INFERMIERE

OPI Ferrara

Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

Periodico d'informazione Anno XXXII n. 2 - Giugno 2021

Programma Alleanza con i Cittadini

Ordine Professioni Infermieristiche di Ferrara Indagine statistica

OPI

Ordine Professioni Infermieristiche

INFERMIERE
OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
Ordine Professioni Infermieristiche

Periodico dell'OPI di Ferrara - anno XXXII n. 2 - giugno 2021
Direzione, Redazione, Amministrazione: via del Naviglio 33/a - Ferrara
Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it
Progetto grafico e impaginazione: Carlo Manzo - Studio le Immagini - Ferrara
Stampa: Grafiche Baroncini - Via Ugo La Malfa, 41 - 40026 Imola
Rivista chiusa in tipografia a giugno 2021.
Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003
(conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

Direttore Responsabile
Simone Vincenzi

Curatrice della Rivista
Melissa Teodorini

Comitato di Redazione
Gloria Gianesini
Andrea Marabini
Elisa Mazzini
Melissa Teodorini
Lisa Uccellatori
Simone Vincenzi

Editore
OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

Note redazionali

La rivista pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore/i, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e del Consiglio Direttivo. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente o quando gli Autori parlano a loro nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili. Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al" il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

SOMMARIO

INTRODUZIONE 1

Perchè questa edizione speciale della rivista 2

L'identità dell'infermiere 3

Come ha influito la pandemia sull'immagine identitaria dell'infermiere? 5

Sull'identità professionale quando questo implica una confusione con gli Oss 6

Una prospettiva futura a partire dalla pandemia 8

Essere infermiere oggi 9

L'IMMAGINE DELL'INFERMIERE
Indagine statistica 13

FOCUS 1

IL CONTESTO 13

La carenza di infermieri 13

L'INDAGINE 15

Stili di vita 19

L'incontro con l'infermiere, il livello di conoscenza del profilo professionale e le aspettative 22

IL PROFILO DEL CITTADINO A CUI COMUNICARE L'INFERMIERE 33

FOCUS 2

L'infermiere per immagini 37

FOCUS 3

Le nuove opportunità per la professione infermieristica 39

FOCUS 4

L'analisi di contesto come contributo alla narrazione dell'evoluzione del profilo dell'infermiere 42

INTRODUZIONE

Come consiglio direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara (OPI) e nel quadro del progetto "Alleanza con i Cittadini, presentiamo in questo numero della nostra rivista i ritratti e le parole dei nostri professionisti per tratteggiare un'immagine della professione che evidenzi il contributo messo in campo per la tutela della salute della collettività.

"Gli infermieri sono la prima linea tra il paziente e la malattia, alcune volte sono l'unico contatto con i pazienti e i loro familiari" così Gianluca Galli scriveva in una lettera a Concita De Gregorio sul quotidiano *La Repubblica* del 2 gennaio 2018, mai come ora questa affermazione coglie una delle essenze del contributo che l'infermiere offre alla collettività.

Con la serie di ritratti che pubblichiamo su questa rivista abbiamo voluto rappresentare la poliedricità delle funzioni infermieristiche di prevenzione (a domicilio), di educazione (in ospedale, nelle CRA, negli ambulatori, a domicilio), di assistenza e riabilitazione in ogni età della vita.

L'infermiere è un professionista abituato a lavorare in ambiti molto diversi, da solo o in equipe multi-disciplinari. La medicina moderna ha sviluppato delle procedure operative che necessitano il lavoro di una squadra di professionisti, ognuno dà il proprio contributo tecnico, scientifico e umano per tutelare la salute delle persone.

Gli infermieri coinvolti nel progetto hanno raccontato con grande entusiasmo la motivazione profonda del loro essere infermieri, le soddisfazioni e le difficoltà. C'è un dialogo continuo con il paziente che ci "affida la propria vita" e che spesso ci confida le sue preoccupazioni e esprime i suoi bisogni, così come le famiglie che ci chiedono consiglio, informazioni e sostegno anche tecnico professionale per quando dovranno prendersi cura dei loro familiari dopo il ritorno a casa.

In ogni testimonianza emerge sempre il valore del lato umano della professione che ci mette in contatto con la dimensione intima e vulnerabile dei pazienti in questa grande impresa che è il servizio di cura rivolto alla collettività.

Abbiamo affidato l'incarico per questo lavoro allo studio Le Immagini di Ferrara per realizzare un progetto di valorizzazione dell'immagine della professione infermieristica sul territorio ferrarese.

Per fare questo Le Immagini si è avvalso del partner, CDS – Centro Ricerche Documentazione e Studi di Ferrara – che ha svolto un'indagine statistica su un ampio campione di cittadini ferraresi per comprendere quale fosse la percezione di partenza rispetto alla professione infermieristica.

La raccolta di immagini fotografiche e la documentazione statistica che segue ne è il risultato.

Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

Perchè questa edizione speciale della rivista

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara (OPI) nel quadro del progetto "Alleanza con i Cittadini", ha voluto assumersi, a partire dal 2019, l'impegno di intervistare i cittadini Ferraresi chiedendo loro come vedono e percepiscono l'infermiere.

L'indagine statistica, ha esplorato attraverso una serie di domande la percezione, le conoscenze, il vissuto – e talvolta i luoghi comuni - che i cittadini ferraresi hanno maturato nei confronti dell'infermiere.

L'immagine che emerge dalla ricerca è conseguente alla nostra capacità o incapacità di farci riconoscere attraverso la nostra presenza, il nostro linguaggio e il nostro agire.

L'immagine che noi abbiamo di noi stessi e della nostra professione passa per l'orgoglio che proviamo nell'*essere infermieri*, per la competenza che acquisiamo in tanti anni di studi universitari e per l'umanità che ci contraddistingue in ogni situazione.

Essere riconosciuti come professionisti passa dai contenuti delle competenze comuni che connotano la professione infermieristica e ci rende una Famiglia Professionale fino alle modalità di favorire competenze specialistiche legate alle specificità dei singoli setting assistenziali.

Un equilibrio costante tra la necessità di unitarietà della professione e quella di specializzazione assistenziale.

Questa edizione straordinaria della rivista, di cui L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara responsabilmente si prende carico, offre alcune risposte e presenta i risultati dell'indagine statistica effettuata nel 2019, prima che fossimo investiti dall'emergenza Coronavirus, che ci ha travolto professionalmente e stravolto umanamente.

"Gli infermieri sono la prima linea tra il paziente e la malattia, alcune volte sono l'unico contatto con i pazienti e i loro familiari" – così Gianluca Galli scriveva in una lettera a Concita De Gregorio sul quotidiano La Repubblica del 2 gennaio 2018. Mai come ora questa affermazione coglie una delle essenze del contributo che l'infermiere offre alla collettività.

Quanto alla percezione che abbiamo di noi stessi come infermieri e della nostra professione – viene da chiedersi se sia la stessa che ha il cittadino.

Il cittadino sa chi è l'infermiere, cosa e quanto studia, in che ambito si forma, quali sono le sue responsabilità? Riesce a comprendere perché è diverso dagli altri professionisti?

Le risposte che i cittadini hanno dato alle domande sull'infermiere proposte durante l'indagine statistica ci devono far riflettere su quanto ancora dobbiamo impegnarci per comunicare chi siamo.

Come rappresentare la poliedricità delle funzioni infermieristiche di prevenzione (a domicilio), di educazione (in ospedale, nelle CRA, negli ambulatori, a domicilio), di assistenza e riabilitazione in ogni età della vita?

L'infermiere è un professionista abituato a lavorare in ambiti molto diversi, da solo o in équipe multi-disciplinari. La medicina moderna ha sviluppato delle procedure operative che necessitano il lavoro di una squadra di professionisti, ognuno dà il proprio contributo tecnico, scientifico e umano per tutelare la salute delle persone.

C'è un dialogo continuo con il paziente che ci "affida la propria vita" e che spesso ci confida le sue preoccupazioni ed esprime i suoi bisogni, così come le famiglie che ci chiedono consiglio, informazioni e sostegno anche tecnico professionale per quando dovranno prendersi cura dei loro familiari dopo il ritorno a casa.

Emerge sempre il valore del lato umano della professione che ci mette in contatto con la dimensione intima e vulnerabile dei pazienti in questa grande impresa che è il servizio di cura rivolto alla collettività.

L'identità dell'infermiere
Riflessioni attorno alla ricerca statistica presentata in questo numero

C'è un *prima* e un *dopo* la pandemia per molti degli aspetti del nostro vivere comune; e ce n'è uno anche per quanto riguarda la percezione identitaria dell'infermiere. Come OPI Ferrara, abbiamo commissionato la ricerca statistica due anni fa, nel 2019 quando ancora nessuno di noi poteva sapere cosa sarebbe accaduto di lì a pochi mesi.

Tutti i ritratti[1] che fanno parte della rassegna fotografica inserita in questo numero straordinario della rivista sono stati scattati tra il 2019 e l'inizio del 2020.

C'è un prima e un dopo nel modo in cui si pensa a sé stessi, sia come persone che come infermieri, in questo particolare momento storico che ci ha proiettati in prima linea, assieme agli altri professionisti della cura, per far fronte comune e superare questo singolare periodo difficile.

Nel commissionare la ricerca statistica coordinata dallo studio Le Immagini di Ferrara e realizzata da CDS Ferrara, il punto di partenza era una sorta di "opacità" della figura dell'infermiere agli occhi del pubblico di utenti – opacità identitaria che OPI aveva intenzione di rendere via via più trasparente e leggibile, in modo che la figura professionale ne uscisse più netta e delineata.

Ora le cose sono cambiate; di professionalità e competenze dell'infermiere se ne è parlato molto e soprattutto il pubblico ha avuto davanti ai propri occhi l'impegno e le capacità profusi in questo anno o poco più di pandemia.

Anche prima della pandemia, si aveva un'idea di massima del lavoro dell'infermiere; si trattava di un'idea tutto sommato positiva, cui si accordava fiducia. Ma la visione non era per nulla aggiornata, ferma alle competenze di parecchi anni fa.

Su cosa puntare dunque per far emergere maggiormente l'immagine dell'infermiere completa e aggiornata rispetto alle tante competenze tecniche e al carico di responsabilità reali?

Stavamo ragionando su questi temi – nel frattempo sono stati commissionati i ritratti delle diverse figure professionali nell'ambito della grande famiglia allargata degli infermieri – quando è arrivato il Covid 19, che ha evidenziato quanto o come si possa esercitare questa professione mettendo in campo una grande capacità professionale. Nonostante il pericolo e le difficoltà gli infermieri sono stati in grado di farsi carico di ogni aspetto della questione, da quello delle abilità e competenze tecniche e professionali, a quello organizzativo fino a quello umano e di relazione con i pazienti e le loro famiglie.

NESSUNO SI SALVA DA SOLO

Nessuno lavora da solo, nessuno è isolato e indipendente, non lo sono i meccanismi del virus che si espande propagandosi con un meccanismo a rete, e neppure il modo in cui si può contrastare e curarne gli effetti, che necessita di collaborazione tra operatori e pensiero di sistema.

La multi-professionalità è la soluzione, perché i problemi sono così complessi che occorrono le competenze di tante figure professionali disposte a collaborare ad un unico obiettivo.

---

[1] Tutti i ritratti pubblicati sono stati realizzati prima che l'emergenza pandemica ci portasse all'adozione delle misure di protezione individuali. Alcune altre immagini scattate durante la pandemia mostrano il personale infermieristico con i dispositivi di protezione individuale.

FNOPI, la Federazione Nazionale assieme a Cittadinanzattiva commissiona periodicamente una ricerca per tastare il polso della percezione dell'utenza nei confronti dell'immagine dell'infermiere. A noi come OPI Ferrara interessava invece di capire più in particolare se si conoscesse davvero il lavoro degli infermieri – e per contrasto riflettere su cosa sfugge ai cittadini ferraresi dell'insieme delle responsabilità e attività che gli infermieri svolgono.

L'identità di una professione è il modo di manifestare e comunicare ciò che nella pratica svolge un professionista. Nel caso degli infermieri, la professione è fatta da un lato di competenze tecniche specifiche, ma dall'altro anche molto di relazionalità. Ciò che fa la differenza però è la capacità del professionista di calibrare le competenze tecnico-scientifiche in base alle diversità di condizione, età, capacità collaborative dei pazienti che incontra nel luogo di cura. Il modo di porsi e di relazionarsi nei confronti di un anziano piuttosto che di un giovane paziente, fa la differenza.

Con la pandemia tutto ciò si è evidenziato ancora di più, nell'emergenza e nel pericolo comune avvertito dai pazienti tanto quanto dai professionisti, sono emersi chiaramente sia il bagaglio di competenze professionali che la grande umanità e motivazione relazionale.

Il tocco di cura è dunque sempre diverso, ma la prevalenza dell'uno o dell'altro dei fattori dipende dal ruolo specifico dell'infermiere – se presta servizio al 118 oppure è un infermiere di famiglia, per esempio – questo cambia sensibilmente le cose: sia la percezione di sé, sia la "lettura" da parte dei pazienti e delle loro famiglie.

Ci sono dunque tante identità diverse dell'infermiere, non una sola.

A partire da quella che ciascuno di noi infermieri restituisce di sé; l'identità è una questione complessa, fatta di tanti aspetti che cambiano e interagiscono continuamente.

da sx MICHELA MORSELLI e VALENTINA MICHELINI

"Il paziente in codice rosso è quello più problematico; una o più funzioni vitali sono compromesse, c'è bisogno di decisioni e gesti rapidi, senza errori, una stretta osservazione fino al ripristino della funzione compromessa. Si collabora con il medico, l'anestesista, il chirurgo e i vari specialisti."

Come ha influito la pandemia sull'immagine identitaria dell'infermiere?

Alla luce della pandemia, il D.M. 14/09/1994 n.739, che definisce il profilo professionale dell'infermiere e il suo campo di attività e responsabilità – è forse un po' datato. Aggiornare gli aspetti formativi, il percorso universitario e le specialistiche è fondamentale per continuare a qualificarci come infermieri.

Se l'obiettivo finale è comune a tutti, ed è la salute dei pazienti e della collettività, è importante riuscire a mantenere e coltivare la consapevolezza delle proprie funzioni per se stessi e per il pubblico.

