

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazioni e cultura dell'OPI di Roma

N° 1

Infermiere di famiglia
Avviato l'iter in Regione

Nata la polizza a tutela
dei lavoratori della salute

Assemblea annuale
degli iscritti



INFERMIERE

oggi



Organo Ufficiale di Stampa
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma
Anno XXIX - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2019
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Ausilia Pulimeno

Segreteria di redazione
Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Simonetta Bartolucci, Marinella Carnevale, Girolamo De Andreis,
Maurizio Fiorda, Emanuele Lisanti, Roberta Marchini, Nataschia Mazzitelli,
Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Cinzia Puleio,
Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

Coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno
Copertina: Ennio De Santis

Finito di stampare: marzo 2019

Tiratura: 34.242 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Infermieri e comunità, un affare di famiglia**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI**

DICONO DI NOI

- 16 **Le criticità restano, ma avanza la speranza del rilancio della sanità**

NOTIZIE DALL'ESTERO

- 20 **Alessandro Stievano "Fellow" della American Academy of Nursing**
22 **Il Centro di Eccellenza dell'Opi di Roma ottiene anche l'accreditamento del CGFNB**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 23 **XI Congresso nazionale AIT**
Quale futuro per l'Infermieristica transculturale
25 **Rapporto Pit salute 2018. Organici ridotti all'osso**
26 **Nasce la "Rete FNOPI" con Osservatori e Cabina di regia**
27 **Cavaliere nuovo presidente del Comitato infermieri dirigenti**
28 **Gli infermieri ai 40 anni del Servizio sanitario nazionale**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 29 **ExpoSalus, Pulimeno: "L'infermiere di famiglia e di comunità resta una priorità per l'Ordine"**
31 **Infermiere di famiglia. Avviato l'iter in Consiglio regionale**
32 **Infermiere di famiglia si parte davvero!**
33 **Ariccia, inaugurato il nuovo ospedale dei Castelli**

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 34 **Nasce la polizza per gli infermieri a tutela dei lavoratori della salute**
35 **Infermieri e artiterapie. Al Pertini, esperti a confronto**
37 **Educazione e prevenzione con un gonfiabile a forma di colon**
Innovazione nelle campagne di sensibilizzazione sanitaria
38 **CIVES. Primi 20 anni di attività**
39 **All'IDI due infermiere premiate**

CONTRIBUTI

- 40 **Efficacia degli interventi infermieristici nella prevenzione secondaria dell'ictus. Una revisione sistematica della letteratura e una meta-analisi**
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese
43 **I Gruppi Appartamento in semi-autonomia: l'evoluzione della recovery**
Risultati dello studio sul benessere psicologico dei pazienti del Dipartimento di Salute Mentale della ex ASL RM/A-IV D
di Teresa De Paola; Giulia Evangelista
50 **La fatigue in area Oncoematologica**
di Ilaria Galucci, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni
55 **Il monitoraggio glicemico in continuo mediante l'utilizzo dei sensori sottocutanei (CGM)**
di Cristiano Abbati

LETTO PER VOI

- 60 **Un testo per comprendere bisogni dell'assistito e della sua famiglia**
61 **Un excursus storico sull'Infermieristica Pediatrica**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Gli obblighi di protezione e vigilanza nei confronti del paziente**

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Infermieri e comunità, un affare di famiglia

di Ausilia M.L. Pulimeno

Una necessità da affrontare, subito e con competenza, sapendo dove mettere le mani e come farlo. Gli infermieri sono abituati a pensare e ad agire così: inquadrare il problema e attivarsi. Continuano a farlo ogni giorno sul posto di lavoro, adeguandosi, non senza fatica e sacrificio, al mondo che cambia rapidamente.

Specialmente in campo sanitario, in costante evoluzione, con la popolazione che invecchia, le multi patologie, le malattie degenerative e le cronicità in aumento non solo tra gli anziani, una domanda di assistenza che cresce in modo esponenziale. E poi il complesso quadro del disagio psicologico, dei disturbi psichiatrici, delle dipendenze.

Uno scenario che va affrontato con determinazione e idee chiare. E da una prospettiva diversa, ribaltata rispetto al modello di assistenza fin qui seguito che mostra ogni giorno di più la sua inadeguatezza: non più il sistema che attende il cittadino in difficoltà, ma il servizio che lo raggiunge dove questo vive, lavora, studia, dunque nelle case, nelle fabbriche e negli uffici, nelle scuole e in tutte le comunità organizzate.

Un'assistenza capace di curare meglio ma soprattutto di prevenire la malattia. È la sanità che va incontro ai cittadini, un modello che gli infermieri hanno sposato da tempo e che sostengono in ogni sede, forti delle esperienze consolidate in giro per il mondo e di sperimentazioni molto positive anche in Italia.

La risposta c'è: l'infermiere di famiglia e di comunità. È la figura giusta per realizzare finalmente quel che si proclama da anni, la volontà di superare una volta per tutte la centralità delle cure ospedaliere per dare maggiore spazio e risorse umane a un'assistenza spiccatamente territoriale, immersa e ramificata nel tessuto urbano, a contatto con le famiglie e gli altri gruppi sociali, capace di garantire la continuità assistenziale che serve grazie

a una rete di figure professionali diverse che operano sul territorio, in stretto collegamento con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i servizi distrettuali.

Un modello che sancisce il passaggio all'assistenza d'iniziativa, proattiva, che si orienta sulla persona malata piuttosto che sulla malattia, che coinvolge nel ciclo di cure il paziente e la sua famiglia, che valorizza pienamente la professionalità dell'infermiere riconoscendogli le necessarie competenze e responsabilizzandone il ruolo. E che incide positivamente anche sul fronte del contenimento della spesa sanitaria, generando economie di scala e riduzione degli sprechi.

Meno ospedale e più territorio, lo abbiamo ripetuto fino alla noia. Ora è il momento dei fatti. Non siamo solo noi infermieri a chiederlo. Quella riposta nell'infermiere di famiglia e di comunità è un'aspettativa della popolazione.

Lo confermano i risultati della ricerca realizzata dall'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva: un cittadino su due ritiene che il numero di infermieri sia insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio. Perciò invoca soluzioni capaci di rispondere concretamente a questa esigenza e il 78,6% vorrebbe disporre di un infermiere di famiglia e di comunità, un professionista di riferimento convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale, un servizio attivo 24 ore al giorno in grado di garantire un'assistenza continuativa e capillare.

Un modello al quale abbiamo lavorato tanto, che abbiamo sperimentato con successo, che non ha più alcuna scusa per non essere realizzato anche a Roma e nel Lazio. Proprio in questa direzione va l'accordo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e tre Aziende Sanitarie Locali romane (le Asl RM4, RM5 e RM6) per l'attivazione di questo servizio.

E anche la Regione ci ascolta e si attiva. Lo diciamo con la prudenza di chi ha già dovuto misurarsi con impegni disattesi e promesse vane: forse però stavolta è quella buona. L'Assemblea della Pisana si è messa in moto e sta lavorando a una proposta di legge, la numero 106 del 6 febbraio 2019, che introduce "Disposizioni per la promozione dell'assistenza infermieristica familiare".

L'obiettivo dichiarato è de-ospedalizzare e de-istituzionalizzare, ovvero organizzare i servizi sanitari integrandoli con quelli socio-assistenziali in modo tale da mantenere quanto più possibile le persone nella loro comunità e nel loro ambiente familiare. Un approccio necessario anche in considerazione dell'esigenza di una nuova presa in carico del paziente affetto da patologie a lungo decorso. Serve, quindi, una rete capace di assicurare un'effettiva continuità assistenziale sul territorio integrando i servizi e i professionisti per valutare i bisogni di salute dei cittadini direttamente nel loro contesto familiare o comunitario.

La commissione Sanità, Politiche sociali, Integrazione sociosanitaria e Welfare del Consiglio regionale del Lazio ha iniziato il ciclo di audizioni sulla proposta di legge che punta a introdurre l'assistenza infermieristica familiare e di comunità tra i servizi erogati dal SSR. E ha iniziato proprio dagli infermieri, ascoltando i rappresentanti degli Ordini provinciali del Lazio. Scontato il parere favorevole all'iniziativa legislativa, alla quale gli infermieri hanno contribuito fattivamente proponendo in più occasioni il modello organizzativo di riferimento e suffragandolo con i risultati ottenuti dalle sperimentazioni.

Ma il nostro ruolo non si ferma qui. Vogliamo fare le cose per bene, nell'interesse della comunità oltre che degli infermieri. Perciò abbiamo chiesto delle modifiche al testo della proposta di legge 106/2019, argomentandole e motivandole in modo approfondito. A cominciare dal cambio del titolo della norma proposta, non un dettaglio semantico bensì una questione sostanziale.

Abbiamo chiesto alla Commissione di sostituire il termine "promozione" con quello di "realizzazione di servizi", questo perché per cambiare davvero passo occorrono concretezza e operatività, non una semplice dichiarazione di principio. E poi perché la definizione "infermieristica familiare" non rende conto efficacemente del background culturale e scientifico proprio dell'infermieristica di famiglia e di comunità. Una specializzazione che a livello internazionale ha sviluppato esperienze significative ponendo al centro del sistema la persona bisognosa di assistenza, ma anche quella sana che vuole preservare la sua salute da malattie e stili di vita rischiosi. Ecco il motivo per cui, a partire dal-

l'oggetto della proposta di legge regionale, suggeriamo di adottare le definizioni "infermieristica di famiglia e di comunità" e "infermiere di famiglia e di comunità".

Altre osservazioni formulate alla proposta di legge riguardano una serie di atti citati nella relazione depositata in Commissione al termine dell'audizione. Fra queste: la definizione di Family Health Nurse (FHN) fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, dal profilo elaborato dall'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e dal Piano Nazionale di Prevenzione del Ministero della Salute (PNP).

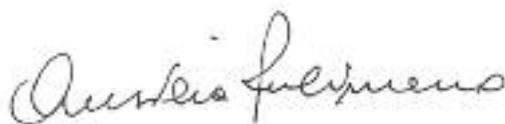
Naturalmente, in questo nuovo scenario, la Regione dovrà prevedere specifici percorsi formativi e di aggiornamento del personale infermieristico per l'acquisizione di competenze e abilità adeguate per garantire un'assistenza domiciliare altamente qualificata al paziente e ai suoi familiari, capace di fornire risposte ad alta complessità in situazioni di particolare fragilità e cronicità, interventi di promozione della salute, prevenzione e presa in carico.

Ma alla Regione Lazio chiediamo anche di correggere la rotta sull'attuale impostazione del CUR, il nuovo Catalogo Unico Regionale che specifica le prestazioni prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Regionale e che ha incredibilmente "dimenticato" quelle infermieristiche. Nell'attuale stesura del CUR, infatti, manca ogni riferimento alle prestazioni infermieristiche previste dalla Regione Lazio già nel 2005 con il codice branca "99" del Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Non è certo questo il modo per valorizzare l'attività che ogni giorno si svolge in numerosi ambulatori infermieristici di Roma e del Lazio.

Per questo, il Coordinamento regionale degli OPI ha chiesto alla Regione di rientrare nel solco tracciato nel 2005 e dunque di reintrodurre nel CUR regionale le prestazioni infermieristiche, ripristinando all'interno del codice "99" un sottocodice specifico ("04") relativo alle prestazioni ambulatoriali. Non solo. Abbiamo sollecitato la Regione Lazio a considerare nel nuovo CUR anche le prestazioni stomaterapiche, delle quali si chiede il riconoscimento, come del resto ha già fatto la Regione Piemonte un anno fa.

Il modello di assistenza territoriale che proponiamo e per il quale ci battiamo assomiglia molto a noi infermieri: vicino al paziente, attento alla persona e al suo contesto familiare.

Per fare bene il nostro difficile mestiere e dare il meglio di noi alla comunità.



Focus

**ASSEMBLEA ANNUALE
DEGLI ISCRITTI**



OPI Roma, da Collegio a Ordine Pulimeno: "Rispondere ai bisogni dei cittadini resta la nostra priorità"

Il 21 febbraio, all'hotel Quirinale, si è svolta l'assemblea annuale degli iscritti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. Approvati all'unanimità la relazione della presidente e i documenti contabili. Eccone una sintesi

L'orgoglio di essere passati da Collegio Ipsavi a Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma con la **Legge professioni 3-2018** (Legge Lorenzin, dal nome dell'ex Ministro della Salute) non si può nascondere, ma: "Oltre alla soddisfazione per quella che è una tappa fondamentale nel nostro percorso di crescita professionale, non dimentichiamo che questo significa anche una maggiore assunzione di responsabilità", ha spiegato la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**.

Si è parlato tanto di quanto fatto e di quanto c'è ancora da fare, il 21 febbraio, all'hotel Quirinale, in occasione dell'assemblea annuale degli iscritti OPI di Roma.

La relazione della presidente Pulimeno ha messo in risalto i punti salienti di un anno, appena trascorso, ricco di impegni rispettati per tutti gli infermieri del Lazio. Anno di successi, soprattutto, specie per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (**Cecri**) che ha ricevuto l'affiliazione al prestigioso **Johanna Briggs Institute**. Un anno, in cui, tra l'altro, si è riuscito a mantenere inalterata la **tassa d'iscrizione** (ferma a 60 euro), laddove circa il 95% degli altri Ordini infermieristici si è visto costretto ad aumentarla. E ancora, i suggerimenti per la stesura del nuovo **Codice Deontolo-**



gico della professione; le manifestazioni in piazza con cittadini e istituzioni; il tandem con la **Federazione nazionale** sugli argomenti più disparati.

"Ma il nostro scopo precipuo resta quello di vigilare sulle 'specificità' della professione e di rispondere, in maniera sempre più precisa e competente, ai bisogni

dei cittadini": parole, oggi più che mai, adatte a una realtà che, stando ai dati, continua a registrare un'impressionante decrescita demografica, causata dalla denatalità e dall'emigrazione (nel 2017, -89mila abitanti al Nord, -45mila al Centro; -49mila al Sud), a fronte di un radicale invecchiamento della popolazione.

Impegno al recupero delle morosità

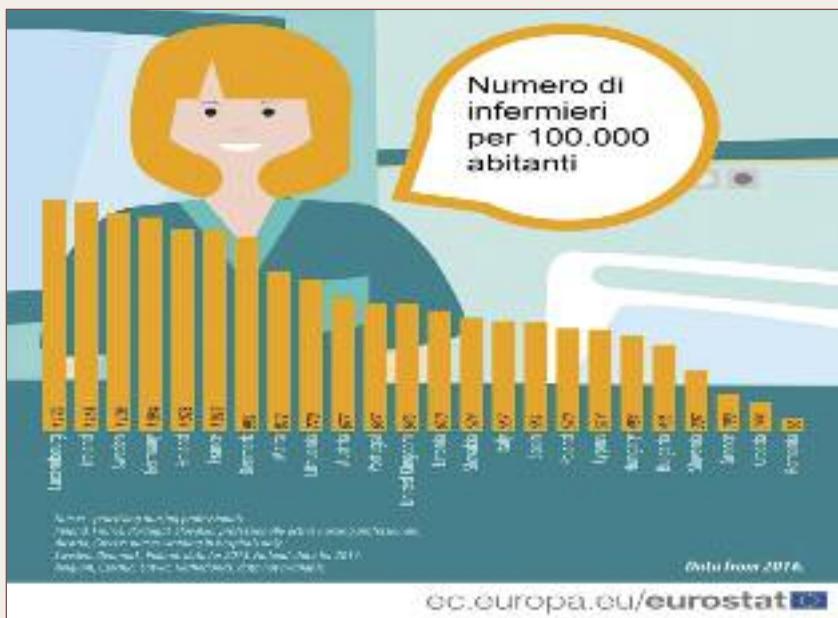
↓

tassa annuale

2011	2012 - 2013	2014 - 2016	2017	2018	2019
€ 75	€ 67,50	€ 62,50	€ 60	€ 60	€ 60

LA SITUAZIONE ITALIANA

Il quadro della popolazione nazionale si attesta su un'età media di 80,6 anni (per gli uomini) e di 84,9 anni (per le donne), con un indice di mortalità, su 1000 abitanti, in aumento (+5,1%): 8,1 al Nord;



8,2 al Centro e 9,1 al Sud. In termini di prestazioni sanitarie, ciò equivale a dire che: un adulto su tre soffre di due malattie croniche; che, sopra i 65 anni, il 10% della popolazione ha almeno tre malattie croniche e che, fra gli anziani, i pazienti con multipatologie diventano due su tre. "Per far fronte a situazioni di tal genere, quindi, sarebbe necessario **incrementare le dotazioni di organici** - ha continuato Pulimeno -. E, invece, il problema permane: il numero di operatori sanitari è sì cresciuto negli ultimi dieci anni, ma resta basso!".

