

INFERMIERI INFORMATI

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza

Collegio IPASVI di Vicenza - viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza - Tel./fax 04 303313 - www.vicenzaipasvi.it - Periodico quadrimestrale a carattere scientifico-professionale
Spedizione in abbonamento postale, 45%, comma 20/b, art. 2, legge 662/96, Vicenza. - Registrazione al Tribunale di Vicenza n. 997 del 03/04/01



In questo numero:

L'articolo scientifico: dal pensiero all'atto

Tra care e cure (con inserto allegato)

Intervista ad una infermiera della
Terapia Intensiva Neonatale



"INFERMIERI INFORMATI"

notizie dal Collegio IPASVI di Vicenza
anno III - numero 1 gennaio - aprile 2002

Direttore Responsabile
Cariolato Massimo

Comitato di Redazione

Bottega Andrea, Cariolato Massimo,
Fanchin Gianmaria

Hanno collaborato a questo numero

Binotto Laura, Bottene Daniela, Dal
Degan Sonia, Lussu Simone, Pagiusco
Gaetana, Pegoraro Federico, Polato
Elena, Ramon Nadia,

Editore

Collegio IPASVI di Vicenza
v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza
www.vicenzaipasvi.it

Stampa

Graf. Simonato snc, Fara Vic.no (VI)

Periodico quadrimestrale a carattere
scientifico-professionale.

Sped. in A.P., 45%, comma 20/b, art.2, L. 662/96
Reg. Tribunale di VI n. 997 del 03/04/2001

Norme Editoriali per le proposte di pubblicazione

Verranno presi in considerazione solo lavori originali (non pubblicati in precedenza) il cui contenuto sia di chiaro interesse professionale-scientifico infermieristico.

La pubblicazione del materiale è subordinata al giudizio insindacabile del Comitato di Redazione, il quale si riserva facoltà di apportare piccole modifiche nel contenuto e/o nella forma, comunque in accordo con gli autori.

Ogni articolo esprime l'idea degli autori, i quali si assumono la piena responsabilità di quanto scritto.

Note tecniche: il materiale dovrà pervenire in formato elettronico (word o rtf) via e-mail o su floppy disk, completo di eventuali tabelle o immagini allegate (segnare nel testo, tra parentesi quadre e in grassetto, il punto di inserzione di ogni allegato).

Ogni pagina dovrà essere numerata e nella prima dovrà comparire:

- titolo dell'articolo
- autori (nomi completi e qualifiche professionali)
- data di completamento del lavoro
- recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail)

Le referenze vanno inserite in ultima pagina seguendo i seguenti criteri:

- per le riviste: cognome e nome degli autori, titolo dell'articolo, nome della rivista, numero e anno di pubblicazione.
- per i libri: cognome e nome degli autori, titolo del libro, casa editrice, anno di pubblicazione.
- per gli atti: titolo dell'evento, città, data.

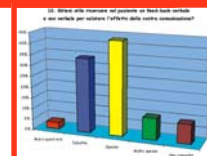
Quando il lavoro coinvolge, a vario titolo, l'istituzione di appartenenza degli autori o soggetti diversi dagli autori, è necessario allegare una liberatoria scritta dai relativi responsabili.

Il materiale inviato non verrà restituito in alcun caso.

Summary

3 Editoriale

5 Tra CARE e CURE L'importanza della comunicazione tra infermiere e paziente



8 L'articolo scientifico: dal pensiero all'atto

11 Assicurazione Professionale

12 Cassa Autonoma di Previdenza IPASVI

13 Infermiera premiata dal Comune di Montecchio



Gli infermieri... 14 Le "verdi zie" della T.I.N. (Terapia Intensiva Neonatale)



19 Agenda

19 Informazioni di Segreteria

L'infermiere d
modello



Inserto

L'infermiere mon^(d)ello

(commento di Gianmaria Fanchin a pag 5)

Editoriale

di Gianmaria Fanchin

In quest'ultimo periodo, la vicenda che più di altre è stata ed è al centro dell'attenzione degli infermieri della nostra provincia, concerne la domanda di iscrizione al corso di Laurea in Infermieristica.

Da una parte la recente conversione del D.L. n.402 del 2/11/01 in Legge (la n.1 del 8/1/02) ha riconosciuto la validità dei diplomi conseguiti in base alla normativa precedente ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica e ai master di primo livello. Dall'altra le Università del Veneto, hanno riconosciuto ai diplomi precedenti un debito formativo da colmare per poter essere ritenuti equipollenti all'attuale corso di Laurea di I livello. Queste posizioni apparentemente contrastanti hanno creato non poche difficoltà tra i colleghi che, in possesso del diploma di maturità, si sono trovati a decidere sul proprio futuro formativo.

Di fatto l'Università di Padova ha già iniziato il percorso di compensazione in rapporto ai titoli posseduti, mentre l'Università di Verona parte in questi giorni (forse anche con la possibilità di seguire i corsi in videoconferenza presso la scuola Infermieri di Vicenza).

Ciò che ci si chiede è questo:

perché devo acquisire la laurea di I livello per accedere a quella di II livello o ai master se esiste una legge che mi consente l'accesso con il precedente diploma?

Per dare una risposta appropriata occorre mettere in rilievo alcuni aspetti sostanziali. Anzitutto va detto che la legge n.1 del 2002 non parla di equipollenza dei titoli, ma semplicemente di validità ai fini dell'accesso dei diplomi precedenti. Questo significa che il legislatore non ha stabilito l'uguale valore dei percorsi formativi, ma ha semplicemente ritenuto di dare uguale possibilità di partecipare alle selezioni per l'accesso alla laurea specialistica e ai master anche a chi fosse in possesso dei precedenti diplomi, universitari o regionali. Questa differenza sostanziale ha lasciato spazio alla valutazione del curriculum formativo da parte delle università in completa autonomia secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero dell'Università 509/99.

Questo debito formativo stabilito dall'università potrà essere colmato subito (acquisendo la laurea di I livello) o in un secondo momento (dopo l'iscrizione ai master o alla laurea specialistica). A questo pun-

to, ciò che risulta forse più rilevante, vista comunque l'attribuzione di un debito formativo, è il calcolo delle opportunità legate alla propria situazione economica per il pagamento delle tasse, alla disponibilità di tempo e di impegno per frequentare i corsi e sostenere gli esami e all'opportunità di usufruire di un percorso attuato per soddisfare un considerevole numero di domande.

Inoltre, dato che chi consegue la laurea di I livello lo fa per proseguire negli studi e nella carriera, risulterà forse più preparato a superare la selezione per l'accesso ai master o alla laurea specialistica chi sarà fresco di studi. Infatti per accedere ai corsi di master di I livello e alla laurea specialistica (circa 80 posti tra Padova e Verona il prossimo anno) sarà necessaria una selezione che consenta l'accesso a chi risulterà più preparato professionalmente.

In effetti quello che risulterà veramente difficoltoso e problematico sarà la possibilità di entrare in una formazione che inevitabilmente sarà a numero chiuso e prevedrà un impegno con obbligo di frequenza dei corsi e magari la partecipazione di esperienze di studio anche all'estero.



@vviso @i n@vig@nti

Chiunque fosse in possesso di una casella di posta elettronica e desiderasse essere informato gratuitamente e tempestivamente sulle attività del Collegio e altre news dal mondo professionale, può iscriversi a **"Infermieri Informati - News"** compilando il modulo on line all'indirizzo www.vicenzaipasvi.it

Tra CARE e CURE: l'importanza della comunicazione tra infermiere e paziente

di Laura Binotto

“E’ possibile postulare che una giusta mescolanza di competenza, di impegno nel servizio e di maggiore facilità nell’uso delle parole e di altre forme di comunicazione produca la più potente ed umana professione che il mondo abbia mai conosciuto.”

(R.J. Bulger)

Secondo il Profilo Professionale dell’Infermiere “l’assistenza infermieristica è di natura tecnica, relazionale, educativa.” Negli ultimi decenni si è potuto assistere ad un incremento sempre maggiore della qualità delle prestazioni sanitarie dal punto di vista tecnico, grazie all’introduzione di strumentazioni ed apparecchiature che garantiscono un supporto tecnologico sempre più all’avanguardia. Pur riconoscendo l’indiscutibile rilevanza della preparazione tecnico-scientifica del personale sanitario ai fini di un’assistenza efficace, è importante chiedersi se a ciò abbia corrisposto anche un miglioramento delle abilità umane e relazionali degli operatori sanitari. Numerosi studi hanno evidenziato che il rapporto tra paziente ed operatore sanitario manifesta carenze soprattutto a livello comunicativo. E’ essenziale sottolineare che il valore di una comunicazione efficace con il paziente all’interno del contesto ospedaliero oltrepassa i limiti del rapporto interpersonale in senso stretto, apportando numerosi benefici, anche a livello economico. Una comunicazione efficace determina innanzitutto un mi-

glioramento della relazione terapeutica: per l’operatore sanitario l’attività lavorativa diventa, in questo modo, più fluida ed in sintonia con gli ideali professionali. A sua volta, ciò determina una riduzione dell’incidenza di *burn out*, apportando benefici oggettivi alla struttura ospedaliera, all’*équipe* e ai pazienti stessi.

Il miglioramento della relazione terapeutica in genere aumenta inoltre la *compliance* del malato al trattamento, producendo non solo un risparmio in disagio emotivo, ma anche un incremento dell’efficacia della cura. Una comunicazione soddisfacente, va quindi considerata in termini di successo terapeutico nella sua accezione più ampia, la quale coinvolge sia l’ambito del *care* che quello del *cure*.

L’affinità sonora di questi due vocaboli anglosassoni è una metafora che ben rappresenta il punto di intersezione tra l’assistenza, quindi il prendersi cura (*care*), ed il trattamento della patologia (*cure*).