Come OPI di Ferrara abbiamo intervistato gli infermieri a luglio 2020, dopo la prima fase della pandemia. Abbiamo interpellato proprio gli infermieri che più direttamente erano stati coinvolti nell'emergenza – da quelli che prestavano servizio al pronto soccorso, a quelli impiegati nel reparto Covid – e ciò che era emerso era la grande collaborazione professionale tra medici e infermieri.

Non esiste letteratura rispetto a questo tipo di emergenza, quindi giorno per giorno l'équipe ha dovuto fare fronte comune, testare e mettere in campo quelle che più tardi sono diventate, a livello mondiale, le linee guida per affrontare la pandemia.

La capacità di collaborazione anche e soprattutto in questo frangente, si è dimostrata un tratto distintivo da coltivare e valorizzare.

La forza di andare avanti e la capacità di reggere il peso anche solo delle lunghe procedure di vestizione e svestizione; la cura, la fatica fisica di spostare un paziente per pronarlo, ma anche la paura del contagio per se stessi o di diventare veicolo di contagio per i propri familiari – tutto ciò lo si è potuto affrontare anche perché c'era un grande senso di coesione.

Altro aspetto davvero importante emerso con il Covid 19 è la capacità e l'importanza dell'apprendimento costante in corso d'opera, giorno per giorno, attraverso il confronto con gli altri professionisti con i quali si lavorava gomito a gomito.

In quest'ultima fase forse c'è una grande fatica fisica e psicologica per il protrarsi dello sforzo e il persistere dell'emergenza. Ma lo vedremo meglio tra qualche mese, quando potremo raccogliere le impressioni dei professionisti coinvolti in quest'ultima fase di pandemia.

Durante l'emergenza, sono emersi tantissimi episodi di generosità, come quando sono state reclutati volontari, attraverso bandi appositi per operatori – medici e infermieri – che si sono recati nelle zone più colpite dall'emergenza.

In cambio, c'è stata anche molta gratitudine della popolazione nei confronti di chi ha prestato servizio nei reparti Covid – infermieri che per lunghi periodi sono rimasti lontano da casa per evitare di infettare la famiglia, o hanno contribuito in tutti i modi possibili per permettere alle persone isolate in terapia intensiva di mantenere i contatti.

Tanto stress e tanta fatica anche, per le tantissime chiamate in codice rosso, emergenze accumulate e situazioni limite. Questa situazione, al di là della fatica fisica, è andata molto spesso oltre le possibilità di resistenza di molti infermieri.

Senza contare i "contraccolpi" alla dedizione degli infermieri: episodi di violenza verbale, insulti e intolleranza.

Sull'identità professionale quando questo implica una confusione con gli Oss

Alcune riflessioni sulla potenziale ambiguità percepita

Che cosa c'è di vero e legittimo nella confusione del pubblico sul confine tra la professione infermieristica e quella dell'OSS? Se c'è infatti un dato sensibile che emerge dalla ricerca commissionata lo scorso anno, questo è appunto la difficoltà, di una parte del pubblico, di distinguere tra le due diverse figure in campo.

Se ci riflettiamo, la professione infermieristica coinvolge tanti ambiti e livelli di preparazione diversi – dagli infermieri Direttori, passando per tutte le posizioni diverse del ventaglio – quindi esiste una vasta gamma di ambiti di intervento. Di conseguenza è difficile definirla in modo preciso, considerando anche che ci sono 450.000 infermieri in Italia.

Va riconosciuto che ci sono attività cosiddette "infungibili" in capo all'infermiere, ma le stesse attività sono praticabili anche per altri professionisti sanitari – pensiamo per esempio al fatto che un'iniezione può essere fatta da un infermiere e anche da un medico. E ci sono anche responsabilità e competenze diverse tra infermieri e OSS, ma attività comuni.
È comprensibile che ci possa essere un po' di confusione.

Da qui una possibile ambiguità delle diverse figure, proprio negli ambiti di intervento che si sovrappongono. D'altra parte l'OSS che possiede un bagaglio culturale di partenza, facilmente può essere scambiato per un infermiere, anche da parte di chi viene preso in carico, che non sempre ha gli strumenti per interpretare ciò che vede – e forse neppure una grande lucidità per farlo nel momento in cui viene preso in carico.

Inoltre gli OSS svolgono prevalentemente attività di assistenza di base, che in certi frangenti, dove l'intervento è delicato, vengono però svolte dall'infermiere – ad esempio nei pazienti critici.

Possiamo anche aggiungere che un tempo forse c'erano dei simboli identificativi inequivocabili (il fonendoscopio) che potevano contraddistinguere il professionista; oggi invece questo non è più caratterizzante, o non necessariamente, un tipo di professionalità piuttosto che un'altra.

Riflettendo su queste considerazioni sparse, possiamo forse comprendere meglio quanto le sfumature facciano la differenza agli occhi di un pubblico non abituato o non preparato a distinguere tra le diverse figure professionali.

A tutto questo, si aggiungono circostanze particolari, come la recente delibera n. 305/2021 della Regione Veneto che apre alla possibilità di utilizzare gli Operatori Socio Sanitari, rispetto ad atti propri dell'assistenza clinica del paziente di competenza esclusiva di medici ed infermieri. A questa delibera FNOPI ha risposto in modo deciso, sostenendo che non può essere una soluzione efficace, senza nulla togliere alla categoria OSS – anche ammettendo il momento di emergenza che stiamo vivendo. Certamente questa decisione, se messa in pratica, porterebbe perlomeno ad una ulteriore confusione di ruoli; senza contare che un breve corso regionale non può sostituire il percorso universitario dei professionisti sanitari, in grado di valutare in modo efficace la situazione contingente di un paziente e di prendersi responsabilità, forti di anni di formazione,

da sx ANDREA ORLANDI e ERMANNA GIULIANI (ospite CRA)

"Con gli ospiti del centro si viene a creare un rapporto di quotidianità, in cui è fondamentale il senso di fiducia e di rispetto che provano nei nostri confronti. Altrettanto fondamentale è la relazione con i familiari, che non sempre accettano i cambiamenti dello stato di salute del proprio caro. È importantissimo coinvolgerli nel progetto di cura ed informali del percorso del loro familiare."

tirocinio ed esperienza. Molte delle prestazioni citate in delibera possono seriamente compromettere la salute delle persone, se effettuate in maniera non consapevole.

D'altra parte, la pandemia ha evidenziato ancora una volta che la lotta di confine, di giurisdizione professionale tra professioni di cura non funziona, specialmente nel momento dell'emergenza in cui tutte le forze devono contribuire alla cura globale della persona.

Ribadiamo che l'organizzazione del lavoro e la formazione hanno una grande influenza sull'identità di una professione, sia per gli infermieri che per gli OSS; questa non è un dato fisso, ma è un work in progress, da ricostruire ogni giorno attraverso il gruppo di lavoro, l'organizzazione interna, la consapevolezza di ciò che facciamo quotidianamente – e la nostra capacità di comunicarlo efficacemente al pubblico.

Una prospettiva futura a partire dalla pandemia

Lo si è potuto constatare proprio con l'emergenza pandemica: l'assistenza domiciliare, declinata in base alle esigenze del momento, costituisce una chiave di volta per affrontare meglio e con più efficacia le necessità degli anni che verranno.

Non possiamo pensare che il virus scompaia improvvisamente; e comunque, la lezione che ci viene data è che dobbiamo potenziare i servizi del territorio, rivedere le dotazioni organiche e l'organizzazione dei servizi socio-sanitari per evitare che le fasce fragili vengano colpite così duramente da epidemie (o pandemie).

Potenziare il territorio, formare persone in grado di intervenire, assieme agli altri professionisti, in un sistema integrato di prevenzione rivolto in particolare alla popolazione anziana, che oggi rappresenta una percentuale significativa della popolazione totale. Per inciso, il territorio di Ferrara registra più del doppio della media della popolazione anziana rispetto al livello nazionale; per ogni ragazzo con meno di 15 anni abbiamo circa 4 persone con più di 65 anni.

Mentre il numero di medici in servizio è in linea con le necessità, proprio a causa della particolare situazione demografica, il nostro territorio offre ancora pochi infermieri; e questo vale anche in relazione al numero degli infermieri negli altri paesi europei.[1]

La necessità dunque è quella di formare persone non solo in grado di intervenire nei confronti dei problemi clinici, ma soprattutto di agire capillarmente sul territorio a livello preventivo per trattare le cronicità, gestire il controllo e l'educazione ad uno stile di vita sano e orientato alla prevenzione.

Per evitare che la persona anziana, multi-patologica, magari con un basso reddito e un basso livello di istruzione, finisca in ospedale per poi venire dimessa e ricominciare da capo per mancanza di assistenza ed educazione.

Considerando che occorrono almeno tre anni di formazione per arrivare ad un livello di formazione minimo per affrontare queste difficoltà, è auspicabile investire in questo approccio fin da subito.

Non possiamo permetterci dunque, proprio ora, finita l'emergenza stringente, di tornare alla situazione pre-pandemica; occorre ricostruire la Sanità, uno dei pilastri ma anche uno dei punti deboli di questo ultimo difficile anno, restituendo a questo importante settore gli investimenti venuti a mancare a causa della razionalizzazione. Assistenza territoriale e residenziale è del resto il campo preferenziale di azione della Medicina di prossimità dell'immediato futuro. Non a caso l'ASL di Ferrara sta formando 70 infermieri di famiglia (dovrebbero arrivare ad una proporzione di uno ogni 50.000 abitanti secondo il Decreto) per cui erano già stati stanziati fondi appositi.

---

[1] La proporzione di infermieri/numero di abitanti in Italia attualmente è di 5,8 infermieri ogni 1000 abitanti. La media Ocse è di 8,8 infermieri ogni 1000 abitanti. La Norvegia è prima per numero di infermieri, che sono17,7 ogni 1000 abitanti (fonte Ocse).
Medici e infermieri italiani sono candidati al Nobel per la Pace 2021 per aver affrontato in prima linea la pandemia. Gli infermieri vengono considerati gli eroi della lotta al Covid, ma le associazioni sindacali da tempo lamentano una forte carenza di personale infermieristico negli ospedali italiani.

Essere infermiere oggi

L'infermiere è, oggi, un professionista responsabile di un'attività svolta a servizio degli altri in modo autonomo, essendo in possesso di specifiche conoscenze scientifiche e competenze tecniche acquisite con un lungo periodo di formazione universitaria. Dopo essersi laureato e iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, l'infermiere lavora nel pubblico o nel privato, in regime di dipendenza o in libera professione.

Identifica i bisogni assistenziali del singolo utente o di un gruppo sociale e pianifica risposte appropriate a tali problemi, mettendo in essere una serie di prestazioni che ha la responsabilità di rivalutare e riadattare a seconda dei casi. Una volta iscritto all'Ordine, l'Infermiere è sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici e si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza. A fare da cornice è il Codice Deontologico, che riconosce l'infermiere come professionista e come persona; riconosce il cittadino come curato e come persona; riconosce la società nella quale viviamo e quella in cui vorremo vivere; riconosce la normativa attuale e ne prefigura la sua evoluzione.

Essere consapevoli di chi siamo veramente nel panorama sanitario, significa prendere coscienza della centralità di due concetti chiave della nostra professione: Autonomia e Responsabilità.

Essere convinti di rivestire questo ruolo e credere profondamente nell'evoluzione che ha investito la professione infermieristica, non è sufficiente. Il cambiamento va dimostrato.

Se vogliamo che i cittadini e gli altri professionisti ci riconoscano, è necessario che il nostro atteggiamento professionale sia coerente con quanto dichiariamo.

Dimostrare di essere autonomi, significa saper prendere decisioni e per farlo è necessario averne le competenze. Vivere l'aggiornamento non come un obbligo ma come una necessità, riconoscere nella formazione uno strumento necessario per continuare ad erogare performance adeguate.

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le sue competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività.

Il professionista cosciente e responsabile non può essere quello che risponde alla regola del "si è sempre fatto così", ma quello che, secondo i principi di perizia, diligenza e prudenza, ricerca costantemente la "best practice", perseguendo il nursing basato sulle evidenze. L'Infermiere che sa mutare il proprio approccio in virtù del bene dell'assistito, riconosce, senza dimenticare il passato, che alcune consuetudini talvolta vanno modificate.

L'infermiere è un professionista di elevato profilo, una figura di prestigio nel panorama sanitario, in grado di esprimere professionalità e competenza. È necessario però che, perché questo venga riconosciuto anche dalla comunità scientifica e dalla società, noi infermieri prima di altri, riconosciamo l'importanza di garantire un contesto culturale e un approccio professionale adeguato.

Un giovane studente che inizia il percorso universitario deve avvertire con forza la consapevolezza, da parte del gruppo professionale che sta per accoglierlo, di fare una scelta che nulla ha da invidiare ai percorsi accademici affrontati dai suoi coetanei, perché al pari degli altri professionisti al termine del suo percorso avrà capacità e competenze, ma anche autonomia e responsabilità.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara desidera sostenere, aiutare e motivare i propri infermieri, ringraziarli per l'altissimo impegno quotidiano, la resilienza dimostrata fino ad oggi e la forza che continueranno ad avere domani.

FRANCESCA BERRETTA

"Essere infermiera in pediatria significa rendere divertenti cose che non lo sono. È sorridere ed essere disponibili al gioco anche nelle situazioni più difficili. Io sono infermiera, consigliera, animatrice, traduttrice di parole difficili, mamma per il bambino e mamma per la mamma."

da sx ERMANNA GIULIANI (ospite CRA) e ANDREA ORLANDI

"Fare stare bene gli ospiti è il mio primo obiettivo e quando succede è una grande soddisfazione.
Quando loro stanno bene e le famiglie sono tranquille, la mia giornata è completa.
Per me questa è l'aspetto più appagante del mio lavoro di infermiera nella CRA."

L'IMMAGINE DELL'INFERMIERE
Indagine statistica

IL CONTESTO

FOCUS 1

LA CARENZA DI INFERMIERI

La carenza di infermieri è stata segnalata dall'Unione Europea mediante i dati Eurostat: nel 2016 l'Italia registrava 557 infermieri per 100mila abitanti (tendenza comunque in calo negli anni successivi), contro i 1.172 di Germania e Francia, 981 del Regno Unito, 610 di Danimarca ed Estonia. Le stime fatte dal *FNOPI - Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche* - per raggiungere i livelli medi europei attestano una mancanza di 50 – 60mila infermieri[1].
Le preoccupazioni dell'Unione Europea sono connesse ad altri 3 trend: l'invecchiamento della popolazione europea; l'alto numero di infermieri che si ritirano dal lavoro; l'alta età media del personale in servizio[2].
Se il macro trend descritto dall'Unione Europea è preoccupante, tanto da raccomandare investimenti in formazione e occupazione, in provincia di Ferrara i dati degli immatricolati al corso di laurea in Infermieristica sembrano attestare uno scarso appeal dei giovani ferraresi verso la professione[3].

