



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**IL VALORE AGGIUNTO  
DEL NURSING IN SANITA'**

Relatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Tiziana Traini**

Tesi di Laurea di:  
**Gisella D'Ambrosio**

Correlatore: Chiar.mo  
**Dott. Stefano Marcelli**

A.A. 2019/2020

*Ad Antonio, con immenso Amore e Gratitudine.*

*“L’infermiere oggi è un professionista della salute al  
Quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando  
Nell’opportunità di ricevere un’assistenza professionale, pertinente e personalizzata. Il  
Nuovo Codice Deontologico rappresenta per l’Infermiere, uno strumento per esprimere  
la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.  
L’infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione  
efficace dei percorsi assistenziali e l’applicazione dei principi deontologici completano  
le competenze e permettono all’infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni  
singolo paziente, ma anche il bisogno del professionista di trovare senso e  
soddisfazione nella propria attività”<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Barbara Mangiacavalli, Presidentessa dell’Ordine delle professioni infermieristiche (Opi), nel discorso di presentazione del Nuovo Codice Deontologico degli infermieri il 13 aprile 2019, a distanza di ben dieci anni dalla precedente versione del 2009. Nelle parole della Dott.ssa Mangiacavalli, si riassume la caratura del nuovo Codice, con integrazioni legislative, regolamenti e situazioni professionali svoltesi negli anni, nonché nuove responsabilità (es. il governo clinico) dal passaggio da Collegi a Ordine, enti sussidiari dello Stato con modifica di ruoli istituzionali, responsabilità e aree di intervento. Fonte: [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

# INDICE

Premessa .....	pagina I - IV
Introduzione.....	1 - 5
Capitolo 1: Il nursing e la pianificazione strategica dell'assistenza .....	6 - 11
1.1. Il concetto di "health quality" .....	11
1.2. Nuove figure di management infermieristico in Italia: case manager, bed manager e infermiere di famiglia/comunità .....	12 - 14
1.3. Mission, valori e prospettive ideologiche nell'assistere.....	15 - 18
1.4. L'identità degli infermieri oggi: professionisti consapevoli del proprio valore? .....	19 - 21
<b>Capitolo 2: Il paziente: da "utente" a "cliente" dell'azienda sanitaria. Analisi in un'ottica di health marketing . Nuove mission nel campo dell'assistenza.....</b>	<b>22 - 26</b>
2.1. Il counseling e la comunicazione: strumenti vincenti per un'assistenza di qualità .....	26 - 30
2.2. L'empowerment.....	30 - 34
<b>Capitolo 3: La customer satisfaction e il diritto alla salute .....</b>	<b>35 - 39</b>
3.1. Il nuovo Codice Deontologico: nuovi concetti e principi di <u>assistenza</u> .....	39 - 47
3.2. <u>L'Oms</u> : "Gli infermieri sono la spina dorsale del Ssn in Italia e nel mondo. Riflessioni nel contesto emergenza Covid-19 .....	47 - 48
3.3. Il management tra competenze e valori che generano qualità.....	48 - 51
3.4. Missed care. L'importanza delle cure mancate .....	52 - 54

**Capitolo 4: L'evidence based nursing nel processo di assistenza..... pag 55 - 57**

4.1. Nuove realtà assistenziali. Magnet hospital, strutture post-acuzie e ospedali per intensità di cure..... 57 - 69

CONCLUSIONI..... 70 - 73

BIBLIOGRAFIA ..... 74 - 77

SITOGRAFIA ..... 77 - 81

DOCUMENTI ..... 81

FONTI NORMATIVE E RIFERIMENTI LEGISLATIVI..... 81

RINGRAZIAMENTI ..... 83

## Premessa

Cosa vuol dire oggi giorno garantire un'assistenza di qualità per un infermiere?

Un mix di tante cose. Tutte importanti e interconnesse tra loro, ma che portano a unico grande fine: la soddisfazione dell'utente.

Che è una combinazione fatta di “qualità percepita”, che costituisce un buon indicatore della fiducia dei pazienti negli operatori sanitari e di conseguenza la loro compliance<sup>2</sup> ai percorsi di cura e aderenza ai trattamenti.

In poche parole, la cosiddetta “customer satisfaction”<sup>3</sup>dalla parte dell'utente, e dal lato degli stessi operatori, l'efficacia delle cure, la loro appropriatezza, e nello specifico, le modalità di erogazione dell'assistenza, l'applicazione dei modelli organizzativi adottati e protocolli, procedure e linee<sup>4</sup> guida conosciuti e seguiti nonché le raccomandazioni Evidence Based Nursing<sup>5</sup>, frutto della ricerca scientifica.

La funzione informativa e assistenziale alle quali oggi l'infermiere è chiamato ad un quotidiano confronto, suggerisce che ciò che rende tale processo di qualità, siano inoltre molteplici capacità e competenze tecnico-relazionali che rispondano “ad personam” alle richieste di un target sempre più differenziato e pertanto:

“In questi ultimi anni è notevolmente cambiata la tipologia degli utenti: sono in aumento i pazienti anziani, i pazienti con barriere linguistiche ed i pazienti con una maggiore consapevolezza, che richiedono informazioni specifiche e complete.

Vecchi principi e vecchi paradigmi permangono nell'immaginario collettivo (l'infermiere che ha la c.d. “vocazione” ascensionale verso i deboli e i malati) oppure l'infermiere che, a 360 gradi garantisce l'assistenza, nella sua totalità e possiede infinita pazienza in ogni situazione, facendo da cuscinetto tramite il Medico e i pazienti con i

---

<sup>2</sup> La compliance in senso medico, significa adesione del paziente alla cura e alle indicazioni terapeutiche ricevute. [www.garzantilinguistica.it](http://www.garzantilinguistica.it)

<sup>3</sup> La customer satisfaction o soddisfazione del cliente, nel marketing indica la percezione del cliente, tramite la creazione di valore di un prodotto/servizio offerto, con la soddisfazione dei bisogni e delle sue esigenze in modo efficace ed efficiente. Soddisfare il cliente vuol dire anche creare una relazione stabile e durevole con lo stesso, con la soddisfazione dei suoi bisogni, desideri e aspettative. Fonte: [www.glossariomarketing.it](http://www.glossariomarketing.it)

<sup>4</sup> La distinzione è la seguente: per linee guida si intendono le raccomandazioni di carattere generale che individuano modalità assistenziali più idonee in base alle condizioni. Sono basate sulle evidenze scientifiche, redatte da organismi internazionali (RNAO per esempio), e sottendono sempre a un risultato generale. Orientano le buone pratiche cliniche e assistenziali, ma non sono vincolanti. Il Protocollo è prescrittivo e vincolante di comportamenti diagnostico-terapeutico, strumento rigido che sono frutto da basi scientifiche ed esperienze, attuali solo nel contesto nel quale vengono elaborati. Le raccomandazioni, sono degli atti di indirizzo per orientare l'agire professionale, per ottenere un comportamento desiderato.

<sup>5</sup> L'evidence based nursing è un processo mediante il quale gli infermieri assumono decisioni cliniche con l'uso delle migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica, le preferenze del paziente. Di Censo.; A., Cullum.; N.; Ciliska.; D.; definizione tratta dal sito: [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)

relativi familiari, che quando va bene, lo ringraziano per aver partecipato alle cure e anche al benessere psicologico del degente.

Ma come sempre...l'infermiere è comunque considerato colui che in termini più semplici e consoni al livello culturale e cognitivo del paziente, educa riguardo a (per quanto di sua competenza), complesse terminologie mediche e quadri diagnostico-assistenziali.

“Le informazioni e l’educazione terapeutica sono tradizionalmente gestite dal personale infermieristico, con particolare riferimento allo sviluppo dei percorsi diagnostici terapeutici”<sup>6</sup>

E questo fa una grande differenza quando si deve risolvere un problema di salute e si ha paura di non essere compresi o di non comprendere le parole del gergo medico, al punto che l’infermiere diventa un amico e un confidente di cose che spesso, non si riferiscono in visita medica...vuoi per pudore, vuoi per paura di apparire fraintesi o ignoranti.

La figura infermieristica in tale contesto realizza anche una “alleanza terapeutica” con il paziente, così come “l’empowerment”<sup>7</sup> e si rafforza l’identità di una relazione d’aiuto che in molte situazioni diventa simmetrica.

Termini nuovi prestatati dal marketing strategico, “quelli che il processo aziendale chiama “outcomes”<sup>8</sup> (ovvero il valore aggiunto in termini di qualità di beni e servizi finali) e gli outputs<sup>9</sup> del marketing operativo, ovvero le risorse materiali e intellettuali degli attori impiegati nel processo produttivo.

I parametri competitivi oggi sono attinenti alla qualità totale dei servizi e l’eccellenza degli operatori, qui, si parla unicamente degli infermieri come protagonisti indiscussi di nuovi scenari assistenziali,nuovi setting di cura che necessitano di un cambio di paradigma ed empowerment della categoria.

Considerando l’evoluzione in corso della medicina del territorio e nuove figure infermieristiche (ad esempio come l’infermiere di comunità/di famiglia) e nuovi bisogni

---

<sup>6</sup> Arimatea e V.; Righi M.;" Informazione /educazione del paziente sottoposto a trapianto di cellule staminali (TCSE), materiali, strumenti e metodi, 2010; Università di Bologna. Tratto dal sito: [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it).

<sup>7</sup> Termine che indica la consapevolezza di sé e l’essere padroni delle proprie scelte, azioni, decisioni personali. In ambito sanitario, viene usato nell’accezione di “patient empowerment”, ovvero la partecipazione del paziente nel processo di cura, il suo coinvolgimento nel processo di educazione sanitaria che lo rende edotto dei percorsi di cura, delle informazioni a tutti i livelli, sul come agire nel processo di auto-cura.

<sup>8</sup> È l’esito finale di un processo, derivante dall’output, costituisce un valore aggiunto, un cambiamento tangibile e diretto.

<sup>9</sup> Prodotti/servizi che introducono un cambiamento di contesto, risultati. Di facile misurazione a differenza degli outcomes (risultati finali), sono in sostanza obiettivi prefissati da raggiungere. Fonte: Collicelli.,C.; “Dall’output all’outcome” qualità percepita ed esiti delle cure, Roma,ottobre 2009.[www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)

emergenti di natura socio-sanitaria, il bisogno è quello di implementare gli strumenti di marketing sanitario per collaborare al meglio in un team multi-disciplinare e nel rapportarsi con il paziente sempre più “web addicted” scegliendo e facendoci scegliere come professionisti di riferimento, anche proponendoci in modo consono sui social network.

La crescita passa soprattutto attraverso la specializzazione delle competenze infermieristiche legate alla tecnologia (es. telemedicina ) e alla formazione specialistica; e conoscere strumenti di marketing per pianificare e anticipare l’offerta, rimanendo fedeli ai principi della Deontologia e del Profilo Professionale.

Perché non bisogna dimenticare che l’assistenza infermieristica è un processo olistico, che include tutte le sfere dell’esistenza che vede l’uomo nella sua globalità:



Fig n° (1) **Assistenza Infermieristica olistica**<sup>10</sup>

È cambiato il contesto operativo dell'assistenza, prima organizzato intorno a una domanda proveniente unicamente dall'utente-paziente ed un'offerta modellata solo sulle proprie esigenze, senza anticiparne bisogni e necessità.

<sup>10</sup> [www.doccity.com](http://www.doccity.com)



Ad una customerizzazione dell'offerta con anticipazione di preferenze e bisogni dell'utente, Con l'avvento del processo di aziendalizzazione delle imprese sanitarie (L.502/92'-la c.d. seconda riforma sanitaria) si è puntato a un miglioramento delle prestazioni sanitarie e a un certo "efficientamento manageriale" con ripercussioni non sempre ottimali (es. una certa dequalificazione delle risorse umane, una vision burocratizzata dei processi, dei tempi procedurali con conseguente caduta dell'efficienza e dell'efficacia complessive), che questa riforma radicalmente trasforma, migliorando equità nell'accesso ai servizi, una migliore razionalizzazione nell'uso delle risorse, (efficienza), nella gestione delle stesse (efficacia) migliorando qualità dei livelli di cura (vedi Carta dei servizi aziendali) e degli standard assistenziali.

Il marketing abbinato a questa grande rivoluzione aziendale non può prescindere all'essere abbinato al processo assistenziale, uno dei grandi tasselli del SSN, che genera Valore e Profitto.

Due ambiti che il marketing da sempre studia e sonda e connota nel tempo. Nonché il rapporto tra Professionisti della Salute, gli infermieri, citando il Patto Infermiere – Cittadino<sup>11</sup> prima del processo di aziendalizzazione, allo scenario post, dove è l'utente a partecipare egli stesso con nuovi mezzi operativi al processo di costruzione del proprio percorso assistenziale e di Salute.

Il marketing quale "vettore di cambiamento e secondo un guru come Kotler<sup>12</sup>, "unica strada per crescere in sanità", può aiutare (poiché esistente in sanità come marketing sociale) a leggere nuovi scenari e contesti di valore sui quali costruire e comprendere meglio le potenzialità dell'assistenza infermieristica.

---

<sup>11</sup> Il riferimento è al c.d. "Patto Infermiere-Cittadino stilato dall'Ipasvi nel 1996 dove la figura dell'infermiere attraverso una serie di punti programmatici si "impegnava" a tutelare e garantire la salute dei cittadini nel ruolo di advocacy, ovvero di garante di principi di assistenza e valori deontologici.

<sup>12</sup> Philip Kotler è attualmente Distinguished Professor of International Marketing presso la Kellogg School of Management della Northwestern University di Evanston, Illinois, è uno dei maggiori esperti mondiali di management e di marketing e uno dei pionieri del marketing sociale, alla fine degli anni 70' con il suo famoso "Marketing management ha statuito il marketing come disciplina scientifica. Fonte:www.bbs.unibo.it

## INTRODUZIONE

Lo scenario attuale nel campo dell'assistenza sanitaria in genere, è contrassegnato da grande tasso di competitività in termini di offerta, qualità percepita ed erogata e standard di sicurezza, sia nel settore pubblico quanto in quello privato.

Scopo di questo elaborato è quello di descrivere compiutamente, quanto l'assistenza Infermieristica si sia evoluta grazie e con il marketing<sup>13</sup> che le aziende sanitarie utilizzano quotidianamente e che è presente in ogni politica organizzativa e di pianificazione aziendale, senza che se ne faccia esplicita allusione o riferimento.

Ma il marketing esiste ufficialmente nel nostro SSN, in dalla seconda riforma sanitaria<sup>14</sup> con una legge che fa riferimento alla pubblicità sanitaria come strumento di marketing sanitario.

Ovviamente, non l'unico, poiché il marketing stesso, connota e contraddistingue prodotti e servizi sanitari; di cui l'assistenza è uno di questi, ricorrendo a diversi strumenti (di pianificazione aziendale) che costituiscono il c.d. "piano marketing"<sup>15</sup>.

Concetti come "posizionamento"<sup>16</sup>, "pubblicità", sistema di valori e credenze che connotano una professione (vedi l'ultimo Codice deontologico degli Infermieri), assistenza personalizzata e di qualità, empowerment<sup>17</sup> ecc., fanno parte di una logica intrigata di un sistema di comunicazione e di scelte strategiche di mercato, di etica professionale e management.

---

<sup>13</sup> Un ramo dell'economia (dall'inglese commercializzazione) che si occupa dello studio e della descrizione di un mercato di riferimento, ed in generale, dell'interazione del mercato e degli utenti di un'impresa. [www.glossariomarketing.it](http://www.glossariomarketing.it)

<sup>14</sup> Rif. Alla L.502/92 che ha introdotto il processo di aziendalizzazione delle imprese sanitarie definendole come enti di personalità giuridica pubblica a gestione privata secondo criteri del diritto privato. Con l'introduzione oltre a politiche economiche aziendali, anche l'orientamento al mercato tra le varie innovazioni. Ogni singola azienda deve rispondere del proprio operato, governata da un Direttore Generale e il suo staff di vertice strategico che decide politiche strategiche e operative di management e il marketing è il perno fondamentale insieme all'economia aziendale nella governance di sistema.

<sup>15</sup> Ovvero la pianificazione strategica aziendale, cioè la modalità con cui le aziende traducono in azioni concrete gli obiettivi, uno strumento di marketing sia strategico che operativo. I due elementi di partenza sono: la mission e la value proposition.

<sup>16</sup> In termini di marketing, il posizionamento è inteso come il podio mentale che un prodotto-servizio occupa nella mente dell'utente-cliente consumatore in termini di valori, qualità percepita e erogata, impressioni e sensazioni che suscita nella sua mente. In sostanza, come viene percepito dall'utente. [www.marketing-apice.it](http://www.marketing-apice.it)

<sup>17</sup> Termine che in italiano vuol dire consapevolezza, l'essere consapevoli di sé e delle proprie scelte, ma anche decisioni e azioni in questo contesto, delle scelte che riguardano la propria salute. Il patient empowerment è una strategia che attraverso l'educazione sanitaria, la promozione di comportamenti favorevoli alla salute, fornisce alla persona gli strumenti clinici per prendere decisioni migliori per il loro benessere, riducendo le diseguaglianze culturali e sociali. [www.empowermentinsanita.org](http://www.empowermentinsanita.org)

Il marketing abbinato alla assistenza infermieristica o la stessa,” esaminata”in un’ottica di marketing, come proposta di realizzazione (in parte) in questo progetto, corrisponde da una parte ad un mio desiderio di “ripescare” vecchi retaggi accademici e dall’altro, di leggere questa Professione, nella sua accezione più nobile e umana possibile, alla luce degli ultimi sviluppi e possibili scenari futuri.

Per farlo, bisogna dapprima spiegare ai profani cosa tratti questa disciplina.

Quella di Philip Kotler:”il marketing è un processo sociale e manageriale diretto a soddisfare bisogni ed esigenze di un mercato di riferimento, attraverso processi di creazione e di scambio di prodotti e valori. È l’arte e la scienza di individuare e fornire valore per soddisfare le esigenze di un mercato di riferimento, realizzando un profitto”

E cosa cerca oggi il paziente/utente/consumatore, se non un servizio sanitario efficiente, che dia risposte personalizzate e con operatori che gli diano informazioni chiare con la possibilità di partecipare al proprio percorso terapeutico-assistenziale?

Le aziende pubbliche e private che meglio soddisfano i bisogni di questi utenti, sempre più digitali e social sul web, realizzano migliori profitti e performance di Salute.

L’assistenza infermieristica è uno dei grandi tasselli di questo puzzle, anch’esso oggetto di grande attenzione e “web reputation” su internet.

Al pari di altri prodotti e servizi, anche quello dell’assistenza sanitaria non sfugge a spietate logiche di giudizio e valutazione, come ad esempio, capita di leggere in un sito legale: “La reputazione di un Medico, inizia sicuramente nella piattaforma web,nella quale il 76% dei pazienti effettua una ricerca per acquisire informazioni sul professionista; purtroppo la rete permette a tutti di scrivere ciò che desiderano, senza rendersi conto del danno

di immagine che viene arrecato al sanitario con una semplice recensione negativa”<sup>18</sup>

Per l’infermiere la reputazione sociale passa anche nel web al pari di ogni altro professionista sanitario e pertanto, vale la pena mettere in risalto punti di forza che anche grazie al marketing, possono valorizzarne immagine e operato.

La sfida interessante è mettere insieme gli elementi per tessere una trama inerente al “come” e “quando” questi strumenti abbiamo cominciato ad essere realmente impiegati e quanto il Marketing come disciplina ha cambiato (in meglio), lo scenario attuale di una Sanità che ancora ambisce a uniformarsi sul tutto il territorio nazionale con medesimi standard assistenziali e terapeutici.

Valutare quindi l’assistenza infermieristica o meglio il Valore, sotto una certa ottica di Marketing, risponde anche alla scelta dell’oggetto di studio delle due discipline: quella

---

<sup>18</sup> Fonte: [www.studiolegaleerro.net](http://www.studiolegaleerro.net)

infermieristica “L’uomo e i suoi bisogni di assistenza” e quella del marketing “consistente nell’Individuazione e soddisfacimento di bisogni umani e sociali”

E nel lavoro quotidiano e nella altrettanto quotidiana mission degli infermieri, con l’attuazione del processo di nursing, quest’ultima definizione è quanto mai vicina, così come nella definizione di” Diagnosi Infermieristica”<sup>19</sup> poiché l’infermiere è un professionista sanitario, che pianifica e gestisce il processo di assistenza attraverso criteri dell’agire infermieristico e principi deontologici.<sup>20</sup>

E anche la professione infermieristica è stata investita di una enorme evoluzione, anche grazie al marketing, i cui esempi sono pochi (vedi ad es.” Il Patto Infermiere-cittadino” del 1996) per essere divenuto un Professionista appartenente a un suo Ordine Professionale,<sup>21</sup>dopo essere divenuto già “Autonomo” e “Responsabile” quasi vent’anni addietro.

Il valore dell’assistenza infermieristica non è più solamente quello che nell’immaginario collettivo risale a Florence Nightngale<sup>22</sup> o indistinta e sottomessa a diktat medici in epoca pre-abolizione del Mansionario.

Ma una Professione, con un proprio Ordine di appartenenza che opera in autonomia e responsabilità giuridico-deontologica, ecc...con percorsi formativi e accademici sempre più specialistici che rivendica un suo spazio non solo nella pratica clinica e assistenziale, ma anche nell’organizzazione (clinical governance) , nell’educazione e nella ricerca.

---

<sup>19</sup> La Diagnosi Infermieristica, seconda fase del processo di nursing, è un approccio scientifico per risolvere problemi assistenziali legati all’individuo, con applicazione di metodi di problem solving, la cui esatta definizione è la seguente: “un giudizio clinico-assistenziale sulle risposte dell’individuo, della famiglia o comunità a problemi di salute/processi vitali reali o potenziali. Definizione di Ana (American Nursing Association), adottata nel 1973 e ancora in uso. Fonte:www.nursingworld.org

<sup>20</sup> Riassumendo il c.d. i principi sono quelli attinenti al riconoscimento della Salute come bene fondamentale dell’individuo e interesse generale della collettività (art. 32 Cost.), che l’infermiere si impegna a tutelare con attività di prevenzione, cura e riabilitazione, l’impegno a non nuocere perseguendo il bene del paziente, l’orientamento della propria azione alla persona, alla famiglia, alla collettività, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’uguaglianza.

<sup>21</sup> Il riferimento è all’Opi (Ordine delle Professioni infermieristiche ),ente di diritto pubblico non economico (prima Collegio Ipasvi) istituito con legge del 29 ottobre 1954; riunito in una Federazione che con delega statale, tutela e rappresenta la Professione infermieristica nell’interesse degli iscritti e dei cittadini . Organo di vigilanza della Federazione è il Ministero della Salute.www.ordineinfermieribologna.it

<sup>22</sup> F. Nightngale, pioniera dell’assistenza infermieristica moderna, nell’800’, considerava l’assistenza infermieristica come “prendersi cura”, con una visione connotata da religiosità, rigidità organizzativa e dedizione, istituì le prime scuole infermieristiche (St Thoma’s Hospital di Londra nel 1860 la più famosa), contribuì a rivoluzionare fattori ambientali (salubrità dei luoghi di degenza) e una moderna filosofia autonomistica delle attività infermieristiche. È rimasta ancora oggi la figura dell’infermiera per antonomasia con principi molto rivoluzionari all’epoca.

L'infermiere oggi attua così una più ampia presa in carico del paziente, in vari modi ad esempio, garantendo la continuità assistenziale ospedale-territorio e la governance di variegati bisogni socio-assistenziali

Una riflessione meritevole di approfondimento è quello delle nuove figure infermieristiche e la grande e ottimistica "vision" che il Professore di marketing internazionale Philip Kotler ha descritto per far capire a tutti, come non solo il marketing ma anche la comunicazione (vedi strumenti come e-mail, social media marketing, web marketing ecc...), "come unica strada per crescere in sanità".

L'infermiere con il proprio Profilo professionale che lo contraddistingue, nonché la propria immagine sociale, è uno dei maggiori protagonisti e contributori di questo successo.

Che esso operi sul territorio con nuovi ruoli e competenze, anche come manager o professionista autonomo, deve conoscere e saper utilizzare il marketing per creare valore all'offerta sanitaria; nonché alla propria identità di Professionista della salute.

Per l'infermiere oggi esistono molte nuove figure e opportunità per l'Infermiere ci sono oggi, come l'infermiere di comunità sul territorio o il case manager, fino al bed manager, che insieme e in sinergia con le altre figure sanitarie, connotano maggiormente e arricchiscono il Sistema di qualità e professionalità. Non meno importante, una rinnovata "forza contrattuale" che il comparto necessita da anni.

Lo abbiamo visto con l'emergenza sanitaria "Covid-19"<sup>24</sup> di quest'anno, quanto la categoria infermieristica sia socialmente percepita come vera "spina", malgrado non sia ancora destinataria di reali e sostanziali riconoscimenti di natura contrattuale e identità professionale socialmente percepita. Una immagine sociale al pari di quella delle altre figure sanitarie, di cui questo elaborato tesi, cerca di metterne in luce Valori preziosi e socialmente imprescindibili.

---

<sup>24</sup> Nome della malattia associata al virus Sars Cov-2 che causa una sindrome respiratoria acuta grave ed è un nuovo ceppo non precedentemente identificato dall'uomo. Covid-19 è l'acronimo di Co(corona) perché fa parte di una vasta famiglia di virus che causano malattie che vanno dal comune raffreddore a patologie più gravi (es la Sars sindrome respiratoria acuta grave o la Mers Sindrome respiratoria mediorientale), Vi (virus), D(disease=malattia),e 19 (anno di identificazione del virus) Fonte: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



25

## Giuramento dell'Infermiere

*Al momento di essere ammesso quale membro della professione infermieristica, io consacro la mia vita al servizio dell'umanità, consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto...*

### **Giuro**

*“di perseguire come scopi esclusivi la difesa e il recupero  
Della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza,  
cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale  
e sociale, ogni mio atto professionale”<sup>26</sup>*

*Di rispettare la vita umana in ogni circostanza dal suo inizio fino alla morte(...); in nessun caso abbandonerò il malato senza essermi assicurato della continuità delle cure...di curare i malati con egual scrupolo e impegno...in tutti rispetterò la legittima libertà di coscienza...di offrire la mia leale collaborazione all'équipe sanitaria...di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il prestigio e la dignità della mia professione (...); di mettermi, in caso di calamità, a disposizione...di osservare il segreto professionale su tutto ciò che mi viene confidato che vedo o che ho veduto nell'esercizio della mia professione...in ogni circostanza, darò prova di grande discrezione...di aggiornare permanentemente, la mia cultura generale e le mie conoscenze professionali.*

*Faccio queste premesse solennemente, liberamente e sul mio onore”*

---

<sup>25</sup> Logo dell'Ordine degli Infermieri, con l'acronimo della Federazione nazionale.