LA CARENZA DI ORGANICI

L'Ocse ha spiegato che: "Il sistema sanitario italiano potrebbe non essere in

grado di far fronte ai cambiamenti, in particolare per quanto riguarda il rinnovo e l'assunzione del personale infermieristico".

In Italia, **il numero di infermieri, per mille abitanti, è tra i più bassi fra i Paesi avanzati** e il rapporto infermieri-medici attivi si ferma a 1,5 nel 2016.

La carenza di infermieri aumenta ogni anno, soprattutto per lo squilibrio tra i pensionamenti (17 mila l'anno) e le nuove assunzioni (8 mila l'anno). Eppure, ora come ora, il "nuovo malato complesso" (affetto da multipatologie, ma con un'aspettativa di vita media più lunga che in passato) ha bisogno di una risposta assistenziale complessa, proattiva, personalizzata. "L'accesso all'assistenza senza disuguaglianze è un diritto universale; una sfida che ci rifiutiamo di non cogliere!".



CONFRONTO CON LE ISTITUZIONI

L'adeguamento degli organici e il **superamento della precarietà** è solo uno degli argomenti prevalenti discussi al tavolo delle istituzioni competenti. In un dialogo più serrato con la **Regione Lazio**, non vanno dimenticati: i concorsi per infermieri; le attività improprie e il "demansionamento"; l'internalizzazione dei servizi; la questione legata ai Dirigenti e agli **ambulatori infermieristici**. "Abbiamo sottolineato la volontà di intervenire nei **tavoli tecnici** che ci riguardano più da vicino: quello contro la violenza agli operatori sanitari **Regione Lazio**, per esempio, assieme al Prefetto di Roma ed al presidente dell'Ordine dei Medici (15 maggio 2018) o, sempre nello stesso ambito, quello che riguarda l'istituzione dell'Osservatorio regionale sulla sicurezza degli Operatori Sanitari (11 luglio 2018). Ultima, solo per ordine di tempo, la proposta del 5 febbraio 2019 all'Assessorato Sanità del Lazio, sulla: "Valorizzazione delle Prestazioni Infermieristiche Ambulatori Infermieristici della Regione Lazio e codifica delle prestazioni eseguite dagli infermieri stomaterapisti".

I principali problemi segnalati dai cittadini

Problemi segnalati	2017	2016
Accesso alle prestazioni	37,3%	31,3%
Assistenza tempestiva	14,9%	13,5%
Invidià e inaccessibilità	12,2%	13,5%
Prestito malpractice	6,8%	13,3%
Informazione e documentazione	5,8%	11,0%
Assistenza specialistica e mobilità	5,0%	5,2%
Farmaci	5,4%	4,2%
Umizzazione	2,9%	2,6%
Patologie rare	1,1%	1,3%
Altro	0,5%	0,4%
Totale	100%	100%

Fonte: Osservatorio - XXI Rapporto FPI Salute 2018





LE PROPOSTE

Le proposte OPI Roma vanno: dall'istituzione dell'Area di Direzione delle Professioni Sanitarie nella Direzione Regionale Salute per supportarla nella funzione di programmazione e controllo del SSR, allo sviluppo del progetto della **Farmacia dei Servizi** con infermieri esperti; dal sostegno ai fabbisogni di personale infermieristico e di supporto (OSS), all'implementazione delle Unità di Degenza Infermieristica e degli **Ambulatori Infermieristici** sul territorio; dalla definizione di uno specifico Nomenclatore delle Prestazioni Infermieristiche alla valorizzazione della professione anche attraverso il riconoscimento economico della progressione di carriera; dal coinvolgimento preventivo degli Ordini Professionali interessati sui provvedimenti che riguardano l'organizzazione del lavoro infermieristico e quello degli OSS all'istituzione della figura dell'**Infermiere di famiglia** per assicurare la continuità delle cure, l'assistenza ai malati cronici e la prevenzione sanitaria. "Questo, perché l'Ordine valorizza l'infermiere in tutte le sue dimensioni, dalle residenze territoriali agli ospedali pubblici e cliniche private. Con un occhio sempre volto alla **libera professione**", ha continuato la presidente.

LO SPORTELLO DELLA LIBERA PROFESSIONE

Nel 2018, sono state effettuate 110 consulenze L.P. (all'Ordine, tramite PEC o mail).

Gli argomenti più ricercati sono stati:

modalità per iniziare un'attività libero professionale; forme e aspetti fiscali per svolgere l'attività libero professionale; come avviare uno studio o un ambulatorio infermieristico; come formulare compensi per attività e/o prestazioni infermieristiche; normative regionali e ordinarie; nulla osta pubblicità sanitaria. A tal proposito, ben 800 studenti (attraverso 26 seminari effettuati nelle sedi dei CdL) hanno partecipato al progetto dell'OPI Roma: *"Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica"*.

I NUMERI

Al 31 dicembre 2018, gli iscritti all'Ordine erano **32.371**, (1.006 infermieri pediatrici), 1.067 nuovi iscritti. Fra gli iscritti a Roma, 3.820 sono infermieri stranieri. Per quanto concerne le cancellazioni: sono 447 gli infermieri che, per diversi

motivi, non potevano più vantare il diritto di far parte dell'Ordine. Si sottolineano 90 infermieri "in uscita", a fronte degli 82 "in entrata".

LA FORMAZIONE

L'Ordine di viale Giulio Cesare resta attento al percorso formativo degli iscritti, perché, come ha spiegato la presidente Pulimeno: "Le competenze delineano il nostro campo d'azione. **Dobbiamo 'vigilare' sulle nostre specificità**: più il professionista infermiere potrà esprimere tutto il suo potenziale al servizio della comunità e più, pur in spirito di comunione, sapremo distinguerci dalle altre professioni sanitarie. Tengo a sottolineare l'importanza, in tal senso, delle Scuole di Specializzazione, affinché le competenze infermieristiche siano sempre più definite. L'intera comunità professionale è chiamata a tenere alta la guardia sulle buone pratiche nel lavoro quotidiano". Nel corso del 2018, sono stati realizzati **67 eventi ECM** per un totale di un'offer-



ta formativa dedicata a circa 2754 infermieri.

Ovvero, **239.192,8 Crediti formativi ECM erogati. Tutti i corsi sono gratuiti** (tranne quelli di inglese).

In sintesi:

Totale partecipanti 9 corsi ECM Fad 37.087

Totale partecipanti Corsi residenz. 2.754

Partecipanti corsi Fad+Res 39.841

Non è un caso, dunque, che OPI Roma detenga il 2° posto in classifica nella categoria: "Ordini e Collegi professionali" come "**Miglior provider ECM 2018**".

SERVIZI AGLI ISCRITTI

Anche per il 2018, restano immutati i servizi che l'Ordine offre ai suoi iscritti. Sempre gratuiti i: certificati on line; la PEC (Posta elettronica certificata) e i trasferimenti.

La partecipazione della Presidente e/o di Consiglieri da lei delegati a convegni, conferenze, tavole rotonde, workshop ed altre iniziative formative e/o incontri istituzionali in sedi esterne ed organizzate oltre che dall'Ordine, da: associazioni e Società scientifiche infermieristiche; sindacati; altre società scientifiche non infermieristiche e altre associazioni; regione Lazio e altre istituzioni (Ministero della Salute, Università, AO, ASL, IRCCS) per un totale di **246** partecipazioni.

ANNO 2018	
APPUNTAMENTI con LEGALE in sede	n. 116
LETTERE INTERVENTI LEGALI	n. 58
CONSIGLI DIRETTIVI	n. 14
ESAMI COMUNITARI	n. 2
ESAMI NON COMUNITARI	n. 2
COMMISSIONI ESAMI ABILITANTI (LAUREA)	n. 48
RAPPRESENTANTI COMMISSIONI ABILITANTI DESIGNATI DALL'ORDINE	n. 95
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTE DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	n. 142
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	n. 16.824

Ma anche la **consulenza telefonica dedicata**, tramite apposito numero verde, erogata da qualificati professionisti del settore assicurativo (supporto nella gestione e nel rapporto con gli assicuratori, apertura e gestione dei sinistri). Senza dimenticare l'**attivazione della polizza a**

tutela dei lavoratori della salute (se ne parla a pag 34) attraverso l'area dedicata sul portale www.fnopi.it

GRUPPI DI LAVORO E COMMISSIONI

L'OPI Roma ribadisce la sua alleanza con le associazioni dei cittadini, nonché la collaborazione con Società scientifiche infermieristiche e non.

Da menzionare la **Commissione sanità privata**, che vuole estendere e consolidare la rete di colleghi di strutture private accreditate. L'incontro del 29 novembre 2018 ha visto la presenza di 17 rappresentanti (per un totale di 20 strutture private accreditate): grande interesse e disponibilità, dunque, sia per l'**ampliamento della rete di colleghi che per l'organizzazione di un Workshop dedicato nel 2019**.

Le proposte emerse riguardano: ambito formativo; organizzativo e integrazione con il SSN e rapporti con Università per formazione post acuzie. Inoltre, il Consiglio Direttivo vuole individuare, nelle strutture sanitarie di Roma e Provincia, dei colleghi che contribuiscano al **processo di capillarizzazione della comunicazione** e, pertanto, ha istituito una Commissione per mettere a punto la **"rete di referenti"**. Ciò, senza dimenticare l'avviata "Analisi del fabbisogno di assistenza infermieristica nelle Aziende sanitarie e negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico della Regione Lazio".

OPI GIOVANI

Tra le novità 2018, menzione speciale per **OPI ROMA GIOVANI**, organismo in seno all'Ordine nato dall'esigenza di avvicinare e facilitare i colleghi più giovani verso il mondo professionale. OPI Giovani vuole creare "senso di appartenenza" e portare proposte e richieste di aiuto da parte di colleghi con minor esperienza. Da marzo 2018, data della formazione, si contano 9 incontri, per 24 membri partecipanti al gruppo di lavoro permanente.

In sintesi, le proposte emerse riguardano:

- promuovere la diffusione della cultura e della ricerca infermieristica;
- sviluppare, sia all'interno di OPI ROMA sia all'esterno, ogni opportunità di dibattito e di confronto costruttivo;
- promuovere progetti interregionali di supporto dei giovani infermieri che favoriscano il dialogo con gli Ordini professionali e con le Istituzioni;
- sostenere l'affermazione dei principi della libertà di scelta del cittadino utente;
- promuovere iniziative di orientamento anche di tipo occupazionale.

OPI GIOVANI ha già attivato 2 progetti di ricerca nell'ambito del **CECRI**: "L'Infermiere come attore del cambiamento nell'obesità infantile tramite la promozione di interventi di *peer education*" e "L'Infermiere scolastico e la promozione di interventi di educazione sanitaria nelle scuole primarie". Inoltre, per presentarsi alla comunità professionale, OPI GIOVANI ha ideato e prodotto un suo video promozionale reperibile sui principali canali social e sul sito dell'Ordine.

L'OPI VERSO IL FUTURO

Per quanto concerne gli impegni per il 2019: "In primis, l'Università, la ricerca e la formazione base e post-base. Poi, il potenziamento delle cattedre e lo sviluppo della *leadership* clinica degli infermieri; delle proposte di revisione degli obiettivi formativi qualificanti dei CdL in Infermieristica", ha concluso la presidente Pulimeno.

E, ancora: la difesa della dignità professionale; rappresentare i suoi iscritti ed i loro punti di vista nei contesti politici e presso le società scientifiche; continuare il *pressing* per l'adeguamento degli organici, lo sblocco del *turnover* e la mobilità; alimentare il confronto con gli *stakeholders* interni ed esterni alla professione. Tutto, per sviluppare, produrre e divulgare posizionamenti politico/professionali su tematiche quali lo *skill mix change*, i *missed care* e i *Nursing Sensitive Outcomes* (NSO).

CECRI, un anno ricco di iniziative e obiettivi raggiunti

Il 2018 è stato un anno proficuo, ricco di iniziative e nuovi obiettivi raggiunti, per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma.

La consolidazione degli obiettivi degli anni precedenti è continuata anche nel 2018, sviluppando momenti formativi e linee di ricerca in ambito nazionale ed internazionale. Il CECRI dell'OPI Roma ha partecipato al primo Congresso Nazionale della nuova Fnopi "Noi infermieri, la nostra impronta sul sistema salute", in realtà il XVIII dalla nascita dell'Ipasvi che Fnopi ha sostituito dopo oltre sessant'anni dall'attivazione dei Collegi nel 1954. Nello specifico il CECRI ha presentato diversi *outcome* di ricerche concluse nella sessione: "Progetti, sperimentazioni e ricerche di buona pratica" con diversi lavori di cui circa 15 presentati come poster e due come presentazione orale durante la sessione mattutina del 6 marzo.

Il 7 e 8 maggio 2018, a Roma, presso l'Hotel NH Villa Carpegna, con il patrocinio di Ministero della Salute, la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e la *Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools* (CGFNS), si è tenuto il decimo *Workshop* internazionale del CECRI dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma. Il simposio è stato incentrato sull'impegno verso l'individuazione e lo sviluppo di quelle

competenze richieste agli infermieri dell'oggi e del futuro per una migliore qualità e una migliore sostenibilità del sistema salute.

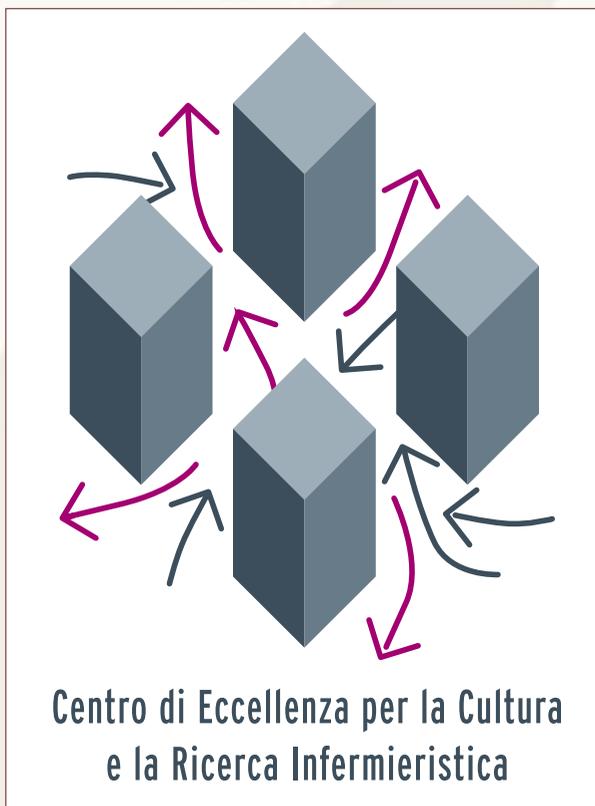
Questo decimo *workshop* è stato un momento di confronto sulle competenze necessarie per esperire l'*evidence based practice* in una società in perenne mutamento dove la ricerca deve dare risposte di maggiore adeguatezza alle necessità di cittadini sempre più longevi e con malattie croniche.