Regione di conseguimento del titolo di scuola superiore degli studenti immatricolati per la 1° volta (Ferrara-Pieve-Codigoro). V.a.

	2013-2014	2014-2015	2015-2016
ER escluso Ferrara	51	49	44
Estero	4	3	3
Altre regioni	78	80	96
Veneto	14	25	25
Solo Ferrara	4	8	8
Totale	**151**	**165**	**176**

Fonte: Unife

In una provincia come quella ferrarese, con un tasso di disoccupazione giovanile (18-29 anni) 2017 al 27 % per i maschi e al 30,5 % per le femmine[4], i bassi valori di immatricolazione riportati nella tabella, pur in assenza di ricerche mirate, fanno supporre, in relazione alla scelta del percorso formativo, alcune ipotesi:

[1] panoramasanita.it, 29 gennaio 2019.

[2] Croci A. (2016) , *L'invecchiamento generazionale infermieristico, Tendenze nuove* N.2.

[3] http://www.unife.it/medicina/infermieristica/iscriversi/sua_lt_infermiersitica.pdf

[4] Camera di Commercio di Ferrara, Informazioni Statistiche 2018, pag. 43.

- lo scarso appeal verso la professione dell' infermiere;
- la mancanza di una efficace azione di orientamento in uscita dalla scuola superiore;
- la mancanza - per il corso di laurea in Infermieristica – di un naturale "bacino scolastico superiore" a cui connettersi per favorire una naturale transito verso il proprio corso di laurea[5].

Tuttavia, dai dati Unife sui diplomi dei nuovi immatricolati, prevalgono i licei, seguiti dagli istituti tecnici e da quelli commerciali.
Ciò che invece induce riflettere è il dato AlmaLaurea (dato 2017, aggiornato ad aprile 2018): ad un anno della laurea triennale in Scienze Infermieristica presso l'Università di Ferrara, lavora l'84,6% degli intervistati e solo lo 0,8% è iscritto alla Laurea magistrale. Il 74% degli occupati dichiara di utilizzare in misura elevata le competenze acquisite con la laurea, percependo un valore di stipendio medio mensile di 1.319 euro.
Come prima conclusione possiamo comunque affermare che la presenza a Ferrara del corso di laurea in Infermieristica è un'opportunità per chi viene a studiare a Ferrara da fuori regione e per gli studenti del vicino Veneto che sono il triplo degli immatricolati a Ferrara.

[5] Ad esempio, presso l'Istituto Einaudi è attivo un percorso di "Servizi per la sanità e l'assistenza sociale". L'indirizzo di studi fa riferimento alle seguenti attività, contraddistinte dai codici ATECO adottati dall'Istituto nazionale di statistica per le rilevazioni statistiche nazionali di carattere economico e esplicitati a livello di Sezione e correlate Divisioni: **Q- SANITÀ E ASSISTENZA SOCIALE; Q - 86 ASSISTENZA SANITARIA ; Q - 87 SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIALE RESIDENZIALE ; Q - 88 ASSISTENZA SOCIALE NON RESIDENZIALE**.

da sx CALOGERO LA MATTINA, ELGA CAPPELLARI e DANIELA PIRINI

"Come case manager siamo responsabili di garantire la continuità dell'assistenza al paziente una volta dimesso dall'ospedale. Ci assicuriamo che la persona e la sua famiglia vengano presi in cura da altri professionisti quali gli infermieri dell'assistenza domiciliare, il medico di medicina generale, i fisioterapisti e gli assistenti sociali, per non lasciarli soli dopo un ricovero ospedaliero."

L'INDAGINE

L'indagine è stata condotta somministrando interviste ad un campione della popolazione provinciale, dal 18 marzo 2019 al 7 maggio 2019, presso le seguenti sedi: CFP Cesta;Ferrara Fiere; Parrocchia Copparo-Coccanile-Ambrogio; Centro Sociale Rivana Garden; CFP Codigoro; Factory Grisù Ferrara; CISL Cento, Casa della Salute Portomaggiore; Casa della Salute Ferrara; CISL Ferrara; Informagiovani Vigarano Mainarda; Casa della Salute S. Rocco Ferrara; Ospedale Valle Oppio Lagosanto; Informagiovani Ferrara; Casa della Salute Comacchio; CUS via Gramicia Ferrara; Coopser; Cus via Liuzzo Ferrara; Ospedale di Cento; IPSIA Taddia di Cento; Città del Ragazzo Ferrara; Casa della Salute Codigoro; Cisl Codigoro; Università di Ferrara; Associazione Bocciofila Rinascente, Centro Sociale ricreativo culturale il Parco, affinamento del campione mediante un'indagine online a cura del CDS su target selezionato.
Il numero dei questionari somministrati è stato di 505.
La somministrazione dei questionari è stata particolarmente difficoltosa per una certa diffidenza degli intervistati – nonostante il cartellino identificativo degli intervistatori – sospettosi si trattasse di un sondaggio elettorale e, in parte, per l'ansia dell'attesa del proprio turno di visita negli ospedali e nelle case della salute. Da sottolineare inoltre un buona disponibilità alle interviste delle donne e una forte ritrosia degli uomini.

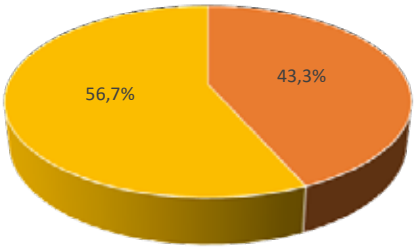
CONTATTI CON LE STRUTTURE PRESCELTE

Prima di procedere alla somministrazione dei questionari, abbiamo realizzato una piccola analisi di contesto, in modo da collocare, sia a livello teorico che statistico, le nostre analisi.
Successivamente al contatto con le strutture individuate per la somministrazione delle interviste, un ricercatore si è recato sul campo, per accreditarsi con cartellino identificativo, e prima di cominciare il lavoro ha sempre illustrato il questionario al referente locale, spiegando finalità e obiettivi.

DEBORA VACCHI

"Al servizio diabetologia lavoriamo per educare ad un corretto stile di vita i pazienti diabetici: dal regime dietetico ad una più ampia capacità di prendersi cura di se stessi ed essere autonomi, prevenire le complicanze del diabete ed essere in grado di prendere decisioni per la propria salute."

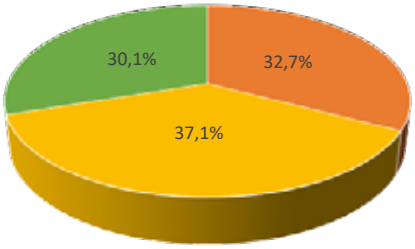
Tab. 1 – Sesso degli intervistati



Maschi	**218**
Femmine	**285**

Come è possibile vedere nella Tab. 1, il campione dell'indagine è costituito per il 43,3% da intervistati maschi e per il 56,7% da intervistate femmine. Come abbiamo anticipato, la disponibilità delle donne a rispondere all'intervista è stata superiore rispetto agli uomini in tutte le fasce d'età, mostrando, parimenti, una maggiore sensibilità al tema della figura dell'infermiere, sia all'ambito della professione, sia per la carenza del profilo sul mercato del lavoro. Questa attenzione è probabilmente indotta – rispetto agli uomini - da una maggiore vicinanza quotidiana femminile ai temi dell'assistenza e cura di familiari, figli e, soprattutto, anziani.

Tab. 2 – Classi d'età



0 - 29 anni	**164**
30 - 59 anni	**186**
>60 anni	**151**

Esaminando le classi di età degli intervistati (Tab.2), si cercato – volutamente – di privilegiare le classi più giovani (giovanissimi/giovani/giovani-adulti) come target bersaglio perché più ricettivi per una campagna di informazione. La scelta è stata motivata da alcune considerazioni:

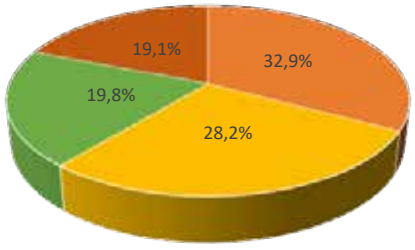
a. sono le classi maggiormente sensibili a fruire di informazioni sul cambiamento del profilo dell'infermiere e, perciò, più disponibili a ricalibrare il proprio atteggiamento nei suoi confronti, abbandonando radicati stereotipi (es. la sola assistenza, etc.);

b. trattandosi di classi di giovani possono trasferire, in virtù di una più ampia rete relazionale, informazioni sulle nuove caratteristiche del profilo;

c. la progettazione del piano di comunicazione sul profilo dell'infermiere, potrebbe prevedere un eventuale spot mirato all'orientamento nelle scuole, data la carenza di giovani ferraresi iscritti al corso di laurea in Infermieristica (vedi FOCUS 1).

In ragione delle considerazioni fatte sopra, le classi di età del campione sono composte per il 32,7% dalla classe 0–29 anni (giovanissimi/giovani/giovani-adulti), per 37,1% dalla classe adulta 30–59 anni e per il 30,1% dagli over60.

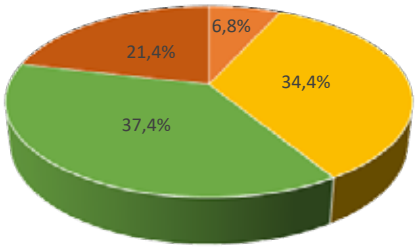
Tab.3 – Stato civile



Nubile/Celibe	**227**
Sposata/o	**195**
Separata/o	**137**
Vedova/o	**132**

Le tabelle 3, 4 e 5 evidenziano come il 46% degli intervistati siano Nubile/Celibe, il 40% coniugati, il 7% separati e il 7% vedovi. L'aspetto interessante riguarda invece il titolo di studio, in cui anche nella classe over60 sono aumentati i titoli di studio, indice di un innalzamento della scolarizzazione delle generazioni più anziane: il 6,8% del campione è in possesso della licenza elementare, il 34,4% della licenza media, il 37,4% del diploma e il 21,4% della laurea.

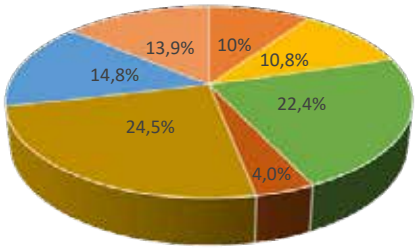
Tab.4 – Titolo di studio



Per quanto concerne l'occupazione, l'area di chi lavora si attesta al 47,2%: il 10,6% svolge una professione in proprio, l'11,9% è occupato nel settore pubblico, il 24,7% è occupato nel settore privato. Gli studenti sono il 26,9%, mentre i pensionati il 16,3%.
I disoccupati intercettati dal campione sono il 5,2%, mentre le casalinghe il 4,4%.

Licenza elementare	**34**
Licenza media	**172**
Diploma	**187**
Laurea	**107**

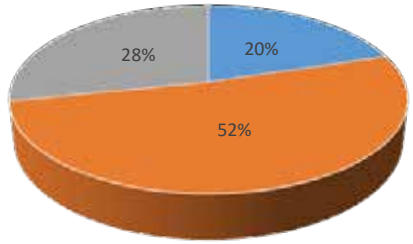
Tab.5 – Professione



La ricerca degli intervistati appartenenti al campione è stata indirizzata per tenere contro della distribuzione della popolazione all'interno dei Distretti in cui è organizzata l'assistenza sanitaria in provincia di Ferrara (Tab.6).

Imprenditore/artigiano/Libera prof.	**53**
Occupato settore pubblico	**59**
Occupato settore privato	**123**
Casalinga	**22**
Studente	**134**
Pensionato/a	**81**
Disoccupato/a	**76**

Tab. 6 Distretto di appartenenza degli intervistati



Gli intervistati risiedono al 20% nel Distretto Ovest (Bondeno, Cento, Poggio Renatico, Terre del Reno e Vigarano Mainarda); il 52% nel Distretto Centro Nord (Berra, Copparo, Ferrara (al 34,9%), Formignana, Jolanda di Savoia, Masi Torello, Ro Ferrarese, Tresigallo, Voghiera)e il 28% nel Distretto Sud Est (Argenta, Codigoro, Comacchio, Fiscaglia, Goro, Lagosanto, Mesola, Ostellato, Portomaggiore).

Distretto Ovest	**100**
Distretto Centro Nord	**255**
Distretto Sud Est	**140**

STEFANO BUZZONI

"Il triage di pronto soccorso è la "faccia" dell'ospedale. L'approccio con il paziente acuto, instabile e in continua evoluzione stimola la prontezza e la versatilità dell'infermiere. Dobbiamo essere professionali ma anche predisposti a dare supporto al dolore acuto come a quello emotivo e psicologico."

STILI DI VITA

Funzionale alla progettazione di una campagna di comunicazione è conoscere lo stile (o gli stili) di vita del campione di riferimento. In tal senso è stata predisposta una batteria di domande a risposta dicotomica (si/no) per individuare i possibili canali informativi su cui far transitare la comunicazione (Tab.7).