Le strategie che rendono efficace la comunicazione tra infermiere e paziente sono spendibili con successo sia nel *care* che nel *cure*. Nei mesi di

Luglio ed Agosto 2001 si è effettuata un’indagine conoscitiva presso 10 Unità Operative dell’Ospedale S.Bortolo di Vicenza allo scopo di valutare la conoscenza teorica e l’attuazione pratica di strategie di comunicazione da parte degli infermieri. L’indagine è stata condotta attraverso un questionario a risposta multipla su un campione di 200 infermieri appartenenti ai seguenti reparti: Medicina 1 maschile, Medicina 2 femminile, Malattie Infettive, Nefrologia, Chirurgia 2 femminile, Otorinolaringoiatria, Ostetricia, Terapia Antalgica, Ematologia, Centro di Salute Mentale.

Il campione è composto da: donne 80%, uomini 19%, incogniti 1%.

Infermieri tra i 20 e 29 anni 46%, tra i 30 e i 39 anni 31%, tra i 40 e i 49 anni 16%, di età superiore ai 50 anni 6%, incognito 1%.

Gli operatori prestano servizio in quel determinato reparto: da meno di 1 anno al 13%, da 1 a 3 anni al 33%, da 3 a 10 anni al 33%, da più di 10 anni al 18%, incogniti 3%.

12 infermieri di Chirurgia, 29 infermieri del Dipartimento di Salute

Mentale, 17 infermieri di Ematologia, 19 infermieri di Malattie Infettive, 13 infermieri di Medicina Femminile, 14 infermieri di Medicina Maschile, 12 infermieri di Nefrologia, 14 infermieri di Otorinolaringoiatria, 20 infermieri di Ostetricia, 5 infermieri di Terapia Antalgica.

L'adesione all'indagine conoscitiva è stata piuttosto elevata: Nefrologia e Terapia Antalgica hanno risposto al 100%, Malattie Infettive all'83%, Medicina Femminile e Ematologia all'81%, Chirurgia ed Ostetricia all'80%, Medicina Maschile al 79%, Otorinolaringoiatria al 71%, Dipartimento di Salute Mentale al 50%.

L'adesione alla ricerca rivela informazioni significative. Infatti, le Unità Operative che hanno risposto meglio dimostrano un notevole interesse al tema della comunicazione, che si traduce in una sensibilità più spiccata verso il paziente, ma anche verso l'équipe curante e verso l'aggiornamento professionale. Tra i reparti caratterizzati da un'adesione elevata all'indagine, si trovano le Unità Operative di Ematologia e di Terapia Antalgica il cui personale è seguito da uno psicologo. I reparti di Malattie Infettive, Medicina Femminile e Nefrologia si sono dimostrati particolarmente attenti alla relazione con i loro pazienti, infatti hanno seguito corsi di aggiornamento e di formazione. Si pone in evidenza che i reparti con un tasso di adesione più basso sono Otorinolaringoiatria, Medicina Maschile e il Dipartimento di Salute Mentale.

Da un'analisi generale dei dati raccolti si evince che il personale infermieristico dispone di validi strumenti teorici riguardanti le tecniche di comunicazione. Infatti, alla maggior parte dei quesiti, gli intervistati hanno fornito risposte corrette e soddisfacenti. Eppure, alcuni elementi hanno messo in luce una discordanza tra le conoscenze teoriche e la loro

applicazione nella pratica quotidiana.

La prima domanda del questionario vuole indagare il modo in cui l'infermiere si pone in contatto con il paziente alla prima interazione. Il 47% degli intervistati ha affermato di presentarsi e di informare il paziente; il 35% ha dichiarato di raccogliere i dati per la cartella infermieristica; il 13% ha risposto che parla "del più e del meno". Nessuno ha scelto l'alternativa: "parlo di me", mentre il 5% ha segnalato diversi comportamenti per iniziare a dialogare con il paziente.

La seconda domanda ha l'obiettivo di quantificare l'utilizzo delle principali tecniche che servono ad aprire la comunicazione. Autoapertura e libere informazioni vengono utilizzate

talvolta o spesso dal 36% del campione, mai o quasi mai dal 13% e molto spesso dall'8%. Il 7% degli infermieri non risponde alla domanda: uno dei motivi potrebbe essere che queste tecniche non sono sufficientemente conosciute. Le domande aperte vengono poste talvolta dal 49% degli operatori e spesso dal 33%. Il 7% non si serve mai di questa tecnica, mentre l'8% la utilizza molto spesso. Le domande chiuse, invece, sono considerate più appropriate in contesti molto dinamici (ad esempio, nelle urgenze chirurgiche) oppure per aiutare pazienti restii alla comunicazione. Il 51% degli infermieri ha risposto di porre domande chiuse talvolta, il 20% spesso, il 17% mai e il 2%

Inserto: L'infermiere mon^(d)ello (commento di G. Fanchin)

La relazione come strategia di lavoro per l'infermiere

L'infermiere fa della relazione un elemento importante per rispondere ai bisogni del paziente.

Qualsiasi atto-gesto che compie, il più specialistico come il più semplice, è accompagnato da una miriade di messaggi, verbali e non, che sostengono e rafforzano l'azione professionale.

L'atto professionale è la risultante finale di un insieme di conoscenze specifiche, di esperienza maturata sul campo, di intuito, di intelligenza che rappresentano la competenza dell'infermiere.

Tuttavia la nostra competenza non è compresa dall'utente, questi non ha i mezzi tecnici per valutare la qualità della nostra prestazione.

L'unico mezzo di cui dispone e che in larga parte utilizza per giudicarci, è il nostro modo di rapportarci a lui, di comunicare con lui.

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività che si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa.

La qualità assistenziale quindi non è determinata solamente dalla qualità dell'atto tecnico (il gesto), perché questa è qualità parziale: qualità totale è anche capacità di comunicare e di educare il paziente.

Un infermiere che non è in grado di rapportarsi con il paziente, che non è in grado di porsi in relazione, o che squalifica il suo agire o il suo dire con i suoi atteggiamenti, è un infermiere che non fornisce un'assistenza infermieristica di qualità.

Essere competenti nell'ambito della comunicazione è molto difficile perché implica delle conoscenze (*sapere*) e degli atteggiamenti (*saper essere*).

Diventare esperti nella comunicazione per essere in grado di metter in atto una relazione efficace con il paziente per un'assistenza infermieristica di qualità, da veri professionisti.

Questo opuscolo, realizzato da una nostra collega da poco diplomata, raccoglie e descrive alcune situazioni paradossali in modo semplice e ironico, ma in grado di farci riflettere.

molto spesso. Il 10% del campione non ha risposto alla domanda.

Il terzo quesito presenta i cinque tipi principali di approccio non verbale. Il contatto visivo e la mimica facciale risultano essere i più utilizzati dal personale. Infatti, il 58% ha risposto di servirsi molto del contatto visivo, il 32% abbastanza, il 6% poco, lo 0% per niente. Per quanto riguarda la mimica facciale, il 69% se ne serve molto, il 23% abbastanza, il 5% poco, lo 0% per niente. Ad entrambe le domande il 3% del campione non ha risposto.

La gestualità viene scelta come tecnica di comunicazione nelle seguenti percentuali: abbastanza al 47%, molto al 36%, poco al 13%, per niente all'1%. La distanza interpersonale viene utilizzata abbastanza dal 43% degli infermieri, molto dal 35%, poco dal 15%, per niente dal 2%. Il 6% del campione non ha espresso la sua opinione riguardo la prossemica. Il contatto fisico, infine, viene messo in pratica abbastanza dal 44% degli intervistati, molto dal 26%, poco dal 20%, per niente dal 6%. Il 4% degli operatori non ha risposto.

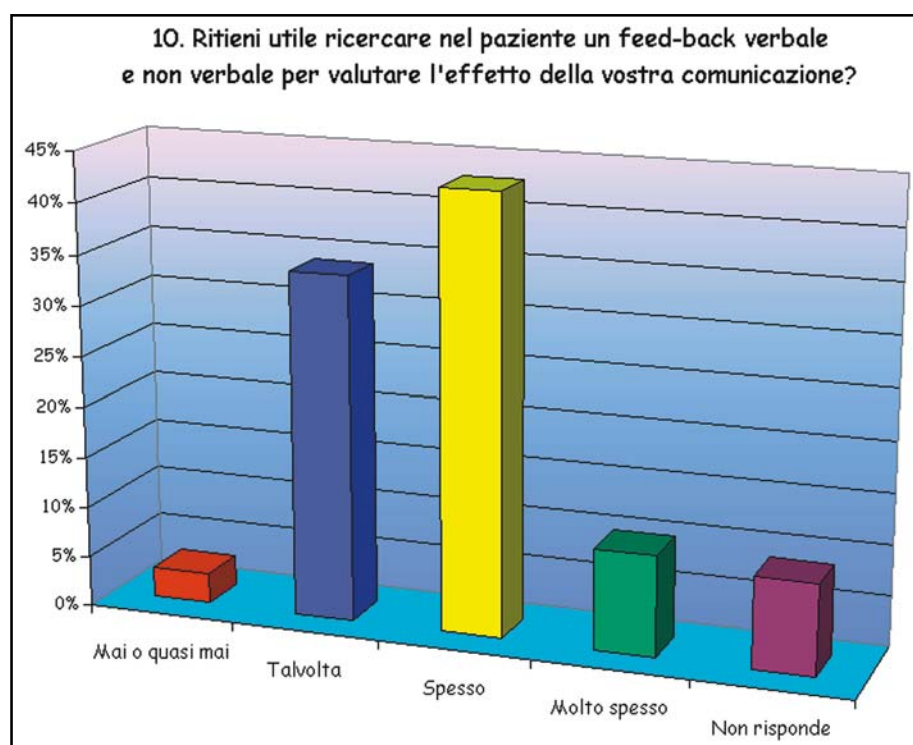
La quarta domanda vuole sondare l'opinione degli intervistati riguardo il rapporto tra comunicazione verbale e non verbale. Il 42% degli infermieri ritiene la comunicazione non verbale molto più espressiva di quella verbale, il 42% abbastanza, il 9% poco, il 3% per niente, il 4% non risponde. Secondo il 21% del campione la comunicazione non verbale è molto coerente a quella verbale, secondo il 43% lo è abbastanza, secondo il 28% lo è poco e secondo il 3% non lo è affatto. Il 6% non ha espresso alcuna opinione. Il 46% degli operatori ritiene che la comunicazione non verbale possa essere abbastanza controllata dalla volontà, il 30% la controlla molto, il 15% poco e il 6% niente. Il 3% del campione non risponde.

