

*“La parola”  
a Noi  
online*

## "La parola" a Noi online

### Comitato di redazione

F. Perrucci                      A. Gualano  
L. Calabrese                    G. Mecca  
E. De Santis

**Direttore Responsabile**  
Benedetta Mattiacci

**Coordinamento editoriale e redazionale**  
Emma Bellucci Conenna

### Hanno collaborato

Monica Cardelicchio  
Gianluca Ferrarese  
Chiara Guarino  
Pio Lattarulo  
Cosimo della Pietà  
Anna Turrisi

**Impaginazione e grafica**  
a cura di Francesco Paolo Caforio (RSI)

Reg. Trib. di Taranto n. 462/94  
decreto del 23/03/1994



Questo periodico  
è associato alla  
Unione Stampa  
Periodica Italiana

# Sommario

Editoriale	Pag. 3
Nuovo Codice Deontologico	" 5
Io mi vaccino	" 8
Piano formativo 2020	" 10
OPI e Infermiere di Famiglia: proposta di legge	" 11
Giornata Internazionale dell'Infermiere 2020	" 15
La nuova immagine di sé	" 16
Tra le bianche mura	" 30
Studio di ricerca qualitativa	" 40
Convenzioni	" 49
PEC	" 50
Lauree in Scienze Infermieristiche	" 52

### Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

Via Salinella, n. 15 - 74121 - Taranto

Telefono 099.4592699 - Fax 099.4520427  
www.ipasvitaranto.com - info@ipasvitaranto.it

**ORARIO DI APERTURA AL PUBBLICO**  
lunedì - mercoledì - venerdì 9.00-12.00  
martedì 15.00-17.30 - 17.00-19.00 venerdì

### AVVISO

La redazione si riserva la valutazione degli articoli inviati, il rimaneggiamento del testo, la pubblicazione secondo le esigenze giornalistiche. Il materiale inviato non è restituito.

**Le opinioni espresse negli articoli non necessariamente collimano con quelle della redazione.**

# Cari Colleghi,

alle soglie del nuovo anno è d'obbligo un consuntivo di quanto fatto, di quanto apportato alla professione ed alla sua immagine.

Lasciatemelo dire, possiamo guardare indietro con soddisfazione per quel che abbiamo realizzato e per le iniziative messe in cantiere.

Indiscutibile che il 2019 sia stato un "anno di crescita" per noi Infermieri, dotati di un **nuovo Codice Deontologico**, frutto della "sapienza" di un pool di esperti, alcuni tra i tanti che svolgono la nostra professione, tra i tanti che, ad esempio, si adoperano per la formazione, lavorano perché management (più o meno complesso) e clinica (anche con le specializzazioni infermieristiche) non siano disgiunti e perché il percorso sia aderente al panorama epidemiologico e di salute, con cui ci confrontiamo oggi e continueremo a confrontarci nel futuro.

Vi parlo dello "spirito" del Codice Deontologico che avvalorava, sempre più, i principi ed i contenuti della nostra sfera professionale ed ha come obiettivo, lo diciamo da tempo, un modello di sistema sanitario che si muova, in crescendo, verso la tutela della persona, nodo della rete ospedale- territorio- famiglia, sistema che sappia dare risposte anche ai nuovi bisogni di salute, ad esempio con modelli gestionali innovativi.

Guardiamo avanti in maniera propositiva, adoperandoci per superare i limiti, per dare spazio a competenze e, ad esempio, esaltare "vocazioni" (chi esercita la nostra professione deve avere un quid in più), per arrivare a specializzazioni mirate, a competenze che permettano di ottenere incarichi clinici, attraverso "la formazione specialistica, la formazione complementare, la formazione permanente, l'esperienza professionale, rivista ed aggiornata", secondo le nostre attitudini e nella sfera in cui siamo impegnati come nel campo del Triage, delle Infezioni



**Benedetta Mattiacci**  
*Presidente OPI Taranto*

e  
d  
i  
t  
o  
r  
i  
a  
l  
e

Ospedaliere, della Prevenzione e Cura delle Lesioni Cutanee, del management.

Il tutto in funzione dei nuovi bisogni della comunità, delle “Persone”. Come **Infermieri** abbiamo responsabilità **quando** assistiamo, ci prendiamo cura della “Persona” nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità; **quando** ci richiamiamo ai principi di equità e giustizia nell’assumere decisioni organizzativo- gestionali; **quando**, nel prendere decisioni assistenziali, rispettiamo i valori etici, religiosi e culturali oltre che il genere e le condizioni sociali di persona/assistito. Siamo fisiologicamente di parte, lo ribadiamo, dalla parte dei cittadini, per cui dobbiamo essere attivi nel cambiamento, dobbiamo essere capaci di identificare i bisogni nelle differenti aree clinico-assistenziali, essere partecipi di quella sfida che riconosce i fattori delle diseguglianze nell’utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie.

Infermieri, allora, impegnati nella tutela della salute, “professionisti” della salute con piena consapevolezza dei **doveri**, e, contestualmente, dei **diritti**: i primi si esplicano nei “valori” cui dobbiamo attenerci; i secondi si esercitano nel diritto alla “tutela personale” in ambito lavorativo. Orgogliosi di quanto raggiunto, vogliamo superare i limiti, possiamo, per quel che riguarda l’OPI Taranto, grazie alla programmazione realizzata dal nostro Ordine che, in maniera indefessa ed instancabile, mette a punto temi su argomenti qualificanti, attuali, per risposte alle esigenze in ambiti di organizzazione, di formazione, di aggiornamento. In questi anni il nostro “sapere” si è impreziosito tanto da raggiungere obiettivi impensabili quale, ad esempio, la **Dirigenza Infermieristica**, che ha permesso di rivedere, aggiornare, trasformare l’organizzazione del lavoro, ottimizzando le risorse umane e materiali.

Le nostre competenze ci portano ad entrare in quegli ambiti, in quelle sfere professionali fino a pochi anni fa appannaggio solo di altre figure; ora sono anche i nostri, lo affermiamo con orgoglio, quell’orgoglio che spinge ad andare avanti, a fare sempre meglio.

Come sempre, siamo e saremo al fianco degli iscritti, attenti alle sollecitazioni, alle proposte, ai suggerimenti.

***L’Ordine è la “vostra casa professionale”, e, in quanto tale, va preservato e tutelato da tutti quanti VOI.***

***A noi, Organo di rappresentanza, il dovere di essere super partes e garantire l’autonomia.***



# **Teatro Fusco, Taranto, 12 Settembre**

## **OPI TA PRESENTA IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI**



***Occasione per fare il  
punto della professione,  
per raccontare quello  
che gli Infermieri  
sono e  
vogliono diventare***

"Il **Nuovo Codice Deontologico** - spiega Benedetta Mattiacci, presidente OPI

Taranto - elaborato dalla Professione, nonché supportato da un'equipe multidisciplinare, rappresenta la sintesi della "cultura dell'altro, dell'impegno dell'altro" in quanto persona titolare di diritti tra i quali, come sancisce la Costituzione Italiana, il Diritto alla Salute.

A noi, Infermieri, tutelare questo diritto, in un momento in cui ci troviamo ad affrontare un pluralismo **culturale**, un pluralismo **religioso**, un pluralismo **pluri-etnico** ed, anche, un contesto come quello locale, in cui il "valore della vita"

è subordinato ai bisogni della grande industria, che scandisce "diritti della vita, della malattia, della morte".

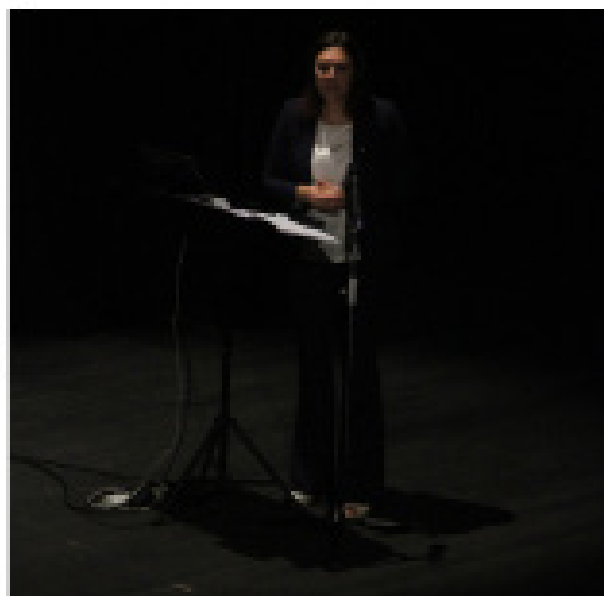
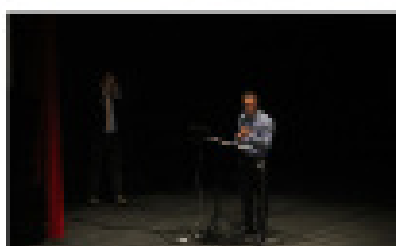
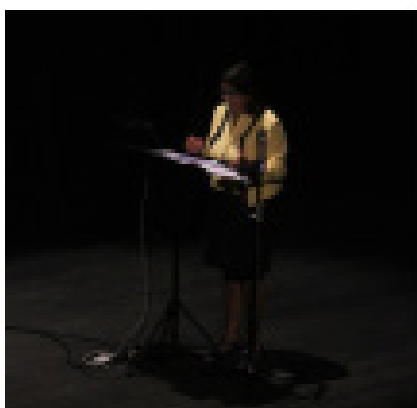
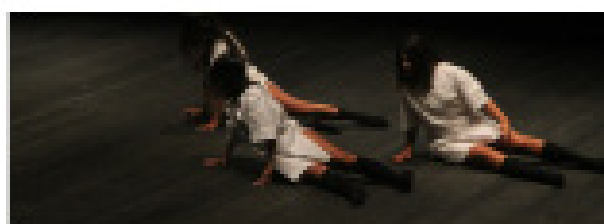
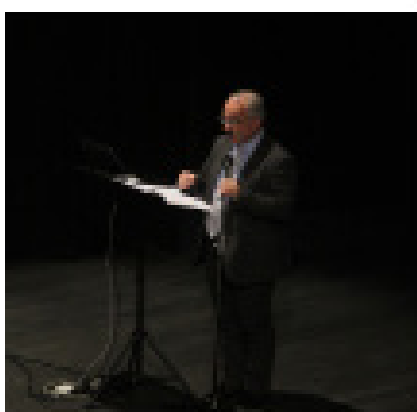
Ebbene, **"obiettivo degli Infermieri"** è la tutela della Salute, che veda compatti, insieme, i soggetti istituzionali del territorio".

Sull'evento, queste le parole del consigliere regionale M5S, Marco Galante: "Ora - spiega il pentastellato - sta a noi

adopterarci per far sì che questa guida non resti solo sulla carta.

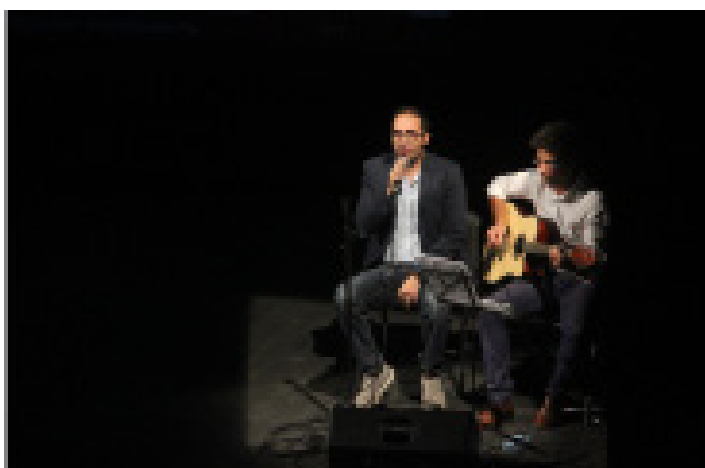
Conosciamo però le condizioni in cui sono costretti a lavorare tanti Infermieri, demansionati a causa della scarsità di personale negli ospedali.

La politica deve assumersi le nuove responsabilità per non aver mai riconosciuto concretamente la centralità del ruolo di questi professionisti, che spesso per



non far collassare gli ospedali sono costretti a svolgere compiti che non sarebbero tenuti a fare e per stipendi inadeguati alla mole di lavoro.

Oggi sarebbe stato utile un confronto con la ASL di Taranto, i cui vertici non si sono presentati, sottolineando ancora una volta lo scarso interesse per la professione infermierista, presto centralità a una figura purtroppo sottovalutata".



Alla cerimonia di presentazione hanno partecipato: Dott. M. Borrelli, Questura - Dr. M. Gallina, Osp.le M.M. - Dott.ssa A. Pulpito, AVO - Dott.ssa R.M. Ladiana, C.C. "Villa Verde" - Dott.ssa A. Tacente (A.C.) - Dott. L. Lonoce, Pres. C.C. - Dott.ssa B. Mangiacavalli, Pres. FNOPI - Dott. C. Nume, Pres. Ordine Medici- Dott.ssa S. Stanzione, TDM - Dott. C. Borraccino, Ass. Reg. Puglia - Dott. M. Galante, Cons. Reg. Puglia

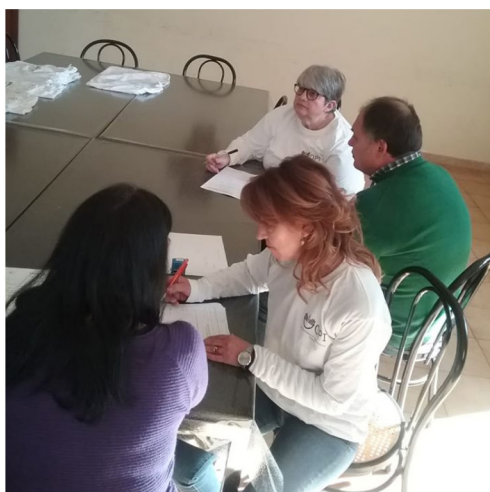
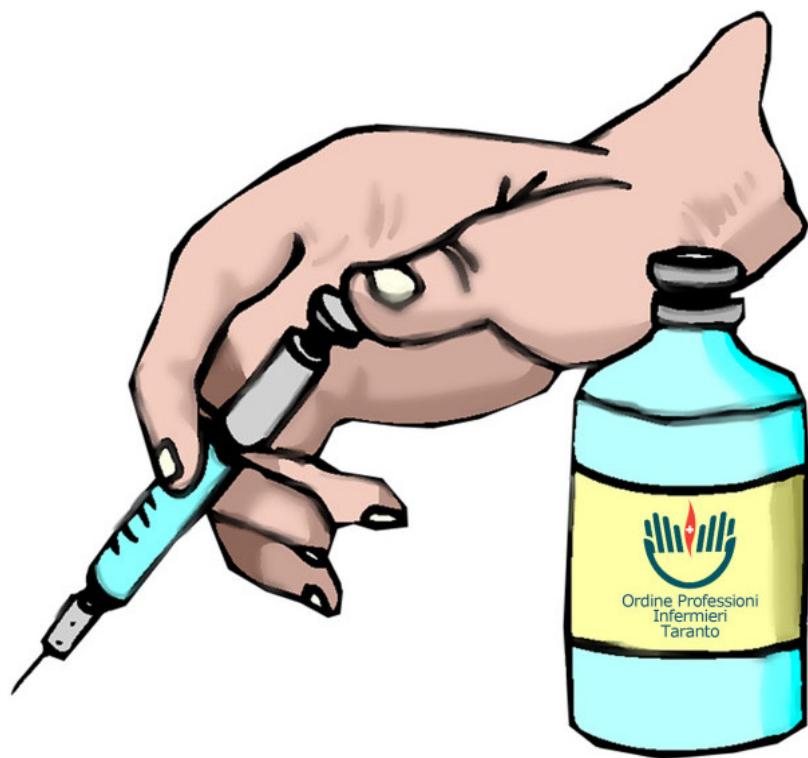
La realizzazione della giornata è stata possibile grazie all'impegno artistico e teatrale degli Infermieri: Dott.ssa A. Colautti - Dott. G. Carone - Dott. G. Ferrarese - Dott.ssa E. D'Addario - Dott.ssa R. Rinaldi - Dott.ssa C. Coccioli

Il Codice è stato commentato dal Dott. Pio Lattarulo





# IO MI VACCINO





# 1 DICEMBRE 2019

## Giornata della Prevenzione

Cittadini interessati all'iniziativa dell'Ordine che si inquadra nell'ottica della Prevenzione sul territorio, Cittadini ai quali il vaccino anti-influenzale è stato somministrato dagli Infermieri, come sempre aderendo ai dettati del Codice Deontologico che recita così *"L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività"*.

**Ringraziamo** gli Infermieri e quanti hanno collaborato alla realizzazione della giornata:

**Mons. Filippo Santoro**, Arcivescovo di Taranto, l'**Avv. Stefano Rossi**, Direttore Generale ASL Taranto, il **Dott. Michele Conversano**, Direttore del Dipartimento di Prevenzione ASL/TA, e **Don Gino Romazzini**, Parroco della Chiesa S. Rita di Taranto che ci ha ospitati.



# Piano formativo 2020

## **ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE: QUALI LE PROSPETTIVE FUTURE**

RES - 1° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 16 ECM

## **COME FORMULARE UN PIANO DI ASSISTENZA: ACCERTAMENTO, DIAGNOSI INFERMIERISTICA, NOC, NIC**

RES - 1° trimestre 2020 - 40 partecipanti - 8 ECM

## **GLI INFERMIERI ED IL SISTEMA ECM**

RES - 1° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 8 ECM

## **INFERMIERE E OPERATORE SOCIO-SANITARIO: FACCIAMO CHIAREZZA!**

RES - 1° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 8 ECM

## **STALKING E MOBBING, DUE FENOMENI IN EVOLUZIONE**

RES - 1° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 8 ECM

## **BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI**

RES - 2° trimestre 2020 - 40 partecipanti - 18 ECM

## **CORSO AVANZATO RIVOLTO A CPSI SENIOR (EX. INFERMIERI COORDINATORI):**

**“VANTAGGI PER I CITTADINI, PER LE AZIENDE SANITARIE, PER LA PROFESSIONE INFERMIERI**

RES - 2° trimestre 2020 - 60 partecipanti - 30 ECM

## **CORSO AVANZATO RIVOLTO AGLI INFERMIERI E AGLI INFERMIERI PEDIATRICI SU**

**“NUOVE FRONTIERE INFERMIERISTICHE: COSA BOLLE IN PENATOLA”**

RES - 2° trimestre 2020 - 60 partecipanti - 30 ECM

## **CURARE ANCHE QUANDO NON SI PUÒ GUARIRE: CURE PALLIATIVE IN ETA' PEDIATRICA**

RES - 3° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 8 ECM

## **ESERCITAZIONE BLS/D**

FSC - 3° trimestre 2020 - 15 partecipanti - 3 ECM

## **ORDINE E NUOVO CODICE DEONTOLOGICO: PERCORSI PARALLELI PER LA CRESCITA PROFESSIONALE**

RES - 3° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 6 ECM

## **PDTA DEL POLITRAUMA: PERCORSO DAL TERRITORIO 118 ALLA SALA OPERATORIA, ALLA RIANIMAZIONE**

RES - 3° trimestre 2020 - 80 partecipanti - 8 ECM



# OPI

Ordine Professioni Infermieristiche Taranto

# Infermiere di Famiglia

Gli attuali scenari demografici ed epidemiologici mettono in luce i nuovi bisogni di salute, richiedono una definizione dei bisogni, richiedono una modifica non procrastinabile della organizzazione sanitaria e socio- sanitaria assistenziale della Regione Puglia, tenendo conto della peculiarità del territorio.