Tab. 7 – Stili di vita degli intervistati

Attività	SI	SI%	NO	NO%
Legge abitualmente un quotidiano	212	43	287	57
Legge riviste settimanali	180	36,2	317	63,8
Legge spesso libri	249	49,7	252	50,3
Va spesso al ristorante	273	55	224	45
Va spesso al cinema	152	30,7	343	69,3
Va a teatro	120	24,2	375	75,8
Frequenta mostre o musei	188	38	307	62
Guarda molto la TV	262	52,7	235	47,3
Guarda la TV locale	148	30	347	70
Ascolta radio locali	176	35,7	317	64,3
Ascolta radio nazionali	271	54,3	228	45,7
Fa la spesa più spesso al supermercato	427	85,2	74	14,8
Fa acquisti sottocasa, mercato	165	33,6	326	66,4
Pratica sport	213	42,7	286	57,3
Fa volontariato	120	24,1	377	75,9
Naviga spesso in internet	396	79,2	104	20,8

I dati riportati in tabella mettono in evidenza una buona fetta di lettori di quotidiani (43%) e di libri (49,7%); nonostante il lungo periodo di crisi il 55% dichiara di andare abitualmente al ristorante o in pizzeria. Se la frequentazione al cinema si assesta al 30,7% e al teatro al 24,%, colpisce la frequentazione di mostre e musei al 38%.
Appare invece dubbio il dato relativo "al guardare molto la TV" (52,7%), vista la percentuale di giovanissimi/giovani/giovani-adulti intercettata, che potrebbe trovare una spiegazione nell'alto valore di utilizzo di internet (79,2%), strumento che, in parte, si sostituisce al mezzo televisivo. Per quanto concerne la Tv locale (30%) molti intervistati hanno dichiarato di non vederla perché non raggiunti dal segnale televisivo (risposta ricorrente sia nell'Alto che Basso Ferrarese), mentre per quanto riguarda la radio locale sembra molto seguita nel Basso e Medio Ferrarese Radio Sound.
Se per gli acquisti si preferisce il supermercato (85,2%), rispetto al negozio sottocasa (33,6%), molti hanno dichiarato di utilizzare entrambe: la grande spesa per la dispensa al supermercato, la spesa minuta per generi alimentari freschi al negozio sottocasa.
Si conferma il trend di crescita di chi pratica sport (42,7%), anche in ragione delle campagne di sensibilizzazione presso tutte le classi di età di educazione motoria (come prevenzione e non solo per piacere). Infine il dato su chi svolge attività di volontariato che si attesta al 24,1%.
Con l'intento di individuare il canale informativo più efficace per progettare campagne comunicative, è stato chiesto agli intervistati che hanno risposto di leggere un quotidiano di indicare il nome del giornale /i più letto/i (Tab.8).

Tab.8 – Giornali letti dagli intervistati

Testata	Frequenza.	Val. %
Carlino	87	33,7
Nuova	73	28,3
Repubblica	25	9,7
Corriere	11	4,3
Altri	42	16,3
Online	20	7,8

I NUOVI CANALI COMUNICATIVI: L'USO DEI SOCIAL

Come si potrà notare dalla tabella 9, l'uso dei social network ormai è un fenomeno trasversale a tutte le generazioni, anche agli over60, pur con modalità minimali (Facebook) o attraverso una pluralità di canali come inveceper le classi giovanissimi/giovani/giovani-adulti.

Tab.9 – Uso dei social

Social	SI	SI%	NO	NO%
Facebook	294	59,3	202	40,7
Instagram	238	48,9	249	51,1
Twitter	42	8,8	434	91,2
Linkedin	50	10,4	433	89.4
Pinterest	53	11,1	424	88,9

Facebook e Istagram rimangono i social preferiti, rispettivamente per il 59,3% e il 48,9%.

MEZZI DI TRASPORTO

Infine, per completare il quadro degli stili di vita degli intervistati, riportiamo i mezzi di trasporto maggiormente utilizzati (Tab.10).

Tab.10 – Mezzi di trasporto

Mezzi	SI	SI%	NO	NO%
Auto	346	69,9	149	30,1
Bici	278	58,5	197	41,5
Mezzi pubblici	144	30,6	326	69,4

Per quanto concerne la provincia di Ferrara, dove si utilizzano poco i mezzi pubblici, l'utilizzo dell'auto è pari al 69,9%. Tale dato va anche contestualizzato per gli intervistati dei plessi ospedalieri e case della salute del forese, scarsamente collegati da mezzi pubblici. Anche l'uso della bicicletta evidenzia un valore alto (58,5%), spesso associato, per brevi tratti in città o nei paesi all'uso dell'auto.
Diverso è il discorso sull'utilizzo dei mezzi pubblici, in cui il dato contiene un alto valore delle classi giovanissimi/giovani che li usano per ragioni di studio e giustificano il valore del 30,6%.

ILARIA CHIODI

"Nella pediatria di comunità, oltre alle attività necessarie al percorso diagnostico e terapeutico, é importante essere di riferimento per i piccoli pazienti e per le loro famiglie che arrivano al servizio spesso disorientati e necessitano di fiducia, tranquillità e competenza da parte degli operatori."

L'INCONTRO CON L'INFERMIERE, IL LIVELLO DI CONOSCENZA DEL PROFILO PROFESSIONALE E LE ASPETTATIVE

Analizzando l'immagine dell'infermiere presso i cittadini intervistati e, in particolar modo, dal punto di vista del paziente/utente,comporta una prima riflessione relativamente al giudizio che i cittadini e i pazienti fanno, ricorrendo ad alcuni parametri:

- "vedo quello che fa o sta facendo"; mentre l'infermiere interagisce con la persona, questa l'osserva, segue quello che fa, apprende dal punto di vista visuale se fa qualcosa di nuovo rispetto a precedenti esperienze, se usa tecnologie o strumentazioni, se legge e interpreta referti e li spiega ("ha fatto qualcosa di nuovo". "può/sa fare anche …."). Tale giudizio visuale si forma indipendentemente se il cittadino conosce o no il tipo di procedura o intervento a cui è sottoposto;
- l'impatto relazionale, termine molto vasto ma che all'interno del quale il cittadino giudica il rapporto con l'infermiere: è gentile; paziente; chiaro nelle spiegazioni; disponibile; empatico, sa capire situazioni complesse personali o familiari, è attento a suggerire nuove soluzioni ("e' lui/lei che gestisce e organizza tutte le parti…");
- la percezione di autorità e grado di autonomia di un profilo. Quando si entra in un contesto organizzativo - e particolar modo quello sanitario in cui l'obiettivo del cittadino è quello di avere risposte in relazione alle cure e alla propria salute e quella dei propri cari – si è particolarmente sensibili e attenti ai dettagli, sia formali che informali, che attengono all'organizzazione (come si struttura ed i ruoli) e all'autorità (gestione del potere, clima, i diversi livelli e gradi di autonomia e clima aziendale).
- Questo parametro, insieme agli altri, contribuisce a formare un giudizio ed una immagine ("Vabbè avrà studiato di più, ma è come prima…" "Non è cambiato niente, tanto valeva rimanessero come prima". "Lo può fare anche l'Oss"). Tale giudizio è il più severo, in quanto delegittima la nuova figura agli occhi del paziente se non gli viene riconosciuto dal leader (il medico) un rapporto paritario (organizzazione team) e il nuovo ruolo;
- l'onda lunga dello stereotipo dell'immagine dell'infermiere, costruita nel tempo e mai compiutamente comunicata nelle sue evoluzioni. Paradossalmente il cittadino può riconoscere più facilmente il titolo di "dottore" al fisioterapista piuttosto che all'infermiere, professione troppo "schiacciata" dalla presenza ingombrante del medico, da sempre ritenuto nell'immaginario collettivo l'autorità assoluta e l'unico depositario di sapere (il vecchio paradigma bio-medico).

Il giudizio creato in forma esperienziale è molto difficile da modificare, in quanto si autoalimenta e si rafforza con conferme: posso essere informato su diverse novità, ma se devo fare diverse visite-analisi e verifico che i parametri sopraindicati sono confermati, informalmente ricevo conferma delle mie idee sulla professione dell'infermiere e si rafforza il mio giudizio e il mio immaginario.

In ragione di tali riflessioni, abbiamo ritenuto di cominciare l'indagine a partire dall'esperienza diretta dell'intervistato attraverso i seguenti passaggi:
Pensando all'ultima volta che l'intervistato ha incontrato un infermiere, si chiedeva di indicare:

- In che luogo l'aveva incontrato (Tab.11);
- Per quale situazione è stato assistito (Tab.12);
- Da che cosa ha riconosciuto l'infermiere (Tab.13).

Tab. 11 – In che luogo l'ha incontrato

Luogo	Frequenza	Val.%
In ospedale per visite mediche e esami	267	53,1
In ospedale per un ricovero	101	20,1
In ospedale per visita a parenti ed amici	35	10,9
In un ambulatorio pubblico	35	7
In una ambulatorio privato	20	4
Sul territorio (RSA, casa di riposo, ADI, ADO….)	25	5

La maggioranza del campione ha incontrato l'infermiere in ospedale per visite ed esami (53,1%), mentre un 20% l'ha incontrato in concomitanza di un ricovero e un 10,9% facendo visita a familiari o amici. Appare bassa, invece, la percentuale di intervistati che utilizzano le strutture decentrate sul territorio: ambulatorio pubblico 7%, ambulatorio privato 4%, servizi territoriali 5%.

Tab.12 – Per che situazione è stato assistito

Situazione	Frequenza	Val.%
Patologia cronica	49	10
Patologia acuta	85	18
Esame diagnostico	212	43
Per nessuna patologia	39	8
Per un intervento di educazione sanitaria	9	2
Altro	101	20

La situazione dell'assistito, nell'incontro con l'infermiere (Tab.12), è stata per il 43% in occasione di esami diagnostici, non di ricovero per il 20% per altre circostanze (molti che hanno indicato una" visita a parenti ed amici" hanno scelto questa opzione. Oppure: ho accompagnato qualcuno); il 18% per patologie acute, il 10% per patologie croniche, l'8% per nessuna patologia e solo il 2% è stato assistito con interventi di educazione sanitaria.
Fondamentale è capire se l'infermiere è stato immediatamente riconoscibile, con la possibilità di distinguerlo dalle altre figure presenti nella struttura (Tab.13).

Tab.13 – Da che cosa ha riconosciuto l'infermiere?

Elementi	Frequenza	Val.%
Dalla divisa	293	59
Dal cartellino identificativo	123	24
Si è presentato lui/lei	57	11
Ha chiesto di lui/lei	24	4,8

Per il 59% la divisa rimane elemento identificativo dominante, ma un 24% ha dovuto fare ricorso al cartellino identificativo, un 11% è stato agevolato dalla presentazione diretta dell'infermiere, mentre il 4,8% ha dovuto chiedere informazioni sul suo ruolo.

In relazione all'esperienza diretta con l'infermiere, gli intervistati sono stati sottoposti ad una batteria di domande in relazione alla qualità del servizio ricevuto, dando un punteggio da 1 a 10 per ogni item (Tab.14)
Il luogo dell'esperienza è stato successivamente incrociato con le valutazioni relative a diversi aspetti dell'esperienza.

Tab.14 – Rispetto a questa sua esperienza, può esprimere un voto (da 1 a 10, in ordine d'importanza) ai seguenti aspetti. L'infermiere, secondo lei:

		Campione	Ospedale visita	Ospedale ricovero	Ospedale parenti	Ambulatorio pubblico	Ambulatorio privato	Territorio
N. Interviste		503	267	101	55	35	20	25
D4_1	gentilezza	7,88	7,98	7,81	7,19	7,69	8,35	8,40
D4_2	valutazione	7,76	7,87	7,68	7,12	7,69	7,70	8,20
D4_3	informazioni	7,79	7,93	7,65	7,12	7,51	7,95	8,52
D4_4	ascolto	7,48	7,64	7,36	6,90	6,79	7,75	8,22
D4_5	igiene	8,27	8,56	7,85	7,75	7,94	8,35	8,38
D4_6	privacy	8,12	8,38	7,61	7,76	7,62	8,25	8,83
D4_7	spiegazione	7,26	7,36	6,98	7,02	6,82	7,85	8,05
D4_8	risposte	7,87	8,10	7,58	7,18	7,48	7,70	8,67
D4_9	sicurezza	7,86	8,06	7,59	7,18	7,36	8,10	8,67
D4_10	terapia	7,55	7,70	7,44	7,39	6,76	7,84	7,57
D4_11	distratto	7,53	7,74	7,16	6,94	8,42	6,55	7,71

Nel complesso le valutazioni delle prestazioni degli infermieri, relativi all'ultima esperienza dell'intervistato, sono assolutamente di livello e molto premianti la professionalità dell'infermiere.
Il dato aggregato vede valutazioni abbondantemente sopra il 7 (in una scala da 0 a 10) per quasi tutti gli aspetti considerati. In particolare è stato molto valorizzato il rispetto delle norme igieniche e della privacy.
Meno premiati, ma sempre oltre la sufficienza, la disponibilità all'ascolto, la spiegazione della terapia.
Viene messa in risalto la percezione della distrazione dell'infermiere forse giustificata dal dover svolgere attività diverse contemporaneamente.
Se analizziamo più in dettaglio la Tab. 14, filtrando le valutazioni in funzione del luogo che è stato dichiarato come sede dell'esperienza vediamo come le valutazioni più importanti siano state assegnate agli infermieri che operano sul territorio rispetto a quelli che operano negli ambulatori pubblici.
Il rapporto infermiere/paziente sul territorio è diverso sia per numero che per le tipologia di attività che vengono svolte, rispetto all'ambulatorio pubblico.
Gli infermieri che operano in questi ultimi perdono nettamente il confronto con le valutazioni attribuite ai colleghi degli ambulatori privati soprattutto per quanto riguarda la comunicazione al paziente delle terapie da seguire una volta dimesso e nel racconto delle fasi dell'intervento.

CHI FA CHE COSA

Con l'intento di approfondire la conoscenza della professione infermieristica da parte degli intervistati, sono state messe a punto due tipi di domande:

- se l'intervistato conosce la differenza tra infermiere e OSS (Tab.15);
- indicare quali mansioni e compiti hanno l'infermiere e l'OSS (Tab.16), una sorta di test per verificare l'effettiva conoscenza (in relazione alla precedente risposta) del profilo professionale dell'infermiere.

Tab.15 – Conosce la differenza tra "infermiere" e "operatore socio-sanitario (OSS)"?

Conoscenza	Frequenza	Val.%
SI	344	68,1
NO	103	20,4
Non saprei	58	11,5

Il 68,1% dichiara di conoscere la differenza, il 20,4% dichiara di non conoscerla, l'11,5% è insicuro.
La controprova sull'effettiva conoscenza dei compiti e mansioni ricoperti dagli infermieri è riportata nella Tab16.

GRAZIANO GAVAGNI

"In questo ambulatorio di dialisi il rapporto con i pazienti è molto stretto: li vediamo diverse volte la settimana, tanto che si instaura una relazione fatta di scambio, di educazione ai diversi aspetti terapeutici, di condivisione e a volte di difficoltà da affrontare insieme."

Tab.16 – Secondo lei...

