sei divise nelle foto vengano, con considerevoli percentuali, associate positivamente alle cinque frasi proposte. Risultato diverso si presenta invece per la divisa verde, per la quale si assiste ad un'inversione di tendenza in corrispondenza delle frasi:" *Posso parlare liberamente con lei"-"E' cordiale ed accogliente"* alle quali, quasi la metà dei soggetti, ha risposto negativamente.




| | Lei sa come prendersi cura di me | | Se ho bisogno di lei, c'è | | Posso parlare liberamente con lei | | Posso fidarmi di lei | | E' cordiale ed accogliente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | NO | SI' | NO |
| | | | | | | | | | 15,9% | 58,5% | 41,5% |
| | | | | | | | | | 31,9% | 44,4% | 55,6% |
| | | | | | | | | | 26,4% | 77,1% | 22,9% |
| Bianca neve | 70,5% | 29,5% | 77,5% | 22,5% | 78,6% | 21,4% | 77,6% | 22,4% | 85% | 15% | |
| Bolle | 59,9% | 40,1% | 63,3% | 36,7% | 67,9% | 32,1% | 66% | 34% | 75% | 25% | |
| Titti e Silvestro | 81,9% | 18,1% | 86% | 14% | 85,9% | 14,1% | 83% | 17% | 90,7% | 9,3% | |

I risultati della tabella delle *Nurse Image Traits-NIT* per l'adulto, utili a valutare la professionalità trasmessa ai genitori dalle divise proposte in foto, evidenziano due aspetti (vedi Tabella 3):

| | BIANCA | VERDE | SPIRALI | BIANCANEVE | BOLLE LILLA | TITTI E SILVESTRO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Competente** | 54% | 47% | 16% | 15% | 16% | 15% |
| **Premurosa** | 7% | 13% | 16% | 18% | 16% | 16% |
| **Aperta relazione** | 5% | 7% | 32% | 23% | 29% | 24% |
| **Affidabile** | 27% | 28% | 13% | 16% | 14% | 15% |
| **Accogliente** | 7% | 5% | 23% | 28% | 25% | 30% |

• alte percentuali legano l'aspetto competenza ed affidabilità alla divisa bianca ed a quella verde
• altrettanto significative percentuali associano l'apertura alla relazione e la cordialità-accoglienza alla divisa con la casacca a spirale con quella con Biancaneve, con le bolle lilla e con Titti e Silvestro.

I **risultati del questionario dei genitori** vengono riassunti nel Grafico 2 e presentati secondo tre aree concettuali, che raggruppano i nove item.

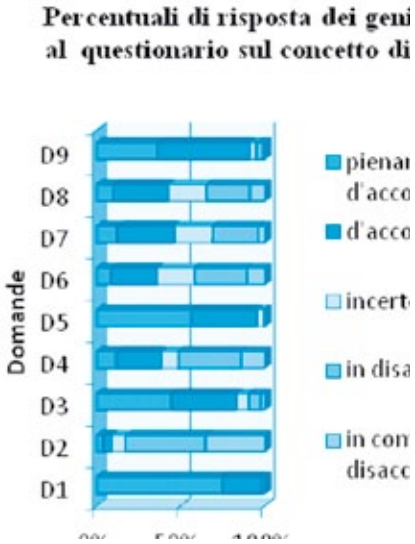
1. IDENTIFICAZIONE DEL PROFESSIONISTA

*Item D 1. Dovrebbe essere semplice riconoscere l'infermiere dalla divisa.*

Il 98% ritiene che la divisa dovrebbe consentire il facile riconoscimento del professionista che la indossa;

*Item D 2. Non ha importanza se gli infermieri indossano lo stesso abbigliamento usato da altro personale.*

L'82,4% è in disaccordo con la possibilità che gli infermieri indossino la stessa divisa di altri professionisti sanitari.




*Item D 3. Gli infermieri devono indossare tutti la stessa divisa*.

L'83,1% vorrebbe che gli infermieri indossassero tutti la stessa divisa

*Item D 4. Non ha importanza che la caposala indossi una divisa differente*

Rimane parere dubbio (percentuali simili tra accordo, incertezza e disaccordo) sulla possibilità che il/la caposala indossi o meno una divisa differente, rispetto alle/agli altre/i infermiere/i.