<sup>26</sup> Riferimento al” Giuramento dell'infermiere” nella versione moderna, sulla base di quello originario redatto da Florence Nightingale, nel 1893, redatto dal comitato della scuola Ferrand dell'Ospedale di Harper di Detroit. Quello originario dell'epoca, dichiarava una posizione di ausiliarità nei confronti del Medico, giuramento divino e principio di benevolenza e non malevolenza. Era molto più condensato e privo della articolata statura morale e professionale che assume oggi, seppur innovativo per l'epoca. Quella di cui sopra, è una versione moderna attuale fonte: [www.nursetimes.org](http://www.nursetimes.org)

## Capitolo 1 Il nursing e la pianificazione strategica dell'assistenza

Il Nursing, termine inglese che tradotto in italiano, significa “assistenza infermieristica”, dal quale origina il sostantivo “Nurse” ovvero infermiere, vanta numerose definizioni abbastanza attuali (D.M. 739/94)<sup>27</sup> ed altre, anacronistiche, che connotano un passato legato al c.d. Mansionario infermieristico<sup>28</sup>. La connotazione attuale testimonia l'evoluzione della figura professionale dell'infermiere e gli scenari che si stanno aprendo con l'avvento del Nuovo Codice Deontologico<sup>29</sup>, il quale ispira l'agire, il comportamento, l'etica e l'identità professionale.

La “cultura infermieristica” che ha avuto origine da questi cambiamenti post abolizione del mansionario (L.42/99), come non solo il bagaglio di conoscenze tecnico-scientifiche e pratiche ovviamente, un insieme di valori, di “vision”, orientano l'agire dell'infermiere oggi all'interno delle aziende sanitarie pubbliche e private.

Ma si fa riferimento anche a “standard professionali” (laddove per standard si intende un valore misurabile di performance come indicatore di qualità dell'assistenza) che provengono dalle migliori ed aggiornate evidenze scientifiche disponibili (Evidence Based Nursing) e dal parere degli esperti di settore.<sup>30</sup>

Il D.M. 739/94 definisce il Profilo Professionale dell'Infermiere come operatore sanitario, iscritto a un Albo professionale, in possesso (all'epoca di un diploma di laurea) di un titolo abilitante, ne definiva nei punti successivi, l'agire professionale, art 2. L'assistenza infermieristica di natura preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, le funzioni principali sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza ai malati e ai disabili

---

<sup>27</sup> Definizione Enciclopedia Treccani “L'assistenza del malato da parte dell'infermiere (in ingl, nurse) inteso come operatore sanitario in grado di applicare al paziente le cure necessarie, di fronteggiare alcune situazioni d'emergenza, di favorire il sollievo e il recupero funzionale del malato, di avvertire e segnalare al Medico, gli eventi clinici di rilievo. Fonte: [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

<sup>28</sup> Il mansionario infermieristico del D.P.R. 14 marzo 1975, n.225 norma abrogata dalla L.42/99 ad esclusione del titolo quinto, sulle mansioni degli infermieri generici, prevedeva una serie di mansioni appunto sotto stretta dipendenza della figura medica con elenco dettagliato di tutte le funzioni che l'infermiere professionale poteva svolgere, con nessuna forma di autonomia decisionale, e il Medico, al centro dell'assistenza sanitaria. Solo con il D.M. 739/94' con la definizione del Profilo Professionale dell'infermiere, si definisce esattamente l'identità della figura e che titolo possiede. Nonché le aree di formazione avanzata oltre quella base.

<sup>29</sup> L'ultimo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, in attuazione del Decreto Lorenzin la c.d L. 3/2018, ed entrato in vigore il 13 aprile del 2019, segna una giornata storica per la professione, con il passaggio da Collegio l'Ipasvi, a Ordine Professionale. Numerose sono le nuove competenze, principi etici, evoluzione, i rapporti con l'assistito strettamente dettagliati e anche alcuni vincoli contrattuali che riflettono l'attuale criticità del mercato del lavoro.

<sup>30</sup> Uno strumento molto utilizzato dalle aziende sanitarie e la c.d. “Carta dei servizi” che rappresenta un impegno contrattuale che l'azienda sanitaria si assume nei confronti di chi usufruisce dei propri servizi. Per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria reciproci diritti e doveri, nell'ottica del principio di trasparenza e vari principi base (uguaglianza, continuità, partecipazione, efficacia ed efficienza, diritto di scelta). Nata con Direttiva Pres. Consiglio il 27/01/94', è uno strumento ormai ampiamente diffuso in tutte le aziende sanitarie. Fonte: [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

di tutte le età e l'educazione sanitaria, ma nel contesto di riforma aziendale precedente, ciò non bastava.

Numerose riforme incorse nei primi anni '90, nell'ottica di un riordino delle strutture sanitarie e la normativa sulla qualità dei pubblici servizi, hanno rivoluzionato anche il processo di assistenza, prima basato su una "sanità di attesa", contro quella che fino a noi è giunta come una "sanità d'iniziativa"<sup>31</sup>, ed in questo il marketing sanitario ha fornito la propria influenza, come anticipazione di bisogni e quindi un'offerta modellata sull'utente e le proprie aspettative di assistenza.

Ma la pianificazione strategica dell'assistenza in genere, dall'aziendalizzazione in poi (D. Lgs. 502/'92 e 517/'93), vede le aziende ospedaliere dotarsi sempre di più di strumenti gestionali e manageriali mutuati dal marketing, seppur onnipresente, non ben considerato all'esterno, da un lato per l'etica professionale e contro il diritto alla salute, sancito dall'art 32 Cost. dall'altro.

Oggi, con il nuovo Codice Deontologico, (art.55-56-57)<sup>32</sup> questo rapporto tra sanità e uso di strumenti di marketing si è maggiormente armonizzato. Il tutto, nell'ottica di un marketing puramente sociale, di promozione e comunicazione esterna.

Ma prima di vedere in dettagli alcuni degli strumenti e concetti in uso oggi per valutare efficacia e l'efficienza dei processi assistenziali in sanità, vale la pena fare "un salto indietro" per capire come si è arrivati a questo, con l'evoluzione della figura dell'infermiere, senza andare troppo lontano, fin dalla comparsa del Codice Deontologico.

Il Codice Deontologico come insieme di norme (non giuridiche) codificate, che detta regole di condotta ed indirizzo etico dell'infermiere, ne costituisce il fondamento e la natura, della sua attività professionale. 33.

Nonché uno dei tre criteri guida per lo svolgimento della Professione.<sup>34</sup>

Le varie edizioni che si sono succedute in Italia:

---

<sup>31</sup> Le due espressioni sono riconducibili al modello sanitario della Regione Toscana, pioniera di questo modello assistenziale, in origine riservato alla gestione delle sole malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale ma gli "va incontro", prima che la patologia degeneri, con garanzia di prestazioni adeguate e differenziate secondo le necessità del paziente. Fonte: [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)

<sup>32</sup> Rif. Linee Guida Pubblicità e Informazione sanitaria inerente applicazione degli art-55-56-57 del Codice di Deontologia Medica. Si definiscono principi quali "Pubblicità veritiera e corretta", o definizione di "pubblicità ingannevole" che induca in errore persone fisiche o giuridiche tale da pregiudicarne il comportamento, pubblicità comparativa, informazione sanitaria...e normative relative alla promozione su internet e aderente alle regole deontologiche. [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

<sup>33</sup>Fonte: [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

<sup>34</sup> I suddetti tre criteri guida della professione infermieristica sono: il profilo professionale, il codice deontologico, ordinamento didattico (formazione). Quanti stabilito dalla L. 42/99 sull'autonomia professionale.



La prima è quella del 1960 poi la seconda nel 1977, la terza nel 1999 e, a tredici anni di distanza, nel 2009. L'ultima citata, è l'attuale versione del 2019.

Per capire a fondo il cambio di mentalità che fa da snodo alle suddette versioni, partendo dalla prima, quella del 1960 “L'esercizio della professione sanitaria è al servizio della persona umana e si ispira ai principi del diritto e della morale umana (incipit) –art 1 “L'infermiere professionale, assistente sanitaria e la vigilatrice d'infanzia dedicano la loro opera di assistenza al malato, al sollievo della sofferenza, alla difesa della vita, alla tutela della salute individuale e collettiva...(…) curano gli assistiti con uguale rispetto e dedizione, a qualunque razza, nazionalità art 2; proteggono il malato (...) in quanto uomo libero e intelligente...osservano il segreto professionale in base ad intima convinzione...esteso anche a ciò che hanno veduto e intuito, “Pongono i rapporti con i medici sul piano di leale collaborazione eseguendo scrupolosamente le prescrizioni terapeutiche e sostenendo nel malato la fiducia verso il medico e verso ogni altro personale sanitario..”Mantengono i rapporti con l'amministrazione da cui dipendono improntandoli all'esatto adempimento delle mansioni in armonia con le finalità dell'ente (...) “Debbono tener presente che la divisa portata con dignità è distintivo ed espressione di personalità equilibrata che ispira rispetto e fiducia, infine, iscrizione All'Albo, segno di “raggiunta maturità” “partecipazione professionale” e contributo allo sviluppo armonico della società”

Esistevano all'epoca le scuole convitto; le infermiere erano per il 50% religiose, gran parte dell'assistenza era svolta da personale di “qualificazione inferiore” e ciò si riflette nei fondamenti etici “ispirati al principio del diritto e della morale umana; era un documento prescrittivo e non propositivo con comportamenti paternalistici più che al senso di responsabilità dell'infermiere, che rifletteva quello paternalistico, un modello relazionale di tutta la società. Mancava la relazione d'aiuto, e l'infermiera era considerata nel ruolo di assistente del medico.

Con il Codice del 1977, ci sono delle importanti evoluzioni:si parla di dimensione umana, rapporti sociali, impegno tecnico-operativo, la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, l'infermiere cura rapporti umani e sociali dell'assistito stimolando e promuovendo le sue capacità personali (...) “L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo, lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare la morte”.

La versione del 1999 risente del confronto con altri codici stilati nei paesi europei ed extraeuropei e ha dunque, una connotazione più internazionalistica. Dopo il Patto

cittadino-infermiere del 1996 che descrive in punti cardine, l'impegno che l'infermiere si assume nei confronti dei possibili clienti, con una posizione paritaria di partnership, e la partecipazione attiva al processo di assistenza; questo Codice del 1999 dichiara chi è l'infermiere, che servizi eroga, con quali interventi, le responsabilità generali e le funzioni del Codice e la partecipazione con gli organi di rappresentanza. (rapporti con le istituzioni). Così il Codice non è un semplice elenco di "doveri", ma una guida concreta nell'esercizio professionale, con il sostegno del professionista nelle proprie scelte professionali. 35

L'ultima edizione del Codice del 2019(Codice dei professionisti infermieri e degli infermieri pediatrici), introduce significative novità in merito al governo clinico (garante della sicurezza delle cure), lo vede come professionista autonomo e responsabile, "sostenuto da valori e saperi scientifici" (l'infermiere si occupa anche di ricerca scientifica), si fa promotore della cultura del prendersi cura e della sicurezza...

Ma anche principi aziendalistici che l'infermiere deve conoscere e "dimostrare di sapere utilizzare strumenti innovativi per la gestione efficace dei percorsi assistenziali", 53 articoli suddivisi in 8 capi, si parla di valori e saperi scientifici(art 1); relazione di cura, ambito di azione, rispetto e non discriminazione, libertà di coscienza, questo per quanto riguarda "Principi e Valori"; invece per la responsabilità assistenziale, il Codice menziona espressioni come "Cultura della salute" art 7 dove l'infermiere progetta interventi educativi (il cosiddetto counseling), l'educazione alla cultura professionale (formare nuovi colleghi), ma novità importanza è l'articolo 9: Ricerca scientifica e sperimentazione, quindi lo vede come un professionista autonomo, responsabile ma anche impegnato a livello accademico per migliorare i processi clinico-assistenziali non solo come era prima, solo con l'aggiornamento professionale, ma con il fare ricerca ex novo.

Una nota importante tra il ripetersi e puntualizzare meglio vecchi principi già esistenti (vedi es. confidenzialità e riservatezza...), ci sono altre novità che riguardano le "strategie e modalità comunicative" 36.

Viene riconosciuta anche la libera professione infermieristica e viene abolito l'art 49 che reca in uno stralcio "il denunciare situazioni che pregiudicano il mandato

---

<sup>35</sup> Informazioni tratte dal sito [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it) e dal testo di Luca Benci "Aspetti giuridici della professione infermieristica" Elementi di legislazione sanitaria; McGraw Hill, quarta ediz.2005

<sup>36</sup> Art 21: "L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci". Fonte: [www.assocarenews.it](http://www.assocarenews.it) Codice deontologico Infermieri 2019.

professionale degli infermieri, poiché possiede gli strumenti culturali e giuridici per agire in autonomia.

Qual è dunque la nuova identità dell'infermiere nel processo di nursing? Nelle parole della Presidentessa Barbara Mangiacavalli<sup>37</sup>, si può percepire meglio a quale nuova identità professionale ci si riferisce e quanto l'immagine promossa anche da strumenti di marketing aziendale, possano essere utili all'infermiere per migliorare la qualità del proprio lavoro e la propria immagine sociale.

“La sanità non funziona senza infermieri; la nostra è una professione che guarda al futuro sempre avanti e che ha come scopo il rapporto con i pazienti, un elemento valoriale importante sia professionalmente che per il” patto col cittadino”<sup>38</sup>

Il paziente moderno è un utente sempre più esigente, attento, informato e con alte aspettative di assistenza e di cura, pertanto, ha un bisogno di salute più fisiologico che patologico, non più solo soddisfatto dalle direttive mediche, ma ricerca continuamente un benessere psico-fisico e internet ha giocato un ruolo essenziale per l'innalzamento del proprio livello culturale.

Dunque, la necessità di istituzionalizzare la funzione del marketing legata all'offerta sanitaria non è sinonimo di “mercificazione” del bene salute, ma incentrare una comunicazione sul valore etico della stessa<sup>39</sup>.

E la pianificazione strategica dell'assistenza attraverso il marketing relazionale (network struttura-utente) con spostamento dal lato della domanda (quella dell'utente esigente), un tempo solo marketing operativo orientato al prodotto, oggi invece l'ottica è un'attenzione costante all'utente e alle proprie esigenze, alla ricerca di informazioni su di esso<sup>40</sup> focalizzato sul cliente e alle richieste del mercato di riferimento.

L'obiettivo cardine di questa relazione di fiducia è l'empowerment, ovvero il coinvolgimento del paziente al processo di cura e la personalizzazione del servizio, ovvero dell'assistenza/percorso di cura stesso.

---

<sup>37</sup> Attuale Presidentessa (ed ex infermiera) della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, prima alla direzione nazionale dell'Ipasvi dal 2015. La Federazione è un ente pubblico non economico che raccoglie tutti gli ordini professionali degli Infermieri e degli Infermieri pediatrici della Repubblica Italiana.

<sup>38</sup> Il riferimento è al Patto infermiere-Cittadino del 1996, un vero e proprio manifesto programmatico da cui l'incipit “IO infermiere mi impegno nei tuoi confronti a” in una serie di punti (es a presentarmi, farmi riconoscere, aiutarti, insegnarti, garantirti ecc..) tesi a rafforzare il rapporto e la comunicazione tra l'infermiere e il proprio interlocutore originale che è il paziente. L' Ipasvi ne fu l'artefice.

<sup>39</sup> Fonte: [www.silenemarketing.it](http://www.silenemarketing.it)

<sup>40</sup> Il marketing relazionale ha come obiettivo primario coltivare la relazione, attraverso la fiducia, la corretta informazione, che sia veritiera e duratura nel tempo e generi fiducia e fidelizzazione da parte degli utenti.

La rilevazione della qualità percepita si attua oltre che attraverso questionari, ufficio Urp<sup>41</sup>, la customer satisfaction dei servizi ospedalieri attraverso le indagini di mercato come suggerisce Philip Kotler<sup>42</sup>, “Non può esistere crescita senza valore creato grazie al marketing, anche in sanità” e che “solo l’innovazione può fare la differenza in un mercato di servizi medici offerti in modo indifferenziato”.

### **1.1 Il concetto di “Health Quality”**

Prima di parlare di marketing della salute, è doveroso chiarire che cosa si intende con il termine “Salute”, riprendendo la definizione classica dell’Oms: “Stato di completo benessere fisico, mentale e sociale”, che la nostra Costituzione all’art.32 tutela e garantisce “come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività...”, dunque un bene primario, variegato e di complessa soddisfazione e di rilevanza strategica a livello di Sistema-Paese poiché costruisce una parte considerevole del suo Pil (circa l’11%)<sup>43</sup> e fattore di sicurezza nazionale.

L’Health quality o health care quality, indica la qualità dell’assistenza sanitaria, attraverso dei valori e degli indicatori che attestano la validità delle prestazioni ad esempio, rispetto allo scopo (principio di appropriatezza.)

Giudicare un’assistenza di qualità secondo questa logica, vuol dire dimostrare il livello di efficacia di una prestazione o di una procedura, sulla base di informazioni cliniche che sulle conclusioni diagnostiche.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup>Ufficio Relazioni con il Pubblico, permette all’utente di comunicare con l’azienda sanitaria attraverso visite dirette, la posta elettronica e certificata, via telefonica etc., è il punto di ascolto dell’utente, fornisce informazioni sulle prestazioni e servizi sanitari e accoglie reclami e segnalazioni. Introdotti nell’organigramma della P.A. italiana nel 1993 con d.lgs.3 febbraio 1993, n.29. Essi hanno obiettivo di agevolare i rapporti tra ente pubblico e cittadino, garantire diritto accesso agli atti e favorire la trasparenza amministrativa.

<sup>42</sup>Philip Kotler è considerato il maggior esperto al mondo nel marketing strategico, ha contribuito alla statuizione del marketing come vera disciplina scientifica, derivante dall’economia, formando generazione di studenti e manager. L’opera che lo ha reso famoso negli anni 70’ ed è ancora testo in ambito universitario, è “marketing management” del 1967. Vincitore di numerosi premi e riconoscimenti, possiede anche una società di consulenza, la Kotler marketing group. Per lui il marketing è un processo manageriale anziché merceologico come tradizionalmente è stato.

<sup>43</sup> Fonte: [www.confindustria.it](http://www.confindustria.it) Rapporto Filiera della Salute 31 gennaio 2018.Politiche di coesione.

<sup>44</sup> Fonte: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

## **1.2 Nuove figure di management infermieristico in Italia: Infermiere case manager e bed manager**

Nell'ottica del miglioramento del processo di assistenza, sono sorte anche a livello infermieristico, nuove figure con formazione post-universitaria di base (master di primo livello), come evoluzione del "Primary Nursing"<sup>45</sup>.

Il case manager è una figura che coordina l'assistenza di singoli pazienti o gruppi di popolazione, secondo un continuum che include la prevenzione, la fase acuta, riabilitazione, dimissione e cure a lungo termine.<sup>46</sup>

Effettuando un rapido passo indietro, si è giunti all'evoluzione della categoria in senso di rafforzamento dell'autonomia e della responsabilità professionale, passando attraverso alcune altrettanto evoluzioni normative:

La Legge n.341 del 1990 con la Riforma degli ordinamenti didattici universitari con l'istituzione del diploma universitario, la formazione degli infermieri diventa accademica e acquisisce un ruolo maggiormente riconosciuto e "competitivo".

Il Dlgs n.502 del 1992 abolisce la presenza di tutte le scuole regionali per infermieri professionali che entro l'anno successivo non effettuino il passaggio all'università, l'obbligo del diploma di scuola superiore per diventare infermieri e si comincia a delineare quello che poi sarà il Profilo Professionale con il D.M 739/94'.

E con l'istituzione del Diploma Universitario in Infermieristica con il D.M. del 24 luglio 1996, fino al D.M. 739/94' con l'istituzione del Profilo Professionale dell'Infermiere e con il D.M. 509/99' con gli accordi europei di Parigi e Barcellona, viene creata la Laurea Triennale in Infermieristica con la possibilità di iscrizione a corsi di perfezionamento universitari di primo livello o alla Laurea Specialistica di durata biennale, ai master di secondo livello e al Dottorato di Ricerca.

La formazione specialistica con la Legge n.251 del 2000 e la dirigenza infermieristica e prevede uso della pianificazione dell'assistenza per obiettivi; con il D.M. del 2 aprile 2001 il D.U. diventa Laurea Triennale in Infermieristica, e viene istituita la Laurea Specialistica delle professioni sanitarie.

---

<sup>45</sup> Un modello di assistenza che vede il paziente fragile e vulnerabile al centro delle cure. Marie Manthey, statunitense, ne fu l'ideatrice nel 1969 in America, con garanzie della continuità delle cure con l'assunzione di responsabilità infermieristica nella presa in carico di un gruppo di pz per tutto il corso della degenza (fonte: [www.cnai.info](http://www.cnai.info))

<sup>46</sup> Tratto dal sito: [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)

L'equipollenza di diplomi conseguiti in riferimento alla precedente normativa, per accedere alle lauree specialistiche, ai master e ai corsi di formazione post-base: viene sancita con la Legge n.1 del 2002.

L'attivazione della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, con il Decreto n.270 del 2004 fornisce una ulteriore base evolutiva per la professione e per ricoprire ruoli di dirigenza, con competenze non solo clinico-assistenziali, ma anche di management e ambiti annessi.

Ma tornando a parlare delle nuove figure "figlie" di questi steps normativi, poiché fondanti una crescita e una considerazione sociale di notevole importanza, vale la pena chiarire l'identità di queste figure di management.

Di che cosa si occupa nella pratica quotidiana il case manager, (come evoluzione del modello assistenziale del primary nursing) e quali principi aziendali (e di marketing) persegue? Letteralmente "coordinatore del caso", questa nuova figura infermieristica segue il percorso assistenziale di cura del paziente, tarato sulle proprie esigenze e quella dei caregivers, con le risorse a disposizione, sia in ospedale che a livello territoriale (continuità ospedale-territorio), interfacciandosi con un team multi-disciplinare.

Per descriverla in parole più chiare e semplici, l'infermiere che ha questo ruolo segue il paziente lungo un percorso di cura, supportando il paziente, lungo tutto il percorso, gestisce il caso clinico di un setting (contesto) preciso in un contesto multidisciplinare (più professionisti che si prendono cura del singolo paziente). L'infermiere è un counselor, un comunicatore nella relazione d'aiuto e dispensa consigli e informazioni sui migliori percorsi di cura e l'acquisizione della consapevolezza e resilienza di fronte alla malattia.

Una figura preziosa all'interno del contesto sanitario, poiché permette l'uso razionale di risorse, la qualità dell'assistenza e del percorso di cura, l'umanizzazione delle cure che rafforzano la fiducia del paziente e del professionista sanitario, in un'ottica di maggiore autonomia ed evoluzione della figura infermieristica.

Al contrario l'infermiere bed manager ha un ruolo maggiormente "operativo" che strategico, garantendo il contenimento dei costi nella gestione dei posti letto, all'interno delle u.o.<sup>47</sup>, il controllo dell'efficacia (ovvero la capacità di raggiungere un obiettivo prefissato), e l'efficienza (l'impiego di risorse minime disponibili per raggiungere

---

<sup>47</sup> Contrazione del termine "Unità operativa" ovvero il reparto di degenza ordinaria.

determinati obiettivi), assicura il corretto setting di cura e assistenza, sia in ps (Dea) che in contesti di ricovero programmato.

Possiede competenze manageriali e relazionali, con l'ottica di migliorare la gestione economico-organizzativa delle singole Unità Operative e l'agevolazione dei percorsi clinici.

Anche le attese in Pronto Soccorso si riducono grazie alle capacità strategiche di un buon bed manager competente e le dimissioni protette nei reparti, con il reinserimento in altre strutture territoriali.

L'introduzione con successo di queste figure testimonia quanto sia preziosa la formazione per gli infermieri che possiedono un know-how sempre più variegato e modellato sul contesto in evoluzione di una Sanità che deve rispondere a bisogni sempre più complessi assicurando i principi tradizionali cardine del sistema<sup>48</sup>

TABELLA 1   I PROFILI D'AZIONE DEL MARKETING IN SANITÀ			
Marketing per la salute	Marketing di prodotto	Marketing per l'empowerment	Marketing istituzionale (a livello corporate)
<b>FINALITÀ</b>			
Miglioramento del profilo di salute della popolazione	Equità, efficienza, appropriatezza nei processi di fruizione dei servizi	Promozione della autonomia decisionale degli individui	Legittimazione istituzionale
<b>OGGETTO</b>			
Stili di vita	Prodotto (attributi, benefici, garanzie e/o componenti di valore)	Identità e immagine	
<b>INTERLOCUTORI</b>			
Comunità di riferimento	Soggetti di domanda (e/o intermediari)		Stakeholder
<b>AMBITO D'AZIONE SUI COMPORAMENTI</b>			
Comportamenti rilevanti per la salute	Processi decisionali di scelta e consumo		Atteggiamenti
<b>FATTORI DI SPINTA</b>			
Situazione di allarme o di rischio per la salute	Dinamiche competitive, fenomeni di non appropriatezza nei consumi, innovazioni di prodotto	Riconoscimento di valori e preferenze differenziate dei singoli individui	Esigenza di fonti alternative di finanziamento e ritorni in termini di consenso all'azione
<b>PRINCIPALI MANIFESTAZIONI DI INERZIA</b>			
Soglia dimensionale minima di investimento	Ostacoli culturali e organizzativi	Concezione passiva degli utenti e non disponibilità di alternative	Frammentazione organizzativa e fenomeni di turbolenza istituzionale
<b>CARATTERISTICHE DEI PERCORSI EVOLUTIVI</b>			
Costruzione di un sistema di alleanze per la salute a livello comunitario	Commitment dei professional e "messa a forma" del sistema di offerta	Aggancio a dinamiche sociali o politiche emergenti	Costruzione di un profilo identitario e commitment interno

Figura n°( 2) Profili d'azione del marketing in sanità

<sup>48</sup> Il riferimento è alla Legge 833/78 costitutiva del SSN, la c.d. prima riforma sanitaria, che poggia su principi quali: l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Ovvero le prestazioni sono garantite a tutta la popolazione.

### 1.3 Mission, valori e prospettive ideologiche nell'assistere

Assistere, nell'accezione etimologica "ad-sistere" ovvero stare accanto, rapportato all'operato quotidiano dell'infermiere, coincide appieno con il mandato professionale, basato su valori, ideali, aspirazioni che possiamo ricordare, facendo riferimento all'ultimo Codice Deontologico del 2019<sup>49</sup>, citandone alcuni:

Nel Capo I si annoverano tra i valori e saperi scientifici, seguito dall'ambito di azione (nella pratica clinica, dell'educazione e della ricerca, ma in primis, ci dice che "il suo agire è orientato al bene della persona, della famiglia e della collettività (art.2); si parla di rispetto e non discriminazione (libertà, eguaglianza e scelte di vita del paziente..ecc.); e a seguire, negli articoli successivi dello stesso Capo, si cita che l'infermiere attua "una relazione di cura, anche con l'utilizzo di ascolto e dialogo, che la persona assistita non sia lasciata in abbandono, la promozione della consulenza etica e del confronto, nonché la libertà di coscienza.