	Compiti/mansioni	Infermiere		OSS		Entrambi		Non so	
		Freq.	Val.%	Freq.	Val.%	Freq.	Val.%	Freq.	Val.%
1	Chi collabora con il medico	335	66,7	13	2,6	114	22,7	40	8
2	Chi è il responsabile dell'assistenza infermieristica	395	78,8	27	5,4	24	4,8	55	11
3	Chi somministra tutti i farmaci prescritti dal medico	377	75,3	36	7,2	42	8,4	46	9,2
4	Chi pianifica e organizza l'assistenza al paziente	265	53,3	87	17,5	88	17,1	57	11,5
5	Chi dedica più tempo alla comunicazione con la famiglia	253	50,6	84	16,8	89	17,8	74	14,8
6	Chi gestisce i farmaci ed il loro approvvigionamento	343	68,6	42	8,4	53	10,6	62	12,4
7	Chi deve fare "educazione alla salute"	221	44,7	79	16	101	20,4	94	19
8	Chi fa i prelievi del sangue	422	84,4	21	4,2	24	4,8	33	6,6
9	Chi cura la pulizia del reparto e il rifacimento dei letti	40	8	360	72	54	10,8	46	9,2
10	Chi cura l'igiene del paziente	68	13,6	302	60,3	96	19,2	35	7
11	Chi esegue le medicazioni	344	69,1	47	9,4	67	13,4	40	8
12	Chi aiuta il paziente ad alimentarsi	66	13,2	285	57	93	18,6	56	11,2
13	Al Pronto Soccorso, chi accoglie il paziente e assegna le priorità	359	72,1	46	9,2	32	6,4	61	12,3
14	Chi istruisce all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi, presidi, ausili	265	53,4	63	12,7	88	17,7	80	16,1
15	Chi deve essere laureato	367	73,6	11	2,2	60	12	61	12,2
16	Chi rappresenta un punto di riferimento nell'utilizzo dei servizi sanitari	250	50,3	55	11,1	114	23	78	15,7

Confrontando i SI della Tabella 15 e le risposte date nella Tabella 16 è possibile notare una certa asimmetria tra una "conoscenza dichiarata" del profilo dell'infermiere e una "conoscenza effettiva", fatta di non pochi dubbi o errori. Fatta questa premessa, conviene da subito dichiarare che in sede d'intervista, molti rispondenti, esaminando i compiti e mansioni riportati nella Tab.16, hanno fatto le seguenti affermazioni:

- "L'OSS? È quasi un infermiere. Si può dire che è il vecchio infermiere di una volta";
- "OSS e infermieri fanno quasi lo stesso lavoro".
- "L'unico laureato è il dottore".

Tali commenti possono essere utili per riflettere sulle risposte date.

Alla domanda *"Chi collabora con il medico"* un 66,7% indica l'infermiere, un 2,6% l'Oss, il 22,7% ritiene che siano entrambe, mentre l'8% dichiara di non sapere. Tra chi ha risposto "OSS" ed "Entrambe", abbiamo un 25,3% di intervistati con idee poco chiare e un'8% che invece non lo sa, per un totale del 33,3% (si noti inoltre che il 25,5% è il riconoscimento implicito della parificazione tra infermiere ed OSS).

Alla domanda *"Chi è il responsabile dell'assistenza infermieristica"*, e pur con un'informazione contenuta nella domanda stessa, il 78,8% dà la riposta giusta, il 5,5% ritiene sia l'OSS, il 4,8% pensa che siano entrambe le figure (il 10,3% ritiene che siano di pari grado) e l'11% non lo sa.

Alla domanda *"Chi somministra tutti i farmaci prescritti dal medico"*, il 75,3% ha risposto l'infermiere, poi molti rispondenti hanno affermato – secondo la loro esperienza diretta - che i farmaci venivano somministrati da entrambe le figure(esperienza relativa a case di riposo, case famiglia, CRA, RSA dove prevale la presenza di operatori socio-sanitari):in ragione di tale esperienza, il 7,2% ha dichiarato OSS, l'8,4% entrambe le figure (15,6% di parificazione) e un 9,2% ha dichiarato di non saperlo.

Alla domanda *"Chi pianifica e organizza l'assistenza al paziente"* si ha un calo dell'opzione "infermiere" (53,3%), il 17,5% ritiene sia l'OSS, il 17,1% ritiene che sia un compito di entrambe (34,6% di parificazione), mentre l'11,5% non lo sa. La pianificazione e organizzazione dell'assistenza evidentemente non è un concetto ben chiaro.

Alla domanda "*Chi dedica più tempo alla comunicazione con la famiglia"*, l'opzione "infermiere" ha un nuovo calo (50,6%), mentre l'OSS si assesta al 16,8% e l'opzione "entrambe" al 17,8% (34,6% di parificazione), mentre il 14,8% dichiara di non sapere.

Alla domanda *"Chi gestisce i farmaci ed il loro approvvigionamento"*, l'opzione "infermiere è del 68,6%, mentre l'OSS 8,4%, l'opzione "entrambe 10,6% (19% di parificazione) e un 12,4% dichiara di non sapere.

Alla domanda *"Chi deve fare "educazione alla salute"* emerge un valore relativamente basso dell'opzione "infermiere" (%), un 16% per l'OSS e un 20,4% per entrambe (36,4% di parificazione. Il 19% non lo sa. Anche in questo caso non risulta chiaro il concetto di educazione alla salute

Alla domanda *"Chi fa i prelievi del sangue"* l'opzione "infermiere" sale all'84,4%, ma persiste (aspetto su cui lavorare …) un 4,2% che indica l'OSS e un 4,8% ad indicare entrambe i profili (9% di parificazione), mentre 9,2% non lo sa.

Alla domanda *"Chi cura la pulizia del reparto e il rifacimento dei letti"*, solo l'8% indica l'infermiere, mentre il 72% indica l'OSS e il 10,8% entrambe (18,8% di parificazione). Il 9,2% dice di non saperlo. (?)

Alla domanda "*Chi cura l'igiene del paziente"* il 13,6% indica l'infermiere, il 60,3% l'OSS e il 19,2% indica "entrambe" (32,8% di parificazione), mentre il 7% dichiara di non sapere.Da ricordare che nelle case di riposo, strutture residenziali e altro prevale la componente degli operatori socio sanitari responsabili della cura della persona

Alla domanda *"Chi esegue le medicazioni"* il 69,1% indica l'infermiere, il 9,4% l'Oss, il 13,4% entrambe (22,8% di parificazione), mentre l'8% indica di non sapere.

Alla domanda *"Chi aiuta il paziente ad alimentarsi"*il 13,2% indica l'infermiere, il 57% l'Oss, il 18,6% entrambi (31,8% di parificazione) e l'11,2% non lo sa.

Alla domanda "*Al Pronto Soccorso, chi accoglie il paziente e assegna le priorità"* il 72,1% indica l'infermiere, il 9,2% l'Oss, il 6,4% entrambi (15,6% di parificazione) e il 12,3% non lo sa. Anche questo un aspetto molto importante e da considerare nella comunicazione.

Alla domanda *"Chi istruisce all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi, presidi, ausili"* il 53,4% indica l'infermiere, il 12,7% l'Oss, il 17,7% entrambe (30,4% di parificazione) e il 16,1% non lo sa.

Alla domanda *"Chi deve essere laureato"* il 73,6% indica l'infermiere, il 2,2% l'Oss, il 12% entrambe (14,2% di parificazione) e il 12,2% non lo sa.
Infine, alla domanda *"Chi rappresenta un punto di riferimento nell'utilizzo dei servizi sanitari"* il 50,3% indica l'infermiere, l'11,1% l'Oss, il 23% entrambi (34,1% di parificazione) e il 15,7% non lo sa.

Per visualizzare meglio gli aspetti problematici relativi alla conoscenza degli intervistati del profilo dell'infermiere, riordiniamo per item i valori di "parificazione" e le risposte "non so" per sommarli e creare le aree di criticità (Tab.17)

Tab.17 – Aree di criticità

	Mansioni /compiti	Parificazione infermiere /OSS V.%	Non so V.%	Valore area critica V.%
1	Chi collabora con il medico	25,3	8	33,3
2	Chi è il responsabile dell'assistenza infermieristica	10,3	11	21,3
3	Chi somministra tutti i farmaci prescritti dal medico	15,6	9	24,6
4	Chi pianifica e organizza l'assistenza al paziente	34,6	11,5	46,1
5	Chi dedica più tempo alla comunicazione con la famiglia	34,6	14,8	49,4
6	Chi gestisce i farmaci ed il loro approvvigionamento	19	12,4	31,4
7	Chi deve fare "educazione alla salute"	36,4	19	55,4
8	Chi fa i prelievi del sangue	9	9,2	18,2
9	Chi cura la pulizia del reparto e il rifacimento dei letti	18,8	9,2	28
10	Chi cura l'igiene del paziente	32,8	7	39,8
11	Chi esegue le medicazioni	22,8	8	30,8
12	Chi aiuta il paziente ad alimentarsi	31,8	11,2	43
13	Al Pronto Soccorso, chi accoglie il paziente e assegna le priorità	15,6	12,3	27,9
14	Chi istruisce all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi, presidi, ausili	30,4	16,1	46,5
15	Chi deve essere laureato	14,2	12,2	26,4
16	Chi rappresenta un punto di riferimento nell'utilizzo dei servizi sanitari	34,1	15,7	49,8

La Tabella 17 permette di visualizzare velocemente le maggiori aree di criticità per item: solo alcuni item hanno un valore totale di criticità sotto il 30%: Chi è il responsabile dell'assistenza infermieristica (21,%), Chi somministra tutti i farmaci prescritti dal medico (24,6%), Chi fa i prelievi del sangue (18%), Chi cura la pulizia del reparto e il rifacimento dei letti (28%), Al Pronto Soccorso, chi accoglie il paziente e assegna le priorità (27,9%), Chi deve essere laureato (26,4%).
Di contro i picchi maggiori si hanno nei seguenti item: Chi pianifica e organizza l'assistenza al paziente (46,1%), Chi dedica più tempo alla comunicazione con la famiglia (49,4%), Chi istruisce all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi, presidi, ausili (46,5%), Chi rappresenta un punto di riferimento nell'utilizzo dei servizi sanitari (49,8%).
Ciò che emerge dall'analisi di questi dati sono le seguenti considerazioni:

da sx ELISA BONAZZI, MARIA GIUSEPPA BAVA e GIUSEPPE POTENZA

" In lungodegenza riabilitativa l'infermiere incoraggia la persona malata aiutandola a prendere coscienza dei deficit legati alla malattia, sostenendola attivamente, per il recupero delle sue capacità residue con l'intento di mantenerle e rafforzarle. Per fare questo il lavoro di equipe è essenziale così come lo è stabilire un canale comunicativo adeguato alla persona, con empatia, gentilezza e cortesia. "

- tra gli intervistati esiste un'asimmetria tra la convinzione di conoscere il profilo dell'infermiere e la sua effettiva conoscenza;
- per molti intervistati le figure dell'infermiere e dell'OSS tendono a sovrapporsi per compiti e attività, non facendo cogliere (o percepire), immediatamente, l'importante gap professionale e tecnico che esiste tra le due figure;
- permane nell'immaginario degli intervistati lo stigma "assistenziale" , di assistenza diretta tout court dell'infermiere a scapito del corpus professionale e tecnico, forse condizionati dalla maggiore esperienza diretta in ambito ospedaliero o ambulatoriale, a scapito di attività poco conosciute svolte in ambulanza o elisoccorso, in sala operatoria etc.;
- il giudizio e l'immaginario del "cittadino medio" creato in forma esperienziale (non informata, ma vissuta nel rapporto con l'infermiere) e sperimentato in un contesto organizzativo, per quanto riguarda il profilo in esame, è quello di un infermiere fortemente condizionato e schiacciato dai condizionamenti gerarchici o organizzativi del contesto di riferimento: organizzazione del reparto, rapporti medici-infermieri, etc. In tale senso è difficile identificare l'infermiere come "un professionista" altamente specializzato", in grado anche di intraprendere la libera professione (es, E' più facile chiamare dottore un fisioterapista rispetto ad un infermiere);
- rispetto ad altre professioni, all'infermiere manca una "narrazione" storica della sua evoluzione conosciuta e diffusa, che possa minare l'immaginario dell'opinione pubblica: es. Declino della Dominanza medica 1920 – 1960; Le modifiche intervenute negli anni '70; Gli anni '80-'90. L'aziendalizzazione, il diploma universitario di infermiere, laurea sia triennale in Infermieristica, la laurea magistrale; Autonomia e specificità professionale: le équipe multi professionali (vedi FOCUS 4)

Fino ad ora abbiamo trattato l'immaginario degli intervistati sul profilo dell'infermiere a partire dalla loro esperienza diretta. Nella Tabella 18, invece riportiamo le risposte sui possibili condizionamenti delle serie Tv o notizie riportate dai media.

Tab.18 – Le diverse serie tv e le notizie di cronaca hanno influenzato la sua idea di infermiere?

Giudizi	Frequenza	Val.%
Positivamente	122	24,4
Negativamente	26	5,2
Per niente	352	70,4

Tutti i rispondenti hanno segnalato di fare riferimento alle serie Tv e non alle notizie di cronaca, sostenendo di essere stati influenzati in modo positivo per il 24,4%, negativamente per il 5,2% e non di non essere stati influenzati per il 70,4%. Dunque, a parte una minoranza che ha seguito le fiction, la maggioranza dei rispondenti non ha modificato – né in positivo, né in negativo – la propria idea sull'infermiere, confermando indirettamente di affidarsi ancora alla propria esperienza diretta.
Per certi versi tale atteggiamento permane anche in chi ha risposto positivamente: commentando con l'intervistatore la dinamicità e professionalità degli infermieri nelle fiction, molti rispondenti hanno affermato *"certo, da loro è possibile perché sono più avanti, sono in America. Noi siamo in Italia"*.
Le ultime due domande del questionario sono state pensate per sondare le attese della popolazione ferrarese nei confronti della professione infermieristica in relazione, sia ai nuovi fabbisogni dei cittadini, sia nella prospettiva di studiare nuove modalità di intervento infermieristico che valorizzino maggiormente gli aspetti tecnico-professionali.

Tab.19 – Riterrebbe utile...