A tal proposito, l'Italia si colloca tra i Paesi più longevi al mondo ma questo fenomeno è accompagnato da un'alta preva-

lenza di malattie cronicodegenerative che impattano sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie e sui costi dell'assistenza sanitaria. Pertanto, i sistemi sanitari devono sempre di più ripensare i modelli di cura cercando di privilegiare anche il *self-care*, inteso come l'insieme di comportamenti che il paziente e la sua famiglia mettono in atto per mantenere stabile, per quanto più possibile, la malattia cronica, monitorandone i segni e sintomi e rispondendo efficacemente e tempestivamente a tutti i segni e sintomi di riacutizzazione. Le evidenze prodotte in più ambiti clinici dimostrano che il *self-care* è efficace nel ridurre la mortalità, migliorare la qualità di vita, ridurre gli accessi inappropriati ai servizi sanitari e le ospedalizzazioni evitabili.

Già da diversi anni sono attive in Italia e in particolar modo nel CECRI diverse linee di ricerca infermieristica sul *self-care* e questo *workshop* ha voluto essere un momento di incontro per condividere i risultati prodotti.

Gli obiettivi specifici sono stati anche quelli di illustrare lo sviluppo della ricerca tramite i Centri di Eccellenza infermieristici nel mondo; di illustrare alcuni studi italiani che mettevano in risalto il ruolo dell'infermiere con competenze specialistiche e, infine, di fornire una panoramica nazionale ed internazionale sugli studi riguardanti il *self-care* nelle malattie croniche e confrontare gli studi in essere in Italia e all'estero sull'argomento.



Tra i relatori, si è avuta la gradita presenza di Thomas Kearns, *Interim Chief Executive Officer* dell'*International Council of Nurses* (ICN).

Il 13 luglio 2018, è arrivato un importante riconoscimento internazionale per il CECRI, il Centro è, infatti, entrato a far parte, unico in Italia, tra i gruppi di ricerca affiliati al prestigioso *Joanna Briggs Institute* (JBI), storica organizzazione internazionale di ricerca e implementazione di linee guida e buone pratiche, che collabora con quasi cento centri nel mondo per sviluppare le evidenze cliniche infermieristiche. Nata nel 1996 per opera dell'University of Adelaide e del Royal Adelaide Hospital, la sua banca-dati full-text, che offre agli operatori sanitari informazioni e strumenti aggiornati e accreditati per implementare le pratiche cliniche basate sull'evidenza, raccoglie revisioni sistematiche e protocolli redatti secondo la metodologia JBI. Il modello di pratica dell'*evidence-based* del JBI è riconosciuto come standard globale di eccellenza nel settore delle professioni sanitarie; contiene raccomandazioni di buona pratica, revisioni sistematiche e informazioni per i pazienti.

Dopo l'importante riconoscimento del JBI, il CECRI, organismo nato in seno all'Ordine delle Professioni di Roma, ha instaurato una proficua collaborazione con il CGFNS International, organizzazione no-profit che aiuta professionisti sanitari a vivere e lavorare in Paesi diversi da quello di origine e soprattutto negli Stati Uniti, valutando e convalidando le loro credenziali accademiche e professionali allo scopo di facilitarne l'ammissione presso le scuole negli Stati Uniti e altrove.

Il CGFNS International è neutrale, gode dello status consultivo delle Ong con il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite e aiuta a proteggere i professionisti della salute che si spostano, sostenendo pratiche di assunzione etiche e monitorando continuamente il panorama globale per lo sviluppo di tendenze nel reclutamento del lavoro e nelle

norme sul luogo di lavoro.

La missione di CGFNS International è di servire la comunità globale attraverso programmi e servizi che verificano e promuovono la competenza pratica basata sulla conoscenza degli operatori sanitari. Il 26 settembre, al Policlinico Gemelli di Roma, il CECRI ha co-organizzato e patrocinato l'evento "*Caring Science: la scienza dal volto umano nel futuro dell'Infermieristica*" a cui ha preso parte la professoressa Jean Watson, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, del *Watson Caring Science Institute*, che ha discusso approfonditamente la "Filosofia dello Human Caring".

Dal 12 al 14 settembre si è svolta a Roma la conferenza annuale dell'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP), quest'anno incentrata sul tema del lavoro di squadra interdisciplinare e delle innovazioni tecnologiche come approccio vincente nella gestione delle ulcere da pressione.

Al Congresso hanno partecipato relatori di rilevanza internazionale e partecipanti da tutto il mondo impegnati in prima linea nell'assistenza ai pazienti portatori di lesioni da pressione. Il CECRI ha avuto l'occasione di poter essere presente ad un evento di tale rilevanza internazionale attraverso la presentazione di due lavori presentati come poster: "*Fostering pressure injury prevention: the role of Clinical Nurse Leaders*" e "*Center of Excellence for Nursing Scholarship: Five years experience with pressure ulcer prevention*". Entrambi i lavori hanno mostrato i risultati dell'attività che i membri del 4 Polo della Pratica Clinica del CECRI stanno portando avanti da diversi anni con i progetti di Audit Clinici e di implementazione della Pratica Clinica basata sulle Evidenze nell'ambito della prevenzione delle lesioni da pressione.

Nel 2018, inoltre, è proseguito il riconoscimento del lavoro dei ricercatori del CECRI a livello internazionale e a Novembre dello scorso anno il ricercatore italiano Alessandro Stievano è entrato a far parte degli infermieri selezionati per

l'ingresso nell'*American Academy of Nursing* (AAN) in qualità di *Fellow*.

L'Academy nasce nel 1973 nell'ambito dell'*American Nursing Association* ed è una delle più autorevoli organizzazioni degli Stati Uniti. Al servizio del pubblico e della professione infermieristica agisce mediante la promozione e la divulgazione e la conoscenza del nursing. Ogni giorno attraverso attività politiche e culturali in America e nel mondo, l'*Academy* e i suoi membri creano iniziative legate alle politiche ed alla conoscenza della salute per indirizzare la riforma dei sistemi sanitari evidenziando il contributo del nursing. A tal proposito, l'*Academy* sviluppa programmi di nursing globali per aumentare la conoscenza delle tematiche legate alla salute internazionale da parte dei leader infermieristici.

Vediamo ora in dettaglio i 42 progetti che hanno costituito il *core* dell'attività di ricerca e formazione del Centro di Eccellenza per il 2018.

1. POLO PER L'ISTRUZIONE

1.18.1 Un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale: la sperimentazione

Scopo dello studio è stato quello di sviluppare e applicare un modello sperimentale per la definizione del *Core Competence* infermieristico, atto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse Università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea.

1.18.2 Etica-mente parlando. Responsabilità, formazione, ricerca

Tanto si parla di "etica" e tanto ancora se ne parla in virtù della stesura del nuovo codice deontologico infermieristico. Tale corso formativo, ripetuto in numerose edizioni in varie strutture sanitarie di Roma e Provincia, si è posto come obiettivo quello di sensibilizzare ed enfatizzare i temi etici centrali della professione infermieristica come: equità, dignità, giustizia, responsabilità professionale, etc...

1.18.3 Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017

Il corso si è proposto di condurre i professionisti in un percorso di riflessione e approfondimento sui temi dell'evento avverso e della responsabilità, ragionando sul superamento del concetto di procedura da rispettare, a favore di un'analisi critica e competente per la valutazione del rischio. L'analisi della Legge 24/2017 è stata finalizzata a comprendere e focalizzare i cambiamenti concreti sul concetto di responsabilità e di colpa che tale Legge ha avviato.

1.18.4 Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica nell'area di Roma

L'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti del terzo anno di infermieristica, si è posta l'obiettivo di valutare le conoscenze degli studenti sull'attività libero professionale infermieristica (normativa di riferimento, contesti in cui si svolge, opportunità di lavoro, etc.). A tale ricerca è stato associato un seminario di formazione sull'attività libero professionale rivolto agli studenti del terzo anno dei corsi di laurea in infermieristica.

1.18.5 "Anlaid Lazio incontra gli studenti" - campagna di In/Formazione e Prevenzione sull'infezione da HIV/AIDS/IST per la promozione dei comportamenti non a rischio e per una sessualità consapevole, rivolta ai giovani

La proposta progettuale ha identificato e formato un pool di infermieri esperti nel settore delle infezioni a trasmissione sessuale coinvolgendoli attivamente nelle equipe multidisciplinari del Progetto Scuole di Anlaid Lazio e nei programmi di informazione e prevenzione rivolti sia agli studenti delle Scuole Superiori di Secondo Grado, sia agli studenti dei Corsi di Laurea in infermieristica. L'efficacia del programma è in corso di valutazione

attraverso uno studio di ricerca, già attivato, con somministrazione di uno specifico test prima e dopo l'intervento educativo rivolto agli studenti.

1.18.6 Nursing & resilienza: applicazione della ricerca nell'individuazione del costruito

Questo progetto si è posto due obiettivi, il primo quello di definire lo stato dell'arte circa il concetto di "resilienza" e il suo uso in ambito infermieristico; mentre il secondo è stato quello di descrivere il ruolo della resilienza, dell'empatia e del coping nell'ambito della relazione di aiuto per meglio determinare le performance professionali.

1.18.7 Violenza contro le donne: una priorità della sanità pubblica

Tale progetto si è posto come obiettivo precipuo quello di sensibilizzare i professionisti sanitari sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne. Si è molto enfatizzato, in tal senso, l'art 1 della dichiarazione dell'Onu sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993) che definisce "violenza contro le donne" ogni atto di violenza fondato sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà.

1.18.8 Le patologie invalidanti e la loro gestione: il contributo infermieristico nello sviluppo delle abilità residue

Con tale progetto si vuole creare un corso di formazione che evidenzi l'importanza della presa in carico totale, da parte del personale infermieristico, del paziente con lesioni midollari e amputazione degli arti.

1.18.9 Integrazione sociale e professionale infermieristica

Questo corso ha l'obiettivo di promuovere l'integrazione professionale e sociale tra infermieri e operatori sanitari provenienti da differenti culture e *frame-*

work concettuali. La forza lavoro sanitaria è, e sarà, in un futuro prossimo, sempre più multietnica e tale multietnicità necessita di percorsi formativi mirati ed appropriati per garantire la miglior qualità delle cure assistenziali.

1.18.10 Le tematiche professionali della sanità privata, studio, analisi e proposte

Questo progetto ha come obiettivo quello di realizzare un confronto qualificato e costante tra professionisti impegnati nella assistenza in strutture private, offrendo un'opportunità di scambio di esperienze e di analisi di problematiche comuni per contribuire al dibattito generale della sanità e proporre progetti e lavori che possano essere di interesse comune nelle varie realtà sanitarie private.

2. POLO PER LA RICERCA

2.18.1 Bisogni e burden dei caregiver nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver? Continuazione del progetto di ricerca

L'obiettivo di questo studio è legato alla seconda fase di un progetto più ampio sul *self-care* nello scompenso cardiaco che ha compreso la somministrazione di due batterie di strumenti psicometrici validati: uno per i pazienti e uno per i *caregiver*. L'indagine è condotta in tre momenti: a tempo zero (coincidente col ricovero o visita ambulatoriale), a sei mesi e a un anno.

2.18.2 Validazione di nuovi strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne in postmenopausa con osteoporosi

Il progetto di ricerca, ha come scopo quello di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della *Self-Care of Osteoporosis Scale* (SCOS) e della *Quality Of Life Osteoporosis Scale* (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il *self-care* e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.

2.18.3 Validazione linguistica e culturale al contesto italiano del *Nursing Teamwork Survey* Italian validation of the *Nursing Teamwork Survey*

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare i livelli di *teamwork* infermieristico attraverso la validazione in lingua italiana, e al contesto culturale italiano, della *Nursing Teamwork Survey* (NTS). La *Nursing Teamwork Survey* è stato creato appositamente per la valutazione dei livelli di *teamwork*, ma non esisteva in precedenza una versione italiana della stessa.

2.18.4 Indagine nazionale sui sistemi di prevenzione e risposta al deterioramento clinico ospedaliero pediatrico

Lo scopo della ricerca è stato quello di valutare, attraverso un'indagine conoscitiva, l'allerta precoce per il deterioramento clinico intraospedaliero e in particolar modo dell'arresto cardiaco del bambino e per la prevenzione di tali fatti ineccezionali.

2.18.5 La prevenzione degli errori da terapia nelle terapie intensive: uno studio internazionale multicentrico *cross-sectional*

Lo scopo della ricerca è quello di analiz-

zare le conoscenze, i bisogni formativi, le attitudini e i comportamenti degli infermieri in materia farmacologica, verificando l'esistenza di eventuali correlazioni prima nella letteratura esistente e poi in specifici setting assistenziali. La ricerca è in corso di effettuazione, sia con una revisione sistematica della letteratura, sia tramite uno studio internazionale multicentrico *cross-sectional*.

2.18.6 *Self-care* e qualità di vita negli anziani con malattie croniche. Progetto 2.0

Lo scopo di questa ricerca di tipo longitudinale, è quello di descrivere il *self-care* ed il contributo al *self-care* rispettivamente nei pazienti affetti da malattie croniche e nei loro *caregiver* e di valutare la relazione tra *self-care* e qualità di vita nei pazienti e nei *caregiver*.

2.18.7 Lo sviluppo dello strumento per misurare la dignità professionale

Lo scopo di questa ricerca è di sviluppare uno strumento che possa valutare la dignità professionale. Molti sono i fattori che determinano la dignità professionale ed includono il rispetto intra e interprofessionale, il grado di *autonomia* e *decision making* espresso dagli infer-

mieri stessi nel loro lavoro, il setting ambientale di riferimento etc...

2.18.8 Etica e rispetto professionale: una revisione sistematica

Lo scopo di tale studio è quello di identificare, in diversi database elettronici, gli studi empirici e teorici sulla dignità professionale degli infermieri in modo da ottenere una comprensione più completa del fenomeno rispetto professionale e chiarire meglio i vari fattori coinvolti in tale concetto.

2.18.9 Intervento di *Mindfulness* per la riduzione dello stress in pazienti con Bronco-Pneumopatia-Cronico-Ostruttiva (BPCO) e loro *caregiver*

Questo progetto ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia dell'intervento infermieristico nel ridurre stress, ansia, depressione nei pazienti con BPCO di grado severo e nei loro familiari. Lo studio di tipo clinico randomizzato e multicentrico utilizza come strumento di indagine la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) che si è dimostrata efficace nel trattare l'ansia, i disturbi dell'umore e lo stress percepito.

2.18.10 Gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica in un'"Unità Operativa a Gestione Infermieristica"

Lo scopo di questo progetto di ricerca è quello di valutare gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica nelle Unità Operative a Gestione Infermieristica (U.O.G.I.), analizzando il grado di completezza della documentazione infermieristica e le conoscenze degli infermieri in merito alla tracciabilità degli esiti.

2.18.11 Competenze cliniche infermieristiche valutate con la *Nurses Competence Scale* e il ragionamento clinico valutato tramite la *Nurses Clinical Reasoning*

Questo progetto di ricerca ha lo scopo di descrivere la percezione



delle competenze degli infermieri nei diversi setting clinici. Gli strumenti utilizzati per questa indagine sono la versione italiana della *Nurse Competence Scale* (INCS) e la *Nurse Clinical Reasoning Scale* (NCRS).

2.18.12 Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche nei diversi setting assistenziali: Ricerca con metodo misto

Questa ricerca ha come scopo quello di valutare le competenze infermieristiche. Il disegno dello studio è di tipo misto esplicativo sequenziale (QUAN+qual). In questa fase della ricerca si valuteranno le competenze attraverso una indagine qualitativa.