Implementare e veicolare ulteriormente i principi e valori deontologici con una visione strategica (ovvero pianificata), è un obiettivo diretto a più categorie di attori coinvolti (cittadini, Medici di famiglia, Istituzioni sanitarie, politiche locali) in ambiti anche accademici (formazione universitaria) per la formazione di futuri professionisti.

In primis, bisogna informare il comune cittadino attraverso quello che nel marketing strategico sanitario è denominato "health literacy"<sup>50</sup> veicolata attraverso i media, l'intervento diretto nelle scuole e in altri contesti formativi e istituzionali, così come accrescere la propria conoscenza sull'identità degli infermieri attraverso campagne informative, spot tv e trasmissioni televisive "Parola d'infermiere" nel 2018<sup>51</sup>, la trasmissione tv dell'Opi di Grosseto, nelle parole dell'autore del programma: "L'infermiere è un portatore sano di cultura sanitaria e di buone pratiche assistenziali nella cittadinanza e di spunti di riflessione sulla salute", si comprende quando sia importante veicolare anche attraverso il mezzo televisivo il valore dell'assistenza infermieristica basata su evidenza scientifica e formazione continua.

---

<sup>49</sup> Il già menzionato ultimo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche approvato dal Comitato centrale della Federazione e del Consiglio degli Ordini delle Professioni infermieristiche riuniti a Roma in seduta del 13 aprile 2019. Consta di 8 capi e 53 articoli.

<sup>50</sup> Ovvero l'alfabetizzazione sanitaria

<sup>51</sup> Trasmissione televisiva in onda su tv 9, emittente radio televisiva toscana, sulla quale l'Opi di Grosseto manda in onda questa trasmissione. [www.opigrosseto.it](http://www.opigrosseto.it)



Evitando un uso improprio del termine di “task shifting<sup>52</sup>” per nuovi modelli assistenziali, che di fatto se non bene gestito, potrebbe snaturare il mandato professionale degli infermieri e il Profilo professionale.

La mission costitutiva dell’agire infermieristico è il prendersi cura, ovvero il caring e identità professionale delineata nel Profilo Professionale, dove si configura la propria identità (D.M. 739/94’ comma 1 “L’infermiere è l’operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, è responsabile dell’assistenza generale infermieristica”), la natura del processo assistenziale infermieristico (comma 2 art.1 “l’assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa); nonché la capacità propria dell’infermiere, di identificare i bisogni di assistenza, poiché è la prima figura con la quale si interfaccia con il paziente quando questo si rivolge a una struttura sanitaria.

La mission dell’assistenza infermieristica coincide con i valori e la deontologia che lo contraddistingue, ma soprattutto, nelle parole del c.d. “Giuramento infermieristico di Florence Nightingale<sup>53</sup>, che imprime un rispetto dei valori etici, religiosi e culturali del paziente.

Per ciò che attiene alla mission e ai valori, la deontologia infermieristica di cui ben 11 capitoli riguardano il rapporto diretto con gli assistiti e nella deontologia professionale come insieme di norme e regole della condotta professionale, è esso stesso espressione dei valori propri di una professione, in primis, la parte “visibile” come ad esempio, il gesto di cura, le soft e hard skills citate in breve:

Soft skills: abilità cognitive, relazionali e comportamentali (es. donna che ha subito violenza o approccio con una persona che non ha alle spalle un tessuto sociale di riferimento ed è abbandonata a sé stessa...L’infermiere è anche un“ponte” che indirizza verso strutture e centri di accoglienza...) resistenza allo stress, abilità comunicative, capacità di lavorare in team, capacità di problem solving e gestione /risoluzione dei conflitti, empatia, capacità decisionale resistenza alla fatica

---

<sup>52</sup> Il task shifting è un termine che indica il trasferimento di compiti, più in generale, delle competenze e delle responsabilità. Ovvero la redistribuzione razionale di compiti all’interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie al quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altra qualificazione formale meno elevata. Un esempio di task shifting che in Regno Unito è una realtà, è la possibilità per gli infermieri di prescrivere taluni farmaci, o reparti gestiti da soli infermieri e gli ospedali di comunità...mal percepiti e ostacolati dalla classe medica che accusa la categoria di esercizio abusivo della professione medica in base all’art. 348 C.P.

<sup>53</sup> Redatto nel 1893 da una apposita commissione dell’ospedale Harper a Detroit.

Hard Skills: sono tutte quelle competenze di base che l'infermiere acquisisce e potenzia per mezzo della formazione, di base e post-base.

Su entrambe si può lavorare e migliorare, seppure alla base di questa professione più che quella un tempo era nella comune accezione, "la vocazione" è piuttosto sempre di più una attitudine a poter svolgere un lavoro così importante socialmente e delicato, che necessita di un valore basilare: l'Umiltà. Intesa come empatia, volontà e predisposizione nel vedere con umanità problemi e giudizi, astenendosi totalmente da giudizi e considerazioni personali del tutto fuorvianti.

E l'umiltà implica anche mettersi in discussione sempre di fronte a chi affida le proprie intimità, paure, timori, gioie e tristezze, sensi di colpa, al professionista che lo prende in carico, evitando di farli propri, ma stando accanto al paziente, ponendosi come alleato anche quando non comprende e non apprezza tutto il lavoro che c'è dietro.

Infine, le prospettive degli infermieri sono in primis quelle attinenti al riconoscimento professionale al pari di altre categorie sanitarie e il mantenersi fedeli ai principi e valori del Codice deontologico e del Patto Infermiere-Cittadino, contro ogni lacuna organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale e delle singole realtà aziendali, continuando a mettere in gioco.

Il marketing strategico offre un grande spunto e strumenti di management alla professione infermieristica, al pari di un core business di una grande azienda; il core infermieristico continua ad essere l'uomo e i suoi bisogni di assistenza, la vision quella di rispondere ai bisogni di salute di una popolazione sempre più eterogenea e globalmente connessa, ma anche fragile e non più giovane e supportata socialmente, e la mission potrebbe essere quella di evolvere le competenze (a livello organizzativo, manageriale e specialistico) laddove gli infermieri sono dei "facilitatori" di tutto il processo assistenziale con pari dignità e considerazione sociale degli altri attori-protagonisti della Sanità.



Fig. n° (3) **Elementi del piano di marketing strategico**



Fig.n°(4) **La swot analysis**

---

<sup>55</sup> Altro strumento di pianificazione aziendale è la swot analysis che anch esso può essere utilizzato dall'infermiere per valutare efficacia e l'efficienza di un progetto di ricerca, di assistenza o l'organizzazione gestionale di un reparto da parte di un coordinatore. La S.A. viene utilizzata per identificare i punti di forza (strengths) e di debolezza (weaknesses)interni all'organizzazione; e le opportunità (opportunità) e minacce (threats) esterne all'organizzazione. Immagine tratta da google images.

## 1.4 L'identità degli infermieri oggi: professionisti consapevoli del proprio valore?

Attualmente in Italia ci sono circa 500.000 infermieri, L'Oms ha celebrato quest'anno come "International year of the Nurse and the midwife 2020" in occasione del bicentenario della nascita di Florence Nightingale, elogiando il coraggioso operato in occasione della pandemia globale di Covid-19.

L'Organizzazione mondiale della Sanità sottolinea come ancora il lavoro degli infermieri, (seppur svolgono servizi essenziali)... il loro operato è ancora sottovalutato e sottostimato.

Nel nostro paese essi rappresentano il 6% circa ogni mille abitanti, ben al di sotto della media Ocse dell'8,8% con una retribuzione più bassa rispetto agli stessi paesi Ocse (44 mila dollari contro la media dei 49.000 dollari) e il numero è ben al di sotto della stessa media, per ciò che riguarda il rapporto medici-infermieri.<sup>56</sup>

Da una recente indagine<sup>57</sup> pubblicata sulla rivista "L'Infermiere" è emerso che essi si dichiarano professionisti a tutto tondo, forti di capacità assistenziali, ma anche comunicative e relazionali favorevoli alla ricerca scientifica di settore.

"Ieri eroi, oggi fantasmi" si legge su un articolo del Sole 24 Ore<sup>58</sup>, lo slogan di un flashmob per chiedere maggiori riconoscimenti professionali e contrattuali". Una professione però, se da una parte raccoglie consensi e fiducia tra i cittadini.. sono dalla nostra parte, i colleghi un po' meno come ha dichiarato Brunella Venturini, <sup>59</sup>presidentessa dell'allora Ipasvi di Massa Carrara, "rilanciando il pensiero della Presidentessa Fnopi Barbara Mangiacavalli che ha più volte ribadito che" la sanità non funziona senza infermieri (...) lo fanno perché hanno scelto di fare e non lascerebbero mai nessuno indietro" e che "i nemici degli infermieri sono gli infermieri stessi" e la già menzionata Venturini "questo accade perché non abbiamo fiducia in noi stessi e non siamo consapevoli fino in fondo delle nostre potenzialità...noi infermieri siamo vicini al malato e pronti sia dal punto di vista tecnico e relazionale, a farci carico dei bisogni

---

<sup>56</sup> Fonte: [www.truenumbers.it](http://www.truenumbers.it), dati aggiornati a maggio 2020.

<sup>57</sup> L'indagine in questione è Nursing self-concept questionnaire ideato da Cowin, permette una valutazione globale riguardo la percezione che ha l'infermiere del proprio ruolo professionale (aree indagate: concetto generale di sé, assistenza; relazioni con lo staff, comunicazione con l'utenza e i colleghi; conoscenze; leadership) Rivista "L infermiere" n 3 del 2019, a cura di Erica Giroto e Luca Chiarello.

<sup>58</sup> Articolo di Marzio Bartoloni apparso ne il Sole24 Ore il 9 giugno 2020. "Infermieri; dopo la promessa dei premi: ieri eroi, oggi fantasmi" dopo mesi in trincea nella battaglia contro il coronavirus, in ospedale e nelle terapie intensive ...si legge nell'articolo, la promessa di premi e aumenti di stipendio disattesi...gli infermieri chiedono l'adeguamento degli stipendi ai livelli europei e migliori condizioni lavorative.

<sup>59</sup> Allora Presidentessa del collegio Ipasvi di Massa Carrara, nel 2016 ha rilasciato una intervista per il sito [www.nursetimes.it](http://www.nursetimes.it).

inespressi e dei desideri del paziente...abbiamo capacità di andare oltre il bisogno e capire quelli che il paziente non riesce ad esprimere”

Scegliere di fare l’infermiere significa coltivare un ambito inteso come arte, disciplina e scienza di una professione che incarna valori forti come la solidarietà e la socialità, il proiettarsi in una visione del mondo portatrice di valori...è una base solida sulla quale costruire una connessione di maggiore complicità e solidarietà appunto, tra gli stessi pari.

Spesso si parla in termini sindacali di “frammentazione del collettivo”<sup>60</sup>in riferimento alla non compattezza nelle decisioni di conferire alla professione, meriti e riconoscimenti che le altre professioni sanitarie possiedono di default.

E in questo manca una visione unitaria...con persistenti paradossi che nella realtà, che vede una intera categoria portabandiera di valori come la solidarietà e la cooperazione, ma che non è abitudine consolidata tra gli stessi infermieri.

Eppure“siamo la professione più rappresentata in sanità...ognuno di noi nel suo operato di ogni giorno, rappresenta l’intera categoria...e pertanto, aggiungerei, non si può cedere ad un dequalificante demansionamento<sup>61</sup>, che nuoce alla professione non la rende credibile e meritevole di rispetto paragonata ad altre figure sanitarie

Si parla di “leadership sociale di una professione”, come capacità di risolvere problemi che oggi la società civile e cittadini pongono come domanda di salute...che induce effetti terapeutici e non solo...ma anche atteggiamenti culturali ed etici adeguati...ma anche di “principio di integrità morale della professione (l’essere trattato come un buon professionista); “l’infermiere come agente morale”(il compiere scelte di natura etica)...ecc...Ma sempre di più a questa forte identità socio-professionale abbinata agli infermieri, si accosta sempre di più anche il binomio “responsabilità professionale e leadership infermieristica”<sup>62</sup>...in un comparto, quale quello sanitario, tra i più importanti del paese sia dal punto di vista produttivo che occupazionale.

Queste capacità e responsabilità crescenti e a più livelli, meritano una crescita di sensibilità e coesione anche tra gli stessi professionisti della stessa categoria, una compattezza di obiettivi e visione sul futuro. A cominciare dal considerare il fare

---

<sup>60</sup> Termine sindacale qui utilizzato in un’accezione più descrittiva, per sottolineare la mancanza di unità e compattezza della categoria.

<sup>61</sup> Lo svolgimento di mansioni di livello inferiore rispetto alla qualifica di appartenenza e non attinenti al profilo professionale né al profilo contrattuale del professionista, o anche nell’assegnazione di nessuna mansione.

<sup>62</sup> Fonte: “Osservatorio civico sulla professione infermieristica. “I cittadini e la loro esperienza con gli infermieri”[www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

l'infermiere una Professione<sup>63</sup>, e non più solo una missione nel senso tradizionalmente religioso-vocazionale del termine, appartenente in parte, a qualsiasi altro professionista sanitario, ma una advocacy<sup>64</sup> della professione stessa.

“Siamo Eroi dimenticati, ma sempre in prima linea” titola un editoriale on-line come claim dello sciopero nazionale del 2 novembre 2020...<sup>65</sup>; e per concludere una riflessione nelle parole di Cosimo Cicia (Presidente Opi di Salerno) speranze di nuove evoluzioni compatibili con” la sanità che verrà”...“Negli ultimi vent’anni la professione infermieristica ha avuto una evoluzione che mai anche solo vent’anni fa ci si sarebbe aspettati e ha raggiunto traguardi fino a poco inimmaginabili. Certo, serve un cambio di cultura per alcuni...perché non alzino muri inutili, vecchi e dannosi allo sviluppo...dobbiamo modificare il sistema, fare prossimità, andare vicino ai bisogni delle persone. E per farlo occorre valorizzare gli infermieri, che sono persone formate professionalmente per stare vicino a questi bisogni.

---

<sup>63</sup> Dal latino “Professio.deriv. di profiteri dichiarare o professare...ovvero aperta e pubblica dichiarazione di qualche cosa, e specialmente, di una idea, di una opinione, per estensione, intesa nel mondo del lavoro indica, una qualunque attività intellettuale o manuale, esercitata in modo continuativo, ecc...fonte...www.treccani.it

<sup>64</sup> Il termine, di derivazione legale, è qui inteso come “employee advocacy”sta a indicare la presa di posizione, di parola, di garanzia dei dipendenti, condividendo la loro esperienza come lavoratori e parte integrante dell’azienda. Fonte: [www.insidemarketing.it](http://www.insidemarketing.it) articolo “Employee advocacy:quando i dipendenti amano l’azienda e vogliono raccontarla”, 31 ottobre 2018

<sup>65</sup> Articolo di Giada Ferraglioli, “Coronavirus, infermieri in sciopero: “Siamo eroi dimenticati, ma sempre in prima linea”, 2 novembre 2020, in occasione dello sciopero nazionale. Sito web: [www.open.online](http://www.open.online)

## **Capitolo 2: Il paziente da “utente” a “cliente” dell'azienda sanitaria.**

### **Analisi in un'ottica di health marketing. Nuove mission nel campo dell'assistenza.**

La concorrenza nel campo pubblico e privato in un contesto sempre più globalizzato e interconnesso, è “*conditio sine qua non*”, che rende le aziende stesse, presenti sul mercato (globale) e in una (non sempre) sana competizione per migliorare servizi e prodotti offerti, così come la qualità reale o percepita dalle persone.

Considerata l'evoluzione dall'orientamento al mercato all'orientamento al cliente, avvenuta nel marketing, così come l'orientamento basato sull'offerta è mutato passando a un orientamento basato sulla domanda, che implica una relazione duratura con gli utenti personalizzando percorsi di cura e assistenza.

Un altrettanto nuovo orientamento dell'assistenza infermieristica può essere un approccio orientato alla Salute bilanciando l'assistenza basata sulla malattia e in un contesto dove il cittadino “si emancipa dalla malattia” stessa, “esigendo la cura” essendo sempre partecipe alle decisioni riguardanti il proprio percorso di cura, rafforzando la propria formazione professionale come base per la costruzione di politiche sanitarie basate sui bisogni della popolazione.

Questa evoluzione della figura del paziente, in utente e poi cliente del sistema sanitario, è frutto di una evoluzione della figura del Medico soprattutto, con l'abolizione della distanza gerarchica col paziente, e il ridimensionamento del suo ruolo sociale, e attualmente, l'utente (paziente) è un “fruitore di un diritto di cura e di salute, costituzionalmente garantito”<sup>66</sup> e la figura dell'infermiere è molto importante nel preservare non solo un rapporto fiduciario verso il sistema, ma nel garantire la qualità del processo assistenziale, dalla presa in carico alle dimissioni.

---

<sup>66</sup> Fonte: Neirotti; M.; (medico chirurgo Responsabile comunicazione OMC&O Torino, articolo “Paziente, assistito, utente, cliente, esigente (...), 17 luglio 2019, pubblicato sul sito [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it)

Come può aiutare l'health marketing in questo senso? - In primis, individuando quelli e sono i punti di forza e di debolezza dell'assistenza, costruendo un percorso clinico assistenziale di valore.

La “cultura infermieristica da sempre porta con sé, valori che esaltano il significato dell'esistenza umana attraverso il paradigma del “prendersi cura” distinguendosi da altre professioni sanitarie per la propria funzione globale, bio-psico-sociale e olistico secondo la definizione di Salute dell'Oms “67

Garantire la soddisfazione degli utenti e misurare costantemente la loro responsabilità attraverso un mix di strumenti quali: questionari aziendali, linee guida, L'Urp (Ufficio Relazioni con il Pubblico)<sup>68</sup>, sondaggi, indagini Internazionali come la recente classifica mondiale dei “top 50 ospedali migliori al mondo” del 2020<sup>69</sup>; la grande risonanza dei social network con la web reputation<sup>70</sup> che attiene anche la condotta di singoli operatori, ecc...ma anche la qualità dell'ambiente di lavoro attraverso fonti informative formali e informali appannaggio delle Direzioni Sanitarie.

Un accenno a parte, merita certamente la già menzionata Carta dei Servizi Sanitari, ormai appannaggio di tutte le aziende sanitarie (alla fine del capitolo, ci saranno delle immagini esplicative).

---

<sup>67</sup> Cantalupo., T.; La pianificazione dell'assistenza infermieristica analisi del processo di nursing applicato alla realtà clinica. Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia, a.a. 2004-2005. Il riferimento alla definizione di salute dell'Oms del 1948: “uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o infermità.

<sup>68</sup> E' un servizio dell'ospedale dedicato all'ascolto e all'accoglienza degli utenti afferenti. Offre un punto di riferimento diretto con la struttura riguardo servizi erogati, modalità di accesso, con la possibilità di presentare alla stessa, osservazioni, reclami, e qualora il problema non sia suscettibile di spiegazione o immediata soluzione, si avvia una istruttoria di reclamo con coinvolgimento delle unità operative interessate al fine di fornire una risposta adeguata agli utenti. Fonte: IRCCS Ospedale San Raffaele Milano [www.hsr.it](http://www.hsr.it)

<sup>69</sup> Il riferimento è alla recente classifica “World's best hospitals 2020” in valutando il rank in 20 paesi posizionando il Niguarda di Milano, come il primo della lista tra i cento ospedali migliori nel paese. I dati rilevati da interviste a Medici e Pazienti, tra settembre e novembre 2019, includono eccellenze nell'ambito di trattamenti sanitari specialistici, competenze e livelli di assistenza garantiti dagli operatori e migliori aspettative di vita. Fonte: [www.newsweek.com](http://www.newsweek.com)

<sup>70</sup> È la reputazione sul web, cioè l'opera di raccolta e monitoraggio di informazioni di tutto ciò che viene affermato o pubblicato su internet, in merito a prodotti/servizi, persone, progetti, ecc...[www.studiolegalelerro.net](http://www.studiolegalelerro.net)



Con l'accessibilità istantanea ai social network appannaggio di chiunque ad esempio, gli infermieri possono incappare in spiacevoli recensioni non verificabili se non in sedi opportune, che ledono immagine e decoro della categoria e anche della stessa azienda.

Nonché i valori stessi del mandato professionale degli infermieri...perché non è sempre facile dare risposte a una mole di richieste eterogenee dettate dalla fretta degli utenti che disconoscono le regole organizzative e il buon senso, ed è così che criteri aziendalistici come efficienza, efficacia e qualità, soprattutto la c.d. qualità caratteristica essenziale che attiene alla capacità di fornire le migliori risposte possibili e compatibili con il livello di conoscenze dei sanitari, la loro specializzazione e capacità relazionali.

Un concetto molto importante e fondamentale in un contesto sempre più internazionale e globalmente frammentato, “esso determina la sopravvivenza e/o sviluppo dell'azienda stessa (ivi inclusa, quella sanitaria) così come il valore dell'azienda è dato dal numero dei clienti, dalla capacità di mantenerli (loyalty), e la capacità di attrarne di nuovi, a fronte di utenti più consapevoli e sempre più informati e capaci di scegliere.

Ma anche di comparare e valutare chi/ cosa corrisponda meglio alla propria idea e bisogno di Salute e Benessere. 2

Nel contesto sanitario, “la customer satisfaction<sup>71</sup> è stata ampiamente riconosciuta come una misura di qualità, anche alla luce dell'accresciuto desiderio di coinvolgimento e partecipazione espressi dall'utente e del legame esistente tra soddisfazione e adesione del paziente alle cure e ai trattamenti medici”

E inoltre...Non sempre viene perseguita anche se dichiarata questa attenzione al cliente, ma deve essere un imperativo categorico nel contesto attuale di una crescente saturazione dei mercati, come esigenza di un consumatore sempre più esigente e, più

---

<sup>71</sup> È l'attività nel marketing strategico, di utilizzo di una serie di tecniche e strategie volte alla massimizzazione della soddisfazione del cliente. In sanità una frase di Patch Adams, (medico statunitense famoso per aver creato un approccio gioioso e giocoso coi pazienti e la clown terapia), “quando curi una malattia, puoi vincere o puoi perdere...quando ti prendi cura di una persona, vinci sempre”. Questo è un esempio di qualità e soddisfazione per il paziente.

selettivo, più informato (molto importante il ruolo di Internet) e più attento alla qualità.”<sup>72</sup>

A tal proposito, per capire meglio di cosa si sta parlando, si può ricorrere a numerose Definizioni disponibili del concetto di “soddisfazione del cliente”:<sup>73</sup>“é un insieme di metodi e modelli di ricerca per la rilevazione del grado di soddisfazione del cliente, assunta come misura di qualità di un servizio...è il grado di soddisfazione del cliente e la qualità percepita, come segno di cultura diffusa di orientamento al cliente e consapevolezza dell'importanza del suo giudizio per orientare le scelte di vertice e valutare la qualità dei servizi offerti.

Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica contenuti nel DM. 739/94' e nel penultimo Codice Deontologico del 2009 cambia la denominazione della figura infermieristica da “operatore sanitario” a “professionista sanitario, ciò vuol dire che esso è responsabile non solo dell'assistenza generale ma la sua “mission” è ricca di valori e obiettivi:

Ad esempio, esso è garante della corretta prescrizione diagnostica-terapeutica (strettamente clinica nell'ottica della sicurezza dell'assistito e dell'efficacia terapeutica) ma ha tra le sue mission la prevenzione delle malattie, assistenza a malati e disabili e l'educazione sanitaria, anche “la capacità esclusiva di identificare i bisogni di assistenza infermieristica” (nota al DM 739/94) .

Questi bisogni sono non solo strettamente correlati allo stato di malattia o di perdita dell'autonomia nel bisogno, ma sono relativi e vicini alla concezione olistica del concetto di Salute dell'Oms e del Modello di Marisa Cantarelli, nell'ottica di una personalizzazione delle cure e del rapporto con l'assistito modellato sulle proprie necessità.

La “formulazione degli obiettivi” da parte dell'infermiere (ndr DM 739/94' art 1. Comma 2) non è una logica diversa da quella adottata dal marketing strategico,(nota definizione) seppur in ambito sanitario, trattasi di un marketing di tipo sociale(nota)

---

<sup>72</sup>Schiavi; G.; “La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie; edizioni Franco Angeli, Milano, 1999.

(nota), che crea valore per il consumatore/utente e l'infermiere del futuro deve conoscere e servirsi di tali strumenti di marketing per pianificare e gestire al meglio il processo di assistenza.

Gli strumenti conformi messi a disposizione del marketing strategico sono diversi: swot analysis -ovvero uno strumento schematico che permette di identificare punti di forza (strengths), debolezze (weaknesses), opportunità (opportunity) e minacce analizzando componenti interne ed esternamente all'azienda(opportunità e minacce fattori esterni e non controllabili)

La mission primaria dell'infermiere è di prendersi cura della persona in una logica olistica. Il libero professionista porterà a compimento la sua mission utilizzando nuove strategie organizzative e culturali.

Ma questa dimensione “organicistica” oserei definirla, della presa in carico globale del paziente, da parte dell'infermiere, oggi assume rispetto al passato, una dimensione diversa e con una accezione più ampia, perché multi-disciplinare e interconnessa.

Cosa è cambiato negli ultimi decenni rispetto al passato?-Molto. E su vari fronti. Cambiamenti di natura demografica, in primis, che riguardano la popolazione italiana, e “più in generale l'evoluzione dei bisogni manifestati dai pazienti e dai caregiver...la comparsa di nuovi bisogni di salute e soprattutto, nuove modalità di percepire e manifestare tali bisogni nelle relazioni con altri operatori sanitari...(...) i luoghi nei quali si sostanziano le risposte a tali bisogni, il ridimensionamento della centralità della struttura ospedaliera... e l'individuazione di nuovi modelli organizzativi (territorio per esempio)

## **2.1 Il counseling e la comunicazione: strumenti vincenti per un'assistenza di qualità**

Uno dei punti di forza in un'ottica di health marketing di qualità e risultato, è certamente la capacità (nonché competenza acquisita) dell'infermiere di fare counseling.

Ma cos'è il counseling e di cosa si occupa il counselor, e quali caratteristiche deve possedere?

Trattasi di una particolare forma di relazione di aiuto, dove l'infermiere è un facilitatore, che comunica con empatia e si pone sullo stesso livello culturale e cognitivo del paziente, (ma non alla pari, il rapporto rimane asimmetrico per essere in grado di aiutare) consigliandolo e informandolo fornendo supporto emotivo e informazioni tecnico-cliniche.