Il tema del quinto quesito è la comunicazione paraverbale. Le tre sottodomande sono state poste in ordine decrescente dalla tecnica più nota a quella meno conosciuta. Il 51% degli infermieri ha dichiarato di servirsi spesso di un tono adeguato, il 30% molto spesso, il 14% talvolta, l'1% mai e il 3% non ha risposto. Il 47% del campione ha affermato di parlare spesso lentamente, il 33% talvolta, il 13% molto spesso, il 3% mai, il 4% non ha risposto. Il 38% degli operatori sottolinea talvolta le parole chiave del discorso, il 35% lo fa spesso, il 15% molto spesso, il 9% mai e il 3% non risponde.

La sesta domanda analizza alcuni tipi di risposta al paziente. Il 56% degli infermieri afferma di non utilizzare mai frasi sdrammatizzanti (ad esempio, "non si preoccupi, andrà tutto bene, pensi a chi sta peggio ecc."). In molte realtà, questo tipo di espressioni risultano tuttora molto frequenti. Il 24% degli infermieri se ne serve talvolta, il 10% spesso, il 6% molto spesso, il 5% non risponde. La riformulazione riflessa viene applicata talvolta dal 44% degli intervistati, spesso dal 32%, mai

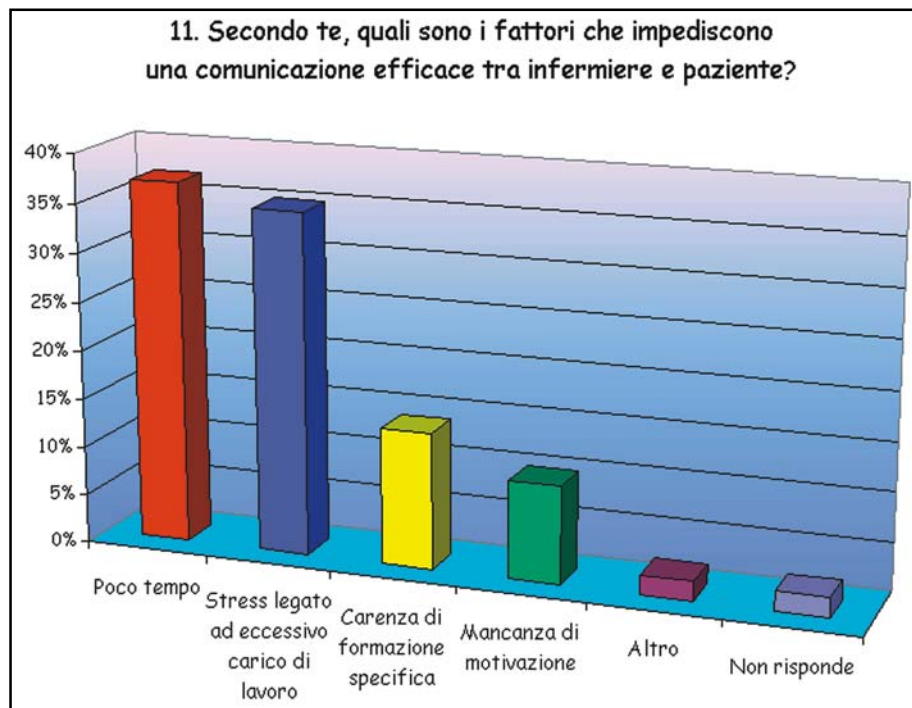
dal 13%, molto spesso dall'8%, il 4% non risponde. La riformulazione chiarificazione viene messa in atto talvolta dal 40% degli infermieri, spesso dal 33%, mai dal 13%, molto spesso dal 6%, l'8% non risponde. La parafrasi viene effettuata talvolta dal 43% degli infermieri, spesso dal 24%, mai dal 19%, molto spesso dal 7%. Il 7% non risponde. Il 40% degli intervistati tende talvolta a fornire soluzioni del problema del cliente, il 34% attua spesso questo tipo di risposta, il 10% non lo fa mai, l'8% si comporta molto spesso in questo modo. Il 9% non risponde. Il 51% del campione afferma che talvolta preferisce stare in silenzio, il 24% mai, il 12% spesso, il 3% molto spesso, il 9% non risponde. La reazione del silenzio di fronte ad una comunicazione importante da parte del paziente può essere anche un meccanismo di difesa e di negazione del problema.

La settima domanda presenta alcune tecniche di ascolto attivo. Il 50% degli intervistati si concentra spesso mentre il paziente parla, il 22% molto spesso, il 18% talvolta, il 2% mai e l'8% non risponde. Il 49% degli infermieri afferma di anticipare il paziente



talvolta, il 33% mai, il 10% spesso, l'1% molto spesso, il 7% non risponde. Il 58% degli operatori talvolta ritiene utile sdrammatizzare, il 19% spesso, il 13% mai, il 4% molto spesso, il 6% non risponde. Il 56% degli infermieri dichiara di non cambiare mai argomento durante la conversazione, il 35% talvolta, il 3% spesso, l'1% molto spesso, il 5% non risponde. Il silenzio viene utilizzato come strategia di comunicazione efficace dal 49% degli operatori talvolta, dal 22% mai, dal 18% spesso, dal 3% molto spesso, l'8% non risponde.

L'ottavo quesito analizza i diversi tipi di postura che possono trasmettere o meno solidarietà e comprensione a colui che parla. Stare seduti guardando il paziente è la posizione più indicata, però essa si dimostra spesso difficile da attuare nel contesto ospedaliero. Il 38% degli infermieri afferma di assumere talvolta tale postura, il 28% mai, il 17% spesso, l'8% molto spesso, il 9% non risponde. Un'altra posizione consigliabile è quella eretta di fianco al paziente: gli infermieri dichiarano di assumerla talvolta al 36%, spesso al 34%, molto spesso al 10%, mai al 7%. Rimanere in piedi in fondo al letto del malato denota di frequente una certa resistenza alla comunicazione. Il 33% degli intervistati ha risposto di non assumere mai questa posizione, il 40% talvolta, l'11% spesso, il 3% molto spesso. Sovente accade che gli infermieri dialoghino con i pazienti mentre svolgono alcune attività (ad esempio, la somministrazione della terapia o le medicazioni). Questo atteggiamento, però, non è auspicabile perché non trasmette ascolto e concentrazione. Il 44% degli intervistati si serve spesso di questa tecnica, il 22% molto spesso, il 18% talvolta, il 3% mai. Il 13% del campione non ha risposto a queste ultime tre sottodomande. I quesiti 7 e 8, riguardanti alcune strategie di



ascolto attivo, hanno totalizzato le percentuali maggiori di intervistati che non hanno fornito alcuna risposta. Si può ipotizzare che ciò dipenda da un deficit di conoscenze sull'argomento o da una scarsa applicazione delle tecniche di ascolto.

Il nono quesito, cerca di analizzare come gli infermieri concludono l'interazione con i malati. Il 42% degli intervistati ha affermato che talvolta riassume il contenuto del colloquio, il 26% mai, il 18% spesso, il 6% molto spesso, l'8% non risponde. La tecnica del riassunto, come già spiegato nei capitoli precedenti, è molto utile perché trasmette attenzione, permette di preparare il paziente a ciò che gli accadrà, fornisce spunti per la successiva comunicazione. Il 65% del campione ha risposto di servirsi spesso della tecnica del rinforzo, il 18% talvolta, il 16% molto spesso, lo 0% mai, l'1% non risponde.

La decima domanda valuta la frequenza di rilevazione del *feed back* del paziente, che, secondo la bibliografia, viene osservato molto raramente. Gli intervistati hanno così risposto: 43% spesso, 34% talvolta, 10% molto spesso, 3% mai, 9% nes-

suna risposta.

L'undicesima domanda, molto importante, richiede agli infermieri di individuare i principali motivi che impediscono una comunicazione efficace con il cliente. Gli intervistati potevano scegliere più alternative. Il 37% degli infermieri ritiene che il poco tempo sia la causa principale ostacolante il dialogo, il 35% ritiene responsabile lo stress legato all'eccessivo carico di lavoro. Il 14% mette in evidenza una carenza di formazione specifica, il 10% attribuisce responsabilità alla mancanza di motivazione. Il 2% non risponde.

Al dodicesimo quesito, l'81% degli intervistati ha risposto che desidera ampliare le proprie conoscenze inerenti la comunicazione con il paziente, il 14% ha risposto negativamente. Il 6% non ha espresso alcuna opinione.

Alla richiesta da parte della quasi totalità degli infermieri di una formazione più approfondita in questo ambito si è cercato di rispondere attraverso la creazione dell'opuscolo allegato, il quale mira ad illustrare con il sorriso le fondamentali strategie per mettere in atto una comunicazione efficace con il paziente.

L'articolo scientifico: dal pensiero all'atto

a cura di Cariolato Massimo, Lussu Simone, Pagiusco Gaetana, Polato Elena, Ramon Nadia

Relazione tenuta da: dott. Renato Zambello¹, il 29 novembre 2001 al corso "la carriera infermieristica: come costruirla e con quali strumenti" organizzata dal Collegio IPASVI di Vicenza.

Perché scrivere un articolo

Con la pubblicazione di un articolo scientifico gli autori hanno la possibilità di offrire il proprio pensiero e condividerlo con la comunità scientifica di cui fanno parte.

Si scrive un articolo quando ci sono dei dati nuovi che aggiungono conoscenza, ci sono controversie con quanto noto, vi è una definizione di un metodo migliore per fare qualcosa o vi è la conferma di qualcosa che richieda conferma.

L'articolo scientifico è l'espressione di un progetto messo in atto da un professionista o da un'equipe, quindi è anzitutto necessario ripercorrere tutte le fasi di pianificazione del lavoro: non si "inventa" niente, ma semplicemente si descrive il percorso logico che si è fatto.