2.18.13 Esiti dell'assistenza infermieristica nella gestione delle ferite difficili: gli strumenti di valutazione del processo di guarigione. un progetto di ricerca *mixed method*

Questa ricerca ha come scopo quello di misurare gli esiti dell'assistenza nella gestione delle ferite difficili attraverso l'uso di strumenti di valutazione del processo di guarigione delle lesioni nell'utenza afferente agli ambulatori infermieristici territoriali della ASL Roma 2. Il disegno di ricerca è di tipo misto sequenziale esplicativo con l'uso di strumenti psicometrici e interviste semistrutturate.

2.18.14 Informazioni sanitarie nell'era dei social network

Questo studio multimetodo diviso in più fasi interconnesse, ha come obiettivo quello di valutare l'intersezione tra ricerca e comprensioni delle informazioni sanitarie, social networks e costruzione del capitale sociale. Questo perché gli infermieri si trovano a poter svolgere un ruolo formativo/educativo e di promozione della salute anche con l'ausilio delle nuove tecnologie.

2.18.15 Studio di incidenza della fragilità nella popolazione anziana non sottoposta ad interventi di prevenzione

Obiettivo del presente progetto è costituito dalla individuazione e monitoraggio di una coorte di anziani nel territorio della città di Roma che, selezionati su base casuale, definiscano un campione di controllo sul quale non sia stato effettuato alcun tipo di intervento sulla loro fragilità. Si tratta di uno studio osservazionale di coorte di persone di 65 anni e oltre. Il team di lavoro sarà costituito da infermieri di famiglia che condurranno attività di rilevazione della fragilità e attività di monitoraggio nel tempo.

2.18.16 Il comfort dei pazienti sottoposti ad impianto di PICC e Midline: studio a metodo misto

Tale ricerca, ha come obiettivo quello di descrivere l'impatto e le impressioni che il posizionamento di un PICC o Midline ha sulle persone assistite, in particolare sul loro percorso clinico e sulla loro qualità di vita.

2.18.17 Efficacia della realtà virtuale in ambito clinico-assistenziale per la gestione degli effetti collaterali alla patologia cancerosa e della chemioterapia

Gli obiettivi di questo progetto sono diversi: 1) applicare un sistema di realtà virtuale come tecnica di distrazione durante la somministrazione del chemioterapico 2) identificarne gli esiti sensibili rispetto alle tecniche di distrazione stesse (ansia, dolore, fatigue, nausea, vomito). Lo studio prevede le seguenti fasi. Prima fase: misurare gli esiti attraverso strumenti specifici a tempo zero T0; seconda fase: procedere alla somministrazione del protocollo terapeutico antineoplastico applicando le tecniche di realtà virtuale; terza fase: studio degli esiti post realtà virtuale.

2.18.18 La salute degli infermieri (qualità di vita e sindrome metabolica): quali ripercussioni sul fenomeno dell'assenteismo e sulle *Missed Nursing Care*

La ricerca ha come obiettivo principale quello di comprendere la relazione esi-

stente tra il contesto organizzativo e a) lo sviluppo di sindrome metabolica, b) la qualità di vita degli infermieri, e c) le *Missed Nursing Care*. Inoltre, si propone di verificare se le variabili organizzative possono essere considerati predittori delle condizioni della qualità di vita e della sindrome metabolica degli infermieri.

2.18.19 Studio prospettico multicentrico sulle lesioni da pressione nei pazienti ricoverati in hospice: prevalenza, incidenza e fattori associati

Il progetto si pone degli obiettivi. Quello primario: documentare la prevalenza puntuale al momento del ricovero e l'incidenza cumulativa delle lesioni da pressione in pazienti con malattia in stadio avanzato ricoverati in Hospice. Quello secondario: analizzare l'associazione ed il potere predittivo delle caratteristiche dei partecipanti con l'insorgenza delle lesioni da pressione.

2.18.20 Valutazione della capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste. FASE 2

Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutare la capacità del SSN nel rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e successivamente analizzare le prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità delle cure richieste.

2.18.21 *Chronic care management* e professione infermieristica. Presa in carico e gestione dei pazienti con patologia cronica

Il progetto intende sperimentare percorsi di presa in carico dei pazienti con patologia cronica, attraverso l'utilizzo di approcci proattivi di *chronic care management*. Questo poiché l'approccio alla

cronicità richiede continuità, collegamento e coordinamento, in una visione nuova che non rimane in attesa di richieste (logica reattiva), ma va incontro al bisogno (logica proattiva o d'iniziativa), fin dai determinanti sociali della salute.

3. POLO PER LA FORMAZIONE

3.18.1 La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati biomediche

Il progetto prevede dei corsi che hanno lo scopo di offrire a tutti i professionisti quelle informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione.

3.18.2 L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche

Questo corso ha inteso fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'indicizzazione nella banca dati ILISI infermieristica. Al termine del corso i discenti sono stati in grado di inserire in modo autonomo dei dati sull'assistenza infermieristica nella banca dati ILISI.

3.18.3 Corso di inglese scientifico per il nursing 3 livelli: base – pre-intermedio – intermedio Questo progetto prevede dei corsi formativi di inglese scientifico di base – pre-intermedio – intermedio, dedicati agli infermieri, questi corsi nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

3.18.4 Corso di fonetica e conversazione in inglese

Questi corsi orientano il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche. Obiettivo del corso è quello di sviluppare capacità di fonetica e conversazione in inglese, questi corsi nascono

dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese nell'assistenza all'altro.

3.18.5 La responsabilità professionale infermieristica nell'era della pratica basata sulle evidenze scientifiche

Il progetto prevede dei corsi di formazione che mirano a fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di responsabilità professionale attraverso l'individuazione degli elementi e delle caratteristiche della responsabilità e degli aspetti normativi su aspetti specifici della responsabilità stessa.

4. POLO DELLA PRATICA CLINICA

4.18.1 Evidence Based Practice (EBP): l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà operativa

Il progetto ha come obiettivo quello di innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in EBP. Ha degli obiettivi specifici: quello di identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti assistenziali e quello di accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP.

4.18.2 L'applicazione dell'Evidence Based Practice (EBP) finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche

Il progetto ha l'obiettivo di elaborare documenti che permettono di rendere facilmente fruibili i risultati della ricerca e di sperimentare e valutare la loro diffusione ed applicazione nei singoli contesti. Il progetto, inoltre, prevede la formazione di *Clinical Nurse Leader* (CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'EBP.

4.18.3 Evidence Based Practice (EBP) e pratica clinica: fantasia o realtà?

Il progetto è volto a migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica. Obiettivi specifici del progetto sono

quelli di promuovere l'acquisizione di competenze in EBP; di stimolare i professionisti sanitari a utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica; di supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo e, infine, quello di fornire strumenti metodologici che promuovano il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica dei principi e delle procedure dell'EBP.

4.18.4 Artiterapie in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni

Il progetto ha come scopo quello di sensibilizzare e formare infermieri nel trattare pazienti affetti da disturbi psichiatrici tramite l'utilizzo delle arti terapie. Lo scopo ultimo è quello di introdurre le professioni sanitarie a queste modalità di intervento (arti terapie) riconoscendone il loro valore assistenziale come dimostrato dalle recenti ricerche nell'ambito delle neuroscienze.

4.18.5 Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto

Il progetto ha come obiettivo quello di sensibilizzare e formare gli infermieri alla gestione degli scenari emergenziali nel caso di disastri naturali, incidenti industriali, pericolo di inquinamenti ambientali, atti terroristici. Gli infermieri nelle maxi-emergenze svolgono un ruolo importante in quanto operano nella prevenzione, protezione, salvataggio, ricerca e cura delle popolazioni civili.

4.18.6 Vaccinazioni e loro impatto sulla salute del cittadino. Quale coinvolgimento del professionista infermiere

Il progetto ha come obiettivo quello di sensibilizzare i professionisti infermieri in tema di immunizzazione vaccinale e definire interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute basati sulle migliori evidenze di efficacia.

Le criticità restano, ma avanza la speranza del rilancio della sanità

Solite criticità ma anche speranze per un rilancio della sanità di Roma e del Lazio e delle condizioni di lavoro dei suoi operatori. Temi e prospettive che, anche negli ultimi mesi, hanno catturato l'attenzione dei media.

L'anno scorso si è chiuso lasciando in dote al 2019 molte sfide ancora aperte, tra proteste e novità incoraggianti, riprese e variamente commentate dagli organi d'informazione. Ad esempio,

Il Messaggero sul fronte dell'edilizia sanitaria, **Il Messaggero** (1/12/18) annuncia: "Ospedali, cantieri per un miliardo: «Nuove strutture e più tecnologia». Nell'articolo si legge: "In Regione la definiscono «la più importante stagione di investimenti nell'edilizia sanitaria», da nessun'altra parte stanno per partire cantieri così imponenti e calcolano che questa operazione creerà, con l'indotto, 12.500 posti di lavoro. In buona parte sono fondi sbloccati dallo Stato perché la Regione ha migliorato i conti e si avvia all'uscita dal commissariamento". Buone notizie anche per gli organici infermieristici. Il quotidiano romano aggiunge: "Parte anche il maxi concorso. Al Policlinico Umberto I si lavora per arrivare a ristrutturare il complesso per assumere 256 infermieri: prevista la partecipazione di 25.000 candidati da tutta Italia. Più nel dettaglio, il miliardo di euro è la somma di fondi pronti per l'apertura dei cantieri e fondi aggiuntivi: 776 milioni di euro sono finanziamenti già cantierabili (che comprendono ad esempio quelli per l'adeguamento dell'Umberto I e del Sant'Andrea e i fondi per il nuovo ospedale di Amatrice)".

Intanto, però, la situazione resta critica e la fotografa l'Università Bocconi di Milano nella sua classifica.

IL TEMPO **Il Tempo** (1/12/18) titola "La sanità peggiore per la Bocconi è nel Lazio". E scrive: "Dopo 8 anni di cure dimagranti, l'organico del sistema sanitario laziale si è rinsecchito: ha perduto 16 ospedali, il 14% del personale e 3.600 posti letto (finendo sotto la media nazionale dei 3 letti ogni mille residenti). Anche per questi motivi aumentano le file nei pronto soccorso: «Le Regioni coi tempi di attesa maggiori per i codici gialli sono le Marche e il Lazio», quantifica un rapporto dell'università Bocconi". Un dato interessante sugli infermieri: "Il rapporto della Bocconi sottolinea come, «rispetto al 2010, il personale lombardo è diminuito del 3% contro il 14% del personale laziale e il 15% del personale campano. Il rapporto infermieri/medici ha conservato il differenziale che separa Lombardia (2,6) e Lazio (2,4) rispetto alla Campania». In 7 anni il Lazio ha perduto l'11% dell'organico, che equivale a 2497 infermieri in meno. E nel Lazio pesa il 12% delle

carenze nazionali: la Regione ora conta solo su 20.102 infermieri contro i 22.599 del 2009".

Torna alla ribalta mediatica l'idea di una maxi azienda sanitaria regionale per contenere costi e diseconomie.

Il Messaggero **Il Messaggero** (2/12/18) titola "Regione, piano anti-crisi: tasse giù. Super-Asl per la sanità". E spiega: "Un'altra mossa inserita nella manovra riguarda la sanità: la creazione dell'Azienda zero, una sorta di maxi Asl che non si rivolge al cittadino ma alle altre aziende ospedaliere. Non comporta nuovi costi (si usa il personale già esistente e la sede sarà in un palazzo della Regione) ma, quanto meno nelle intenzioni, porterà a una razionalizzazione della spesa perché gestirà e controllerà gli acquisti di tutte le Asl, centralizzerà il pagamento dei fornitori, sarà di supporto per gli investimenti, tenendo conto che nel Lazio sono stati sbloccati fondi statali per un miliardo di euro per l'edilizia sanitaria".



A proposito di spesa sanitaria e sprechi, il quotidiano economico **Affari e Finanza** (3/12/18) sposta l'obiettivo su scala nazionale ed europea: "Salute: sprechi e poca spesa e la sperimentazione frena". Si legge: "L'Italia è uno dei Paesi europei che spende meno per la sanità e per di più spende male, generando un'inefficienza che si ripercuote sulle tasche dei cittadini. Ciò nonostante, vantiamo ancora alcuni primati importanti, come quello sull'aspettativa di vita (solo la Spagna fa meglio di noi), e un tasso di morti evitabili inferiore alla media. Un quadro in chiaroscuro in cui rientra anche la lieve battuta d'arresto delle sperimentazioni cliniche, su cui aleggia il fantasma del regolamento europeo che fatica a vedere la luce. L'Ocse è tornata dopo due anni a scattare una fotografia alla sanità europea, individuando alcuni trend interessanti e in alcuni casi allarmanti. Si scopre ad esempio che in Europa il ritmo di aumento dell'aspettativa di vita è rallentato dal 2011 a oggi. E che la sanità europea avrebbe potuto evitare oltre 1,2 milioni di decessi, se solo avesse intrapreso politiche sanitarie pubbliche migliori e fornito un'assistenza più efficace e tempestiva".

Una sanità che arranca, eppure capace di adeguarsi ai tempi e alle necessità. Anche sotto il profilo dell'umanizzazione delle cure. Così un decreto della Regione Lazio ha subito attirato l'attenzione dei media.

CORRIERE DELLA SERA **Il Corriere della Sera** (3/12/18) titola "Sanità, svolta animalista: in ospedale con cani e gatti". L'articolo spiega: "Dopo Emilia Romagna, Toscana e Umbria anche la Re-

gione Lazio con un decreto ha stabilito che gli animali possono andare a trovare i proprietari in ospedale. Sono diventati visitatori a tutti gli effetti, i nostri amici cani, gatti e conigli. Un decreto di fine novembre ha stabilito che gli animali possono andare a trovare in ospedale i padroni, su loro richiesta. È un passo importante per il Lazio in un contesto sociale che ormai considera i pet esseri sensienti, capaci di provare gioia e dolore come noi umani. E soprattutto di dare gioia a chi li ama. Lo schema di regolamento e le linee guida di indirizzo appena approvate dal commissario ad acta recepiscono la disciplina nazionale. Riguardano strutture pubbliche e private accreditate. Un logo identificherà i luoghi dove all'interno dei reparti sarà possibile intrattenere queste specialissime relazioni: «4 Zampe con te»

la Repubblica La Repubblica (3/12/18) torna a occuparsi del maxi piano regionale per l'edilizia ospedaliera della capitale. Il titolo è "Un miliardo per la sanità. Mai tanti soldi agli ospedali". Nel servizio si legge: "L'intervento più atteso (sono 20 anni che se ne parla) è quello per il Policlinico Umberto I: oltre 220 milioni di euro per ristrutturare 17 edifici su 39, interessando la metà dei 1500 posti letto dell'ospedale fondato nel 1902. I cantieri dureranno una decina d'anni e dovrebbero partire nel 2020. Intanto, a fine anno, sarà bandita la gara per il progetto esecutivo". Poi gli altri interventi: "sono coinvolti anche il Sant'Andrea (30 milioni di euro, con gara già assegnata, per interventi che riguardano, tra gli altri, il reparto di ostetricia e ginecologia), l'Ifo (32,5 milioni per realizzare il polo di Proton-terapia), il Gemelli (23 milioni), il Grassi di Ostia (55 milioni per adeguamento, ampliamento e messa a norma antisismica), il San Giovanni (16 milioni), il San Camillo (13,6 milioni), il Campus Biomedico (2,6 milioni), il policlinico di Tor Vergata (9,5 milioni), lo Spallanzani (4,2 milioni), il Pertini (9,3 milioni), il Sant'Eugenio (7,6 milioni), il Santo Spirito (4 milioni) e il San Filippo Neri (1,5 milioni)".

Notizie che fanno sperare in strutture più moderne, servizi più efficienti e migliori condizioni di lavoro. Ma che fanno a pugni con la realtà attuale, disseminata di difficoltà e iniquità.

