



Università Cattolica Sacro Cuore

Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli"

Istituto di Igiene

In collaborazione con

"Villa Maria Cecilia Hospital" di

Cotignola (RA)

**Master Universitario di primo livello in
Management infermieristico per le funzioni di
Coordinamento**

Titolo

**“Identificazione della figura infermieristica nella
società dei "fragili guerrieri": quale il ruolo del
coordinatore infermieristico nella società che cambia?”**

Relatore: Luca Venturini

Corsista: Federica Saporetti

Correlatore: Dott Gianni Bagni

Anno Accademico 2007/08

INDICE

PREMESSA.....	3
Aspetti introduttivi:.....	4
Il concetto di salute per un infermiere di Pronto Soccorso.....	4
CAPITOLO 1.....	9
Il coordinatore infermieristico	9
La dimensione etica del coordinatore infermieristico.....	11
CAPITOLO 2.....	13
La deontologia professionale	13
Importanza del Codice Deontologico infermieristico.....	17
CAPITOLO 3.....	20
La società ed i suoi valori	20
Società liquida.....	22
Il concetto di salute	25
L'allarme viene dai mass media	27
CAPITOLO 4.....	29
Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza urgenza.....	29
Un esempio di autonomia infermieristica: il Triage	34
Chi dice più "buon giorno"	35
Infermiere di Triage: funzioni, caratteristiche, criteri per la formazione specifica	37
Il Triagista: infermiere o direttore d'orchestra	38
CAPITOLO 5.....	40
Nascita del progetto autonomo sperimentale infermieristico: "Soccorso in Duna"	40
Elaborazione dati progetto Duna di Marina di Ravenna.....	47
CAPITOLO 6.....	52
Autonomia infermieristica	52
Il concetto di infermiere esperto	56
L'importanza della formazione permanente	57
L'infermiere esperto sa ascoltare ed informare?.....	59
CONCLUSIONI.....	61
RINGRAZIAMENTI.....	63
BIBLIOGRAFIA.....	65

PREMESSA

Nella stesura del mio elaborato ho preso spunto da un passaggio del “Libro Verde del Welfare” che parte da un’analisi delle criticità dell’attuale sistema sociale; le tendenze demografiche, i grandi cambiamenti dei bisogni, la globalizzazione e la lenta crescita economica stanno progressivamente sgretolando la rete delle vecchie sicurezze. “*La sfida a cui siamo chiamati...*”, si legge nella prefazione del documento, “*...non è solamente economica ma, prima di tutto, progettuale e culturale. Pensiamo a un Welfare delle opportunità che si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza perché interviene in anticipo con un’offerta personalizzata e differenziata, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri*”.¹ Dal contesto di questa analisi nasce il mio intento di creare un collegamento con il nuovo Codice Deontologico Infermieristico, approvato proprio in questi giorni e la cui ufficializzazione avverrà a fine febbraio 2009 in sede del congresso nazionale IPASVI, e quello attualmente in vigore che ci accompagna dal 1999.

Il percorso che ho deciso di intraprendere ha come scopo principale quello di evidenziare come l’infermiere, nello svolgere la propria professione, sia in grado di agire in collaborazione con altre figure professionali, ma allo stesso modo sia in grado di agire in completa autonomia nei confronti di persone che non si trovano in uno stato di malattia ma che, con il proprio stile di vita, potrebbero compromettere la salute loro e nello stesso tempo anche quella degli altri.

¹ Da: l’infermiere n. 5 anno 2008 pag. 9/10, notiziario aggiornamenti professionali

Aspetti introduttivi:

Il concetto di salute per un infermiere di Pronto Soccorso

Il percorso che ho pensato di proporre non ha preso spunto da una lettura o da uno studio specifico, ma piuttosto da un problema generato da un cambiamento. Cambiamento su cui mi è capitato di ragionare nel corso di questi anni e che quest'occasione mi ha aiutata, se non a risolvere, quantomeno a riflettere ed ad ordinare le idee.

Il nodo centrale che merita di essere sviluppato riguarda l'evoluzione di una società vecchia che trova nei giovani una insicurezza ed una fragilità difficilmente colmabile.

L'obiettivo della tesi è quello di descrivere un mondo giovanile che non è più in grado di far emergere quelle potenzialità e quella energia che potrebbe modificare un universo che velocemente non rispetta più i ritmi di un tempo.

L'esperienza in Pronto Soccorso mi ha permesso di capire che "l'altro" è un essere misterioso e la mia relazione a volte si traduce in un atteggiamento positivo o negativo a seconda del feedback che si instaura. Un punto fermo risulta essere la percezione che l'utente ha nei confronti della figura infermieristica vista infatti come fonte di aiuto.

Sono entrata in Pronto Soccorso diversi anni fa con la convinzione che quello fosse il posto che poteva offrire maggior senso alla professione infermieristica. L'entusiasmo e l'irruenza di un tempo è evoluto in quella maturità e riflessione che difficilmente vengono insegnati sui libri di scuola, ma soprattutto, ho preso coscienza dei miei limiti e dell'importanza del lavoro che ogni giorno svolgo. Ho capito che l'umorismo e il dialogo costruttivo sono il carburante che alimenta un ingranaggio ormai scricchiolante che rischia di far "perdere la testa" a chi ci lavora.

In Pronto Soccorso tutto deve avere un senso ed una logica, tutto deve essere organizzato per cercare di offrire risposte in breve tempo. Gli sguardi, gli atteggiamenti e le parole, scambiate in qualche minuto, si trasformano ben presto in relazioni. Brevi relazioni che sia noi che i pazienti possiamo ricordare per tutta la vita.

In questo luogo si cerca di dare regole all'imprevedibilità. Detto così può sembrare un contro senso, ma non lo è; probabilmente rispecchia in piccolo la realtà del mondo che ci circonda. Tutto può cambiare in ogni momento, ma non si sa mai in che modo cambierà e come cambierà: è la caratteristica dell'esistenza umana!

In Pronto Soccorso si assiste ad eventi inspiegabili; l'instaurarsi di legami forti fra persone che non si conoscono, le diverse risposte nell'affrontare il lutto o l'esistenza stessa, con la consapevolezza che l'unicità delle persone caratterizza una storia sempre diversa con un esito diverso. Sicuramente, se i progressi della scienza medica da una parte permettono di allontanare i fantasmi della malattia, dall'altra innescano un gioco al rialzo in cui la "domanda" non è più di salute, ma di perfezione ed "immortalità". L'individuo perde così la propria capacità di riflettere su se stesso, di essere in contatto con il proprio corpo e con i reali bisogni che esso esprime.

Attualmente il Pronto Soccorso ha snaturato la sua immagine, non è più un luogo unicamente dedicato alle emergenze-urgenze, ma al contrario un "territorio" ove si interseca un universo molto più variegato con problemi di tipo esistenziale, psicologico e di lievi patologie facilmente curabili in altre sedi.

Il mutamento è innegabile, rafforzato anche dai numeri. Il Pronto Soccorso è un'interfaccia cruciale fra ospedale e medicina territoriale. Ogni anno più di 1 milione e 700 mila cittadini in Emilia - Romagna vi si rivolgono quando hanno un problema sanitario.

Questo numero tende a crescere costantemente determinando spesso situazioni di sovraffollamento nelle strutture e importanti disagi per gli utenti e professionisti.

In regione Emilia Romagna solo il 19% degli accessi è seguito da un ricovero e tra il 30 e il 50% dei casi viene classificato come non urgente (codice bianco): molti di questi episodi potrebbero essere adeguatamente assistiti dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale (guardia medica) con trattamenti meno impegnativi e più proficui

per i pazienti stessi, ma spesso si tratta di disturbi trattabili con farmaci da banco o episodi in cui il fattore predominante è l'ansia.²

Anche nell'Azienda Usl di Ravenna, il Pronto soccorso è sempre più affollato. Nel 2002 gli accessi sono stati più di 167.000 e sono cresciuti negli ultimi due anni rispettivamente del 4,5% nel 2006 e del 6,2%, nel 2005. Nel 2007 non si sono verificate sostanziali differenze rispetto all'anno 2006.³

Il ruolo di Triagista che rivesto all'interno della mia Unità Operativa mi fornisce numerose chiavi di lettura di questo mutamento. A volte mi soffermo ad osservare la sala d'attesa di fronte a me ed il personale sanitario che lavora all'interno dell' Azienda e, con stupore, mi accorgo che in piccolo rispecchia la società che popola questo mondo.

Ci sono mamme impaurite che trasmettono ansie ingiustificate ai loro piccoli, anziani soli e allettati con le loro badanti straniere al seguito, extracomunitari che non sanno dove andare o a chi rivolgersi per esporre i propri problemi, giovani ansiosi sopraffatti dai loro abusi, maleducati che non rispettano le regole, lavoratori infortunati vittime del cinismo del mondo del lavoro. Infine i dipendenti dell'Azienda, personale stanco, stressato, demotivato, che si lamenta sempre e comunque. Ogni tanto però, lungo i corridoi e le corsie, si incontrano degli angeli travestiti da medici e da infermieri che sono disposti ad ascoltare, ad aiutare al meglio delle loro possibilità sempre e comunque con un sorriso, senza mai chiedere nulla in cambio. Questi angeli che ti tendono una mano ci sono e te ne accorgi, soprattutto quando ti trovi "dall'altra parte", nel momento in cui ti senti più fragile ed indifeso.

E' un paradosso ma nella sala d'attesa in mezzo a tanta sofferenza noto anche uno spiraglio di luce che deriva dalle nuove generazioni. Noi adulti abbiamo il dovere di educare ed insegnare ai nostri figli i valori fondamentali che li aiuteranno a vivere in questo mondo che purtroppo andiamo distruggendo.

Recentemente, ho trovato il testo di una bellissima canzone del cantautore Roberto Vecchioni ed ho notato alcuni versi pieni di significato:

² Da: Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza-urgenza, Azienda USL di Ravenna, rapporto a cura di: Francesca Di Tommaso, Pasquale Falasca (servizio Epidemiologia, Ricerca e Sviluppo a staff del Direttore Sanitario Andrea Rossi)

³ ibidem

*“ hanno treni fermi a una stazione
persa fra il cielo e il mare,
hanno la prima metà di una canzone
l'altra metà da ritrovare,
hanno le vostre fandonie nelle orecchie
conoscono le vostre facce.....,
madi piene di tranquillanti
padri che vanno sul sicuro.*

*“ I ragazzi nascono lacrime sospese
come gatte gelose dei figli
hanno un bagaglio di speranze deluse
come onde che si infrangono sugli scogli,
hanno un mondo che avete storpiato,
ingannato, tradito, massacrato,
hanno un piccolo fiore dentro
che c'è da chiedersi come è nato.”*

*“ e cercano di amare
domani come ieri
questi miei piccoli, comici,
spaventati guerrieri;”⁴*

.....

Con questo, vorrei sottolineare il tema centrale del mio elaborato, che è nato soprattutto per comprendere e cercare di trovare soluzioni a questo disagio giovanile che vede nella mancanza del concetto di salute, un punto fondamentale su cui agire.

Chi più di un infermiere che lavora da anni a contatto con la malattia può capire l'importanza ed il valore della salute.

Noi per primi, abbiamo il compito di far capire che la salute è un dono.

⁴ Dall'album: "Di rabbia e di stelle" di Roberto Vecchioni

Basta un breve istante per perdere tutto, ci si sveglia in un giorno come tanti, brevi saluti fugaci ai nostri cari, ed ecco, che quei brevi istanti verranno ricordati per tutta la vita.....come gli ultimi!

Una pasticca presa per gioco, offerta da un'anima malvagia con sembianze umane, è la causa di un percorso che ci può portare alla disperazione ed alla perdita di ogni dignità umana.

Noi infermieri assistiamo persone che giorno dopo giorno affrontano una “via crucis” con dignità e rispetto. Cerchiamo di alleviare dolori fisici e psicologici sapendo bene che il nostro comportamento e le nostre parole assumono, in determinate circostanze, un peso enorme.

In sintesi, gli argomenti che ho trattato nella stesura del mio elaborato sono i seguenti:

- far comprendere quali cambiamenti hanno interessato la figura del coordinatore infermieristico e come questa figura può essere artefice di progetti che offrono opportunità di crescita alla professione stessa.
- quali sono i punti cardine del Codice Deontologico che hanno creato lo spunto per il nostro progetto sperimentale “Soccorso in Duna”;
- quale percorso professionale, supportato dall'esperienza all'interno delle Unità Operative di 118 e Pronto Soccorso, ha permesso ad un gruppo di infermieri di concretizzare quello che era un semplice ideale;
- cos'è in concreto il progetto “Soccorso in Duna” realizzato durante i mesi estivi 2008, frutto di una ricerca critica della società giovanile precedentemente affrontata tramite la lettura di testi scritti da sociologi;
- come il progetto ha visto la propria realizzazione tenendo in considerazione alcuni punti fondamentali della professione: autonomia, esperienza, formazione continua.

CAPITOLO 1

Il coordinatore infermieristico

Durante l'anno scolastico abbiamo riflettuto molto sul ruolo che andremo a ricoprire, e ho sicuramente compreso che il coordinatore deve avere la capacità di far emergere nel gruppo che è chiamato a dirigere uno spirito critico, costruttivo, e deve essere in grado di comprendere e riconoscere gli elementi del gruppo che hanno uno slancio propositivo nel creare situazioni e progetti migliorativi del sistema, considerando i problemi non come ostacoli, ma come opportunità di crescita e sviluppo.

Un buon coordinatore deve possedere quella che viene definita leadership.

Non è semplice trovare una definizione esaustiva su ciò che si intende per leadership; esistono due forme di leadership, leadership negativa o positiva.

I leader migliori con una leadership positiva sono quelli che non hanno paura di favorire lo sviluppo e la crescita dei propri collaboratori, seguono valori e norme morali che non vanno a ledere né la propria opinione né quella delle persone che sono deputati a coordinare.

La storia ci fornisce un aiuto sulla positività o negatività della leadership, ciò che accomuna l'una all'altra sta nel fatto che viene riconosciuta dal gruppo.