Emerge con forza la necessità di interventi sociali e sanitari in maniera integrata soprattutto a seguito dei processi che si stanno sviluppando nell'ultimo trentennio, in particolare:

1. l'aumento delle persone, non solo anziane, con malattie croniche che richiedono spesso modelli di cura più estensivi ed intensivi;
2. l'aumento del disagio psicologico e delle malattie psichiatriche nei giovani;
3. le politiche sanitarie e sociali che, per offrire servizi appropriati e di qualità, cercano di spostarsi sempre più verso una deistituzionalizzazione e deospedalizzazione degli interventi, per favorire il mantenimento delle persone nella loro comunità e nel loro ambiente familiare, unitamente alla necessità di contenimento dei costi crescenti.

Quindi, occorrono modalità di risposte adeguate alle richieste di salute, agendo in modo proattivo e preventivo, tenendo al centro la persona, la famiglia e la qualità delle cure erogate, in particolare per quelle delle patologie cronico degenerative. Necessaria una revisione degli obiettivi che la Regione Puglia si è posta, a cominciare dal superamento della centralità dell'ospedale e dal realizzare sul territorio nuove modalità di presa in carico della persona con patologie a lungo decorso, garantendo la continuità assistenziale, che passa attraverso l'indispensabile integrazione dei servizi sanitari e sociali e delle diverse figure professionali che operano sul territorio, a cominciare dall'Infermiere. L'Infermiere di famiglia e di comunità è un'aspettativa dei cittadini, come emerge dai risultati dell'Osservatorio civico Fnopi- Cittadinanzattiva: un cittadino su due reputa che il numero di Infermieri sia insufficiente a garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio. I cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona, il 78,6% vorrebbe disporre di un infermiere di famiglia/comunità. I cittadini vorrebbero un infermiere di famiglia convenzionato come lo è il medico di famiglia: entrambi dovrebbero lavorare in sinergia per garantire un'assistenza h 24, che vada a colmare le lacune di un servizio sanitario che, oltre un certo orario, è affidato esclusivamente all'ospedale ed al Pronto Soccorso. Allora, Infermiere di famiglia/ comunità è il professionista che si occupa dell'assistenza all'intera comunità ; è parte integrante della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, delle scuole e delle varie associazioni. Si potrebbero all'uopo utilizzare i fondi FESR 2014-2020 da destinare essenzialmente all'assistenza territoriale, come affermato di recente dalla prima commissione regionale alla Sanità, ma le ultime notizie denunciano la distrazione dei fondi per oltre 55 milioni su 404 per gli ospedali (Fonte Regionale), ovvero la perseverante ignoranza dei bisogni del territorio e il continuo assecondare una politica che privilegia la Sanità ospedaliera. A nulla pare servono gli appelli degli Ordini Infermieristici e le Associazioni di Cittadini che denunciano il vacuum della Sanità territoriale, che costringe al ricorso ospedaliero improprio. Gli OPI/TA, OPI/LE e OPI/FG hanno presentato una proposta di legge ed hanno inviato una sollecitazione al Presidente Emiliano al fine di sensibilizzare su quello che di fatto è una vera e propria emergenza e si traduce nell'aumento esponenziale dei costi.

e

d

i

C

o

m

u

n

i

t

à



## **Proposta di legge regionale a cura di OPI TA, OPI FG, OPI LE**

La presente proposta di legge fa riferimento alla definizione dell'OMS sul Family Health Nurse, al Profilo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, al Piano Nazionale della Cronicità, e si pone come obiettivo primario la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini direttamente al proprio domicilio in collaborazione e sinergia con i medici di medicina generale, integrando il loro imprescindibile ruolo con il pieno riconoscimento della professione infermieristica, valorizzando e responsabilizzando il ruolo dell'infermiere. Nel contesto dei servizi di assistenza territoriale si può sviluppare il servizio dell'Infermiere di famiglia e di comunità che, in sinergia con i MMG, con i PLS e con i servizi distrettuali, assicuri la presa in carico del cittadino. L'Infermiere di famiglia e di comunità:

- Analizza i bisogni della famiglia, per valutare le attività di prevenzione, per gestire il processo assistenziale, per la presa in carico "pro-attiva" dei cittadini in collaborazione e sinergia con il medico di famiglia e garantire sul territorio la continuità assistenziale con particolare riferimento alla cronicità.
- Aiuta gli individui e le famiglie ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi difficili; è presente nella casa del paziente per rispondere ai suoi bisogni di assistenza infermieristica e di salute.
- Agisce sul territorio valutando le risorse dei servizi sanitari, sociali e della comunità, facilitando l'integrazione dei vari servizi assistenziali e concordando gli obiettivi riferiti allo sviluppo e al mantenimento dell'autonomia della persona nella gestione della propria vita.
- Facilita la cura a domicilio e le dimissioni dagli ospedali; attiva, sulla base di una precisa valutazione e pianificazione, la rete dei servizi assistenziali.
- Valuta la possibilità di eventuali strumenti di monitoraggio a distanza e per la tele-medicina che favoriscano la cura a domicilio e l'ottimizzazione delle risorse.

### **ART. 1 - Finalità e oggetto**

1. La Regione, tenuto conto del mutamento dei bisogni socio sanitari dei cittadini, si pone l'obiettivo di ottimizzare la risposta sanitaria e socio assistenziale al fine di incrementare e migliorare le attività di prevenzione, l'offerta di assistenza domiciliare, la continuità e l'adesione alle cure, la sorveglianza domiciliare, la presa in carico della persona e della famiglia per evitare ricoveri impropri, favorire la deospedalizzazione e presidiare l'efficacia dei piani terapeutico assistenziali.

2. Ai fini di cui al comma 1, la presente legge, conformemente agli obiettivi espressi dal documento programmatico "Salute 21" del 1998, elaborato in sede europea dal Comitato regionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, e nel rispetto, in particolare, dei principi stabiliti dall'articolo 1 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, relativo al riordino dell'assistenza territoriale, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, riconosce e promuove l'assistenza infermieristica di famiglia e di comunità quale risorsa fondamentale dell'intero sistema di presa in carico e erogazione delle cure territoriali.

3. L'infermieristica di famiglia e di comunità sostiene il passaggio dal paradigma della medicina d'attesa a quello della medicina di iniziativa, l'orientamento alla persona e alla situazione piuttosto che alla malattia, la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute.

### **ART. 2 - Progetti innovativi di assistenza infermieristica di famiglia e di comunità**

1. Per le finalità di cui all'articolo 1 è promossa, nell'ambito del settore delle cure primarie, l'attivazione a livello distrettuale di progetti innovativi e sperimentali di assistenza in cui l'infermiere garantisce alla persona un'assistenza proattiva, lo sviluppo di un piano di cure personalizzato, mediante interventi domiciliari caratterizzati da competenze ad alta componente tecnico-scientifica, facilitando e favorendo il coordinamento e l'utilizzo appropriato dei diversi servizi.

2. L'Infermiere di famiglia e di comunità promuove il coinvolgimento attivo della persona assistita e della sua rete familiare, lavorando in rete con le altre professioni socio-sanitarie e attivando le risorse della comunità.



### **ART. 3 - Formazione**

1. Al fine di favorire la realizzazione dei progetti sperimentali di cui all'articolo 2, la Regione prevede percorsi formativi e di aggiornamento del personale infermieristico per l'acquisizione di competenze tali da assicurare un'assistenza altamente qualificata alle persone, alle loro famiglie e alla comunità, idonea a fornire, nelle situazioni di particolare fragilità, cronicità e complessità, interventi di promozione della salute, di prevenzione e di presa in carico.

2. La Giunta regionale, con deliberazione, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, determina requisiti, criteri e modalità per la partecipazione e l'organizzazione dei percorsi formativi e di aggiornamento di cui al comma 1.

### **ART. 4 - Disposizione finanziaria**

Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede, a decorrere dall'anno 2019, mediante lo stanziamento pari a ... euro iscritto a legislazione vigente nell'ambito del bilancio regionale 2019-2021, di cui al programma "... della missione "..."

## **Lettera al Governatore Regione Puglia Ordini Professioni Infermieristiche FG-LE-TA**

**Protocollo 2324/2019**

**Data 09/12/2019**

L'andamento demografico Regionale evidenzia, al pari di altre realtà, un incremento della popolazione anziana con il bisogno di revisione delle politiche sanitarie, di incremento del riordino dei servizi sanitari territoriali. Di fatto si sta procedendo, o si è già provveduto, alla chiusura o alla riconversione di Ospedali, ma la sanità territoriale rimane la grande cenerentola, nonostante i bisogni crescenti, la cui mappa è sempre più variegata, nonostante l'ultimo rapporto OCSE sottolinei il bisogno di "un passaggio verso l'assistenza sanitaria primaria basata su team che integrino in modo flessibile le competenze di vari operatori sanitari per migliorare i risultati nei pazienti con patologie croniche e multimorbilità".

L'Infermiere è una figura costante nei team assistenziali, può ricoprire un ruolo significativo per i pazienti con patologie croniche nell'assistenza di base, sul territorio. Emerge chiara la necessità di attivare la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, "in coerenza con il Piano Nazionale cronicità", Infermiere di Famiglia, professionista specializzato in terapie riabilitative e socio-sanitarie, in grado anche di operare nel campo della prevenzione e dell'assistenza domiciliare, di affiancarsi al "medico di famiglia, al pediatra di base e allo specialista ambulatoriale per assistere il paziente a domicilio senza bisogno che questi si rechi in Ospedale". L'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta il nuovo modello assistenziale di cui tener conto. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità deve entrare di diritto nel sistema di riorganizzazione della Sanità regionale che deve operare un distinguo tra fase acuta riservata all'Ospedale e fase cronica e preventiva riservata al territorio e all'interno della famiglia.

La Puglia non può continuare ad essere fanalino di coda, non può disperdere fondi insistendo in modelli sanitari discutibili. Altre regioni come ad esempio la Toscana, la Lombardia, l'Emilia Romagna hanno già provveduto in collaborazione con le Università alla formazione del personale infermieristico e alla adozione del modello assistenziale "Infermiere di Famiglia e di Comunità" che rappresenta l'evoluzione del Sistema Sanitario oltre che un notevole risparmio economico.

Nell'ottica della correttezza dei rapporti e della collaborazione che hanno sempre contraddistinto gli Ordini Professionali e la Regione Puglia, chiediamo attenzione alla nostra richiesta.

Si allega Proposta di Legge.

## Convenzioni dedicate agli INFERMIERI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

# TUTELATI

## LE MIGLIORI POLIZZE A PARTIRE DA 22€ ANNUI

### RC professionale Responsabilità Sanitaria

#### CONDIZIONI

Polizza di responsabilità civile professionale per il personale appartenente alle professioni infermieristiche.

Un'unica soluzione assicurativa per tutelare l'infermiere nello svolgimento di tutte le sue attività, in qualunque forma svolte (dipendente SSN, dipendente Enti Privati, libera professione, cooperative ecc...)

#### PUNTI DI FORZA

Possibilità di aprire il sinistro già dalla prima comunicazione dell'azienda di appartenenza sulla base della L. 24/2017 (c.d. "Legge Gelli");

- Retroattività Illimitata
- Postuma decennale
- Massimale € 5.000.000
- Nessuna franchigia o scoperto
- Inclusa la RC Patrimoniale
- Premio lordo annuo: € 22,00
- **Assicuratore:** UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A.

### Tutela Legale

#### CONDIZIONI

Assicurazione delle spese legali e di giustizia in caso di procedimento penale nell'ambito dell'attività professionale infermieristica svolta.

#### PUNTI DI FORZA

- Possibilità di scegliere tra tre distinti massimali per sinistro (€ 5.000 / € 10.000 / € 20.000)
- Nessun limite di sinistri denunciabili per anno
- Premio lordo annuo a partire da € 8,00
- **Assicuratore:** DAS S.p.A.

\*La presente scheda ha finalità di marketing e non impegna il broker o l'assicuratore per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nel Set Informativo e sottoscritte dalle parti. Leggere attentamente il Set Informativo.\*

Preventivo & Attivazione Online  
**ATTIVALE SUBITO QUI:**

RC Professionale:

[www.marsh-professionisti.it/fnopi/](http://www.marsh-professionisti.it/fnopi/)

Tutela Legale:

[www.marsh-professionisti.it/infermieri](http://www.marsh-professionisti.it/infermieri)

**NURSE HELP DESK**



Per un supporto qualificato:

numero verde: 800.433980

Da cellulare: 0341.287278

e-mail: [fnopi.marshmorganti@morgantibrokers.it](mailto:fnopi.marshmorganti@morgantibrokers.it)



# **12 Maggio 2020**

## **Giornata Internazionale dell'Infermiere**

Quest'anno, in concomitanza, la ricorrenza del bicentenario della nascita di **Florence Nightingale**, pioniera della Professione Infermieristica.

Per l'occasione la FNOPI ha organizzato in Firenze - che per due giorni diverrà città dell'Infermieristica - festeggiamenti nel Teatro della Pergola che inizieranno l'**11 Maggio** con la presenza di Autorità Ministeriali; il **12 Maggio** in programma un convegno tenuto da esponenti di massimo spicco della nostra professione con relazioni di carattere storico.

Per l'importante occasione si prevede l'arrivo dei nostri colleghi italiani ed esteri.

L'OPI Taranto metterà a disposizione degli Iscritti in forma gratuita un bus con 50 posti. Si precisa che il termine ultimo per la prenotazione è il **15 marzo 2020**.





# Accettare la nuova nella patologia



**Dott.ssa Monica Cardellicchio**  
*Infermiera Distretto Unico ASL Taranto*  
*Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche*



# La propria immagine di sé in oncologia



I DM 734/94 concernente il profilo professionale dell'infermiere, il Patto infermiere cittadino del 1996 e il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019, presentato al Consiglio Nazionale il 12 e 13 aprile 2019, indicano l'importanza di stabilire e mantenere relazioni efficaci con la persona assistita. Per evidenziare ulteriormente l'importanza della natura relazionale dell'infermiere, si è avuta la necessità di mettere in risalto che, con l'evoluzione del concetto di salute dalla visione meramente organicistica a quella olistica, il "prendersi cura" di una persona non può prescindere dalla componente relazionale. Durante tutto il percorso assistenziale, relativo al paziente oncologico, emerge costantemente la necessità di una presa in carico "globale". Sono stati messi in evidenza i bisogni emergenti dell'alterazione della percezione dell'immagine di sé. Considerando "il cambiamento fisico" come fulcro centrale di questo articolo, bisogna tener conto che l'esperienza di malattia incrina sempre, più o meno profondamente, il concetto di sé e le sue componenti e, una patologia oncologica, può creare cambiamenti fisici alla persona difficili da accettare. L'attenzione è stata catturata dalle donne trattate per carcinoma mammario che, in virtù del loro cambiamento fisico, devono rielaborare la propria femminilità, la propria sessualità e i ruoli che girano intorno ad ella : moglie e madre. Non a caso, anche la ricerca medica si muove verso una

chirurgia sempre più conservativa e ricostruttiva, per migliorare i risultati funzionali ed estetici.

## IL CAMBIAMENTO FISICO NELLA PATOLOGIA ONCOLOGICA

Tra le tante difficoltà da affrontare durante la malattia, infatti, i cambiamenti del proprio aspetto fisico occupano un posto di rilievo. Perdita di capelli, di ciglia o di sopracciglia, pelle secca, rush cutaneo: sono solo alcuni dei disagi che accompagnano il percorso di cura e che hanno un forte impatto psicologico, oltre che fisico. L'esperienza di malattia incrina sempre, più o meno profondamente, il concetto di sé e le sue componenti, tuttavia può essere talvolta incompatibile con una qualità di vita ritenuta accettabile da sé e dagli altri. Molto spesso il cambiamento fisico diventa la conferma alla diagnosi di tumore, che rappresenta di per sé un evento traumatico. Questo obbliga il paziente a superare la fase di negazione della malattia, mettendolo in grossa difficoltà perché costretto a rielaborare la sua immagine corporea, oltre che a convivere con molte paure, stati d'animo e proiezione nel futuro, che diventa qualcosa di incerto. La "prescrizione" non basta ad aiutare una persona a ritrovare l'equilibrio psicofisico di cui ha bisogno, perciò, il trattamento medico delle neoplasie viene attuato con diverse modalità: chemioterapia, ormonoterapia, immunoterapia, uso di modificatori della risposta biologica. Si deve pensare al trattamento medico, quale la chemioterapia, che comporta, al di là del malessere fisico, importanti effetti collaterali, in grado di incidere sulla fisicità della persona, come l'alopecia. In alcuni casi può succedere che si verifichino fenomeni quali caduta delle sopracciglia, delle ciglia, dei peli che ricoprono il pube e tutto il resto del corpo. Altro problema, che va ad incidere sull'aspetto fisico della persona, è la via di somministrazione della terapia. I farmaci citotossici possono venire somministrati attraverso la via endovenosa e orale. La somministrazione endovenosa può avvenire attraverso un accesso periferico (ago cannula) o tramite un catetere venoso centrale (CVC, Port-a-cath), a seconda delle caratteristiche del paziente,

del protocollo terapeutico, del farmaco. Di fatto, i pazienti subiscono vari prelievi e posizionamenti di aghi cannula, che possono portare alla formazione di importanti stravasi vascolari (ematomi), possono subire il posizionamento di un catetere venoso centrale, tutti eventi che in qualche modo deturpano la propria fisicità.

## L'IMMAGINE CORPOREA

*"La nostra epoca è caratterizzata fortemente dalla riscoperta del corpo. [...] Il corpo deve essere efficiente, sportivo, alla moda, sempre in forma, sempre pronto"* (A. Scala, 1998).