Bisogna pensare di scrivere un articolo già in fase di progettazione del proprio lavoro: per questo potrebbe essere utile raccogliere qualsiasi tipo di appunto in merito a materiali, metodi ed evoluzione del progetto.

Nella pianificazione del lavoro scientifico è importante disegnare chiaramente gli esperimenti messi in atto; non si devono cercare conclusioni generiche, ma rispondere a quesiti specifici.

Infine il confronto critico con altri membri della propria comunità scientifica risulta essere necessario.

Come scrivere l'articolo

Il messaggio deve essere trasmesso nel modo più chiaro possibile: la mistificazione appartiene alla magia (e non alla scienza), l'ostentazione e l'oscurantismo sono convinzioni della letteratura scientifica più scadente.

Le parti fondamentali dell'articolo sono quattro:

1. introduzione
2. materiali e metodi
3. risultati
4. discussione

Dopo aver stabilito con chiarezza ciò che si vuol comunicare del proprio lavoro, si cominciano a rivelare materiali e metodi per poi scrivere i risultati, eventualmente supportati da tabelle e/o figure.

Successivamente si prepara l'introduzione e poi la discussione.

Infine si sceglie il titolo e si scrive l'abstract.

E' utile una rilettura critica del lavoro dopo 10-15 giorni; in questa fase si apportano le ultime modifiche.

¹ Università di Padova sezione di Immunologia Clinica

Introduzione

L'introduzione è la parte iniziale dell'articolo e deve essere abbastanza interessante da tentare il lettore leggere il resto dell'articolo. Deve inoltre essere sufficientemente informativa, in modo che anche un lettore non specialista dell'argomento sia in grado di comprendere il lavoro.

L'introduzione ha una sua organizzazione e si compone in tre parti fondamentali:

1. **ciò che è noto** di un determinato argomento, il terreno conosciuto su cui ci si muove;
2. **ciò che non è noto**, che non si conosce, che è problematico;
3. **una ipotesi**, una domanda, cosa si sta cercando di scoprire.

Materiali e metodi

La funzione di questa sezione è quella di raccontare al lettore che cosa è stato fatto per rispondere alle questioni poste nell'introduzione, con sufficienti dettagli e referenze da mettere un lettore preparato nella condizione di ripetere gli esperimenti esattamente come sono stati fatti.

E' estremamente importante che durante la progettazione del lavoro si delineino le tappe che si intendono seguire, al fine di renderlo riproducibile a distanza di tempo anche da altre persone; la riproducibilità di un lavoro è la base perché possa avere valore in ambito scientifico. Produrre un lavoro che non sia riproducibile da altri, o che viene presentato in modo impreciso da non poter essere ripetuto, non è corretto.

E' consigliabile parlare di un argomento alla volta e la descrizione deve essere chiara, semplice (priva di

dettagli non necessari o di ripetizioni), completa e possibilmente organizzata in un unico paragrafo.

E' utile descrivere il protocollo sperimentale all'inizio dei metodi.

Risultati

In questa sezione vengono riportati i risultati degli esperimenti descritti nei materiali e metodi, nonché i dati che li supportano.

Non bisogna confondere i risultati con i dati: i dati riguardano fatti, sono numeri ottenuti da esperimenti e osservazioni. Possono essere grezzi, presentati come somma o trasformati.

I risultati sono messaggi generali che interpretano i dati. Al contrario dei risultati i dati non possono reggersi da soli.

In questa sezione vanno enfatizzati i risultati utili a rispondere ai quesiti posti nell'introduzione, mentre dovranno essere subordinate od omesse tutte le altre informazioni (siano esse metodi, dati o risultati).

Discussione

Nella discussione è necessario rispondere alle domande poste nella introduzione, e spiegare (o difendere) le proprie risposte.

La spiegazione (o difesa) deve essere presentata in maniera graduale così che il lettore possa seguire il processo logico attraverso cui si è arrivati alla risposta. In altre parole, presentare i dettagli scientifici non è abbastanza, si dovrebbe anche spiegare il proprio pensiero. Questo aspetto è altrettanto importante dei dettagli scientifici. E' tanto importante il risultato quanto la descrizione della storia di come ci si è arrivati.

La prima stesura di un manoscritto

Quando...

- + dati nuovi che aggiungono conoscenza
- + pongano controversie con quanto noto
- + definizione di un metodo migliore per fare qualcosa
- + conferma di qualcosa che richieda conferma

La prima stesura di un manoscritto

Come...

- + Valuta con attenzione i dati da utilizzare
- + Rivedi i metodi già scritti all'inizio della ricerca
- + Scrivi i risultati, costruendo le tabelle e le figure
- + Scrivi l'introduzione e la discussione
- + Scrivi il titolo e l'abstract
- + Ricontrolla il lavoro non appena completato
- + Lascia il manoscritto da parte per un certo periodo (una settimana o più) e rileggilo in maniera critica

Nel fare ciò, si deve porre in evidenza quanto c'è di nuovo in relazione ai propri risultati e la ragione per cui sono importanti, semprechè non sia ovvia.

In discussione vanno menzionati i risultati più rilevanti, citando tabelle e figure presenti nel lavoro, e vanno anche citati i risultati di altri gruppi, eventualmente dando spiegazione sulle differenze.

Nella discussione è necessario citare tutto quello che è utile per capire un risultato, anche lavori fatti da altri, che si erano trovati documentandosi e leggendo all'inizio del proprio lavoro di revisione bibliografica.

Se rilevante, vanno discussi i seguenti punti

- a) possibili errori nei tuoi metodi
- b) possibili limitazioni nei metodi
- c) la validità delle tue ipotesi
- d) ipotesi alternative
- e) dati che non concordano con la tua ipotesi

Se risulta utile in questa sezione si possono descrivere le possibili implicazioni del tuo lavoro: attenzione però a non esagerare con le estrapolazioni, e di non sovrastimare (o sottostimare) le proprie conclusioni.

L'organizzazione della discussione costituisce un saggio in miniatura, e come tale deve presentare una parte iniziale, una centrale ed una finale.

La parte iniziale dovrebbe contenere le risposte alle domande, con eventuali spiegazioni, se necessari, a difesa dei propri dati.

La parte centrale dovrebbe discutere gli argomenti strettamente correlati alle risposte ed eventualmente quelli meno correlati in un secondo momento (se opportuno)

La parte finale (ultimo paragrafo) dovrebbe richiamare le risposte alla domanda iniziale o fare considerazioni di particolare interesse od entrambi.

Le figure e tabelle

Le figure e le tabelle chiarificano o amplificano determinati punti posti nel testo. Il vantaggio delle figure e delle tabelle è l'impatto visivo: l'informazione è data in maniera più efficace di quanto possa dare il testo.

I principi generali da seguire per l'uso di figure e tabelle si possono sintetizzare in:

1. focalizzare su un unico dato ciascuna figura o tabella
2. costruire figure e tabelle chiare e semplici
3. ciascuna figura o tabella dovrebbe essere comprensibile anche senza riferimento al testo

Il numero totale delle figure e tabelle deve essere il minimo necessario per fornire il messaggio voluto.

Titolo

Il titolo è la chiave attraverso cui il proprio lavoro si presenta al mondo scientifico e ne definisce la natura del soggetto e lo scopo.

Il titolo è la parte più letta di tutto il lavoro, se è descrittivo e chiaro, i possibili lettori non avranno dubbi

Materiali e Metodi

scopo

La funzione di questa sezione è quella di raccontare al lettore che cosa è stato fatto per rispondere alle questioni poste nell'introduzione, con sufficienti dettagli e referenze da mettere ad un lettore preparato nella condizione di ripetere gli esperimenti esattamente come sono stati fatti.

Materiali e Metodi

Materiali: che cosa è stato esaminato (materiale sperimentale, animali)

Metodi: *protocollo sperimentale*
Variabili indipendenti
Variabili dipendenti
Controlli

perché è stato fatto (proposito)

come è stato fatto (metodi di manipolazione e di misura e di osservazione)

come è stato *analizzato* (metodi di analisi, statistica)

Linee guida per scrivere i Metodi

- Parlare di un argomento per volta
- Il protocollo deve essere *chiaro*. Per esserlo, deve:
 - a. *semplice* (privo di dettagli non necessari, o ripetizioni)
 - b. *completo* (descrizione delle variabili indipendenti, dipendenti e controlli)
 - c. *organizzato* in un unico paragrafo
- utile descrivere il protocollo all'inizio dei metodi

sul potenziale interesse del lavoro; al contrario, se è inaccurato, c'è il rischio che il lavoro sia tralasciato.

Sommario (abstract)

La funzione è di riportare l'essenza del lavoro. Non deve essere né troppo vago né troppo dettagliato, ma specifico e selettivo. Non deve essere troppo lungo (non oltre 250 parole), perché, come indicato dal nome, non deve indicare tutte le informazioni del lavoro ma selettivamente le informazioni più importanti di ogni sezione del lavoro.

Deve essere scritto in modo tale che una volta letto permetta una chiara comprensione del lavoro anche a chi non lo leggerà. Questo perché spesso abstract e titolo sono le uniche cose lette di tutto il lavoro.

Le parti che compongono il sommario si possono schematizzare in questo modo

- a. Scopo: definire chiaramente l'ipotesi testata
- b. Materiali e Metodi: indicare chiaramente la specie studiata e il protocollo di studio.
- c. Risultati: vanno inclusi solo i dati più significativi
- d. Conclusioni: indica le conclusioni più importanti, in maniera breve ma precisa

Referenze (bibliografia)

La bibliografia va raccolta durante la stesura dell'articolo.

Le referenze devono essere selettive non esaustive, vanno citate le prime e più importanti referenze rilevanti per l'articolo. Devono essere accurate: controllare sempre che le referenze nel testo corrispondano all'argomento citato



Assicurazione professionale per responsabilità civili contro terzi

Nel mese di dicembre 2001 il Collegio IPASVI di Vicenza ha chiarito alcuni dubbi con "La Fondiaria Assicurazioni Spa" in merito ad una Polizza assicurativa stipulata qualche anno fa tra le due parti sopramenzionate.