Un leader che possiede leadership è colui che stimola la comunicazione chiara e diretta, sollecita il senso di responsabilità, aiuta a mantenere il gruppo coeso; propone soluzioni, non le impone; tiene conto dei sentimenti, non critica e non giudica.

Una buona leadership tiene conto delle motivazioni che sono alla base del senso di responsabilità del gruppo stesso.

La domanda che ci si pone spesso è la seguente: un individuo nasce leader o lo diventa? La risposta non è semplice: sicuramente è intrinseca una predisposizione caratteriale che, sommata all'esperienza sul campo e alla capacità tecnica, interiorizzano nel gruppo la valenza del leader riconoscendone la sua capacità. Per poter comprendere il proprio gruppo, il leader infermieristico deve conoscere bene l'importanza che assume la comunicazione durante lo svolgimento del proprio ruolo.

Il peso delle parole, il modo con cui vengono espresse e l'utilizzo dei termini, devono sempre essere presi in considerazione, e la motivazione che riesce ad infondere con una buona relazione è uno dei fattori che porta il gruppo al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il coordinatore deve essere in grado di cogliere e riconoscere i segnali inviati dal gruppo e dal singolo individuo anche se non espressi verbalmente. I gesti, gli atteggiamenti, l'espressione di rabbia, fanno parte di quella comunicazione non verbale che aiuta a comprendere lo stato emotivo dei propri collaboratori.

Chi ha il compito di gestire un gruppo deve quindi, prima di tutto, saper ascoltare; capacità questa spesso derivante da una equilibrata vita interiore e da una forte capacità analitica. Nelle helping profession infatti, l'ascolto è uno degli aspetti fondamentali. Si deve essere coscienti del fatto che la prima regola per ascoltare è porsi in una condizione di "silenzio interiore" in cui le informazioni ricevute, in un atteggiamento partecipativo, devono essere elaborate e comprese senza necessariamente dare immediato risalto alla nostra soggettività oppure, per contro, stabilire un rapporto di passività in cui i nostri pensieri vagano altrove e delle informazioni ricevute non rimane che qualche parola priva di significato.

La dimensione etica del coordinatore infermieristico

“La giustizia è la virtù più efficace, e né la stella della sera, né quella del mattino sono così meravigliose, e citando il proverbio diciamo: nella giustizia ogni virtù si raccoglie in una sola. Ed è una virtù perfetta al più alto grado perché chi la possiede è in grado di usare la virtù anche verso gli altri e non soltanto verso se stesso” (Aristotele- Libro V)

L'etica e la responsabilità sono fondamentali per un sistema sociale sano, soprattutto se lo si riferisce al sistema sanitario.

Spesso si giudica il comportamento “buono” o “cattivo” per l'impatto che ha su altri membri o parti del sistema. Un comportamento etico e socialmente responsabile è particolarmente importante quando parliamo di coordinamento; il Coordinatore occupa una posizione di “potere” nelle organizzazioni sanitarie e le conseguenze del suo comportamento hanno un forte impatto sul gruppo di professionisti e di conseguenza sull'utente.

Esso deve rispettare le diverse identità, storie e peculiarità delle persone che compongono l'equipe infermieristica, sviluppando una leadership etica e socialmente responsabile: deve cioè creare situazioni “vincenti” nei confronti del gruppo, della Azienda e dell'utente.

I modelli del passato erano basati sulla gerarchia, su una forma di potere autoritario, sul controllo assoluto e sull'accentramento, in un ambiente organizzativo stabile ed a bassa competizione; oggi invece ci si basa su competenze di trasformazione, gestione dell'incertezza e della complessità (problem solving).

Il Codice Deontologico è il documento che regola lo svolgimento dell'attività professionale a tutela del decoro e del prestigio della professione stessa: esso contiene i principi etici a cui devono fare riferimento sia l'infermiere che il coordinatore.

Esistono “parametri comportamentali” che devono essere seguiti nei rapporti professionali con i colleghi, con gli altri professionisti e le istituzioni, nonché nella relazione del “prendersi cura” nei confronti degli assistiti.

Da studi effettuati, si evidenzia che: *“gli infermieri si sentono responsabili soprattutto della salute del paziente, del suo benessere fisico e spirituale, nonché*

dell'informazione alla persona e ai familiari"⁵. Questa indagine non è da sottovalutare in quanto si evidenzia un cambiamento radicale della figura infermieristica, un tempo vista solo come semplice esecutrice di prescrizioni mediche oggi riconosciuta invece sempre più come una figura con personalità propria, dotata di autonomia e in grado di collaborare con altre professionalità. L'infermiere attua quindi delle scelte dettate da principi etici e deontologici i quali rafforzano e sostengono il concetto del "prendersi cura dell'altro nella sua globalità".

Nella stesura del mio elaborato vorrei evidenziare come il leader possa concretizzare progetti, possa essere l'ideatore di interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. A questo proposito, il nuovo progetto che andrò di seguito ad illustrare denominato "Soccorso in Duna" è il frutto di una visione del futuro, mia e di altri 5 infermieri, che ha lo scopo di perseguire una meta ed un ideale avente come protagonista l'infermiere, impegnato e a contatto con quella che può essere definita una società "sana".

⁵ indagine condotta dal Censis nel 1995, riportati in Censis, una professione allo specchio, Milano, Franco Angeli, 1996)

CAPITOLO 2

La deontologia professionale

L'esperienza infermieristica all'interno di un gruppo di persone "sane", si è resa possibile grazie agli innumerevoli cambiamenti che si sono verificati nel corso del tempo riguardanti la professione infermieristica.

L'importante strumento in nostro possesso che fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida, definito Codice Deontologico, ha reso esplicito un sistema etico nel quale l'infermiere e nello stesso modo il coordinatore, sviluppa la relazione con la persona/assistito.

Il Codice Deontologico mette in risalto il valore e lo scopo della professione. Non rappresenta quindi una lista che riguarda il "cosa fare" ma sviluppa il concetto, fondamentale, di "chi si è chiamati a essere".

Prendendo spunto da queste considerazioni ritengo opportuno fare un passo indietro per comprendere a pieno l'origine del nostro agire professionale.

Il termine Deontologia vede la sua nascita nel 1834 (J. Bentham), e deriva da "to deon" cioè ciò che deve essere e che si deve fare".

Il 15 febbraio del 1959 il Comitato centrale della Federazione Ispasvi comincia a discutere della necessità di mettere a punto un Codice Deontologico infermieristico, che indichi le coordinate etiche in relazione alle quali operano gli appartenenti alla professione. Il primo Codice Deontologico delle infermiere italiane sarà pronto l'anno successivo, nel 1960. Una conquista importante che rappresenta un passo avanti nella costruzione dell'identità professionale, soprattutto nel rapporto con le altre professioni sanitarie. Qualche anno dopo si avvertirà l'esigenza di rivedere quel testo con lo scopo di eliminare ciò che in esso era troppo "legato al tempo, ad elementi storici e sociali transitori", come si legge nella presentazione del nuovo Codice. Si tratta, in sostanza, di togliere riferimenti troppo antiquati, stridenti con una nuova leva infermieristica che non è certo estranea ai fermenti sociali che in quegli anni attraversano non solo il nostro Paese, ma il mondo intero. Il Codice Deontologico del 1977 è un testo sintetico, asciutto, ma non per questo privo di importanti sottolineature: "l'infermiere facilita i rapporti umani e sociali

dell'assistito”, “l'infermiere, nel pieno rispetto dei diritti del malato, si avvale dei propri diritti sindacali”, “l'infermiere ha il dovere di qualificare ed aggiornare la sua formazione”.

Vi si può leggere in controluce il profilo di una professionista (gli uomini entreranno nella professione solo nel 1971) che non rinuncia certo alla dimensione umana dell'assistenza, ma la arricchisce in una prospettiva sociale, coniugandola con un'affermazione di dignità della categoria che spazia dalle difese sindacali alla necessità dell'aggiornamento tecnico-scientifico.

Questo Codice resterà in uso per molti anni, senza che si ponga nuovamente l'esigenza di rinnovarlo, probabilmente proprio grazie alla caratteristica di estrema sintesi della formulazione.

Un primo intervento, aggiuntivo, si compie nel 1996, quando viene elaborato il Patto tra l'infermiere e il cittadino.

Il Patto è uno strumento del tutto innovativo che dà spazio all'esigenza crescente di protagonismo autonomo della professione, rivolgendosi al naturale interlocutore della propria attività.

Si tratta di un'autentica scommessa, che inquadra l'assistenza in una dimensione sociale più ampia dei soli limiti delle strutture sanitarie proponendo un “contratto” senza mediazioni tra i veri protagonisti dell'assistenza, cioè proprio l'infermiere e il cittadino.

In linea con il Patto si arriverà poi ad una riscrittura del Codice Deontologico infermieristico, presentato in occasione della giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999. Obiettivo del nuovo Codice era quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano.

Il Codice Deontologico approvato nel 1999 ed attualmente in vigore, è suddiviso in sette articoli.⁶

⁶ In questo periodo è stato approvato il Nuovo CD che sarà però ufficializzato solo a fine febbraio 2009

L'**articolo 1** definisce l'identità e la mission dell'infermiere, indicandone le responsabilità e sottolineando l'importanza della partecipazione alla vita degli organismi professionali, luogo di elaborazione e costruzione della cultura infermieristica.

L'**articolo 2** elenca i principi etici della professione: muovendo dall'assunzione dei fondamentali diritti umani, l'infermiere è tenuto ad impegnarsi per un'assistenza che non discrimini ("tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione"), ma che piuttosto valorizzi le diversità caratteristiche della nostra società ("l'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici, ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo). Non manca tra i principi etici la consapevolezza della funzione manageriale dell'infermiere che, si legge, "contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse".

L'**articolo 3** è dedicato soprattutto all'agire infermieristico, del quale si richiamano le necessarie premesse di formazione e di aggiornamento: una forte sottolineatura è riservata al legame tra conoscenza e responsabilità ("l'infermiere assume responsabilità in base al livello di conoscenza raggiunto") e al valore dell'integrazione tra professionisti, "la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito".

La parte più articolata (**articolo 4**) è riservata ai rapporti con l'assistito, così come discendono dal Patto tra infermiere e cittadino del 1996. Ampio spazio è dato ai temi della comunicazione: non solo il diritto/dovere di ricevere e fornire informazioni sulla vicenda clinica e assistenziale, ma un più largo impegno ad ascoltare e coinvolgere il paziente per valutare insieme le scelte e raggiungere risultati che siano insieme di comprensione, riservatezza e fiducia.

L'**articolo 5** analizza i rapporti professionali con i colleghi e con gli altri operatori della sanità, che si fondano sull'idea di cooperazione e collaborazione, con un forte richiamo agli strumenti utilizzabili per superare le situazioni critiche, che vanno dalle forme di autovalutazione e verifica al ricorso alle strutture della professione, a partire dai Collegi.

L'**articolo 6** è dedicato ai rapporti dell'infermiere con le istituzioni, suggerendo un compito che va oltre la tutela del proprio ruolo: "l'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale".

L'**ultimo articolo** del Codice definisce la portata di questo strumento, indicando come le norme in esso contenute siano vincolanti e come la loro inosservanza possa essere punita dai Collegi professionali.

Il Codice Deontologico puntualizza diversi concetti riguardanti la professione infermieristica (per poter svolgere al meglio la professione traducendo in norme le istanze morali), tra i più importanti la responsabilità e le competenze. Tale strumento fornisce indicazioni per poter uniformare atteggiamenti e situazioni, ma è estremamente consapevole del fatto che non è possibile regolare qualunque situazione anche perché l'unicità delle persone e degli eventi è difficilmente calcolabile.

Le regole Deontologiche e il Profilo professionale consentono all'infermiere di agire in autonomia.

Il termine autonomia è concomitante con un altro concetto fondamentale che regola la nostra professione, e cioè la responsabilità.

Responsabilità deriva dal verbo latino "responare" intensivo di rispondere (rispondere): quindi rispondere a tutti i soggetti sani o malati che siamo chiamati ad assistere. Il Codice Deontologico ci viene a questo punto in aiuto perché ci permette di avere un importante punto di riferimento per il nostro agire quotidiano.

Importanza del Codice Deontologico infermieristico

Attraverso le regole dettate dal Codice Deontologico si chiede sempre più al professionista di aprire ad “orizzonti più larghi” il proprio modo di agire. La creatività personale associata ad una conoscenza basata sulle evidenze e ai valori devono essere gli elementi propulsivi atti a consentire un cambiamento che conduca, gradualmente, al soppiantamento di un sistema incancrenito fatto di routine e di schemi rigidi. Il professionista deve sviluppare le modalità di percezione lavorativa indirizzandole sempre più verso un percorso educativo – preventivo; verso una corretta pratica assistenziale basata sui processi e non più sui compiti e partecipare ai percorsi diagnostico – terapeutici come attore principale assieme ad altre figure in un contesto multidisciplinare.

Un altro elemento fondamentale è il valore che l’infermiere attribuisce al concetto di relazione e il riconoscimento della diversità dell’altro; quindi come visione globale dell’individuo in un’ottica di interscambio culturale e arricchimento reciproco.

Anche il concetto di competenza è cambiato e viene maggiormente associato a tutte quelle nozioni apprese e applicate dal professionista per il raggiungimento di risultati attesi.

Le competenze, quindi, associate al concetto di responsabilità, di sapere e di attività non si limitano semplicemente a concetti che vanno ad aumentare un curriculum, ma fanno in modo che l’infermiere venga identificato come responsabile dell’assistenza alla persona ed alla collettività in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.

Si deduce che l’orientamento ai risultati è il fulcro su cui ruota la responsabilità del professionista ed, al tempo stesso, l’obiettivo su cui si fonda il lavoro d’equipe.

L’individuo singolo ha la responsabilità delle scelte da individuare volta per volta, i processi da attivare, le verifiche da compiere e le risorse da reperire e utilizzare per adempiere giorno per giorno a quanto sancito dal Codice Deontologico.