Se si pensa che l'immagine corporea è influenzata da sensibilità (dolore, piacere, tatto), controllo motorio, associazione pensiero-azione emozioni, fattori psico-sociali, è semplice dedurre che, quando si ha un'alterazione di una qualsiasi parte corporea, vi è un'immediata ripercussione sull'immagine corporea, in quanto l'evento lesivo comporta delle reazioni emotive psicologiche e sociali con conseguente alterazione al processo di adattamento. Quest'alterazione dell'immagine corporea provoca, generalmente, sentimenti di angoscia, di dolore e di depressione, che devono essere elaborati con molto impegno e determinazione, per poter ricostruire una nuova immagine di sé. Questo difficile percorso può essere agevolato da un'adeguata educazione terapeutica, trasmessa anche dall'infermiere, una delle poche figure responsabili dell'assistenza che ha la possibilità di valutare la risposta del paziente alla salute e alla malattia, la risposta della famiglia, l'implicazione sociale della malattia, gli adattamenti psicologici. Il concetto di "immagine corporea" è ampiamente utilizzato nella letteratura scientifica (Andersen et al. 1989; Avis et al. 2004; Dorval et al. 1998a, 1998b; Engel et al. 2004; Ganz et al. 1992, 1996; Graziottin e Castoldi 2000; Graziottin e Rovei 2007; Kissane et al. 2004; Schover 1994; Schover et al. 1995). Tuttavia è difficile da definire con precisione: in prima approssimazione, possiamo dire che è un costrutto mentale multifattoriale, plasmato dinamicamente durante tutta la vita e radicato su basi sia biologiche che psicologiche (Graziottin 2000). In



termini più semplici, è una “fotografia” che la mente di ciascuno di noi fa del corpo in cui vive; gli elementi che formano l’“inquadratura” sono di natura sia biologica sia psicologica; a differenza di una vera fotografia, che non può cambiare, questo “scatto” si modifica costantemente per tutta la vita. In particolare, all’immagine corporea contribuiscono tre ordini di fattori: neurobiologici e somatici; psicoaffettivi; legati al contesto. Come si può facilmente intuire, l’immagine corporea è un elemento chiave dell’identità sessuale (Graziottin 2000; Graziottin e Castoldi 2000; Graziottin e Rovei 2007), alla cui strutturazione concorrono fattori biologici, psicosessuali e relazionali, e che a sua volta va intesa come (Graziottin 2005): identità di genere: la rappresentazione intrapsichica che ognuno di noi ha della propria identità di uomo o donna, modulata dalla soddisfazione o meno con cui la vive; identità di ruolo, relativa al vissuto del proprio ruolo sociale, maschile o femminile; identità di méta, relativa all’orientamento del proprio desiderio sessuale su un partner del sesso opposto (eterosessuale) oppure dello stesso sesso (omosessuale). Oltre all’identità sessuale, l’immagine corporea può modulare anche gli altri due pilastri della sessualità, la funzione sessuale e la relazione sessuale attraverso le complesse interazioni fisiche ed emotive che si verificano durante il rapporto. E a sua volta può essere dinamicamente modificata dalla qualità delle esperienze sessuali e affettive, presenti e passate (Graziottin 2000; Graziottin e Castoldi 2000; Graziottin e Rovei 2007). Il concetto di “immagine corporea”, in sintesi, integra la percezione multisensoriale che abbiamo di noi stessi da un punto di vista emotivo, affettivo, cognitivo e sessuale.

## **LA PERSONA OLISTICA E IL DOLORE GLOBALE**

Il dolore è uno dei principali sintomi del cancro, sia per l’elevata frequenza con cui si manifesta sia per il suo impatto sulla qualità della vita. Già, al momento della diagnosi è presente nel 30 per cento circa dei pazienti e, nelle fasi avanzate, nel 60-95 per cento. Il dolore oncologico ha una pe-

culiarità: è “globale”, o “totale”, perché coinvolge tutta la persona nelle sua sfera fisica, psicologica, sociale, spirituale. È un fenomeno multidimensionale, che, in quanto tale, richiede un approccio interdisciplinare. Nel lontano anno 1170, sul portale del più antico ospedale di Parigi, l’Hotel Dieu, si leggeva, ed è ancor oggi visibile, la scritta *“Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò”*. Curare non significa necessariamente guarire. E’, anche, importante rispettare la dignità della persona e mantenere il benessere mentale e sociale, potenziando le capacità psicofisiche, nel rispetto delle condizioni ambientali e relazionali, dei nostri pazienti. Chi si prende cura della persona sofferente deve individuare insieme alla persona stessa il suo sollievo, agendo nel rispetto della medesima ed offrendo un intervento personalizzato che miri a considerare al centro del rapporto di cura globale la persona olistica con i suoi bisogni. Per “persona olistica” si intende la persona nella sua interezza con le componenti fisiche, psichiche, sociali e spirituali. Per attenuare questo dolore globale ed ottenere il sollievo non si possono limitare le cure al solo trattamento farmacologico, ma è essenziale la relazione d’aiuto attraverso la quale ci si rapporta all’intera persona, nella sua realtà umana e socio-culturale.

## **PERSONALIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA**

Raggiungere gli obiettivi, che una assistenza infermieristica a 360° richiede, significa aver dedicato al paziente il massimo delle risorse personali e di tutta l’equipe, nonché la consapevolezza di aver assistito la persona in tutta la sua integrità psico-fisica. E’ opinione ampiamente diffusa che, fra gli obiettivi perseguiti dal servizio sanitario, debbano essere incluse l’umanizzazione e la personalizzazione dell’assistenza. Non si tratta solo di praticare in maniera congrua gli interventi di natura tecnica, ma soprattutto di adattare tali interventi alla particolarità di ogni essere umano. Con tale locuzione si vuole indicare che i processi di miglioramento della qualità, nei diversi ambiti

della Sanità, non possono limitarsi ad affrontare la dimensione “oggettiva” delle prestazioni sanitarie, cioè l’insieme delle caratteristiche scientifiche e tecnologiche, per loro natura più facilmente misurabili, delle attività professionali.

Il giudizio di qualità di una prestazione include necessariamente elementi “ soggettivi”, a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dal cliente che accede ai servizi sanitari; in altre parole, il suo grado di soddisfazione. coerentemente, i concetti “umanizzazione” e “personalizzazione” sono venuti ad assumere principalmente, nel linguaggio sanitario, una valenza socio-organizzativa; ad essi si è soliti fare riferimento per indicare la necessità di superare i limiti (e le disfunzioni) della dimensione tecnicistica di cui soffre l’ospedale contemporaneo, come conseguenza della forte evoluzione della scienza medica nel senso del progresso tecnologico delle cure. Il concetto di “personalizzazione”, relativamente ai problemi della qualità nelle prestazioni sanitarie, non si risolve comunque nell’approccio organizzativo. Nel linguaggio dell’infermieristica, il termine “personalizzazione” si è specializzato ad indicare la sostanza ed il modo dell’assistenza infermieristica: personalizzare significa, dunque, adattare (e condizionare) l’azione professionale ai costituenti soggettivi che la persona esprime come portatrice di bisogni. Il problema della personalizzazione dell’assistenza infermieristica si sostanzia nel riconoscimento del bisogno di assistenza costituitosi nel singolo cliente, in rapporto al quale le dimensioni psicologica e socio-culturale sono responsabili della traduzione in una domanda di assistenza di tipo fondamentalmente soggettivo. Non è dunque il cliente che può o deve adattarsi all’offerta sanitaria dell’infermiere o dell’istituzione preposta alla sua cura, ma il contrario.

## **IL RAPPORTO FRA INFERMIERE E PAZIENTE: LA QUALITÀ DELL’INCONTRO**

La competenza clinica di un operatore non deve esplicitarsi solo nel saper e nel saper fare, ma anche nel SAPER ESSERE nella relazione con il pa-

ziente e con la sua famiglia. Chi lavora nell’ambito della cura in oncologia deve tenere presente lo spirito con cui il paziente fa ricorso, abitualmente, a diverse persone nella ricerca di sostegno e deve comprendere che egli rivela a ciascuno spesso lati differenti di sé, traducendo la complessità delle sue emozioni, dei suoi pensieri, dei suoi giudizi sulla situazione. Sarà, dunque, sempre utile e vantaggioso darsi l’occasione di confrontare questi diversi punti di vista, rispettando le regole della discrezione e del segreto professionale condiviso. Ciascun operatore sanitario si confronta con le esigenze talvolta contraddittorie dei suoi compiti, si interroga sulla pertinenza delle sue capacità. I rischi di malinteso, di conflitto tra i curanti, sono, quindi, importanti e possono condurre ad un irrigidimento degli atteggiamenti, ad una presa di distanza eccessiva e ai sintomi istituzionalmente classificati come sindrome di burn out , caratterizzati da negligenza nella comunicazione ( per es. nessuno informerà il paziente del referto di un esame), dal non tenere nel dovuto conto la sintomatologia dolorosa portata dal paziente, da fuga e indifferenza di fronte alle manifestazioni di esaurimento emotivo del paziente stesso e della sua famiglia. Il sostegno relazionale e l’intervento educativo nei confronti del paziente appartengono al ruolo proprio dell’infermiere. La sua funzione lo rende particolarmente vulnerabile alle difficoltà di cura in oncologia, a causa del confronto con la sofferenza fisica e psicologica del paziente, con i risultati incostanti delle terapie, con l’eventualità della morte del paziente stesso, con i problemi etici connessi all’accanimento terapeutico ed all’eutanasia.

## **DIMENSIONE RELAZIONALE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

Il ruolo dell’Infermiere è ben specificato nel “Patto infermiere-cittadino” e nel nuovo Codice Deontologico degli Infermieri 2019 dove ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall’assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale, mentre l’intero Patto infermieri-cittadino è



volto a sottolineare obiettivi e modalità della relazione d'aiuto che si instaura tra l'operatore e il malato. Questa consonanza tra i due documenti, pur realizzati in due momenti diversi, non lascia dubbi circa l'importanza che si riconosce alla dimensione relazionale nella professione infermieristica quale componente indispensabile per poter prendersi cura della persona, del suo benessere fisico e spirituale. E' ormai da molto tempo noto ai professionisti infermieri e sostenuto da evidenze scientifiche (la cui numerosità e qualità dovrà senza dubbio essere migliorata) che le caratteristiche delle relazioni, instaurate con la persona assistita, hanno un forte impatto in termini di:

- **soddisfazione del paziente:** non a caso questo elemento è stato inserito fra i Nursing Sensitive Outcomes (conseguenza o effetti degli interventi erogati dagli infermieri che si manifestano con cambiamenti nello stato di salute, nel comportamento o nella percezione del paziente e/o con la risoluzione del problema attuale per il quale l'assistenza infermieristica è stata prestata – Doran, 2010 -). L'insoddisfazione del paziente per la difficoltosa comunicazione nella relazione infermiere paziente ha un peso più elevato rispetto a qualsiasi altra insoddisfazione circa le competenze tecniche;
- **sicurezza delle cure:** tra le cause profonde degli eventi avversi, come anche evidenziato dall'analisi che The Joint Commission effettua periodicamente sulle cause profonde degli eventi sentinella, la comunicazione occupa un ruolo determinante;
- **soddisfazione lavorativa:** la comunicazione non efficace nella relazione tra infermiere e paziente è una delle cause, insieme alle problematiche collegate alle risorse umane e materiali, del fenomeno delle cure infermieristiche perse (Missed Nursing Care) ovvero quelle cure che gli infermieri hanno pianificato per i loro pazienti ma che in effetti, per diverse ragioni, non riescono ad erogare oppure sono costretti a ritardare. Una elevata occorrenza di cure perse è stata identificata tra le cause maggiori di eventi avversi e tra i fattori che aumentano la demotivazione, l'insoddisfazione

e il distress morale degli infermieri costretti a rinunciare agli standard definiti dalle evidenze disponibili e dalla professione.

## LA RELAZIONE D'AIUTO

L'incontro tra paziente e infermiere rappresenta un incontro/confronto tra due o più universi culturali: il professionista deve essere sensibile ai valori ed agli stili di vita espressi dal malato e, al contempo, anche al significato culturale delle proprie pratiche e convinzioni. La relazione d'aiuto rappresenta un elemento essenziale dell'assistenza infermieristica: essa, infatti, permette all'infermiere il raggiungimento del suo scopo, cioè restituire autonomia, segno di dignità ed autostima alla persona. La persona, che si ammala di cancro, chiede a chi la assiste un interesse franco e autentico, calore e sincera partecipazione alla propria sofferenza fisica e psicologica. In quest'ottica è facile comprendere quanto sia rilevante la comunicazione non verbale, capace di veicolare molte più informazioni, emozioni e sensazioni di quanto possa fare la comunicazione verbale. Roges nel 1951 ha definito la relazione d'aiuto come: *"una relazione in cui uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato[...]; una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione"*.

Tra le principali caratteristiche vi troviamo empatia, calore, interessamento, accettazione e autenticità. Per interessamento s'intende "l'attenzione per l'altro da me", nel campo sanitario concepito come attenzione per il benessere di chi si cerca di aiutare e permettere di considerare il dolore della persona e/o le conseguenze dolorose del suo comportamento, per sé o per gli altri. Autenticità significa essere sé stessi, senza presunzioni, sapere chi e cosa si è, conoscere i propri valori guida.

All'infermiere autentico è richiesto di non temere le differenze, e di conseguenza di essere capa-



ci di tollerarle, di essere in grado di sostenere il conflitto e l'incertezza, e a volte anche di trarre piacere dal non essere sicuro di tutto in anticipo. L'empatia permette all'infermiere di comprendere il vissuto di malattia, cioè l'esperienza del paziente, e comprendere non significa appropriarsene; l'empatia consente di entrare nel mondo del malato non sostituendosi a lui.

La relazione d'aiuto si caratterizza, dunque, nella capacità di ascolto attivo, attento ai bisogni di quella persona, nella sua storia individuale: in questo contesto, diventa molto importante "saper leggere" attraverso il canale della comunicazione non solo verbale, ma anche non verbale e paraverbale. Un aspetto importante, che deve essere sottolineato, consiste nella predisposizione ad evitare ogni pregiudizio sulla persona, spesso basato su convinzioni personali o del gruppo sociale di appartenenza e che, di solito, si collega alla cultura, ai valori, al grado di scolarità, alla posizione sociale. Nell'attività dell'infermiere l'ascolto attivo può essere d'aiuto in due modi: innanzitutto, facilita la raccolta delle informazioni, poi crea i presupposti per una buona relazione terapeutica. In particolare, una paziente portatrice di neoplasia della mammella, richiede un sostegno psicologico continuo, per affrontare l'intero percorso della malattia, i cambiamenti fisici, psichici, sociali e spirituali, ad essa correlati, nel miglior modo possibile. L'infermiere, mediante la relazione d'aiuto, deve restituire speranza alla paziente, incoraggiandola, se necessario, nel processo di razionalizzazione della crisi. Il contatto, l'ascolto attivo, il controllo della realtà, il chiarimento dei valori diventano in tal modo parte integrante dell'assistenza infermieristica. L'infermiere e gli altri operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nel processo di equilibrio che il paziente e la sua famiglia devono gestire. E' molto importante, quindi, mantenere la massima delicatezza nelle interazioni con quei pazienti che stanno faticosamente risalendo la china della propria autostima. Poiché l'esperienza di malattia è anche cambiamento e richiesta di riadattamento, occorrono strumenti per favorire questo processo e per aiutare l'altro a non "distruggersi". Il Counseling può essere uno di questi

strumenti.

## IL COUNSELING

L'OMS definisce il Counseling come: *"un processo di dialogo e di interazione duale attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni ed agire di conseguenza, oltre a fornire una accurata e attenta informazione ed un sostegno psicologico adeguato. Il Counseling è diretto ad aiutare il paziente in un momento di crisi, ad incoraggiare cambiamenti nel suo stile di vita, se necessario, proponendo azioni e comportamenti realistici, ed è volto a metterlo in grado di accettare le informazioni ansiogene favorendo l'adattamento alle relative implicazioni"*.

Il Counseling, quindi, è intervento e prestazione di tipo relazionale. Poiché la sua finalità è "aiutare l'altro ed aiutarsi", il suo setting è la dualità, la reciprocità, il vis-à-vis e il "qui e ora". Si può definire il Counseling come una particolare forma di relazione d'aiuto, che ha nel colloquio strutturato la sua caratteristica e specialità. L'intervento relazionale e l'intervento di Counseling hanno in comune l'ascolto attivo ed empatico, in quanto, nell'approccio relazionale, se non si ascolta, non si entra in rapporto, nell'approccio di Counseling se non si ascolta non si comprende. Il Counseling, come detto in precedenza, è un processo e, come tale, ha tempo e tempi, quindi fasi. Un processo di Counseling si articola su tre momenti:

- il primo rappresentato dalla comprensione del problema;
- il secondo dall'esplorazione del problema;
- il terzo dalla gestione del problema.

Alla base del processo di Counseling si trova la comunicazione e, poiché la comunicazione è sempre dialogica, anche l'ascolto può avere più di una dimensione: è l'ascolto del paziente da parte dell'operatore, ma anche l'ascolto dell'operatore da parte del paziente. La comunicazione è un processo di trasmissione di "messaggi" che parte da una persona e ne raggiunge un'altra. La comunicazione interpersonale si esprime attraverso due modalità:

- la comunicazione verbale, cioè la parola pro-



nunciata o scritta;

- la comunicazione non verbale, che riguarda segnali vocali e non vocali (espressioni del viso, movimenti del corpo, gesti-immagine).

Il criterio fondamentale, per assumere il ruolo dell'ascoltatore, è la verifica della propria disponibilità a porsi in questa situazione. All'interno della relazione, possiamo riconoscere diversi benefici che l'ascolto efficace può portare: si ottiene la comprensione del messaggio ricevuto, si ascolta un significato che va oltre le parole, si favorisce l'empatia e, con il feed-back, si stimola l'altro a continuare l'interazione. L'ascolto del malato, dunque, è costituito da tre elementi essenziali:

- dal prestare attenzione;
- dalla verifica della percezione;
- dal feed-back.

Prestare attenzione al malato significa manifestare la massima attenzione e interesse per lui e dargli la calda sensazione che tutto ciò che egli dirà non cadrà nel vuoto ma sarà preso in attenta considerazione. L'attenzione efficace, inoltre, conta di quattro componenti:

1. il contatto visivo mantenuto a una distanza confortevole per entrambi (meno di un metro);
2. la postura dell'operatore (leggermente proteso verso il malato);
3. l'atteggiamento calmo non distratto e non frettoloso;
4. il commento verbale che deve servire e confermare l'ascolto senza interrompere il malato e senza cambiare l'argomento.

La verifica della percezione serve all'operatore per accertare se egli ha compreso bene ciò che il malato ha detto, parafrasando, ricapitolando il messaggio, oppure chiedendo chiarimenti in merito. Il feed-back verbale o non verbale serve per confermare al malato che il suo messaggio è stato compreso perfettamente: questa conferma incoraggia il malato a continuare a comunicare.

## IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Anche l'infermiere può utilmente utilizzare il Counseling, benché il suo apprendimento è ancora lasciato all'iniziativa personale. Si tratta di

un'utilità e un'utilizzo che affiora dalla quotidianità e dalla continuità del rapporto col malato. Il ruolo di counselor è un ruolo che può essere svolto solo se l'infermiere accetta questo modo, più nascosto e discreto, ma non meno significativo e importante, che porta il soggetto a una progressiva presa di coscienza e prepara il terreno a interventi più mirati, talvolta effettuati da altri operatori. È un ruolo che richiede anche una sinergia con quello degli altri operatori, del medico in primo luogo, sinergia ancora troppo raramente intenzionalmente ricercata e troppo spesso scambiata con la sudditanza e la passiva esecuzione delle prescrizioni. Vi sono, poi, prestazioni, quali quelle di tipo preventivo ed educativo, per i quali il Counseling è lo strumento più adeguato. È strumento utile anche nel corso del processo terapeutico, a cui l'infermiere collabora, nelle situazioni in cui si precisa nel soggetto in cura un interrogativo, si presenta un problema, o si rende necessario prendere una decisione.

Il Counseling è lo strumento per elaborare, sistematizzare, ristrutturare tutto ciò; renderlo comprensibile e accettabile. Altrettanto dicasi per il rapporto con i parenti, per gran parte di fatto gestito dagli infermieri, spesso ancor più problematico e importante, di quello con lo stesso malato. Ma anche qui ci si cimenta con un territorio poco definito, non riconosciuto, lasciato all'intuito, al buon senso e all'iniziativa dei singoli. Il Counseling obbliga alla costatazione che tutta la formazione infermieristica, oltre che essere per gran parte teorica, è improntata al "fare". L'infermiere è ben lontano dal "pensarsi" come un operatore che usa il colloquio come strumento di lavoro, ma anche se lo fosse, non è allenato alla conduzione del colloquio e alla gestione delle espressioni emotive della sofferenza, dei vissuti di ansia e di depressione che possono emergere e tendere, benché non sia sempre possibile, a rifuggire da tale esperienza. La "parola che cura" come forma di accompagnamento della cura del corpo è il punto di arrivo di una ricerca che porta a superare l'uomo dimezzato ma anche l'infermiere dimezzato, incapace di instaurare con i propri malati/utenti relazione umane significative e di trarne da esse



beneficio.

## LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

Comunicare la diagnosi di un tumore o di una ripresa della malattia è un momento estremamente delicato e importante del processo terapeutico. Dopo aver ricevuto la “cattiva notizia” si apre per il paziente una vera e propria crisi esistenziale, tutte le certezze vengono messe in discussione dalla comparsa della malattia, ci si interroga sulla dimensione del tempo, l'identità personale, il tema della vita e della morte, il significato della vita. L'infermiere è una figura importante per il paziente, perchè è la persona che più di ogni altra sta in contatto con lui cercando di rispondere a tutti i suoi bisogni, cogliendo eventuali modificazioni, attraverso l'osservazione e l'ascolto, che devono essere tesi, non solo alle parole, ma anche ai gesti, alle espressioni ed ai silenzi. La dinamica relazionale che si instaura tra paziente e infermiere è molto forte proprio per la durata del tempo che trascorrono insieme (sia nel contesto ambulatoriale che di ricovero) e la modalità, più diretta rispetto alle altre figure sanitarie. Curare, anzi “prendersi cura” è un compito difficile, non ci si può improvvisare in questa attività, ma si può sicuramente imparare a diventare buoni professionisti e comunicatori, non soltanto attraverso l'apprendimento di tecniche specialistiche ma soprattutto attraverso l'ascolto, l'empatia l'accettazione e il rispetto, il saper fare e il saper essere devono essere complementari e l'uno non può prescindere dall'altro. Gli effetti di questa modalità comunicativa per il paziente consistono in:

- riduzione del disagio emotivo, sensazione di essere meno solo;
- chiarezza e ricordo, sensazione di maggior controllo delle informazioni ricevute ;
- capacità di assumere un ruolo attivo, coinvolgimento e partecipazione nell'adozione di decisioni.

Non solo la persona malata ma anche l'intero sistema familiare viene coinvolto in seguito alla diagnosi oncologica; gli aspetti sui quali l'operato-

re sanitario deve agire nel prendersi carico della persona sono molteplici, relazionali affettivi sociali. Prendersi cura significa costruire una relazione finalizzata a migliorare le condizioni di vita, a facilitare la responsabilità del paziente verso il proprio benessere, e a favorire un rapporto tollerabile con la condizione di disagio e sofferenza. Se le dinamiche che compongono l'interazione con la persona malata vengono gestite in maniera efficace, si attua un'energia che contribuisce a realizzare il trattamento, la cura, e quando possibile, il ripristino dello stato di salute. In questo modo si ha l'opportunità di interagire con la totalità dell'individuo e non solo con alcune sue parti, favorendo un atteggiamento di apertura e fiducia che garantisca il fluire della comunicazione. Non si tratta solamente di riaffermare valori etici e di riconquistare un certo grado di umanizzazione nella pratica sanitaria; si tratta di acquisire conoscenze e competenze relative al funzionamento del rapporto interpersonale. L'intervento sanitario si può infatti definire come un processo di influenza sociale attraverso il quale si possono perseguire gli obiettivi di cura. La comunicazione non passa soltanto attraverso canali di tipo verbale ma molto più sottilmente ed in modo spesso più incisivo attraverso un insieme di messaggi non verbali (il tono della voce, la gestualità). E' di fondamentale importanza che non vi sia contraddizione tra questi due tipi di comunicazione. Non deve esserci contraddizione neanche tra i membri del personale sanitario. La verità, come spesso accade in tante situazioni diverse della vita, non è solo difficile da ascoltare, ma è anche difficile da dire e, per quanto riguarda la comunicazione della diagnosi, di solito, non si esaurisce in un “atto unico” ma può avvenire gradualmente nel tempo, all'interno della relazione tra medico, paziente e familiari, man mano che la consapevolezza e i bisogni del paziente cambiano in relazione all'iter della malattia.

È fondamentale che le informazioni fornite al paziente siano sempre chiare e coerenti. Non esiste una formula adatta per tutte le situazioni (dire tutto in ogni caso oppure non dire nulla in ogni caso). Sicuramente è un diritto del paziente conoscere la malattia da cui è affetto anche per poter affron-

tare con maggiore motivazione le terapie spesso pesanti che gli vengono proposte. Fornire informazioni è un atto medico con un'enorme importanza terapeutica: oltre a ridurre l'ansia e l'incertezza, restituisce al paziente la libertà che la malattia gli ha sottratto, l'autonomia e la capacità di fare delle scelte, la consapevolezza della realtà che sta vivendo e l'adattamento alla nuova situazione di vita.

## **IL "BIG KILLER FEMMINILE" OVVERO IL CARCINOMA MAMMARIO**

La cura chirurgica del tumore della mammella ha conosciuto nella storia della medicina tre momenti rivoluzionari che hanno condizionato le scelte terapeutiche in maniera determinante. Il primo risale addirittura al 1894, anno in cui una figura straordinaria di scienziato, W. HALSTED, ebbe il merito di abbattere la barriera di rassegnazione che circondava la malattia ritenuta sino a quel momento incurabile, portando alla ribalta un tipo di intervento, la mastectomia radicale con svuotamento dei linfonodi ascellari, praticato sino agli anni settanta del secolo scorso come unica opzione chirurgica per la cura del tumore della mammella. Fu l'istituto dei Tumori di Milano, negli anni settanta, a presentare all'Organizzazione Mondiale della Sanità uno studio rivoluzionario, a iniziare a sviluppare un nuovo corso della chirurgia conservativa della mammella. Tutti gli studi successivi hanno dimostrato la base razionale di questa filosofia nel senso che ormai è stata raggiunta la consapevolezza che la conservazione della mammella, oltre ad essere importante in termini di impatto sulla qualità della vita delle pazienti, non condiziona il rischio di metastasi a distanza e di sopravvivenza globale rispetto alla classica mastectomia radicale. Pertanto l'intervento conservativo proposto all'attenzione del mondo scientifico dal professor Umberto Veronesi (Quadrantectomia e svuotamento dei linfonodi ascellari) ha finito per diventare la procedura chirurgica più praticata, in alternativa alla mastectomia radicale, per i tumori diagnosticati in fase precoce. Grandi meriti vanno anche alle massicce

campagne di prevenzione che permettono la diagnosi precoce. Dal 1994 la chirurgia senologica ha proseguito il suo cammino presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, sviluppando ulteriormente il concetto di "conservazione" non solo della mammella ma anche dei linfonodi ascellari. L'asportazione dei linfonodi ascellari, infatti, non è sempre necessaria essendo il rischio di metastasi ascellari strettamente correlato alle dimensioni del tumore primitivo, che oggi viene identificato in uno stadio sempre più precoce.

Con l'asportazione sistematica dei linfonodi si corre il rischio di asportare inutilmente tessuto linfatico che risulta al successivo esame microscopico frequentemente indenne. Inoltre, la rimozione dei linfonodi ascellari, può compromettere la funzionalità dell'arto (linfedema) e aumentare il rischio di effetti collaterali, senza tener conto del fatto che non è logico asportare tessuto immunocompetente che aiuta le difese immunitarie. Poiché non ci sono esami strumentali in grado di rilevare prima dell'intervento un eventuale interessamento dei linfonodi, senza asportarli, recentemente è stata messa a punto la cosiddetta tecnica del linfonodo sentinella.

È noto che le cellule tumorali che si staccano dal tumore, seguendo le vie linfatiche migrano all'ascella passando da uno o più linfonodi che sono posti "a sentinella" del sistema linfatico della regione

Se questa stazione-sentinella risulta sana è molto probabile che anche tutti gli altri linfonodi siano indenni ed è, pertanto, inutile asportarli. Per identificare il linfonodo sentinella, viene utilizzata una sostanza radioattiva, iniettata prima dell'intervento in prossimità del tumore.

Questa sostanza segue la stessa via linfatica seguita da eventuali cellule tumorali e viene bloccata dal linfonodo sentinella. In tal modo il linfonodo può essere identificato, mediante una sonda rilevatrice di radioattività. La dimostrazione intraoperatoria che il linfonodo sentinella è negativo consente di risparmiare tutti i rimanenti linfonodi del cavo ascellare con i risultati cosmetici e funzionali più soddisfacenti. Il rischio relativo di recidiva nella mammella dopo la radioterapia viene ridotto del



75% circa rispetto alla sola chirurgia conservativa. Come per la chirurgia, si è passati nel tempo ad interventi sempre meno demolitivi, così in campo radioterapico si è sentita l'esigenza di sperimentare trattamenti più conservativi, ai quali indirizzare i casi di tumore mammario a basso rischio di recidiva loco-regionale. L'irradiazione parziale della mammella può essere eseguita con la radioterapia esterna, con la brachiterapia e più di recente con la IORT, ovvero la radioterapia intraoperatoria. Tuttavia, essendo la quadrantectomia fattibile solo nelle fasi precoci, la mastectomia radicale è tutt'oggi utilizzata nelle fasi avanzate. Inoltre, anche quando la rimozione è parziale, l'immagine corporea subisce modificazioni alle quali corrisponde un impatto psicologico non trascurabile, se la donna non è supportata da una buona struttura psichica interiore e da una rete socio-familiare intorno a sé.

## **CAMBIAMENTO DELL'IMMAGINE CORPOREA**

Nella malattia, e in particolare nel tumore al seno, il corpo assume una centralità particolare, sia per la sofferenza determinata dalla malattia, sia perché diviene metafora concreta di vissuti ed aspettative. Freud nel 1923 scrive che *"[...] dal mondo delle percezioni emerge la percezione del proprio corpo. Anche il dolore [fisico] sembra svolgervi una certa funzione, e il modo in cui in determinate malattie dolorose si ricava una nuova conoscenza relativa ai propri organi è forse paradigmatico per il modo in cui si perviene in generale alla rappresentazione del proprio corpo. L'io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie. [...] Jesso è prima di ogni altra cosa un io-corpo"*.

In un corpo leso s'identificherà un IO non più integro, con conseguenti cali dell'autostima, che possono arrivare al punto di demandare ad altri ogni decisione, soprattutto quando il principale problema è rappresentato dalla perdita del seno e dalla minaccia alla propria sopravvivenza.

Il tumore al seno, come afferma Umberto Veronesi direttore scientifico dell'Istituto Europeo di On-

cologia di Milano, è una delle poche malattie che riassume in sé tanti diversi e importanti aspetti:

- sociali, per la sua gran diffusione;
- scientifico, per la sua complessità biologica;
- diagnostico, per la necessità di un'identificazione precoce della neoplasia;
- terapeutico, per i vari metodi multidisciplinari di cura;
- psicologico, per l'enorme impatto sulla popolazione femminile;
- riabilitativo, per la necessità di recupero familiare e sociale del paziente.

L'esperienza della diagnosi di carcinoma mammario, e dei trattamenti successivi, rappresenta un evento di crisi che sconvolge la vita di ogni donna e della sua famiglia, suscitando un insieme complesso di reazioni emotive. La risposta iniziale può essere di incredulità e negazione transitorie, cui seguono paura, confusione, angoscia, rabbia, colpa, vergogna, tristezza, depressione, tendenza all'isolamento. Questo tipo di tumore, in particolare, toccando un organo così carico di significati e intimamente legato all'identità femminile, provoca numerose e profonde ricadute psicologiche. Nell'immaginario collettivo il seno è simbolo di seduzione e oggetto di desiderio per eccellenza, tanto che la sua immagine viene diffusamente usata per attrarre l'attenzione e pubblicizzare gli oggetti più diversi, anche se non hanno nulla a che fare con tale immagine. Questa funzione pubblica del seno, come simbolo dell'immagine femminile e della donna madre e seduttrice, non è priva di ricadute. Per la donna il seno è un *"elemento fondamentale, componente della propria immagine corporea, testimone tangibile della propria identità, risultante di molteplici esperienze di rapporto col proprio corpo che cambia nell'adolescenza e decade in età avanzata, e con corpi altrui, oggetto di carezze e veicolo di allattamento"*. L'asportazione del seno, totale o parziale, non solo genera ansia per la malattia e per i cambiamenti estetici, ma provoca anche modificazioni a livello psicologico conseguenti ai cambiamenti nella propria realtà di donna e madre e alla perdita del seno d'integrità corporea e psicologica. Per alcune donne la paura di perdere tale integrità



è così forte da vincere il timore della malattia e rifiutare le cure. Inoltre, gli effetti collaterali delle terapie adiuvanti, come la perdita dei capelli, la diminuzione della tonicità epidermica, l'aumento di peso, l'interruzione del ciclo mestruale, si accaniscono ulteriormente contro i principali aspetti della femminilità e rappresentano momenti anch'essi difficili da superare, in quanto riducono di molto la soddisfazione per la propria immagine corporea, causando disagio e sofferenza a livello fisico e psicologico. Parallelamente a reazioni individuali, compaiono spesso alterazioni nella vita relazionale. Nel caso in cui erano presenti già prima equilibri precari nella vita di coppia, la mastectomia può accentuare le difficoltà sia nella sfera sessuale sia nel rapporto affettivo.

Mentre, per una donna senza partner stabile, la mutilazione può compromettere eventuali progetti affettivi. Le reazioni variano da donna a donna, ma, in ogni caso, non sempre sono facili da esprimere e ancora meno è agevole, per la famiglia e gli amici, comprenderne le implicazioni profonde. Il cancro, prima di essere un'esperienza biologica, è un'esperienza biografica, che appartiene alla storia delle pazienti, dei loro parenti e amici.

## CONCLUSIONI

Il DM 734/94, concernente il profilo professionale dell'infermiere, afferma che l'assistenza infermieristica erogata è di tipo *“preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa”*. Anche nel patto infermiere cittadino del 1996, viene enunciato che l'infermiere si impegna nei confronti della persona ad ascoltarla con attenzione e disponibilità quando ha bisogno e stare vicino al paziente nei momenti di sofferenza e paura. L'Italia, purtroppo, figura tra i paesi a maggior rischio di tumore al seno con 30000 nuovi casi ogni anno, e una donna ha una probabilità su 10 di ammalarsi nel corso della vita. Fortunatamente, la prevenzione, la ricerca, le terapie sempre più efficaci (in particolare per le neoplasie “ormono-sensibili”), hanno reso questo tipo di tumore uno dei più curabili: *“Negli anni sono aumentate le diagnosi ma anche i successi, fino a*

*raggiungere in Italia una sopravvivenza a cinque anni dell'84 per cento, un valore superiore a tutti gli altri Paesi”*. Credo sia importante aiutare i pazienti a vivere il cambiamento del proprio aspetto fisico nel modo migliore possibile e l'infermiere è una figura essenziale per raggiungere lo scopo. Per affrontare tale problema, occorrerebbero alcune proposte:

- la realizzazione di corsi di formazione e di Counseling per aiutare il paziente a vivere meglio tale situazione;
- organizzare dei gruppi di supporto, in collaborazione con altre figure professionali, dedicati ai pazienti;
- adottare all'interno dell'unità operativa una scheda di accertamento infermieristico per la rilevazione dello stato psicologico del paziente;
- realizzare all'interno dell'unità operativa un progetto educativo-terapeutico per donne mastectomizzate.

I risultati degli studi non sono definitivi e andrebbe fatto ancora molto dal punto di vista della ricerca. L'argomento Counseling e comunicazione rimane delegato molto all'infermiere stesso, in base alla propria sensibilità e in occasione di momenti formativi. L'acquisizione di crediti per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), strumento indispensabile per i professionisti sanitari che necessitano di un continuo aggiornamento e miglioramento di abilità e competenze, prevede tra le tematiche trasversali la comunicazione. Tra le metodologie utilizzate per incrementare le abilità di Counseling, le più utilizzate sono la visione di filmati con discussione in gruppo con un tutor moderatore e il role playing; altrettanto significativa sembra essere la riflessione sulle azioni da intraprendere e già attuate. E' auspicabile anche in Italia la formazione di un professionista specializzato ed esperto, per una pratica infermieristica avanzata, favorendo l'espansione del ruolo infermieristico. Esistono aspetti organizzativi che indubbiamente influenzano la possibilità di svolgere Counseling da parte dell'infermiere; per esempio, il cosiddetto 'primary nursing', in cui l'infermiere è prevalente per una certa persona assistita, potrebbe favorire

la comunicazione.