Si precisa quindi che ogni iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza è coperto da una assicurazione professionale, per responsabilità civili contro terzi, con un massimale di euro 516.456,90 (1 miliardo di lire) per evento dannoso, anche in caso di rivalsa.

Per tanto "La Fondiaria Assicurazioni Spa" interverrà a favore degli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza nei seguenti casi:

1. in prima istanza per gli eventi dannosi intercorsi nell'esercizio della professione al di fuori di strutture già assicurate
2. in seconda istanza, e complementariamente, nel caso in cui sia già intervenuta l'assicurazione della struttura di cui l'operatore è dipendente
3. in ultima istanza, ma non meno importante, in caso di rivalsa dell'Assicurazione dell'Azienda nei confronti dell'operatore dipendente.

Per maggiori informazioni:

Collegio IPASVI di Vicenza

Viale Trieste 29/C - 36100 Vicenza
tel./fax: 0444 303313
vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

La Fondiaria Assicurazioni

P.le A. De Gasperi 13 - 36100 Vicenza
tel.: 0444 544011 - fax: 0444 544487
lafondvi@tin.it

Cassa Autonoma di Previdenza IPASVI

brevi note in merito ai dubbi relativi agli obblighi di iscrizione per alcune attività professionali

di **Daniela Bottene**

dottorssa commercialista, consulente per il Collegio IPASVI di Vicenza in materia di Libera Professione

La Cassa Nazionale di Previdenza IPASVI è un ente di previdenza autonomo riservato alla professione infermieristica esercitata in regime libero professionale.

Con l'approvazione dello Statuto e del Regolamento, avvenuta con decreto interministeriale del 28 marzo 1998, è iniziata l'attività effettiva della Cassa e sono stati previsti gli elementi fondamentali necessari per il funzionamento della stessa.

Sono stati pertanto definiti:

- la natura e le finalità della cassa
- il suo funzionamento
- gli Organi Istituzionali e i loro compiti
- la gestione finanziaria dei fondi raccolti
- i contributi obbligatori a carico degli iscritti
- le prestazioni previdenziali ed assistenziali erogabili
- i soggetti che devono essere obbligatoriamente iscritti alla Cassa.

Quest'ultima scelta è stata compiuta con l'assenso dei Ministeri vigilanti, alla luce della Legge 335/95 e del D.Lgs. 103/96 che "hanno sancito l'obbligatorietà di tutela previdenziale per tutti i professionisti che esercitano in regime libero professionale e che fino a quel momento non disponevano di specifiche Casse".

La Cassa Autonoma di Previdenza IPASVI è quindi riservata a tutti coloro che, iscritti ai Collegi IPASVI, esercitano l'attività libero professionale nelle forme e nei modi previsti dall'art. 4 dello Statuto e dall'art. 1 del Regolamento.

Gli articoli citati stabiliscono che sono obbligatoriamente iscritti tutti coloro che esercitano attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato:

- individualmente,

- in forma associata o in Società professionali,
- in qualità di soci di Cooperative sociali,
- sotto forma di collaborazione coordinata e continuativa.

Nelle previsioni statutarie e regolamentari, pertanto, l'obbligo di iscrizione all'ente è stato esteso anche a quanti svolgono l'attività in qualità di soci di cooperative sociali od operano con contratto di collaborazione coordinata e continuativa; infatti, nell'esaminare le diverse forme di esercizio dell'attività libero professionale, per i soci di cooperative e per i collaboratori coordinati e continuativi era stato considerato prevalente l'aspetto professionale insito in tali rapporti.

Tale previsione è stata recentemente riesaminata, seppur non modificata, anche alla luce delle modifiche normative di natura fiscale e previdenziale che hanno interessato i rapporti di collaborazione coordinata e continuativa ed il regime dei soci lavoratori di cooperative.

Collaborazioni coordinate e continuative

La Legge 342 del 21/11/2000 (il Collegato alla Finanziaria 2000) ha assimilato da un punto di vista fiscale le collaborazioni coordinate e continuative ai redditi di lavoro dipendente ed il Ministero delle Finanze ha esteso tale assimilazione agli aspetti previdenziali; tale previsione comporterebbe l'obbligo di versare i contributi previdenziali all'INPS, anziché alla Cassa IPASVI, così come previsto dallo Statuto e dal Regolamento istitutivo dell'Ente stesso.

La posizione non è stata ad oggi chiarita, ma le casse di Categoria, e fra queste la Cassa IPASVI, concordano nel ritenere che i contributi previdenziali relativi ai

collaboratori coordinati e continuativi debbano essere versati alle rispettive Casse professionali, stante il carattere professionale delle prestazioni svolte.

L'INPS, seppur non ufficialmente e non uniformemente, sembra aver recepito tale posizione, accettando l'iscrizione alla propria Cassa dei professionisti che svolgono l'attività professionale attraverso contratti di collaborazione coordinata e continuativa.

L'infermiere che esercita attività libero professionale sotto questa forma deve quindi versare i contributi previdenziali solo ed obbligatoriamente alla Cassa Autonoma di Previdenza IPASVI.

Soci lavoratori di cooperative sociali

La posizione dei soci lavoratori di Cooperative (confusa tra lavoratore dipendente e professionista coinvolto nella gestione dell'impresa) è stata recentemente (31/10/2001) chiarita con l'emanazione di un decreto legislativo di attuazione di quanto disposto dalla Legge 142 del 03/04/2001.

Tale decreto ha equiparato i contributi dei soci lavoratori di cooperativa a quelli dei dipendenti delle imprese, rafforzando la posizione di quanti ritengono che i contributi previdenziali degli infermieri soci di cooperative sociali debbano essere versati all'INPS e non alla Cassa Previdenziale IPASVI.

In tale direzione si era già mossa la Cassa; infatti, al fine di non far ricadere sugli infermieri l'onere di una doppia imposizione contributiva (obbligo di versamento dei contributi alla Cassa e contestuale versamento INPS), l'Ente ha sospeso la richiesta di versamenti e resta in attesa di chiarimenti ufficiali.

Per ulteriori informazioni: dott.ssa Daniela Bottene (previo accordo telefonico con la Segreteria del Collegio IPASVI - tel. 0444/303313)

Il Comune di Montecchio Maggiore premia un'infermiera per una tesi di laurea.

Venire a conoscenza che un lavoro di rilevanza scientifica quale può essere una tesi di laurea viene selezionato a concorso per l'assegnazione di un premio è sempre una notizia che suscita interesse. Se poi tale elaborato è stato scritto da una collega infermiera, sicuramente fa ancora più piacere. Il giorno 12 gennaio di quest'anno presso il Municipio di Montecchio Maggiore Margherita Meggiolaro, AFD della Chirurgia I dell'Ospedale di Vicenza attualmente in aspettativa per maternità, ha ricevuto il premio "Cola Galassini" per la sua tesi di laurea. Infatti, nell'anno accademico 1998/99 Margherita ha discusso il suo elaborato intitolato "La nascita dell'A.N.D.O.S. nell'Ovest Vicentino: validità riabilitativa e significato educativo per le donne operate di tumore al seno" come esame di laurea in Scienze dell'Educazione presso l'Università di Padova. Erano in concorso anche altri elaborati, con argomenti riguardanti la realtà locale di Montecchio Maggiore, che hanno comunque ottenuto premi di minor rilievo. Tra le motivazioni che hanno portato la commissione a valutare e riconoscere meritevole il lavoro della collega, rilevano quelle di chiarezza e semplicità nella stesura, con la conseguente facilità di approccio anche da parte dei "non addetti ai lavori"; inoltre l'argomento trattato suscita l'interesse di un elevato numero di cittadini, i quali sentendosi molto vicini al problema, ritengono fondamentale la presenza nel proprio territorio di un'associazione di volontariato che sostenga la persona malata in maniera che possa compiere il proprio "percorso di liberazione e riconquista interiore". Questo è stato uno dei motivi motore che ha guidato la neodottoressa nella scelta del contenuto della tesi, la quale, emozionata ed orgogliosa che il suo lavoro sia stato compreso e positivamente valutato afferma che "questa fragile vita, tra la nascita e la morte, diventa compimento se è dialogo". Con questo risultato, non si può far altro che congratularsi con Margherita!

Federico Pegoraro

Vivere di tumore

abstract

Parlare di tumore al seno significa parlare della patologia che più frequentemente colpisce la donna, ben una su nove ha la probabilità di sviluppare nel corso della vita, il cancro della mammella.

Se l'incidenza di questa malattia è aumentata significativamente (85 nuovi casi ogni 100.000 donne), al contempo, si registra una diminuita mortalità (43,6 %).

Ma come cambia il significato dell'esistenza, quale prospettiva di vita si pone la persona che diviene consapevole di essere affetta da un tumore, quali meccanismi di difesa vengono messi in atto, come si modifica il vissuto, con quale fatica si affronta il quotidiano? Questa tesi non ha la presunzione di dare risposte, essa vaglia gli strumenti "materiali e morali" di cui le donne dispongono, le risorse umane che possono aiutare questa particolare fase della vita.

La malattia infatti costringe la persona a "prendere in mano se stessa, il proprio esistere, la direzione del suo pensiero e della sua azione".

L'essere ammalati è il segno più evidente del limite dell'essere umano: fa sperimentare la dipendenza, il rifiuto, la discriminazione tra ciò che è sano e ciò che è malato, umilia l'orgoglio, mina il rispetto di sé stessi fino ad intaccare le radici dell'autostima, interrompe l'autorealizzazione, il "racconto" di una storia.

Solo in un'ottica di superamento di questa negatività portata dall'evento tumorale, si può trovare la forza che conduce al cambiamento aprendo la strada a nuovi orizzonti impensati, dove le cose di sempre aggiungono altri significati, dove viene ridefinita la gerarchia dei valori, dove la persona ritrova il proprio io più profondo.