Il 12 Febbraio 2008 il nuovo Codice Deontologico provvisorio è stato presentato ufficialmente a Roma ai Presidenti di Collegio Provinciale ed ai Presidenti o Referenti delle associazioni Professionali, ha visto la sua approvazione con delibera 1/09 del 10 Gennaio 2009 e vedrà ufficialmente la sua presentazione nelle giornate comprese tra il 26 ed il 28 Febbraio 2009 nella città di Firenze in occasione del XV Convegno Nazionale dei Collegi IPASVI si osservano alcune modifiche.

Ciò che salta subito agli occhi non riguarda tanto i contenuti quanto il rafforzamento di alcuni concetti precedentemente trattati; autonomia, prevenzione, professionalità, competenze.

La presidente nazionale dei collegi IPASVI Annalisa Silvestro in una sua nota informativa riguardante il nuovo Codice Deontologico specifica a pieno il sostanziale cambiamento della professione:

“l’infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell’uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività. Un bene da tutelare in ogni ambito professionale attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.”

Proprio sulla base di questi concetti voglio evidenziare alcuni articoli del nuovo Codice:

- **Capo I, articolo 2:**

“ L’assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa”.

- **Capo I, articolo 6:**

“ l’infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

- **Capo III, articolo 11:**
 “ l’infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull’esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati”.

- **Capo IV, articolo 19:**
 “ l’infermiere, promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l’informazione e l’educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori ”.

- **Capo IV, articolo 20:**
 “l’infermiere ascolta, informa, coinvolge l’assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell’esprimere le proprie scelte.”

- **Capo IV, articolo 23:**
 “l’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita”.

CAPITOLO 3

La società ed i suoi valori

“Le virtù pagane di forza e di astuzia su cui si fonda uno Stato sono opposte alle virtù cristiane dell’umiltà, dell’accettazione delle sofferenze, della rinuncia ai beni terreni”. Macchiavelli

Ho ritenuto opportuno eseguire una ricerca per comprendere meglio chi erano i giovani che andavamo ad incontrare durante il nostro progetto sperimentale denominato “Soccorso in Duna”.

L’impressione ormai generale dei nostri giorni è quella che la mancanza di valori sia dilagante. Ogni giorno assistiamo ad eventi incomprensibili alla maggior parte di noi, soggetti annoiati commettono atti vandalici e aggrediscono in nome di un ideale, anche a loro poco chiaro.

Per questo ho tentato di approfondire quello che può essere tradotto come significato della parola valore. Nella mia ricerca mi sono imbattuta su ciò che uno studioso di nome Isaiah Berlin sostiene a riguardo.

Isaiah Berlin⁷ avvalora il concetto che gli uomini possono avere valori diversi tra loro che si possono approvare o condannare, ma non si può fingere di non comprenderli affatto o di considerarli semplicemente soggetti.

Esiste un mondo di valori oggettivi; i fini e i principi morali sono molti.

Molti, ma non innumerevoli, perché devono restare entro l’orizzonte umano. Ci sono valori che, se non sono universali, sono almeno tali da costituire un minimum senza il quale le società difficilmente potrebbero sopravvivere.

È anche vero che alcuni di questi valori oggettivi sono fra loro in conflitto e noi siamo condannati a scegliere, e scegliere significa perdere qualcosa. È in questa necessità di decidere per alcuni valori piuttosto che per altri, nel correre il rischio morale, che consiste l’autonomia, la solitudine, ma anche la dignità dell’uomo. I conflitti tra valori possono essere ridotti al minimo attraverso la promozione e la conservazione di un delicato equilibrio fatto di rimodulazione, accordi e compromessi. Ma vi sono alcuni valori (Berlin elenca fra questi

⁷ Isaiah Berlin trattato “sulla ricerca dell’ideale” 1990

l'omicidio, la tortura.....) “che non sono né negoziabili né disponibili al compromesso”⁸ dato che è proprio attorno a questi valori che si è costruita una nozione minima di “natura umana” e giustificare compromessi in questi valori significherebbe uscire dall'umanità.

Sempre secondo Berlin ciò che rende inconsistente la posizione del relativismo culturale e morale (cioè che le diverse culture siano chiuse nel loro bozzolo impenetrabile e che si possa escludere qualunque forma di comunicazione fra loro) è il fatto che “ciò che rende gli uomini umani è comune a tutti e funge da ponte tra loro”⁹

A questo punto, quali valori insegnare ai nostri figli? Che metodi possiamo utilizzare per far capir loro ciò che è giusto o sbagliato quando la globalizzazione, i mass media, ci forniscono stereotipi di perfezione che non coincidono con ciò che necessita ad una società per sopravvivere.

Karl Popper a riguardo ci fa capire che la società di oggi è impotente, come mai prima d'ora, a decidere il proprio cammino con un minimo grado di certezza, e a tutelare l'itinerario scelto una volta presa la decisione.

I recenti fatti di cronaca italiana sul problema rifiuti in Campania ci ha fatto ben capire che esiste un male nascosto in grado di provocare danni enormi sulla salute ed integrità dei cittadini. Siamo di fronte alla concreta prospettiva di una modernità capitalista “soffocata dai suoi stessi prodotti di scarto”¹⁰ che non può né assimilare o eliminare, né depurare.

⁸ ibidem

⁹ Isaiah Berlin, trattato “sulla ricerca dell'ideale” 1990: 12

¹⁰ Da “vita liquida” di Zygmunt Bauman edizioni Laterza.

Società' liquida

Il sociologo Zygmunt Bauman asserisce che la vita liquida rappresenta il modo di vivere di una società nella quale le situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano prima che i loro modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e procedure. La vita liquida, come la società "liquida – moderna", non è in grado di conservare la propria forma o di tenersi in rotta a lungo è precaria, vissuta in condizioni di continua incertezza, con la paura di essere colti alla sprovvista e rimanere indietro. Da questo si ha la nascita dello stress, della paura sociale e individuale, città alienanti, legami fragili e mutevoli¹¹.

Secondo il modello di Bauman, "una società liquido-moderna è tale se le situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano, prima che i loro stessi modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e procedure".

I ragazzi di oggi non vogliono porsi domande, non vogliono perdere tempo a ragionare sugli eventi; i percorsi che seguono sono semplici, già scritti e soprattutto condivisi dalla massa.

Si vedono giovani che seguono "mode" sbagliate non tanto per un volere volontario, ma proprio perché la loro identificazione all'interno di un gruppo si basa su principi del gruppo stesso e non dell'individuo. Personalmente ritengo fondamentale che la professione infermieristica debba essere portata anche all'interno di questi gruppi per cercare di fornir loro un aiuto; noi infermieri, come citato in precedenza, siamo in grado di ascoltare, di non giudicare e di proporre stili di vita positivi. Il nostro compito non è quello di imporre l'adozione di comportamenti, ma di far capire come certi comportamenti possono essere nocivi.

Nelson e Gordon¹² asseriscono a questo riguardo, come il nursing senza identità storiche, reinvesta costantemente se stesso in un dominio di nuove realtà tecniche e professionali. Anche l'infermiere può essere un punto di riferimento per la risoluzione di quelle paure insite nella fragilità dei giovani di oggi. Bauman sostiene che *"le più angosciose fra le paure contemporanee"*

¹¹ibidem.

¹² Nelson W, Gordon T. The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history?. Nursing Outlook, 52, 2004

nascono dall'incertezza esistenziale. Sono paure che affondano le loro radici molto più in profondità delle condizioni di vita, e tutto ciò che può essere fatto all'interno della città e a livello di spazio cittadino e di risorse gestite dalla città per recidere queste radici sarà sempre largamente insufficiente rispetto a quello che sarebbe necessario"¹³.

Come ben sappiamo un meccanismo di difesa utilizzato nei momenti di paura è rappresentato dalla rabbia. Rabbia che sempre più è testimone di ribellione e di disagio.

Gad Lerner su un numero di Repubblica¹⁴ sostiene che la seconda generazione è per sua natura destinata alla rivolta. Purtroppo parlando di seconda generazione ci soffermiamo soprattutto sulle nude cifre - i giovani di origine straniera erano circa 400 mila nel 2003, si calcola che saranno un milione nel 2015 - ma faticiamo a inquadrarne la condizione esistenziale.

Ragazzi i cui genitori hanno pochissimo tempo da dedicare alla loro educazione. Famiglie spesso ancora separate, con madri e padri impreparati a seguire il percorso scolastico dei figli, quasi sempre prive di quel sostegno fondamentale rappresentato dai nonni.

Giovani smarriti, dunque, come ci ricorda il più autorevole studioso italiano della seconda generazione, Maurizio Ambrosini. *“Eppure si tratta di ragazzi bene o male inseriti in una società che fornisce loro un reddito sufficiente alla sopravvivenza, e che condividono le mode, i miti consumistici, le aspirazioni dei loro coetanei. Qui scatta la maledizione di un sistema bloccato che penalizza qualsivoglia aspettativa di ascesa sociale. I figli degli immigrati sono italiani che dunque tenderanno a rifiutare i lavori tipici degli immigrati. Non vorranno fare la vita dei loro genitori, anche perché ce l'hanno sotto gli occhi. Entrano nel mondo del lavoro con standard occidentali, del tutto ignari delle condizioni di vita nei loro paesi d'origine*"¹⁵

Se la prima generazione immigrata era disposta a sopportare enormi sacrifici pur di realizzare un progetto di sistemazione a lungo termine, i giovani nati in Italia (o ivi approdati nella prima infanzia) sono titolari di ben altre aspettative.

¹³ Da “Modus vivendi” pag. 105 di Zygmunt Bauman edizioni Laterza.

¹⁴ Gad Lerner Repubblica, 26 settembre 2008 “seconda generazione: la vita sospesa dei figli di immigrati”

¹⁵ ibidem

E se l'alternativa proposta loro fosse solo quella fra condizioni di lavoro degradanti e una vita di espedienti, siano pure illegali, potrà apparire loro conveniente anche il reclutamento o l'auto-organizzazione criminale.

Tutto, pur di non fare la fine dei loro padri sfruttati dal lavoro nero o delle loro madri badanti.

Proprio in questo retroterra si diffonde il pericoloso stato d'animo degli stranieri in patria, intenzionati a sfuggire l'antica condizione, relegati alle necessità produttive ma privi di cittadinanza reale. Senza che possa essere presa in considerazione neppure l'ipotesi di un ritorno al paese da cui partirono i genitori, entità mitica che gli appartiene solo nella fantasia, oggetto di quella nuova forma di nostalgia che le diaspore esasperano nella relazione con luoghi sconosciuti, irrecuperabili.

La seconda generazione è italiana, dunque non estradabile. La tunica di raso marrone indossata dal padre di Abdoul Salam Guiebre alla cerimonia funebre di Cernusco sul Naviglio del figlio Abdul Graibe, il ragazzo italiano nato in Burkina Faso e ucciso a sprangate a Milano da due baristi italiani dopo essere stato insultato per il colore della pelle, preannunciava ben più che un richiamo folkloristico.

Perché quella salma di un giovane cittadino italiano stava per essere imbarcata su un aereo, destinata a una sepoltura nel Burkina Faso, lontano migliaia di chilometri dal luogo in cui aveva vissuto, segno di rottura con un paese rivelatosi d'improvviso atrocemente inospitale. In Africa, la seconda generazione può ritornarci da morta, mentre i fratelli di Abdoul soffriranno d'ora in poi una cittadinanza dimezzata.

Da questo articolo capiamo bene che la società cambia rapidamente e con questo i suoi valori. Noi non possiamo essere testimoni inermi di questo cambiamento, abbiamo il compito di comprenderlo per poter mettere in pratica tutte quelle attività in grado di supportarlo ed aiutarlo. Questo atteggiamento, dettato fin dalle origini, dalla nostra professione oggi più che mai è valido. Siamo infatti chiamati al raggiungimento di obiettivi che rappresentano un punto di partenza per una collaborazione più profonda con altre figure professionali presenti sul territorio.

Il concetto di salute

“ La felicità è piacere e il piacere può essere in movimento (gioia) o stabile (assenza di dolore o aponia): solo l’aponia e l’atarassia o assenza di turbamento sono eticamente accettabili e costruiscono la vera felicità.” (edonismo epicureo. Epicureo 341 a.C. – 271 a.C.).

In precedenza ho sottolineato come la figura del coordinatore debba indirizzare i propri sforzi anche, nella creazione di progetti che vedano l’infermiere impegnato nella prevenzione ed educazione di coloro che seguono stili di vita pericolosi per la propria salute e quella degli altri.

Ma cosa si intende per stato di salute?

L’OMS fornisce questa definizione: *“la salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la semplice assenza di malattia”*.

Questa affermazione è assolutamente condivisibile anche se non facile da raggiungere ne’ da mantenere. Il concetto di salute è soggettivo, ognuno di noi la percepisce a suo modo e da qui nascono diverse definizioni.

Il luogo comune sta nel fatto che tutti percepiscono il benessere come una condizione di vita piacevole e ricca di significato, nella quale la persona sviluppa le sue potenzialità, gode o ricerca una forma di benessere, seppur in misura variabile; questa ricerca è continua anche nello stato di salute e soprattutto nella malattia, nella disabilità e perfino nella condizione di morente. Dipende tutto dalla visione che l’individuo ha rispetto agli eventi.

Quando si parla di professione infermieristica, risulta necessario che il professionista conosca i vari modi di intendere la salute, inoltre, quali che siano i suoi riferimenti teorici, deve riconoscere *“la salute come bene fondamentale dell’individuo”*.¹⁶

Ciò significa attribuirle il carattere olistico e tenere in considerazione tutti i fattori che concorrono a determinarla, per poter agire su di essi per quanto possibile. Oltre alla costituzione genetica, tali fattori sono:

¹⁶ articolo 2.2 del Codice Deontologico anno 1999

- stile di vita della persona
- servizi sanitari e sociali
- ambiente nel quale la persona vive e opera

Utilizzare un approccio olistico alla persona significa adottare interventi che tengono conto della persona nella sua interezza (olismo si traduce dal greco con “insieme, intero, tutto”): il corpo, la mente e la parte spirituale di un individuo hanno solidi legami tra loro.