In conclusione, alla luce di quanto detto finora, l'infermiere può svolgere Counseling informale nei confronti della donna con tumore al seno, che presenta ansia pre-operatoria, qualora questa non presenti altre malattie psichiatriche. Tuttavia, occorre cautela ed è auspicabile una formazione più completa, ulteriore a quella fornita con il corso di Laurea di I livello, soprattutto se si intende svolgere un Counseling di tipo formale. Bisogna, però, considerare l'importanza che ha l'identificazione da parte dell'infermiere di strategie di 'coping' e comportamenti inadeguati di fronte alla malattia per prevenire patologie psichiatriche: è l'infermiere che essendo a stretto contatto con la donna può fare la differenza. Gli interventi di counseling

infermieristico sembrerebbero indicati in quelle persone con un locus of control interno, un coping ansioso, ma una buona rete sociale di supporto. Tali interventi, attuati dall'infermiere, si basano molto sull'informazione della paziente, il che porta la persona assistita a prendere coscienza, oltre alle informazioni, delle proprie emozioni: è l'attuazione del cosiddetto counseling informale. L'infermiere potrebbe fare leva anche sulla famiglia per aiutare l'elaborazione di strategie di coping più corrette (Landmark e Wahl, 2002). Qualora vi fosse il dubbio si potrebbe discutere in team del caso ed eventualmente coinvolgere professionisti come psicologi e psichiatri, favorendo un approccio multidisciplinare (Butow et al, 2007).

## BIBLIOGRAFIA

- Amir Z., Saily J., Borrill C. (2004) The professional role of breast cancer nurse in multi-disciplinary breast care teams. *European Journal of Oncology Nursing*, 8: 306-314
- Atkinson W.W., Hilgard E.R. (2006) *Introduzione alla psicologia* (14<sup>a</sup> ed.) Padova: Piccin Nuova Libreria.
- Binetti P., Mordanini V., Ferrazzoli F. (2002) Un'esperienza integrata di counseling infermieristico e psicoterapia breve nell'assistenza al paziente oncologico: risultati preliminari. *International Nursing Perspectives*, 2 (2): 87-96
- Brennann M., Black E., French J., Boyages J. (2006) Breast cancer: guiding your patient through treatment. *Australian Family Physician*, 35 (3): 117-120
- Butow P., Harrison J.D., Choy E.T., Young J.M., Spillane A., Evans A. (2007) Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer* [on line], 110
- Cadorin L. (2001) *Counseling e relazioni di aiuto. Atti sessioni infermieristiche Associazione Italiana Oncologia Medica*, Napoli, novembre 2001. Milano: Lauri Edizioni
- Cantarelli M. (2003) *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson
- Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019 Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 aprile 2019
- Demir F., Donmez Y.C., Ozsaker E., Dirmali A. (2007) Patients lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 744-751
- Di Sauro R., De Blasi V., *Psicologia sociale e contesto sanitario*. Roma, Aracne
- Di Sauro R., *Principi di psicologia clinica per l'operatore sanitario*. Roma, Aracne
- Mc Ardle J., George W.D., Mc Ardle C.S., Smith D.C., Alastrait M., Hughson A.V.M, Murray G.D. (1996) Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomized study. *BMJ Journal*, 312: 813-826
- Miaskowski C., Schockney L., Chlebowski R.T. (2007) Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (2): 213-221
- Vicini M.A. (1998) Il counseling, strumento di lavoro dell'infermiere? *Nursing Oggi*, 1: 66-69





*Cari Colleghi,  
vi auguriamo per il nuovo anno  
di raggiungere gli obiettivi desiderati.  
Noi tutti dobbiamo lavorare per  
il superamento del presente,  
perché la nostra realtà diventi quello  
che abbiamo sognato e per cui abbiamo  
studiato, continuiamo a studiare,  
e per cui lavoriamo  
e continueremo a lavorare.  
Le possibilità di migliorare  
formazione e preparazione  
sono cresciute.  
Sta a noi impadronircene.*

*Auguri*





TRA LE BIANC

**F**enomeni di bullismo non sono rari nei luoghi di lavoro ed anche la professione infermieristica, che fonda la sua pratica sul prendersi cura, sull'empatia ed etica del prendersi cura, non è esente da eventi di tale fatta.

Questi casi di violenza, che possono assumere molte conformazioni, sono definiti in letteratura come "ostilità laterali" (LH) e s'intendono riassumibili in "forme di violenza sul posto di lavoro, costituite da varie interazioni crudeli, scortesie e antagoniste che avvengono tra persone allo stesso livello gerarchico, nelle organizzazioni. Le LH provocano sintomi e disturbi psicofisici alla persona, ridotta autostima e demotivazione lavorativa sino all'abbandono precoce della professione. Tale condizione è prerogativa di indagine sulle ripercussioni che le LH hanno sulla qualità psicofisica e lavorativa dell'infermiere." [2]. Gli studi in merito hanno dimostrato come un certo numero di casi di bullismo tra infermieri si verificano frequentemente in tutto il mondo. L'impatto del bullismo ha gravi ripercussioni non solo sulla salute delle vittime, ma anche nei confronti della struttura, con incidenze di carattere economico.

Ancora più importanti sono i potenziali effetti latenti quanto a sicurezza e salute delle persone assistite. La revisione della letteratura, e le considerazioni che sono tratte in questo scritto, evidenziano come i fattori favorevoli al bullismo siano principalmente dovuti alle caratteristiche dei perpetratori, alla reazione delle vittime e alle peculiarità dell'organizzazione. Per mitigare l'impatto tra gli infermieri giovani ed inesperti, viene proposto un approccio cognitivo per evitare che molestie ed episodi di bullismo diventino fenomeni abitudinari e distintivi dell'organizzazione lavorativa.

**Gianluca FERRARESE**

Dott. Magistrale in scienze infermieristiche ed Ostetriche - CO 118 Taranto

**Chiara GUARINO**

Infermiere - CO 118 Taranto

**Pio LATTARULO**

Dirigente Responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie

Presidio Ospedaliero Orientale e Distretto Socio Sanitario nr. 7 – ASL Taranto

# ANCHE MURA

## Note di contesto

L'Organizzazione Mondiale della Sanità [3] definisce la violenza come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, potenziale o effettivo, contro se stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità che si traduce in lesioni, morte, danni psicologici, mal-sviluppo o privazione". Violenza e fenomeni di bullismo non sono eventi rari nei luoghi di lavoro, sin anche nelle organizzazioni sanitarie; ciò cozza certamente con l'impianto disciplinare dell'infermieristica, fondato sul prendersi cura, sull'etica della cura e sullo sviluppo delle competenze relazionali anche verso il cliente interno. Le forme più frequenti ed esplicite di violenza sul luogo di lavoro sono riferite ad abusi verbali e fisici espressi dalle persone assistite e/o dai loro familiari. Tuttavia, numerosi studi hanno dimostrato come gli infermieri possano essere potenzialmente gli autori di episodi di violenza, consumati nei confronti dei propri colleghi nell'ambito lavorativo. Il triste fenomeno che narriamo è definito in letteratura "bullismo sul posto di lavoro".

La prima conseguenza si ottiene nel setting organizzativo interessato, con l'alta probabilità che si possano riscontrare tassi di turnover elevati, da cui discende carenza di personale. Questa, unita alla sempre crescente domanda di assistenza sanitaria, è al primo posto nella hit delle preoccupazioni principali dei policy makers e degli Infermieri che esplicano un mandato gestionale in tutto il mondo. Ad aggravare il profondo stato di crisi, in cui versa il Sistema Sanitario Nazionale Italiano, contribuisce lo scemare progressivo del numero di Infermieri occupati, con un divario più o meno accentuato tra Regioni varie. Lo si evince dal Rapporto Osservasalute 2018 [4], presentato dalla Fnopi (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche), in cui si sottolinea il continuo calo di infermieri in Italia, il conseguente scadimento della qualità delle prestazioni erogate e del soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini. E' importante, pertanto, sviluppare strategie più innovative ed efficaci per incrementare il numero di infermieri italiani. Tuttavia, il perseguimento di ciascuno di questi approcci, deve essere accompagnato da un'esplorazione

sistematica per identificare, e successivamente affrontare, i fattori push-pull (rispettivamente fattori di spinta e di attrazione) insistenti nell'attuale ambiente infermieristico in grado di influenzare lo stesso bullismo. Il presente scritto è corredato dall'acconcia revisione narrativa della letteratura, effettuata per esplorare i fattori favorenti il "bullismo sul posto di lavoro" tra infermieri che lavorano negli ospedali. I risultati consentono di avviare una discussione approfondita sugli attuali interventi che attenuano il comportamento, nonché di formulare la proposta di una strategia educativa essenzialmente mirata a fortificare gli infermieri neo laureati.

## Revisione narrativa della letteratura

L'aspetto del bullismo sul posto di lavoro è descritto per la prima volta negli anni '80 da Heinz Leymann, che ha coniato il termine "mobbing" per riferirsi a "comunicazione ostile e non etica diretta a un individuo almeno una volta alla settimana fino a sei mesi". In relazione alla professione infermieristica, Duffy [5] ha definito la violenza sul posto di lavoro come "l'atteggiamento di infermieri che indirizzano apertamente o segretamente la loro insoddisfazione verso l'altro, verso se stessi e verso coloro che sono meno potenti e influenti di loro stessi". Gli esempi forniti includono: reazioni dirette e indirette, verbali e non, alzare sopracciglia o la voce in risposta ai colleghi, esprimere commenti maleducati o umilianti, comportarsi in un modo che mina la capacità di un collega di aiutare gli altri, trattenere informazioni importanti, agire comportamenti che portino a lotte interne, individuare un capro espiatorio, od ancora l'utilizzare modalità di comunicazione passiva-aggressiva adiuvata da forme di pettegolezzo. Da ultimo, il mancato rispetto della privacy o la violazione della riservatezza garantita dalla posizione di autorità o potere.

Il bullismo sul posto di lavoro è fenomeno internazionale, con una prevalenza varia ma significativa nelle Nazioni analizzate. Uno studio recente, curato dal National Health Service [6] del Regno Unito ha dimostrato che, su quattro dipendenti del NHS, uno aveva subito episodi di bullismo sul luogo di



lavoro, consistenti in molestie o abusi da parte di pari o superiori. Questo dato (2014) si è mostrato in lieve incremento (dell'1%) rispetto ai livelli del 2013. Un precedente studio trasversale condotto in Australia [7], aveva tratto, quale dato di percentuale, il 14,7% di infermiere che avevano subito violenze sul posto di lavoro ad opera di colleghi. Gli studi Asiatici destano maggiore preoccupazione, avendo riportato tassi sino al 33% [8] [9].

E' opportuno chiarire che le differenti percentuali dimostrate potrebbero essere addebitabili a differenze nella dimensione del campione, al tipo di misurazione utilizzato, al modello organizzativo in adozione ed alla diffusione della cultura del reporting. Tuttavia, quando i dati sono considerati globalmente, ne deriva che un numero consistente di infermieri, operanti nel contesto ospedaliero, ha subito violenze sul posto di lavoro, in special modo intese come "bullismo".

Uno studio prospettico, condotto a Singapore, ha indagato sul bullismo sul posto di lavoro, in un setting particolare, quale la Sala Operatoria di un ospedale locale; la conclusione è che il 33,7% degli intervistati ha riferito di aver subito abusi verbali e, tra questi, nel 17,6% dei casi, da parte di infermieri. Peraltro, dalle conclusioni dello stesso studio, si rileva che, oltre il 70% del personale, sceglie di non segnalare episodi di bullismo sul posto di lavoro. Chan e Huak [10] hanno ottenuto risultati simili dal loro studio: è emerso che la soddisfazione degli infermieri è strettamente correlata alla coesione dei colleghi e al sostegno dei loro superiori. Uno studio più recente, ad opera di Carter et al. (2013) [34], ha confermato l'assunto citato, riportando che, nonostante un alto tasso di prevalenza del bullismo sul posto di lavoro, solo il 2,7% -14,3% degli infermieri ha segnalato tali eventi alle autorità superiori. L'ampio divario tra incidenza del fenomeno narrato e tassi di segnalazione implica che le vittime di bullismo sul posto di lavoro debbano affrontare molteplici sfide nel confronto/scontro con colleghi aggressivi. Il basso livello di segnalazioni potrebbe anche lasciar pensare che il bullismo sul posto di lavoro sia argomento delicato, marginalmente espressa nelle discussioni relative all'organizzazione

stessa. Appare evidente che ci sarebbe bisogno di una maggiore attenzione nell'analisi di questo fenomeno, affrontabile tanto in termini preventivi che di intervento.

Oltre al suo alto tasso di prevalenza in tutto il mondo, il bullismo sul posto di lavoro arreca gravi conseguenze quanto a salute fisica ed emotiva delle vittime, con ovvie ricadute sul corretto funzionamento di un'organizzazione e, in definitiva, uno scadente livello nella qualità delle cure prestate alle persone assistite. Gli esiti descritti possono essere categorizzati in senso lato come personali-fisici, personali-emozionali e organizzativi. A tal fine, Hallberg e Strandmark [9] traggono in conseguenza del loro studio una fondamentale deduzione: riferiscono cioè che gli infermieri che hanno subito i comportamenti descritti, lamentano successivamente problematiche di salute varie, corredate da alcuni sintomi tra cui cefalea, difficoltà respiratorie ed il peggioramento di certuni quadri cronici. Uno studio longitudinale [10] ha confermato questa associazione, mostrando che un infermiere su due, tra coloro i quali hanno subito atti di bullismo sul posto di lavoro, ha lamentato disturbi del sonno con relative complicanze tra le quali efficienza ridotta, peggioramento in qualità delle attività quotidiane ed altri impatti negativi sulla salute. Una pleora di studi ha attestato anche un'associazione tra bullismo ed esiti psicologici negativi. Una ricerca, condotta in Portogallo da Sa e Fleming [11], ha documentato che le infermiere che hanno subito atti di bullismo sul posto di lavoro hanno posto fine anzitempo alla loro carriera rispetto alle controparti non vittime di bullismo ( $p = 0.03$ ), ottenuto indici più alti di esaurimento emotivo ( $p = 0,01$ ) e depersonalizzazione ( $p = 0,01$ ). Gli studi di Tehrani [12] e Hansen, Hogh [13] hanno ulteriormente confermato questa relazione, provando che gli infermieri esposti al bullismo sul posto di lavoro manifestavano più sintomi correlati allo stress post-traumatico rispetto agli intervistati non vittime del bullismo. Si reputa importante annotare che tali conseguenze negative possono anche diffondersi dagli individui vittimizzati ai loro familiari più stretti, erodendo anche le relazioni non lavorative.

La violenza sul posto di lavoro può condizionare in senso macroscopico e negativo l'efficienza dell'organizzazione. Gli studi di Kivimaki, Elovainio [14] e Ortega, Christensen [15] evidenziano un più alto tasso di assenteismo tra il personale vittima di bullismo; si viene, pertanto, a determinare un carico di lavoro aggiuntivo per i colleghi, conseguenza ancor più grave in Italia, data la sussistenza di un rapporto persona assistita / infermiere più elevato.

Numerosi studi hanno confermato l'associazione tra bullismo sul luogo di lavoro e minore soddisfazione lavorativa nonché scarsa produttività, con derivata maggiore tendenza ad abbandonare quella organizzazione. La carenza infermieristica può incidere notevolmente sugli aspetti economico – gestionali di un'organizzazione a causa dei costi aggiuntivi sostenuti nella formazione di nuovi infermieri, per coprire o sostituire i dipendenti infermieri assenti. Si stima che il costo annuale del bullismo per le organizzazioni nel Regno Unito sia di 13,75 milioni di sterline. [16] Una somma di danaro del genere potrebbe potenzialmente essere investita in altro modo per migliorare la produttività del lavoro e la cura per le persone assistite.

Il bullismo potrebbe anche avere un impatto latente sulla sicurezza della persona assistita e sulla qualità di vita. Roche, Diers [5] ha avvalorato un'associazione positiva tra errori medici e bullismo sul posto di lavoro consigliando che, dati gli effetti sul personale infermieristico, ne può scaturire una minore qualità dell'assistenza per le persone assistite. Lallukka, Rahkonen [18] hanno dedotto che il bullismo e i relativi disturbi del sonno possono generare delle influenze negative, anche nel lungo termine sull'attività quotidiana.

In sintesi, è possibile affermare che il bullismo sul luogo di lavoro compromette la qualità delle cure e mina la sicurezza delle persone assistite.

Dalla revisione della letteratura sono emerse tre tematiche essenziali: caratteristiche dei perpetratori, delle vittime e dell'organizzazione.

### **Caratteristiche dei perpetratori**

Dai nove documenti analizzati è emerso che la violenza sul posto di lavoro si verifica tra gli infer-

mieri. Le risultanze di cinque articoli hanno posto in risalto un'associazione tra le caratteristiche dei perpetratori e il bullismo sul posto di lavoro.

Autrey, Howard [19] riferiscono che 44 delle infermiere intervistate hanno identificato i perpetratori come esperti nei loro rispettivi campi di pratica. Inoltre, i perpetratori erano ritenuti figure dominanti "sul posto di lavoro", con la capacità di decidere se mettere a disposizione degli altri le proprie conoscenze e risorse, o fomentare fenomeni quali la gelosia professionale e disseminare odio verso i colleghi di lavoro.

Strandmark e Hallberg [20] hanno sottolineato come una delle principali caratteristiche del bullismo sul posto di lavoro consista nelle lotte di potere tra vittime e carnefici.

Allo stesso modo, Abe e Henly [6] hanno esposto che l'aspetto negativo più comunemente sperimentato, percepito dai destinatari del bullismo, riguardava la sottrazione di informazioni, descritta come un atto di "potere" da parte dei perpetratori. Vieni fuori da questo studio che il bullismo sul posto di lavoro è caratterizzato da critiche persistenti, osservazione/monitoraggio continui, richiami in merito ad errori, tutte caratteristiche spesso correlate al mobbing.

La ricerca di Purpora, Blegen [21] ha rilevato che un atto negativo, vissuto ordinariamente da vittime di bullismo, implicava che il perpetratore avesse ordinato di svolgere compiti inferiori al proprio livello di competenza.

Yildirim [22] riporta che tali caratteristiche erano maggiormente presenti quando vi erano infermieri "che parlavano male in modo smodato mentre si è in presenza di altri" (56%), "come se fossi controllato" (49 %).

Nonostante le differenze nei disegni degli studi presentati, appaiono simili le tematiche emerse dai risultati di ciascuno. È evidente che bisogna sviluppare le competenze etiche e quelle trasversali, soprattutto per chi esercita attività gestionali, in modo tale che le vittime trovino anche il coraggio necessario per denunciare le violenze subite.

### **Caratteristiche delle vittime**

Quattro dei nove articoli hanno proposto un'as-



sociazione tra le caratteristiche delle vittime e la prevalenza del bullismo sul posto di lavoro.

Pai e Lee [8] annotano come le infermiere di età inferiore ai 30 anni avevano una probabilità 2,4 volte maggiore di subire bullismo sul posto di lavoro. Purpora, Blegen [21] hanno riportato una correlazione statisticamente significativa tra tendenza del bullismo sul posto di lavoro ed il numero di anni di esperienza lavorativa. L'analisi di regressione di Yildirim [19] ha supportato i dati emersi dal lavoro di Purpora, Blegen [21] confermando l'associazione significativa tra l'età più giovane degli infermieri interessati dal fenomeno ed il bullismo.