Ipotesi	SI	SI%	NO	NO%	Non so	Non so%
Scegliere e disporre di un infermiere di famiglia	287	58,1	116	23,5	91	18,4
Di un infermiere presso i plessi scolastici	389	79,4	42	8,6	59	12
Un infermiere delle "farmacie dei servizi	210	43,1	173	35,5	104	21.4
Un infermiere nei grandi centri commerciali	285	58,2	124	25,3	81	16,5

Le risposte riportate nella Tabella 19, relative alle ipotesi di nuove modalità di intervento infermieristico, evidenziano che il 58,1% degli intervistati ritiene che sia utile disporre di "un infermiere di famiglia: tra i molti commenti degli intervistati a questa opzione, prevale l'opinione che l'invecchiamento della popolazione ferrarese su un vasto territorio come il nostro, necessiti di forme di cura e assistenza intermedie che non possono essere garantite dal solo medico di famiglia. Oltre al problema della mobilità per gli anziani, esiste anche l'esigenza di un monitoraggio per la loro "buona permanenza" a domicilio. Ma questa esigenza tocca anche le famiglie con figli per la cura dei minori. Non condividono l'ipotesi proposta il 23,5% dei rispondenti, mentre il 18,4% non sa rispondere.
Per l'ipotesi di un infermiere nei plessi scolastici i consensi hanno raggiunto il 79,4%. Molti di questi consensi sono stati influenzati dalle notizie di cronaca sulla violenza e droga nelle scuole, tanto da far ipotizzare, a qualcuno, la creazione di una sorta di "presidio sanitario" nei plessi scolastici. I "No" hanno raggiunto appena l'8,6% e i "Non so" il 12%.
L'ipotesi di un infermiere nelle "farmacie dei servizi" ha fatto tornare alla luce il vecchio stigma nei confronti dell'infermiere: nonostante l'ipotesi sia stata accettata dal 43,1%, sia i "no" (35,5%) che i "non so" (21,4%), ritengono che l'infermiere in farmacia non serva, *"tanto c'è il farmacista che prova la pressione sanguigna e la glicemia ed è "dottore", perciò, essendo laureato, ne sa di più"*. Ritorna quindi il pregiudizio che la laurea in Scienze Infermieristiche non abbia lo stesso peso di altre lauree e la professionalità di un farmacista è superiore a quella di un infermiere.

MORENA BENINI

"Ho iniziato ad occuparmi degli immigrati con l'inizio dell'emergenza migratoria in Italia, sono responsabile insieme al medico dell'aspetto sanitario della loro salute, costruisco il percorso dei servizi di cui necessita la persona, spesso giovane, sola, disorientata, non conosce la lingua e nemmeno io, ci sono i mediatori linguistici per fortuna! E' una bella esperienza, ricca di soddisfazioni e tanti risultati in termini di prevenzione, cura e conoscenza reciproca."

Infine l'ipotesi di un infermiere nei centri commerciali è stata scelta dal 58,2% degli intervistati. Anche in questo caso questa scelta è stata molto condizionata dal "timore indotto dei grandi spazi degli iper-market", più che da una reale necessità. Il 25,3% ha risposto di "no" e il 16,5% "non so".
L'ultima domanda del questionario ha cercato di indagare sull'immaginario degli intervistati, chiedendo di indicare una parola da associare a "infermiere".

MI DICA LA PRIMA PAROLA CHE LE VIENE IN MENTE SE DICO "INFERMIERE"

Il questionario prevedeva, a conclusione dei moduli relativi alla valutazione e alla conoscenza delle attività dell'infermiere, una domanda aperta: "Mi dica la prima parola che le viene in mente se le dico "infermiere".
Diversi intervistati hanno citato più una breve frase che una singola parola come richiesto.
Le principali parole evocate nella mente degli intervistati pensando all'infermiere. In ordine di importanza sono:

- assistenza
- ospedale
- aiuto
- professionalità
- cura
- salute
- disponibilità
- gentilezza
- sicurezza
- medicazione

in generale tutte parole positive, parole che ispirano tranquillità e sicurezza , il sentirsi "presi in carico" con professionalità e competenza dall'infermiere nelle diverse esperienze vissute.
Alcuni hanno citato semplicemente il colore bianco, associato quasi sempre al colore della divisa altri hanno citato il genere: donna., perché dai tempi antichi l'infermiera è di sesso femminile.

ENRICO MANGHERINI

"Come infermiere domiciliare ho una visione globale della persona assistita, la vedo nel suo contesto insieme ai famigliari. Lavoro da solo, ma sono parte di un team di cura che elabora un progetto terapeutico nel quale ciascuna professione esprime la propria competenza per assistere e curare, per migliorare la qualità di vita della persona e della sua famiglia."

IL PROFILO DEL CITTADINO A CUI COMUNICARE L'INFERMIERE

La domanda chiave che abbiamo utilizzato per descrivere al meglio le caratteristiche del cittadino rispetto alla sua percezione dell'immagine dell'infermiere, è la domanda 5 del questionario relativa alla conoscenza o meno delle differenze tra il ruolo dell'infermiere e quelle dell'operatore socio sanitario, l'OSS.
A questo proposito ci siamo avvalsi di alcune tecniche statistiche che abbiamo utilizzato per progettare la struttura delle domande del questionario per poi applicarle all'analisi dei dati raccolti.
In pratica, da quali variabili è caratterizzato il profilo di chi ha affermato di conoscere le differenze tra infermiere e OSS?
In generale, possiamo attribuire queste caratteristiche, con una ottima significatività statistica al 68% degli intervistati che hanno rispostoD5=1.
Questi rispetto alla media degli intervistati

- hanno risposto in linea con il codice deontologico
- il profilo è più connotato da femmine
- leggermente più indecisi su chi esegue le medicazioni
- età compresa tra i 30 e i 59 anni
- residenti nel distretto Centro-Nord
- coniugati
- leggono magazine
- utilizzano prevalentemente l'auto
- ascoltano le radio nazionali
- vanno a teatro
- frequentano le mostre
- sono diplomati
- più occupati del settore privato che in media
- Facebook come social
- non navigano spesso su internet
- hanno apprezzato la gentilezza e la cortesia dell'infermiere nell'esperienza citata
- ha valutato sufficiente l'attenzione dell'infermiere nei loro confronti

ELEONORA VICARIOTTO

" In sala operatoria si fa un lavoro di équipe, fatto di comprensione e fiducia nei confronti dei colleghi e dei medici. È un ambito in cui vengono richieste competenze tecnico specialistiche e buone capacità organizzative, ma anche piccoli gesti di cura, come tenere la mano del paziente o accarezzargli la fronte. "

La tabella 20 esprime il livello di conoscenza dei ruoli da parte di chi ha dichiarato di conoscere le differenze tra infermiere e OSS.

Tab. 20 – Le risposte di chi ha dichiarato di conoscere i ruoli (D5=1)

Il profilo di chi ha detto di NON conoscere la differenza tra infermiere e OSS il 20,4%D5=2, è il seguente:

- in generale si sono astenuti, rispondendo non so, alle principali domande sulle attività
- non ascoltano radio nazionali
- assegnano l'approvvigionamento dei farmaci all'OSS
- non capiscono il concetto di "educazione alla salute"
- il 60% maschi contro il 43% del campione
- principalmente residenti del distretto Sud-Est
- l'auto non è il loro mezzo di trasporto principale
- è l'infermiere che pulisce il reparto e fa i letti
- sono pensionati
- non navigano
- non hanno consumi culturali (teatro, cinema, mostre, magazine, libri)
- bassa scolarità
- non usano i social

Mansioni /compiti	Infermiere	OSS	Entrambi	Non so
Chi collabora con il medico	74,9	0,3	23,3	1,5
Chi è il responsabile dell'assistenza infermieristica	90,6	2,6	3,8	2,9
Chi somministra tutti i farmaci prescritti dal medico	84,2	4,7	8,5	2,6
Chi pianifica e organizza l'assistenza al paziente	60,4	14,5	18,9	6,2
Chi dedica più tempo alla comunicazione con la famiglia	61,0	13,8	15,8	9,4
Chi gestisce i farmaci ed il loro approvvigionamento	78,9	4,1	10,6	6,5
Chi deve fare "educazione alla salute"	53,9	10,1	22,6	13,4
Chi fa i prelievi del sangue	93,0	2,1	3,8	1,2
Chi cura la pulizia del reparto e il rifacimento dei letti	3,5	82,4	10,0	4,1
Chi cura l'igiene del paziente	7,0	71,9	19,9	1,2
Chi esegue le medicazioni	75,8	8,3	14,2	1,8
Chi aiuta il paziente ad alimentarsi	8,2	67,5	18,8	5,6
Al Pronto Soccorso, chi accoglie il paziente e assegna le priorità	86,5	4,4	3,8	5,3
Chi istruisce all'utilizzo di apparecchiature e dispositivi, presidi, ausili	65,5	7,7	16,5	10,3
Chi deve essere laureato	87,4	0,6	6,7	5,3

Abbiamo inoltre ricostruito il profilo di chi ha dichiarato di non sapere esattamente le differenze tra infermiere e OSS, atteggiamento prudente in attesa delle domande. Si poteva assumere che avessero un profilo socio-demografico diverso da chi aveva esplicitamente dichiarato di non conoscere le differenze.

Sonol'11,5% degli intervistati.

- in assoluto assegnano all'OSS l'accoglienza del paziente al Pronto Soccorso
- utilizzano l'auto come mezzo di trasporto principale
- sono studenti
- titolo di studio la licenza media
- è l'OSS che istruisce all'utilizzo delle apparecchiature e ai dispositivi
- non leggono i magazine
- non vanno a teatro

- hanno conosciuto l'infermiere perché si è presentato loro
- non sanno chi deve essere laureato tra infermiere e OSS
- non solo territorialmente concentrati

L'analisi dei profili mette in evidenza diversi temi su cui riflettere per raccontare la figura dell'infermiere eil suo ruolo all'interno del contesto sanitario e nel processo di cura. Sono state confermate delle tendenze nella conoscenza dei ruoli e delle attività, senza dubbio in funzione sia del livello culturale sia dell'esperienza di vita.

da sx CRISTINA CURTI e LIVIANA VALLIERI

"Il SER.D è un sevizio di counseling alle persone che hanno dipendenze diverse: alcool, droghe, tabacco, gioco d'azzardo.
È un lavoro di squadra il nostro, che punta alla riabilitazione ad una dimensione sociale normale. E comprende attività di orientamento, prevenzione, diagnosi, e terapia."

Chi ha affermato di conoscere le differenze tra infermiere e OSS ha ampliamente superato la complessità di alcune domande. Chi ha negato di conoscere le differenze o non esserne sicuro si è evidentemente trovato in difficoltà a rispondere correttamente alle domande del questionario.
A questo proposito esiste un abbondante 30% di intervistati che necessita di una vera e propria "informazione ed educazione" sul tema. Ci sono tanti studenti che potrebbero essere coinvolti in eventi o messaggi di comunicazione per trovarsi preparati in futuro nell'affrontare l'esperienza di una visita, di un ricovero o più semplicemente di un esame diagnostico o un piccolo intervento.

Se orientiamo il modello per capire meglio come comunicare con i cittadini **per classe di età** troviamo conferme a tanti comportamenti che ormai sembra proprio segmentino la popolazione nel suo insieme.

Chi ha meno di trent'anni:
- utilizza prevalentemente Instagram (90%),
- **non legge quotidiani o magazine e nemmeno libri,**
- naviga molto su internet,
- è celibe,
- va la cinema ma non a teatro o alle mostre
- pratica uno sport regolarmente
- è stato intervistato principalmente nel distretto Ovest
- **sa molto poco o nulla delle attività di infermiere e OSS**
- ha percepito una grande attenzione (voti molto alti) da parte dell'infermiere durante la sua esperienza.
-

Chi ha dai 30 ai 59 anni:
- è occupato nel settore privato o imprenditore, un po' meno nel pubblico
- ha una laurea
- è coniugato
- ascolta le radio nazionali e non le locali
- legge magazine e un po' meno libri
- è residente nel distretto Centro-Nord, a Ferrara
- utilizza l'auto
- ha consumi culturali superiori che in media
- usa Facebook ma non Instagram o Pinterest

Chi ha oltre 60 anni:
- è pensionato
- non utilizza internet e social,
- ha un basso titolo di studio
- coniugati ma anche vedove/i
- non vanno al ristorante
- come esperienza parlano di ricovero per patologie acute
- hanno sbagliato o frainteso diverse domande sulle attività
- più interessati alle attività di volontariato che in media
- guardano la TV, anche quella locale
- ascoltano le radio nazionali

FOCUS 2

L'INFERMIERE PER IMMAGINI

Con l'obiettivo di costruire un piano comunicativo che possa offrire al più vasto pubblico informazioni veloci su:

- narrazione dell'evoluzione professionale dell'infermiere;
- focus sugli aspetti professionali e tecnici;
- nuovo status della professione;
- attrattività per i giovani ad iscriversi ai corsi laurea in Infermieristica.

si propone un esercizio (per agenzia di comunicazione e committente) che va a mappare i compiti e le mansioni degli infermieri maggiormente dinamiche (per una nuova indagine) e a maggiore complessità professionale e tecnica, per produrre micro story (per immagini e commento) di forte impatto. Agenzia e committente potranno scegliere le micro story (di contesto e prestazioni) più idonee alla comunicazione

Un esempio di mappatura:

Contesto	Luogo in cui opera	Cosa fa
118	Ambulanza Elisoccorso Auto medica	Tempestivo intervento e trattamento essenziale alla salvaguardia della vita delle persone Rilevazione parametri vitali Applicazione di protocolli di soccorso Contatti con centrale di operativa e medici di emergenza
ADI Assistenza domiciliare e cure domiciliari	**Al domicilio dei pazienti** In questo gioca un ruolo indispensabile l'infermiere (più presente rispetto al medico), il quale è coinvolto in un'assistenza non solamente fisica (terapie, medicazioni, ecc.), ma contemporaneamente anche psicologico-emozionale.	Gli strumenti utilizzati durante la quotidianità lavorativa non sono così diversi da quelli utilizzati nei reparti ospedalieri. Deflussori e aghi per le terapie infusive o prelievi ematici, medicazioni semplici o complesse per il trattamento delle lesioni (da pressione, vascolari, oncologiche, ecc.), gestione di presidi quali cateteri vescicali, SNG e PEG, PICC e CVC.Più complessa è l'assistenza svolta al domicilio dei pazienti di terapia intensiva portatori di tracheostomia con ventilazione meccanica. Anche se considerati stabili e quindi dimessi dal reparto ospedaliero, l'approccio di tipo infermieristico risulta più specialistico, così come quello rivolto ai pazienti di Cure Palliative.
Infermiere sala operatoria	Sala operatoria	Le attività assistenziali infermieristiche svolte all'interno del blocco operatorio e intorno all'intervento chirurgico sono molteplici. Oltre a quelle diretta nei confronti del paziente, vi sono azioni che prevedono collaborazione tra infermiere di sala e medico-anestesista (nelle diverse fasi di induzione, mantenimento e risveglio), tra infermiere strumentista e medico-chirurgo, tra infermiere "di sala" e infermiere "strumentista" e Oss. . Questo senza contare tutte quelle attività indirette che vengono svolte dall'infermiere, sempre con il fine ultimo di garantire una corretta ed adeguata assistenza al paziente operando: disinfezione e sterilizzazione, preparazione dei tavoli servitori e dello strumentario chirurgico, preparazione e controllo dei supporti tecnologici (monitor, elettrobisturi, apparecchio di anestesia), preparazione e controllo di materiale vario (fleboclisi, farmaci,ecc.). Risulta quindi ovvio che all'interno del blocco operatorio esistano ruoli diversificati per il personale infermieristico dovuti alla peculiarità delle attività stesse e all'organizzazione del lavoro.