Così, la prospettiva dell'ennesimo Natale segnato dalla precarietà accende la protesta. **Il Fatto Quotidiano** (10/12/18) titola "In sciopero gli infermieri del settore privato". Si legge: "Braccia incrociate per 25 mila infermieri della sanità privata nel Lazio. Venerdì manifesteranno davanti al palazzo della Regione per chiedere il rinnovo del contratto, fermo da 13 anni. Oggi un infermiere delle strutture private guadagna 200 euro in meno al mese rispetto al collega del pubblico. Con tipologie di assunzione che vanno dal contratto a tempo indeterminato a quello determinato, o a progetto se il servizio è in appalto a una cooperativa, e la collaborazione con partita Iva".

LEGGO Se ne occupa anche l'edizione romana di **Leggo** (11/12/18) con il titolo "Venerdì nero all'Umberto I: scioperano 700 dipendenti". Il servizio riferisce: "Maxi sciopero al Policlinico Umberto I: venerdì incroceranno

le braccia ben 700 precari tra infermieri e ausiliari. A scatenare la protesta la decisione della Regione Lazio di assumere 200 persone. Un paradosso? No, i 700 precari resteranno fuori. Si tratta di lavoratori esternalizzati che da anni, se non addirittura da decenni, portano avanti le attività dello storico policlinico lavorando in corsia. A proclamare lo sciopero sono state le federazioni di categoria Cgil, Cisl e Uil perché l'assunzione di 200 infermieri, come spiega la delibera, «dovranno consentire proporzionalmente e progressivamente la riduzione delle ore di prestazioni infermieristiche erogate dalla Cooperativa Osa»".

CORRIERE DELLA SERA Il giorno dell'agitazione **Il Corriere della Sera** (14/12/18) titola "Lazio, oggi sciopera la sanità privata: ferme 800 cliniche". E spiega: "Dopo anni di tagli e sacrifici chiesti ai lavoratori, a causa del deficit accumulato per decenni, delle casse della Regione in profondo rosso e del blocco del turn over, gli operatori della sanità del Lazio chiedono a gran voce che da adesso in avanti il loro lavoro venga valorizzato e tenuto nella giusta considerazione. (...) Ed è per questo che hanno indetto per oggi uno sciopero che coinvolgerà oltre 800 strutture private e accreditate. A Roma e anche nel resto del Lazio. (...) Incroceranno infatti le braccia medici ed infermieri di molti ospedali: dal Policlinico Casilino al San Raffaele, dal San Carlo di Nancy all'Idi, dal Cristo Re al Santa Lucia, dal Fatebenefratelli sull'Isola Tiberina all'Aurelia Hospital, dal San Pietro sulla Cassia all'Ospedale Israelitico. In totale più di venticinquemila operatori".

Intanto, qualcosa d'importante si muove sul fronte della sanità penitenziaria che coinvolge molti infermieri.

IL DUBBIO Il quotidiano **Il Dubbio** (11/12/18) riporta la notizia titolando "Lazio, sanità penitenziaria: insediato l'Osservatorio". Si legge: "Si è insediato presso la Regione Lazio l'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria una struttura molto attesa dagli operatori che ha il compito di monitorare la situazione della popolazione carceraria segnalando avvenimenti di interesse sanitario o eventuali problematiche e criticità negli Istituti penitenziari del territorio regionale. L'Assessore alla Sanità Alessio D'Amato ha presieduto la prima riunione della struttura".

Novità molto attesa anche alle porte di Roma, con l'inaugurazione del nuovo ospedale dei Castelli che la stampa segue con

Il Messaggero attenzione. **Il Messaggero** (14/12/18) titola "Ariccia, aperto ieri il nuovo ospedale dei Castelli". L'articolo spiega: "In funzione da ieri, ad Ariccia, il nuovo ospedale dei Castelli, l'opera pubblica più imponente mai realizzata nel territorio, costata 120 milioni. Nel pomeriggio, a partire dalle 14, al pronto soccorso sono arrivati i primi pazienti, trasportati dall'Ares 118. Fino alla tarda serata si sono contati circa 40 accessi. L'inaugurazione ufficiale è prevista per il 18 dicembre. Attualmente nella struttura sono disponibili 137 posti letto e tutti i reparti dismessi dagli ospedali chiusi di Albano e Genzano funzionano".

Per una volta, anche la buona sanità fa notizia. Come per i riconoscimenti assegnati dall'Idi di Roma ai professionisti giudicati

CORRIERE DELLA SERA meritevoli di encomio pubblico. Il **Corriere della Sera** (14/12/18) titola "Idi, premi a medici e infermieri solidali". "Assegnati ieri all'Idi i riconoscimenti per medici e infermieri che si sono distinti per la loro professionalità e dedizione, ma anche per l'approccio umano, la cortesia, lo spirito di solidarietà nei confronti dei pazienti", si legge nel pezzo. E il

la Repubblica giorno dopo **La Repubblica** (15/12/18) scrive: "Oscar per la sanità all'ospedale Idi". Si legge: "Oscar per la Sanità. All'Istituto dermatologico dell'Immacolata chiamano così i riconoscimenti a quanti, tra medici, ricercatori, infermieri e impiegati, si sono distinti, oltre che per la professionalità e l'impegno nelle cure, anche per la cortesia e lo spirito di solidarietà verso i pazienti. In una parola, per l'umanità, merce assai rara nelle corsie degli ospedali del Lazio. «Dovrebbe essere la normalità, invece fa notizia la buona qualità dei rapporti con i malati», commentano due tra gli otto premiati, la ricercatrice Elena Dellambra e l'allergologo e immunologo Enrico Scala. Con loro, ecco i destinatari di una bella targa al merito: Marina Emanuela Corso, Marina D'Alessio, Andreina Moretti, Angela Nicodemo, Bario Murgia, Salvatore Ruggeri".

Fa notizia anche che la giustizia stia dalla parte degli infermieri.

CRONACA QUI **Cronaca Qui** (20/12/18) riferisce di una sentenza che speriamo faccia scuola: "Insultò gli infermieri. Ora dovrà risarcirli". L'articolo riassume la storia: "Insultare su Facebook può costare davvero caro. Ne sa qualcosa un 52enne di Torino, condannato dopo aver postato sulla sua pagina Facebook - accessibile anche a coloro che non erano amici virtuali - gravi accuse contro l'ospedale di Rivoli. L'Asl To3 aveva così proceduto con una denuncia per la grave lesione dell'immagine dell'azienda e degli infermieri, visto che le accuse riguardavano espressamente questi ultimi. Nonostante le pubbliche scuse, l'uomo è stato condannato per diffamazione al risarcimento delle spese processuali per tutti i ricorrenti, compreso l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Torino, oltre a 500 euro a titolo risarcitorio sia all'Asl sia all'Ordine degli Infermieri".

Una battaglia che gli infermieri romani hanno combattuto a lungo, forti delle loro ragioni e senza mai demordere, e che finalmente mostra i suoi primi frutti concreti. È l'esordio ufficiale

IL TEMPO della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità. Il **Tempo** (23/12/18) titola "In città arriva l'infermiere di famiglia". E spiega: "Nella Capitale sta per sbarcare una novità in ambito sanitario: l'infermiere di famiglia/comunità. Al medico di base si affiancherà, dunque, a breve, un'altra figura: quella di un infermiere a disposizione degli utenti. È il frutto di un'importante intesa fra l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e tre Aziende Sanitarie Locali romane (Asl Roma 4, 5 e 6). (...) «Un modello sperimentato con

successo in Italia e all'estero che da tempo gli infermieri sostengono e che ora può decollare anche in città, con benefici importanti sulla salute degli assistiti e per il Servizio sanitario regionale», spiega l'Opi di Roma. Qualche giorno fa, è stato organizzato un incontro sul tema, tenutosi al Nuovo Ospedale dei Castelli, a cui hanno preso parte la Presidente dell'Opi di Roma, Ausilia Pulimeno, il direttore generale della Asl Roma 4 e commissario della Asl Roma 5, Giuseppe Quintavalle, il direttore generale della Asl Roma 6, Narciso Mostarda, e i dirigenti dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie delle rispettive Aziende Sanitarie, Carlo Turci, Luigia Carboni e Cinzia Sandroni. «Per noi infermieri è una grande soddisfazione poter realizzare quanto prima questo modello assistenziale e anche una ulteriore assunzione di responsabilità», ha rimarcato Pulimeno".

Non solo quello dei Castelli, però. L'inizio dell'anno regala a Roma un altro nuovo presidio sanitario. Del tutto speciale. Ne dà notizia **FAMIGLIA CRISTIANA** **Famiglia Cristiana** (4/01/19) con il titolo "Il Papa dona un ospedale ai poveri in Vaticano". "Prosegue a tappe forzate la "rivoluzione della Misericordia" di Papa Francesco per cercare di debellare i mali che opprimono poveri, senza fissa dimora, migranti. Un cammino iniziato poco più di cinque anni fa, agli albori del suo pontificato, e che presto segnerà una nuova fondamentale tappa sotto il colonnato di piazza San Pietro, dove le autorità vaticane sollecitate dal Pontefice allestiranno un grande poliambulatorio permanente al servizio di clochard e bisognosi di qualsiasi nazionalità - al di là di orientamenti politici e religiosi - per fare visite mediche specialistiche, curare malattie di ogni genere, specialmente quelle che maggiormente colpiscono i viandanti della strada (polmoniti, carie, denutrizioni, danni agli arti inferiori). Un vero e proprio ospedale pubblico per i poveri tra i più poveri grazie al quale il "sogno" manifestato da Jorge Bergoglio appena ascese al soglio di Pietro arrivando in Vaticano dalla «fine del mondo» diventa realtà".

IL TEMPO Intanto, **Il Tempo** (6/1/2019) grida alla retromarcia sull'accorpamento delle Asl romane: "Le Asl non si sopprimono, raddoppiano", titola il quotidiano romano. Che scrive: "Contrordine alla Regione: l'annunciata soppressione di due delle 6 Asl romane è stata "soppressa". E invece del paventato riassetto si procederà alla riassetto delle poltrone di direttore generale di 3 Asl e altrettante aziende ospedaliere, alcune delle quali commissariate da oltre 3 anni. Dopo 2 diversi decreti sulla riduzione delle Asl romane da 6 a 4, prima da realizzare «entro luglio 2017», poi slittato «entro il 2018», ora infatti arriva il via libera alla «procedura selettiva a carattere non comparativo, volta a individuare i soggetti maggiormente idonei a ricoprire l'incarico di direttore generale di azienda sanitaria, al fine di essere proposti al presidente della Giunta regionale». Il quale sceglierà tra le rose di idonei che si candideranno alla guida delle Asl Roma 4 e 5, dell'Asl Frosinone, oltre che delle aziende San Giovanni Addolorata, Sant'Andrea e Ares 118".

il Fatto Quotidiano

Il Fatto Quotidiano (16/1/19) si occupa ancora della vicenda paradossale sorta al Policlinico Umberto I titolando "Infermieri in appalto al Policlinico. Via in 700 per la gara irregolare". Si legge: "Da un lato, ci sono 700 infermieri e ausiliari che rischiano il posto di lavoro dopo aver operato per anni, tramite una cooperativa in appalto, nel Policlinico Umberto I di Roma. Dall'altro ci sono oltre 800 persone che, dopo aver passato il concorso del 2017, sono entrate nella graduatoria e aspettano di essere assunte. Il pasticcio combinato nell'ospedale capitolino ha innescato uno scontro tra poveri e al momento non si vedono soluzioni all'orizzonte. Tanto che i sindacati del pubblico impiego di Cgil, Cisl e Uil hanno proclamato uno sciopero per il primo febbraio. Il problema è nato per la pratica dell'esternalizzazione, molto diffusa anche nel settore pubblico: per anni il nosocomio, vista l'impossibilità di fare assunzioni, si è servito di una coop per garantire i servizi ai pazienti. La società Osa lavora per il Policlinico Umberto I dal 2003 e alle sue dipendenze ha 550 infermieri e 150 ausiliari. Si tratta però di un metodo irregolare: di fatto è una fornitura di manodopera e non di servizi. A ottobre 2017, il Tribunale di Roma ha dichiarato nullo quell'appalto, che tuttavia non è stato immediatamente revocato perché altrimenti non sarebbe stato possibile assicurare i livelli essenziali di assistenza sanitaria".



L'Opi di Roma (25/1/19) sottoscrive un altro importante accordo di collaborazione con l'Università UniCamillus e viene diramato alla stampa un comunicato congiunto: "Il giorno 25 gennaio 2019 il Rettore dell'Università UniCamillus - Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences, Prof. Gianni Profita, ha incontrato presso la sede dell'Ateneo, il Presidente dell'Ordine degli Infermieri di Roma, Dr.ssa Ausilia Pulimeno. È stata riscontrata una posizione comune circa l'importante possibilità di sviluppare collaborazioni alla luce di una moderna e strategica visione della professione infermieristica. L'incontro è anche servito ad analizzare molteplici linee direttrici di progettazione comune non solo in merito al Corso di laurea in Infermieristica, ma anche in relazione a Corsi post laurea di concezione innovativa nella quale l'Ordine potrà portare la sua essenziale esperienza. Il Rettore e il Presidente hanno convenuto di stipulare al più presto un Protocollo d'Intesa che sancirà tali propositi in un contesto di feconda e costruttiva cooperazione". Gli infermieri romani sempre più protagonisti sulla scena sanitaria d'eccellenza. Lo segnala l'**Opi di Roma** (30/1/2019) sul suo

sito e in un comunicato stampa: "Un'infermiera tra le eccellenze italiane. La professione protagonista del premio nazionale di Assotutela". Si legge: "Fra gli italiani di cui andare fieri c'è anche una nostra collega: Sonia Silvestrini, caposala dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma. Lo segnala l'associazione dei cittadini Assotutela che le ha assegnato il "Premio Assotutela 2018/19 per le Eccellenze Italiane". La cerimonia di premiazione si svolgerà il prossimo 4 febbraio, alle ore 16, nella "Sala Isma" del Senato della Repubblica, a Roma".

Le premesse di un anno migliore per gli infermieri ci sono. E anche l'auspicio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. **RCS**



Salute (3/2/19) annuncia la decisione: "OMS: Il 2020 sarà l'anno di infermieri e ostetriche".

E spiega: "La proposta sarà presa in esame a maggio da parte dell'Assemblea mondiale per la Salute. Il Consiglio Internazionale degli Infermieri ha accolto e diffuso l'annuncio sostenendo, come ha detto il presidente Annette Kennedy, che la proposta «contribuirà notevolmente ad elevare il profilo dell'assistenza infermieristica e ad evidenziare l'importanza della necessità di avere infermieri più istruiti, di investire nelle strategie di reclutamento e fidelizzazione e di rimuovere gli ostacoli allo sviluppo di ruoli infermieristici avanzati che si stanno rivelando estremamente efficaci nell'espansione della copertura sanitaria». «Siamo lieti di accogliere calorosamente la proposta del dottor Tedros di rendere il 2020 un anno dedicato alle celebrazioni globali di infermieri e ostetriche - ha commentato Nigel Crisp, presidente della campagna globale Nursing Now - Loro sono il cuore di qualsiasi équipe sanitaria. Migliorando e promuovendo il loro ruolo, i paesi del mondo otterranno migliori outcome per tutte le persone»".

La prima Assemblea Nazionale delle Professioni Sanitarie cattura l'attenzione dei media. Un battesimo nel segno dell'alleanza tra professionisti che vivono la sanità in prima linea. E che vogliono migliorarla insieme.