Anche la personalità delle vittime è risultata un fattore di rischio per il bullismo sul posto di lavoro. Lo studio longitudinale di Balducci, Cecchin [23] ha avvalorato il fatto che la personalità depressiva era un predittore positivo del bullismo sul luogo di lavoro. I dati di Pai e Lee [8] hanno mostrato che le infermiere con alti livelli di ansia, erano 4,7 volte più a rischio per abusi verbali.

Anche se l'ansia e il bullismo sembrano essere variabili indipendenti, il già citato studio di Purpora, Blegen [21], utilizzando l'analisi di regressione, ha stabilito che per ogni punteggio basso di autovalutazione c'è stato un aumento concomitante nel punteggio di violenza sul luogo di lavoro. Sulla base di questi risultati è evidente che gli infermieri di età inferiore e con minore esperienza hanno una maggiore probabilità di subire atti di bullismo.

### **Caratteristiche delle organizzazioni**

Tre dei nove articoli hanno suggerito le caratteristiche organizzative come fattori legati al bullismo sul posto di lavoro tra infermieri. Autrey, Howard [19] evidenziano che i livelli di stress e le condizioni lavorative degli infermieri siano anche una fonte di aggressione. Allo stesso modo, Balducci, Cecchin [20] riferiscono che l'ambiguità di ruolo era un forte predittore del bullismo negli infermieri e che esiste una significativa associazione tra carenza di personale e bullismo sul posto di lavoro tra infermieri.

Bortoluzzi, Caporale [24] hanno inoltre eseguito un'analisi di regressione, combinando tra loro

fattori organizzativi, individuali e di leadership, deducendo che un ambiente di lavoro stressante potrebbe essere favorevole alla violenza sul posto di lavoro. Lo stesso ambiente stressante può influenzare le prestazioni lavorative rispetto alle reali capacità, che potrebbero a loro volta innescare un ciclo di critiche persistenti e di errori, fornendo una possibile spiegazione del bullismo come condizione ambientale.

Chi esercita il management deve svolgere un ruolo fondamentale nel mitigare i fattori descritti, orientando il proprio agire a ridurre comportamenti sul posto di lavoro come le critiche persistenti ed i fattori di stress derivanti dal lavoro svolto al di sotto degli standard di competenza. Peraltro, i risultati, relativi alle caratteristiche organizzative, evidenziano l'esistenza di un divario tra gli interventi disponibili per affrontare il bullismo sul posto di lavoro tra infermieri. Sebbene le organizzazioni possano prendere una posizione ferma contro il bullismo sul posto di lavoro, la leadership inefficace potrebbe potenzialmente impedire alle vittime di denunciare episodi di violenza sul posto di lavoro.

### **Riepilogo**

Considerando i dati rinvenuti dalla letteratura, si compone un quadro complesso e multidimensionale. Esiste, tuttavia, evidenza di un legame tra fattori di rischio, comportamento di bullismo e risultati (vedi Fig. 2) [25].

### **Discussione**

Le tematiche che compaiono in questa revisione sottolineano la vulnerabilità di giovani infermieri inesperti, indicati come potenziali vittime della violenza sul posto di lavoro. Se si analizzassero criticamente tali prospettive, la violenza sul posto di lavoro potrebbe rappresentare una potenziale barriera al reclutamento e al mantenimento di giovani infermieri competenti.

### **Implicazioni per la pratica infermieristica attuale**

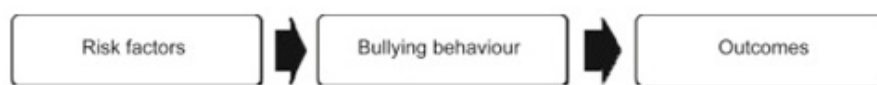
In generale, i policy makers adottano una politica di tolleranza zero per il bullismo sul posto di

lavoro. Gli interventi posti in essere dalle organizzazioni sindacali sono orientati a far rispettare i diritti dei lavoratori. Le organizzazioni ospedaliere anglosassoni hanno varato una serie di misure come il "sistema di supporto allo staff", attraverso il quale gli infermieri possono effettuare chiamate anonime per denunciare il mobbing e chiedere supporto emotivo. Inoltre, è stato anche formato il personale amministrativo per incoraggiare tutti gli altri a segnalare alle autorità superiori comportamenti di lavoro negativi. A fronte di tutto ciò, considerando i risultati della revisione, proponiamo un

approccio educativo di tipo cognitivo come strategia di intervento in grado di aumentare la consapevolezza e fornire agli infermieri le conoscenze per ridurre la violenza sul posto di lavoro.

### Razionale per l'utilizzo dell'approccio cognitivo

L'approccio di intervento cognitivo è stato costruito sulla base della teoria dell'apprendimento cognitivo con cui Piaget [27] e Ausubel, Novak [28] hanno sostenuto che il comportamento e la risposta di una persona agli eventi possono essere modificati tramite l'uso di tecniche che enfatiz-



<u>Organisation</u>	<u>Threats to professional status</u>	<u>Physical impact</u>
-Poor working environment	-Belittling remarks	- Headaches
-Stressful environment	-Persistent criticisms	- Respiratory conditions
-Job ambiguity	-Intimidation	- Worsening of chronic diseases
-Shortage of manpower	-Humiliation	- Sleeping disorder
-Poor leadership	-Withholding information	
	-Exclusion/isolation	<u>Emotional impact</u>
<u>Perpetrators</u>	-Work overload	-Anxiety
-Powerful figure	-Removing responsibility	-Depersonalisation
-Highly influential	-Work under-competency	-Burn-out
-More authoritative	-Shouted at	-Post-traumatic stress disorder
-Takes on role of oppressor	-Lack of autonomy	
	-Under utilisation	<u>Organisational impact</u>
<u>Victims</u>		-Increase in absenteeism
-Younger		-Lower job satisfaction
-Inexperienced		-Lower productivity
-Less assertive		-Higher intention to quit
-Lower confidence		-Increased staff turnover rate
-Vulnerable personality		-Increased organisation spending in recruiting and training new nurses
		<u>Patient impact</u>
		-Medical error
		-Poorer patient health outcome



zano risposte specifiche, attraverso l'ascolto o la lettura delle istruzioni. In quanto tale, il vantaggio della risposta programmata alle prove cognitive consente agli individui di conservare nella mente le informazioni appena ricevute e successivamente elaborarle, attraverso risposte programmate basate su avvenimenti simili precedenti.

Si potrebbe insegnare agli infermieri a ridurre gli atti di violenza sul posto di lavoro, usando una risposta verbale appropriata di fronte a comportamenti negativi, piuttosto che essere intimiditi dai responsabili. A sostegno di ciò, Griffin [29] ha riferito che gli infermieri sottoposti ad un allenamento interattivo di preparazione cognitiva, istruiti nell'uso di appropriate risposte a dieci dei più frequenti atti di bullismo, sono stati in grado di mitigare comportamenti negativi sul posto di lavoro, esibiti dai perpetratori. Le risultanze di Roberts, Demarco [30] fanno propendere per il fatto che un programma di allenamento per la preparazione dell'approccio cognitivo possa essere associato all'80% di successo di tale pratica.

Griffin [30], Stagg et al. [31] e Illing, Carter [32] sostengono che le risposte programmate dell'approccio cognitivo siano in grado di produrre un impatto positivo a livello individuale e divengano il miglior mezzo per prevenire gli attacchi di bullismo. I limiti nell'utilizzo della risposta programmata, tuttavia, sono individuabili nel fatto che i destinatari del bullismo potrebbero non sapere come rispondere agli autori dei reati se gli atti sono insoliti o di natura estrema. Quindi, è anche importante educare il personale infermieristico sui limiti dell'approccio di intervento e istruirli su come affrontare gli aggressori in situazioni insolite o estreme.

## Conclusioni

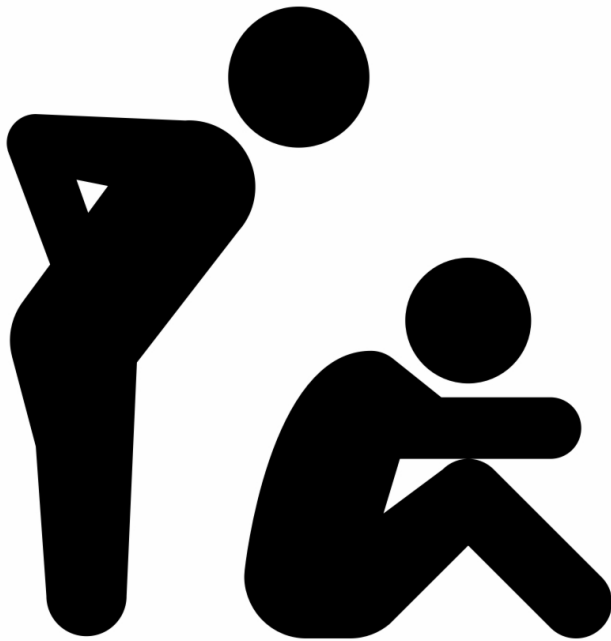
Questa revisione della letteratura ha identificato le caratteristiche dei perpetratori, delle vittime e delle organizzazioni legate al bullismo sul posto di lavoro tra infermiere in ambito ospedaliero e lascia propendere per una relazione interconnessa tra tutti. I risultati della revisione fanno pensare che le vittime di bullismo si sentano più a loro agio nel condividere queste spiacevoli esperienze con

amici intimi, familiari e colleghi piuttosto che riferire il tutto ai diretti superiori o con un consulente sul posto di lavoro. L'argomento o gli episodi di bullismo sul posto di lavoro, tendenzialmente, sono poco conosciuti da chi esercita il management. L'approccio cognitivo, basato sull'utilizzo di risposte programmate, è stato proposto per potenziare i giovani infermieri nella gestione della violenza sul posto di lavoro. È uno strumento individuale, efficace per consentire alle persone di proteggersi dalla violenza sul posto di lavoro.

L'incentivazione allo sviluppo delle risposte programmate cognitive richiede una collaborazione tra i diversi livelli del management inclusi amministratori e membri dello staff. A causa della natura sensibile dell'argomento, tuttavia, questo intervento pone sfide importanti che devono essere superate, per garantire un'implementazione di successo. In ragione di tutto ciò, si può asserire che è necessario un efficace lavoro di squadra per attuare tale iniziativa.

Sono necessari ulteriori interventi per moderare gli impatti negativi del bullismo sul posto di lavoro a livello organizzativo. Si propone che tutto il personale venga istruito sui comportamenti lavorativi negativi e sulla gestione dei rischi, e che siano promosse metodiche di comunicazione efficace per incentivare la segnalazione, raffigurandola come un comportamento accettabile e necessario.

Per chi esercita il management, affrontare una questione come il bullismo sul posto di lavoro ha una forte valenza etica. Una serie di preziose indicazioni ci sono date dal nuovo Codice di Deontologia delle Professioni Infermieristiche 2019, curato dalla FNOPI. L'art. 3, detto - Rispetto e non discriminazione - all'ultimo capoverso cita: "Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare". Questi atteggiamenti potrebbero essere rivolti anche ad un collega e per tale ragione, l'impegno etico e deontologico deve consistere nell'impedire tali accadimenti. La revisione narrativa della letteratura dimostra che, in via precipua, il bullismo sul posto di lavoro, interessa i giovani, meno esperti. L'art. 8 del CD



2019 titolato - Educare all'essere professionista - afferma: "L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi". Il processo di educazione non ha mai fine e, per tale ragione, appare inverosimile che si possano utilizzare esperienze, competenze ed informazioni per vessare gli altri. Il Codice è molto chiaro in proposito ed è bene rammentarne la valenza giuridica.

Utile riportare anche l'art. 12 – Cooperazione e collaborazione – "L'Infermiere si impegna a sostenere la collaborazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale". La lealtà è un'antica virtù che andrebbe progressivamente ri-scoperta ed incentivata perché è alla base della fiducia. Quest'ultima è il pilastro del rapporto di cura, fortemente influenzato dal clima che vivono i curanti, e dal benessere organizzativo.

Questi sostanzialmente i riferimenti, da individuarsi come fiammelle per illuminare il cammino quotidiano, lungo i tortuosi sentieri che siamo chiamati a percorrere, creando un ambiente di lavoro non ostile, ma francamente sostenibile.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Singapore Nursing Board Annual report 2013 (2013 [30/January/2014])  
<http://www.healthprofessionals.gov.sg/content/dam/hprof/snb/docs/publications/Annual%20Report%202013.pdf>
- [2] <https://www.infermieristicamente.it/articolo/6010/le-ostilita--laterali-tra-gli-infermieri-un-indagine-esplorativa/>
- [3] World Health Organisation World health assembly: prevention of violence, a public health priority Geneva, Switzerland (1996), pp. 1083-1088
- [4] <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>
- [3] E. Duffy Horizontal violence: a conundrum for nursing Collegian, 2 (2) (1995), pp. 5-17
- [5] National Health Service. Briefing note: issues highlighted by the 2014 NHS staff survey 2014 [http://www.nhsstaffsurveys.com/Caches/Files/NHS%20staff%20survey\\_nationalbriefing\\_Final%2024022015%20UNCLASSIFIED.pdf](http://www.nhsstaffsurveys.com/Caches/Files/NHS%20staff%20survey_nationalbriefing_Final%2024022015%20UNCLASSIFIED.pdf).
- [6] M. Roche, D. Diers, C. Duffield, C. Catling-Paull Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes J Nurs Scholarsh, 42 (1) (2010), pp. 13-22 CrossRefView Record in ScopusGoogle Scholar
- [7] K. Abe, S.J. Henly Bullying (Ijime) among Japanese hospital nurses: modeling responses to the revised negative acts questionnaire Nurs Res, 59 (2) (2010), pp. 110-118
- [8] H.-C. Pai, S. Lee Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan J Clin Nurs, 20 (9-10) (2011), pp. 1405-1412
- [9] A.O.M. Chan, C.Y. Huak Influence of work environment on emotional health in a health care setting Occup Med, 54 (3) (2004), pp. 207-212
- [10] L.R.-M. Hallberg, K.M. Strandmark Health consequences of workplace bullying: experiences from the perspective of employees in the public service sector 1 (2) (2010), p. 11
- [11] <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3928/21650799-20140804-04>
- [12] L. Sa, M. Fleming Bullying, burnout, and



mental health amongst Portuguese nurses Issues Ment Health Nurs, 29 (4) (2008), pp. 411-426

[13] N. Tehrani Bullying: a source of chronic post traumatic stress? Br J Guid Couns, 32 (3) (2004), pp. 357-366

[14] Å.M. Hansen, A. Høgh, R. Persson, B. Karlsson, A.H. Garde, P. Ørbæk Bullying at work, health outcomes, and physiological stress response J Psychosom Res, 60 (1) (2006), pp. 63-72

[15] M. Kivimäki, M. Elovainio, J. Vahtera Workplace bullying and sickness absence in hospital staff Occup Environ Med, 57 (10) (2000), pp. 656-660

[16] <https://bullyonline.org/old/workbully/nurses.htm>

[17] A. Ortega, K.B. Christensen, A. Høgh, R. Rugulies, V. Borg One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence J Nurs Manag, 19 (6) (2011), pp. 752-759

[18] T. Lallukka, O. Rahkonen, E. Lahelma Workplace bullying and subsequent sleep problems – the Helsinki Health Study Scand J Work Environ Health, 37 (3) (2011), pp. 204-212

[19] P.S. Autrey, J.L. Howard, B.A. Wech Sources, reactions, and tactics used by RNs to address aggression in an acute care hospital: a qualitative analysis J Nurs Adm, 43 (3) (2013), pp. 155-159

[20] K.M. Strandmark, L.R.M. Hallberg The origin of workplace bullying: experiences from the perspective of bully victims in the public service sector J Nurs Manag, 15 (3) (2007), pp. 332-341

[21] C. Purpora, M.A. Blegen, N.A. Stotts Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group J Prof Nurs, 28 (5) (2012), pp. 306-314

[22] D. Yildirim Bullying among nurses and its effects Int Nurs Rev, 56 (4) (2009), pp. 504-511

[23] C. Balducci, M. Cecchin, F. Fraccaroli The impact of role stressors on workplace bullying in both victims and perpetrators, controlling for personal vulnerability factors: a longitudinal analysis Work Stress, 26 (3) (2012), pp. 195-212

[24] G. Bortoluzzi, L. Caporale, A. Palese Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams? J Nurs Manag, 22 (5) (2014), pp. 643-652

[25] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215300247>

[26] F.A. Moayed, N. Daraiseh, R. Shell, S. Salem Workplace bullying: a systematic review of risk factors and outcomes Theor Issues Ergon Sci, 7 (3) (2006), pp. 311-327

[27] J. Piaget The stages of the intellectual development of the child Educational psychology in context: readings for future teachers (1965), pp. 98-106

[28] D. Ausubel, J. Novak, H. Hanesuan Education psychology: a cognitive view Rinehart & Winston, New York (1978)

[29] M. Griffin Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses J Contin Educ Nurs, 35 (6) (2004), pp. 257-263

[30] S.J. Roberts, R. Demarco, M. Griffin The effect of oppressed group behaviours on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change J Nurs Manag, 17 (3) (2009), pp. 288-293

[31] S.J. Stagg, D. Sheridan, R.A. Jones, K. Gabel Speroni Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting J Contin Educ Nurs, 42 (9) (2011), p. 395

[32] J. Illing, M. Carter, N. Thompson, P. Crampton, G. Morrow, J. Howse, et al. Evidence synthesis on the occurrence, causes, consequences, prevention and management of bullying and harassing behaviours to inform decision-making in the NHS (2013)

[33] D. Demir, J. Rodwell Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses J Nurs Scholarsh, 44 (4) (2012), pp. 376-384

[34] M. Carter, N. Thompson, P. Crampton, G. Morrow, B. Burford, C. Gray, et al. Workplace bullying in the UK NHS: a questionnaire and interview study on prevalence, impact and barriers to reporting BMJ Open, 3 (6) (2013), p. e002628

# Studio di ricerca qualitativa

## LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Dott. Cosimo Della Pietà, dott. Magistrale in Infermieristica  
Dott.ssa Anna Turrisi, Infermiere

Il presente scritto intende presentare un'esperienza di ricerca sul campo, tramite l'utilizzo della tecnica del Focus Group, per il miglioramento del benessere organizzativo dei clienti interni di una organizzazione sanitaria. L'intento è quello di presentare il resoconto di uno studio di ricerca qualitativa di tipo fenomenologico, finalizzata allo scopo dell'indagine, in secondo luogo, dimostrare "l'utilità dell'utilizzo" di tali strumenti di indagine per la rilevazione dei punti di forza e delle criticità relazionali ed organizzative presenti all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Obiettivo è permettere ai membri dell'organizzazione di rendersi consapevoli del contesto sociale e relazionale in cui sono inseriti e proporre delle possibili soluzioni ad alcune dinamiche non congruenti con gli obiettivi istituzionali e personali, allo scopo di aumentare i livelli di benessere organizzativo percepito dai clienti interni dell'organizzazione.