Quando si parla di salute tutti gli operatori sanitari devono concorrere affinché vengano favoriti stili di vita sani, devono fornire informazioni che siano in grado di facilitare l’accesso ai servizi e contribuiscano alla creazione di un ambiente naturale e sociale sano. Per quanto riguarda il concetto di salute come “interesse della collettività” bisogna chiedersi cosa intendiamo per collettività.

G. Contessa ha evidenziato gli elementi determinanti per il concetto di comunità: *“perché si possa parlare di comunità occorre innanzitutto uno spazio, un ambiente, un territorio sul quale esistono gli stessi individui e gruppi; occorre che la struttura economica, la stratificazione sociale, le abitudini, il linguaggio, abbiano una qualche identità precisa e unitaria; e infine che i singoli e i gruppi, per motivi storico o contingenti, vivano l’appartenenza a un’entità astratta e comune. Possiamo quindi definire la comunità come un’unità psico-socio-territoriale minima, all’interno della quale si sviluppano rapporti significativi”*.¹⁷

¹⁷ Contessa G. “dalla psicologia del lavoro alla psicologia di comunità

L'allarme viene dai mass media

UBRIACHI IN AUTO, ALTRE 4 VITTIME
(da il Resto del Carlino, 6 Ottobre 2008)

"QUEI RAGAZZI LITIGAVANO E UNO MI HA ACCOLTELLATO"
(da cronaca di Ravenna del 10 Giugno 2008)

"NELLA RETE DELLA POLIZIA DOPO LA NOTTE IN DISCO 'QUASI TUTTI
DROGATI' "
(da il Resto del Carlino, 6 Ottobre 2008)

Il circo mediatico ogni giorno ci fornisce informazioni riguardanti quello che viene definito "lo sballo dei debuttanti". Giovani e giovanissimi drogati e/o sempre più spesso ubriachi. Se fino a dieci anni fa l'età media delle persone che si rivolgevano ai gruppi di auto aiuto al Sert era intorno ai 50 anni, oggi arrivano tanti ragazzini. *"I problemi sono due: la giovane età in cui si comincia a usare alcol e droghe, e l'uso stesso, che è diventato quotidiano. Ci troviamo spesso davanti a ragazzi di 22 o 23 anni..."* spiega Antonio Mosti, direttore del servizio tossicodipendenza ed algologia dell'Ausl di Piacenza *"...che hanno già alle spalle 4 o 5 anni di alcolismo e tossicodipendenza. Noi operatori dobbiamo rapportarci non più con la moglie o il marito, ma con madri e padri: si tratta di un quadro completamente nuovo da affrontare¹⁸".* Alcolisti sempre più giovani (si comincia a bere addirittura a nove anni: l'Italia ha il triste primato europeo) e forse per questo più disinibiti dei loro coetanei di

¹⁸ Da: il resto del carlino del 06 ottobre 2008 pag.3 "gli alcolisti anonimi" – emergenza giovani, alzano il gomito anche a nove anni -

qualche anno fa: “tra droghe e alcol c’è sempre stata una grande differenza, anche culturale: oggi, paradossalmente, è la droga a essersi “normalizzata”. Cocaina o hashish non suscitano più sorpresa”. Dello stesso avviso il coordinatore del centro di Algologia dell’Ausl di Firenze, Allaman Allamani, che registra *“un aumento dei ventenni tra gli alcolisti, ma soprattutto un uso dell’alcol come ‘base’ per le droghe¹⁹”*. E se una volta l’immagine del drogato era legata all’emarginazione, oggi “l’uso delle sostanze è parte integrante di un processo che porta gli adolescenti a fare gruppo”.

Il tema dell’abuso di alcol, con le conseguenze che tali comportamenti determinano in termini di costi sociali e sanitari, è oggetto di specifiche strategie di contrasto a livello internazionale: in particolare, l’adozione del programma europeo “Guadagnare salute 2007”, per la promozione di stili di vita salutari, che ha tra gli obiettivi quello di contrastare l’abuso di alcol, e il Piano Nazionale Alcol e Salute PNAS 2007-2009 del Ministero della Salute, che si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall’alcol.²⁰

¹⁹ Da: il resto del carlino del 06 ottobre 2008 pag.3 “gli alcolisti anonimi” – emergenza giovani, alzano il gomito anche a nove anni -

²⁰ da Statistiche in breve, diffuso il 17 aprile 2007 sito ISTAT consultato il 15 Dicembre 2008 h. 10.15

CAPITOLO 4

Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza urgenza

Nel 2008 l'AUSL di Ravenna ha promosso una iniziativa per cercare di comprendere e conseguentemente trovare una soluzione al crescente numero di persone che accedono in Pronto Soccorso.

Da diverso tempo noi operatori avevamo evidenziato il problema, supportati da cifre sempre crescenti.

L'iniziativa di ricerca dell'Ausl ha cercato di capire le caratteristiche degli accessi impropri che accadevano alla struttura.

Un accesso ad un qualsiasi servizio è considerato “inappropriato” quando esiste un'alternativa disponibile ed adeguata²¹. Il concetto di appropriatezza pone quindi enfasi sul fornire le cure congrue alle persone, nel luogo idoneo, al momento opportuno²².

Rendere gli accessi appropriati a quel determinato servizio rende l'efficienza e l'efficacia della prestazione sempre al massimo delle sue potenzialità, al contrario il caos e la mancanza di spazi aumentano il disagio e il rischio di errore.

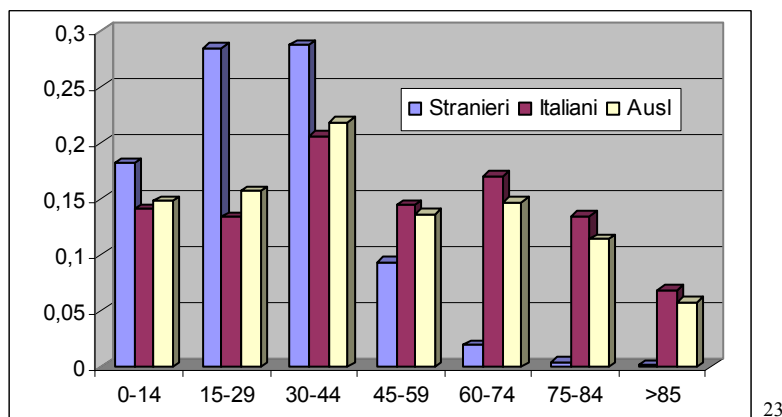
Ecco perché si cerca di comprendere il motivo per cui la popolazione, che non ha patologie considerate urgenti, richiede sempre più risposte dalla struttura Ospedaliera rispetto al servizio territoriale. Con questo progetto sono emerse interessanti chiavi di lettura del problema; l'età delle persone che accede in Pronto Soccorso si è notevolmente abbassata, la richiesta di cure viene fatta dopo un percorso terapeutico non corretto, il disagio sociale è sempre più evidente. Ciò crea uno spunto per sostanziali riflessioni ed interventi assistenziali mirati.

Tutti i dati raccolti, ci hanno fornito lo spunto per rendere effettivo il progetto “Soccorso in Duna”, il nostro obiettivo si basava essenzialmente nell'approccio educativo, relazionale e preventivo ma ci forniva anche lo spunto per tentare di creare una sorta di “filtro” sul territorio senza però andare ad intaccare l'area medica basata sulla diagnosi e cura del problema enunciato.

²¹ Health & Social Care Change Agent Team

²² Domenighetti G.

Ulteriori dati evidenziati dalla ricerca riguardano gli accessi degli extracomunitari, mostrano una popolazione giovane, in età riproduttiva o lavorativa, mentre quelli effettuati dalla popolazione comunitaria evidenziano una situazione di anzianità, rispecchiando l'effettiva distribuzione della popolazione nella nostra provincia. Indipendentemente dalla cittadinanza è la classe di età fra i 30 ed i 45 anni quella dove si concentrano la maggioranza degli accessi al Pronto Soccorso (22%), mentre circa un terzo degli accessi è attribuibile alle persone con più di 60 anni.



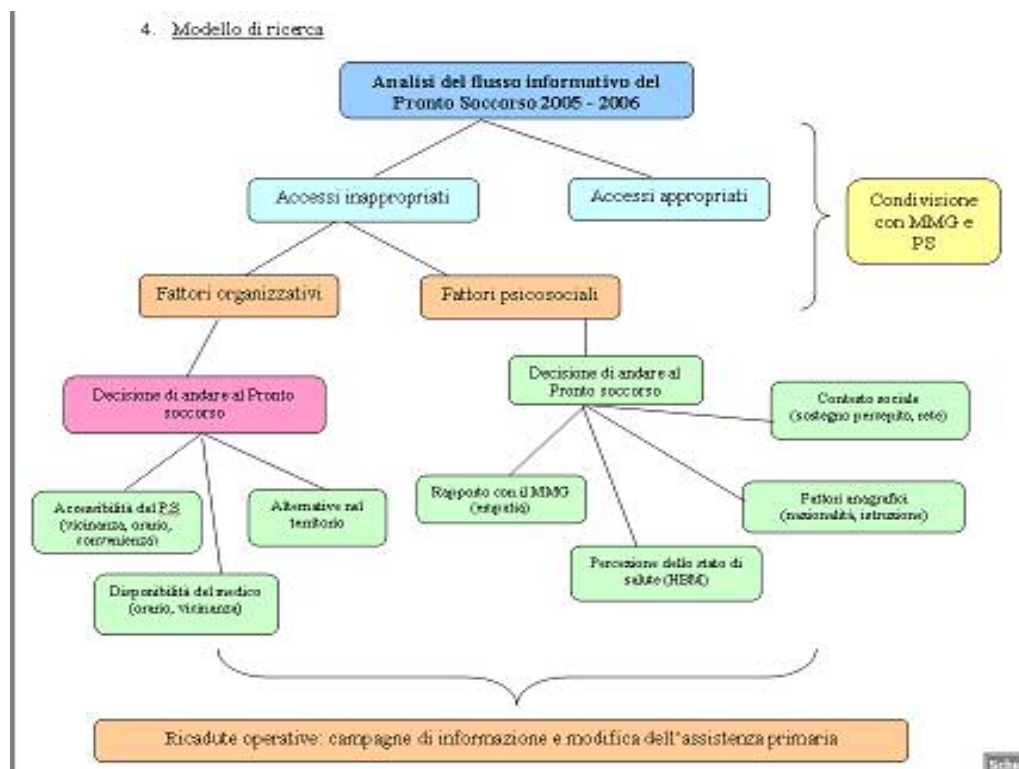
23

Come si evidenzia in letteratura, la decisione dei pazienti di recarsi al Pronto Soccorso invece di consultare il proprio medico di famiglia risulta complesso, coinvolgendo fattori medici (patologie), sociali (vicinanza, istruzione), psicologici (percezione dello stato di salute, supporto) e demografici (età, sesso, etnia). I dati raccolti mostrano come fattori sociali, psicologici, culturali giochino un ruolo cruciale soprattutto nella scelta di utilizzare i servizi di emergenza per problematiche minori.

La visita al Pronto soccorso rappresenta il punto di arrivo finale, il culmine di una catena di eventi che inizia con il sintomo, il malessere o un infortunio che richiede attenzione e finisce con la decisione di andare al Pronto soccorso come luogo appropriato per ricevere le cure. Le psicologhe che hanno intervistato un campione di pazienti che attendevano al triage, hanno dimostrato che l'utilizzo

²³ Percentuale di accessi per cittadinanza e classe di età – anno 2007

di tali servizi non avviene casualmente ma a seguito di un processo decisionale logico e razionale, che porta a vedere il Pronto soccorso come il luogo più appropriato alla loro condizione o a percepire una mancanza di alternative territoriali disponibili.

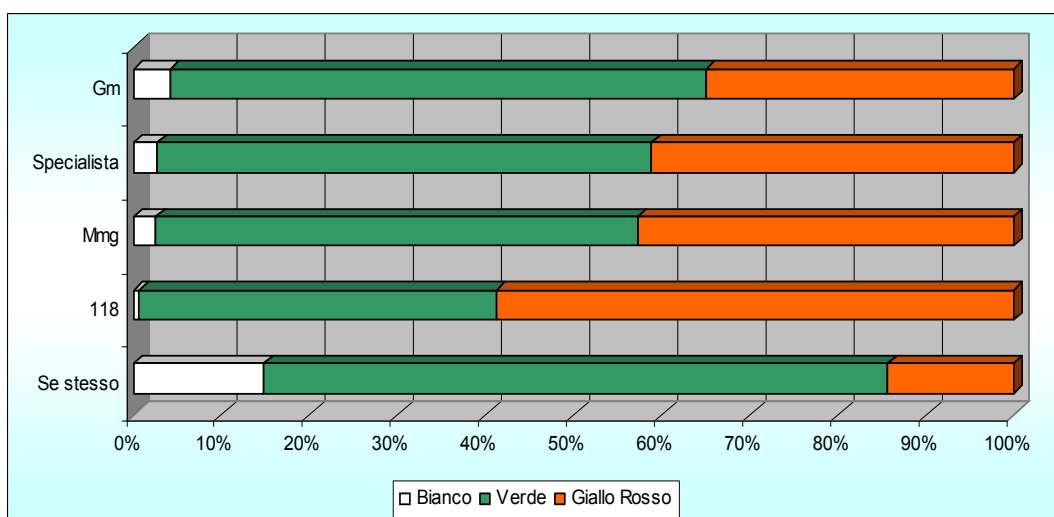


Il 77% degli accessi avviene autonomamente al Pronto Soccorso, senza invio o precedente valutazione da parte di un professionista sanitario. Solo il 15% degli accessi avviene con il 118 e un altro 4% è registrato in seguito ad una richiesta di un medico di famiglia.