L'annuncio arriva dall'agenzia di stampa **DIRE** (15/2/19): "Il 23 febbraio a Roma prima Assemblea Nazionale delle Professioni Sanitarie". Il dispaccio sottolinea: "I rappresentanti di tutti gli ordini provinciali di trenta professioni sanitarie si riuniranno per la prima volta nella storia per concordare una strategia di azione che sarà proposta con forza a Governo e Regioni".

La storia, d'altra parte, si fa un passo alla volta.



Alessandro Stievano "Fellow" della *American Academy of Nursing*

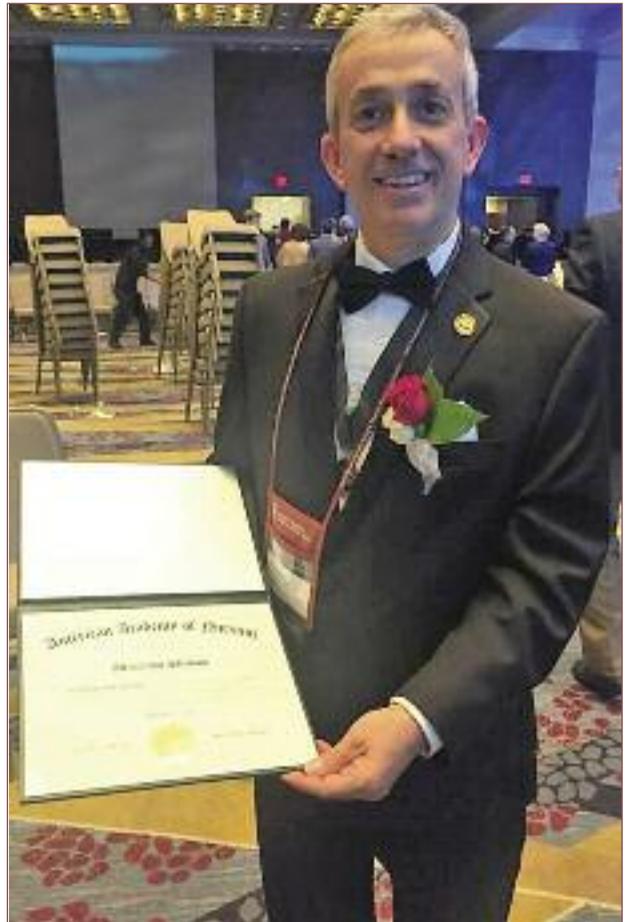
Nel novembre 2018, il ricercatore italiano Alessandro Stievano è stato insignito di una delle più alte onorificenze internazionali per un infermiere: "Fellow" presso l'*American Academy of Nursing*. L'Academy nasce nel 1973 nell'ambito dell'*American Nursing Association* ed è una delle più autorevoli e potenti organizzazioni degli Stati Uniti.

Al servizio del pubblico e della professione infermieristica agisce mediante la promozione e la divulgazione e la conoscenza del *Nursing*. L'Academy e i suoi membri creano iniziative legate alle politiche della salute per indirizzare la riforma dei sistemi sanitari e sviluppa programmi per aumentare la conoscenza di tali tematiche da parte dei leader infermieristici. I "Fellow" sono riconosciuti per la loro carriera infermieristica e identificati tra tutti i professionisti nel mondo con il più alto livello formativo. L'invito alla *Fellowship* va oltre il semplice riconoscimento della propria carriera professionale, concretizzandosi nell'ingresso formale in un gruppo e alla sua rete di relazioni internazionali con una forte capacità e possibilità di influenzare le linee politiche dei sistemi sanitari.

"Sono stato molto gratificato da questa onorificenza: appartenere ad un'istituzione come l'*American Academy of Nursing* è un onore, ma soprattutto mi darà la possibilità di sviluppare un network di collegamenti che potranno avere ricadute benefiche sul *Nursing* nazionale e non. Senza dubbio il lavoro svolto in questi anni con il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma è stato fondamentale per tagliare questo traguardo. Il CECRI è nato ufficialmente 10 anni fa; resta un progetto unico in Italia (fra i primi in Europa) e ha contribuito allo sviluppo delle competenze ed al miglioramento delle performance, sia dei singoli professionisti che delle équipes impegnate nell'assistenza, tramite il finanziamento di decine di progetti di ricerca e con la promozione di corsi di formazione e dell'*Evidence Based Practice*".

Oggi, Stievano è in forze all'*International Council of Nurses* (ICN), una delle più grandi organizzazioni infermieristiche mondiali, dov'è direttore associato dei programmi legati alla regolamentazione e all'educazione. Svolge attività di coordinamento delle politiche sanitarie e di ricerca nel campo delle Scienze Infermieristiche a livello nazionale ed internazionale. Inoltre, è presidente dell'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait).

In Italia, oltre lui, sono soltanto due i colleghi infermieri che possono fregiarsi del titolo di "Fellow" dell'*American Academy of Nursing*: i professori Sasso e Rocco. "Va detto che si tratta di



un'istituzione a base statunitense. Solo negli ultimi anni si è aperta al contesto globale: la maggior parte dei 'Fellow' proviene dagli USA. In ogni caso, per entrare nell'Accademia, oltre a aver pubblicato decine di articoli e aver compiuto tante ricerche, ciò che importa è l'impatto che il proprio lavoro ha sulla comunità internazionale nello sviluppo del *Nursing*". Questo, perché: "Mentre l'educazione e la ricerca educativa è sviluppata in molti Paesi, lo stesso non si può dire per la regolamentazione del *Nursing* - continua Stievano -: la ricerca su questa è scarsa per tutte le professioni sanitarie e, nella fattispecie, infermieristiche. Ecco: poiché, a livello dei grandi Ordini internazionali, manca una programmazione stabile e dei Centri di eccellenza che sviluppino la ricerca nel settore, la mia idea è di aiutare a perseguirla".

Non va dimenticato che, benché l'Italia abbia una forte tradizione "medico-centrica", il *Nursing* ha raggiunto comunque punte di eccellenza. Il gap più grande resta il divario ancora percepito tra teoria e pratica in alcune realtà sanitarie del Paese:

“La pratica clinica basata sulla centralità del cittadino e delle evidenze scientifiche sostenute dagli infermieri, anche con competenze avanzate – conclude il neo 'Fellow' – costituiranno il volano per lo sviluppo dell'Infermieristica nei prossimi decenni”.

SISTEMA QUALITÀ

OPI di Roma, confermato lo standard ISO 9001

Per garantire un livello di prestazioni e di servizi sempre più elevato agli iscritti ed ai cittadini, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma ha implementato il proprio Sistema di Gestione per la Qualità dei servizi di sportello, di consulenza e di gestione dell'albo, ottenendo la Certificazione in conformità allo standard internazionale ISO 9001, fin dal 2007. Il 19 febbraio 2019, presso la sede dell'OPI di Roma, si è svolto l'Audit per la verifica della certificazione di qualità, condotto dall'ente preposto - Bureau Veritas Italia - che si è concluso con la conferma secondo lo standard ISO 9001:2015.

L'APPUNTAMENTO

CECRI ospite al convegno ESNO

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Opi di Roma ha partecipato al Congresso ESNO (*European Specialist Nurses Organisation*) del 21 febbraio 2019, a Bruxelles.

Il tema su cui si è discusso è stato: "L'infermiere specializzato in Sanità europea verso il 2030".

Tutto, allo scopo di chiarire il ruolo degli infermieri specializzati nella sanità futura, discutendone il contributo e la posizione rispetto ai principali sviluppi sanitari.

Le sessioni plenarie hanno toccato argomenti come: l'interscambiabilità dell'assistenza primaria e secondaria; l'istruzione; l'agenda politica; le minacce alla salute e alla salute digitale in tutta Europa, garantendo un ruolo attivo ai partecipanti. Inoltre, si è discusso di ruoli, competenze di leadership, lavoro di squadra interprofessionale e innovazione in seno all'Infermieristica. Tra gli ospiti, **Alessandro Stievano**, che ha discusso di: "*Competences and Leadership*". Partecipando, il CECRI ha contribuito a tessere la trama di un ampio discorso sul ruolo della professione infermieristica futura, nel contesto sanitario tanto locale e regionale, quanto nazionale ed europeo.



Il Centro di Eccellenza dell'Opi di Roma ottiene anche l'accREDITAMENTO del CGFNB

Come accennato sul numero scorso, anche la CGFNS International (conosciuta anche come Commissione sui laureati delle scuole straniere di Infermieristica) si è interessata al Centro di Eccellenza per la Cultura e la ricerca Infermieristica.

E ora, dopo l'accREDITAMENTO del Joanna Briggs Institute, è ufficialmente arrivato anche questo ulteriore riconoscimento.

Il Cecri è l'unico gruppo di ricerca affiliato al JBI in Italia, e ora questo importante organismo in seno all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma è, ora, all'attenzione di un'altra prestigiosa istituzione internazionale.



Il lavoro svolto in questi anni, i dati e le esperienze raccolte dal Centro di Eccellenza l'hanno messo in luce presso il CGFNS, organizzazione no-profit che aiuta studenti e professionisti sanitari stranieri a vivere e lavorare in Paesi diversi da quello di origine, valutando e convalidando le loro credenziali accademiche e professionali allo scopo di facilitarne l'ammissione presso le scuole negli Stati Uniti e altrove.

La CGFNS International gode dello status consultivo delle Ong con il Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (Ecosoc, che ha funzione di Forum centrale per le questioni internazionali e sociali) e aiuta a proteggere i professionisti della salute che si spostano, sostenendo pratiche di assunzione etiche e monitorando il panorama globale per lo sviluppo di tendenze nel reclutamento del lavoro e nelle norme sul luogo di lavoro.

I suoi numeri parlano da soli: in 40 anni, ha aiutato oltre tre milioni di professionisti sanitari, provenienti da ben 189 Paesi.

La missione di CGFNS International è di servire la comunità globale attraverso programmi e servizi che verificano e promuovono la competenza pratica basata sulla conoscenza degli operatori sanitari.

Gli obiettivi-chiave: sviluppare e amministrare un programma di test e valutazione predittivi per infermieri educati al di fuori degli Usa; fornire un servizio di valutazione delle credenziali per gli operatori sanitari istruiti e/o nati al di fuori degli Usa; fornire informazioni sull'educazione infermieristica internazionale e sulla *licensure* e condurre e pubblicare studi relativi a infermieri con formazione internazionale.

L'EVENTO

A maggio il XI Workshop Internazionale CECRI

Si svolgerà il prossimo 24 maggio, al Ministero della Salute, l'XI Workshop Internazionale CECRI, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma: *"Infermieristica ed evidenze cliniche: quale sviluppo futuro"*, questo il titolo dell'appuntamento che sarà incentrato sull'impegno verso l'individuazione e lo sviluppo dell'Evidence based practice nella pratica clinica. Modereranno le due sessioni previste, **Ausilia Pulimeno**, **Stefano Casciato** e **Maria Grazia Proietti**, rispettivamente: presidente, vice-presidente e segretaria OPI Roma. Tutto, con il patrocinio del Ministero della Salute; della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche; della Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) e del Boston College. Oltre agli illustri professori italiani, intervengono: **Maximo Gonzales Jurado**, presidente del Consejo General de Enfermería (CGE), **Dyane Affonso**, Honorary President Cecri dell'OPI Roma; **Susan Gennaro**, Rettore Boston College University e **Franklin Shaffer** Direttore Generale Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli USA (CGFNS).

Per l'occasione, sarà presentato ufficialmente il CECRI quale CECRI *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: a Joanna Briggs Institute Affiliated Group*, primo centro italiano Joanna Briggs sulle evidenze nella pratica clinica.

In apertura, **Gennaro Rocco**, direttore scientifico Cecri, illustrerà gli studi promossi dal CECRI in Italia sulle evidenze cliniche.

XI Congresso nazionale AIT Quale futuro per l'Infermieristica transculturale

“Siate orgogliosi di essere infermieri: io lo sono da 54 anni!”, così **Franklin Shaffer**, presidente e Direttore Generale Commissione per le Lauree infermieristiche nel mondo verso gli USA (CGFNS), ha salutato gli studenti in Infermieristica dell'Università La Sapienza (sede di Latina) e tutti i presenti all'evento dal titolo: “Nursing transculturale e gli obiettivi di salute sostenibili dell'ONU”.

Il 24 novembre 2018, all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, in collaborazione con l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), l'Undicesimo Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT) ha cercato di fare il punto sulle sfide dell'Infermieristica globale, soprattutto attraverso le testimonianze degli esperti invitati e con i dati forniti dal nuovo Dossier Statistico Immigrazione.

Questo, per la necessità impellente di fornire un quadro programmatico della situazione immigratoria infermieristica nel mondo, ma pure per discorrere di accoglienza e bisogno assistenziale.

Il dibattito si è articolato in due sessioni: “*Infermieristica transculturale e gli obiettivi di salute sostenibili dell'ONU*” e “*Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri in Italia*”. Oltre al professor Shaffer (“Immigrazione infermieristica nel mondo: quali sfide rispetto agli obiettivi sostenibili di salute dell'ONU”), sono intervenuti: **Maria Ymelda Tolentino Diaz**, consigliere AIT (che ha moderato la seconda sessione, dedicata all’*“Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri in Italia”*); **Franco Pittau**, past president IDOS, che ha commentato



i dati del Dossier Statistico Immigrazione (con: “*Il contesto immigratorio in Italia*”) e, naturalmente, **Alessandro Stievano**, presidente AIT (con: “*L'infermieristica transculturale rispetto agli obiettivi sostenibili di salute dell'ONU*”). “L'importanza di avere un curriculum di studi unico, che, seppur contempi delle minime differenze, sia ‘spendibile’ ovunque nel mondo, non è da sottovalutare, specie per le professioni sanitarie, per dare la maggiore mobilità possibile a studenti e ricercatori”, ha chiosato proprio quest'ultimo.

“Noi siamo la parte pulsante del Sistema sanitario mondiale, ma la nostra formazione deve essere impeccabile se vogliamo trovare spazio in qualsiasi contesto lavorativo. Oggi, la domanda globale di infermieri è più alta che mai e, oltre agli infermieri locali, anche i migranti contribuiscono alla salute e al benessere delle comunità ospite. Se tracciassimo la composizione globale



Franklin Shaffer e Alessandro Stievano



della forza-lavoro infermieristica, in Italia, per esempio, gli infermieri con istruzione straniera sono il 6% - ha spiegato il professor Shaffer -. La CGFNS International, Inc, fondata nel '77, è un'organizzazione che riunisce oltre 3 milioni di professionisti della salute, provenienti da ben 189 Paesi, e sostiene la comunità globale con programmi e servizi che promuovono le competenze pratiche e le conoscenze degli operatori sanitari. Noi ci proponiamo di essere la principale fonte di valutazione delle credenziali e dei servizi di sviluppo professionale per orientare gli operatori sanitari di tutto il mondo. La nostra professione è la più grande e più affidabile; gli infermieri sono accanto ai più vulnerabili e sono in 'posizione strategica' per far avanzare gli SDG-s, Sustainable Development Goals dell'Onu. Ma resta comunque

il fatto che gli infermieri non sono al centro delle politiche sanitarie: questo sarà il prossimo step! " .

Ospiti dell'aula Carlo Urbani anche **Ernesta Tonini**, vice presidente OPI Latina, con: "La realtà immigratoria nel Lazio e il nursing transculturale", e **Jose Vattakottayil Philip**, del consiglio direttivo AIT, che ha tracciato una mappa storico-sociale dell' "Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri indiani in Italia", partendo dal suo Paese d'origine (l'India, appunto) e arrivando alla situazione nel Lazio.

La professoressa Tonini, oltre ad aver illustrato come avviene l'integrazione nel territorio pontino e le criticità nell'utilizzo dei servizi legati alla salute (attraverso i dati dall'Ospedale Santa Maria Goretti di Latina) ha rimarcato l'importanza di un approccio transculturale in ambito sanitario: il professionista sanitario deve rispettare l'essere umano e il suo bagaglio di valori, indipendentemente dall'appartenenza etnica, tenendo conto pure del diverso modo di concepire la malattia, il dolore, la morte. Richiamando le origini del Nursing transculturale e la pioniera, infermiera antropologa Madeleine Leininger, ha ribadito la necessità di istituire un Master universitario in Infermieristica Transculturale.