2. ATMOSFERA CREATA DALLA DIVISA

*Item D 5. L'abbigliamento che gli infermieri indossano dovrebbe favorire un'atmosfera rilassante.*

Il 95,2% concorda con il fatto che questo capo dovrebbe favorire un'atmosfera rilassante;

*Item D 6. L'abbigliamento che gli infermieri indossano dovrebbe rispecchiare una figura autorevole.*

Si riscontrano pareri discordanti e percentuali simili tra accordo, incertezza e disaccordo, circa l'autorevolezza da esso trasmessa.

3. COMUNICAZIONE VEICOLATA DALLA DIVISA.

*Item D 7. L'abbigliamento indossato dagli infermieri dovrebbe creare una condizione informale.*

Il 46,3% ritiene che l"abito da lavoro" dovrebbe creare un ambiente informale;

*Item D 8. Uno stile informale della divisa degli infermieri produce un sentimento di insicurezza*

Il 20% crede che una condizione informale possa comunque generare incertezza;

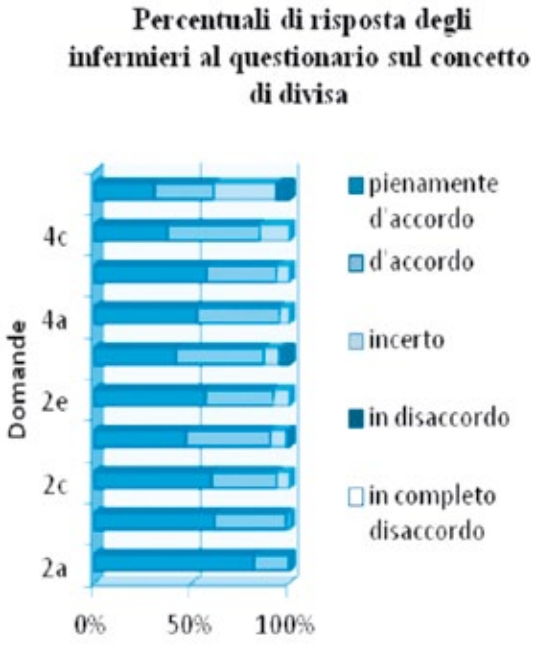
*Item D 9. L'abbigliamento indossato dagli infermieri dovrebbe aiutarli nel sembrare amichevoli.*

Il 91,4% esprime pieno accordo per quanto concerne la condizione amichevole che la divisa dovrebbe creare.

**Risultati infermieri**

I **risultati del questionario degli infermieri** vengono illustrati dividendo le risposte in quattro parti.

1) Alla domanda:" *Che cosa rappresenta per Lei la divisa dell'infermiere?",* il Grafico 3 riassume i risultati ottenuti.




2) Si denota pieno accordo agli item inerenti l'aspetto secondo il quale la divisa dell'infermiere:

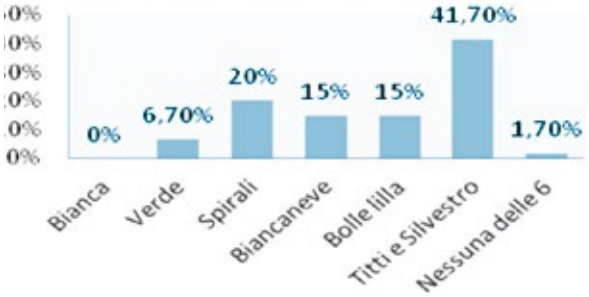
- dovrebbe permettere un facile riconoscimento (item 2A )
- dovrebbe essere diversa da quella indossata da altri professionisti (item 2B )
- dovrebbe creare un'atmosfera amichevole (item 2C )
- dovrebbe essere "a misura di bambino" (item 2D )
- incide sull'ospedalizzazione (item 2E )
- se bianca costituisce una barriera alla comunicazione(item 3 )

3) Si riscontra pieno accordo anche nei confronti delle affermazioni circa gli effetti dell'introduzione di una divisa colorata in ospedale in termini di:

- miglioramento del rapporto (item 4A )
- creazione di un ambiente amichevole (item 4B )
- comunicazione e relazione terapeutica (item 4C )
- Percentuale rilevante d'incertezza-disaccordo, seppur non superiore a quella di pieno accordo, rimane riguardo all'item 4D: *"L'introduzione di una divisa colorata potrebbe contribuire al raggiungimento degli obiettivi terapeutici, diminuendo i tempi e fidelizzando precocemente il piccolo paziente"* (vedi Grafico4).

4) Importante notare l'andamento delle percentuali di risposta alla domanda 5:

*"Quale, tra le divise riportate di seguito, indosserebbe con l'obiettivo di diminuire l'ansia del bambino in ospedale?"*, rappresentate nel Grafico 5.