Aiutando il paziente "ad aiutarsi" incentivandolo a collaborare, a renderlo partecipe e protagonista del proprio percorso assistenziale.

Destinatari sono anche la famiglia e i care-givers e l'attività di counseling sviluppa la resilienza, la prevenzione, il maggior controllo sul proprio stato di salute e autonomia personale, la crescita personale di innegabile ambivalenza. (si cresce come professionisti anche attraverso le esperienze dei pazienti)

Quindi il counselor è colui che promuove un comportamento orientato al miglioramento, al benessere, alla promozione della salute senza fornire una soluzione ben definita, come potrebbe trattarsi per uno psicoterapeuta ad esempio.

La radice etimologica di counseling è un termine che deriva dall'inglese "to counsel" a sua volta dal latino "consulere" ovvero (cum+solere) alzarsi insieme, ovvero venire in aiuto di qualcuno come con Carl Rogers<sup>73</sup> nell'ambito psicologico, prese piede questa accezione di "relazione d'aiuto".

Pertanto, le caratteristiche che un buon counselor deve possedere è "essere realmente presenti e intensamente coinvolti nell'ascolto, in maniera partecipe e non invasiva, né inquisitoria, cercando di cogliere segnali verbali e non verbali(ad esempio, la postura, la prossemica...lo sguardo..) propositivo senza porsi come arrogante o soverchiante ("io ne so più di te perché sono esperto"); rilanciando punti della conversazione che possono far spiegare meglio chi ci sta di fronte e porsi in veste di aiutante non risolutore di problemi.

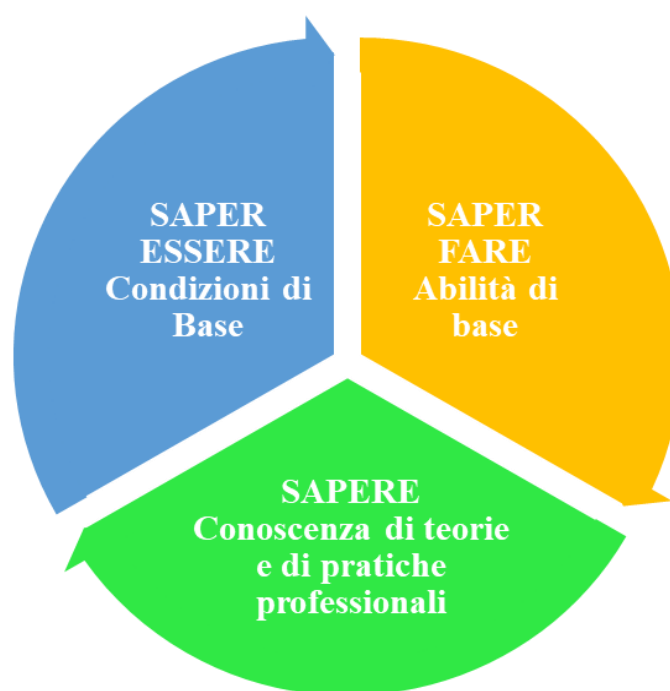
---

<sup>73</sup> Fondatore della psicologia umanistica, Carl Rogers è stato docente di psicologia e psichiatri e non solo, nonché premio Nobel per la pace nel 1987. Fonda la sua teoria psicologia sull'autodeterminazione, come volontà di vivere, perfezionarsi, preservarsi e modificarsi. Teorico della filosofia basata sul cliente, rifiutando il termine paziente, guidato da comportamenti razionali dato da un naturale oscillare di stadi esistenziali.[www.opicaserta.it](http://www.opicaserta.it)

E fare counseling è uno dei modi efficaci di risposta al bisogno di salute così come concepito dall'articolo 32 della Costituzione e la continuità assistenziale poiché come è stato recentemente ribadito “L’infermiere è il professionista che riconosce ogni forma di fragilità e non ti lascia mai solo” in un articolo, dedicato alla Giornata Internazionale degli Infermieri. 74

E “le aziende sanitarie essendo organizzazioni molto complesse, che non rispondono a comuni leggi di mercato, prodotto e guadagno, ma aziende produttrici di servizi fornite da professionisti con percorsi formativi diversi, e dall’altro, deve proteggere e promuovere Salute dei cittadini, con la maggiore qualità tecnica possibile, ottenendo una buona soddisfazione del cliente, nel rispetto dei criteri di efficacia ed efficienza.75 “  
Come si traducono questi concetti sotto forma di counseling?

Per l’infermiere, nel possesso di tre abilità indispensabili, riassumibili nello schema seguente:



**Fig.n°(5) Il Counseling nella professione infermieristica. Le Competenze dell'Operatore<sup>76</sup>**

<sup>74</sup> Il riferimento è un articolo apparso sulla rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, il 12 maggio 2018, in occasione della Giornata Internazionale dell'infermiere.

<sup>75</sup> Efficacia ed efficienza sono due indicatori di performance. In sanità l'efficacia è un giudizio derivante da procedure sperimentali, circa la validità di una procedura stessa o di una prestazione di salute, valutabile attraverso i c.d. outcomes, ovvero gli esiti di salute. L'efficienza indica invece, la modalità attraverso la quale si produce e si eroga una prestazione a costi più bassi. [www.doctornurse.it](http://www.doctornurse.it)

<sup>76</sup> Immagine tratta dal sito: [www.slideshare.net](http://www.slideshare.net) riguardo le tappe fondamentali del processo di professionalizzazione dell'infermiere che sono anche le competenze che l'infermiere counselor deve possedere.

La relazione umana e la professionalità sono due componenti vincenti in ogni occasione di counseling, laddove il paziente necessita di chiarimenti, di un conforto, di una spinta motivazionale che lo faccia andare avanti nella sua esistenza preservando la dignità che a volte ha perso.

E nelle parole di Papa Francesco si riassume perfettamente l'enorme valore che possiede l'agire infermieristico:

“Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione di cura diretta e continua con pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. E' peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico integralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono”<sup>77</sup>.

Papa Francesco ha inoltre sottolineato come gli infermieri nel loro agire quotidiano, sono” *insostituibili e crocevia di mille relazioni che richiedono competenza e conforto...*” e in quell'occasione raccontò un aneddoto di quando era ragazzo, giovanissimo, scampato a morte, grazie all'intervento di una suora infermiere che con acume, sollecitando i Medici che lo avevano in cura, insistette per intensificare cure che gli salvarono la vita...definendola donna umile e coraggiosa. Due doti imprescindibili per un Infermiere, l'Umiltà e il Coraggio.<sup>78</sup>

Tra i numerosi outcomes in termini di valori, spicca la qualità dell'assistenza che racchiude elementi di qualità percepita (dal lato degli utenti) e qualità erogata (dal lato degli operatori sanitari), che se, intesa secondo una definizione generica, racchiude entrambe le visioni: “la qualità dell'assistenza è il grado con cui i sistemi sanitari riescono ad aumentare –a livello individuale e di popolazione, la probabilità di ottenere esiti desiderati, in accordo con le migliori evidenze scientifiche.

Per il paziente-utente questo si traduce in primis nel miglioramento dei livelli di coping, ovvero la capacità di far fronte allo stress momentaneo o permanente della malattia, così come una migliore compliance perché più e meglio informato sulle fasi di gestione del percorso clinico-assistenziale; l'umanizzazione e l'ascolto empatico che gli sono

---

<sup>77</sup> Discorso proferito durante l'udienza papale in sala Nervi in Vaticano con gli infermieri, il 3 marzo del 2018. Sito: [www.vaticannews.va](http://www.vaticannews.va)

<sup>78</sup> Già menzionato nel paragrafo precedente, il discorso del Papa agli Infermieri in Sala Nervi nel marzo 2018.

dedicati poi, aumentano i livelli di fiducia in tutto il Sistema Sanitario attraverso la valorizzazione delle abilità dei singoli professionisti.

Si instaura “una relazione dialogica durante il counseling, fra operatore e paziente...premessa per l’attuazione del patto terapeutico che riconosce dignità alla persona, riabbracciandone la complessità”<sup>79</sup>

In un contesto multiculturale che interessa anche i recenti cambiamenti incorsi nel nostro paese, fare counseling vuol dire anche promuovere e valorizzare l’interculturalità e agevolare l’inclusione sociale.

Per l’infermiere, esercitare il counseling rappresenta un valore aggiunto alla professione, che esalta al meglio la relazione di aiuto rafforzando principi etici e abilità tecnico-relazionali in una crescita continua di confronto e scambio di informazioni multidisciplinari.

## **2.2 L’empowerment**

In pedagogia e psicologia sociale, processo di riconquista delle consapevolezze di sé, delle proprie potenzialità del proprio agire dall’inglese “conferimento di potere”, Letteralmente significa “l’essere capace di fare qualcosa”, quindi indica una padronanza,

L’infermiere ha il gravoso mandato di sostenere e portare alla luce laddove richiesto, il potenziale di una persona di fronte a una mutata situazione umana ed esistenziale, attraverso questa sorta di “maieutica” si può instaurare una interazione proficua e Una relazione trasparente, di prossimità e fiducia.

Circuiti di protratta sofferenza e malattia...di mancanza di fiducia nelle proprie capacità annientano le persone e socialmente e qui l’infermiere ha una forte leadership nel resettare vecchi schemi di pensiero e aprire una via alla propria “empowering

---

<sup>79</sup> Citazione tratta dall’articolo di redazione Assocarenews.it; del 26 marzo 2019.

leadership”<sup>80</sup>che se fiduciaria e sostenuta da reciproco rispetto e collaborazione, diventa anche un’alleanza terapeutica.

Nonché una rinascita in termini di riscoperta di valori persi e possibilità di reinventarsi, vivere nuovamente, ma quello che investe la professione infermieristica non ha nessuna connessione con il potere, quanto con il sentirsi come chi ha potere (autonomia)

Costruire relazioni sinergiche nei gruppi e nelle organizzazioni, o l’assunzione dell’infermieristica in tema di educazione sanitaria, per incentivare un cambiamento nello stile di vita (promozione della salute) e coinvolgimento personale (non solo del singolo ma anche a livello sociale), nella gestione della propria vita e salute. Partecipazione e Coinvolgimento sono parole –chiave che connotano il termine empowerment. Alto valore nel migliorare le conoscenze, abilità e comportamenti relativi a una patologia per ridurre complicità e/o ritardare la progressione dei sintomi”Il paziente diventa parte attiva del processo di cura e membro del team clinico e l’infermiere in tal senso è un facilitatore che semplifica l’aderenza terapeutica e l’accettazione della patologia pregressa o temporanea.<sup>81</sup>

All’estremo opposto, si colloca il “disempowerment”<sup>82</sup>, riassunto in questo schema:

---

<sup>80</sup> Termine tratto dallo studio osservazionale “Leadership infermieristica e salute organizzativa percepita” a cura dell’Università di Salerno; Silli.; A., 2010. Lo studio metteva in luce come gli infermieri, percepissero scarsi livelli di empowering leadership style nei propri coordinatori e ciò portasse a un’alterazione della salute organizzativa percepita.

<sup>81</sup> Sani.; .; Indagine sulle mancate conoscenze e comportamenti relativi alla salute nel self-management della terapia anti-diabetica .Università degli studi di Genova, 2016-2017 facoltà di scienze infermieristiche)

<sup>82</sup> Schema tratto da: Tesio.; L., Università degli Studi di Torino, 27-28 aprile 2006, Torino; “Costruire relazioni sinergiche nei gruppi e nelle organizzazioni: il ciclo virtuoso della fiducia.



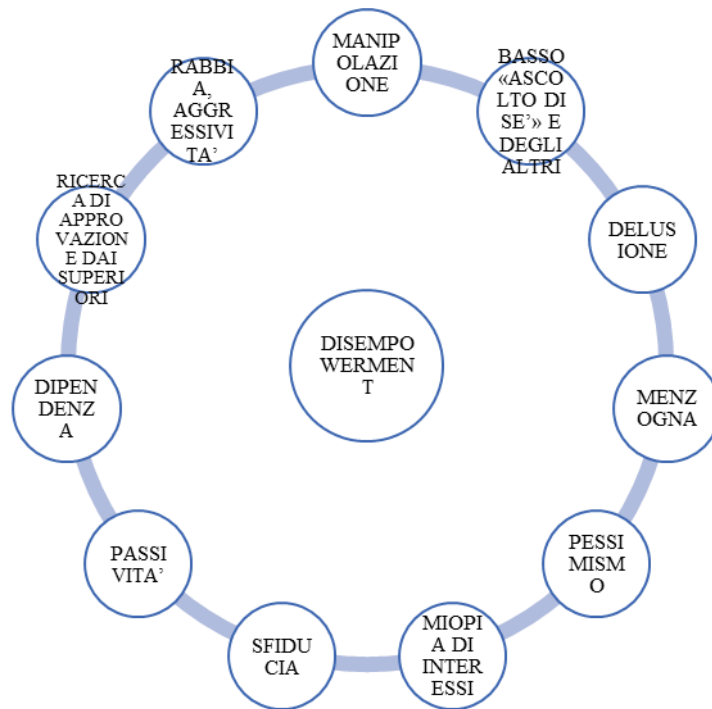


Fig. n°(6) **Le Condizioni di Disempowerment**

Il prendersi cura con continuità implica il possedere e mantenere tanta forza interiore e una motivazione salda, il riconoscimento da parte della società e una forte passione per il proprio lavoro. Disempowerment:” Il togliere forza, il privare della potenza”<sup>83</sup> se l’infermiere attiva le risorse agendo come catalizzatore di risorse e resilienza, necessita di un setting di cura e mentalità premianti e open-minded, dove la valorizzazione del professionista avviene su più livelli. Non trascurabile, quello formativo (aziendale) e informativo (es. Ordine di appartenenza e le organizzazioni professionali rappresentative).<sup>84</sup>

Il saper gestire i conflitti sul posto di lavoro riconoscendo la diversità di opinioni e atteggiamenti, cercando sempre di ascoltare le idee di tutti conservando un atteggiamento gioviale e collaborativo, aperto e propositivo laddove vige uno spirito di équipe rispettoso delle singole individualità.

Come si traduce tutto questo in un’assistenza di qualità nella sua accezione etimologica di “in sanità fare empowerment risponde ad esigenze etiche, consente una medicina più

<sup>83</sup> Fonte: [www.dizionari.corriere.it](http://www.dizionari.corriere.it)

<sup>84</sup> Besana; S., “Empowerment: valorizzare il capitale umano”, 9 maggio 2008 articolo apparso sul sito [www.pmi.it](http://www.pmi.it)

umana, più capace di intergere clinica e vita, più rispettosa delle persone, con rapporti meno asimmetrici e più soddisfacenti<sup>85</sup>

Ma essendo “le istituzioni sanitarie tradizionalmente centrare sulla cura delle malattie acute, ci sono delle barriere alla sua realizzazione.

E’ un dare “potere” che in primis include una conoscenza, di noi stessi e del mondo che ci circonda, così che anche l’organizzazione diviene più etica, efficiente, sostenibile, al passo con i tempi in grado di stare al passo con i tempi e rispondere alle sfide odierne

Concludendo quindi, l’empowerment è un altro grande tassello dell’approccio multidisciplinare nella presa in carico dei pazienti, e una risposta sinergica e orientata alla risoluzione della complessità di pluripatologie, della cronicità come della fragilità socio-economica che il presente ci pone dinanzi.

Ma anche una Governance di cui le organizzazioni sanitarie hanno bisogno per rispondere con prontezza alle richieste multiformi di una società pluriframmentata e disgregata nei valori quanto disomogenea nei bisogni assistenziali quotidiani.

La figura infermieristica trasversalmente coinvolta in tutta una serie di processi di natura assistenziale e non protagonista in numerosi processi dove l’empowerment è un sistema per migliorare la qualità e accrescere competenze:

A tal proposito, si fa riferimento ad alcuni indicatori<sup>86</sup> tratti da uno studio sull’approccio multidisciplinare all’empowerment della persona:

- ✓ comprendere il bisogno di salute della persona;
- ✓ identificare i problemi di salute reali e potenziali della persona;
- ✓ identificare obiettivi pertinenti e raggiungibili;
- ✓ pianificare interventi pertinenti e basati su evidenze scientifiche;
- ✓ sperimentare un approccio al paziente basato sull’empowerment;
- ✓ lavorare in équipe multidisciplinare e multiculturale, dimostrando capacità di ascolto, capacità di analisi critica e di argomentazione, strategie di comunicazione assertiva e di facilitazione del lavoro di gruppo.

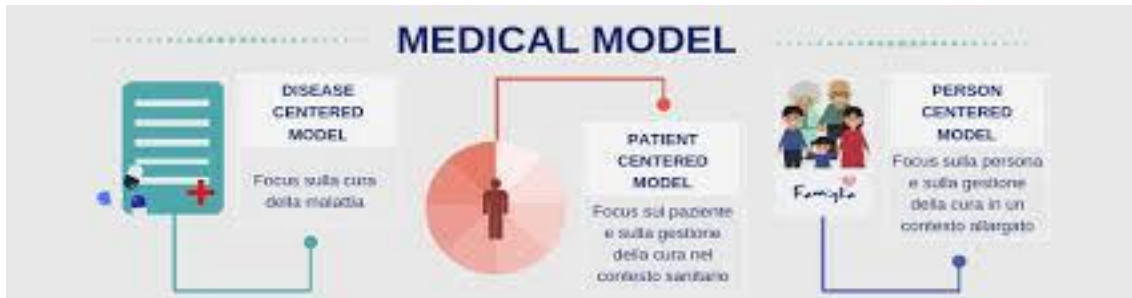
Il concetto di empowerment-paziente al centro delle cure, è nato intorno al 2000 diventando ufficialmente un obiettivo sanitario, con una nuova concezione della

---

<sup>85</sup>[www.empowermentinsanita.org](http://www.empowermentinsanita.org) , convegno Asl di Teramo, 6 giugno 2016 “Fare empowerment”. Tratto dai quaderni “Empowerment che cosa vuol dire? Di Bianchi.; A.; Di Giovanni.; P., Di Giovanni., E.

<sup>86</sup>[www.infermiereonline.org](http://www.infermiereonline.org); tratto dalla rivista “l’infermiere”, da un progetto europeo per gli studenti delle lauree sanitarie, di Gradellini.; C.; Mecugni.; D.; “L’approccio multidisciplinare all’empowerment della persona”, Università di Modena e ReggioEmilia nell’ambito del progetto europeo che ha visto il coinvolgimento di altre università europee, rivista n.2 del 2015.

relazione paziente-sistema sanitario, in questa immagine, circoscritta all'ambito medico, il futuro dell'offerta sanitaria, incentrata sulla persona.



<sup>87</sup> Fig n°(7) **Medical Model. Modello di assistenza basato sulla centralità del paziente**

---

<sup>87</sup> Immagine tratta dal sito [www.mymedbook.it](http://www.mymedbook.it) "empowerment del paziente: cos'è perché è il futuro della sanità". Azienda toscana produttrice di dispositivi tecnologici e servizi di teleassistenza medica integrata.

### Capitolo 3: La customer satisfaction e il diritto alla salute

La soddisfazione del cliente è sempre di più un imperativo categorico per le aziende Sanitarie pubbliche e private , che vogliono essere a conoscenza periodicamente circa il gradimento di prestazioni ed efficienza organizzativa a tutti i livelli, sanitari e non.

Il concetto di customer satisfaction in sanità coincide molto con quello di customer experience, che è l'esperienza complessiva che i clienti vivono durante tutta la loro relazione con l'azienda<sup>88</sup>; perché un cliente soddisfatto produce non solo feedback positivi, ma si rende protagonista di una esperienza che prescindere se sia positiva o negativa, è sempre portatrice di valore del quale il professionista sanitario deve tener conto.<sup>89</sup>

La customer satisfaction è un concetto mutuato dal marketing che consiste nella conoscenza del livello di soddisfazione dell'utente e delle sue aspettative, con la ricerca continua della qualità e finalizzata a raggiungere il maggior indice di gradimento; in ambito sanitario, i "prodotti" sono le prestazioni e i servizi offerti oggetto di miglioramento continuo.

Riflettere sulla CS significa approfondire legami con la qualità tecnica, le relazioni con la soddisfazione degli operatori, le strategie manageriali, e i riflessi che ha con il mercato.

L'Engagement che ne deriva, ovvero il suo coinvolgimento emotivo, che in sanità è denominato "customer engagement", che è considerato "una priorità etica e pragmatica per il SSN"<sup>90</sup> che, se positivo, rende il paziente protagonista del proprio percorso assistenziale.

---

<sup>88</sup> Della Bella Federico, associate partner, P41 Partners for innovation, digital customer experience Practice, [www.digital4.biz](http://www.digital4.biz)

<sup>89</sup> Schiavi.; G.; "La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie"; edizioni Franco Angeli, Milano 2004.

<sup>90</sup> Articolo del Quotidiano Sanità apparso sull'omonimo sito [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it), del 13 giugno 2017 dal titolo "Arriva il patient engagement, il reale coinvolgimento del malato che migliora la cura."

La soddisfazione dei pazienti rilevata attraverso strumenti di marketing, come il questionario o le indicazioni/rilevazioni che afferiscono quotidianamente presso l'URP certificazioni attestanti indici di qualità.

Un sistema di cura che non sviluppa buoni livelli di patient engagement ha ricadute non solo economiche ma nefaste anche e soprattutto, in termini di salute se pensiamo che “I pazienti poco coinvolti nel processo di cura, rischiano dieci volte di più di incorrere in ricadute o aggravamenti”<sup>91</sup>

Una recente indagine della customer satisfaction della Regione Marche del 2019 <sup>92</sup>prende in esame una serie di parametri o items (accessibilità ai servizi, tempestività, efficacia, trasparenza ed efficacia con una conclusiva valutazione generale), nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione italiana; all'interno della Carta dei Servizi e standard di qualità”.

Suddetta Carta di qualità dei servizi, è uno strumento della customer satisfaction che attraverso la descrizione dell'offerta di prestazioni e servizi, “è uno strumento di informazione e comunicazione istituzionale, volto a garantire la partecipazione attiva dei cittadini allo svolgimento dell'attività amministrativa ed erogazione dei servizi”<sup>93</sup>con il rispetto del diritto di partecipazione degli utenti, possono contribuire al miglioramento continuo dell'azienda.

Il diritto alla salute che la Carta dei servizi rispetta nei pieni principi è espresso nell'articolo 1 comma 1 che recita quanto segue: “La Repubblica riconosce e tutela la salute come fondamentale diritto degli individui e interesse generale della collettività e garantisce e tutela cure gratuite agli indigenti”.

Ma anche il concetto di Salute dell'Oms rientra negli standard elencati in questi documenti aziendali e la sua accezione olistica di salute elaborata nel 1948:

“la salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale e sociale e spirituale, non mera assenza di malattia”vengono esaminati alcuni concetti contenuti nella

---

<sup>91</sup> Articolo già citato nella nota precedente.

<sup>92</sup> Indagine –report finale redatto nell'ambito del percorso di costruzione della Carta dei servizi, “l'indagine della customer satisfaction sul servizio statistico , percorso di qualità collegato alla Carta dei servizi regionale D.Lgs n.33/2013

<sup>93</sup> Fonte:www.regione.marche.it/amministrazione

Carta dei Servizi dell'ospedale San Raffaele di Milano, ci rendiamo conto di quanto ricalchi fedelmente questa definizione:

“La Carta dei Servizi è un documento che nasce in ottemperanza al DPCM del 19 maggio 1995, “Schema Generale della Carta dei Servizi pubblici sanitari” e successivi aggiornamenti e rappresenta lo strumento con il quale l’Ospedale san Raffaele intende instaurare un dialogo con i propri pazienti, promuovendone l’informazione, la tutela e la partecipazione”<sup>94</sup>

E questi principi, concorrono a sviluppare la cultura della qualità (o qualità totale), “intesa come sistema ha un triplice obiettivo: assicurare la soddisfazione del cliente, dell’operatore e dell’azienda.”

Ma cosa vuol dire nell’ottica della soddisfazione dell’utente offrire ad esempio un’assistenza infermieristica di qualità?

Vuol dire tante cose e tutte parimenti importanti...in primis, uno sviluppo organizzativo-manageriale degli infermieri “la specializzazione richiama l’infungibilità, la non specializzazione richiama la compensazione”, nelle parole di Barbara Mangiacavalli, presidentessa OPI che si è espressa in favore della valorizzazione delle competenze specialistiche degli infermieri.

E’ noto quali possono essere i bisogni di salute del futuro e come saranno connotati e sappiamo cosa progettare dal punto di vista della nostra formazione e del nostro sviluppo organizzativo...tutti i dati indicano che l’Italia è un paese più vecchio rispetto a dieci anni fa, più povero e più solo...la risposta è spostare l’assistenza sul territorio, dove le persone vivono la propria quotidianità e lo sviluppo tecnologico sposterà molto i bisogni dei cittadini”

E in questa visione del futuro, il marketing cammina parallelamente a questo “status quo” come visione, strategia, comunicazione.

E a proposito della comunicazione, l’art.29 95del nuovo Codice Deontologico parla di

---

<sup>94</sup> [www.hsr.it](http://www.hsr.it)

<sup>95</sup> Il riferimento è all’ultima versione del Codice Deontologico degli infermieri del 2019.

“valori della comunicazione” inteso come uso da parte dell’infermiere che comunica in modo scientifico ed etico sui social media, per un dialogo e un confronto costruttivi.

Ovviamente una comunicazione rispettosa della privacy dei pazienti che si assistono. Quindi anche la comunicazione come strumento di marketing strategico, o meglio sociale, in un’ottica di apertura e trasparenza aziendali, rendono gli utenti consapevoli delle strategie e delle politiche di erogazioni dei servizi sanitari.

Le riposte ai bisogni si stanno sempre più connotando e il professionista sanitario che gestisce le sue competenze scientifiche, la sua formazione, la sua esperienza e la sua capacità di discernimento decisionale per capire quando la macchina non basta più” certi strumenti devono essere utilizzati solo da chi possiede determinate competenze, La gestione in remoto a domicilio che anche l’infermiere dovrà saper effettuare, come valutazione, decisione e supervisione, è l’evoluzione dei bisogni che si sposteranno sul territorio, a domicilio del paziente.

Ragionare anche in termini di marketing aiuta a porsi le giuste domande, poiché il marketing stesso è determinante per in numerose funzioni aziendali, dalla gestione di un team di lavoro dalla conoscenza del mercato sanitario, è fiducia che si ripete attraverso un passaparola evoluto di utenti che ci scelgono e si affidano, perché si sentono sicuri e ben assistiti.

E l’infermiere è l’attore-chiave che grazie alla formazione specialistica, che comprende i bisogni di salute e sa rispondere al meglio in tutti i setting assistenziali.