Presenti anche il tesoriere AIT, **Matilde Napolano**, **Paolo Tarantino** e il consigliere OPI Roma, **Francesco Scerbo**.



Rapporto Pit salute 2018 Organici ridotti all'osso

I risultati del Rapporto Pit salute 2018 hanno confermato che gli organici sanitari sono ridotti all'osso e chi ne fa le spese, nonostante la buona volontà dei professionisti e l'alto livello clinico dei loro interventi, sono i pazienti.

I dati del Pit salute parlano chiaro: crescono i disagi per la scarsa assistenza medico/infermieristica, dal 25,7% al 28,9%, e, collegate a questi, le lunghe liste d'attesa (dal 20,2% al 24,6%: senza personale si deve solo attendere di più). Le strutture in cui è maggiore il disagio sono sempre le RSA (86,5%, in calo rispetto al 89,9% del 2016), mentre le Lungodegenze crescono (dal 10,1% al 13,5%). Anche nei ricoveri, la scarsa assistenza medica e infermieristica (dal 17,9% al 16,7%) è la problematica più segnalata, assieme al rifiuto del ricovero dovuto a motivi di tagli ai servizi e riduzione di disponibilità dei posti letto.

Nelle segnalazioni dei cittadini pesa soprattutto la carenza di umanizzazione a carico delle figure che sono immerse di più nella presa in carico e nelle procedure relazionali con pazienti e famiglie.

Medici ospedalieri (50,7%, in aumento rispetto al 45,1% del 2016) sì, ma anche gli infermieri ospedalieri (26,2%), i medici di base (15,1%) e quelli impegnati in Asl (5,5%). Segno anche che l'ospedale resta il nodo del sistema dei problemi di organizzazione, rispetto a un territorio pressoché inesistente.

Sono i cittadini a segnalare la progressiva riduzione del personale presente nelle strutture e i disagi che ne conseguono.

Quindi, si verifica un aumento del rischio di non appropriata presa in carico per il paziente e, inevitabilmente, aumenta anche il peso su infermieri e medici che si trovano la responsabilità di gestire molti pazienti con poche risorse umane e materiali.

Paradossalmente, i servizi a domicilio diminuiscono e Cittadinanzattiva fa notare la differenza. Per quanto riguarda gli infermieri, in particolare, le segnalazioni dei cittadini sono il 23,9% nel 2017, mostrando un lieve calo rispetto al 25,2% del 2016. I cittadini, in questo caso, lamentano la sbrigatività delle procedure e dei modi, con un contatto spesso frettoloso e poco informato con gli operatori. Tuttavia, i cittadini sono portati a identificare gli operatori come soggetti risolutivi delle problematiche (di accesso alle informazioni su cura, condizioni del paziente, eventuale dimissione) e li investono di un'aspettativa elevata.

Ma perché la particolarità del lavoro che si volge in questo caso richiede lucidità e corretta organizzazione delle mansioni, per offrire al cittadino assistenza competente e appropriata, il ridotto numero di infermieri presenti nelle strutture è la causa di questa mancanza di attenzione, che non può assolutamente essere sanata dalla buona volontà e dallo spirito di abnegazione dei professionisti.

“Gli infermieri sono sempre meno – ha spiegato alla presentazione del Rapporto Pit Salute 2018 **Ausilia Pulimeno**, vicepresidente della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche -; dal 2009 (anno in cui sono iniziati i piani di rientro per le Regioni fortemente in deficit economico; il blocco del turn over e dei contratti) si sono perse 12.031 unità di personale. E gli infermieri, quelli del Ssn, quelli che lavorano negli ospedali, sono sempre più anziani: soprattutto in rapporto alle altre professioni, tra gli infermieri sono diminuite le età centrali, tra i 35 e i 44 anni (dal 38,0 al 28,3%) e aumentate quelle dei ‘quasi anziani’ (45-54) anni che passano dal 33,8% al 37,9 per cento”.

“Senza risorse si tratterebbe di modificare la composizione del personale – sottolinea Pulimeno -. Da questo punto di vista, il vincolo reale con cui il sistema deve fare i conti è quello di una carenza di risorse a disposizione per assumere il personale nel suo insieme, fermo paradossalmente al 2004 meno l'1,4%, cosa che ha portato negli anni a far sì che gran parte degli oltre 25 miliardi tagliati alla sanità siano stati presi dal personale. E questi, quelli messi in evidenza dal Pit Salute, sono i risultati”.



Nasce la "Rete FNOPI" con Osservatori e Cabina di regia

È nata la "rete FNOPI", con quattro osservatori e una cabina di regia.

Un'organizzazione che, assieme alle Consulte già costituite lo scorso anno per la formazione, con le Associazioni infermieristiche e con i cittadini e con il supporto dei Centri di Eccellenza infermieristica, del Centro studi della Federazione e degli Ordini provinciali, sarà la colonna portante della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche nei prossimi anni.

Perché, con questa, scelte organizzative, professionali e politiche per la crescita e l'affermazione della professione infermieristica (che rappresenta con i suoi oltre 440mila iscritti quasi la metà della forza lavoro sanitaria, pubblica e privata) saranno all'ordine del giorno.

La cabina di regia è un organismo condiviso con il Comitato centrale della Federazione. Le spetterà il compito di definire le linee di indirizzo della "Rete FNOPI", grazie ad analisi ampie sul piano politico e professionale che, poi, la FNOPI e gli OPI Provinciali tradurranno in osservatori, gruppi di lavoro e tavoli tecnici in azioni necessarie e condivise per lo sviluppo della professione infermieristica.

Una sorta di "think tank" di cui fanno parte, oltre ai componenti del Comitato centrale della Federazione: **Piergiovanni Bresciani**, professore di Psicologia del lavoro all'Università di Urbino e Progettazione formativa all'Università di Bologna, esperto di ricerca e formazione; **Mario Del Vecchio**, *affiliate Professor di Government, Health and Not for Profit* presso SDA Bocconi School of Management e professore Associato presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università degli Studi di Firenze; **Luisa Saiani**, professore Ordinario di Scienze Infermieristiche generali e cliniche all'Università di Verona, Presidente della Conferenza nazionale dei CdL Magistrale delle Professioni Sanitarie, componente dell'Osservatorio Nazionale per le Professioni sanitarie, revisore per la valutazione scientifica della ricerca italiana del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Miur).

I nuovi osservatori permanenti sono dedicati alla libera professione, a occupazione e lavoro, formazione e ricerca ed esercizio e responsabilità.

Il primo affronterà le principali tematiche dell'esercizio libero professionale, dalla sua implementazione perché sia un'opzione professionale di pari dignità della dipendenza all'equo com-

penso; dal codice appalti all'intermediazione fino alla realizzazione di una manuale di accreditamento delle forme associate. Il secondo analizzerà le aree lavorative peculiari della professione infermieristica e relative tematiche di interesse professionale ed effettuerà un monitoraggio continuo sull'abuso professionale.

Il terzo verterà su formazione e ricerca: specializzazioni infermieristiche con la revisione dei percorsi formativi e dell'infungibilità dell'infermiere, comparando le diverse realtà europee, e quindi lavorerà in stretto contatto con la Consulta della formazione.

L'Osservatorio su esercizio e responsabilità si occuperà degli standard assistenziali, dell'operatività in altri contesti rispetto a quelli usuali, del ruolo del coordinamento come meccanismo operativo da approfondire rispetto alla gestione dei processi e delle eventuali modifiche del quadro normativo per la realizzazione degli obiettivi e dei target individuati, oltre a monitorare lo sviluppo delle responsabilità professionali.

"È arrivato il momento di investire su noi stessi! – ha spiegato la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** –. Bisogna presidiare i percorsi normativi ancora migliorabili, a partire dalla revisione di norme che affidano incarichi in base alla professione, non del professionista". "Quella dell'Infermiere – prosegue – è una professione che guarda al futuro e rispetto al futuro dell'assistenza e del Servizio sanitario nazionale gli infermieri chiedono a tutti gli attori, la politica in primis, una coerente assunzione di responsabilità. Crediamo in un gruppo allargato, partecipato, che lasci spazio ad autonomie di pensiero e di cultura. – spiega Mangiacavalli – Crediamo in una gestione clinico-assistenziale e in un'attività, in un'assistenza basata su un approccio multidisciplinare, multi professionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. Per questo sappiamo di dover essere promotori di iniziative positive, anche coraggiose se serve, ma soprattutto di un nuovo modello di assistenza che dia a ogni professionalità il suo giusto impegno e sia tutta e del tutto ed esclusivamente dalla parte dei bisogni delle persone". "Ecco perché – conclude – la Rete FNOPI con gli Osservatori, le Consulte, i Centri d'eccellenza e il Centro studi che ne fanno parte e che faranno da guida all'assistenza infermieristica da qui al futuro, è un percorso di orientamento che serve e fa da garanzia non solo alla professione, ma a tutti i nostri assistiti".

Cavaliere nuovo presidente del Comitato infermieri dirigenti

Nell'ambito del XXV Congresso nazionale del CID che si è svolto a San Marino, dall'8 al 10 novembre 2018, il Comitato Infermieri Dirigenti ha eletto il nuovo presidente: Bruno Cavaliere, infermiere dirigente e responsabile delle Professioni sanitarie al Policlinico San Martino di Genova. Docente a contratto presso l'Università degli studi di Genova e collaboratore dell'Università Cattaneo di Castellanza (Liuc), con Cavaliere è stata eletta tutta la lista di cui il neo presidente fa parte: "Dirigere il Domani".

Questo, il nuovo direttivo CID: Presidente, **Bruno Cavaliere**; Vicepresidente: **Mariagrazia Montalbano** (consigliere OPI Roma); Tesoriere: **Enrico Ballerini**; Segretario: **Fabrizio Polverini**; Consiglieri: **Graziella Costamagna**; **Raffaella Piro**; **Daniela Tartaglini**; **Serenella Mennilli**; **Pietro Lopez**; **Lorena Martini** e **Rita Patrizia Tomasin**.

A disegnare i passi del futuro della dirigenza infermieristica è stata, in apertura del Congresso, la Presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, in un ampio e articolato intervento.

Al termine delle elezioni, il consiglio direttivo neo-eletto ha votato una mozione in cui ha indicato quattro priorità:

- mantenere un concreto dibattito interno alle Professioni Sanitarie, che operano nel SSN;
- confrontarsi criticamente con la realtà e i contesti della Società civile, tenendo presente il mondo Economico-Finanziario;
- sviluppare un sistema di comunicazione con la società e le altre professioni, con lo scopo di divulgare la nostra "mission";

- implementare ulteriormente il Network dei coordinamenti regionali per essere sempre più vicini ai nostri soci.

La mozione impegna anche il CID a:

- dialogare con le istituzioni e i cittadini, per promuovere il "cambiamento", essendone parte attiva in una logica di appropriatezza e sostenibilità;
- promuovere l'innovazione e la ricerca, garantendone la continuità esperienziale e i risultati sino ad oggi ottenuti;
- proporre un nuovo modello di Dirigenza che integri e diversifichi quella organizzativa e formativa con quella professionale, gestionale e dei processi nella valorizzazione dei percorsi formativi;
- sviluppare nuove partnership per condividere soluzioni contrattuali che sostengano i diversi livelli di dirigenza, al fine di consentire percorsi di carriera adeguati e sostenibili.

Il consiglio direttivo si impegna inoltre a:

- proporsi ai ministeri della Salute e dell'Università come esperti delle tematiche proprie della dirigenza e della gestione dei servizi anche per lo studio di innovativi percorsi formativi, tenendo conto dei nuovi e diversi bisogni, anche del mondo del lavoro;
- proporsi a tutte le Istituzioni quali competenti interlocutori per l'implementazione ed integrazione delle normative che riguardano la dirigenza infermieristica allo scopo di uniformare denominazioni profilo e responsabilità;
- partecipare attivamente alla consulta delle associazioni tecnico-scientifica sostenuta dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche;

- ricercare nuovi *pattern* Europei ed internazionali della dirigenza partecipando ai Board di progettazione e sviluppo.

In occasione del Congresso nazionale del CID a San Marino, si sono svolte anche le elezioni per le cariche del CID del Lazio. Ecco gli eletti e le relative nomine: **Barbara Porcelli**, Coordinatore regionale; **Maurizio Zega** e **Roberta Marchini** (rispettivamente, consigliere e revisore OPI di Roma) vice Coordinatori regionali; **Adriana Pignatelli**, delegato.



Gli infermieri ai 40 anni del Servizio sanitario nazionale

Il 12 dicembre scorso, alla presenza del presidente della Repubblica, **Sergio Mattarella**, e del ministro della Salute **Giulia Grillo**, il ministero della Salute ha celebrato i 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale.

Al centro della manifestazione le testimonianze dei protagonisti del Ssn: **Paola Arcadi** (infermiera); **Fabio Bernagozzi** (volontario 118); **Annarita Cossu** (rappresentante di un'associazione di pazienti); **Alberto Mantovani** (ricercatore); **Roberto Mezzina** (direttore di dipartimento Asl); **Italo Paolini** (medico); **Nunzia Verde** (medico specializzando).

La Arcadi è stata scelta dalla Fnopi per rappresentare i 440mila iscritti all'Albo professionale più grande d'Italia; è tutor e docente al CdL in Infermieristica all'Università degli Studi di Milano. "Ho scelto questa professione quando ero ancora troppo giovane per comprendere la complessità del mondo in cui mi stavo affacciando – ha detto –, ma, fin da quei primi anni in corsia, ho capito che lì c'era la mia seconda famiglia". Gli infermieri italiani sono ovunque e operano in una relazione privilegiata di prossimità con i cittadini. "Oggi – ha continuato – non è facile per noi farci strada tra le insidie di un sistema che a volte fatica a sostenersi; un sistema che richiede un ripensamento

dei paradigmi della cura affinché non perda il focus sulla centralità dei bisogni di salute delle persone".

Il Ssn ha sempre più bisogno degli infermieri: sono loro il nutrimento di quel principio fondante che, 40 anni fa, ha portato allo sviluppo di quello che oggi è una delle più grandi conquiste del nostro Paese. Nel suo breve discorso, Sergio Mattarella ha sottolineato quanto la professionalità, la passione e la dedizione di coloro che fanno parte del Ssn sia imprescindibile: "A tutti loro va il mio più sentito ringraziamento!".

Presente alla cerimonia, la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**.



La delegata FNOPI, Paola Arcadi, fra il ministro Grillo e il presidente Mattarella

UNIVERSITÀ

OPI Roma, protocollo d'intesa con l'UniCamillus

Il 25 gennaio 2019, il Rettore dell'Università UniCamillus- Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences, **Gianni Profita**, ha incontrato la Presidente OPI di Roma, **Ausilia Pulimeno**, e dal confronto è emersa la piena convergenza sull'importante possibilità di sviluppare collaborazioni, alla luce di una visione moderna e strategica della professione infermieristica.

Una collaborazione, frutto di obiettivi comuni, che promette sviluppi nell'assistenza sanitaria attraverso la formazione degli infermieri. L'incontro è anche servito per analizzare molteplici linee direttrici di progettazione comune non solo in merito al Corso di laurea in Infermieristica, ma anche in relazione ai Corsi post laurea per i quali l'OPI di Roma metterà a disposizione l'esperienza già maturata.

Il Rettore e la Presidente Pulimeno hanno convenuto di stipulare al più presto un protocollo d'intesa che sancirà tali propositi.