**DISCUSSIONE DEI RISULTATI**

L'obiettivo che si proponeva lo studio era di testimoniare che il colore della divisa dell'infermiere pediatrico influisce sull'instaurarsi della relazione con il bambino e la sua famiglia, rappresentando, a tal proposito, una possibile barriera alla comunicazione. Per far ciò, ci si è proposti di valutare:

- il ruolo della divisa dell'infermiere nella relazione terapeutica;
- le preferenze dei genitori, dei bambini e degli infermieri;
- l'atmosfera che quest'indumento contribuisce a generare nell'ambiente ospedaliero;
- come sarebbe percepita l'introduzione nell'Istituto di una divisa non convenzionale, in termini d'identificazione dell'operatore sanitario, mantenimento della sua professionalità ed il suo impatto nell'alleanza terapeutica.

I dati raccolti mostrano che la divisa preferita dai bambini nella fascia 3-6 anni è quella bianca con alcuni disegni sulla casacca (in particolare quella di Titti e Silvestro).

Risultato analogo si riscontra nella fascia 7-13 anni,

anche se persiste una preferenza per la divisa bianca, legata presumibilmente al fatto che, essendo più grandi e pur preferendo una divisa colorata, entrare in contatto con un'infermiera che conoscono, nonostante sia vestita di bianco, non suscita in loro timore. La divisa che piace di meno ai piccoli pazienti e che fa loro paura è invece quella verde, seguita dalla bianca, a differenza di quanto ci si potrebbe aspettare. Questo dato sottolinea comunque che il sentimento di ansia è rivolto alle divise considerate tradizionali e meno colorate, che più frequentemente s'incontrano nei reparti e che sono spesso legate ad eventi spiacevoli o di dolore (ad esempio, nel caso del verde, ad un intervento chirurgico).

I risultati della tabella delle *Paediatric Nurse Image Traits-PNIT* proposta alla fascia 7-13 anni evidenziano come i bambini associno competenza, affidabilità, accoglienza ed apertura alla relazione, al professionista che indossa sia le casacche con disegni colorati, sia quella completamente bianca, seppur con percentuali inferiori alle prime, rispetto a quanto accada invece per la divisa verde. Quest'ultima viene, infatti, percepita come poco accogliente e non trasmette ai bambini la fiducia loro necessaria per aprirsi liberamente alla relazione, costituendo, di conseguenza, una possibile barriera comunicativa nei confronti di chi la indossa.

La caratteristica che i piccoli pazienti riconoscono quale componente fondamentale che un'infermiera dovrebbe avere è la capacità di prendersi cura di loro, seguita dalla sua continua presenza al loro fianco nel momento del bisogno, dalla fiducia che in lei possono riporre e dalla sua capacità di accoglierli in modo amichevole e sereno.

Fino a questo punto, i risultati ottenuti confermano quelli dello studio Meyer[19], secondo il quale le divise che fanno più paura ai bambini ospedalizzati sono quelle ricorrenti nella tradizione (bianca e verde), nonostante i bambini nella fascia 7-13 anni, pur preferendo il colore nella divisa dell'infermiere, attribuiscono comunque affidabilità, competenza ed accoglienza a quella bianca, differentemente da quanto emerge per quella verde. Tuttavia questi sono i capi che ancor oggi la maggior parte delle Aziende Ospedaliere mette a disposizione dei propri professionisti.

I bambini si esprimono quindi a favore dell'introduzione di una divisa infermieristica non convenzionale, che contribuisca a rendere l'ambiente più accogliente, amichevole e cordiale, pur sempre bianca, ma con grandi disegni sulla casacca, senza così allontanarsi eccessivamente dalla tradizione.

I genitori stessi esprimono la necessità che l'infermiere/a, in pediatria, indossi una divisa che si accosti di più alle preferenze dei loro bambini e che contribuisca ad avvicinare gli attori - protagonisti della relazione d'aiuto. La divisa che loro preferiscono è quella con i disegni sulla casacca (in particolare con Titti e Silvestro), mentre quella verde e quella bianca raccolgono minori consensi.

Nonostante ciò, dall'analisi delle *Nurse Image Traits-NIT* per adulti, emerge che le divise convenzionali sono primariamente collegate alla competenza ed all' affidabilità dell'operatore, mentre quelle colorate sono prettamente percepite quali accoglienti ed indossate da soggetti che li fanno sembrare maggiormente aperti alla relazione. Si deduce così che i risultati dei genitori sono sovrapponibili a quelli dei loro bambini, mettendo in luce il loro desiderio che la divisa dell'infermiera sia " a misura di bambino", pur non stravolgendo troppo quella che è la tradizione.