Barbara Mangiacavalli ha specificato che “da qui a dieci anni non sappiamo che sistema sanitario avremo che bisogni di salute avremo...e dobbiamo ragionare sul futuro dei nostri professionisti con le scuole di specializzazione infermieristica.

La cosiddetta infungibilità delle specializzazioni infermieristiche.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Termine giuridico che significa “insostituibilità giuridicamente riconosciuta”. Nello specifico, riguarda funzioni o incarichi professionali per le quali l’infermiere non può essere sostituito da un collega che non possiede medesime competenze. Fonte:www.fnopi.it ottobre 2019

Concludendo con una frase di un docente di marketing molto attinente a questa riflessione è che “il futuro non si immagina, il futuro si programma; perché è un investimento e lo si definisce tale non perché sia un costo, ma perché produce un ritorno”<sup>97</sup>

### **3.1. Il nuovo Codice Deontologico: nuovi concetti e principi di assistenza**

“Il Codice Deontologico<sup>98</sup> è uno documento che può concorrere all’identità professionale, (ispirarla e guidarla), ma non è l’identità professionale”.

Noi infermieri dobbiamo avere una solida identità professionale che poggia su altrettante conoscenze scientifiche e che ci aiutino ad entrare in relazione con la persona assistita. La professione è una, ma la professionalità è individuale. “<sup>99</sup>

Il Codice Deontologico consiste in un insieme di regole di condotta autodeterminate dalla professione, espressione dei valori della professione stessa, a tutela dei rapporti tra professionisti e l’utenza.

Le norme che contiene, non vincolanti sul piano strettamente normativo, ma prese in esame in sede giuridica, in caso di non osservanza delle condotte disciplinari; contiene quattro tipologie normative: deontologiche, etiche, prettamente deontologiche (non normati dal legislatore come ad esempio “rapporti tra i colleghi), disciplinari.

In primis, gli articoli del secondo capo (sono 8 in totale) denominato:

---

<sup>97</sup> Professor Antonio Pelliccia, intervento video su you tube di presentazione del corso di marketing sanitario per il Lake comoinstitute. Sito: [www.lakecomoinstitute.com](http://www.lakecomoinstitute.com)

<sup>98</sup> dal greco δέον -οντος (deon) e λογία (loghia), è letteralmente lo "studio del dovere", cioè la trattazione filosofico-pratica delle azioni doverose e la loro codificazione. Il termine deontologia è stato coniato nella prima metà dell'Ottocento dal filosofo utilitarista inglese Jeremy Bentham, la cui dottrina è basata sul principio consequenziali sta, che stabilisce quali azioni siano giuste e quali ingiuste, secondo la quantità di bene prodotta come conseguenza delle nostre azioni. [www.dizionario-online.net](http://www.dizionario-online.net)

<sup>99</sup> Codice deontologico delle professioni infermieristiche ultima versione approvata Dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche, riunito a Roma nella seduta del 12 e del 13 aprile 2019. A cura del Comitato Centrale FNOPI. Citazione tratta dall’introduzione del Codice di Barbara Mangiacavalli, attuale Presidentessa della Federazione.



## **“Responsabilità assistenziale”**

art 7 CULTURA DELLA SALUTE

art.8 EDUCARE ALL'ESSERE PROFESSIONISTA

art.9 RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONE

art.10 CONOSCENZA, FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

art.11 SUPERVISIONE E SICUREZZA

Questi articoli, delineano un professionista che promuove la cultura della salute, forma futuri colleghi e fa ricerca scientifica in ambito clinico-assistenziale, organizzativo e formativo...fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e si aggiorna con lo studio e la ricerca. Sviluppa un pensiero critico basato sull'esperienza sull'esperienza e le best practice...pianifica e svolge attività di formazione e infine, la richiesta di una legittima supervisione inerente nuove attività o riguardanti casistiche limitate.

Nell'immagine sottostante, ad esempio, possiamo ritrovare due importanti principi deontologici che fanno riferimento al “Capo V”-COMUNICAZIONE; negli articoli 28 (comportamento nella comunicazione) e art.29 (valori nella comunicazione), in occasione dell'emergenza Coronavirus, si concretizza quel filo continuo dialogico-informativo con il paziente, in modo scientifico ed etico, rispettando il decoro e l'immagine della professione...si informa il paziente sull' importanza della prevenzione.

E inoltre, questa immagine, contiene dei dati che attestano i principi di trasparenza e veridicità (mostra dei dati relativi ad una branca specialistica), ma anche il rispetto e la privacy del paziente perché non invade la sua sfera psicologica oltre il dovuto ma ha anche un intento propositivo e protettivo nel potenziare l'assistenza territoriale per garantire la Salute del cittadino.



**POTENZIARE IL TERRITORIO E EVITARE IL  
BLOCCO DEI RICOVERI PROGRAMMATI.**

## **NON SI MUORE SOLO DI COVID**

**1.400.000 esami di screening oncologici di primo  
livello in meno solo nel primo semestre 2020.**



<sup>100</sup> Fig. n° (8) **Campagna informativa di prevenzione sanitaria**

Sono molti i valori poi che guidano l'agire infermieristico, e lo orientano in tutte le quotidiani scelte professionali, come il rispetto per la dignità, la libertà e l'uguaglianza, delle scelte di vita dell'assistito, la concezione di vita e di benessere (si astiene da un atteggiamento giudicante quindi), nel rispetto anche dell'orientamento sessuale, religioso, etnica e culturale...

Nell'articolo 5 del precedente Codice deontologico del 2009, si riassume benissimo questa premessa sui valori: "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione, è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica"<sup>101</sup>

<sup>100</sup> La campagne di informazione, sono state promosse dall'Opi di Roma, ottobre 2020. [www.opi.roma.it](http://www.opi.roma.it)  
Entrambe le campagne sono state lanciate sul profilo facebook.

<sup>101</sup> Codice deontologico degli infermieri del 2009., Approvato dal comitato centrale della Federazione con deliberazione dell'1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio Nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma in seduta del 17 gennaio 2009.

Molto importante anche il decoro menzionato nell'articolo 45, che dispone che "l'infermiere cura la propria persona e il proprio decoro personale". E qui merita la sempre maggior attenzione riservata alla comunicazione sui social network come Facebook o Twitter e social media come Instagram tra i più utilizzati...un uso improprio di questo strumento minano fortemente l'immagine della categoria professionale sul piano etico, deontologico, culturale. Per arginare questo, occorre dotarsi di uno strumento chiamato "policy".

A tal proposito, giunge una recentissima dichiarazione di Pasqualino D'Aloia, Presidente OPI di Milano-Lodi-Monza Brianza il quale alla domanda "Come si potrebbe migliorare il rapporto tra immagine infermieristica e cittadinanza?-Ha risposto che bisogna fare un lavoro sinergico sugli organi di informazione dopo aver sentito in tv su rete 4, che" l'oss è un super -infermiere"<sup>102</sup> e che "dovremmo presidiare gli organi di stampa, soprattutto generalisti, in maniera attenta...poiché i cittadini che entrano in contatto con gli infermieri devono aver chiari il loro ruolo e le loro competenze."<sup>103</sup>

Ma tornando in tema di valori espressi dal nuovo Codice Deontologico, anche sul piano della comunicazione si menzionano principi e regole di condotta che attengono (articolo 46) alla "Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria" e dice:"L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria". Di seguito, alcune immagini lesive dei principi precedentemente menzionati passati alla cronaca o oggetto di attenzione dei mass media:

---

<sup>102</sup> Il riferimento è alla trasmissione "Stasera Italia" in onda su rete 4 dal lunedì al venerdì, condotto da Barbara Palombelli, giornalista che ha fatto questa affermazione ringraziando il personale sanitario, parlando degli operatori socio-sanitari che non sono medici ma sarebbero "dei super-infermieri". Puntata del 23 ottobre 2020. [www.mediasetplay.mediaset.it](http://www.mediasetplay.mediaset.it)

<sup>103</sup> Affermazioni rilasciate nell'intervista del Dott. D'Aloia, presidente Opi Milano, nel corso della recente intervista rilasciata per [assocarenews](http://assocarenews), lo scorso 23 ottobre 2020. Fonte: [www.assocarenews.it](http://www.assocarenews.it)



104 Fig n° (9) **Infermiera si fa foto mentre lavora in corsia**

Il ministro Lorenzin (allora Ministro della Salute e autrice della c.d. "Legge Lorenzin"), nell'aprile 2017 ha inviato una circolare alla Federazione dell'Ordine dei Medici e degli Infermieri, (all'epoca Ipasvi), in merito alla pubblicazione di selfies e foto che spesso finiscono nei social network che "violano la privacy dei pazienti e sminuiscono la professione", dichiarando un vigoroso stop e la presidentessa dell'Ordine, Barbara Mangiacavalli aveva sposato e rafforzato questa presa di posizione del Ministro, ricordando che "l'infermiere deve rispettare la normativa sulla privacy 196/2013 e la stretta osservanza del Codice Deontologico. (rispetto della dignità, riservatezza e diritti umani dell'assistito)<sup>105</sup>

Immagini positive e che esaltano i valori della professione infermieristica sono le seguenti e non quelle che sono riportate sopra.

---

<sup>104</sup> Foto di una infermiera denunciata dalle colleghe perché faceva dei selfies e si faceva fare degli scatti che postava sui social, durante il servizio in ospedale. Articolo dal titolo "L'infermiera scatta selfie in corsia, la denuncia delle colleghe, pubblicato sul sito [www.nurse24.it](http://www.nurse24.it) In questa foto, de flussava una sacca di sangue. Articolo pubblicato il 22/11/2017.

<sup>105</sup> Fonte: sito [www.opibat.it](http://www.opibat.it) (sede provinciale OPI di Bitonto -Trani) "Stop ai selfie per Medici e Infermieri" aprile 2017.



**Fig n°10 Infermiera Elena Pagliarini, stremata dopo un lungo turno in reparto**

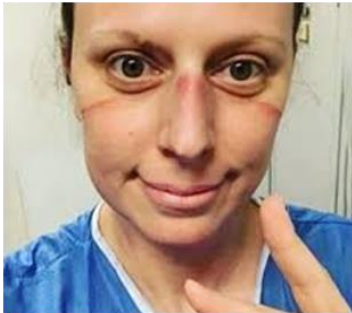


**Fig.n°(11) Infermieri in corsia, stress e stanchezza in emergenza Covid**



**Fig (12) Infermieri festeggiano lo svuotamento del reparto dai pazienti Covid tutti dimessi.**

106



**Fig (13) Infermiere mostra i segni delle mascherine;**



**Fig (14) Infermiera, segni e paura nel reparto di pazienti affetti da Covid-19;**



**Fig.(15) Infermiera che “culla L'Italia”**

107

Dopo questa breve riflessione, che ci fa comprendere come il discorso sui valori e la loro osservanza e rispetto, aumentino stima nella opinione pubblica, qualità dell'assistenza (pensare nelle ore di servizio a ciò che si fa con senso di responsabilità

<sup>106</sup> Infermieri di Terapia Intensiva festeggiano la dimissione dei pazienti Covid dal reparto, Ospedale Careggi di Firenze.

<sup>107</sup> Le immagini raffigurano due infermiere, la prima da sinistra, Sara Colombo, mostrava i segni delle mascherine indossate durante l'intero turno affermava “Le cicatrici sono segno di sofferenza ma anche di guarigione” e soprattutto un appello al senso di responsabilità di tutti. L'immagine pubblicata su facebook, nel mese di marzo 2020 (fonte: [www.huffingtonpost.it](http://www.huffingtonpost.it) risale Alessia Bonari, altra infermiera simbolo della lotta al Covid-19 in servizio all'ospedale di Milano, con questa foto esortava su instagram “Non vanificate tutto diceva condividendo con gli utenti le sue paure di infettarsi andando a lavoro ma facendo appello al senso di responsabilità di tutti, sensibilizzava sulle precauzione da adottare. L'immagine risale allo scorso marzo 2020 tratta dal sito [www.bresciatoday.it](http://www.bresciatoday.it). La terza immagine a destra, è un disegno dell'artista veneziano Franco Rivoli, del marzo 2020, ritrae una Dottoressa che con le ali dietro al camice, culla l'Italia.

costante) e loyalty<sup>108</sup> per dirla in termini di marketing, ovvero la fiducia negli utenti che si rinsalda quotidianamente. Tra i “testimonials” di questa loyalty, gli infermieri sono tra gli operatori sanitari più rappresentativi, perché sempre in prima linea e accanto ai pazienti sempre durante tutto l’arco del processo assistenziale e la degenza.

Vale la pena passare in rassegna altri valori deontologici della professione, che nel rispetto del paziente, lo protegge lungo tutto il percorso di cura...sono elencati nel Capo IV e sono:

**ART 17 RAPPORTO CON LA PERSONA ASSISTITA NEL PERCORSO DI CURA**  
L’infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, le sue emozioni, favorisce l’adesione al percorso di cura...

**ART 18 DOLORE** (l’infermiere previene, rileva e documenta il dolore...applicando buone pratiche e nel rispetto delle volontà del paziente. (con la legge 38 del 2010 L’Italia è stato il primo paese europeo a dotarsi di una legge a tema. Un diritto riconosciuto e considerato il quinto parametro vitale).

**ART.19 CONFIDENZIALITA’ E RISERVATEZZA** L’infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati ad essa relativi lungo tutto il percorso di cura...limitandosi a ciò che è necessario all’assistenza infermieristica...

E inoltre, il rifiuto all’informazione espressa nell’articolo 20 dove viene espressa la posizione dell’infermiere che “rispetta la volontà esplicita della persona assistita di non essere informata, fatta eccezione per l’incolumità di terze persone, qual’ora l’informazione rifiutata ,  
sia necessaria per prevenire un rischio di salute di questi ultimi.

Il segreto professionale, prerogativa di ogni professionista “che in virtù del proprio stato ufficio, della propria professione o arte...lo riveli senza giusta causa o ne faccia uso a proprio o altrui profitto...art. 622 c.p.), è garantito dall’art- 27 ci dice che l’infermiera lo rispetta non solo per dovere giuridico, ma per “intima convinzione ed espressione concreta del rapporto di fiducia con il paziente...non lo esime da ciò neppure il decesso dello stesso.

Inoltre, l’infermiere tra i tanti principi assistenziali e valori mutuati dal marketing già menzionati, anche l’informazione relativa alla donazione di sangue, organi e tessuti,

---

<sup>108</sup> Nel marketing il termine loyalty (tradotto dall’inglese lealtà), è una pre requisito della customer satisfaction, riguarda quei comportamenti, atteggiamenti, politiche organizzative e appoggio emotivo ecc...che innescano un sentimento di fiducia e fedeltà dell’utente.

dell'art.26, “quale atto di solidarietà” o “l’educare e il sostenere le persone coinvolte nel donare e nel ricevere. E questo, genera un ritorno in termini di empowerment e engagement nel linguaggio del marketing, che modificano il rapporto con il paziente riassumibile nell’immagine qui di seguito.



<sup>109</sup> Fig. (16) “Donare è un dono”

Per concludere, è utile ribadire un concetto basilare che è stato riproposto anche nel rapporto CNAI <sup>110</sup>IN occasione della Giornata Internazionale degli Infermieri a Ginevra, secondo il quale *“la Salute è un diritto umano che include la possibilità di accedere all’assistenza sanitaria, dobbiamo andare oltre la visione biologica e patologica della salute ...le condizioni in cui le persone crescono, vivono e lavorano, vivono e invecchiano incidono profondamente sul peso della malattia...è proprio qui che l’assistenza infermieristica può avere un impatto profondo nel rendere una visione della salute basata sui diritti umani”*

111

<sup>109</sup> [www.opibat.it](http://www.opibat.it)

<sup>110</sup> Consiglio Internazionale degli Infermieri, “Infermieri, una voce che guida. La salute è un diritto umano” Accesso investimento e crescita economica...Giornata internazionale degli infermieri 2018. [www.cnai.pro](http://www.cnai.pro).

L’autrice delle parole riportate è Annette Kennedy, Presidentessa dell’international Council of nursing. [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

<sup>111</sup> Nel 2007 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)<sup>11</sup> ha delineato un approccio generale al diritto alla salute tramite il rinforzo dei sistemi sanitari. Qui di seguito sono elencati i sei elementi essenziali per un sistema sanitario efficiente. [www.who.int](http://www.who.int)

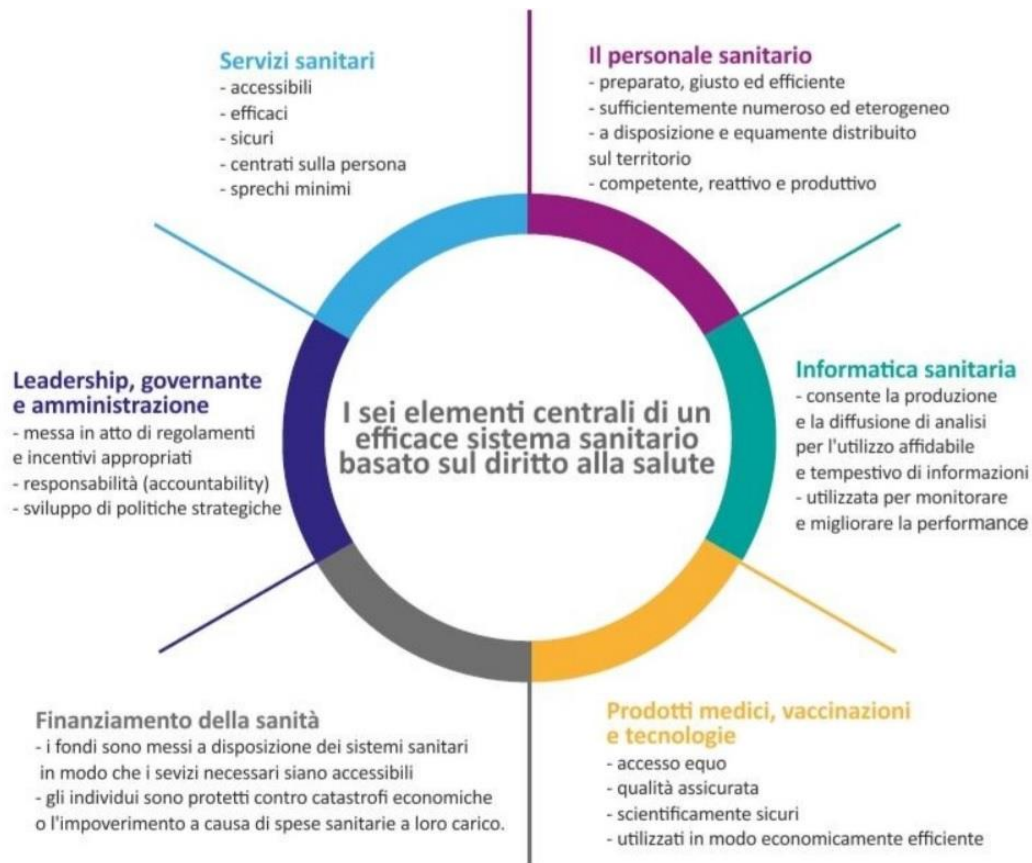


Fig. n° (17) **I sei elementi essenziali per un sistema sanitario efficiente**

### **3.2.L'Oms: "Gli infermieri sono la spina dorsale del Ssn in Italia e nel mondo. Riflessioni nel contesto emergenza Covid-19"**

Mai come in questo anno in concomitanza con l'emergenza sanitaria causata dal virus Sars –Cov2 , il coronavirus responsabile della pandemia mondiale di Covid-19, la figura infermieristica è stata oggetto di attenzione da tutti i sistemi sanitari in tutti i paesi del mondo.

Sarà che da molti anni la categoria attende dalla società il giusto riconoscimento formale che altri professionisti possiedono (anche l'essere chiamati Dottori perché laureati), sarà che grazie al loro encomiabile e indefesso senso del dovere, nell'esserci sempre e comunque, accanto ai pazienti, pronati e attaccati ai ventilatori meccanici, senza famigliari accanto, senza sapere se e quale futuro avrebbero avuto...gli infermieri hanno pianto con loro, si sono ammalati curando i pazienti e hanno anche gioito nel vedere pazienti guariti e riappropriarsi della propria Vita.



Nel senso più pieno e vero, gli infermieri hanno garantito il diritto alla Vita, la dignità...facendo lavoro di squadra che li hanno visti, insieme ad altre categorie professionali, davanti agli ospedali destinatari di ringraziamenti e riconoscimenti collettivi.

Nel rapporto “State of the world’s nursing 2020” si è parlato di aree prioritarie sulle quali investire nella formazione infermieristica e nella leadership per rafforzare l’assistenza in tutto il mondo e rafforzare la salute per tutti. Così come il Presidente dell’Oms ha aggiunto, che “senza infermieri i Paesi non possono vincere la battaglia contro i focolai o raggiungere una copertura sanitaria universale e gli obiettivi di sviluppo sostenibile” Questo concetto di garanzia della salute collettiva, è stato ribadito anche dalla Presidentessa OPI Barbara Mangiacavalli, la quale ha detto che “il fine degli infermieri è la salute dei cittadini..ma anche incidere nel processo organizzativo e decisionale del sistema per dare risposte mirate alle contingenze economiche e ai bisogni che emergono dall’attuale scenario demografico ed epidemiologico”.

Infine, tra le raccomandazioni dell’Oms a tutti i Paesi per far fronte alla carenza globale di infermieri, si evidenziano: il rafforzamento delle competenze scientifiche, tecnologiche e sociologiche...le posizioni di leadership (tra cui un capo infermiere del governo per sostenere la leadership tra giovani infermieri), ecc...<sup>112</sup>

### **3.3. Il management tra competenze e valori che generano qualità**

Il contesto operativo nel quale si trovano a lavorare i sanitari oggi, è pervaso da una grande complessità e competitività nella risposte che vi si forniscono con i mezzi che si possiedono. Uno di questi, è la conoscenza.

*“Oggi il sapere è diventata una risorsa economica preminente, più importante delle materie prime, più importante del capitale stesso...informazione e sapere sono più importanti di qualsiasi prodotto dell’Era industriale...così come è aumentata la consapevolezza di valorizzare le risorse umane e le loro conoscenze, come principale strategia per affrontare la globalizzazione dei mercati. Ogni Paese, azienda o individuo dipende sempre di più dal sapere: brevetti, procedimenti, tecnologie, informazioni sui clienti e fornitori ed anche la buona, vecchia, esperienza”<sup>113</sup>*

---

<sup>112</sup> [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it) “Oms: Infermieri spina dorsale di tutti i sistemi sanitari” articolo sul rapporto dell’Oms del 7 aprile 2020 in occasione della “Giornata mondiale della salute”.

<sup>113</sup> Fazzari, A.; M.; Bini.; S., “Management e qualità” Le intangibilità competitive” cultura, comunicazione, benessere, percezione. 2008 [ww.lumsa.it](http://ww.lumsa.it)

Questo presupposto, che indichiamo anche come competenze distintive, nella terminologia tecnica del management economico, attiene proprio al ragionamento di cui sopra, poiché sono delle attitudini e qualità che vanno oltre il know-how, ma sono delle core competence trasversali a un'attività o a un settore...e il management comprende un mix di queste competenze.

Un altro mezzo è la competenza tecnica. Nell'introduzione dell'ultimo Codice Deontologico, Barbara Mangiacavalli ne fa menzione affermando che *“la tecnica è il mezzo, uno strumento attraverso cui l'infermiere rende la relazione con l'assistito più appropriata”* e che bisogna *“essere super-esperti di tecnica...ma non farla diventare il nostro obiettivo, perché il nostro fine è la relazione con l'assistito che si qualifica con l'uso della tecnica, così come attraverso l'uso della scienza e attraverso la deontologia”*.

*Altro mezzo è la competenza. Che è una comprovata capacità di utilizzo di conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale.*

*Infine, un mix di doti psico-sociali (empatia, diplomazia, socievolezza, capacità interattive e di coping, ecc...) e la leadership che alla base, più che un fare si rappresenta come un modo di essere.*

*“La capacità di influenzare altre persone, o gruppi di persone, per indirizzarle al raggiungimento di obiettivi dell'organizzazione utilizzando al meglio le proprie energie e abilità”<sup>114</sup>*

*Due figure infermieristiche quali i dirigenti infermieristici e i coordinatori, sono due figure che svolgono funzioni manageriali, con funzioni di pianificazione, organizzazione, direzione, coordinamento e controllo in un tempo definito e nel rispetto delle procedure.*

Ma che cos'è il management anzitutto?E' la gestione dei processi e delle risorse di una azienda per prendere decisioni per raggiungere finalità/obiettivi, e nell'ambito infermieristico, ci sono numerosi ruoli di management, sia in ambito ospedaliero che territoriale:

**Case Manager:** ovvero l'infermiere referente, facilitatore del percorso ospedaliero tra struttura di ricovero e i servizi di diagnosi e cura

---

<sup>114</sup> Calamandrei, C.; dirigente infermieristico presso l'azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze, formatore, consulente e direttore scientifico della rivista “Management infermieristico”, questo contributo fa parte dell'argomento “leadership infermieristica”, rivista n.3 del 2004.

**Discharge manager:** infermiere gerente della dimissione del paziente

Care manager ruolo “cerniera” tra ospedale e territorio nel Chronic care model è la figura infermieristica che ha il ruolo di collegamento, tra strutture ospedaliere, territoriali, medici di famiglia e attori del CCM.<sup>115</sup>

Research manager o research nurse infermiere che gestisce strumenti di ricerca clinica e gestione del paziente inserito in un trial clinico.

**Risk manager:** *profilo infermieristico che gestisce la prevenzione e monitoraggio degli errori in medicina, in ambito ospedaliero interfacciandosi con altri attori implicate nel governo clinic.*

**Manager di piattaforma:** *evoluzione della figura di coordinamento del blocco operatorio o dipartimento di diagnostica per immagini,(manager di piattaforma tecnologica) o del responsabile infermieristico di dipartimento,*

*Manager infermieristico di dipartimento o di reparto (manager di piattaforma logistica), Gestisce risorse tecnologiche e umane e programma attività*

*Ruoli infermieristici di management di piattaforma:*

**Manager infermieristico di dipartimento:** coordina e alloca risorse , assegna personale di supporto e infermieristico, in base alla complessità assistenziale e intensità di cura... ruolo di staff rispetto al direttore di dipartimento. Gestisce il flusso e sincronismo delle attività.

**Bed manager:** in una organizzazione basata sull'intensità di cure dove la risorsa numero letti disponibili è fungibile all'interno del dipartimento.

**Manager della preospedalizzazione:** gestisce pazienti nella fase di indagine diagnostica prericovero

*E sul territorio:*

**Community matron:** coordina attività a livello territoriale e domiciliare, evita ospedalizzazioni inutili.

**Care manager:** dipendenti da una figura matron, svolgono assistenza in strutture territoriali e a domicilio, attivando servizi ad hoc per il paziente.