Percentuale accessi

Invio	Ausl Ra		Cervia	Ravenna	Lugo	Faenza
	N. Accessi	%				
Se stesso	143477	77%	92%	76%	79%	75%
118	28441	15%	5%	18%	14%	15%
Specialista	3112	2%	1%	2%	1%	3%
Mmg	7522	4%	1%	3%	5%	6%
Gm	1577	1%	1%	1%	0%	2%
²⁴ Non indicato	1060	1%	1%	1%	1%	0%
Totale	185189	100%	100%	100%	100%	100%

Come si evince dal grafico sottostante, i soggetti che arrivano autonomamente in Pronto Soccorso ottengono una percentuale maggiore di codici colore bianco o verde, indicando quindi la presenza di problematiche a bassa priorità, facilmente gestibili nel territorio piuttosto che in ambito Ospedaliero, benché oltre il 50% di quelli inviati da un Medico riceva lo stesso criterio di priorità ed anche il 118 determini oltre il 40% di accessi a bassa priorità. Come si inizia ad osservare, una larga fetta di accessi autonomi è in realtà impropria in quanto il Pronto Soccorso ha come vocazione quella di gestire situazioni di emergenza.



25

²⁴ *Andamento degli accessi al Pronto soccorso per modalità di invio e presidio – anno 2007*

Dallo studio effettuato, si sono evidenziati i fattori che determinano un accesso improprio al Pronto Soccorso e si possono sintetizzare in:

- tipologie di soggetti quali i pazienti delle case protette, i soggetti con alcune patologie croniche, gli stranieri;
- i soggetti si percepiscono solitamente come gravi, sono ansiosi e spesso soli;
- gli stranieri sembrano non avere informazioni sulle alternative (ma anche alcuni italiani) e si presentano soprattutto la sera per problemi di lavoro;
- fattore economico: il Pronto Soccorso costa meno delle altre strutture;
- fattore temporale: non ci sono liste di attesa ma fornisce una risposta immediata;
- fornisce un servizio di “eccellenza”: con risposta sempre disponibile e completa (ci sono più strumenti);
- mancanza di fiducia nel proprio Medico di Medicina Generale e loro modalità organizzativa per appuntamento e segreteria che disincentivano il paziente (ci sono file di attesa);
- i pazienti non si sentono seguiti e bene gestiti dal proprio Medico di Medicina Generale.

Analizzando tutte queste cause il gruppo di lavoro gestito dalla Direzione Sanitaria di Ravenna, ha messo in atto azioni che possono andare ad incidere sugli accessi impropri.

²⁵ *Percentuale degli accessi al Pronto soccorso per modalità di invio e codice colore – anno 2007.*

Un esempio di autonomia infermieristica: il Triage

Il termine Triage deriva dal francese trier e significa scegliere, ha l'obiettivo di:

- ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente e attribuire a tutti i pazienti un codice di priorità che gradui l'accesso alle cure mediche in relazione alla loro potenziale gravità e urgenza;
- regolare il flusso dei pazienti e mantenere l'efficienza complessiva della struttura Pronto Soccorso.

Il Triage è la porta di accesso del servizio di Pronto Soccorso ed è proprio in questa fase che il paziente ed i suoi familiari hanno la prima fotografia del servizio ed in maniera più generale dell'Azienda. L'attività di Triage riveste un ruolo fondamentale nella gestione del Pronto Soccorso in quanto il suo scopo principale è quello di identificare tempestivamente le priorità e di regolamentare i flussi in modo da mantenere, per quanto possibile, l'efficienza del servizio. E' proprio la professionalità e l'autonomia dell'infermiere che connota la potestà gestionale dell'assistito all'interno di questa area.

Dopo anni che rivesto questo ruolo all'interno di una Unità Operativa non posso certamente affermare che si tratti di una attività facile, anzi, molto spesso ci si trova catapultati in situazioni caotiche che richiedono decisioni prese in breve tempo e una emotività stabile.

Talvolta una semplice occhiata al paziente può bastare per codificare un orientamento di accesso in Pronto Soccorso, ma ovviamente non sempre è sufficiente per capire quale veramente sia il bisogno da soddisfare.

Chi dice più “buon giorno”?

Che le abitudini siano cambiate è ormai assodato, così come il rispetto e la considerazione che il cliente ed i suoi famigliari nutrono nei nostri confronti.

Sarebbe interessante far comprendere ciò che prova e vede un infermiere Triagista in Pronto Soccorso, in tutte le sue sfaccettature.

Un turno al Triage è di sette ore ed in tutto questo tempo sembra di essere catapultati nel bel mezzo di un film con una trama che spazia dal drammatico al comico con punte di fantascientifico.

Lo stress incalzante, molte volte, ci fa assumere atteggiamenti poco ortodossi, ma proprio quando la pazienza sembra lasciarti definitivamente ecco comparire quella coscienza più profonda che ti dice: “non cedere”.

Fin da piccoli ci veniva insegnato che quando si andava a “casa di altri” era fondamentale dare il buon giorno, presentarsi: ora non è sempre così; ci veniva insegnato che nel momento in cui ti veniva offerto qualcosa si doveva ringraziare: ora non è sempre così; ci veniva insegnato di non interrompere quando l’altro parlava: ora non è sempre così; ci veniva insegnato il rispetto dell’altra persona: ora non è sempre così.

Ciò che mi stupisce maggiormente è il fatto che gli eventi più spiacevoli vengono compiuti generalmente da persone adulte, non giovani adolescenti. Coloro che dovrebbero dare il buon esempio ai loro figli talvolta si comportano in maniera poco ortodossa. Inveiscono, urlano, pensano di avere in mano le chiavi del sapere medico ed invece sono i primi in grado di ascoltare solo se stessi. In queste persone, non vi è molto da fare dal punto di vista relazionale. Ogni sforzo mirato, viene dopo poco vanificato da un’ altro atteggiamento scortese.

Gli stranieri, solitamente, si rivolgono a noi con fare educato, a volte però, incontriamo i cosiddetti “perseguitati”. Questi ultimi partono dal preconcetto che la nostra sia una società razzista prima ancora che tu possa spiegar loro ciò che stai facendo e quali regole devono essere rispettate in Pronto Soccorso. Il Triagista si trova in breve tempo al centro di un dibattito infinito che trova le sue radici altrove.

Nella postazione di Triage, al di là del vetro, vedo persone diverse ogni giorno, ben poche volte la prima impressione si discosta da quella finale. Il carattere emerge immediatamente dal primo approccio.

Chi sta veramente male, solitamente parla poco, ha uno sguardo inconfondibile che chiede aiuto e molte volte si rivolge a noi con fare educato.

Al contrario, il paziente che giunge in Pronto Soccorso ed ha un codice di ingresso minore, solitamente viene accompagnato da più persone che, coalizzate, pensano di avere tutti i diritti di precedenza in cui tutto è dovuto. Sono coloro che fissano costantemente la nostra postazione e che, con cadenza regolare vengono a chiederci spiegazioni. Dopo circa trenta minuti di attesa sono diventati esperti clinici in grado di stabilire se chi li ha preceduti era più o meno grave di loro.

Inoltre, vi sono gli “abituali”, persone estremamente sole che vedono in noi un punto di riferimento, un ascolto sicuro a qualunque ora. Sono quelli che “colorano” il Pronto Soccorso. Quelli che chiamiamo per nome e che hanno bisogno di essere, anche solo per poco, considerati da qualcuno.

La paura è un altro argomento da sottolineare. Il Pronto Soccorso deve dare in ogni momento una risposta a tutti, anche a soggetti violenti, psichiatrici, ubriachi, drogati.

Violenti, che prendono a calci la nostra porta, che ci minacciano, che tentano di alzare le mani su di noi.

Non credo esistano ricette scritte in grado di dire come affrontare al meglio tutte le situazioni che si presentano, penso comunque che l’aggiornamento, l’esperienza ed una costante educazione alla popolazione possano facilitare il nostro compito.

Allo stesso modo penso che l’analisi critica del contesto in cui ci si trova ad operare sia fondamentale per poter dar sfogo e risposta a quelle frustrazioni che trascurate e minimizzate concorrono ad instaurare nell’operatore disagio, stress e burn-out.

Infermiere di Triage:

funzioni, caratteristiche, criteri per la formazione specifica

Molti corsi e manuali didattici sono stati prodotti per aiutarci a svolgere questo importante compito. Tuttavia, ritengo che per creare un buon rapporto con le persone assistite e mantenere un opportuno controllo su un'attività tanto caotica e complessa sono indispensabili alcune caratteristiche quali:

- Un'ottima preparazione professionale: necessaria per stabilire nei pochi minuti della valutazione iniziale, il grado di criticità dello stato del paziente. Per realizzare questa funzione occorre possedere, oltre alle competenze specifiche, una buona preparazione "generale", sia dal punto di vista clinico (capacità di ragionamento clinico), che assistenziale (utilizzo del processo di nursing nella definizione dei bisogni della persona e nella pianificazione degli interventi -definizione delle priorità assistenziali);
- Un controllo dell'emozionalità propria e altrui: saper gestire tutte quelle situazioni che si possono presentare, spesso in contemporanea, e che mettono a dura prova la capacità di concentrazione, l'equilibrio psichico e il mantenimento del controllo su quanto succede attorno all'operatore;
- Una capacità di adattamento: sapersi muovere all'interno di linee guida, protocolli e metodologie di lavoro con una certa elasticità, adattandosi alla situazione del momento. Schemi troppo rigidi possono produrre, in alcune circostanze, effetti opposti a quelli desiderati;
- Una capacità organizzativa: comprendere rapidamente ma in maniera sufficientemente esaustiva le situazioni, valutando e allocando al meglio le risorse disponibili, nell'ottica del loro migliore utilizzo. Se ben gestite, le scelte organizzative attuate in Triage favoriscono in maniera rilevante l'efficienza del servizio, garantendone l'efficacia;
- Una capacità decisionale: all'Infermiere di Triage viene richiesto di attuare scelte decisionali in tempi ristretti e sovente in situazioni complesse e caotiche: una buona capacità decisionale corredata dalla conoscenza degli specifici ambiti di autonomia e responsabilità permette all'infermiere di agire correttamente e nel rispetto dei tempi e dei vincoli imposti dalle situazioni;

- Una capacità comunicativa e disponibilità: l'infermiere ha bisogno dell'aiuto e della collaborazione di tutte le figure con cui interagisce; è importante saper ascoltare e rispondere valutando volta per volta le situazioni, in modo da poter adeguare il proprio linguaggio e l'atteggiamento alla persona che si ha di fronte;
- Curiosità: presuppone innanzitutto la capacità di verifica personale della propria attività (anche con momenti di confronto con le altre figure professionali) e la realizzazione di iniziative volte ad aumentare le proprie competenze, acquisendo esperienza e sicurezza nel tempo. Questa caratteristica permette di mantenere alta la motivazione dell'operatore e favorisce la tendenza perseguire livelli di performance professionale qualitativamente elevati²⁶.

Il Triagista: infermiere o direttore d'orchestra?

*“Il direttore d'orchestra, spesso chiamato anche maestro, è la figura di riferimento in un coro, un'orchestra o in generale in un gruppo di musicisti. La sua direzione è innanzitutto di aiuto per la coordinazione dei musicisti fra loro, indicando il tempo, i diversi ingressi e le dinamiche. Egli inoltre chiarisce a cantanti, solisti e strumentisti il contenuto e l'impostazione generale del componimento musicale. Le sue funzioni sono anche quelle di guidare le prove e prendere tutte le decisioni necessarie da un punto di vista musicale, interpretando l'opera musicale. In assenza di un comitato artistico, il direttore sceglie anche il repertorio da eseguire”.*²⁷

Leggendo queste parole noto con piacere che la definizione riguardante il Direttore d'orchestra calza perfettamente con il ruolo dell'infermiere Triagista: il Triagista del Pronto Soccorso, è la figura di riferimento dei professionisti che in quel momento si trovano a svolgere la propria attività all'interno del Pronto Soccorso stesso ed è la figura di riferimento del paziente che accede al servizio. La gestione del Triage risulta essere il nodo fondamentale per la

²⁶ da triage infermieristico McGraw-Hill

²⁷ Da Wikipedia, l'enciclopedia libera

presa in carico del paziente negli ambulatori, i quali ne accedono a seconda delle priorità assegnate appunto dal Triagista.

Egli inoltre chiarisce a pazienti e famigliari il percorso che dovranno affrontare.

Le sue funzioni sono anche quelle di guidare i “clienti/pazienti” all’utilizzo dei Servizi cercando di interpretare al meglio la necessità del momento e se possibile attuare le strategie atte a risolverla. In situazioni particolari prende autonomamente o in collaborazione decisioni rivolte a salvaguardare la salute del paziente e il corretto funzionamento e utilizzo del servizio stesso.

Questa constatazione va ad avvalorare l’idea comune che caratterizza chi riveste questo ruolo; viene richiesto di prendere decisioni che implicano un’enorme responsabilità. Abbiamo quindi la responsabilità, oltre che l’obbligo morale di essere a conoscenza di tutti i percorsi migliori per risolvere obiettivi “di salute”. Rispondiamo a richieste di informazioni e siccome le dinamiche cambiano in continuazione, non possiamo permetterci di omettere a noi stessi e agli altri, queste conoscenze. Quello che viene richiesto al Triagista è veramente molto, ma ciò che vediamo “fuori” dagli ambulatori non fa altro che arricchire il nostro bagaglio culturale ed etico morale permettendoci di elevare quella che è la nostra professionalità e la nostra riconoscibilità all’interno della società.

Penso inoltre che tutta questa esperienza e professionalità, dopo diversi anni, non debba rimanere rinchiusa all’interno di quattro mura, ma debba essere lo spunto per progetti nuovi da portare all’esterno mettendoci al servizio della popolazione bisognosa di punti di riferimento professionalmente congrui e facilmente traducibili così da offrire informazioni e suggerimenti sui percorsi da intraprendere. Proprio questo ultimo concetto ci ha reso “forti” del fatto che, potevamo essere gli artefici di un progetto innovativo, in quanto detentori di un sapere che può essere lo spunto per l’inizio di un approccio alla persona, basato sulla prevenzione ed educazione maggiormente accessibile.