Per quanto riguarda il significato della divisa, i genitori confermano il suo ruolo nel permettere un facile riconoscimento dell'infermiere, ponendo l'accento sulla possibilità di averne un modello che li contraddistingua dagli altri professionisti della salute, in modo da diminuire lo smarrimento al quale, spesso, chi entra in ospedale è soggetto. Ciò nonostante, non viene data importanza al fatto che il/la caposala indossi una divisa diversa dagli altri infermieri dell'Unità Operativa, per il riconoscimento della quale figura ritengono più indicato l'utilizzo di un cartellino personale dove siano chiaramente rintracciabili il nome ed il ruolo. I genitori riconoscono altresì l'importanza della divisa nella creazione di un ambiente rilassante, quale strumento che dovrebbe aiutare l'infermiere nel sembrare amichevole, in un clima informale e per niente autoritario, che faciliti l'instaurarsi della relazione. Questo suggerisce l'abbandono di divise incolore, in favore di altre più vicine al mondo del bambino.

In letteratura, gli studi condotti in precedenza si limitano a considerare le preferenze di genitori e bambini, tralasciando o trattando separatamente le opinioni di quelli che sono invece coinvolti in prima persona: gli infermieri. Per questo motivo si è voluto parallelamente raccogliere le loro idee, per confrontarle con le impressioni dei soggetti nei confronti dei quali indirizzano la loro assistenza.

I dati raccolti mostrano come la divisa sia per loro, in primo luogo, mezzo comunicativo e simbolo di professionalità, ma rappresenti anche uno strumento che sottolinea aspetti cardine della loro professione, quali l'ordine, la praticità, l'igiene e l'identificazione dell'operatore.

Gli infermieri, nei confronti delle divise proposte nel questionario, confermano le opinioni già espresse dai genitori, preferendo la casacca con grandi disegni colorati e mettendo completamente da parte quella bianca. Pongono l'accento poi sulla necessità di un modello dedicato al personale infermieristico – soprattutto in ambito di Assistenza Domiciliare- che ne faciliti l'individuazione professionale e che non rappresenti una barriera alla comunicazione, come secondo loro costituisce invece l'indissolubile colore bianco.

La possibilità d'introdurre una divisa non convenzionale in ospedale viene da loro percepita quale opportunità di migliorare il rapporto con il bambino e la sua famiglia, creando un ambiente sereno ed incidendo positivamente sullo sviluppo della relazione, consapevoli del fatto che questo strumento non è sufficiente, da solo, al raggiungimento degli obiettivi terapeutici, per i quali non solo l'aspetto esteriore, ma anche la componente umana e la competenza professionale si rendono necessari.

Nel corso della raccolta dati è stata data la possibilità ai partecipanti di esprimere, nel modo che ritenevano

più opportuno, eventuali suggerimenti per personalizzare la divisa dell'infermiere. Sono state raccolte innumerevoli sagome di divise infermieristiche, colorate dai bambini con le più disparate tonalità di colori e presentanti innumerevoli e fantasiosi disegni. Mentre tra le idee di genitori ed infermieri, oltre all'aggiunta del colore, quelle che si riscontrano di frequente sono:

- la possibilità di ricamare/scrivere il nome ed il ruolo del professionista sul taschino della divisa, in quanto ritenuto più evidente rispetto ad un cartellino, spesso piccolo ed illeggibile;
- la scelta di un personaggio simbolo per ogni Unità Operativa, stampato sul taschino superiore, con il nome dell'infermiere;
- scrivere il nome a caratteri ad alta visibilità nella parte posteriore della casacca, con un disegno colorato nella parte anteriore.

I suggerimenti pervenuti sono, nella maggior parte dei casi, volti a permettere un'identificazione "a colpo d'occhio" dell'infermiere, che spesso un misero cartellino non agevola, evidenziando il bisogno d'immediatezza, peculiare in un ambiente come quello ospedaliero, per diminuire il disagio legato ad eventuali equivoci e fraintendimenti, nei quali possono incorrere i pazienti, la famiglia ed anche coloro che se ne prendono cura.

Lo studio presenta, però, alcuni limiti legati al non cospicuo numero di partecipanti; al circoscritto numero di Unità Operative coinvolte, seppur si sia cercato di coinvolgere le diverse tipologie di pazienti (acuto, cronico, assistito a domicilio e chi afferisce occasionalmente all'ospedale per visite ambulatoriali); al limitato tempo di distribuzione dei questionari ed alla circoscritta gamma di divise infermieristiche tra le quali poter scegliere.