**Discharge manager:** responsabile del processo di dimissione fin dall'accesso in regime di intensità di cure.

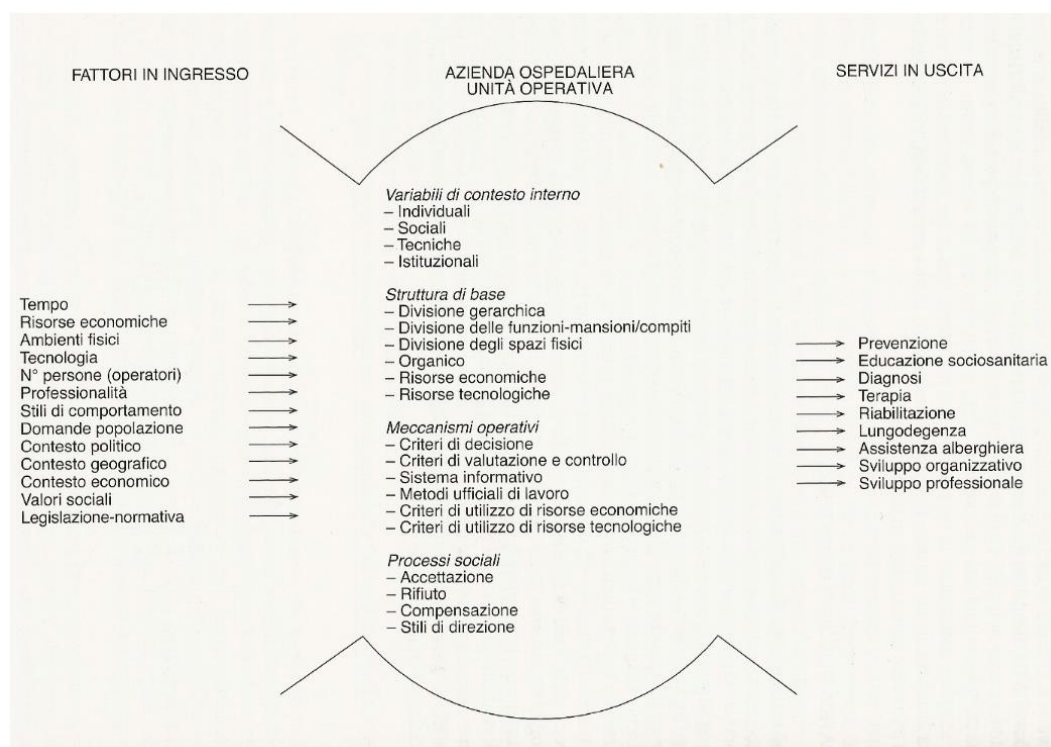
---

<sup>115</sup> Chronic Care Model

**Care manager:** figura che collega e facilita il percorso che avviene tra strutture ospedaliere, territoriali, Mmg e altri attori del CCM.

*Questo elenco di nuove competenze manageriali, frutto di uno studio “Nurse” del Cerismas dell’Università Cattolica di Milano, ci dice che sono frutto di una organizzazione non più verticale delle cure “in grado di raccogliere tutte le migliori soluzioni possibili per il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti è la chiave di volta della nuova sanità”<sup>116</sup>*

Di seguito, uno schema riassuntivo del meccanismo di “input-output-outcome”, dove tra in fattori in ingresso e servizi in uscita, nel mezzo ci sono delle strutture intermedi che influenzano, da come sono gestiti e organizzati, e dalla cui combinazione derivano i prodotti/servizi finali ottenuti in termini di soddisfazione aggiunta per l’utente.(out come), ovvero gli effetti prodotti dall’erogazione del servizio sugli utenti.



117

**Fig. (18) Il processo produttivo aziendale in sanità**

<sup>116</sup> Studio “Nurse” sull’identikit dei nuovi manager infermieristici condotto dal Cerismas (centro di ricerche e studi in management sanitario).presentati all’Università Cattolica di Roma. 19 febbraio 2015 .

<sup>117</sup> Immagine tratta dal testo di Ferrario.; P.;Bianchi.; M.;Quaia.; L.; “Le politiche sociali per lo sviluppo della qualità dei servizi”.Processi di costruzione della Carta dei servizi in una Rsa, Carocci, Faber 2002

### **3.4. Missed care. Quanto sono importanti le cure mancate, valore perso e valore mancato**

*“Non esiste una professione che risponda ai bisogni delle persone nei momenti di maggiore vulnerabilità della loro vita come quella dell'infermiere. Gli infermieri passano più tempo con i pazienti e le loro famiglie rispetto a qualsiasi altra figura sanitaria, e vengono a conoscenza in prima persona di storie che hanno un impatto sulla loro salute e il loro benessere. Ogni individuo ha una storia da raccontare e ogni storia può potenzialmente migliorare il sistema sanitario e permettere alle persone e alle comunità di raggiungere lo standard più elevato di salute possibile. Dalla conoscenza di queste storie nasce il potere per il cambiamento. Chi ha il potere di prendere le decisioni non ha modo di vedere da vicino ciò che è necessario per la creazione di un sistema sanitario efficace e centrato sulle persone in quanto, per loro, sono figure periferiche. Per gli infermieri, invece, questa è l'esperienza di tutti i giorni.”*

*Una premessa che molto significativa su piano etico-deontologico, ma anche e soprattutto, strettamente operativo, in un contesto, quello italiano, dove mancano circa secondo l'Ocse, 50.000 infermieri e circa 70.000<sup>118</sup> nei prossimi cinque anni con l'insorgenza di nuovi bisogni di salute e cambiamenti demografici.*

*Un'altra indagine Censis-Istat evidenzia l'apprezzamento della figura infermieristica dei cittadini (l'89% si fida di loro) soprattutto, ultrasessantacinquenni oltre il 90% e altre categorie per definizione “fragili” (persone sole, famiglie con anziani e minori...), tanto da “affidarsi agli infermieri soprattutto quando al di fuori del contesto ospedaliero hanno necessità di assistenza e che gli italiani chiedono di potenziare le prestazioni infermieristiche sul territorio.”<sup>119</sup>*

---

<sup>118</sup> Dati OCSE nel rapporto sulla salute del 2019 “Health at glance”. Tra le cause, il blocco del turn-over e i pensionamenti anticipati con la Quota cento della Legge Fornero. [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

<sup>119</sup> Ricerca Censis del 2016 per l'allora Federazione Nazionale Ipasvi, apparsa in un articolo dell'Opi di Bitonto, sul sito: [www.opibat.it](http://www.opibat.it) l'11 maggio 2017 dal titolo “Indagine Censis-Istat: gli italiani apprezzano gli infermieri, ma crisi e carenze mettono a rischio ospedale e territorio.”

Il tema delle cure mancate o missed care<sup>120</sup>, ovvero la mancata erogazione di cure infermieristiche, è strettamente correlabile a questo scenario, poiché “senza infermieri non c’è salute” e gli effetti diretti sulla salute generale della popolazione secondo una recente ricerca dell’Agency for health care research (AHRQ)<sup>121</sup> ed effetti avversi quali allungamento dei tempi di degenza, aumento della disabilità, le ulcere da decubito ecc... Nel dettaglio, le missed care possono essere molte e variegate secondo lo studio RN4CAST, riferimento alle “cure sistematicamente omesse sono: quali l’assistenza alla deambulazione, passaggi posturali, nutrizione, educazione, pianificazione della dimissione, supporto emotivo, igiene del cavo orale, documentazione e sorveglianza.

Le cause sono da ricercare anzitutto nella carenza di personale, la cattiva gestione delle risorse umane, carenza di tempo, mancanza di lavoro di squadra, delega inefficace, abitudine o rifiuto.

Se l’infermiere dà priorità a determinati processi di cura (su cui maggiormente tra l’altro, ricadono effetti giurisprudenziali...lavorano sotto organico come evidenzia lo studio e hanno innumerevoli altri compiti da svolgere (molti di natura burocratica), perché mettono di fronte alla fatica quotidiana e alle multiple responsabilità, un encomiabile senso del dovere di cui abusarne (considerando la presenza dal 2001 delle figure di supporto) significa privilegiare la quantità a discapito della qualità dell’assistenza. E del valore della Professione.

---

<sup>120</sup> La definizione completa è qualsiasi intervento infermieristico necessario per il paziente, omissso completamente o parzialmente o rimandato a un altro momento rispetto a quando è stato pianificato.

<sup>121</sup> Agenzia internazionale di ricerca sanitaria e qualità. Indagine del 2018. Informazioni tratte dal sito: [www.scienzeinfermieristiche.net](http://www.scienzeinfermieristiche.net).

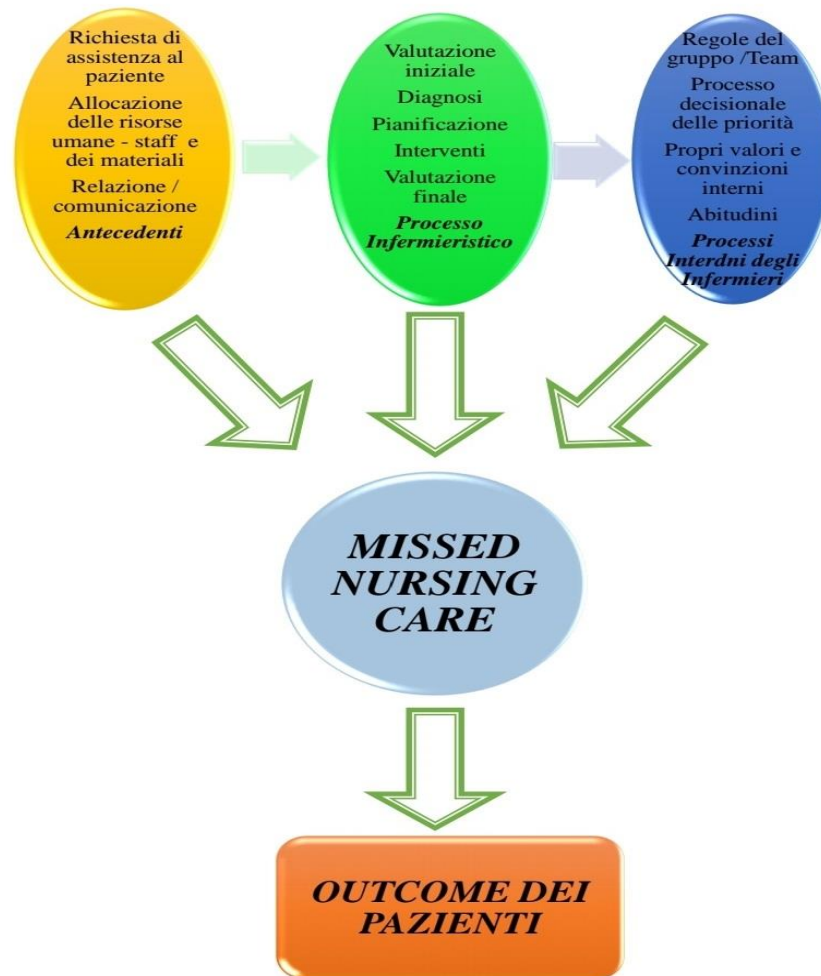


Fig. n°(19) Il Modello delle “Missed Nursing Care” elaborato da Kalish et. al. (2009)

## Capitolo 4 Cenni sull'evidence based nursing nel processo di assistenza

Nell'epoca in cui l'Ebn fu introdotto in Italia, poco più di vent'anni fa, (1998) la professione infermieristica non era ancora riconosciuta come autonoma ma legata ancora al famoso mansionario in uso dagli anni 70'. L'infermiere agiva su prescrizione medica con l'autonomia professionale e la parallela diffusione di ricerche scientifiche, fece sì che l'assistenza fosse condotta con un rigore metodologico di origine scientifica, frutto di ricerca.

Una definizione ne chiarisce la natura e l'importanza applicativa nel campo sanitario:

*“L'EBN è il processo mediante il quale le infermiere e gli infermieri assumono decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili”<sup>122</sup>*

Il Prof. Paolo Chiari è uno dei maggiori esperti e divulgatori in Italia dell'EBN, fondatore del centro EBN e Professore associato all'Università di Bologna, che in una recente intervista ha dichiarato che: *“dopo la formazione base ed avanzata il professionista è in grado di strutturare revisioni critiche della letteratura per individuare quelle evidenze utili per la propria attività professionale”<sup>123</sup>*

L'uso dell'EBN, semplifica il processo decisionale nel campo dell'assistenza, contrastando i cosiddetti “bias” (errori di valutazione) ricorsi sistematici alla consuetudine e improduttivi personalismi.

Alla base della filosofia dell' Evidence based nursing c'è il presupposto che la ricerca produce conoscenza (e cambiamento), e aiuta nelle decisioni cliniche la dove la ricerca è già stata realizzata.

I pre-requisiti alla base sono: una certa attitudine ad avvertire il bisogno di informazione, ma anche possedere abilità tecniche e pratiche nel fare ricerche ed

---

<sup>122</sup> Di Censo.; A.; Cullum.; N.; Ciliska.; D.; Implementing evidence based nursing: some misconceptions. Evidence based nursing .; 1998; 1:38-40

<sup>123</sup> Intervista a cura di Daniela Sardo, “A colloquio con Paolo Chiari, padre dell'ebn in Italia”, pubblicato il 6/06/2017 sul sito [www.infermieristicamente.it](http://www.infermieristicamente.it)



effettuare una valutazione critica (critical appraisal)<sup>124</sup> un giudizio clinico che vuol dire pesare, valutare e integrare le evidenze disponibili , nel processo decisionale.

Senza entrare nel merito della modalità del fare ricerca infermieristica, ci sono dei criteri alla base che sono i presupposti etici,(verità, eleggibilità, coerenza, imparzialità,utilità, completezza, onestà, obiettività, pertinenza, ecc..) il consenso informato e chi garantisce la ricerca stessa ovvero il Comitato Etico e il ricercatore stesso.

Ma soprattutto, alla base delle origini e della diffusione del fare e ricorrere alle evidenze scientifiche, è frutto di un processo incorso in campo medico e assistenziale.



125

Fig. n° (20) Vecchio e nuovo paradigma dell'assistenza sanitaria

<sup>124</sup> Ovvero il processo di esaminare attentamente e sistematicamente ricerche scientifiche per giudicare riguardo la loro veridicità, validità scientifica, nonché il valore e la rilevanza scientifica nel particolare contesto.

<sup>125</sup> Peghetti.; A.; "Evidence Based Nursing " membro del Comitato scientifico Gimbe.org ; Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna-Policlinico S.Orsola-Malpighi,(2019) tratto dal sito: [www.gimbe.org](http://www.gimbe.org)

Infine, lo scopo e il Valore della ricerca infermieristica è *“quello di sviluppare conoscenze nell’assistenza alla persona sana o malata. Volta alla comprensione dei meccanismi genetici, fisiologici, sociali, comportamentali e ambientali che influiscono sulla capacità della persona o della famiglia a mantenere o migliorare una funzionalità ottimale e ridurre gli effetti negativi della malattia...consiste in un processo scientifico e sistematico allo scopo di produrre nuove conoscenze, rispondere a domande e risolvere problemi”*<sup>126</sup>



<sup>127</sup> Fig (21) Evidence Based Practice resources

#### **4.1 Nuove realtà assistenziali. Magnet hospital, strutture post-acuzie e ospedali per intensità di cure**

Anche nel nostro paese si parla negli ultimi anni, di una dinamica organizzativa nosocomiale creata e operativa negli Stati Uniti già dall’inizio degli anni 80’ con il Magnet Recognition Program. Tutt’oggi considerato come il massimo riconoscimento per l’eccellenza infermieristica.

<sup>126</sup> Definizione dell’ICN (International Council of nursing) 2001.

<sup>127</sup> Immagine tratta dal sito [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it), autori Amy Studer, Bruce Abbott, 2 novembre 2020

L'American Academy of nursing (AAN)<sup>128</sup>, una task force di esperti sugli studi delle nurse practice ospedaliere, ha per prima condotto uno studio riguardante quelle strutture ospedaliere che reclutavano e mantenevano personale infermieristico qualificato.

Questo studio qualitativo condotto nel 1983 ha poi approvato nel 1990 il Programma di riconoscimento delle strutture Magnet, prendendo questo studio come riferimento con il primo riconoscimento ufficiale del Washington Medical Center di Seattle.

Nello studio si era compreso che queste aziende con status magnet attraggono pazienti, infermieri e medici e combinano innovazione nelle pratiche assistenziali quanto nelle pratiche cliniche infermieristiche, un miglior ambiente lavorativo con riduzione dei conflitti, più collaborativo e motivante. Con aumento della reputazione dell'azienda e miglior out look finanziario.

I vantaggi sono molti e riguardano anche il supporto al paziente con il rafforzamento della leadership infermieristica, (miglior advocacy), il riconoscimento delle competenze infermieristiche e loro certificazione, con l'uso delle migliori evidenze scientifiche con esiti (outcomes) empirici che riguardano la progressiva sensibilizzazione degli utenti, dei professionisti dal punto di vista organizzativo.

Altri vantaggi sul piano strettamente clinico –assistenziale sono la riduzione dei tempi di degenza di pazienti affetti da stroke, l'abbassamento della mortalità dei pazienti chirurgici, riduzione del rischio di cadute,

Sul piano strettamente professionale, gli infermieri che lavorano nei magnet hospitals sono meno stressati, meno soggetti a burnout e job disaffection, nonché assenteismo (vacancies).

Nella classifica dei 20 migliori ospedali statunitensi,(classifica Best Hospitals honor<sup>129</sup>Roll 2017-2018) 17 di essi sono Magnet hospitals, con una presenza complessiva negli Usa di 461 Magnet hospitals, in percentuale, 8,28% degli ospedali statunitensi.

Gli infermieri che lavorano in queste strutture accreditate magnet, anche sul piano formativo sono un'eccellenza; poiché il 60% di loro possiede un titolo di ricerca

---

<sup>128</sup> L'American Academy of nursing è una organizzazione professionale, fondata nel 1973 che genera, sintetizza e divulga cultura infermieristica per contribuire alle politiche sanitarie a beneficio pubblico e per la categoria infermieristica. [www.aannet.org](http://www.aannet.org)

<sup>129</sup> Dati estrapolati dal sito della Duquesne University (school of nursing), "what is a magnet hospital" nella pagina del sito ufficiale di un programma di master dedicato sul sito [www.onlinenursing.duq.edu](http://www.onlinenursing.duq.edu)

(BSN)<sup>130</sup>, il 30% ha un associate degree, il 6% un diploma di laurea e il 4% possiede una formazione master o di tipo specialistico.

In generale, un ospedale essere accreditato come "Magnet" deve possedere i seguenti criteri:

- Un'alta percentuale di infermieri soddisfatti certificati
- Un alto livello di autonomia infermieristica
- Un miglioramento dei livelli di soddisfazione dei pazienti (customer satisfaction)
- Aumenti di fatturato

Sono i "magnet hospital" (ospedali magnete in italiano), che come strutture ospedaliere, sono attrattive e si distinguono perché pongono una cura particolare e una attenzione al personale sanitario impiegato, esercitando una forte attrazione su di esso, come fosse una "calamita". Pertanto, per conseguire questo riconoscimento di status, essi devono soddisfare determinati e vari criteri e requisiti.

Gli standard di eccellenza da soddisfare sono ben 35 e riguardano la qualità delle cure (principi di eccellenza e professionalità). Tra questi: transformational leadership, structural empowerment, exemplary professional practice, new knowledge and innovation<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> Bachelor of science è una dicitura internazionale, per designare un titolo di studio che l'università rilascia dopo una laurea di primo livello in campo scientifico o tecnologico.

<sup>131</sup> Stephanie Goldberg senior vice president of patient care services and chief nursing officer dell'ospedale HSS (Hospital for special surgery) presente in tre stati, un'eccellenza nel campo ortopedico, reumatologico e ortopedia pediatrica, 1st ranked hospital negli Usa, riconosciuto ospedale magnet per la prima volta nel 2002, poi riconfermato nel 2007, 2011, e l'ultima recente riconferma nel 2016. Fonte: [www.hss.edu](http://www.hss.edu). Nell'intervista del 2016 descrive in dettaglio cosa significa essere un magnet hospital

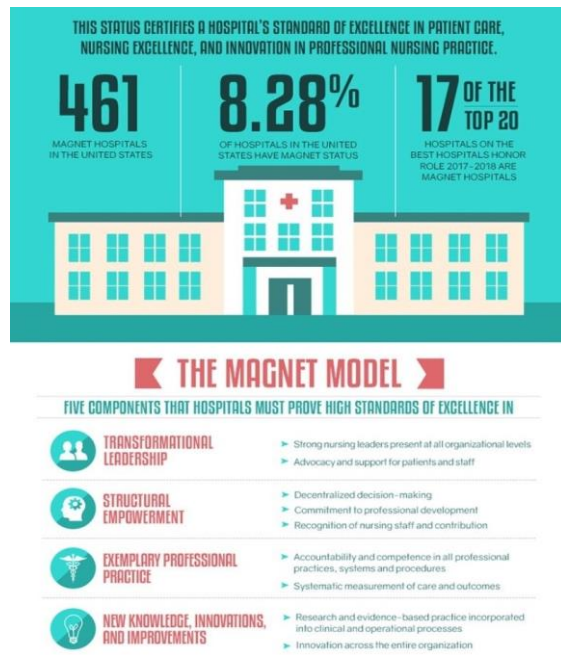
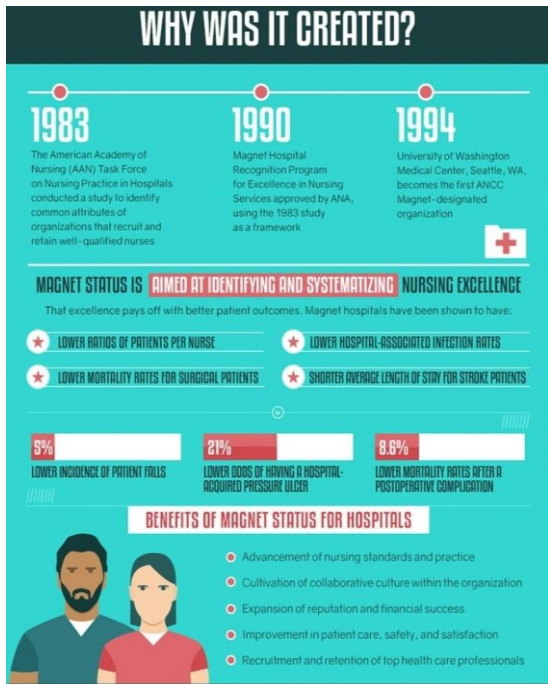


Fig. n° ( 22) Magnet Hospital History; Fig.n° ( 23) Magnet Hospitals: reason to work in; Fig.(24) Standard of excellence of the Magnet Model

132

133

Senza entrare ulteriormente nel merito, la realtà italiana è priva di questa realtà organizzativa e misconosciuta tra “gli addetti ai lavori”, se ne discute con esperti

<sup>132</sup>Immagine tratta dal sito: [www.onlinenursing.duq.edu](http://www.onlinenursing.duq.edu)

<sup>133</sup>Immagine tratta dal sito: [www.onlinenursing.duq.edu](http://www.onlinenursing.duq.edu)

statunitensi e anglosassoni dove si sta invece affermando tale modello, in studi che attestano ancora” *un certo scetticismo tra gli stakeholder riguardo al fatto che taluni setting infermieristici possano aver effettivamente un impatto netto significativo sui risultati conseguiti coi pazienti*”<sup>134</sup>

*Uno studio del 2013 condotto in Italia da Landi, Martucci, Mazzotta ha evidenziato che la filosofia e la cultura del magnet hospital sono condivise dalla maggioranza dei coordinatori, soprattutto per il clima organizzativo e lo stile di leadership da loro espresso, mettendo in secondo piano possibili incentivi economici rispetto qualità del clima di lavoro, valorizzazione professionale e incentivazione alla motivazione dei collaboratori.* <sup>135</sup>

Definito come “modello da implementare da parte di organizzazioni desiderose di valorizzare le competenze infermieristiche”, i magnet hospitals offrono qualità nell’assistenza e sicurezza del percorso di cure, e come nel Convegno Simett tenutosi a Palermo con esperti internazionali nel 2018, si è sottolineato il vero significato di questo riconoscimento:

*“Non è semplicemente esibire un premio o un bollino da esibire, ma una prova evidente di un forte impegno verso l’eccellenza in sanità con “focus” sulla professione infermieristica”.*<sup>136</sup>

In termini di marketing, un engagement globale di professionisti e tenti/pazienti che produce esternalità positive a tutti i livelli aziendali.

Cambiando argomento, una breve riflessione sulle strutture post acuzie, che sono (in base all’ultimo riferimento normativo il art.44 del DPCM 12 gennaio 2017) delle strutture di degenza intra-ospedaliera che accolgono persone con patologie post-acute da stabilizzare...con finalità di reinserimento del paziente in un ambiente extra-ospedaliero in un percorso di continuità terapeutico-assistenziale.

---

<sup>134</sup> Articolo pubblicato sulla rivista on line [www.infermiereonline.org](http://www.infermiereonline.org) di Altavilla.; S.; Manici.; M.; Iemmi.; M.; rivista “L’infermiere”n.4 del 2019, titolo: “Ospedali magnete e non magnete: esiti su infermieri e pazienti”

<sup>135</sup> Studio pubblicato sulla rivista Health professional magazine di Landi-Martucci.Marzotta “La motivazione del personale fattore di successo aziendale: la cultura del magnet hospital; 2013,1(0):15-24

<sup>136</sup> Istituto Di Ricovero e Cultura a carattere scientifico, per la cura e la ricerca delle insufficienze terminali d’organo, è un centro di eccellenza nel settore dei trapianti e punto di riferimento nel bacino del Mediterraneo. Sito web: [www.ismett.edu](http://www.ismett.edu).

La lungodegenza post-acuzie a totale conduzione infermieristica è poco diffusa nel nostro paese, quella di Rimini, dove essi hanno totale responsabilità organizzativa e gestionale e risponde a quattro evoluzioni incorse negli ultimi anni riguardanti i bisogni di salute:

- epidemiologica (invecchiamento della popolazione, aumento delle malattie cronico-degenerative, ecc...)
- demografica (gli ultra sessantacinquenni toccano quota quasi 14 milioni)<sup>137</sup>

inclusione sociale)

- organizzativa (la disgregazione della famiglia tradizionale, impegni dei caregivers in genere famigliari, che lavorano o non hanno tempo di prestare assistenza)

Il target prevalente di pazienti gestiti, corrisponde a quello di una persona affetta da più patologie comorbilità, con necessità non solo sanitarie ma socio-sanitarie.

Essendo il post-acuzie una fase intermedia del percorso di assistenza, tra ospedale e territorio, il modello è bio-psico-assistenziale, non unicamente biomedico.

La pianificazione infermieristica degli obiettivi assistenziali (NIC e NOC), e la presenza dell'infermiere case manager che segue ogni singolo caso clinico, documentando gli outcomes frutto anche del contributo della partecipazione dei famigliari in reparto secondo orari flessibili.