CAPITOLO 5

Nascita del progetto autonomo sperimentale infermieristico: “Soccorso in Duna”

L'esperienza fatta questa estate con il progetto “*Soccorso in Duna*” ha confermato in me la consapevolezza che esiste la necessità di mettere in campo le nostre abilità e le nostre conoscenze a favore dell'individuo oltre la struttura sanitaria, agendo nel contesto del suo gruppo sociale.

A questo proposito l'idea, è stata quella di proporre l'infermiere come punto di riferimento all'interno di un “gruppo” per cercare di capirne i bisogni per poi favorire la scelta di comportamenti positivi.

Il nostro obiettivo dunque è stato quello di vivere il gruppo cercando di ascoltare, guardare e capire, senza mai giudicare o voler imporre l'adozione di comportamenti e stili di vita a noi congeniali; ma al contrario cercando di far capire come certi comportamenti possono essere nocivi.

I ragazzi di oggi non vogliono perdere tempo a ragionare sugli eventi, i percorsi che seguono, spesso, sono semplici e condivisi dalla massa. Molti giovani seguono mode sbagliate non tanto per un loro volere ma proprio perché la loro identificazione all'interno di un gruppo non può prescindere dai principi del gruppo stesso, alienando quelli dell'individuo. Da questo nasce e cresce la paura di essere inadeguati, di rimanere indietro.

I gestori dello stabilimento con cui abbiamo condiviso questa esperienza da anni sono sensibili a questo problema ed hanno sempre accolto favorevolmente gli inviti dell'Amministrazione Comunale a proporre eventi ed attività a favore della crescita dell'individuo e del gruppo.

La nostra esperienza arriva infatti a completamento di un percorso, realizzato negli anni dallo stabilimento caratterizzato da incontri culturali con scrittori, illustratori ed artisti rivolti a giovani e giovanissimi; da programmi educativi in collaborazione con il SERT dell'Ausl di Ravenna; dall'adozione di misure di controllo e sicurezza a protezione del patrimonio ambientale e personale.

L'Attenzione dei giornali locali mette in luce quanto il Sindaco e l'Amministrazione Comunale siano sempre stati vigili nel monitorare

l'attuazione delle misure preventive suggerite e delle iniziative volte a migliorare quello che spesso viene definito come un "problema estivo".

Qui di seguito ho riportato alcuni articoli di giornali locali che andavano ad affrontare le problematiche e le misure attuate per gestire la condizione estiva a Marina di Ravenna.

ECCO LA MARINA PER GIOVANI E FAMIGLIE

Un altro tour notturno del sindaco. "bottiglie scomparse, sballo ridottissimo"
(da il Resto del Carlino Ravenna, 30 Giugno 2008)

PIU' VIGILI E MENO SBALLO: ECCO IL NUOVO CORSO DI MARINA DI RAVENNA.

"Viaggio nella Marina di Ravenna che ha abbassato il volume dell'estate. Alla consolle, a dare i tempi del divertimento, stavolta, c'è proprio lui, il vero 'disc jockey' del nuovo corso: il sindaco Fabrizio Matteucci. Da quando è sceso in campo contro sballati ed ubriaconi, la sua figura è diventata una presenza abituale tra le dune e i viali di Marina."

(da il Resto del Carlino Ravenna, 29 Giugno 2008)

GUERRA AGLI ECCESSI: LO ZANZIBAR SI ADEGUA: STOP AGLI HAPPY HOUR E ALLA FESTA DEL SABATO

Il titolare: "anche noi impegnati contro lo sballo"

(da il Resto del Carlino Ravenna, 24 Giugno 2008)

ALCOL E BOTTIGLIE, RISPETTATI I DIVIETI

Controlli a tappeto nella notte a Marina

"l'attività era mirata, soprattutto, a garantire il rispetto delle varie ordinanze sulla sicurezza emesse nei giorni scorsi da sindaco e delle norme della strada".

"sono stati duecento i giovani che, nei vari stabilimenti balneari, si sono sottoposti volontariamente al test alcolemico".

(da il Resto del Carlino Ravenna, 16 Giugno 2008)

MATTEUCCI: AIUTATEMI E CAMBIERO' MARINA

" il sindaco lancia un appello: ho bisogno dell'aiuto di tutti quelli che vogliono e possono darmi una mano" per combattere " la cultura dello sballo "

(da La Voce di Romagna, Ravenna del 27 giugno 2008)

Marina: una rissa e 13 multe per alcol in centro. E Legambiente critica: troppo degrado

PER UN BAGNO CHIUSURA VICINA

Sindaco infuriato con uno stabilimento. Gli altri "ravveduti"

(da La Voce di Romagna, Ravenna del 23 giugno 2008)

L'ORA FELICE STA PER SCADERE

Regole e limiti più restrittivi. Solo la birra sarà in offerta. Via libera agli analcolici
Accordo Comune - bagni: giro di vite sugli happy hour
(da La Voce di Romagna, Ravenna del 19 Giugno 2008)

IL SINDACO: BAGNO AVVISATO, MEZZO SALVATO

"In pochi responsabili del caos. Potremmo anche chiuderli"
(da La Voce di Romagna, Ravenna del 01 giugno 2008)

IL SINDACO RESTA SOBRIO

Niente alcol per i minorenni e vendita vietata dopo le 2.
E' l'unico amministratore della costa romagnola a tener duro.
(da La Voce di Romagna, Ravenna del 12 giugno 2008)

LOTTA AGLI ECCESSI, LA SVOLTA E' INIZIATA

(da La Voce di Romagna, Ravenna del 30 giugno 2008)

A MARINA LA MUSICA E' CAMBIATA

Il sindaco annuncia novità per lo strabello retrodunale
(da Corriere Romagna di Ravenna e Faenza-Lugo del 24 giugno 2008)

MARINA: firmato un protocollo contro lo "sballo"

FESTE IN SPIAGGIA FINO ALL'UNO DI NOTTE

(da Corriere Romagna di Ravenna e Faenza-Lugo del 19 giugno 2008)

MARINA: tanta gente per il primo weekend d'estate

ANCORA UN BAGNO A RISCHIO CHIUSURA

Il sindaco: "meno sballo, ma alcune situazioni non mi convincono"
(da Corriere Romagna di Ravenna e Faenza-Lugo del 23 giugno 2008)

La nostra iniziativa prende corpo ad Aprile 2008 con una lettera informativa inviata alla Direzione Aziendale ed all'Ufficio Legale dell'Azienda di Ravenna con informazioni riguardanti le dinamiche del progetto stesso.

Inizialmente si sono evidenziate alcune incomprensioni da parte di alcuni colleghi, i quali non accettavano le motivazioni che ci avevano condotto a mettere in campo le nostre professionalità in un progetto insolito in assoluta autonomia.

Va evidenziato che non sono stati sostenuti costi per lo svolgimento dell'attività all'interno dello stabilimento balneare; il materiale utilizzato era già presente nello stabilimento stesso in ottemperanza alla ex Legge 626 che regola anche le dotazioni di primo soccorso nei pubblici esercizi; le attrezzature strumentali e non, quali saturimetro, emoglucotest ed asse spinale erano di proprietà di un componente del gruppo, membro di una società che offre formazione sull'emergenza extraospedaliera, la Physio Control © infine ha gentilmente concesso in dotazione un DAE (Lifepack 500).

All'inizio della stagione turistica è stato rivolto agli operatori dello stabilimento un corso di BLS-D con certificazione finale da parte dell'Azienda USL nelle vesti del Coordinatore del Dipartimento Emergenza 118.

Nel corso dell'estate la figura Infermieristica all'interno dello stabilimento balneare è stata sempre più riconosciuta ed interpellata per chiarimenti concernenti i Servizi Sanitari da utilizzare ed i migliori comportamenti da adottare in caso di abuso alcolico o eventi avversi di diversa natura (traumi, contusioni..).

Il dialogo ha caratterizzato le nostre serate con molti ragazzi che richiedevano informazioni, in maniera spontanea e senza timore, su quali fossero i comportamenti migliori da adottare in determinate situazioni, e come poteva essere l'utilizzo dell'automobile dopo l'assunzione di alcolici od altro.

L'obiettivo finale che ci eravamo prefissati di raggiungere è stato alla fine centrato; abbiamo infatti assistito nel corso della stagione ad una riduzione di eventi avversi all'interno dello stabilimento balneare, causati in principal modo dall'abuso di sostanze alcoliche.

Abbiamo inoltre compreso come le nuove generazioni richiedano interventi e risposte immediate, sicuramente dettate da una insicurezza e da una fragilità che vede nel gruppo la propria forza, la quale svanisce nel momento in cui avviene un evento imprevisto.

Con questo progetto abbiamo cercato di conoscere e analizzare i bisogni ed i comportamenti dei ragazzi che frequentano abitualmente lo stabilimento nelle serate in cui vi sono feste musicali in spiaggia, ponendosi anche lo scopo di fornire lo spunto per poter lavorare in futuro su eventuali altre iniziative similari integrate anche con altre figure sanitarie.

L'altro dato, non meno importante, che è emerso dalla nostra esperienza è rappresentato dalla significativa riduzione di chiamate improprie al 118 e di accessi differibili o non necessari al Pronto Soccorso, derivati a nostro avviso, dalla presenza sul campo di personale qualificato ed esperto che ha svolto anche una funzione di "filtro".

Ultima ma non in ordine di importanza, si è dimostrata l'efficacia dell'educazione sanitaria fornita ai cosiddetti "Orsetti" cioè bimbi di una età compresa tra i 2 ed i 10 anni che hanno assistito come partecipanti ad una "lezione" di Primo Soccorso utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile, supportato da disegni colorati fatti da noi. Non dobbiamo dimenticare che i bambini sono spesso testimoni di eventi che possono richiedere un loro intervento, come può essere ad esempio la corretta chiamata al 118.

La nostra convinzione è proprio quella che stimolare nei bambini di questa età un senso civico dando forma all'idea del concetto di salute che può, in qualche modo, aiutarli durante il percorso della loro crescita e dei propri genitori.

L'attenzione dimostrata durante questo incontro non ha fatto altro che avvalorare le nostre idee.

Il mio compito principale è stato quello di raccogliere più informazioni possibili. Ho raccolto dati su un campione di 186 giovani che hanno richiesto il nostro intervento. I dati raccolti in modo anonimo sono stati raggruppati in base a:

- DATA EVENTO
- ORARIO
- SESSO
- ETA'
- MOTIVO EVENTO
- ESITO EVENTO

Dopo la raccolta manuale di tutti i dati, ho provveduto a riportarli ed analizzarli all'interno del programma Epi Info creando tabelle e grafici che sintetizzano i dati raccolti nel nostro progetto:

ELABORAZIONE DATI PROGETTO DUNA DI MARINA DI RAVENNA

[Set di dati successivo](#) [Libreria dei risultati](#)

Maschera attuale: C:\duna.MDB:viewCHIAMATE

Numero dei record: 186 (Record cancellati esclusi) Data: 13/09/2008 16.45.59

FREQ SESSO

SESSO	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
FEMMINA	84	45,2%	45,2%	
MASCHIO	102	54,8%	100,0%	
Totale	186	100,0%	100,0%	

Limiti di confidenza al 95%

FEMMINA 37,9% 52,6%

MASCHIO 47,4% 62,1%

FREQ MOTIVOEVENTO

MOTIVO EVENTO	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
ALTRA MALLATTIA	2	1,1%	1,1%	
CONTUSIONI	36	19,4%	20,4%	
CRISI D'ANSIA	1	0,5%	21,0%	
FERITA	2	1,1%	22,0%	
SEGNI E SINTOMI DI ABUSO ALCOOLICO	127	68,3%	90,3%	
TRAUMI	18	9,7%	100,0%	
Totale	186	100,0%	100,0%	

Limiti di confidenza al 95%

ALTRA MALLATTIA 0,1% 3,8%

CONTUSIONI 13,9% 25,8%

CRISI D'ANSIA 0,0% 3,0%





FERITA 0,1% 3,8%

SEGNI E SINTOMI DI ABUSO ALCOOLICO 61,1% 74,9%

TRAUMI 5,8% 14,9%

Da questa tabella emerge che i motivi delle chiamate sono soprattutto derivanti dall'abuso alcolico. Ciò che vogliamo sottolineare è il fatto che molte volte più problemi si associavano ad un problema principale. Si sono evidenziati infatti diversi abusi alcolici associati a crisi d'ansia che però nella tabella non emergono a causa di una mancanza di dati.

FREQ ESITOEVENTO

















ESITO EVENTO	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
118	7	3,8%	3,8%	
INVIO IN PS	15	8,1%	11,9%	
SOLUZIONE IN SEDE	163	88,1%	100,0%	
Totale	185	100,0%	100,0%	

Limiti di confidenza al 95%








118	1,5%	7,6%
INVIO IN PS	4,6%	13,0%
SOLUZIONE IN SEDE	82,6%	92,4%

Dalla tabella emerge chiaramente che la soluzione in sede è stata quella maggiormente utilizzata per risolvere il problema denunciato. Ciò non vuole in alcun modo dimostrare la non utilità del mezzo di soccorso ma la possibilità di un suo impiego focalizzato alla riduzione dei tempi di attesa per le chiamate che necessitano di un intervento d'urgenza.