**CONCLUSIONI**

Questo studio dimostra che il colore della divisa dell'infermiere pediatrico influisce sull'instaurarsi della relazione tra bambino- infermiere - genitore.

Si evince che una divisa non convenzionale permette all'infermiere di avvicinarsi al mondo del piccolo paziente, diminuendo la sua paura nei confronti dell'ambiente ospedaliero e contribuendo a creare tranquillità e serenità, in un luogo a lui alieno e nel quale si trova spesso "catapultato". Emerge come una divisa con disegni colorati, che non stravolge poi tanto quella bianca della tradizione, non influisce negativamente sulla percezione di professionalità dell'infermiere che la indossa, né da parte del genitore, né da parte del bambino, ma contribuisce anzi ad aumentare la fiducia in lui, svincolandolo da vecchi stereotipi e rendendo il clima assistenziale più favorevole al dialogo. Gli stessi infermieri si dimostrano completamente a favore circa l'introduzione di una divisa colorata in Istituto, mettendo in evidenza idee e preferenze del tutto simili a quelle dei propri assistiti.

Si può, perciò, affermare che le divise non convenzionali hanno un effetto positivo sulla percezione che bambini e genitori hanno nei confronti di chi le indossa e presta loro assistenza e che anche gli infermieri sono fermamente convinti del ruolo fondamentale che viene rivestito dal loro abbigliamento nell'instaurarsi della relazione terapeutica.

Quest'effetto può potenzialmente migliorare la relazione tra i tre attori - protagonisti dell'assistenza e diminuire l'ansia, la paura ed il disagio legato all'ospedalizzazione. Quanto sopra giustifica e ribadisce la necessità di avvicinarsi ai desideri ed alle aspettative dei piccoli pazienti che afferiscono all'ospedale, sia da un punto di vista strutturale, sia da un punto di vista relazionale, quest'ultimo dimostratosi strettamente legato alle intrinseche capacità comunicative che la divisa dell'infermiere porta con sé.

Si auspica che questi risultati definiscano le basi per un dibattito costruttivo sull'argomento e portino a considerare la possibilità di strutturare una linea guida nazionale per la creazione di una divisa infermieristica standard, che permetta da un lato di migliorare l'identificazione del professionista e dall'altro di aumentare la familiarità dell'ambiente del *prendersi cura*.

***Ringraziamenti***

*Vorrei ringraziare la Dottoressa Viviana Pompei, che mi ha indirizzato ed incoraggiato durante questo percorso, trasformando quella che agli albori sembrava una semplice idea, in un meraviglioso progetto di ricerca, ricco di spunti di riflessione ed approfondimenti sempre nuovi. Un particolare ringraziamento va anche a tutte quelle persone che hanno collaborato e contribuito con entusiasmo alla realizzazione dello studio.*

## *Cara, dolce malattia rara*

*Quando mi hai colpito,*
*il mio umore è stato ferito.*

*La mia salute hai reso instabile e precaria,*
*mi rendevi la vita un' po' solitaria.*

*Ero pensieroso e sofferente,*
*sentivo dentro di me il desiderio di avere vicino tanta gente.*

*Con la tua compagnia malattia rara, mi sembrava di percorrere un sentiero, buio, ripido e accidentato,*
*ma in quel percorso tanta brava gente ho incontrato.*

*Gente, amici, parenti mi hanno trasmesso forza,*
*la speranza ho ritrovato,*
*solidarietà, affetto e bene mi hanno donato.*

*Era diventato tutto più bello, che mi sembrava di aver sognato,*
*man mano che quel sentiero percorrevo, lo vedevo sempre più pianeggiante e illuminato.*

*Ed ecco scoccare dentro di me ottimismo,*
*energia e la voglia di vivere con serenità,*
*l'ho ritrovata, scoprendo che nel cuore della gente c'è tanta umanità.*

*Ho riscoperto la grandezza e bellezza della vita,*
*la voglio vivere in compagnia di amici, parenti, la famiglia, a pieno con gioia e intensità.*

*La famiglia è un punto di riferimento meraviglioso, con il suo amore,*
*ed ecco sollevato il mio umore.*

*Malattia rara, quel sentiero era diventato pianeggiante, pieno di luci colorate e sui bordi una siepe piena di fiori,*
*ho finalmente ritravato l'energia, la fiducia, la luce interiore la forza di vivere la vita a pieno tutte le sue componenti e tutti i suoi valori.*

*Francesco Lena*