Il termine cancro evoca morte e l'alone metaforico che circonda tale patologia ricorda la peste e la TBC dei secoli scorsi; questo immaginario collettivo provoca un disagio sociale che può determinare l'isolamento di chi è malato, la paura di intrattenere relazioni. Uno sguardo diverso pesa sulla persona malata; tutti i rapporti subiscono una mutazione: emergono timori ancestrali, iperprotezione, compassione, elusione, allontanamento che fa sentire l'altro un "diverso".

"Benché la percentuale di morti di ogni generazione sia del 100%, il fatto di sapere che riguarda noi, i nostri cari, che sarà tra poco, forse oggi stesso, può diventare inaccettabile", in una società che ha il tabù della morte e il culto della vita effimera ed edonista.

Tuttavia la malattia, curabile o incurabile che sia, deve essere "compresa" nell'esistenza per non togliere a quest'ultima ciò che la qualifica maggiormente: il senso.

Dare un significato a ciò che si sta vivendo, senza negazioni, rifiuti, chiusure, false illusioni, può allargare lo spazio della speranza, facilitare il processo di guarigione in un cammino di trasformazione che aiuta a "guarire dentro", a rinnovare il rapporto con la vita. Non è solo il corpo ad essere ferito, c'è un'unità tra mente e soma che è inscindibile, che va oltre la mutilazione, verso una nuova percezione di se stessi.

Il volontariato, l'auto-aiuto, l'essere presente in alcuni momenti importanti, la condivisione reciproca e l'impegno disinteressato, contraddistinguono i segni di un'umanità ritrovata che sconfigge la solitudine determinata dalla malattia. Insieme si ricercano motivazioni forti per chiamare a raccolta le energie, per realizzare ciò che conta, per porsi traguardi raggiungibili nel "qui et ora", per fare scelte essenziali. L'A.N.D.O.S (Associazione nazionale donne operate al seno) promuove, insieme a tanti altri obiettivi, questo percorso di liberazione e riconquista interiore della persona. Queste attività fatte da luoghi, strumenti, incontri, relazioni, dove le donne sono protagoniste, esulano dal semplice volontariato, richiedendo predisposizione, razionalità, preparazione, formazione specifica, pur senza sovrapporsi ad altre competenze professionali. A gestire tutto il processo riabilitativo, inteso in senso lato, è la donna stessa, a cui vanno forniti gli "strumenti" necessari a divenire "terapista di se stessa".



Gli infermieri...

a cura di **Sonia Dal Degan**

Le verdi zie della T.I.N. ***(Terapia Intensiva Neonatale)***

Siamo infermiere, responsabili del nostro progetto professionale, ma abbiamo anche una vita personale e familiare. Siamo mamme e spesso “zie” di tutti i bambini. Così si definiscono le infermiere della Terapia Intensiva Neonatale dell’Ospedale San Bortolo di Vicenza. E così le dichiarano anche tutti i bigliettini di ringraziamento che tappezzano le pareti dell’entrata del reparto e così le dipingono pure le foto dei bimbi che, in pericolo di vita, sono stati affidati alle cure amorevoli delle “zie” dal vestito verde, dalle mani veloci e sicure, dalla voce allegra e rassicurante.

Accanto, le altre fotografie che testimoniano i successi, i risultati di tanto impegno, frutto della collaborazione non solo tra colleghi, ma anche con altre diverse figure che ruotano attorno ad un così grande esempio di celebrazione della vita.

Infermieri, medici, volontari, psicologi che uniscono esperienza, competenza e sensibilità e si rinnovano ogni giorno superando insieme i limiti della routine quotidiana. Si stimolano reciprocamente nella continua ricerca del miglioramento dei servizi e del rinnovamento in ambito professionale e personale.

L’intervista che segue mi ha fortemente coinvolta, perché oltre ad essere infermiera, interessata all’aspetto professionale di questo meraviglioso modo di prendersi cura di un paziente, sono anche una mamma da pochissimo tempo e ho potuto/dovuto vivere di persona la realtà di questo reparto.

L’infermiera che cortesemente si è prestata per l’intervista è Margherita Giolo che da circa 12 anni lavora nella T.I.N. con tutta l’équipe, con un entusiasmo davvero contagioso, adoperandosi in particolar modo per il miglioramento continuo delle tecniche e dell’approccio relazionale.

Margherita, cominciamo con il presentare il reparto di terapia Intensiva Neonatale.

La T.I.N. dell’ospedale San Bortolo di Vicenza è una sezione all’interno del reparto di Pediatria. Molto presto però le sarà destinato un intero reparto nel dipartimento materno-infantile, che dovrebbe occupare parte del quinto lotto, ancora in fase di completamento. Questa destinazione, finalmente appropriata al tipo di terapia intensiva, permetterà di ridurre drasticamente alcuni disagi. Prima di tutto saranno favoriti gli interventi proposti per la relazione madre-bambino e tutti gli interventi per l’utente, la gestione degli spazi per le attività quotidiane, la gestione del materiale, il facile accesso dalla sala parto e il più idoneo controllo delle infezioni.

La nostra T.I.N. o sezione di Patologia Neonatale è classificata di secondo livello, accoglie principalmente pazienti neonati che necessitano di sostegno respiratorio, cardiocircolatorio, nutrizionale e motorio.

Attualmente la T.I.N. è suddivisa in tre stanze: Terapia Intensiva (sei culle Isolette, quattro respiratori, due C-PAP nasale, una ISO da trasporto dotata di respiratore), stanza di semintensiva (da cinque a sette posti tra incubatrici e lettini riscaldati), Stanza Cicogna o pre-dimissione (otto lettini in parte semplici e in parte riscaldati).

Il gruppo infermieristico è composto da 18 unità, di cui tre in part-time. In turno sono previste tre infermiere (di cui almeno 2 esperte per la criticità del paziente). L’assegnazione avviene a rotazione ed è stabilita dalle Infermiere stesse, ciò per favorire la conoscenza

delle diverse problematiche e garantire un’assistenza improntata sulla rilevazione dei bisogni e sul raggiungimento degli obiettivi.

Il nostro lavoro è molto vario, l’assistenza di base ai piccoli pazienti (alimentazione, terapia, igiene), la gestione delle urgenze, le loro visite mediche giornaliere non sono le uniche attività. Pulizia e disinfezione delle culle, accompagnamento dei pazienti alle visite specialistiche, accoglimento, gestione ed educazione al genitore per tutto ciò che riguarda la degenza e la dimissione, intervento in sala parto, sono solo alcune delle numerose attività che quotidianamente ci impegnano e alle quali si aggiunge tutta la gestione del materiale di farmacia, dei presidi e della biancheria di uso quotidiano. Inoltre fungiamo da punto di riferimento per i genitori dei pazienti (ricoverati o

dimessi), cercando di dare risposte alle loro richieste di consulenze, pareri, informazioni e suggerimenti. Altro grosso impegno è rappresentato dall'attività di tutor clinico: periodicamente seguiamo gruppi di 5-6 studenti universitari del corso di laurea in infermieristica.

Infine, all'interno del reparto funziona un gruppo di lavoro e di studio che ha come obiettivo primario la formazione permanente degli operatori.

Quali sono le modalità di accesso al vostro reparto e quali le caratteristiche dei vostri speciali pazienti?

Al nostro reparto si accede dalla Sala Parto, con la quale c'è uno strettissimo rapporto di collaborazione per i neonati problematici, dall'Assistenza Neonatale (Nido), da altri ospedali, dal domicilio nel caso di bambini critici che hanno pochi giorni di vita (considerato che il nostro ospedale non ha una terapia intensiva pediatrica).

La gravità di ogni problema è in diretta dipendenza dell'età gestazionale del neonato.

I nostri piccoli pazienti vengono suddivisi in:

- bambini nati pre-termine
- bambini nati a termine ma con presenza di patologie.

Il neonato pre-termine ha caratteristiche fisiopatologiche del tutto particolari a causa della immaturità e dello scarso sviluppo di numerosi organi e apparati (respiratorio, digerente, immaturità omeostasi termica, funzionalità renale, sistema nervoso, infezioni, funzionalità epatica, occhi) di cui dobbiamo tener conto e avere una sensibilità particolare nel cogliere le piccole variazioni significative che portano spesso a complicanze importanti.

Nel gruppo dei nati a termine, ma con presenza di patologie fanno parte una vasta gamma di bambini: bimbi con malformazioni congenite (cardiopatie, labiopalatoschisi, sindrome di Pierre Robin e malformazioni varie), bimbi nati

da madri che durante la gravidanza hanno contratto gravi patologie infettive (toxoplasmosi, infezione da citomegalovirus, epatiti, infezioni da HIV, ecc.) o affette da altre gravi patologie.

Come si colloca nel panorama dei servizi sanitari dell'ospedale di Vicenza il reparto T.I.N.?

Il 50% delle infermiere in servizio presso la T.I.N. vanta una esperienza più che decennale. Questa lunga esperienza ha fatto maturare una grande competenza e autonomia sia per l'organizzazione interna sia per la cura del neonato. Questo ha reso possibile un aumento dei ricoveri presso questo servizio, ma anche un aumento delle tipo di patologie trattate. Quando finalmente questo reparto potrà occupare una spazio più idoneo allora potrà ottenere anche il riconoscimento che merita. Siamo convinti che non molti colleghi, se non per esperienza personale, sono a conoscenza delle attività che questo reparto ospita, ed anche alla presenza degli operatori Shatzu, al tipo di relazione che si instaura con il genitore, alla marsupio-terapia.

Puoi chiarire l'aspetto dell'autonomia nella cura del paziente di cui hai parlato?

La figura del medico è presente in reparto per l'esecuzione del giro medico e su chiamata per le urgenze. La nostra attività è certamente guidata da protocolli stabiliti e concordati con i pediatri, ma ogni giorno prendiamo piccole e grandi decisioni in autonomia che riguardano i pazienti. Siamo noi a stabilire che un bambino, dopo aver valutato il grado di autonomia, può passare dall'incubatrice al lettino, dapprima riscaldato, e quindi in pre-dimissione.