Le Diagnosi infermieristiche sono lo strumento che se ben utilizzato, garantisce appropriatezza e adeguatezza delle cure, ma anche un cambio di paradigma nella formazione e nella mentalità dei nuovi infermieri maggiormente implicati nella ricerca.

Inoltre, ci sono valori importanti come l'alleanza terapeutica che si realizza, con un ideale di servizio che coincide con il Profilo Professionale contenuto nell'articolo 2.

In questo discorso, anche il marketing sanitario non "è né immorale né costoso..ma soprattutto, non è incompatibile con la salute perché far conoscere i propri servizi, il setting assistenziale, la missione e la visione che possiamo visionare in sintesi in queste immagini una struttura pubblica nella Regione Marche (Inrca<sup>138</sup> di Ancona):

---

<sup>137</sup> Dati Istat 2015. [www.istat.it](http://www.istat.it)

<sup>138</sup> Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico, pubblico che opera in ambito geriatrico e gerontologico per tutelare la salute e il benessere delle persone anziane, in particolar modo, quelle non autosufficienti. Dal 2006 con Dlgs 288/03 ha superato brillantemente la valutazione per il riconoscimento della specialità geriatrico-gerontologica, (L.R. Marche 2006 n.21), come unico istituto a carattere nazionale, che opera in quest'area con personalità giuridica pubblica. L'eccellenza delle prestazioni assistenziali e l'alto livello della ricerca scientifica, sui meccanismi della longevità, della fragilità e loro cause, ne fanno un ulteriore centro di riferimento. Sito web: [www.inrca.it](http://www.inrca.it)


**INRCA - IRCCS**



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
 Membro della Federazione CICO  
 RINA ISO 9001  
 2014-2015

*l'unico IRCCS ad occuparsi di Geriatria in It*

**Curarsi all'INRCA**      **la nostra Ricerca**      **la Formazione**

**Home Page**      **Ancona**      Appignano      Casatenovo      Cosenza      Fermo      Osimo

**Curarsi all' INRCA**  
**POR - Ancona**  
 Visite ed Esami  
 Ricoveri  
 Prenotazioni CUP Ticket  
 URP - Info - Reclami  
 Direzione Medica di Presidio  
 Dir. Amm. Presidio DAPO  
**SERVIZI**  
 Archivio Cartelle Cliniche  
 Ass. Volontariato e Tutela  
 Servizio Sociale Ospedaliero  
 Servizio Religioso  
 Servizio Mortuario Ospedaliero  
**UNITA' OPERATIVE**  
**POR Ancona - sezioni**  
 Guida ai Servizi  
 Risorse online a supporto del caregiver familiare  
 Tempi di Attesa

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI RICERCA**



L'INRCA, in quanto Istituto a Carattere Scientifico, svolge attività di ricerca ed assistenza. Questi due settori strettamente connessi caratterizzano e rendono specifici i servizi erogati, che sono rivolti prevalentemente agli anziani secondo i fini istituzionali dell'Ente. Le nuove esigenze di questa fascia di popolazione, che assume sempre più rilevanza per consistenza demografica e per i problemi socio-sanitari legati all'invecchiamento, hanno portato a riprogrammare l'attività dell'Istituto nel suo complesso e quindi anche del Presidio Ospedaliero di Ricerca "U. Sestilli". Si è perciò avviato un processo di cambiamento, caratterizzato da una forte spinta verso un preciso indirizzo: quello della Disabilità Geriatrica. La salute dell'anziano infatti è definita in termini di capacità funzionali più che dall'elenco delle malattie di cui un soggetto è portatore. Il modello utilizzato nell'organizzazione dell'attività assistenziale del "U. Sestilli" pone al centro questo rapporto tra patologie (multiple) e disabilità, promuovendo il recupero dell'autonomia e dell'inserimento sociale dei pazienti mediante un approccio multidisciplinare e multispecialistico. In tendenza con quanto definito dalle più accreditate teorie scientifiche, ogni patologia del paziente è affrontata insieme con le altre, ricercando un equilibrio che consenta alla persona di mantenere la massima autosufficienza, anche quando non è possibile una completa guarigione. Vengono a questo scopo utilizzati gli strumenti e le professionalità che si rendono necessarie per sviluppare un metodo di cura globale, basato sulla valutazione multidimensionale del paziente (medica, funzionale, psicologica e sociale) seguita da un intervento multidisciplinare integrato (medici, infermieri, terapisti, psicologi, assistenti sociali). L'attività di ricerca è pertanto rivolta a studiare i meccanismi dell'interazione dei fattori, che causano disabilità e perdita dell'autonomia e a misurare gli effetti dell'intervento. "Disabilità" e "Comorbidità" rappresentano quindi i cardini del nuovo modello di Presidio Ospedaliero di Ricerca e le basi della nuova organizzazione dipartimentale. Una particolare attenzione viene data ai processi di miglioramento della qualità nei suoi molteplici aspetti: da quello sanitario in senso stretto a quello organizzativo - gestionale e strutturale, con la finalità di rispondere in modo sempre più scientifico ed adeguato alle esigenze dell'utenza anziana. Queste ultime costituiscono il punto di riferimento essenziale per ogni progetto e iniziativa adottati o da realizzare e come tale sono oggetto di studio e di verifica. Le attività di ricerca e d'assistenza lavorano sempre congiuntamente.

Fig. (25) Offerta dei servizi sanitari presso Inrca (Ancona)



Curarsi all'INRCA      la nostra Ricerca      la Formazione

Home Page      Ancona      Appignano      Casatenovo      Cosenza      Fermo      Osimo

Curarsi all' INRCA  
**POR - Ancona**  
 Visite ed Esami  
 Ricoveri  
 Prenotazioni CUP Ticket  
 URP - Info - Reclami  
 Direzione Medica di Presidio  
 Dir. Amm. Presidio DAPO

**SERVIZI**  
**UNITA' OPERATIVE**  
 Anestesia, rianimazione e terapia antalgica  
 Cardiologia/UTIC/Telecardiologia  
 Chirurgia Generale / Vascolare  
 Clinica di Medicina Interna e Geriatria  
**Degenza Post-Acuzie**  
 Dermatologia  
 Diagnostica per immagini  
 Farmacia Clinica  
 Gastroenterologia End. Dig.  
 Geriatria e Accettazione  
 Geriatria d'urgenza  
 Lab. Analisi chimico-cliniche e molecolari  
 Malattie Metaboliche e Diabetologia/CAD  
 Medicina nucleare  
 Medicina Riabilitativa  
 Nefrologia e dialisi  
 Neurologia/Centro Diurno Alzheimer/Stroke Unit  
 Nutrizione clinica - NAD  
 Odontostomatologia  
 Piede diabetico  
 Prevenzione tumori prostatici  
 Urologia

**Degenza - sezioni**  
 Modulistica

## Degenza Post-Acuzie



La Degenza Post-Acuzie (DPA), è un reparto ospedaliero rivolta ad anziani che necessitano di prolungare l'intervento assistenziale al di là della fase acuta della malattia.

La mission è quella di giungere ad una stabilizzazione del quadro clinico, di ottenere il maggior grado di autonomia possibile ottimizzando le capacità funzionali residue del paziente e per ultimo di pianificare il reinserimento sociale del soggetto (famiglia o setting assistenziale più idoneo).

Alla DPA afferiscono anziani fragili, spesso ultra-ottantenni, con grave deficit funzionale affetti da patologie multiple a carattere cronico-recidivante o con instabilità clinica, che necessitano perciò di assistenza continuativa di tipo medico-infermieristico e/o di trattamenti riabilitativi non erogabili in regime extraospedaliero.

La DPA è pertanto un reparto polivalente in cui vengono assistiti pazienti provenienti da tutte le unità per acuti di medicina e chirurgia. Opera in continuità con le Unità Operative (U.O.) per acuti dell'ospedale. Il ruolo e l'utilità di una U.O. di Degenza Post Acuzie, nel panorama dell'assistenza all'anziano fragile, nasce da:

- invecchiamento progressivo della popolazione con incremento delle patologie cronico-degenerative che inducono disabilità;
- aumento dell'aspettativa di vita in presenza di malattie disabilitanti;
- realizzazione del sistema dei DRG che favorisce ricoveri di breve durata;
- riduzione delle potenzialità di assistenza da parte dei familiari;
- specializzazione degli ospedali verso i malati acuti.

Gli obiettivi che il reparto intende raggiungere possono essere così sintetizzati:

- garantire la continuità assistenziale ai pazienti anziani nella fase di post-acuzie;
- fornire livelli adeguati di assistenza;
- integrare la rete dei servizi socio-sanitari territoriali allo scopo di garantire una globalità e continuità delle cure.

139

Fig. (26) Degenza post-acuzie Inrca

Un'altra realtà assistenziale futura (ma in corso di sperimentazione) è **l'ospedale per intensità di cure**, organizzata non nella modalità tradizionale in reparti di degenza, (per patologia e disciplina medica) ma in aree omogenee che ospita pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.<sup>140</sup>

<sup>139</sup> www.inrca .it

<sup>140</sup> Fonte: www.salute.regione.emilia-romagna.it

Riferimento normativo è la **Legge n.40 del 2005** e Piano di sviluppo della Regione Toscana che ha introdotto “il modello toscano per intensità di cure” con integrazione ospedale-territorio, (apertura al territorio e integrazione alla comunità locale) cure intermedie, l’assistenza territoriale, quella domiciliare e i distretti attrezzati per gestire la continuità assistenziale, e altre innovazioni come integrazione sanità e welfare ecc...

L’assistenza per intensità di cura viene suddivisa secondo tre livelli:

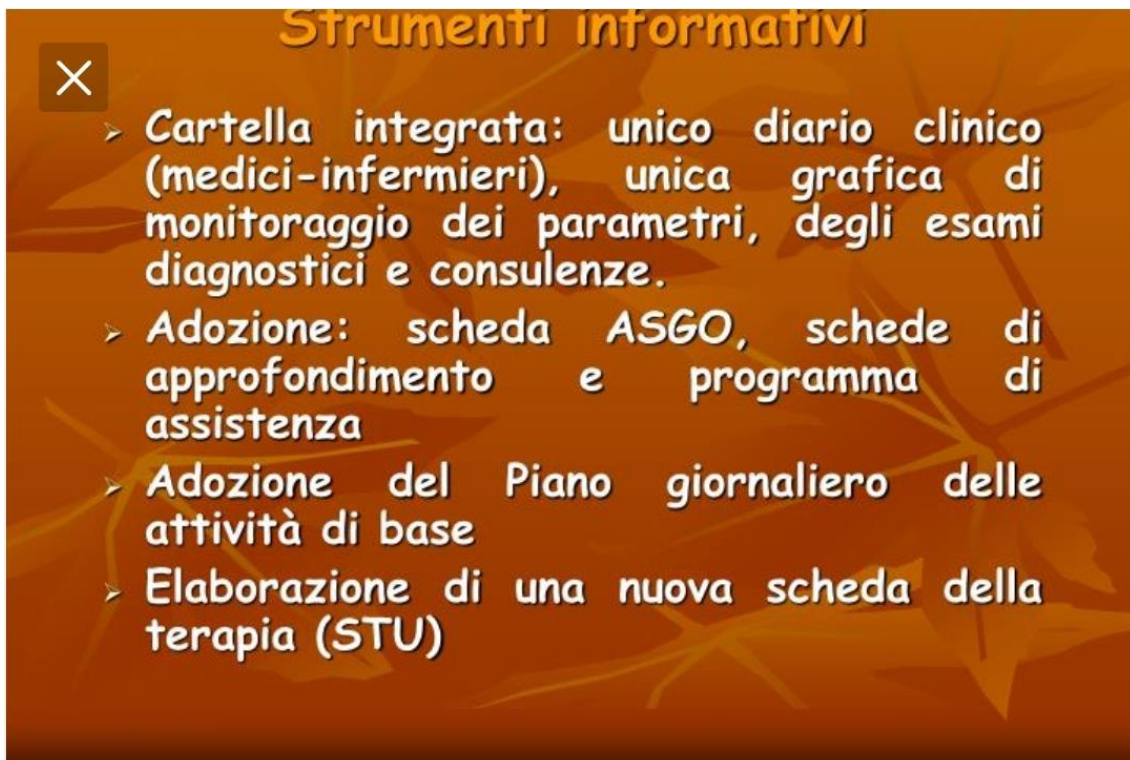
**Alta Intensità** (degenze intensive e sub-intensive); **media intensità** (degenze suddivise per aree funzionali: area medica, area chirurgia, ortopedica...); **bassa intensità** (dedicato a pazienti post acuti). Questa tipologia di assistenza sanitaria è attualmente in fase sperimentale nel nostro paese, con l’obiettivo primario di “mettere il paziente al centro” attorno al quale si avvicinano professionisti e tecnologie d’avanguardia con ben 11 aziende sanitarie in Italia in corso di sperimentazione. <sup>141</sup>

La mission è quella di mettere al centro dell’assistenza il paziente come già detto, coniugando al massimo, sicurezza, efficacia, qualità dell’assistenza ed efficienza dei processi con una qualità delle cure più elevata, *“nell’ottica di un health care redesign (una evoluzione dell’offerta sanitaria) con una nuova assistenza sanitaria che pone al centro del sistema-salute il paziente, con tutta la sua irriducibile complessità”* <sup>142</sup>(Favorisce inoltre il lavoro multi-professionale- interdisciplinarietà, ma anche il dialogo e il confronto continuo con la responsabilità del percorso diagnostico e terapeutico di responsabilità medica; mentre la gestionale assistenziale all’infermiere lungo tutto l’iter di degenza.

---

<sup>141</sup> Le aziende coinvolte nella sperimentazione sono: Usl di Piacenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, Azienda ospedaliero-universitaria e Azienda Usl di Modena, Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Imola, Azienda Usl di Ferrara, Azienda Usl della Romagna (Forli).

<sup>142</sup> Rea.; T.; “Organizzazione e innovazione, delle aree funzionali, omogenee al modello di Intensità di cure: Il Nuovo Ospedale del mare”. Università degli Studi di Napoli Federico II; Scuola di Medicina e Chirurgia; Dipartimento di Sanità pubblica. A.A.2014-2015



<sup>143</sup>Fig. n° (27) **Strumenti informativi di assistenza nel nuovo Ospedale per intensità di cure**

A livello economico-organizzativo, si eliminano inefficienze, e si propende per la sostenibilità in un contesto di risorse scarse, si organizzano razionalmente scelte razionali che portano benefici seguendo la ratio dello “spendere meno (e meglio..eliminando abusi e sprechi...), migliorando la qualità”(agendo su fattori modificabili). Ma anche nell’ottica della sostenibilità del sistema, cambiare paradigma organizzativo significa razionalizzare interventi sanitari che in un contesto di risorse scarse e spending review, <sup>144</sup>producano migliori benefici agendo su fattori modificabili. La logica degli ospedali tradizionali con la strutturazione gerarchica delle specialità cliniche viene così superata anche nella modularità della degenza, con un criterio logistico clinico-assistenziale di pazienti suddivisi in base a un quadro di “alta complessità clinica/bassa complessità assistenziale e viceversa.

E per cogliere anche qui, ruolo e il valore dell’assistenza infermieristica, bisogna partire da una breve spiegazione che riguarda il termine “complessità”, da non confondere con complicato, perché quest’ultimo se affrontato e spiegato semplificarsi ed essere

<sup>143</sup> Slide che fa parte della presentazione nel corso di un convegno del tema: “L’infermiere in cardiologia del 3°millennio cardionursing AMCO Toscana” Montecatini Terme 14 novembre 2007. “L’infermiere nell’ospedale per intensità di cure da dove nasce? Fonte: [www.amco.it](http://www.amco.it)

<sup>144</sup> È la razionalizzazione dei processi di acquisti di beni e servizi sanitari, con il recupero delle aree di inefficienza sia gestionali che organizzative. Si introducono nuovi tetti di spesa e il recupero dei disavanzi regionali e politiche di risanamento, sono altre due ulteriori misure per il controllo della spesa sanitaria, cominciate a partire dal federalismo fiscale come introdotto dal D.lgs 68/11.fonte:[www.temi.camera.it](http://www.temi.camera.it)

compreso; il primo invece no. Complesso è ciò che non si esaurisce in un'unica soluzione..ma in un intreccio e cooperazione di tanti significati sottesi e non, che riguardano una questione. In questo caso, il riferimento diretto è al bene Salute.

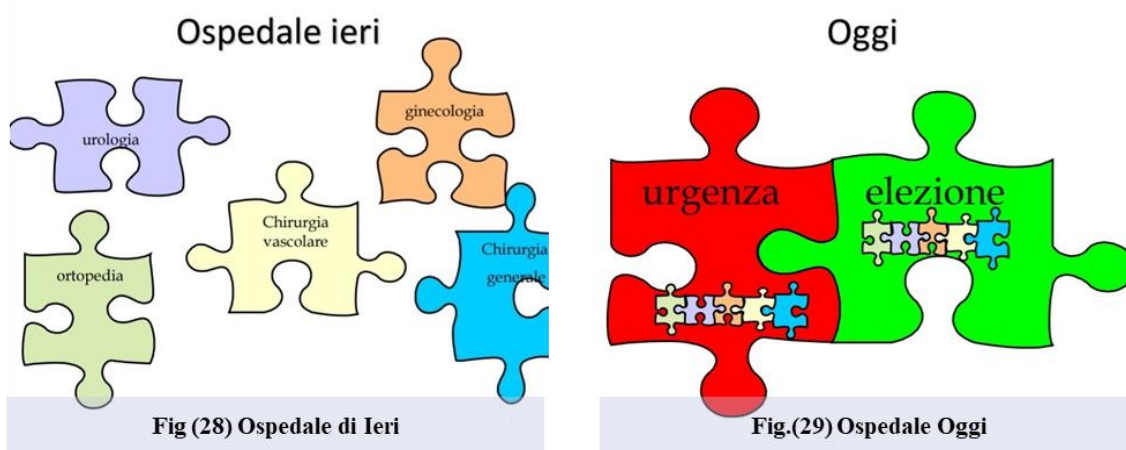
Mentre complicato, è qualcosa che può essere semplificato e dunque compreso facilmente, secondo un'unica ottica interpretativa.

Distinguiamo per maggiore chiarezza espositiva, i due concetti di “intensità di cura” che è l'espressione di quanta copertura medica necessita il paziente, mentre con “complessità”, di quanta assistenza, soprattutto infermieristica ha bisogno il paziente.<sup>145</sup>

Dal punto di vista strettamente assistenziale, vi è un approccio multidisciplinare con aree modulari (ovvero aree di ricovero aperte e variabili), graduate per intensità di bisogno assistenziale. Il ricovero viene pianificato secondo “*classi di priorità cliniche*”<sup>146</sup>

Per meglio chiarire questa strutturazione delle aree di intervento e degenza, ricorriamo alle seguenti immagini:

147



Saranno richieste competenze infermieristiche avanzate di tipo clinico e formativo (master e dottorati) per la gestione di pazienti ad elevata complessità clinica.

Tali competenze sono intese in senso sia in senso espansivo (approfondimento di conoscenze e abilità) ed estensivo (acquisire specializzazioni tradizionalmente svolte da altre professioni) con esiti (outcomes) misurati..in termini di soddisfazione del paziente,

<sup>145</sup> Fonte: [www.marchesanita.it](http://www.marchesanita.it)

<sup>146</sup> Cecchi.; M.; “Ospedale per intensità di cura-Regione Toscana..di cosa parliamo quando ne parliamo?” Convegno di Studio-Azienda Ospedaliera “Santa Maria”-Terni 17 giugno 2016 (Mario Cecchi è responsabile dell'Osservatorio Permanente Ospedale per intensità di Cura Regione Toscana”.

<sup>147</sup> Fonte:[www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it) (19 giugno 2006)

riduzione del fenomeno delle cadute, delle lesioni da decubito, i costi, l'efficienza (come la riduzione del tempo da dedicare in fase di accettazione), maggior soddisfazione e stabilità del personale, ridurre riammissioni frequenti, ecc...<sup>148</sup>

Lo scopo verso cui tendere per l'infermiere, nella gestione di pazienti complessi sul piano clinico e relazionale, è quella di specializzarsi come "mentor" per educare il paziente e il caregiver all'autocura e all'autogestione della malattia.

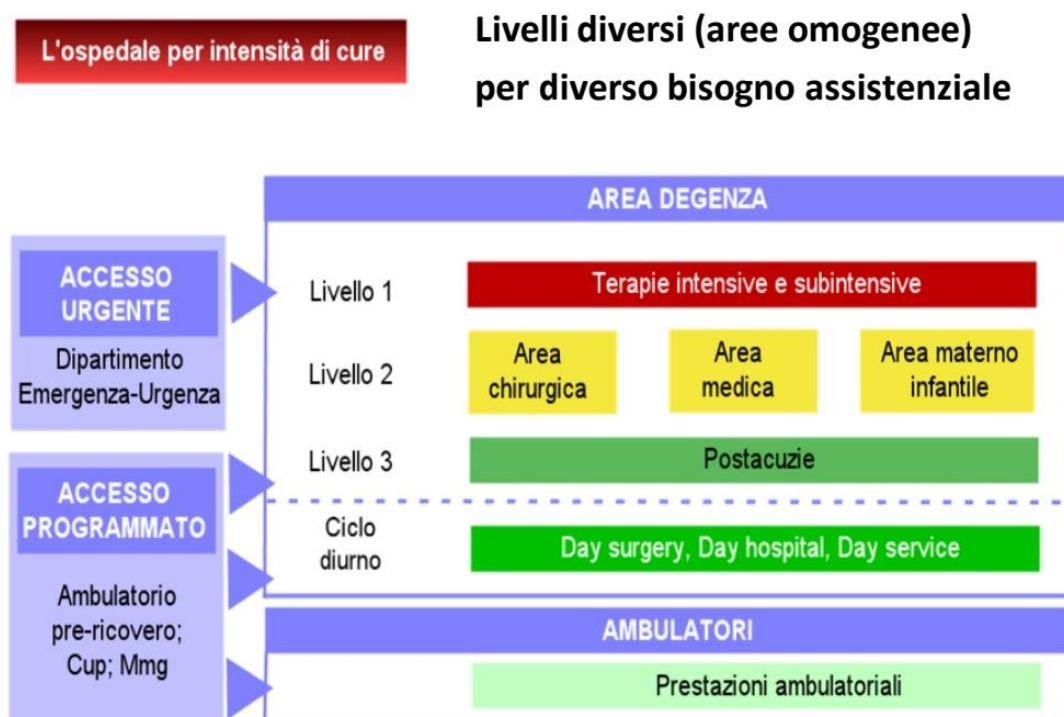


Fig (30) Ospedale per Intensità di cure

La filosofia alla base di questa "occorre passare dall'idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato" poiché a qualsiasi livello di intensità di cure corrisponde differenti complessità assistenziali, si lavora per obiettivi, con l'ausilio di Linee guida e Protocolli condivisi dal team multidisciplinare."

Come precedentemente descritto, la tripartizione in alta, media e bassa complessità clinica, viene suddivisa in altrettanti setting assistenziali: a) intensive care (terapie intensive e sub intensive); High care (degenze ad alto grado assistenziale ma di breve durata, (complessità dei casi e variabilità); low care cura e gestione delle post-acuzie, ovvero

<sup>148</sup> Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna, sito internet: [www.asmn.re.it](http://www.asmn.re.it), marzo 2017.

pazienti a basso grado assistenziale,(ad esempio, un degente con pluripatologie che non necessita dell'impiego di tecnologia e cure assistenziali intensive).

Il paziente durante la degenza modifica le proprie necessità di cura e l'infermiere grazie all'evoluzione giuridica, deontologica e formativa che lo ha riguardato negli ultimi vent'anni circa, amplia le proprie competenze<sup>149</sup> e acquisisce maggiore autonomia, diventando un facilitatore <sup>150</sup>della continuità assistenziale.

Per concludere, si esaltano il valore umano e professionale degli infermieri in un ruolo pro-attivo di una logica premiante che ha effetti a cascata su tutto il Sistema.

---

<sup>149</sup> Esempi riguardanti le nuove competenze sono: l'infermiere di cellula, di processo, referente.

<sup>150</sup> Il riferimento è all'infermiere bed manager che gestisce flussi di pazienti in maniera efficace e appropriata, l'infermiere esperto con competenze assistenziali avanzate, infermiere gestionale organizzativo...ecc.

## Conclusioni

Sono trascorsi quarant'anni dall'Istituzione del nostro Sistema sanitario Nazionale, e come ha dichiarato l'ex ministra della salute, Giulia Grillo che l'ha definito “ *un organismo vivo che si evolve e che è destinato a cambiare ancora per rispondere sempre meglio alle esigenze dei cittadini...è un punto di arrivo per un paese che chiedeva di entrare pienamente nella contemporaneità (coeve furono la Legge 194 e la Legge 180)<sup>151</sup>, ponendosi all'avanguardia nella difesa e nella valorizzazione dei diritti di cittadinanza*”...risultano ancora oggi di grande attualità.

Queste parole sono state pronunciate in occasione della celebrazione dei 40 anni dalla creazione del SSN nel 2018 e senza guardarci troppo indietro, guardando il contesto attuale, in piena emergenza pandemica, il ruolo delle Regioni nella gestione individuale del governo clinico.

La percezione non brillante degli Italiani sull'efficienza del sistema cui fa da contraltare uno dei migliori livelli di erogazione delle cure in Europa, la mancanza di una pianificazione strategica della Medicina del territorio e la sostenibilità finanziaria compromessa da tendenze trasversali come l'aumento sempre più incisivo della cronicità legata all'invecchiamento della popolazione e alla crisi economica globale...a ciò che il marketing chiama “brand awareness”<sup>152</sup>.

Perché i pazienti si fidano di chi conoscono e di chi li conosce e intercetta al meglio i bisogni ancora inespressi e si documenta attraverso la web reputation dei professionisti e delle aziende.

Distinguendo tra ciò che è empowered per la loro salute e ciò che è disempowered, compresa l'immagine dei sanitari on line che già la comunicazione e il marketing aziendalistico che proietta nell'immagine pubblica delle aziende sanitarie.

---

<sup>151</sup> Legge del 22 maggio 1978 , è la legge della Repubblica Italiana che ha depenalizzato e disciplinato le modalità di accesso all'aborto (o Ivg, interruzione volontaria di gravidanza), una conquista per molte donne costrette a ricorrervi clandestinamente, con serie ripercussioni sulla salute fisica e psichica. Era precedentemente considerato un reato dal nostro Codice Penale, questa legge ha segnato per molte donne, una conquista civile. La Legge 180 del 13 maggio del 1978, chiamata anche “Legge Basaglia” dal nome dello psichiatra e promotore della riforma psichiatrica in Italia), dispose la chiusura dei manicomi, affermando la dignità dei pazienti psichiatrici e una svolta nel campo dell'assistenza psichiatrica. Introdusse anche servizi territoriali psichiatrici, declinazione del concetto di pericolosità con il trattamento sanitario volontario, basato su prevenzione, cura e riabilitazione, il rispetto dei diritti umani (es. diritto di comunicare e il diritto di voto), ecc...fu inserita all'interno della Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (Legge 833/78).