Ai fini del nostro studio ogni riferimento contestuale e personale sarà celato, in primo luogo, per garantire la privacy dei partecipanti ed, in secondo luogo, perché, per gli obiettivi che ci siamo posti, non ha rilevanza l'identificazione del contesto organizzativo in cui abbiamo svolto l'indagine.

### ABSTRACT

Questo lavoro è il resoconto di una seduta di Focus Group, svolta all'interno di un DSS di una ASL italiana, in data 12/07/2019, dalle ore 13.08 alle ore 14.38, ed ha visto coinvolto un campione di tredici dipendenti, più il conduttore e l'osservatore.

Lo stimolo ad intraprendere questa iniziativa è partito durante una giornata formativa, svolta dal responsabile dell'UOD Formazione Aziendale.

Durante l'incontro, il formatore ha illustrato la metodologia messa in campo dall'ASL, supportata da un importante e riconosciuto istituto di ricerca universitario, l'istituto S. Anna di Pisa, per la rilevazione del benessere organizzativo, consistente nell'invio a tutti i dipendenti, tramite posta aziendale, di un questionario per la rilevazione del Benessere organizzativo.

Inoltre, siamo stati sensibilizzati e coinvolti sulla necessità di intraprendere ulteriori iniziative, a supporto del questionario, per la rilevazione del benessere e dell'analisi del clima organizzativo, presente nella nostra UO.

Tali iniziative sono cadute sulla necessità di svolgere delle analisi, utilizzando la tecnica del Focus Group, al fine di rilevare dati qualitativi, all'interno delle nostre UO, per coinvolgere un numero maggiore di colleghi sulla necessità di compilare il questionario ricevuto e sulle tematiche oggetto di studio.

La cornice concettuale e le basi metodologiche per la realizzazione di uno studio qualitativo, tramite l'utilizzo del Focus Group, ci sono state fornite durante il corso sopraccitato.

L'approccio qualitativo alla ricerca vuole mettere in risalto gli aspetti relativi al vissuto soggettivo dei

partecipanti, in riferimento all'oggetto del nostro studio.

Lo scopo della costruzione e della presentazione dei risultati ha, inoltre, l'intento di consegnare nelle mani dei professionisti, coinvolti nell'iniziativa, ulteriori strumenti operativi e di analisi, per meglio realizzare il proprio benessere organizzativo e il mandato professionale e deontologico.

## **PREMESSE**

Le innumerevoli fonti bibliografiche analizzate confermano che il benessere organizzativo e la cura di un buon clima relazionale all'interno del proprio lavoro, specie nelle organizzazioni che si occupano di erogare servizi sanitari, è importante per incrementare i livelli motivazionali dei clienti interni, e, conseguentemente, fornire servizi di qualità ai cittadini.

Pertanto, consapevoli dei limiti e delle opportunità che la tecnica di indagine scelta comporta, si è deciso di intraprendere una vera e propria ricerca sociale qualitativa di tipo Fenomenologico, tramite l'utilizzo della tecnica del Focus Group, per indagare i vissuti relazionali ed emozionali, legati al benessere organizzativo, di alcuni operatori del DSS oggetto del nostro studio.

La ricerca Fenomenologica viene utilizzata per giungere alla comprensione del significato soggettivo di una esperienza umana specifica.

La Fenomenologia studia, scopre e descrive in modo sistematico il significato, le essenze di un'esperienza, e sono ottenute attraverso lo studio di esperienze, così come sono vissute dagli individui. Questo metodo è utilizzato, per esempio, quando si vuole comprendere il significato di un vissuto esperienziale; l'esperienza vissuta non è ben descritta ed esiste poca letteratura a riguardo.

**La conduzione di uno studio di ricerca Fenomenologica** prevede una buona esperienza dei ricercatori coinvolti nello studio e delle fasi ben definite. La prima fase nella conduzione dello studio è rappresentata dall'identificazione di un vissuto, un fenomeno sociale, da esporre ad indagine, nel nostro caso la percezione del clima e del benessere organizzativo, nella propria UO.

**Identificazione del campione.** Si utilizza un campione piccolo e propositivo, i partecipanti sono reclutati fintanto non c'è una ridondanza dei dati o saturazione (le descrizioni dei partecipanti diventano ripetitive e non emergono nuovi dati). Noi abbiamo utilizzato un campione di quindici partecipanti, appartenenti a diverse professioni (Infermieri, OSS e Fisioterapista), ottenuto tramite consenso volontario, dopo aver esteso l'invito a tutti i dipendenti del DSS.

**La raccolta dati.** Il ricercatore deve eseguire un'auto valutazione, le sue conoscenze, idee ed ideologie devono essere completamente sospese, per attuare una raccolta, e successiva analisi dei dati, non influenzata dal suo vissuto personale. Nel nostro caso, consapevoli del rigore metodologico scelto, abbiamo volutamente tesorizzato il nostro doppio ruolo di ricercatori e partecipanti, in quanto il conduttore e l'osservatore fanno parte integrante dell'equipe dell'UO, oggetto di indagine.

Le esperienze sono raccolte tramite interviste o descrizioni scritte; le interviste di solito sono poco strutturate; il ricercatore interagisce con gli intervistati solo per stimolare un'approfondita descrizione dei vissuti. Questi principi sono stati utilizzati per supportarci nella fase di conduzione del nostro Focus Group. Infatti, la realizzazione di un clima informale durante la seduta di rilevazione è stata ampiamente dichiarata e realizzata.

**Analisi dei dati.** Esistono diversi metodi di analisi dei dati qualitativi; indipendentemente dal metodo utilizzato, il ricercatore dovrà leggere ed ascoltare i dati molte volte (immergersi nei dati ...), per arrivare ad una loro comprensione. Questa modalità necessita, alcune volte, di ritornare dai partecipanti per chiarimenti o ulteriori elaborazioni dei concetti. Noi abbiamo scelto di sottoporre la nostra elaborazione dei dati, emersi dal Focus Group, ai partecipanti e integrare i loro suggerimenti, al fine



di co-costruire il presente report.

**Rigore scientifico.** Per assicurare il rigore scientifico nella ricerca fenomenologica, bisogna assicurare la confermabilità che è costituita da tre elementi:

1. **La verificabilità:** permette al lettore della ricerca di seguire il percorso metodologico seguito dal ricercatore e di arrivare a risultati uguali o simili.
2. **La credibilità:** i risultati dello studio devono essere descrizioni o interpretazioni fedeli dell'esperienza vissuta, i risultati devono essere riconosciuti dai partecipanti, meglio se costruiti insieme tra partecipante e ricercatore.
3. **L'appropriatezza:** è il grado in cui i risultati di uno studio riflettono i dati, ossia i risultati devono essere accuratamente fondati sui vissuti emersi.

## MATERIALI E METODI

La presente elaborazione non ha l'ambizione di "dire come stanno davvero le cose" ma prova a fornire concetti chiari e una metodologia di analisi rigorosa e condivisa.

L'intento è riportare fedelmente i dati emersi dal nostro focus Group e possibilmente far emergere informazioni che possano farci riflettere e, se il caso lo richiede, aiutarci a modificare alcune cose che possono essere modificate.

Il viaggio non è stato certamente semplice, saranno necessarie diverse messe a punto metodologiche, ma la suggestione del "ritorno consapevole" ad un più rassicurante punto di partenza, ci ha fornito ottimismo sufficiente per intraprendere, ed eventualmente continuare, il nostro studio.

L'incontro è avvenuto nel DSS, in una stanza ampia e confortevole, con la possibilità di collocare tutti i partecipanti intorno ad un tavolo rotondo, dove si è costituito intenzionalmente un clima relazionale sereno e tranquillo.

Lo scopo dell'incontro è stato spiegato con termini semplici e comprensibili a tutti i partecipanti, chiedendo suggerimenti, opinioni, idee, punti di forza e criticità dell'iniziativa.

I partecipanti vengono informati che l'incontro sarà audio registrato, per cui viene fatto firmare un foglio di consenso. Inoltre, i partecipanti sono stati edotti del fatto che l'elaborazione e la presentazione dei dati, che emergeranno dal presente studio, saranno presentati in forma rigorosamente anonima ed aggregata. All'inizio della seduta, in aula predominava un silenzio che faceva pensare a poca partecipazione, ma, dopo aver chiarito gli intenti del nostro studio, il gruppo si è rasserenato e la comunicazione ha preso un ritmo più disteso e loquace.

## LA COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE

Il campione dei partecipanti al Focus Group è costituito, oltre che dal conduttore e dall'osservatore/partecipante, da tredici partecipanti, appartenenti tutti all'equipe del DSS, denominati in base alla disposizione spaziale, rappresentata nella fig. 1 e con numeri crescenti in senso orario.

Otto Infermieri, denominati: INF 1; INF 2; INF 3; INF 4; INF 5; INF 6; INF 7; INF 8.

Quattro OSS, denominati: OSS 1; OSS 2; OSS 3; OSS 4.

Una fisioterapista, denominata: FKT 1.

La scheda rappresentata in Fig. 1, è stata utilizzata dall'osservatore per rilevare le dinamiche relazionali e comunicative che si sono svolte durante la seduta. L'obiettivo dichiarato dell'osservazione è stato quello di registrare come è avvenuta la comunicazione tra i partecipanti e quali sono state le affermazioni verbali e non verbali di consenso o disappunto manifestati.

Focus Group "Benessere organizzativo"

del giorno: 12/07/2019

Domanda n: 1

dalle ore 13<sup>13</sup> alle ore 13<sup>45</sup>

T + C - AFFIDABILITÀ

PZ

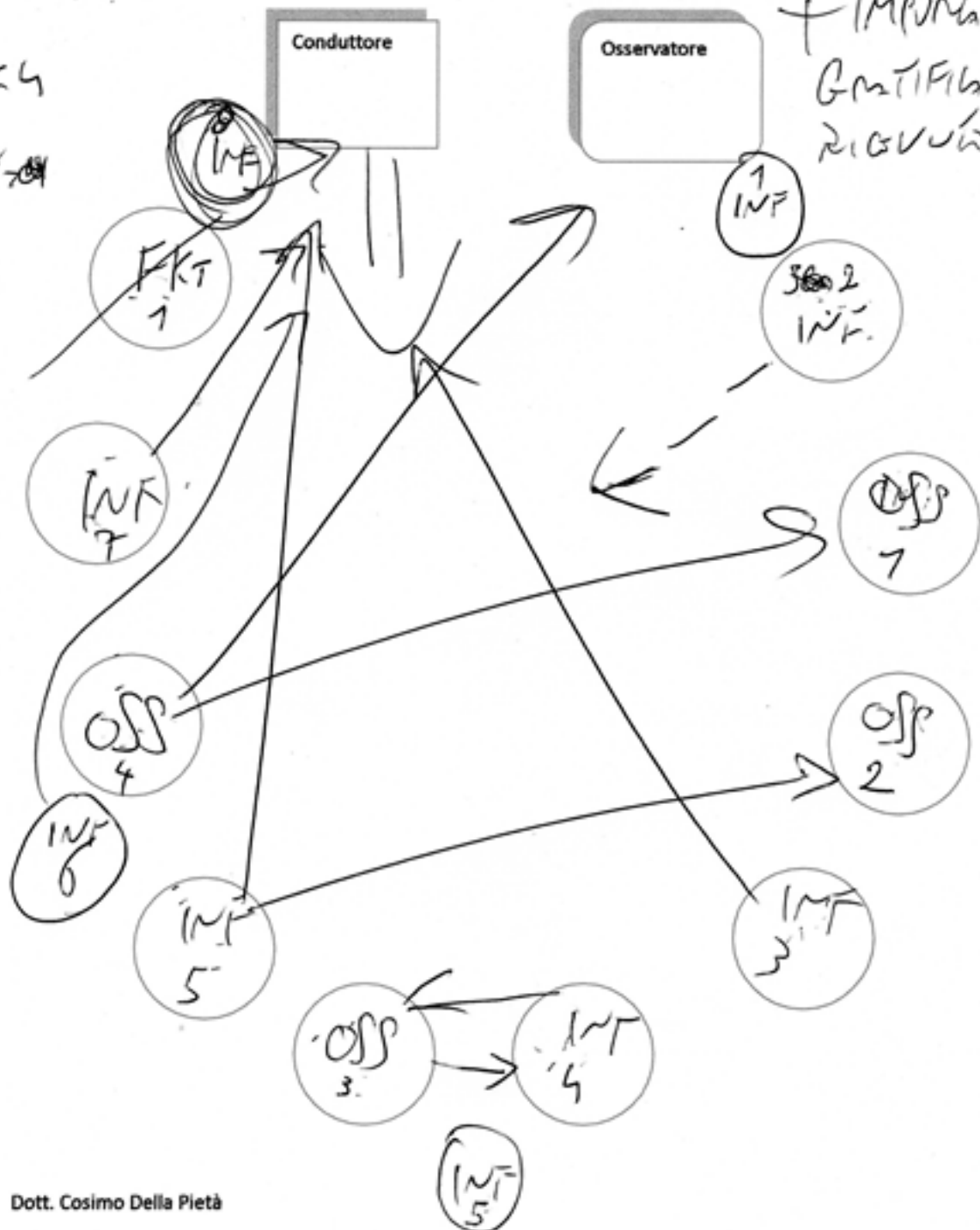
- PARENT

+ IMPORTANTE  
GRATIFICAZIONE  
RIGUARDI

INF = 10

OSP = 4

PKT = 1



Dott. Cosimo Della Pietà

Per ogni domanda somministrata dal conduttore è corrisposta una scheda di rilevazione.

## RISULTATI DELLA RILEVAZIONE

<b>Domande di stimolo</b>	<b>Risposte dei partecipanti</b>	<b>Reazioni dei partecipanti</b> <i>Positive +</i> <i>Negative -</i>
<p><b>1)SUPPORTO DEI DIRIGENTI</b> Che ne pensate circa il supporto dei dirigenti nella vostra attività lavorativa?</p> <p>Chi ti supporta nella tua attività lavorativa?</p> <p>Come sono i rapporti interpersonali?</p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>Inf. 3. Dal mio punto di vista, chi organizza il lavoro, ci da le indicazioni sul lavoro da fare, ma ci supporta poco. Nel senso che non ci aiuta nella soluzione dei problemi, delle difficoltà che incontriamo.</i></p> <p><i>Inf. 1. C'è poco supporto affettivo da parte loro. Il contatto con loro è molto limitato. Forse voi inf. del poliambulatorio avete più contatti.</i></p> <p><i>Inf. 5. Noi ci rapportiamo di più con il coordinatore e poco con i dirigenti medici.</i></p> <p><i>Inf. 4. Nella gestione delle problematiche quotidiane c'è sempre qualche disagio, delle tensioni. Ma alla fine il risultato è buono.</i></p> <p>In sintesi dalle risposte dei partecipanti, si evidenzia che le richieste, specie di supporto tecnico sono poco supportate dai dirigenti. Anche il sostegno psicologico e affettivo a dire dei partecipanti, non è sufficientemente adeguato.</p>	<p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + --</p> <p>Espressioni di consenso quasi unanimi</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + +++++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali +</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali +---</p>
<p><b>2) COLLABORAZIONE DEI COLLEGHI</b> Che ne pensate circa la collaborazione dei colleghi nella vostra attività lavorativa?</p> <p>Con chi collabori nella tua attività lavorativa? Come sono i rapporti interpersonali?</p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>Inf. 5. Lascia perdere ... Tra di noi infermieri e OSS non ci sono conflitti "Noi ci Amiamo". Si ci possono essere, ogni tanto, delle cose da chiarire, ma poi si parla e il lavoro va avanti bene.</i></p> <p><i>OSS 2. Ci sono sempre dei disagi, ma poi ci si organizza ed il risultato è buono.</i></p> <p>Dalle affermazioni si evidenzia che tra i partecipanti ci sono rapporti interpersonali buoni. Punto di criticità: alcune persone "fanno la spia", ma il risultato finale è buono</p>	<p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + --</p>



<p><b>3) CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA E LAVORO PER EVITARE I RITMI SERRATI</b></p> <p>Quali sono secondo te le misure da intraprendere per facilitare le lavoratrici/lavoratori in difficoltà nella gestione della vita familiare?</p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>OSS 2. Secondo me il lavoro dovrebbe essere più accessibile.</i></p> <p><i>Inf. 6 la flessibilità lavorativa è utile, per un genitore, la mezz'ora di flessibilità in entrata è preziosa.</i></p> <p>La totalità dei partecipanti evidenziano difficoltà familiari, quindi è necessaria una flessibilità. Nel contempo ci si rende conto che c'è un eccesso di richieste che mettono in crisi l'organizzazione dell'attività lavorativa.</p>	<p>Verbali + ++ Non verbali + ++</p> <p>Verbali + +++++- Non verbali + +-</p>
<p><b>4)EFFICIENZA ORGANIZZATIVA</b></p> <p>Nel tuo posto lavorativo com'è l'organizzazione?</p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>Inf.4. ci sono delle cose che potrebbero essere migliorate. C'è mancanza di comunicazione e volontà. Dovremmo comunicare tutti insieme e non lamentarci singolarmente.</i></p> <p><i>OSS 2. Ci sono problemi di comunicazione. La comunicazione è alla base di tutti i rapporti tra di noi. Molte volte mi sembra di sbattere contro un muro di gomma: il problema che manifesti ritorna indietro!</i></p> <p><i>Inf. 6. Tra noi operatori non c'è mancanza di comunicazione, lo dimostra il fatto che siamo qui e siamo interessati a voler migliorare.</i></p> <p><i>Inf. 1. Però poi bisogna concretizzare, decidersi, costruire delle regole, provvedimenti... e poi c'è il problema del "foglio delle ferie". Esempio: fai la richiesta ferie, dopo due mesi, quel giorno è scoperto, è sparita la richiesta. Si può fare un registro dove segnare le ferie richieste e firmate.</i></p> <p>I punti critici si sono focalizzati sulla preventiva mancata organizzazione di situazioni critiche, poca comunicazione con i dirigenti, coordinatore e soprattutto poco feedback dopo la presentazione di problematiche lavorative.</p>	<p>Verbali + ++++++ Non verbali + ++</p> <p>Verbali + ++++++ Non verbali + ++++++</p> <p>Verbali + ++++++ Non verbali + +</p> <p>Verbali + ++++++ Non verbali + +++++</p>
<p><b>5) PERCEZIONE E STRESS</b></p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>OSS. 3. Alcuni momenti mezz'ora qui dentro sembra una giornata ... Perché quella mezz'ora non posso stare in ufficio, perché mi devo nascondere? Mi sento dire "allora esci?"</i></p>	<p>Verbali + ++++++ Non verbali + +++++</p>

	<p>fonte di rischio infettivo. Nonostante si cerchi di usare i camici monouso. Qualcuno fa notare che presto arriveranno delle divise da lavoro per il personale ADI.</p>	
<p><b>8) GESTIONE CONFLITTUALITA'</b></p> <p>Aspetti positivi/aree di forza Aspetti negativi/aree di debolezza Azioni di miglioramento future</p>	<p><i>OSS. 3. Solo con lui ho qualche problema, ora non parliamo più. Se poi devo necessariamente parlare, faccio buon viso a cattivo gioco... evito il conflitto a tutti i costi.</i></p> <p><i>Inf. 8 bisogna trovare il momento giusto. "Io non voglio trovare il momento giusto". Io non posso mai dire la mia opinione, e tu che ricopri un ruolo mi togli il saluto. Questa è mancanza di serietà!</i></p> <p><i>Inf. 7. Non c'è una persona che fa da collante, manca l'organizzazione. Non abbiamo gente che sa fare da mediatore a queste situazioni conflittuali.</i></p> <p><i>Inf. 4 in queste condizioni il personale non è più incentivato, andiamo avanti per inerzia, per il bene del paziente. Non c'è nemmeno la possibilità di rapportarsi, a chi devo porre il problema, chi mi deve aiutare, non ci sono percorsi definiti.</i></p> <p><i>Inf. 3. A me è capitato di presentare un problema che riguardava un malato e non mi è stata data risposta, mi ha mandato da un'altra persona che, a sua volta non sapeva. Il problema ritorna sempre "indietro" a me.</i></p> <p><i>OSS 2. Fare finta di non vedere il problema non ci permetterà di andare avanti bene!</i></p> <p><i>OSS. 1 ci sono persone che non vogliono collaborare. Tra di noi forse riusciamo a collaborare di più, il gruppo dovrebbe isolare queste persone che... ed è brutto. Ma attenzione ci sono i confidenti.</i></p> <p>A tale domanda, nel gruppo dei partecipanti si genera molta interazione verbale e non verbale, nell'esprimere le proprie considerazioni.</p> <p>Un partecipante riferisce che</p>	<p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++++++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++++++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + +++++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++++++</p> <p>Verbali + ++++++</p> <p>Non verbali + ++++++</p>

	<p>nell'esporre la propria opinione si entra in conflitto, quindi difficoltà nella gestione e organizzazione del proprio lavoro. Paura di essere giudicato. Dalle risposte si nota una grande volontà di cambiamento e di mettersi in discussione, per fare gruppo, crescere nella solidarietà già forte tra colleghi, per eliminare pregiudizi e minacce.</p>	
--	--	--

## CONCLUSIONI

Dal nostro studio è emerso, corum populi, che è molto importante il supporto reciproco tra gli operatori del distretto socio sanitario, sia tra quelli che lavorano nel poliambulatorio che tra gli operatori ADI. Anche il supporto socio operativo e socio affettivo tra care giver e operatore sanitario è messo in primissimo piano.