L'accoglimento del genitore, diverso tra madre e padre, spetta a noi. A noi spettano le presentazioni tra genitori e figli. In questo momento ci giochiamo le nostre carte per instaurare il giusto rapporto. Poniamo le basi per

quell'alleanza terapeutica, che non possiamo proporre al paziente stesso, indispensabile per il buon esito di tutti gli interventi medici e non.

Molto importante è il momento della dimissione del bambino. Di solito dedichiamo almeno mezz'ora ai genitori per dare loro tutte le spiegazioni necessarie. Loro sono liberi di chiedere tutto ciò che vogliono e noi riusciamo a dare il meglio, perché l'utente stesso ci riconosce quell'autorevolezza che ci gratifica e ci stimola.

Le caratteristiche dei vostri piccoli pazienti richiedono capacità, tecniche, conoscenze particolari per la cura e l'assistenza di base e ancora di più dell'urgenza. Quando un nuovo infermiere può essere considerato capace, esperto e competente?

Prima di tutto ci vuole una predisposizione personale a prendersi cura del paziente bambino. In qualche caso l'infermiere capita in questo reparto e scopre di avere una dote particolare per svolgere la sua professione in una T.I.N. Molto più spesso è una scelta fatta consapevolmente. Come ogni terapia intensiva abbiamo a che fare ogni giorno con farmaci salvavita. In tasca non mancano mai calcolatrice e tabelle di dosaggi, che naturalmente variano a seconda del peso del neonato. Dopo un anno un nuovo infermiere affiancato ad uno esperto impara le tecniche, applica protocolli, comprende e si integra nella particolare organizzazione delle manovre e delle relazioni con i genitori. Ciò che richiede molto più tempo è l'acquisizione della capacità di valutare le condizioni di salute in senso globale (l'occhio clinico), capire le necessità del paziente, il quale non essendo in grado di comunicare manifesta i suoi bisogni attraverso altri segnali per i quali sono necessari più anni di esperienza e soprattutto formazione continua, aggiornamenti, confronti con le altre figure sanitarie.

Quali sono le difficoltà che maggiormente incontrate nei rapporti con i genitori dei vostri pazienti?

Come già detto, la presenza di stranieri è in forte e costante crescita, con tutti i problemi che questo comporta. Il primo è la lingua. E' pur vero che in ospedale c'è l'interprete di inglese, come è vero che molti stranieri sanno parlare l'inglese e un po' di italiano, ma è altrettanto vero che oramai le nazionalità di provenienza sono le più disparate, slavi, indiani, cinesi, cingalesi, africani, abitanti dei paesi dell'est. Le difficoltà che incontriamo nel comunicare con queste persone sono notevoli, soprattutto quando si affrontano argomenti che richiedono anche un linguaggio un po' particolare, come si fa a spiegare loro cos'è e a cosa serve la marsupio-terapia? Oppure indicare loro l'alimentazione da seguire durante l'allattamento? E poi, non solo la lingua è il problema, i paesi di provenienza con le relative tradizioni, le abitudini,

la cultura e le fedi religiose sono altrettante fonti di difficoltà. Infine il rapporto moglie/marito, in certi casi ci crea notevoli imbarazzi nella gestione delle relazioni con le madri. A volte tutte queste difficoltà rischiano di limitare o addirittura vanificare il lavoro che facciamo, rischiando di inficiare gli obiettivi prefissati per il paziente.

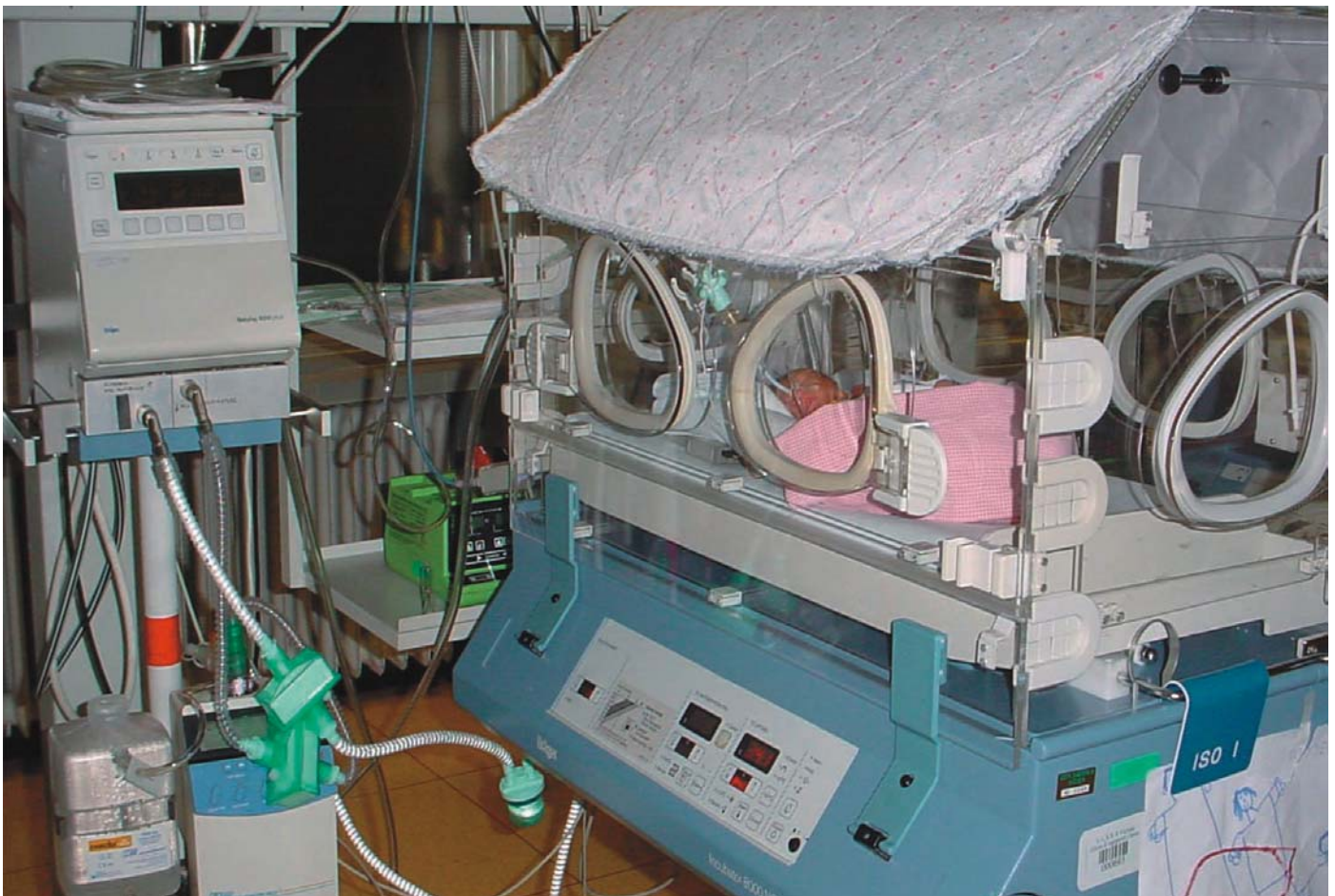
Altre difficoltà, di ordine diverso ma altrettanto importanti le riscontriamo con i casi sociali, genitori tossicodipendenti, minorenni o prostitute. Non sempre la preparazione tecnica e professionale è sufficiente per affrontare determinate situazioni umane, a volte bisogna unire molta convinzione, tanta sensibilità ed altrettanta fermezza, a costo di farsi violenza.

Come si atteggiavano i genitori dei bambini ricoverati? Riuscite a creare un ambiente adatto a mantenere l'unità e l'integrità familiare?

Come già detto in precedenza, per i genitori, noi siamo un importante

riferimento, d'altra parte la collaborazione dei genitori è importantissima per la riuscita degli interventi. Nei casi in cui il paziente presenta particolari patologie, con i genitori, normalmente, si instaura un rapporto che va oltre la collaborazione operatore sanitario/utente, ma si configura come un rapporto confidenziale, quasi amichevole, data la sensibilità di tutti verso questi nostri particolari pazienti. Per far meglio comprendere le relazioni che si verificano, spesso anche l'uso dei guanti (per nostra protezione) viene vissuto come un atto di eccessivo distacco da parte nostra. Si arriva alla simpatia passando per l'empatia. Il genitore diviene quindi il soggetto attraverso il quale instaurare l'alleanza terapeutica, considerata l'impossibilità di farlo con il paziente.

Nei casi di gravi patologie o malformazioni, oltre al sostegno tecnico, morale e psicologico che cerchiamo di dare ai genitori, laddove esistano, diamo anche i riferimenti dei



gruppi di auto-aiuto (es. A.Gen.Do., Anffas, ecc.) o di particolari altri servizi.

Per meglio favorire l'integrità familiare e l'unione madre/figlio, e per quanto possibile, allentare l'impressione di essere in struttura sanitaria, si cerca di attuare un orario elastico per i genitori, di dare una disponibilità a contattare telefonicamente il reparto praticamente 24 ore su 24. Cerchiamo di fornire quante più informazioni possibili ai genitori in relazione alla cura e all'igiene dei bimbi, all'allattamento, alla marsupio-terapia, ai massaggi Shiatsu.

Com'è organizzato il gruppo di lavoro che si occupa di ricerca e approfondimento?

Innanzitutto il gruppo impegna tutta l'equipe. Il suo scopo è quello di cercare di uniformare le metodologie di intervento per apportare aggiornamento tecnico e per il confronto continuo indispensabile per far crescere professionalmente. Il gruppo è organizzato in sottogruppi di infermieri e medici, ognuno dei quali approfondisce l'assistenza infermieristica e l'assistenza medica delle diverse patologie. Ogni gruppo poi relaziona a tutta l'equipe, con l'intento di anche di confrontarsi con simili lavori di altre realtà di T.I.N. Il gruppo è sostenuto ed aiutato dalla primaria, dalla caposala e dall'azienda stessa attraverso il riconoscimento di rimborsi economici, anche se parziali, considerandoli alla stregua di corsi obbligatori di aggiornamento.

Qual'è il segreto di ancora tanto entusiasmo dopo 12 anni di esperienza nello stesso reparto?