FREQ ETA'

ETA'	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
15	2	1,1%	1,1%	
17	1	0,5%	1,6%	
18	4	2,2%	3,8%	
19	4	2,2%	5,9%	
20	9	4,9%	10,8%	
21	15	8,1%	18,9%	
22	18	9,7%	28,6%	
23	24	13,0%	41,6%	
24	23	12,4%	54,1%	
25	48	25,9%	80,0%	
26	17	9,2%	89,2%	
27	8	4,3%	93,5%	
28	8	4,3%	97,8%	
30	3	1,6%	99,5%	
35	1	0,5%	100,0%	
Totale	185	100,0%	100,0%	

FREQ Mese

Mese	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
4	10	5,4%	5,4%	
5	19	10,2%	15,6%	
6	28	15,1%	30,6%	
7	77	41,4%	72,0%	
8	46	24,7%	96,8%	
9	6	3,2%	100,0%	
Totale	186	100,0%	100,0%	

FREQ

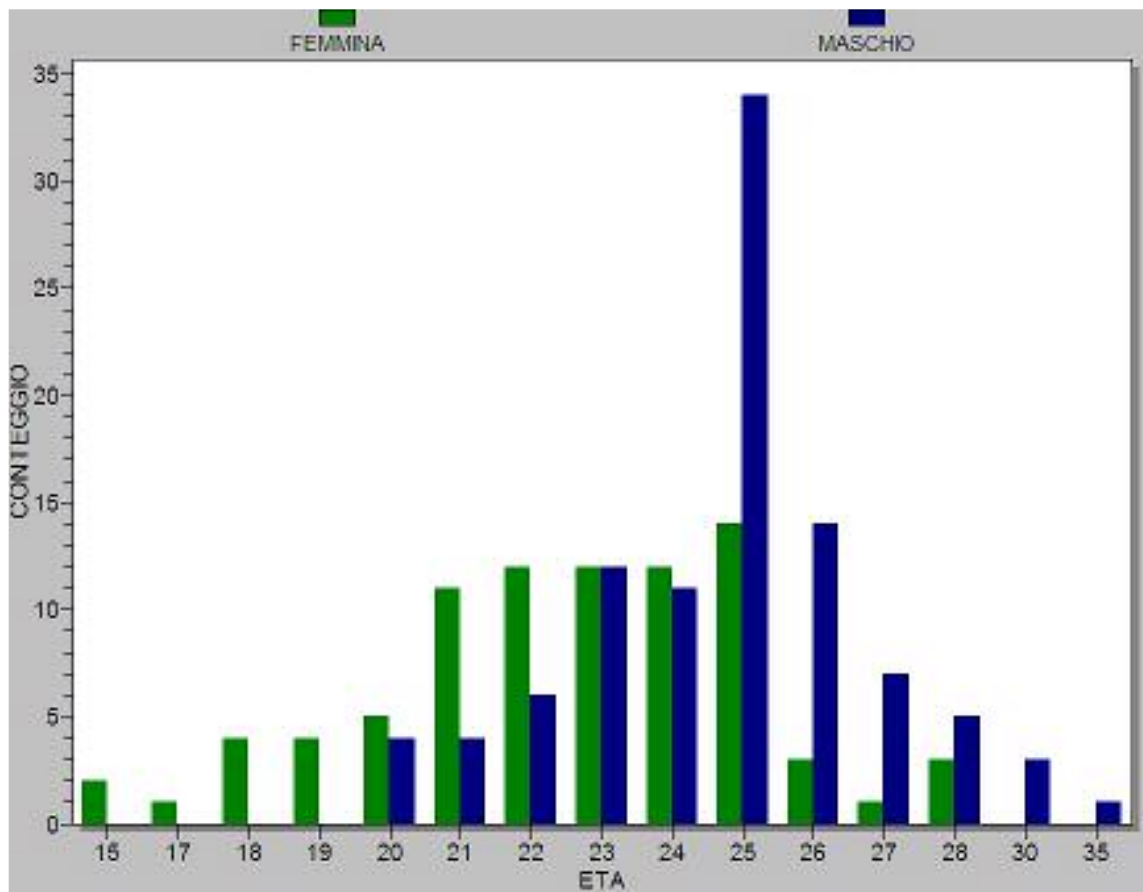
Fascia_oraria

Fascia_oraria	Frequenza	Percentuale	Percentuale cumulativa	
a-Prima delle 21	25	13,6%	13,6%	
b-22	37	20,1%	33,7%	
c-23	35	19,0%	52,7%	
d-24	41	22,3%	75,0%	
e- 1 di notte	34	18,5%	93,5%	
f-2	12	6,5%	100,0%	
Totale	184	100,0%	100,0%	

TABLES

Fascia_oraria Mese COLUMNSIZE = 12

MESE							
Fascia_oraria	4	5	6	7	8	9	TOTALE
a-Prima delle 21	2	1	3	9	8	2	25
% Riga	8,0	4,0	12,0	36,0	32,0	8,0	100,0
% Colonna	20,0	5,3	10,7	11,7	18,2	33,3	13,6
b-22	2	4	4	16	10	1	37
% Riga	5,4	10,8	10,8	43,2	27,0	2,7	100,0
% Colonna	20,0	21,1	14,3	20,8	22,7	16,7	20,1
c-23	3	6	6	11	8	1	35
% Riga	8,6	17,1	17,1	31,4	22,9	2,9	100,0
% Colonna	30,0	31,6	21,4	14,3	18,2	16,7	19,0
d-24	2	6	7	16	9	1	41
% Riga	4,9	14,6	17,1	39,0	22,0	2,4	100,0
% Colonna	20,0	31,6	25,0	20,8	20,5	16,7	22,3
e- 1 di notte	1	2	8	15	7	1	34
% Riga	2,9	5,9	23,5	44,1	20,6	2,9	100,0
% Colonna	10,0	10,5	28,6	19,5	15,9	16,7	18,5
f-2	0	0	0	10	2	0	12
% Riga	0,0	0,0	0,0	83,3	16,7	0,0	100,0
% Colonna	0,0	0,0	0,0	13,0	4,5	0,0	6,5
TOTAL	10	19	28	77	44	6	184
% Riga	5,4	10,3	15,2	41,8	23,9	3,3	100,0
% Colonna	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0



CAPITOLO 6

Autonomia infermieristica

Alcuni dei concetti fondamentali che hanno reso possibile la nostra esperienza estiva “ Soccorso in Duna” risiedono nel concetto di autonomia, esperienza, formazione continua. In questo ultimo capitolo il mio obiettivo principale è quello di rendere più chiaro ciò che intendo a riguardo.

Renè Jules Dubos (Saint – Brice – sous –Forèt, 1901 -1982) è stato un biologo e filosofo francese naturalizzato statunitense, microbiologo, patologo sperimentale, ambientalista e umanista. In uno dei suoi trattati asserisce:

“coloro che hanno una sufficiente conoscenza teorica, giudizio critico, disciplina imparano a adattarsi rapidamente alle nuove situazioni e ai problemi che costantemente sorgono nel mondo moderno. Rimane un sogno inutile, anche se può essere di conforto, immaginare una vita priva di stress e di problemi vissuta in un mondo libero da preoccupazioni. L'uomo non può sperare di trovare sulla terra il Paradiso, perché il concetto di Paradiso è statico, mentre la vita umana è un processo dinamico. L'uomo potrebbe sfuggire i pericoli solo rinunciando all'avventura, abbandonando ciò che caratterizza la condizione umana rispetto al resto degli animali. Fin dalla preistoria, la terra non è mai stata un Giardino dell'Eden, bensì una Valle delle Decisioni in cui l'adattabilità è cruciale per la sopravvivenza. La terra non è un luogo di riposo. L'uomo è stato creato per combattere, non necessariamente per sé stesso, ma per un continuo processo di crescita emozionale, intellettuale ed etica. Crescere in mezzo ai pericoli è il destino della razza umana, perché questa è la legge dello spirito”²⁸.

In questi ultimi anni abbiamo conquistato, per proseguire il cammino della nostra professione una “macchina molto potente”: l'entusiasmo iniziale è stato molto forte ma in seguito abbiamo preso consapevolezza della difficoltà di attuare appieno il percorso dello specifico professionale.

²⁸ René Dubos - *Mirage of Health*, New York, 1959 p.281-282

La sanità in Italia fa emergere un sistema a macchia di leopardo dove convivono, nello stesso tempo, eccellenze e realtà ancora piuttosto arretrate. L'identità infermieristica non è da tutti percepita nello stesso modo, la cultura propria degli infermieri non è la stessa per tutti.

Sulla base di queste ultime considerazioni, ritengo che il cambiamento debba avere inizio da ogni singolo professionista, ma soprattutto da chi è deputato a coordinare gli infermieri. Abbiamo il dovere di creare situazioni in grado di far emergere quelle competenze che ci caratterizzano e ci permettono di prenderci cura della persona, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale, proprio come abbiamo sperimentato durante il periodo estivo 2008 all'interno dello stabilimento balneare di Marina di Ravenna.

Facendo però un passo indietro vedremo di spiegare quali sono stati i cambiamenti sostanziali, dettati da una legislazione più o meno esaustiva:

con il Decreto del 14 Settembre 1994 n. 739 "*regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*" vengono definiti i profili professionali, in modo particolare, la mia attenzione ricade sugli articoli 2 e 3 contenuti nel profilo stesso che sanciscono:

- **Art. 2:**

“l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.

- **Art. 3:**

“ l'infermiere:

- 1. partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività*
- 2. identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi*
- 3. pianifica, gestisce, valuta l'intervento assistenziale infermieristico*

4. *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche*
 5. *agisce sia individualmente che in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali*
-

Il passo successivo avviene il 26 Febbraio 1999 con la legge n. 42 “disposizioni in materia di professioni sanitarie” dove si assiste ad un punto di svolta della professione. Viene abrogato il mansionario, cambia l’ordinamento didattico universitario, e con il Codice Deontologico dell’Infermiere e il Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere (tracciato dal D.M. 739 del 1994), possiamo con certezza affermare che si assiste alla nascita di quella che è per noi la cosiddetta “stagione della responsabilità e dell’ autonomia”.

Sorge a questo punto una domanda: non è stato fatto tutto troppo velocemente senza tenere in considerazione la fisiologica difficoltà delle persone di fronte ai cambiamenti.

Alla base del processo sono stati creati i percorsi adeguati per far capire alle persone l’importanza del cambiamento?.

Come professionisti autonomi ci sono stati forniti diversi strumenti per intervenire e controllare il nostro operato:

1. Linee guida: sono raccomandazioni e indicazioni di comportamento clinico, prodotte mediante un processo sistematico, il cui scopo è quello di aiutare operatori e pazienti a decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in specifiche condizioni cliniche²⁹;
2. Procedure: sono regole operative interne che coinvolgono l’attività di più persone o funzioni³⁰;
3. Protocolli: sono documenti redatti dal gruppo infermieristico o interdisciplinare, che traduce le conoscenze scientifiche in comportamenti professionali³¹ ;

29 La dirigenza Infermieristica – Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi

³⁰ ibidem

³¹ ibidem

4. Conoscenza degli standard: ci indicano i valori soglia minimi e massimi di un determinato indicatore, o di frequenza di offerta di un certo servizio o di un determinato intervento;
5. Cartella infermieristica: personalmente ritengo che la cartella infermieristica sia una delle massime espressioni tangibili dell'attività infermieristica, all'interno della quale viene attuato tutto un percorso di riconoscimento dei bisogni del malato, la raccolta dei dati, le azioni che si attuano al fine di supplire o sostituire le capacità del paziente stesso il quale, trovandosi nelle condizioni di malattia, non è in grado di svolgere per mancanza di autonomia, di volontà o di cognizione. Infine all'interno della cartella si attua la valutazione e la verifica finale degli obiettivi raggiunti;
6. Le diagnosi infermieristiche: l'intervento infermieristico deve prima di tutto derivare dalla formulazione di una o più diagnosi infermieristiche; La diagnosi infermieristica trova le sue origini su un procedimento scientifico e su modelli teorici di riferimento. Le diagnosi infermieristiche descrivono i fenomeni relativi alla salute che l'infermiere riconosce e gestisce in maniera sostanzialmente autonoma e , dall'altro, che la NANDA è la principale associazione impegnata nella loro identificazione e classificazione. La formulazione della diagnosi infermieristica viene fatta utilizzando l'osservazione dei segni/sintomi che la persona/assistito presenta; se sono sufficientemente presenti, come si presentano , con quale frequenza, in quali condizioni. Si definiscono quindi i fenomeni (rischi, problemi, disponibilità al miglioramento) che costituiscono il campo di specifico interesse della professione infermieristica.

L'esperienza rappresenta quella che è l'elevazione professionale, che deve caratterizzare ogni infermiere che possiede una base scientifica teorica. Ogni esperienza che l'operatore vive va ad arricchire un bagaglio culturale e di competenze che tendono a migliorare gli interventi su un paziente/cliente inteso come essere unico, globale con bisogni di natura

fisica, psichica, l'uomo condizionato dall'ambiente nel suo sviluppo di essere umano.

Scopo della professione infermieristica *“è quello di mantenere e ristabilire l'indipendenza dell'individuo in modo che egli possa soddisfare i propri bisogni fondamentali o nel caso di malattie incurabili consentire di morire serenamente”*³².

Recentemente ho letto una frase che, ritengo, rispecchi a pieno la professione infermieristica: *“quella dell'infermiere è una professione sociale fatta su misura per l'uomo”. Insegnare al paziente “come sapersi ammalare (se proprio non riusciamo ad impedirglielo) e accettarlo come un evento possibile e verosimilmente affrontabile con successo è uno dei trionfi della professione dell'infermiere e del medico”*³³.

Il concetto di infermiere esperto

“ L'esperienza non è altro che il nome che gli uomini danno ai propri errori”
Oscar Wilde.

Il concetto di esperienza è molto più profondo di quanto si possa pensare, facendo una analisi superficiale si può credere che l'esperienza risieda essenzialmente negli anni di lavoro che un professionista esplica all'interno di un contesto lavorativo, tutto questo però non basta. A questo proposito Benner sostiene che *“l'esperienza è un bagaglio di teorie e nozioni attraverso il consapevole incontro con un numero crescente di situazioni concrete che arricchiscono tale bagaglio con importanti differenze nei particolari”*³⁴.