<sup>152</sup>È un concetto di marketing che riguarda la notorietà di una marca, il suo essere famosa e riconoscibile nella mente degli utenti. Per estensione, il concetto può essere abbinato anche alle aziende sanitarie che hanno anch'esse una riconoscibilità pubblica, che è soprattutto una brand reputation che attiene alla relazione dell'utente/paziente con la struttura sanitaria alla quale si rivolge.

Nelle Parole di Tina Anselmi, Ministro della Salute firmataria della Legge 833/78 troviamo similitudini impressionanti con la vocazione attuale:

*“La Riforma sanitaria è una nuova politica della salute con il cittadino utente/gestore che si realizza con strutture democratiche e che vuole appunto, diminuire, fin dove questo è possibile, l’intervento sanitario in senso stretto tradizionale, per accogliere la difesa dell’integrità fisica e psichica del singolo cittadino in modo più pieno e in modo più valido”.*

*Oggi questo assioma è perseguito in sanità dall’applicazione di una disciplina mutuata dall’economia che è il benchmarking<sup>153</sup>, il cui impiego in ambito sanitario, permette di migliorare l’uso delle risorse, con l’analisi delle dinamiche economiche, produttive e qualitative delle aziende; il confronto delle performance e l’analisi dei livelli decisionali, nonché il corretto impiego delle risorse e l’intraprendere cambiamenti nelle politiche sanitarie.*

*Confrontare ad esempio i processi utilizzati “nelle e tra” le diverse unità operative di un Ospedale, permette di migliorare le performances e creare cambiamento operativo e strategico nell’ottica di un miglioramento continuo. E” la nuova politica della salute” si ripropone e si concretizza attraverso l’adozione di prassi eccellenti e nuovi standard di Qualità.<sup>154</sup>*

*E L’infermiere nel 2020 cosa difende nel suo operato quotidiano?- Con l’advocacy<sup>155</sup> che il cittadino gli riconosce, che afferisce alla sua responsabilità professionale, come risposta al bisogno di assistenza, spesso soprattutto in ambito extra-ospedaliero ma nell’educazione all’autocura...e la risposta alla complessità crescente (malattie croniche, disagio psico-sociale, ecc...*

*Riprogettare percorsi di cura vuol dire anche razionalizzare il sistema, con gli ospedali per intensità di cura e i magnet hospitals e gestire l’emergenza epidemiologica garantendo sicurezza e un futuro certo che attraverso la centralità della figura infermieristica, crei nuovi modelli assistenziali che ad alta complessità clinica non*

---

<sup>153</sup> Il Benchmarking è un ramo dell’economia che riguarda una metodologia basata sul confronto (indicatore di prestazione) sistematico che permette alle aziende la comparazione reciproca e apprendere da questa, per migliorare le proprie prestazioni.

<sup>154</sup> Riflessione che trae ispirazione da: De Negri.; A.; Montaguti.; U.; Favro.; L.; Cadeo.; G.; “Benchmarking e “bilanciamento” qualità-costi. Un’esperienza nazionale relativa alle aziende ospedaliere universitarie. Università di Ferrara, 2002.

<sup>155</sup> È un principio fondamentale per l’assistenza infermieristica che significa il farsi garante nei confronti del paziente, aiutandolo a fare scelte consapevoli per la propria salute e standogli accanto nella difesa dei suoi diritti.



*Il momento di accompagnare questo reset del sistema sanitario globalmente inteso con un cambio di paradigma nella formazione stessa degli infermieri.*

*Nelle università e scuole di formazione sarebbe opportuno introdurre anche il Marketing e i suoi strumenti, accanto alla clinica e ai principi assistenziali, perché pianifichi l'assistenza anche con l'uso razionale degli strumenti di marketing, perché l'infermiere deve conoscere la comunicazione social e farne un buon uso non per ledere, ma per veicolare valori professionali che ridisegnino un nuovo Patto Infermiere cittadino.*

*L'uso di strumenti di ricerca su tematiche legate al marketing che generino la loyalty dell'utente, passa attraverso una attenta analisi dei punti di forza e debolezza del percorso formativo posseduto e professionale e la capacità di adattarsi rapidamente all'assistenza in percorsi modulari.*

*Mantenendo la stessa dose di empatia e capacità di cogliere la distinzione tra un paziente e i suoi bisogni nel contesto della futura assenza dei canonici reparti di degenza e della stretta collaborazione multi-professionale.*

*E' sempre più difficile cogliere il "sentiment" di una utenza così variegata perché globalizzata e non più culturalmente e socialmente classificabile...sono gli utenti che meritano di essere coinvolti nei percorsi di salute, perché come Kotler indica: "l'utente non va persuaso, ma coinvolto con la narrazione di storie vere che tocchino corde profonde...uno storytelling che tocchi le corde più profonde e inviti i clienti a partecipare a un destino".*

*Lo abbiamo visto nelle immagini durante l'emergenza Coronavirus, gli infermieri si sono fatti portavoce di messaggi social carichi di umanità e compartecipazione della sofferenza degli assistiti, oberati da turni massacranti, dallo stress e alla fatica fisica profusa, facendo appello al senso di responsabilità e la partecipazione del cittadino a rispettare la propria salute e quella altrui.*

*Ma anche la paura del contagio che li ha investiti facendo spesso sui social richiamo al senso di altruismo e alla responsabilità delle persone, nel rispettare le regole stando casa perché loro non potevano farlo...*

*Infine, la centralità del paziente attorno al quale "ruota" l'assistenza multi-disciplinare vedrà sempre e comunque l'infermiere come interlocutore h 24 accanto a lui, perché titolare/responsabile del processo assistenziale, formato e competente, aperto al cambiamento, capace di prendere decisioni in un contesto organizzato dove percorsi condivisi e certificati, come lo sono le sue future competenze aggiuntive, saranno*

anch'esse oggetto di riconoscimento formale e DNA costitutivo di aziende “magnete” per il cittadino.

## Bibliografia

1. Arimatea e V.; Righi M.;" Informazione /educazione del paziente sottoposto a trapianto di cellule staminali (TCSE), materiali, strumenti e metodi, 2010.
- 2 Collicelli.,C.; "Dall'output all'outcome" qualità percepita ed esiti delle cure, Roma,ottobre 2009
- 3 Acardi, P; Bonetti,L; ecc.."Di quai bisogni si occupa l'infermiere? Studio qualitativo multicentrico. Studio qualitativo fenomenologico a cura dell'"Asi"(Accademia delle Scienze Infermieristiche), Università degli Studi di Brescia, Progetto di ricerca 2012-2015. Rivista "L'Infermiere" rif. 2016; 53:5 e 89-e103
4. Benci.; L.; . Benci, L.; "Aspetti giuridici della professione infermieristica" Elementi di legislazione sanitaria; Mc Gr Mecugni.; D.; "L'approccio multidisciplinare all'empowerment della persona", Università di Modena e ReggioEmilia nell'ambito del progetto europeo che ha visto il coinvolgimento di altre università europee, rivista n.2 del 2015.
- 5.. Rappini.; V.; articolo pubblicato sulla rivista di settore economia e management, n.3 2011,"Temi di management"-Public management and policy, titolo dell'articolo "L'evoluzione del marketing nelle aziende sanitarie.
6. Giroto.; E.;Indagine Nursing self-concept questionnaire Rivista "L infermiere" n 3 del 2019
7. Bartoloni.; "*Infermieri, dopo la promessa dei premi: ieri eroi, oggi fantasmi*"; articolo apparso su Il Sole24 Ore il 9 giugno 2020.
8. Ferraglioli.; G.; "Coronavirus, infermieri in sciopero: "Siamo eroi dimenticati, ma sempre in prima linea", 2 novemre 2020, in occasione dello sciopero nazionale. Sito web: [www.open.online](http://www.open.online)
9. Neirotti;M.; medico chirurgo Responsabile comunicazione OMC&O Torino, articolo "Paziente, assistito, utente, cliente, esigente (...), 17 luglio 2019, pubblicato sul sito [www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it)
10. Cantalupo., T.; La pianificazione dell'assistenza infermieristica analisi del processo di nursing applicato alla realtà clinica. Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia, a.a. 2004-2005.
11. Schiavi; G.; "La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie; edizioni Franco Angeli, Milano, 2004

12. Silli.; A., Leadership infermieristica e salute organizzativa percepita” a cura dell’Università di Salerno; 2010.
13. Sani.; A.; Indagine sulle mancate conoscenze e comportamenti relativi alla salute nel self-management della terapia anti-diabetica .Università degli studi di Genova, 2016-2017 facoltà di scienze infermieristiche)
14. Tesio.; L., “Costruire relazioni sinergiche nei gruppi e nelle organizzazioni: il ciclo virtuoso della fiducia L., Università degli Studi di Torino, 27-28 aprile 2006, Torino; MIP-scuola di management per le Università e gli Enti di ricerca.
15. Besana; S., “Empowerment: valorizzare il capitale umano”, 9 maggio 2008 articolo apparso sul sito [www.pmi.it](http://www.pmi.it)
16. Di Bianchi.; A.; Di Giovanni.; P., Di Giovanni., E. Atti del convegno Asl di Teramo, 6 giugno 2016 “Fare empowerment”. Tratto dai quaderni “Empowerment che cosa vuol dire?”
17. Cecchi.; M.; “Ospedale per intensità di cura-Regione Toscana..di cosa parliamo quando ne parliamo?” Convegno di Studio-Azienda Ospedaliera “Santa Maria”-Terni 17 giugno 2016 (Mario Cecchi è responsabile dell’Osservatorio Permanente Ospedale per intensità di Cura Regione Toscana”.
18. Rivista Ordine Professioni Infermieristiche “Giornata dell’Infermiere” in occasione “Giornata internazionale degli Infermieri “, 12 maggio 2018.
- 19 Fazzari.; A.; M.; Bini.; S.; “Management e qualità” Le intangibilità competitive”cultura, comunicazione, benessere, percezione. Roma, 2008
- 20 Calamandrei.; C.; dirigente infermieristico presso l’azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze, formatore, consulente e direttore scientifico della rivista “Management infermieristico”, questo contributo fa parte dell’argomento “leadership infermieristica”, rivista n.3 del 2004
- 21 Cerismas Studio “Nurse” sull’identikit dei nuovi manager infermieristici condotto dal (centro di ricerche e studi in management sanitario).presentati all’Università Cattolica di Roma. 19 febbraio 2015 .

- 22 Ferrario.; P.; Bianchi.; M.; Quaia.; L.; “Le politiche sociali per lo sviluppo della qualità dei servizi”. Processi di costruzione della Carta dei servizi in una Rsa, Carocci, Faber 2002
- 23 Censis. “Indagine Censis-Istat: gli italiani apprezzano gli infermieri, ma crisi e carenze mettono a rischio ospedale e territorio.” del 2016 per l’allora Federazione Nazionale Ispasvi, apparsa in un articolo dell’Opi di Bitonto, sul sito: [www.opibat.it](http://www.opibat.it) l’11 maggio 2017 .
- 24 . Altavilla.; S.; Manici.; M.; Iemmi.; M.; articolo dal titolo: “Ospedali magnet e non magnet: esiti su infermieri e pazienti” rivista “L’infermiere” n.4 del 2019
- 25 Di Censo.; A.; Cullum.; N.; Ciliska.; D.; Implementing evidence based nursing: some misconceptions. Evidence based nursing .; 1998; 1:38-40
- 26 Landi-Martucci.Marzotta “La motivazione del personale fattore di successo aziendale: la cultura del magnet hospital; Studio pubblicato sulla rivista Health professional magazine 2013,1(0):15-
- 27 Rea.; T.; “Organizzazione e innovazione, delle aree funzionali, omogenee al modello di Intensità di cure: Il Nuovo Ospedale del mare”. Università degli Studi di Napoli Federico II; Scuola di Medicina e Chirurgia; Dipartimento di Sanità pubblica. A.A.2014-2015
- 28 Cecchi.; M.; “Ospedale per intensità di cura-Regione Toscana..di cosa parliamo quando ne parliamo?” Convegno di Studio-Azienda Ospedaliera “Santa Maria”-Terni 17 giugno 2016 (Mario Cecchi è responsabile dell’Osservatorio Permanente Ospedale per intensità di Cura Regione Toscana”.
- 29 Colucci,A; Ferretti, F; Cioffi, R; Pavia 2009 “ Giornale italiano di Medicina del Lavoro ed ergonomia”, supplemento B. Psicologia, Pavia 2009.
- 30 De Masi, G.; Plastino, V.; Vitale, R.; “Progettare la qualità nelle residenze per anziani”. Strumenti di valutazione e verifica, edizioni Franco Angeli, anno 2002
- 31 Kotler ,P. ; Kartajaya, H.; Setiawan, I.”Marketing 4.0. Dal tradizionale al digitale”, edizioni Hoepli, Milano 2016.

- 32 Kotler, P. ; Lee, N.; “Marketing del settore public. Strategie e metodi per migliorare la qualità dei servizi della pubblica amministrazione, ediz. Pearson Italia Spa, 2007.
- 33 Landi-Martucci.Marzotta “La motivazione del personale fattore di successo aziendale: la cultura del magnet hospital; Studio pubblicato sulla rivista Health professional magazine di 2013,1(0):15-24
- 34 Mecugni.; D.; “L’approccio multidisciplinare all’empowerment della persona”, Università di Modena e ReggioEmilia nell’ambito del progetto europeo che ha visto il coinvolgimento di altre università europee, rivista n.2 del 2015.
- 35 Palmer , R. “ Efficienza gestionale e principi base per valutare le caratteristiche dell’assistenza””Q.A. n.2, 1990
- 36 De Negri.; A.; Montaguti.; U.; Favro.; L.; Cadeo.; G.; “Benchmarking e“bilanciamento” qualità-costi. Un’esperienza nazionale relativa alle aziende ospedaliere universitarie. Università di Ferrara, 2002.

## Sitografia

<[www.docsity.com](http://www.docsity.com)> Appunti Assistenza Infermieristica olistica (immagine)Università Roma Tor Vergata visitato il 20/05/2020

<[www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)> (Discorso di Barbara Mangiacavalli, discorso di presentazione del Nuovo Codice Deontologico degli infermieri il 13 aprile 2019 - visitato il 30/05/2020

<[www.glossariomarketing.it](http://www.glossariomarketing.it)> definizione di “customer satisfaction”- visitato il 29/05/2020

<[www.garzantilinguistica.it](http://www.garzantilinguistica.it)> definizione di “compliance”- visitato il 30/05/2020

<[www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)> definizione di “evidence based nursing” Di Censo et al. - visitato il 4/06/2020

<[www.bbs.unibo.it](http://www.bbs.unibo.it)> Bologna Business School Biografia Philip Kotler

<[www.marketing-apice.it](http://www.marketing-apice.it)> definizione di posizionamento - visitato il 6/06/2020

<[www.empowermentinsanita.org](http://www.empowermentinsanita.org)> definizione di “empowerment in sanità ”-visitato il 8/06/2020

<[www.studiolegalelerro.it](http://www.studiolegalelerro.it)> “web reputation in sanità” -visitato il 20/06/2020

<www.nursingworld.org> Definizione dell'ANA di Diagnosi Infermieristica" -  
visitato il 15/06/2020

<www.senato.it > Articolo 32 Costituzione Italiana comma 1 Diritto alla Salute –  
Visitato il 16/06/2020

<www.ordineinfermieribologna.it > L'Opi - Ordine delle Professioni Infermieristiche -  
visitato il 22/06/2020

<www.salute.gov.it> Origine termine Covid-19 visitato il 25/06/2020

www.nursetimes.org “Giuramento degli Infermieri di Florence Nightngale”-visitato il  
19/06/2020

<www.treccani.it> “processo di nursing” visitato il 19/06/2020

<www.regione.toscana.it> Carta dei Servizi Sanitari visitato il 23/06/2020

<www.ars.toscana.it> Sanità d'attesa e sanità d'iniziativa visitato il 23/06/2020

<www.quotidianosanita.it> Linee guida pubblicità e Informazione sanitaria inerente  
applicazione degli art-55-56-57 del Codice di Deontologia Medica. Visitato il  
24/06/2020

<www.insidemarketing.it> Employee advocacy:quando i dipendenti amano l'azienda e  
vogliono raccontarla”, 31 ottobre 2018 visitato il 27/06/2020

<www.open.online.it> Infermieri eroi dimenticati. Novembre 2020 visitato il 27/06/2020

<www.hsr.it> L'Urp e i servizi al cittadino visitato il 27/06/2020

<www.studiolegalelerro.it > Web reputation in ambito sanitario visitato il 28/06/2020

<www.opicaserta.it> Carl Rogers visitato il 30/06/2020

<www.doctornurse.it> criteri di Efficienza ed efficacia in sanità visitato il 2/07/2020

<www.slideshare.net> tappe professionalizzazione dell'infermiere Visitato il 2/07/2020

<vaticannews.va> Discorso di Papa Francesco agli infermieri, durante l'udienza papale  
in sala Nervi in Vaticano con gli infermieri, 3 marzo del 2018.vitato il 10/07/2020

<www.dizionari.corriere.it> Disempowerment visitato il 14/07/2020

<www.pmi.it> visitato il Empowerment : Valorizzare il capitale umano visitato il  
16/07/2020

<www.empowermentsanita.org> Fare Empowerment Quaderni. Di Giovanni.2015  
visitato il 20/07/2020

<[www.infermiereonline.org](http://www.infermiereonline.org)> Approccio multidisciplinare all'empowerment visitato il 21/07/2020

<[www.mymedbook.it](http://www.mymedbook.it)> Empowerment del paziente visitato il 02/08/2020

<[www.digital4.biz](http://www.digital4.biz)> Digital Customer Experience 6/08/2020

<[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)> Paziente engagement visitato il 12/08/2020

<[www.regione.marche.it/amministrazione](http://www.regione.marche.it/amministrazione)> Carta di Qualità dei Servizi visitato il 20/08/2020

<[www.hrs.it](http://www.hrs.it)> (Ospedale San Raffaele Milano) visitato il 22/08/2020

<[www.lakecomoinstitute.com](http://www.lakecomoinstitute.com)> Intervista Professor Pelliccia sul marketing sanitario visitato il 22/08/2020

<[www.dizionario-online.net](http://www.dizionario-online.net)> Definizione Deontologia visitato il 30/08/2020

<[www.opi.roma.it](http://www.opi.roma.it)> Campagna informativa e di prevenzione Covid-19 visitato il 30/08/2020

<[www.mediasetplay.mediaset.it](http://www.mediasetplay.mediaset.it)> Trasmissione Stasera Italia ottobre 2020 visitato il 2/09/2020

<[www.assocarenews.it](http://www.assocarenews.it)> Intervista Dott. D'Aloia Opi Milano , 23 ottobre 2020 visitato il 8/09/2020

<[www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)> Infermiera selfie in corsia (articolo del 22/11/2017) visitato il 14/09/2020

<[www.opibat.it](http://www.opibat.it)> (sede provinciale Ordine Professioni Infermieristiche di Bitonto) Circolare Lorenzin , stop ai selfie per Medici e Infermieri, 19 aprile 2017 visitato il 26/09/2020

<[www.bresciatoday.it](http://www.bresciatoday.it)> Immagini Infermieri Covid-19 marzo 2020 visitato il 27/09/2020

<[www.cnai.pro](http://www.cnai.pro)>. Consiglio Infermieri –Giornata Internazionale Infermieri 2018 visitato il 28/09/2020

<[www.icn.ch](http://www.icn.ch)> International Council of Nursing –Annette Kennedy intervista visitato il 30/09/2020

<[www.who.int](http://www.who.int)> World Health Organization Approccio Generale Diritto alla Salute 2007 visitato il 30/09/2020

<[www.lumsa.it](http://www.lumsa.it)> Management e qualità-Competenze Intangibili 2008 .visitato il 01/10/2020



<www.epicentro.iss.it> Epidemiologia per la salute pubblica, Istituto Superiore di Sanità) Rapporto Health at glance 2019 visitato il 2/10/2020

<www.scienzeinfermieristiche.net>. Indagine Ricerca Sanitaria e qualità 2018 visitato il 4/10/2020

<www.infermieristicamente.it> Intervista a Paolo Chiari, padre Ebn Italia giugno 2017 visitato il 5/10/2020

<www.newsweek.com> World's Best Hospitals in Italy classification visitato il 5/10/2020

<www.gimbe.org> Evidence Based Nursing (Peghetti Ospedale St.Orsola Bologna) 2019 visitato il 6/10/2020

<www.icn.ch> (sito del Consiglio Internazionale degli Infermieri) 2010 visitato il 8/10/2020

<www.evidencebasednursing.it> Evidence Based Practice 2020. visitato il 9/10/2020

<www.aannet.org> American Academy of nursing visitato il 09/10/2020

<www.onlinenursing.duq.edu> ( Duquesne University web site) "What is a magnet hospital?" visitato il 13/10/2020

<www.hss.edu> Intervista a Stephanie Goldberg 2017 Visitato il 13/10/2020

<www.ismett.edu> La struttura del magnet hospital visitato il 13/10/2020

<www.istat.it > Dati Istat sui Bisogni di salute 2015 visitato il 14/10/2020

<www.infermiereonlineorg> Ospedali Magnete e non magnete aprile 2019 visitato il 15/10/2020

<www.cittadinanzattiva.it> Infermieri di famiglia visitato il 15/10/2020

<www.truenumbers.it> Dati epidemiologici visitato il 16/10/2020

<www.inrca.it> (Istituto di ricovero e Cura a carattere scientifico) visitato il 17/10/2020

<www.salute.regione.emilia-romagna.it> Ospedale per intensità di cure visitato il 17/10/2020

<www.amco.it> (associazione nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) visitato il 30/09/2020

<www.temi.camera.it> Spending review -2011 Dlgs 68/11 visitato il 15/10/2020

<www.marchesanita.it> Intensità /complessità di cura -visitato il 15/10/2020

<www.ars.toscana.it> Regione Toscana Ospedale di ieri e Urgenza/Elezione Immagini visitato il 22/10/2020

<www.asmn.re.it> (sito istituzionale del Servizio Sanitario Emilia-Romagna) visitato il 22/10/2020

<www.ospfe.it> Benchmarking in sanità visitato il 4/11/2020

## **Documenti**

1. Patto Infermiere-Cittadino 12/05/1996 Federazione Nazionale Collegi Ipasvi

2. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

## **Fonti normative e riferimenti legislativi**

Codice Deontologico 1960

Codice Deontologico 1977

Codice Deontologico 1999

Codice Deontologico 2019

Codice Penale, Articolo 348 Esercizio abusivo di Professione

Costituzione Italiana, Articolo 21 Diritto alla libertà di espressione

Costituzione Italiana, Articolo 32 comma 1 “Principio del Diritto alla Salute “

D. Lgs. 502/1992 Seconda Riforma del SSN (aziendalizzazione del SSN)

D. Lgs. 3 febbraio 1993, n.29 Dirigenza del SSN

D. Lgs 33/2013 Carta dei Servizi Regionale

D. Lgs 68/2011 Federalismo fiscale regionale e definizione dei Lea (assistenza) e dei Lep (prestazioni)

D. Lgs 517/93 Modifiche al precedente Dlgs 502/92 con prestazioni aggiuntive previste dal SSN

D. Lgs n. 33/2013 Obblighi di Trasparenza delle Strutture Sanitarie

D.M. 739/94’ (Emanazione del Profilo Professionale degli Infermieri)

D.M. 270/2004 Introduzione Ordinamento del Corso di Laurea Infermieristica e Laurea Magistrale

D.M. 24/07/1996 Diploma Universitario Infermieri

DM. 509/99 Autonomia Didattica degli Atenei (Titoli e corsi di studio: Laurea, Laurea Specialistica, Diploma di specializzazione e Dottorato di Ricerca)

D. M. del 2/04/2001 Classi di Lauree Specialistiche universitarie delle Professioni Sanitarie

D.P.R. 14/03/1975 n.225 Mansionario Infermieri Professionali e Generici

D.P.C.M. 27/01/94

D.P.C.M. del 27/01/94'Carta dei Servizi delle aziende sanitarie, ovvero come stabilire un patto con gli utenti

D.P.R. 225/74 Istituzione del mansionario per infermieri professionali e generici

Legge 833/78 Istituzione del SSN

L. 229/1999 Riforma "Ter" sanitaria,

L. 3/2018 (Legge Lorenzin del 31 gennaio in vigore dal 15 febbraio, "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica dei medicinali nonché disposizioni in materia di riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute). Per gli Infermieri, è stata una conquista rivoluzionaria perché trasforma i Collegi in Ordini, e non solo questo.

Legge 180/78 "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori" chiamata anche "Legge Basaglia"(istituzione del TSO e abolizione degli ospedali psichiatrici)

Legge 194/78 Interruzione volontaria di gravidanza

Legge n.341/1990 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari"

L.251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche",tecniche, della riabilitazione

L.42/1999 (Abrogazione del mansionario degli Infermieri e autonomia professionale)

L. R n. 40 del 2005 Riordino dell'assetto Istituzionale e Organizzativo del Sistema Sanitario Regionale

## **Ringraziamenti**

Voglio rivolgere in primis, un ringraziamento ad Antonio, il mio compagno, senza il quale questo sogno non sarebbe potuto diventare realtà...a colui che mi ha supportato, aiutato e pazientemente sostenuto lungo questi tre anni, volati come il vento...dei quali conserverò un emozionato ricordo e anche un accenno di nostalgia poiché la condotta da studente, è decisamente più spensierata e priva di reali responsabilità che questo lavoro comporterà in futuro. Poi voglio ringraziare il personale sanitario, quello che maggiormente mi ha reso orgogliosa di far parte di questa categoria da protagonista e da umile “apprendista” di una Professione difficile ma appassionante. Ma anche chi, non sapendolo, ha contribuito a sviluppare in me e probabilmente anche in molti altri, un forte entusiasmo di “Sapere” e alimentare una curiosità scientifico-umanistica dispensate nel corso di tante giornate di lezione. Infine, ovviamente, ringrazio la mia relatrice, la Dott.ssa Tiziana Traini la quale mi ha seguita in questo in questo lavoro di tesi incoraggiandomi costantemente e lasciandomi libera di sviscerare un argomento abbastanza originale e non evidentemente di facile stesura e Il Professor Stefano Marcelli, il nostro Direttore del corso di Laurea, persona empatica e sempre disponibile con noi studenti in un rapporto “alla pari”, sempre pronto a darci consigli e a motivarci a guardare avanti.

*Gisella D'Ambrosio*



*Grazie per l'attenzione!!*