Tale scelta è motivata dal mio personale progetto professionale. Il livello di competenza che ho raggiunto con tanti anni di esperienza mi dà la serenità necessaria per lavorare in una terapia intensiva, continuando comunque ad avere un buon livello di vita personale.

La gratificazione che arriva dal lavoro dell'equipe e dalle relazioni con

i genitori, unitamente al fatto di essere chiamata e considerata "zia" dei bimbi, conferisce un particolare slancio di attività che influisce in maniera positiva nell'attività quotidiana. Rispetto ad altri reparti, la T.I.N. presenta degli aspetti originali, pensate al sollievo che si può portare ad un nostro paziente semplicemente prendendolo in braccio, coccolandolo, dandogli delle piccole attenzioni. In quale altro reparto ciò sarebbe possibile?

Senza considerare poi lo speciale rapporto che si instaura con i genitori dei bambini.

Una domanda un po' più tecnica: quali strumenti usate per l'attività quotidiana e il passaggio delle consegne?

Alla fine di ogni turno compiliamo un diario infermieristico, che a differenza della maggior parte dei reparti, viene trasmesso ai piedi del letto, guardando il paziente (da noi questo è possibile considerato che il "paziente" non è in grado di comprendere), ed indicandolo con il proprio nome. Solo successivamente viene segnato il numero di letto. Altro strumento sono le schede di terapia giornaliera strutturate a tabelle. Utilizziamo alcuni protocolli scritti standardizzati quali ad esempio quelli relativi alla marsupio-terapia, ad alcune terapie endovenose, e altri ancora che sono verbalmente passati e non hanno mai assunto una forma scritta.

Infine, presso il reparto, sono disponibili alcuni testi specialistici.

Anche nella T.I.N. a volte si verifica il decesso del "paziente". Come viene vissuta dall'equipe questa eventualità?

Un evento di morte, per quanto toccante, non viene vissuto come un fallimento. Siamo consapevoli del rischio elevato di morte alla nascita e siamo altrettanto consapevoli di operare in un reparto di terapia intensiva, anche se neonatale.

Comunque molto più spesso ci troviamo a gioire di successi a volte insperati: bimbi nati con peso di 500 grammi, che non solo sono sopravvissuti, ma sono stati dimessi perfettamente in salute.

Suggerimenti per migliorare?

Ci sarebbe di grande aiuto la presenza di una guardia medica Neonatologica esclusivamente per la Terapia Intensiva Neonatale.

La presenza di una figura di supporto che coadiuvasse il lavoro infermieristico (potremmo dedicarci maggiormente all'assistenza diretta del neonato e dei suoi genitori).

Un numero maggiore di infermieri, questo consentirebbe di non rimanere da soli a sorvegliare tutte le stanze quando i due colleghi di turno sono richiesti in sala parto (per almeno mezz'ora) al verificarsi di nascite problematiche.

Avere maggiore disponibilità di vestiario per i bambini, che auspicherei fosse più adatto ai bisogni dei bambini magari più vivace nei colori.

Mi sento di poter aggiungere che sarebbe indispensabile uno spazio a disposizione delle mamme per la preparazione alla marsupio, all'allattamento, alla cura del bambino, per la spremitura del latte, o anche solo per potersi rilassare dopo una permanenza di quattro o cinque ore in una stanza super riscaldata e costrette in una sedia o uno sgabello.

La prossima intervista ad un infermiere di RSA.

aggiornamenti

IV corso multidisciplinare geriatrico LA PREVENZIONE DELLA FRAGILITA': ESPERIENZE E NUOVI INDIRIZZI

Vicenza, 18 - 19 aprile 2002

Per informazioni rivolgersi a:

Meneghini & Associati
Ctr. Porti 21 - 36100 Vicenza
tel. 0444 322377, fax 0444 320321
pietribiasi@meneghinieassociati.it

INFERMIERI E TRAPIANTI una realtà attuale

Abano Terme (PD), 21 - 22 marzo 2002

Per informazioni rivolgersi a:

Servizio Infermieristico
Azienda Ospedaliera di Padova
tel. 049 8213375, fax 049 8211379

LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE

Massa Marittima (GR)

corso base 8 - 11 maggio 2002

corso avanzato 29 maggio - 1 giugno 2002

Per informazioni rivolgersi a:

I.C.I. Galoppini Paolo
tel. 0586 614395, fax 0586 614397

PROTOCOLLI E LINEE GUIDA

Pavia, 20 e 27 aprile 2002

Per informazioni rivolgersi a:

Segreteria ANIN
tel. 0382 423200
info@anin.it

VALUTAZIONE DEI RISCHI SPECIFICI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Padova, 18 - 19 aprile 2002

Per informazioni rivolgersi a:

Segreteria CEREF
tel. 049 8804827, fax 049 8803646
formazione@ceref.it

Informazioni di Segreteria

Negli orari di apertura al pubblico del Collegio, la vostra segretaria, Federica, potrà fornirvi tutte le informazioni che le chiederete in merito a:

- Adempimenti necessari per l'iscrizione, la cancellazione o il trasferimento da/per un altro Collegio
- Qual è il consigliere più indicato a dare una risposta veloce ed esauriente ai vostri quesiti/problemi
- Quando potete consultare la biblioteca del Collegio

Inoltre con una semplice telefonata, fax o e-mail potete aggiornare il vostro indirizzo e gli altri dati contenuti nell'archivio dell'Albo Professionale (titoli di studio, sede di lavoro, ecc)

Per quanto riguarda i certificati di iscrizione all'Albo Professionale, si ricorda che gli enti pubblici sono obbligati ad accettare l'autocertificazione.

Per quei casi in cui si renda necessario il certificato di iscrizione, lo si può richiedere direttamente in sede, negli orari di apertura al pubblico, o per posta, allegando per ogni certificato euro 1,00 per le spese di segreteria e un francobollo (o busta preaffrancata) per il ritorno.

Orario di Apertura al Pubblico

martedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00
mercoledì	dalle ore 10.00 alle ore 12.00
giovedì	dalle ore 14.00 alle ore 18.00

Sportello Libera Professione

su appuntamento, da concordare con la segreteria

Biblioteca

E' possibile consultare la biblioteca del Collegio IPASVI di Vicenza durante gli orari di apertura al pubblico.

Collegio IPASVI di Vicenza
v.le Trieste 29/C - 36100 Vicenza
tel./fax: 0444 30 33 13
e-mail: vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it



Assemblea Annuale degli Iscritti

Gentile iscritto,

La informiamo che l'Assemblea Annuale degli iscritti è convocata presso l'Aula Onza della Scuola per Operatori Sanitari dell'ASL 6 di Vicenza

mercoledì 27 marzo 2002 dalle ore 15.00 alle ore 18.00

con il seguente ordine del giorno:

- relazione annuale del Presidente sulle attività svolte fino ad ora e sugli obiettivi futuri di questo Consiglio Direttivo
- votazione del bilancio consuntivo dell'anno 2001
- votazione del bilancio preventivo per l'anno 2002
- varie de eventuali

All'interno dell'Assemblea si terrà un incontro sul tema:

Progettare e gestire il proprio sviluppo professionale

docente: DDSI Alvisa Palese, servizio infermieristico di Trieste

DELEGA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEMBLEA

(ogni iscritto può raccogliere solamente 2 deleghe)

Il sottoscritto _____ nato il _____

delego a partecipare all'Assemblea il collega _____

data ____ / ____ / 2002

firma del delegante _____

firma del delegato per accettazione _____

GIORNATA DI STUDIO SUL TEMA:

LA RELAZIONE COME STRATEGIA DI LAVORO DELL'INFERMIERE

5 aprile 2002

Obiettivi

Affrontare il tema della relazione con l'utenza anche alla luce dei cambiamenti che stanno avvenendo nel mondo infermieristico
Acquisire conoscenza sulle modalità relazionali che competono all'infermiere

Destinatari

Infermieri clinici, Caposala, Tutor, Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica

Contenuti

La dimensione psicopedagogica della relazione d'aiuto
La specificità della relazione infermieristica: rassicurazione, tenerezza, speranza
Presentazione di interventi preordinati da parte di infermieri clinici
Analisi degli interventi presentati da parte dei relatori

Docenti

Orlando Bassetti: psicologo e pedagogo, fondatore e responsabile del CeF - Cultura e Formazione
Renata Lesca: consulente psicopedagogista, responsabile delle attività di gruppo del CeF

Metodo

Relazioni in plenaria, presentazione di interventi preordinati da parte di infermieri clinici.

Sede e data

Aula Onza, Scuola per Operatori Sanitari, ULSS 6 Vicenza
5 aprile 2002 dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00

Quote e modalità di iscrizione

Inviare la scheda di partecipazione, compilata in ogni sua parte. La quota di partecipazione è di euro 25,00 per gli iscritti al Collegio IPASVI di Vicenza, e di euro 50,00 per tutti gli altri. La quota dovrà essere versata il giorno stesso, al momento della registrazione. Il numero massimo di partecipanti è 150.

Le iscrizioni verranno raccolte fino ad esaurimento dei posti disponibili, e comunque non oltre il 2 aprile 2002. L'iscrizione è obbligatoria e saranno ammessi al corso solo coloro che risulteranno iscritti.

Per iscrizioni e informazioni rivolgersi alla Segreteria Organizzativa

Segreteria Organizzativa

Collegio IPASVI di Vicenza
viale Trieste 29/C 36100 Vicenza
tel. 0444-303313
e-mail vicenzaipasvi@vicenzaipasvi.it

a tutti i partecipanti verrà rilasciato un attestato di partecipazione

SCHEDA DI ISCRIZIONE ALLA GIORNATA DI STUDIO

LA RELAZIONE COME STRATEGIA DI LAVORO DELL'INFERMIERE

5 aprile 2002

Cognome e nome _____ tel _____

Indirizzo _____ e-mail _____

Qualifica _____ Ente di appartenenza _____

- iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza
 non iscritto al Collegio IPASVI di Vicenza

Data, ___ / ___ / 2002

Firma _____