Il Codice Deontologico ci indirizza in maniera precisa sull'argomento. Sostiene che *“l'infermiere esperto è colui che ha consapevolezza delle proprie competenze e dei propri limiti, sa quali responsabilità si può assumere per poter agire con sicurezza. Nei casi che eccedono le sue conoscenze e capacità*

³² Da sito internet: www.infermierionline.net/nursing , il professionista infermiere e l'autonomia infermieristica come indicata dai profili consultato il giorno 27/11/2008 h. 16.30

³³ Da sito internet: www.infermierionline.net/nursing , il professionista infermiere e l'autonomia infermieristica come indicata dai profili consultato il giorno 27/11/2008 h. 16.30

³⁴ Benner P. , From Novice to Expert Excellence and Power in Clinical Nursing Practice, Menlo Park, California, Addison – Wesley, 1984.

ricorre all'intervento o alla consulenza di esperti oppure declina la responsabilità. In ogni caso riconosce che l'integrazione (cioè il lavoro coordinato con colleghi e altri operatori dell'ambito sanitario e sociale) è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito"³⁵.

È palese come il significato di questo articolo sia fondamentale in una Unità Operativa in cui la calma ed il ragionamento possono fare la differenza nell'assistenza ad un paziente in condizioni critiche. L'inesperienza infatti, è riscontrabile anche in professionisti che operano da diversi anni all'interno dell'Unità Operativa ed è evidenziabile dal comportamento che adottano quando viene richiesta una capacità gestionale finalizzata alla riduzione dei tempi assistenziali. Il caos, la mancata comunicazione, la mancata consapevolezza delle priorità fanno il resto e non consentono un corretto approccio all'urgenza. Da questo si deduce che i professionisti non sono tutti uguali, ognuno ha le sue capacità da sviluppare all'interno di un contesto organizzativo.

L' importanza della formazione permanente

“Non possiamo insegnare direttamente ad un'altra persona; possiamo solo stimolare il suo apprendimento” (C. Rogers 1973)

In questi anni ho preso coscienza che un grave errore è avere la convinzione di essere “arrivati”, di non aver più nulla da apprendere nel nostro “lavoro”, anche il neo assunto può essere fonte di conoscenza.

Da questo concetto nasce la formazione permanente costituita sia da corsi e convegni formalmente riconosciuti sia dall'autoformazione intesa come acquisizione di conoscenze e competenze che non rientrano necessariamente nelle classificazioni tradizionali, ma consistono anche in esperienze sul campo che il singolo professionista progetta e realizza.

³⁵ Art. 3.2 del Codice Deontologico sui livelli di competenza

Nel momento in cui l'uomo nasce comincia ad apprendere e continua a farlo durante tutta la sua esistenza. Numerose scienze, a seconda del destinatario, ci aiutano a svolgere l'importante processo dell'educazione.

Malcom Knowles, una delle massime autorità degli Stati Uniti nel campo dell'educazione degli adulti e del training, nel suo modello considera gli adulti come "learners", cioè come soggetti in apprendimento con le loro specifiche prospettive individuali. Egli propone il coinvolgimento diretto, anzi, assegna un ruolo decisionale ai soggetti dell'apprendimento in tutte le fasi del processo, a cominciare dalla determinazione degli obiettivi educativi.

Uno dei pilastri della scienza dell'educazione negli adulti, definisce l'apprendimento come *"un processo che comporta una modificazione relativamente stabile nel modo di pensare, di sentire, di agire del discente"*³⁶. L'esperienza è quindi alla base del cambiamento e conseguentemente del comportamento individuale. Chiunque deve essere in grado di apprendere, soprattutto in sanità dove l'Aziendalizzazione ha come obiettivo la crescita professionale volta all'accreditamento professionale per lo sviluppo della salute.

La formazione professionale può essere intesa come un'arma vincente per rimanere al passo con i continui cambiamenti della società.

³⁶ J.J. Guilbert pilastro dell'Andragogia

L'infermiere esperto sa ascoltare ed informare?

I due concetti di ascolto e di informazione rivestono enorme importanza nell'attività infermieristica, anche il Codice Deontologico indica un preciso processo metodologico concernente queste due attività.

La capacità di ascolto è insita nella professione infermieristica perchè si ha l'inizio del rapporto fra infermiere e paziente. Dal racconto del paziente il professionista trae lo spunto per sviluppare il suo accertamento, quindi le sue diagnosi, intese come diagnosi infermieristiche, richiedono interventi volti a migliorare uno stato di salute equilibrato che può essere compromesso da un comportamento scorretto.

L'ascolto permette all'infermiere di raccogliere informazioni e nello stesso tempo di capire lo stato emotivo del paziente e dei famigliari che lo accompagnano, instaurando così una vera e propria relazione di aiuto. L'ascolto deve essere di tipo attivo, in questo modo si sviluppa un maggior utilizzo di energie e di concentrazione che consente di cogliere tutte le sfumature di natura non verbale che il paziente manifesta. Una comunicazione di questo tipo oltre ad aumentare la fiducia nei nostri confronti può anche porre le basi per un approccio terapeutico non utilizzando la somministrazione farmacologia. L'informazione che un infermiere è tenuto a dare al "cliente" si basa sull'insegnamento di un corretto stile di vita e su come ottimizzare al meglio i servizi che permettono al paziente stesso di risolvere un problema o un bisogno che viene espresso in maniera più o meno palese.

Per quanto riguarda l'importanza della comunicazione per l'utenza voglio segnalare un articolo che proprio ieri è uscito su uno dei giornali locali della mia città nel quale si rende necessaria la creazione di una figura medica "amica", ciò è frutto di una indagine conoscitiva avvenuta all'interno dell'Ausl di Ravenna, i risultati hanno dimostrato che i pazienti si lamentano soprattutto per la scarsa comunicazione negli ospedali. Secondo quanto si scopre analizzando i dati, la valutazione sul ricovero è nel complesso positiva almeno per il 76,7% degli utenti intervistati. Uno dei punti negativi si ha soprattutto nei rapporti fra medici e pazienti: infatti il 29,6% ha lamentato che non vi sia stata sufficiente informazione sull'impatto della malattia nella vita quotidiana e

una percentuale simile ha invece fatto capire di non essersi sentita sufficientemente coinvolta nelle scelte terapeutiche e strumentali.³⁷

³⁷ da Il Resto del Carlino Ravenna, 11 Dicembre 2008

CONCLUSIONI

La stesura di questo elaborato e la creazione di tabelle, che sintetizzano il progetto sperimentale “Soccorso in Duna”, attraverso l’utilizzo di Epi Info mi ha fatto comprendere che questo prezioso strumento informatico gratuito viene sicuramente incontro alle accresciute esigenze di coloro che analizzano dati per poter organizzare al meglio le risorse messe a disposizione e rispondere alle esigenze che il quotidiano richiede.

Epi Info, infatti, è compagno efficace ed efficiente in tutte le fasi della sorveglianza epidemiologica: dalla raccolta all’analisi dei dati fino alla loro interpretazione e alla divulgazione delle informazioni. Risulta anche utilissimo come assistente nelle indagini di campo, quando tempestività e rapidità sono un imperativo categorico.

Come tutti gli strumenti statistico – informatici Epi Info non può sostituire la lettura “intelligente” dei dati e la loro trasformazione in informazioni comprensibili ai più, ma consente un facile approccio al mondo dei numeri, senza che per questo diventiamo super esperti di informatica e/o statistica.³⁸

Inoltre, con il progetto “Soccorso in Duna” si è voluta sottolineare come la professione infermieristica possa essere utilizzata in una società che necessita di attività di tipo preventivo.

È giusto quindi pensare che oggi l’utilizzo della figura Infermieristica da parte dell’Ausl non debba essere solo finalizzato alla cura del paziente ospedalizzato ma possa anche essere indirizzato alla ricerca, all’analisi ed alla risoluzione dei bisogni dell’utente a 360 gradi.

Vorrei portare la riflessione finale su un punto fondamentale che può rispecchiare a pieno il mio pensiero: quanti di noi infermieri hanno dispensato consigli, informazioni o svolto piccoli interventi assistenziali in maniera gratuita ed incondizionata a persone sconosciute, amici o parenti dopo che questi ultimi erano venuti a conoscenza della nostra professione. Sicuramente

³⁸ Da Epi Info edizione italiana: “manuale di Epi Info a cura di Pasquale Falasca, Pasquale Errico, Giovanni Falasca

ognuno di noi può fornire una risposta che varia a seconda del numero maggiore o minore di “prestazioni”.

Ritengo che qualsiasi persona che svolge una professione al servizio degli altri non possa smettere di esserlo nel momento in cui ripone la propria divisa in un armadietto.....

RINGRAZIAMENTI

I ringraziamenti che voglio fare sono rivolti a tutte quelle persone che in un modo o nell'altro mi sono state vicine durante questo anno scolastico.

Per cominciare ringrazio il Dott. Gianni Bagni Coordinatore teorico pratico del Master, la Dott.ssa Golnelli Morena i quali hanno creduto nelle mie capacità ed hanno fatto in modo che il Master procedesse nel migliore dei modi.

Inoltre un gradito ringraziamento al Gruppo Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola, che ci ha ospitato nella propria struttura.

Ringrazio la mia famiglia, il mio compagno Nicola Minardi che insieme a nostro figlio Francesco mi ha sostenuto ed aiutato nei momenti in cui lo studio e il lavoro non mi facevano essere presente a pieno nella vita quotidiana della famiglia.

Ringrazio la mia compagna di banco Deborah Morigi che anche in questa avventura scolastica è stata al mio fianco facendomi vedere il lato divertente anche nelle situazioni che potevano sembrare più difficili.

Ringrazio il gruppo degli infermieri che hanno reso possibile il progetto “Soccorso in Duna”: Michele Chiariotti, Maurizio Missiroli, D'Angelo Roberto, Marco Fazio e Minardi Nicola. Questo gruppo di infermieri mi ha fatto comprendere come la professionalità unita all'esperienza possano rappresentare una ricchezza per la nostra professione.

Ringrazio il coordinatore del 118 Giorgio Randi che mi ha fatto comprendere come possa essere importante la capacità di mediazione. A tal proposito ho capito come un buon coordinatore che conosce le competenze dei propri infermieri sia in grado di aiutarli e consigliarli in modo incondizionato stimolando il dialogo di tipo costruttivo.

Ringrazio la coordinatrice del Pronto Soccorso Isana Geminiani che ha sempre creduto nelle mie capacità professionali, rendendomi partecipe delle dinamiche che interessano l' Unità Operativa. Grazie a lei, ho ampliato le mie conoscenze ed ho compreso che anche senza imporsi in modo autoritario è possibile ottenere molto da chi si è deputati a gestire.

Ringrazio la Dott.ssa Patrizia Capucci, importante esempio di professionalità che fin da subito ha creduto nella valenza del progetto “ Soccorso in Duna” come spunto per la crescita della professione infermieristica.

Ringrazio il Direttore del dipartimento di emergenza urgenza, Dott.ssa Maria Pazzaglia che mi ha permesso di poter accedere ai dati riguardanti gli accessi al Pronto Soccorso dell’AUSL di Ravenna.

Ringrazio il Dott. Pasquale Falasca del Servizio Epidemiologia, Ricerca e Sviluppo dell’AUSL di Ravenna che mi ha fatto avvicinare ad un mondo affascinante come quello della ricerca e dell’ analisi dei dati, in grado di offrire un valido aiuto alla nostra professione infermieristica.

Ringrazio la Dirigenza infermieristica dell’AUSL di Ravenna nelle persone del Dott. Mauro Taglioni e Mauro Monti che hanno apprezzato il lavoro svolto nel progetto sperimentale “Soccorso in Duna”.

Ultimo ma non in ordine di importanza, è il ringraziamento che voglio rivolgere al mio relatore, Luca Venturini che ha rappresentato per me un punto di riferimento nella stesura dell’elaborato ed un’ importante fonte di spunti per la mia crescita professionale.

Bibliografia

Libri

Carlo Calamandrei Laura D'Addio	“Commento al nuovo codice deontologico dell'infermiere”	McGraw-Hill Editore Milano 1999
Gruppo Formazione Triage	“Triage Infermieristico, seconda edizione”	McGraw-Hill Editore Milano 2005
Carlo Calamandrei Carlo Orlandi	“La dirigenza infermieristica”	McGraw-Hill Editore Milano 2002
Zygmunt Bauman	“Vita liquida”	Editori Laterza
Zygmunt Bauman	“Modus vivendi, inferno e utopia del mondo liquido”	Editori Laterza
Pasquale Falasca, Pasquale Errico, Giovanni Falasca	“Manuale di Epi Info edizione italiana”	Epi Edizioni 2005

Internet

www.infermierionline.net/nursing	27/11/2008
www.ipasvi.it	02/12/2008
www.newsletterdisociologia.unito.it/ricerche.asp	02/12/2008
http://ampess.it/	27/11/2008
Wikipedia, l'enciclopedia libera: il direttore d'orchestra	20/12/2008

Articoli

Di Ugo Bentivogli Da il Resto del Carlino Ravenna di giovedì 11 Dicembre 2008	“In corsia un medico amico”	“I ricoverati:” dialogo difficile e poco comfort”
Di Gilberto Dondi e Gabriele Mignardi Da il Resto del Carlino di lunedì 6 ottobre 2008	“Lo sballo dei debuttanti”	“Emergenza giovani, alzano il gomito già a nove anni”
Francesca Di Tommaso, Pasquale Falasca 2008	“Pronto Soccorso: una risorsa per l'emergenza urgenza”	“Gli accessi al Pronto Soccorso”

AA.VV

**Dispense lezioni corso Master in coordinamento Università
Cattolica- sede Villa Maria Cecilia anno scolastico 2007-2008**

Prof. Paolo Mirabella	“etica e filosofia morale”
Dott Gianni Bagni – Dott.ssa Meris Fiamminghi	“programmazione e gestione delle risorse umane”
Dott.ssa Maria Rosaria Spedicato	“Psicologia del lavoro e delle organizzazioni”
Coord. Inf Luca Venturini Coord. Inf Stella Vignoli	“il concetto di etica applicata al management infermieristico e principi etici”