PAOLA EVANGELISTI

"Lavorare in chirurgia d'emergenza è un'altalena di emozioni: la pressione a cui si è sottoposti, la felicità di comunicare un esito positivo o uno scampato pericolo; la sofferenza di dover dare notizie più complesse e difficili; la gratitudine che vedi negli occhi di chi ti sorride, ti ringrazia e ti stringe la mano."

FOCUS 3

LE NUOVE OPPORTUNITA' PER LA PROFESSIONE INFERMIERIERISTICA

Il giudizio e l'immaginario del "cittadino medio" creato in forma esperienziale (non informata, ma vissuta nel rapporto) e sperimentato in un contesto organizzativo e gerarchico, probabilmente può essere scalfito dall'esercizio della professione in forme inedite in cui, sempre in forma esperienziale, il cittadino acquisisce prestazioni e informazioni in modo nuovo e con l'infermiere non più schiacciato da condizionamenti gerarchici o organizzativi:

- La teleassistenza;
- l'infermiere di famiglia e di comunità;

In parallelo all'esperienza diretta dei cittadini e pazienti esiste un'evoluzione delle professioni sanitarie poco nota, svolta in una sorta di "back-office", oscura ai più, che andrebbe comunicata.

L'ESPERIENZA DI TELEMEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE

L'Università di Firenze ha lanciato il progetto "*Long Term Care. Aging in place*"[6] una sperimentazione che mira a ridurre i ripetuti ricoveri di pazienti ultra settantenni attraverso un progetto di assistenza domiciliare a distanza.
Il progetto consiste nella presa in carico di persone con "codice argento" più elevato, secondo questo sistema classificativo, generalmente affette da malattie croniche tipiche della terza età: scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica, insufficienza renale e diabete. Circa 1.500 persone dell'area fiorentina che costituiscono il 10-15% dei dimessi ultrasettancinquenni dagli ospedali, ma che ritornano periodicamente al pronto soccorso. I dispositivi di telemedicina sono in grado di analizzare quotidianamente ambiente e parametri fisiologici (come pressione, polso, peso corporeo) e intercettare il bisogno prima che diventi critico. L'obiettivo è quello di ridurre del 40-50% i ricoveri ripetuti evitando così sprechi di denaro e i rischi per i pazienti di contrarre infezioni ospedaliere. Secondo i progettisti, se si calcola che un posto letto di degenza ordinaria, indipendentemente dalle tecnologie utilizzate, costa tra i 500 e i 750 euro al giorno, evitare 500 ricoveri in un anno, di circa 10 giorni l'uno, significa un risparmio di oltre 3 milioni l'anno.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA. L'ESPERIENZA IN LOMBARDIA

La prima stesura del "*The family health nurse - Context, conceptualframework and curriculum*" è stata prodotta dall'ufficio regionale Oms per l'Europa di Copenaghen nel gennaio del 2000. In questo documento viene per la prima volta descritta la figura dell'infermiere di famiglia, ovvero quel professionista sanitario che si concentra sulla salute della famiglia, intesa come nucleo familiare, e in particolare è il responsabile delle cure domiciliari, vale a dire dell'insieme di tutti quei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita[7].
Da quando l'Oms elaborò questa figura ci sono voluti sei anni per avere il riconoscimento dell'area specialistica in Italia come sanità pubblica (legge 43/2006) e quindi la nascita dei primi master. Solo nel 2012, con il decreto Balduzzi si è assistito a una riorganizzazione, a livello nazionale, nell'ambito delle cure primarie, ambito domiciliare e territoriale proponendo poliambulatori distrettuali che, con adeguata turnazione del personale, forniscono un servizio 24 ore su 24.
Nel dicembre 2014 viene fatta una proposta di legge atta a modificare il decreto Balduzzi, che introduce di fatto la figura dell'infermiere di famiglia. Si tratta di una norma che propone il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini.
In Italia la prima esperienza sul territorio di "Ambulatori di Infermiere di Famiglia" è stata realizzata in Lombardia, in provincia di Varese, con un raggio di dieci chilometri ciascuno ambulatori, offrendo una rete territoriale in grado di raggiungere tutta l'utenza.

---

[6] Il progetto è promosso dalla Rete Long Term Care Alliance in collaborazione con la Regione Toscana, Fondazione CR Firenze, Comune di Firenze e Fondazione Montedomini.

[7] http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2000/the-family-health-nurse-context,-conceptual-framework-and-curriculum

LAURA BOTTONI

"Sono infermiera in riabilitazione, in questo ambito lavoriamo in equipe perché il progetto riabilitativo del malato è multidisciplinare, sostegno, assistenza, cura e riabilitazione. Portiamo la persona a recuperare l'autonomia, sosteniamo e educhiamo la famiglia. Insieme facciamo la differenza."

Il modello operativo adottato ricalcala la figura del "*generalist nurse*" anglosassone, comportandosi esattamente come la versione infermieristica del medico di famiglia. Tutti giorni, prima dell'apertura dell'ambulatorio ci sono le visite a domicilio agli utenti che ne fanno richiesta secondo un ordine di priorità delle attività: prima i prelievi, poi le terapie, per ultimo tutto il resto (per esempio le medicazioni). Fondamentali sono le consulenze per la riuscita di un'adeguata presa in carico. Interventi più complessi riguardano l'organizzazione strutturale di un domicilio in occasione di una dimissione pianificata, facendo da collegamento (e governando la procedura) con l'ospedale o con le strutture prima della dimissione allo scopo di ricevere le consegne dal personale ospedaliero e accordarsi riguardo la migliori soluzioni da adottare per garantire la continuità assistenziale. L'ambulatorio collabora sistematicamente con la guardia medica per evitare ricorsi al Pronto soccorso, laddove la situazione è gestibile e risolvibile a domicilio (riposizionamenti di sondino nasogastrico, globi vescicali, broncoaspirazioni, medicazioni saltate, disidratazione ecc...).

L'INFERMIERE DI COMUNITÀ

L'infermiere di Comunità *(community nurse)*, secondo l'Oms che ne ha elaborato il profilo, è quella nuova figura professionale che agisce per il benessere della comunità, quindi in uno spazio di azione diverso da quello di famiglia, indirizzato alle scuole, alle comunità per psichiatrici e comunque in un ambito prettamente extra-ospedaliero, ma non domiciliare, agendo in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari.
Le linee guida sull'Infermiere di Comunità stilate dal Collegio Ipasvi di Trento sono diventate "prototipo" per la Federazione nazionale.
L'operato dell'Infermiere di Comunità si basa sui principi della "medicina di iniziativa", attingendo all'esperienza assistenziale, alla conoscenza del territorio, delle persone e delle istituzioni. Il nuovo professionista, quindi, funge da ponte e da facilitatore tra il paziente, la sua famiglia e i diversi interlocutori istituzionali

MARIA GRAZIA CRISTOFORI

"Essere coordinatori oggi, in questa emergenza, significa tante cose, convertire e riorganizzare reparti, definire nuovi percorsi, garantire la "macchina" tecnico-organizzativa ed assistenziale, l'approvvigionamento di dispositivi individuali, farmaci e presidi.Ma più di tutto significa essere in prima linea accanto agli infermieri per supportarli e motivarli nei momenti più difficili."

FOCUS 4

L'ANALISI DI CONTESTO COME CONTRIBUTO ALLA NARRAZIONE DELL'EVOLUZIONE DEL PROFILO DELL'INFERMIERE

Proponiamo la nostra breve analisi di contesto che ci ha guidato dal punto di vista teorico nel corso di questa ricerca, come contributo al committente e all'agenzia di comunicazione, per ricostruire, ai fini della campagna di comunicazione, una narrazione dell'evoluzione del profilo dell'infermiere.
Naturalmente siamo consci che la nostra analisi non è esaustiva ma, nella sua brevità, aiuta a capire come è cambiato l'infermiere, il suo percorso formativo, il suo lavoro.

DECLINO DELLA DOMINANZA MEDICA 1920 – 1960

Avviatasi a partire dalla seconda metà del XIX secolo, in cui si ha la dominanza del potere medico sull'intero sistema sanitario, in modo garantire alla professione medica "il controllo pressoché totale dell'assistenza", in virtù dell'autorità di dirigere a valutare il lavoro degli altri senza a sua volta essere soggetta alle stesse restrizioni; sebbene i soggetti parzialmente specializzati appartenenti a gruppi sanitari non medici (infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari ecc.) svolgano con passione e dedizione il loro lavoro, la professione dominante occupa nella divisione del lavoro una posizione del tutto diversa grazie all'esistenza di una expertise istituzionalizzata. La figura del medico attiene al controllo delle seguenti aree:

- *Funzionale:* il medico è deputato e legittimato al controllo dei processi diagnostico-terapeutici del lavoro sanitario;
- *Gerarchico*; al medico è ascritta una posizione (ruolo e status sociale) superiore a presidio di orientamento e della supervisione di un ambito in cui operano molte occupazioni sanitarie subordinate;
- *Scientifico*; la determinazione degli ambiti di pertinenza e degli interventi sanitari procede da una base cognitiva ortodossa e scientificamente definita: ed è solo il medico l'esperto in grado di distinguere lo stato patologico della malattia e stabilire come rimanere sani e come curarsi;
- *Istituzionale*: gestione e controllo medico delle strutture deputate alla formazione (scuole), nonché delle procedure di abilitazione dell'esercizio dell'attività professionale in ambito sanitario (anche per la formazione degli infermieri, vedi i convitti)[8].

LE MODIFICHE INTERVENUTE NEGLI ANNI '70

Anche se si registra un perdurare della dominanza medica, questa è sempre più scalfita da mutamenti di tipo politico-istituzionale e socio-culturale, che aprono spiragli ad altre professioni sanitarie, in particolar modo a quella infermieristica:

- Nel 1971-1975 le scuole per infermiere professionali subiscono una profonda trasformazione con La Legge 25 febbraio 1971, n.124 e con il successivo D.P.R. 13 ottobre n.867 del 1975; la frequentazione delle scuole per infermieri professionali non è più limitata al solo personale femminile, ma è estesa anche al personale maschile;
- Il programma d'insegnamento e l'organizzazione dei corsi passano da 2 a 3 anni e richiedono per l'accesso il biennio di scuola media superiore;
- La gestione della formazione professionale viene attribuita alle neonate Regioni;
- A dirigere le nuove scuole vengono chiamate molte infermiere che nel frattempo avevano frequentato corsi universitari per la dirigenza dell'assistenza infermieristica e altre colleghe che ricoprivano ruoli di responsabilità;
- Con la Legge di Riforma Sanitaria n.833 del 23 dicembre 1978 il personale infermieristico è chiamato ad esercitare l'assistenza territoriale. Le scuole, che da tempo aspettavano questa opportunità, si sono attivate a formare infermieri per l'assistenza domiciliare con tirocini mirati[9].

[8] Giarelli G., Venneri E., (2009), *Le professioni nelle organizzazioni*, in Sociologia della salute e della medicina, FrancoAngeli, Milano pp.396-397.

[9] Saiani L., (2016), *La storia italiana della formazione infermieristica: la "lunga marcia" dalle scuole regionali ai corsi di laurea magistrale*, TUTOR, Vol.16, N.1, p.33.

GLI ANNI '80 - '90. L'AZIENDALIZZAZIONE

Il concetto di "aziendalizzazione" si fa strada negli anni '80-'90 attraverso riforme che avevano l'obiettivo di contenere la spesa sanitaria attraverso l'introduzione di logiche di mercato nel settore sanitario (*managedcompetition*). Tali riforme sembrano minare soprattutto i medici nel controllo del proprio lavoro. Ai medici viene richiesta una nuova responsabilità (*accountability*) che comporta l'introduzione delle pratiche professionali di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e risultati. Da segnalare la modifica del paradigma di "paziente", ora inteso – secondo una logica di mercato –anche consumatore e, quindi, più istruito, informato ed esigente ai limiti dell'aggressività fino a denunce alla magistratura. Tale approccio avvia una corposa attività di costruzione di "Carte dei Diritti e dei Servizi" e indagini di *customersatisfaction*
In competizione con la Sanità privata.
Ma è anche il periodo in cui si assiste all'avvio di un'ulteriore stagione di "professionalizzazione" delle altre occupazioni sanitarie, in primis, gli infermieri. Le occupazioni sanitarie, un tempo considerate "ausiliarie" o paramediche guadagnano sul terreno istituzionale nuovi riconoscimenti; sono istituiti i profili professionali, si aboliscono i mansionari (strumento in ambito infermieristico ritenuto inadeguato, in quanto un limite, giacché le Scuole da tempo miravano a formare un professionista autonomo e responsabile dell'assistenza); la scuola ospedaliera cede il passo alla formazione universitaria.
Infatti nel 1989 sono state istituite alcune Scuole universitarie dirette ai fini speciali, post formazione di base, per preparare docenti e dirigenti in Scienze infermieristiche, ma sarà nel 1992 che si vedrà l'ingresso degli infermieri in Università. E' del 1992 l'istituzione del "Diploma universitario in Scienze Infermieristiche" e del 1994 la definizione del profilo professionale. Fino al 1995 il sistema formativo regionale convive con l'avvio delle prime esperienze di corsi universitari. Dal 1996 la formazione è solo universitaria, ed evolve in seguito a successive riforme: nel 1999 viene disegnato un quadro organico dei corsi che, che acquisiscono dapprima il nome di "Diploma universitario in infermiere", trasformato nel 2001 in laurea in infermieristica e laurea specialistica prima e magistrale poi in scienze infermieristiche ed ostetriche in seguito a una nuova riforma ispirata a criteri europei e integrata ancora nel 2009[10].