Di cruciale rilevanza è il sostegno affettivo, motivazionale e relazionale, prima ancora di quello tecnico operativo, da parte del diretto superiore gerarchico.

I punti critici si sono focalizzati sulla mancata organizzazione di situazioni critiche prevedibili, poca comunicazione con i responsabili e soprattutto poco feedback dopo la presentazione di problematiche lavorative.

A tal proposito, l'affermazione che ha avuto molti consensi verbali e non verbali è stata: *"Molte volte mi sembra di sbattere contro un muro di gomma: il problema che manifesto ritorna indietro!"*.

Sulla gestione della conflittualità presente nel gruppo di lavoro, i partecipanti hanno manifestato molta interazione nell'esprimere le proprie opinioni. Un partecipante riferisce che nell'esporre la propria opinione al proprio superiore si entra in conflitto, quindi difficoltà nella gestione e organizzazione del proprio lavoro, per paura di essere giudicato. Dalle risposte si nota una grande volontà di cambiamento, di mettersi in discussione, per fare gruppo, crescere nella solidarietà già forte tra colleghi, per eliminare pregiudizi e minacce.

Per quanto riguarda la collaborazione tra colleghi, dalle affermazioni si evince che tra i partecipanti ci sono rapporti interpersonali buoni e coltivati positivamente negli anni, punto di forza per affrontare i problemi e le minacce che provengono dall'esterno.

Il punto di criticità è dato dalla percezione di avvertire poca sincerità da parte di alcuni colleghi, "alcune persone fanno la spia...", ma il risultato finale nell'organizzazione e nell'espletamento dell'attività lavorativa è buono.

Tutto il personale ADI presente riferisce che la priorità assoluta per la loro sicurezza lavorativa è la manutenzione e la disponibilità del parco macchine.

Inoltre, anche il lavorare con i propri vestiti può essere fonte di rischio infettivo, nonostante si cerchi di usare i camici monouso. Qualcuno fa notare che presto arriveranno delle divise da lavoro per il personale ADI.

Altro elemento interessante, da notare, è che tutti i partecipanti danno scarsa importanza al comfort ambientale nel proprio lavoro. Molto probabilmente questo è dovuto al fatto che il personale ADI lavora,



per la maggior parte del proprio tempo, a domicilio dei malati.

Quindi, come proprio ambiente lavorativo non è percepito l'ufficio ADI o il poliambulatorio, ma le diverse case in cui si svolge l'attività assistenziale. Questo concetto è ben sintetizzato dalla seguente affermazione: "In alcune case trovo poco comfort personale: aria condizionata troppo alta o d'inverno temperatura troppo alta, gente che fuma in casa, scarsa igiene... ma è la loro casa, mi adatto. Se posso cerco di dare giuste indicazioni igieniche". Nessuno dei partecipanti ha fatto riferimento agli spazi di lavoro presenti all'interno del poliambulatorio o dell'ufficio ADI.

In conclusione si deduce, dal coinvolgente lavoro svolto, che si può fare ricerca qualitativa tutte le volte che ci poniamo delle domande e cerchiamo possibili soluzioni ai problemi, per indagare un fenomeno poco noto. Darci delle risposte e confrontarci con i nostri colleghi rispetto a una situazione di rischio, disagio, un caso clinico.

Tra i vari argomenti affrontati, grande rilevanza per il benessere organizzativo degli operatori, che prestano la propria opera professionale nel contesto indagato, è il sostegno e gratificazione professionale che deriva dall'assistere e sostenere malati e care giver in situazioni difficili.

Non è emersa nessuna affermazione che denoti stress o situazioni molto difficili da gestire, derivanti dal rapporto con gli utenti esterni, anzi l'elemento che in più occasioni è emerso in modo palese è l'importanza di garantire il più possibile, con le risorse a propria disposizione, il benessere biopsicosociale del malato e della sua famiglia.

Questo elemento, espresso in modo più o meno esplicito, è consapevolmente riconosciuto dai partecipanti come elemento di supporto del benessere organizzativo, in quanto coincidente con il proprio mandato deontologico.

A conclusione della seduta di rilevazione, molti partecipanti hanno riferito di aver vissuto un'esperienza gratificante nel partecipare a questo Focus Group. Si sono sentiti ascoltati e, finalmente, hanno potuto dar voce a loro pensieri ed emozioni inesprese.

## **Bibliografia**

Carradice A., Shankland M., Beail N. (2002). A qualitative study of the theoretical models used by UK mental health nurses to guide their assessments with family caregivers of people with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 17-26.

Husserl E. (1936). *Die Krisis der Europäischen Wissenschaften und die Transzendente Phänomenologie*. Husserliana, Bd. VI. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1954. (trad. it. *La Crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore, 1983).

Larkin M., Watts S., Clifton E. (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102–120.

Larkin M., Thompson A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. In A Thompson & D Harper (eds), *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: a guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons, Oxford, pp. 99-116. DOI: 10.1002/9781119973249.

Michie S., Smith, J.A. Heaversedge, J. Read S. (1999). Genetic counseling: clinical geneticist's views. *Journal of Genetic Counseling*, 8, 275-287.

Pringle J., Drummond J., McLafferty E., Hendry C.(2011). Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. In *Article Nurse researcher* 18(3):20-4.doi: 10.7748/nr2011.04.18.3.20.c8459.

Rhodes J.E. Jakes S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: a qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 211-225.

Sasso L., Bagnasco A., Ghirotto L.(2015). *La ricerca qualitativa – Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra – Masson.

# Convenzioni 2020

## OPI Taranto

### Studio di nutrizione umana

**Dott. Andrea Urso**

### Biologo Nutrizionista Dietista

Per l'anno 2020 in convenzione con FNOPI riserverà agli iscritti OPI Taranto la seguente convenzione: prima consulenza con esame BIA (bioimpedenziometria) e dieta euro 50,00 al posto di 80,00.

#### Servizi offerti

Valutazione della composizione corporea (massa magra, grassa e acqua totale corporea) con impedenziometria

Valutazione dei bisogni nutritivi ed energetici

Educazione alimentare

Elaborazione diete personalizzate (in condizioni fisiopatologiche accertate dal medico curante) per sovrappeso e obesità

Dislipidemie

Patologie dermatologiche

Celiachia e Intolleranza al lattosio

Età evolutiva

Programmi nutrizionali per sportivi nelle varie discipline

Piani alimentari per vegetariani

### Studio di medicina estetica

**Dr. Paolo Rosati**

Il Dr. Paolo Rosati, medico estetico – Università degli studi di Parma – riceve previo appuntamento in Manduria (TA) e Martina Franca (TA)

Visite e controlli gratuiti

Su ogni trattamento si effettuerà il 20% di sconto

Per informazioni: 328.8327166

### Fondazione Beato Nunzio Sulprizio

La Fondazione Beato Nunzio Sulprizio propone agli Infermieri iscritti ad OPI Taranto uno sconto del 15% su tutte le prestazioni (esenti da IVA ai sensi del DPR 633/72, art 10).

#### Servizi offerti

Palestra di Riabilitazione per patologie neurologiche ed ortopediche con apparecchiature all'avanguardia – Terapia strumentale: elettroterapia, ultrasuoni, magnetoterapia, onde d'urto, human tecar, idroforesi, pedana per valutazione stabilometrica e riabilitazione posturale, idrofisioterapia con vasca e tapis roulant sommerso, laserterapia tradizionale, laser terapia con n.d.yag con hiro 3.0 – Fisiokinesiterapia: riabilitazione respiratoria, riabilitazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria e fecale), hydrokinesiterapia integrata all'hydrofisio; ginnastica posturale (back school, pilates, patologie della colonna, piamorfismi e dismorismi del rachide), massoterapia, linfodrenaggio, rieducazione funzionale.

Per beneficiare dello sconto l'utente dovrà essere munito di tessera di riconoscimento e/o di appartenenza all'ente destinatario della proposta.

La Fondazione resta a disposizione per ogni informazione (contatto telefonico: 099.7792891).

## Fit Village

Prezzi convenzionati per iscritti OPI Taranto

Corsi: GAG – Posturale – Pilates – Addominali & Stretch – Tribal Power – Body Tone

	PREZZI STANDARD	PREZZI CONVENZIONATI	
INGRESSO SINGOLO	5 €		SALA OPPURE CORSI
MENSILE	40 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	30 € + 10 €	SALA OPPURE UN CORSO A SCELTA
	45 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	35 € + 10 €	SALA & UN CORSO OPPURE DUE CORSI
	50 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE)	40 € + 10 €	SALA & DUE CORSI
TRIMESTRALE	110 € + 10 € (ISCRIZIONE, ASSICURAZIONE) (SALDO ENTRO 15 GG)	90 € + 10 €	SALA & CORSI
ANNUALE	350 € (IN 3 RATE, SALDO ENTRO 3 MESI)	300 €	SALA & CORSI
YOGA	50 € / MESE	40 €	
BALLI CARAIBICI	35 € / MESE (3 GG / SETTIMANA)	25 €	

# Attivazione gratuita indirizzo PEC agli Iscritti OPI Taranto

Il Consiglio Direttivo ed il Collegio dei Revisori dei conti dell'Ordine Professioni Infermieristiche di Taranto ha valutato l'opportunità di attivare gratuitamente una casella personale di Posta Elettronica Certificata (PEC) per i propri Iscritti, al fine di facilitare i rapporti fra Ordine ed Iscritti, fra Iscritti e Pubbliche Amministrazioni, fra Professionisti e Cittadini con cui si trovano ad interagire per motivi professionali.

La Posta Elettronica Certificata è sinonimo di comunicazione elettronica certa in quanto permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento tradizionale, garantendo la prova dell'invio e della consegna.

Per attivare, in maniera totalmente gratuita, un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) segui i seguenti passi:

- stampa il modulo d'ordine che segue e compilalo;
- allega ad esso copia fronte/retro del documento (carta d'identità, patente di guida o passaporto) indicato nel modulo d'ordine; tieni presente che il documento di riferimento deve essere in corso di validità;
- allega copia fronte/retro del codice fiscale (tessera sanitaria).

Il modulo d'ordine e i documenti necessari per la richiesta di attivazione del servizio di PEC gratuita devono essere inviati all'Ufficio di Segreteria esclusivamente a mezzo posta elettronica.

La documentazione suindicata, prodotta in formato PDF, deve essere allegata ad una e-mail avente come oggetto la seguente dicitura **"Richiesta di attivazione PEC"** seguita da nome e cognome del richiedente ed inoltrata all'indirizzo [attivazionepec@opitaranto.it](mailto:attivazionepec@opitaranto.it).

Invitiamo i Colleghi che vorranno aderire al seguente servizio di compilare il modulo d'ordine nel modo più chiaro e completo possibile.

La non corretta compilazione, compresa la mancanza della documentazione richiesta, l'assenza di una delle tre firme e l'illeggibilità del contenuto, renderà nulla l'istanza di attivazione dell'indirizzo PEC.

Si specifica che, la parte superiore del modulo non va compilata e firmata. Tale sezione, contraddistinta da un riquadro arancione, è infatti a cura del Partner di Aruba Pec S.p.A.

Compilare, invece, prestando particolare attenzione, i campi relativi ai propri dati anagrafici e personali.

Nel modulo d'ordine PEC, la parte relativa al Libero Professionista va completata solo nel caso in cui si è liberi professionisti infermieri, mentre la parte del Legale Rappresentante non va completata.

Apporre, alla fine del modulo, negli spazi etichettati il Cliente Partner, tre firme; si specifica che, di fianco alle firme, non va apposto nessun timbro.

L'indicazione nel modulo d'ordine di un indirizzo mail già in proprio possesso è un dato obbligatorio, in quanto sarà utilizzato per l'invio del certificato di attivazione PEC e per la comunicazione della password d'accesso provvisoria.

Si raccomanda, pertanto, di scriverlo in modo chiaro, facendo attenzione ad utilizzare le lettere minuscole/maiuscole solo dove effettivamente presenti.

L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata sarà attivo entro e non oltre i 15 giorni lavorativi dall'invio dell'istanza di accesso al servizio. Riceverai sull'indirizzo di posta elettronica ordinario, indicato nel modulo d'ordine, una comunicazione.

L'indirizzo PEC avrà la seguente forma ipotetica: `cognome.nome@pec.opitaranto.it`

Nel caso di omonimie, ossia Iscritti all'OPI Taranto con lo stesso cognome/i e nome/i, verrà introdotto un numero identificativo per differenziare gli indirizzi di Posta Elettronica Certificata.

**Anche in caso di non adesione al servizio PEC gratuita offerto dall'Ordine, si ricorda che permane l'obbligo per tutti gli Iscritti di comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata (Decreto Legge n. 185 del 29 novembre 2008, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge n. 2 del 28 gennaio 2009, all'art. 16).**

Per maggiori informazioni sul servizio di Posta Certificata PEC offerto, le regole tecniche per la formazione, la trasmissione e la validazione, anche temporale, consigliamo di consultare il sito web OPI Taranto, disponibile all'indirizzo [www.opitaranto.it](http://www.opitaranto.it).



**Roma, 13 e 14 Dicembre 2019**  
**Consiglio Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche**



*A tutti gli Iscritti AUGURI dalla  
Presidente FNOPI e dai  
Presidenti degli Ordini Provinciali*





UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO

**C.L. IN INFERMIERISTICA SEDE TARANTO  
LAUREATI ANNO 2019**



**SESSIONE DI LAUREA DEL 13 NOVEMBRE, "AUDITORIUM SS. ANNUNZIATA" - TARANTO  
LAUREATI**

*BASILE FRANCESCO  
BAX DEBORAH  
BONORA GIUSEPPE ANDREA  
BRUNO LUANA  
BUONFINO LUCIA  
CALIA GENNARO SIMONA  
DE FILIPPIS ROBERTO  
DELLA MURA ALESSANDRA  
LARIZZA MARIKA  
LEZZA MARIA  
MAFFEI DORIANA  
MARZULLO PIETRO  
MILILLO ROSSELLA  
MUSIO MANUELA  
NIGRO GIADA  
PALMISANO CARMELA  
PENTASSUGLIA MARIA ALESSIA  
PESARE ANNA ADDOLORATA  
RUSSO CLAUDIA  
STASI GIUSEPPE  
VITTI SARA*

**PRESIDENTE: PROF. LUIGI MACCHI**

**RELATORI: PROFF. CARMELA LACATENA, GRAZIA SUMA, FRANCESCA PARISI, PIO LATTARULO,  
ATTILIO GUALANO, MARIA CARMELA BRUNO, DOTT.SSA BENEDETTA MATTIACCI ( PRES. OPI).  
DOTT. ROBERTO POLLICE (RAPPR. OPI), DOTT.SSA LUCIA CASSESE (RAPPR. MINISTERO DELLA SALUTE)**



**SESSIONE DI LAUREA DEL 4/5 NOVEMBRE, "AUDITORIUM MARINA MILITARE" - S. VITO  
LAUREATI**

ARCADIO SERENA  
BARBALINARDO DANILO  
BARDETTA MARILENA  
BARRESI ANTONINO  
CALDERONE CARLOTTA  
CARRIERI VANESSA  
CATAPANO FRANCESCA  
FESTA LUCIA  
FILOGRANO MARCO  
GEZHILLI VALMIRA  
GOLINO GIULIA  
PETROSINO CLAUDIA  
ROMANELLI FABIANA  
TORTORELLI FRANCESCO  
VERDOLIVA ANTONIO

**PRESIDENTE: PROF. LUIGI MACCHI**

**RELATORI: PROFF. DORA ZITO, ATTILIO GUALANO, ROBERTO POLLICE,  
COSIMO DELLA PIETÀ, CARMELA LACATENA, PIO LATTARULO, FRANCESCA PARISI**

**Colleghi, da oggi, ufficialmente,  
potete utilizzare gli strumenti forniti dalla  
formazione e dall'esperienza di  
tirocinio. Sappiate trasformare  
questi contenuti nel  
quotidiano professionale.**



The background is a solid red color with a pattern of white and yellow snowflakes scattered across it. The snowflakes vary in size and orientation, creating a festive, wintry atmosphere.

**Buon  
2020**