AUTONOMIA E SPECIFICITÀ PROFESSIONALE

Nell'organizzazione sanitaria si fa strada un nuovo approccio metodologico e organizzativo che supera quello verticistico e tayloristico, costruito su forme di intervento più "orizzontali". La prestazione professionale è ormai il prodotto di un'azione congiunta di vari elementi: la complessità e l'estensione del processo di cura va oltre il semplice rapporto medico-paziente; per un intervento efficiente ed efficace servono nuovi saperi e competenze e una pluralità di metodi che solo diversi professionali, integrandosi, possono garantire a tutela degli interessi e al soddisfacimento della domanda di salute.
Dal coordinamento unitario delle competenze emerge una visione sostanzialmente orizzontale dell'organizzazione sanitaria: le tradizionali gerarchie del sistema de-strutturano per la costituzione di équipe multiprofessionali in cui l'autocrazia del medico cede, in una logica di intelligenza trasversale e distribuita tra tutti gli operatori sanitari, all'incontro interdisciplinare e consultivo di conoscenze specializzate diverse e complementari.
Ma per realizzare tutto ciò è necessario legittimare il livello professionale e di autonomia di tutte le figure sanitarie (infermieri compresi) nel processo.
In tale senso la Legge n.15/2000 disciplina i settori professionali suddetti ribadendone l'autonomia e la specificità professionale al fine di potenziare e sviluppare i servizi di *promozione della salute*, *prevenzione*, *cura e assistenza*; la stessa legge interviene sui percorsi formativi, riqualificandoli con l'introduzione di corsi di laurea e master post-laurea. Nel 2004 la laurea specialistica (oggi magistrale) in Scienze infermieristiche ed ostetriche diventa una realtà concreta[11].

[10] Ivi, p.34.

[11] Giarelli G., Venneri E., (2009), op. cit., pp.400-402.

PER UN NUOVO PROFESSIONISTA DELLA SALUTE

Con l'obiettivo di definire "i nuovi professionisti della salute", l'emanazione della Legge N.46/2006 perfeziona la riforma delle professioni sanitarie. Le disposizioni del suo dettato infatti,

- legittimano e associano quelle infermieristiche, ostetriche e riabilitative, tecniche sanitarie e della prevenzione al novero delle *professioni "intellettuali"*;
- pur senza disconoscere l'importanza assunta negli anni, trasformano i collegi professionali esistenti in *ordini professionali* e prevedono, per ciascuna area, l'istituzione di un ordine specifico al fine di adeguare il livello culturale, deontologico, professionale dei professionisti a quello garantito negli Stati membri dell'Unione europea;
- assegnano agli ordini professionali un ruolo innovativo rispetto ai precedenti compiti esclusivi di vigilanza e controllo degli iscritti propri dei collegi;
- prevedono l'articolazione del personale sanitario in *professionisti*, professionisti *coordinatori*, professionisti *specialisti* e *dirigenti*.

In questa prospettiva, la titolarità e la capacità di autoregolazione che le disposizioni vigenti riconoscono appieno alle professioni sanitarie comportano, necessariamente, *una revisione critica dell'organizzazione del lavoro di cura*, incentivano modelli di assistenza fondati su un'effettiva *autonomia operativa*, complementare e decisamente *integrata* a quella medica. Peraltro, le norme rinviano all'esigenza di una più completa definizione del *ruolo* e della *responsabilità* delle nuove professioni sanitarie che, sebbene diverse per cultura, formazione, storia e specifico campo giurisdizionale, tendono tutte ad un *obiettivo comune* e sono, dunque, interdipendenti. Di fatto nella prospettiva della *"condivisione interprofessionale della cura"* (shared care), la realizzazione del diritto alla salute del cittadino comporta un processo di miglioramento organizzativo e professionale dei servizi deputati a garantire quel diritto: il che rinvia ad una organizzazione sanitaria in cui tutti i diversi tipi di professionisti rinnovano l'impegno costante ad interagire e a ri-negoziare i rispettivi ambiti di competenza[12].

DENTRO LA PROFESSIONE

Tra l'attuazione delle riforme e la reale assimilazione dei contenuti, oltre all'adattamento organizzativo, passa un periodo – che può essere anche lungo – di assestamento, in cui nuovi ruoli, compiti e responsabilità, sono una componente fondamentale, a volte anche di conflitto. Per questo riportiamo, come "voce interna alla professione" i risultati di un'indagine sulla dignità degli infermieri. L'altro aspetto, interno alla professione, è la convivenza di diverse generazioni di infermieri (con formazione diverse, come visto sopra) che operano e agiscono con una propria "forma mentis" acquisita in ambito scolastico, organizzativo, relazionale, tecnologico.

Gli studi sul concetto della dignità professionale nel nursing, come concetto riferito al rispetto e all'identità della professione stessa sono abbastanza recenti. Una ricerca fatta su un campione di 133 infermieri ha esplorato il senso della dignità personale e la potenziale relazione che essa può avere con la stima di sé, la soddisfazione nel lavoro e alcuni tratti personali degli infermieri.

Tre sono le dimensioni principali che emergono dall'indagine:

- l'autonomia;
- l'immagine dell'infermieristica;
- le relazioni interdisciplinari.

La prima dimensione attiene alla dignità sociale del professionista come parte della dignità individuale nel lavoro e risente fortemente dell'organizzazione e dell'atmosfera etica lavorativa. Nelle organizzazioni dove l'opportunità di esprimere la propria professionalità è carente, i rischi di frustrazione, depressione, perdita di motivazione e assenteismo sono molto elevati e l'assistenza all'altro è spesso di minore qualità. Al contrario la qualità del servizio fornito è migliore nei luoghi di lavoro dove sono messi in comune e rispettati i valori morali professionali, e sono presenti la comunicazione paritetica tra professionisti e la collaborazione nella risoluzione dei problemi.

La seconda dimensione attiene alla posizione occupata dall'individuo all'interno della

[12] Ivi, pp.402-403.

società, lo status morale del soggetto agente ed una componente identitaria e personale. Le relazioni interdisciplinari che valorizzano la collegialità dentro e tra professioni. Il mutuo rispetto è basato sulla premessa che tutti i membri del gruppo di lavoro necessitano di operare in stretta collaborazione senza rigide barriere gerarchiche. Se gli infermieri non lavorano a loro agio, sono umiliati non valorizzati nel loro ruolo professionale, essi non possono effettuare un'assistenza ottimale, o partecipare efficacemente nelle relazioni clinico-professionali[13].

Altrettanto interessante è il contributo di Alessandra Croci sull'invecchiamento generazionale degli infermieri[14] in cui mette in evidenza alcuni aspetti che si ricollegano a quanto abbiamo esaminato nel FOCUS 1"La carenza di infermieri". Il progressivo invecchiamento atteso nei prossimi anni per il personale infermieristico è dovuto principalmente ai seguenti fattori:

- aumento dell'età di accesso al mondo del lavoro legato al mutamento dei percorsi formativi (acquisizione di un diploma, accesso all'istruzione universitaria – triennale e specialistica -, eventuali master);
- spesso la professione infermieristica è una seconda scelta (mancanza di appeal?), intrapresa dopo il fallimento di altri percorsi. A livello nazionale, solo il 15% degli infermieri segue un percorso di studi "normale" laureandosi prima dei 23 anni, mentre il 37% ottiene il titolo tra i 23 e 25 anni e il restante 48% successivamente;
- aumento della permanenza in servizio.

In tale situazione, e in virtù delle diverse riforme che si sono succedute, convivono al lavoro diverse generazioni di infermieri che, per formazione, cultura, tecnologia, leggono in modo diverso il loro operare in un'organizzazione e il modo di operare. La Croci, mutuando un approccio anglosassone riporta una tabella di "ideal-tipi" di lavoratori divisi per generazioni che rielaboriamo a aggiorniamo.

---

[13] Sabatino L., Grossi C., Stievano A., Rocco G., (2017), *Studi sull'etica infermieristica: una revisione della letteratura sulla dignità professionale nel nursing*, in La ricerca infermieristica a livello internazionale, Salute e Società, FrancoAngeli, Milano, Anno XVI, N.1, pp.37-47.

[14] Croci A. (2016). Op. cit.

MICHELA MORSELLI

"Come infermieri, siamo chiamati a incoraggiare e supportare la persona malata, aiutandola a prendere coscienza dei deficit e focalizzandosi sulle capacità residue con l'intento di mantenerle, svilupparle e rafforzarle. La collaborazione con il paziente è fondamentale."

Tab.21 – Tratti generazionali adottati dalla letteratura anglosassone

Generazione	Periodo di nascita	Descrizione	Caratteristiche sintetiche	Invenzione simbolo
Veterani	1925-1945	Appartengono alla coorte più anziana. Sono cresciuti in tempi difficili e le loro esperienze di vita hanno incluso eventi determinanti come la Seconda Guerra mondiale. Hanno un forte senso della gerarchia e nutrono rispetto per l'autorità. Sono stati lavoratori ideali poiché l'incertezza economica e politica che hanno vissuto li ha portati a dedicarsi al lavoro con dedizione e sacrificio.	Patriottismo Lealtà Solida etica del lavoro Forte senso della gerarchia Risparmiatori	FAX
Baby Boomer	1946-1964	Generazione del boom demografico nata e che ha vissuto la rinascita economica. Generazione cresciuta sui racconti dei genitori che hanno trasferito i valori del risparmio e del lavoro manuale. Nello stesso tempo ha vissuto i grandi cambiamenti nella società: il '68, la stagione dei referendum. Ha sperimentato momenti di prosperità economica e il desiderio di poter cambiare il mondo. Gli ultimi ad aver sperimentato l'ascensore sociale: chi ha studiato ha fatto carriera e con forte dedizione al lavoro.	Stacanovismo Etica del lavoro Competitività Materialismo Compro adesso, pago dopo	Computer
Generazione X	1965-1979	E' la prima generazione cresciuta e la famiglia si allarga attraverso l'istituzione del divorzio e della possibilità di contrarre nuovi matrimoni. Cercano di sfruttare le opportunità offerte di una società "agitata" e diversificata (acquisti a rate, viaggi *lowcost*, flessibilità del mondo del lavoro), sono arrivati da poco a ricoprire ruoli di potere, sono cresciuti in un momento di prosperità e di sviluppo di un consumismo sfrenato che ha visto il Paese ricoprire un ruolo decisivo nelle politiche mondiali, hanno ricominciato a ricoprire ruoli di potere, in un primo momento con grande fiducia nel raggiungimento degli obiettivi aziendali, ma si sono ritrovati a essere messi a dura prova sia dalla recessione degli ultimi anni, che li ha costretti a rivedere le loro aspettative di carriera, e sia dalla presenza costante nelle posizioni di potere dei *babyboomer* per l'allungamento dell'età pensionabile. Desiderano un lavoro che gli permetta un giusto equilibrio con la vita privata, soddisfazione economicae professionale. Sono orientati al loro rendiconto personale, motivati dal desiderio di indipendenza e autonomia e disposti a fare nuove esperienze lavorative. La tecnologia è progredita durante la loro formazione diventando parte integrante della loro vita	Autonomia Sfiducia verso le autorità Competenza tecnologica Scetticismo Informalità Cauti nello spendere	Telefono cellulare
Generazione Y	1980-2001	Identificata come la generazione dei Millennials. È cresciuta in piena era tecnologica, molti di loro hanno imparato ad utilizzare il computer prima di imparare a leggere e scrivere. La loro infanzia è stata altamente strutturata ed organizzata a ritmi definiti. Spesso provenienti da famiglie con un solo figlio, le quali hanno prestato molta attenzione alla loro educazione e formazione. È la generazione che ha maggiormente viaggiato (realmente o virtualmente) e quindi più propensa ad una visione multiculturale. La comunicazione è un elemento essenziale nella loro vita attraverso l'utilizzo dei PC e dei cellulari in costante contatto in rete. Sono *multitasking*, appezzano il lavoro di gruppo e si aspettano mutuo supporto, fiducia e condivisione. Sono figli della globalizzazione, aspirano ad un lavoro che lasci molto tempo libero. Sono cresciuti nell'ottica del precariato e dalle aziende si aspettano la possibilità di formarsi e di fare esperienze	Alfabetizzazione digitale Divertimento estremo Vita online Realismo Confidenza Guadagnare per spendere	Google Facebook
Generazione Z	2002-2020	La *generazione 2020* (nati dal 2002) detta anche *generazione Z* è quella coorte che sarà presente nel mondo del lavoro dal 2020. In questo momento sono ancora sui banchi di scuola, utilizzano gli *smartphone*e navigano nei *socialnetwork*, per cui avranno grandi capacità di *multitasking*	Alfabetizzazione digitale Divertimento estremo Vita online Realismo Confidenza Guadagnare per spendere	Social media e applicazioni per smartphone

Fonte:*Meister JC, Willyerd K. The 2020 Workplace. New York Harer Collins, 2010*

A fronte di questa categorizzazione generazionale appare abbastanza chiaro quanto possa diventare complesso, in un gruppo infermieristico la difficoltà di condividere un'unica identità professionale.
Il percorso formativo della professione infermieristica è mutato considerevolmente, in Italia si è passati da una formazione professionale fornita dalle scuole cosiddette"regionali" alla formazione accademica; questo fenomeno è stato influenzato e viceversa, dall'esercizio professionale, dalla cultura dalle e nelle organizzazioni sanitarie e dalla disciplina infermieristica.

VALENTINA MICHELINI

"Le competenze tecnico specialistiche dell'infermiere nella stroke unit sono essenziali per cogliere tempestivamente segni e sintomi del cambiamento dello stato di coscienza e per attuare velocemente gli interventi necessari. Dobbiamo essere lucidi e pronti, per il miglior recupero possibile di tutte le abilità del paziente che sono state compromesse dalla malattia."

MARCO ORIOLI

"L'infermiere del servizio 118 deve essere rapido e non deve commettere errori. Al centro del suo intervento c'è spesso una persona in condizioni gravi che ha bisogno di interventi immediati. È un lavoro che ci fa incontrare la sofferenza, lo stress, le emozioni sono tante e si imparano a gestire con l'esperienza."

INFERMIERE
118
SERVIZIO SANITARIO
EMILIA-ROMAGNA

OPI - Ferrara
offre gratuitamente
la casella PEC a
tutti i propri iscritti.
Per attivare la PEC
visita il sito
www.opiferrara.it
sezione
“Richiedere PEC”