ExpoSalus, Pulimeno: "L'infermiere di famiglia e di comunità resta una priorità per l'Ordine"

Da giovedì 8 e fino a domenica 11 novembre 2018, la Fiera di Roma ha ospitato Exposalus and Nutrition, kermesse dedicata a presente e futuro della salute, con spazi dedicati alla presentazione delle innovazioni per migliorare le abitudini alimentari e il modo di vivere e curarsi.

L'Ordine degli Infermieri (OPI) di Roma è stato presente all'evento con un proprio stand. Con gli infermieri capitolini, anche i volontari Cives e i rappresentanti Aniarti.

Intervenuta al talk inaugurale: "Presente e futuro del Sistema Salute in Italia: la parola agli addetti al settore", la presidente OPI Roma e vicepresidente della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), **Ausilia Pulimeno**, ha precisato che: "Rispetto alla tipologia dell'assistenza e dei bisogni dei pazienti da tener presente, abbiamo di fronte un quadro del tutto nuovo. Solo pochi anni fa, quasi tutto si concentrava sulle acuzie, e si fronteggiavano episodi che, il più delle volte, si concludevano con un'assistenza ospedaliera. Oggi, l'età che avanza comporta problemi legati alle patologie croniche e alla non autosufficienza: bisogni che necessitano di un modello nuovo di assistenza. Un modello che ancora non c'è!". È questo il passaggio cruciale in cui attualmente si trova l'Italia dal punto di vista della salute pubblica. "Per ciò che concerne la professione infermieristica – ha continuato – è necessario riconoscere le specializzazioni mirate. Su tutto il territorio nazio-



nale, è prioritaria l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, come auspicato anche dall'Oms nel documento 'Health 21' del 1998. L'infermiere di famiglia può dare un contributo-chiave nell'equipe multidisciplinare di professionisti della salute. È lui che aiuta la persona malata ad adattarsi alla nuova situazione e, eventualmente, alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo presso la casa e con la famiglia del paziente. Al centro dell'assistenza dell'infermiere di famiglia è l'intera comunità; svolge il suo ruolo nel contesto di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni. Di esempi, nel nostro Paese, ce ne sono, ma permangono le disparità fra regione e regione: ci sono quelle che hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel Servizio sanitario regionale di questa figura; altre che hanno attivato sperimentazioni e altre, ancora, che hanno presentato solo proposte di legge in tal senso".

A fronte dei bisogni di salute della popolazione e, in particolare, della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati ad esercitare un ruolo sempre più incisivo. "Gli italiani ci chiedono di potenziare l'offerta di prestazioni infermieristiche sul territorio attraverso i canali del Servizio Sanitario Nazionale – ha concluso la presidente Pulimeno – ma, per farlo, bisognerà 'trasformare' l'organizzazione del lavoro, aumentando e definendo target espliciti di rapporto infermieri/medici, per migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema; accompagnando i cambiamenti con azioni che aiutino ad evolversi verso una minore densità medica".

In seno a Exposalus, sabato 10 novembre è svolto anche un Workshop a cura di ANIARTI (Associazione nazionale Infermieri area critica), con il patrocinio di OPI Roma.





L'attore Simone Montedoro, padrino dell'evento, allo stand OPI Roma



Silvia Scelsi, vicepresidente Aniarti



L'evento, accreditato Ecm, nella sessione mattutina (moderata da **Maria Vittoria De Girolamo**) ha discusso di: "Alimentazione: nuovo approccio: educazione e prevenzione", con gli interventi di: **Silvia Scelsi**, vicepresidente ANIARTI con: "L'associazionismo: presentazione di Aniarti"; quindi, di **Alessandro Da Fre** con: "Una nuova filosofia della salute" e **Alessandra Giuliani** con: "Alimentazione e idratazione nella persona sana" e "Alimentazione e idratazione nelle diverse età, contesti ed etnie". Nella seconda sessione - quella pomeridiana -, si è discusso di: "Infermieri e alimentazione: cura ed assistenza" (moderatori: **Elisabetta Giordano** e **Rossella Marchetti**) con gli interventi di: **Caterina Ferrazzilli** e **Oliva Matrone**, "La Nutrizione enterale (NE) in ambito ospedaliero"; **Matrona** e **Caterina Ferrazzilli**, "La Nutrizione parenterale (NPT) in ospedale"; **Massimo Spalluto**, "Ac-

cessi vascolari - Uso Picc a domicilio e in ospedale: il contributo infermieristico"; **De Girolamo** e **Lidia Muscheri**, "La Nutrizione artificiale in età pediatrica: competenze e responsabilità dell'Infermiere".



Infermiere di famiglia Avviato l'iter in Consiglio regionale

Il 6 febbraio scorso, la commissione Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria e welfare della Regione Lazio, presieduta da **Giuseppe Simeone** (FI), ha avviato il ciclo di audizioni sulla proposta di legge n. 106 in materia di "Disposizioni per la promozione dell'assistenza infermieristica familiare", presentata dai consiglieri Ciani e Forte.

Per l'occasione, sono stati incontrati i vertici degli Ordini provinciali degli infermieri (OPI). La presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**, e **Annunziata Piccaro** (presidente OPI Latina) sono intervenute per suggerire alcune modifiche al testo. Con loro, anche la vicepresidente OPI Rieti, **Giovanna Maria Picuti**.

Citando i dati di una ricerca dell'Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva, la presidente Pulimeno ha dimostrato la necessità di questa legge: "Un cittadino su due - ha detto - reputa insufficiente il numero degli infermieri per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio. Il 78,6 per cento degli intervistati vorrebbe disporre di un infermiere di famiglia e di comunità. Questo infermiere svolgerà il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione".

Tra le proposte di modifica al provvedimento oggetto dell'audizione, gli Opi suggeriscono, innanzitutto, un cambio sostanziale nel titolo, sostituendo "promozione" con "realizzazione di ser-

vizi". Le altre osservazioni riguardano una serie di documenti citati nella relazione depositata in commissione al termine dell'audizione, a cominciare dalla definizione di Family Health Nurse (FHN) fornita dalla Oms; dal profilo dell'infermiere di famiglia e di comunità elaborato dall'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC); dal Piano nazionale della Cronicità (PNC) e dal Piano nazionale di prevenzione 2014-2018 del Ministero della Salute.

Nella memoria che Pulimeno ha depositato in Regione si legge: "Nel futuro della sanità, a fronte dei bisogni di salute della popolazione e in particolare della domanda di cura delle fasce più fragili, gli infermieri sono chiamati a esercitare un ruolo sempre più incisivo... L'infermiere di famiglia e di comunità è un'aspettativa dei cittadini... Soprattutto, i cittadini vorrebbero un infermiere di riferimento convenzionato, come oggi è il medico di famiglia: entrambi dovrebbero lavorare in sinergia per garantire un'assistenza h24 che vada a colmare le lacune di un servizio sanitario che oltre un certo orario è affidato esclusivamente all'ospedale e al Pronto Soccorso. L'obiettivo dell'infermiere di famiglia e di comunità è di mantenere, e migliorare nel tempo, l'equilibrio e lo stato di salute della persona nel contesto della sua famiglia e nella comunità in cui vive, aiutandola a evitare o gestire le minacce alla salute. Lo chiamiamo 'infermiere di famiglia e di comunità' perché oggetto dell'assistenza è l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base... L'obiettivo è quello di sviluppare un modello di intervento che metta tutti i componenti della famiglia al centro dell'assistenza sanitaria e sociale, consentendo a persone anziane e persone con patologie croniche di rimanere a casa il più a lungo possibile".



Infermiere di famiglia si parte davvero!

Il 20 dicembre scorso, uno "storico" incontro tra l'Ordine degli infermieri di Roma e tre Aziende Sanitarie della Capitale per siglare un'importante intesa tra loro (OPI Roma e tre ASL) per il debutto della figura dell'infermiere di famiglia/comunità.

Un professionista specializzato nella presa in carico del paziente al quale garantisce la continuità dell'assistenza e che gestisce la cooperazione con il malato e i suoi parenti, con i medici di medicina generale e le altre professioni sanitarie. Nello specifico, l'infermiere di famiglia individua i bisogni di salute della famiglia, opera per ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, fornisce consulenza e partecipa alle attività di ricerca e di formazione professionale. Un modello sperimentato con successo in Italia e all'estero che, da tempo, gli infermieri sostengono e che ora può decollare anche a Roma, con benefici importanti sulla salute degli assistiti e per il Servizio Sanitario Regionale. All'incontro, che si è svolto al Nuovo Ospedale dei Castelli, hanno partecipato: la Presidente OPI di Roma, **Ausilia Pulimeno**; il Direttore Generale della ASL RM4 e Commissario della ASL RM5, **Giuseppe Quintavalle**; il Direttore Generale della ASL RM6, **Narciso Mostarda**, e i Dirigenti dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie delle rispettive Aziende Sanitarie, **Carlo Turci**, **Luigia Carboni** e **Cinzia Sandroni**.

Un confronto costruttivo sul progetto di adozione del modello dell'infermiere di famiglia/comunità nei territori delle tre ASL che si è concluso con una presa d'atto reciproca della volontà di rendere operativo il nuovo servizio al più presto.

"Una giornata importante per i cittadini – ha detto la Presidente Pulimeno –. Per noi infermieri è una grande soddisfazione poter realizzare quanto prima questo modello assistenziale e anche un'ulteriore assunzione di responsabilità. Tengo a sottolineare il coinvolgimento positivo dell'Ordine di Roma nel progetto. Il primo passo è compiuto: ora, per partire davvero dobbiamo attendere solo che ASL e Regione Lazio coordinino i rispettivi piani". A sottolineare che, nel futuro dell'assistenza territoriale,

c'è l'infermiere di famiglia è stato anche l'appuntamento del 23 gennaio 2019, alla Camera dei Deputati, in occasione della presentazione del 14 Rapporto sanità del Crea (Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) promosso dall'Università Tor Vergata. In esso, nel settore della medicina generale, si rileva la spinta alla costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, coinvolgendo figure come gli infermieri e gli operatori sociosanitari, oltre agli stessi specialisti ambulatoriali, per realizzare la continuità delle cure. La presa in carico del paziente, domani, constaterà di rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie, in particolar modo con quella infermieristica, che ha assunto un ruolo primario nell'ambito di alcuni dei nuovi moduli di assistenza territoriali.

Nell'organizzazione dei servizi per la presa in carico, il Crea Sanità ha indicato, tra le altre iniziative, la necessità di investire nella formazione delle varie figure all'interno delle equipe multiprofessionali e di definire più compiutamente il ruolo di *case manager/care manager* dell'infermiere, investendo in formazione e incentivi economici, valorizzando il ruolo di coordinamento dell'infermiere nell'ambito delle equipe multi-professionali. "Indubbiamente è l'ora dell'infermiere di famiglia – commenta **Ausilia Pulimeno**, vicepresidente della Federazione nazionale (FNOPI), che ha partecipato alla presentazione del Rapporto Crea –: quell'infermiere, cioè, che gli stessi cittadini ci chiedono. Oltre il 79% vorrebbe poter scegliere/disporre di un infermiere di famiglia/comunità come con il medico di medicina generale e che molte Regioni, dal Nord al Sud, hanno già attivato o deliberando ufficialmente la nuova figura. O come forma di sperimentazione o anche presentando proposte di legge ad hoc". "Quella dell'infermiere di famiglia è un'opzione sicuramente realizzabile – spiega **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI –. Dopo la giusta diagnosi e la scelta della migliore terapia, il paziente ha assoluta necessità di essere seguito, guidato e aiutato nei suoi bisogni di salute con approccio proattivo e trasversale, prerogative della professione infermieristica".

Ariccia, inaugurato il nuovo ospedale dei Castelli

È stato inaugurato il 18 dicembre 2018, ad Ariccia, il nuovo ospedale dei Castelli. Un centro di ultimissima generazione, dotato di nuovi macchinari, sostenibile e accogliente: uno dei poli tecnologicamente più avanzati del Lazio che serve un bacino di 300.000 cittadini.

Oltre 300 posti letto (137 posti letto attivati all'apertura), 22 ambulatori, 22 ascensori, 17 posti per la dialisi, 13 reparti per acuzie, 11 macchinari per la diagnostica per immagini e 9 sale operatorie. L'opera è stata portata a compimento nei tempi previsti, in soli 1.008 giorni e, fin da subito, la Regione Lazio ha lavorato per imprimere una forte accelerazione nell'utilizzo delle risorse disponibili, 120 milioni di euro. Si tratta di una struttura importante della sanità regionale: vi è stato impiegato tutto personale del nostro Servizio Sanitario: i dipendenti della Asl sono complessivamente 630, di cui 75 neoassunti con concorsi pubblici rivolti a infermieri e operatori sociosanitari. In loro rappresentanza, ha preso parte alla cerimonia la presidente OPI Roma, Ausilia Pulimeno. "Troppo



spesso, per l'assenza di luoghi di accoglienza, si confluisce verso la Capitale – ha commentato il governatore, Nicola Zingaretti. Ma, un centro produttivo di buona sanità come questo è ovviamente una svolta; una svolta che aspettavamo da tempo, figlia dei successi di questi anni". "Questo è il primo ospedale

pubblico che apre dopo il lungo periodo del piano di rientro - gli ha fatto eco Alessio D'Amato, assessore alla sanità -. Simbolicamente rappresenta l'apertura di una nuova fase per la sanità del Lazio. In più, l'ospedale apre contando sull'intero personale dipendente pubblico: questo è un fatto davvero importante. Voglio rivolgere un sentito ringraziamento a tutti gli operatori e a tutti i professionisti che stanno contribuendo a questo storico risultato!".



Nasce la polizza per gli infermieri a tutela dei lavoratori della salute

Il maggior Ordine professionale italiano, quello degli Infermieri, ha lanciato la polizza assicurativa per responsabilità per colpa lieve, grave ed erariale, come previsto dalla legge 24/2017 (legge "Gelli"), con una delle maggiori compagnie assicurative nazionali: Unipol Sai.

La polizza proposta, obbligatoria per tutti gli infermieri ma sottoscrivibile su base volontaria, si caratterizza per un massimale di 5 milioni di euro, al prezzo annuale attualmente più basso sul mercato (22 euro) per coprire la responsabilità civile professionale, la responsabilità patrimoniale, la responsabilità civile per colpa grave e quella per danno erariale.

Il risultato è stato raggiunto grazie a due gare europee bandite dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) a partire da un anno fa, prima per identificare il broker necessario all'operazione e poi per stabilire e stipulare la polizza che, trascorsi i necessari tempi di legge dall'aggiudicazione, è stata sottoscritta ufficialmente il 28 dicembre 2018. Un'assicurazione accessibile a tutti gli iscritti all'Albo degli infermieri e infermieri pediatrici (oltre 445mila professionisti) per tutelare qualunque forma di attività lavorativa: in regime di dipendenza per conto del Ssn, quella presso strutture sanitarie o sociosanitarie private l'attività in regime di libera professione e quella svolta tramite le cooperative, o anche una combinazione tra queste e tutte le funzioni esercitate compreso il coordinamento e la direzione. I punti di forza del servizio, che sarà accessibile dal sito della Federazione (www.fnopi.it), rinviando il professionista alla piattaforma assicurativa per espletare tutti gli aspetti legati alla sottoscrizione, sono:

- apertura del sinistro fin dalla ricezione di comunicazione secondo quanto prescrive l'articolo 13 della legge 24/2017 (la legge "Gelli": "Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità") da parte dell'Azienda di appartenenza;

- retroattività illimitata;
- postuma decennale: dopo la pensione con un solo premio annuale si è coperti per richieste danni che dovessero pervenire nei dieci anni successivi; massimale di 5 milioni di euro;
- copertura anche per i danni di natura patrimoniale legati ad ambiti amministrativi e gestionali;
- nessuna franchigia e/o scoperto;
- premio annuo lordo di 22 euro.

I risultati sono da considerarsi unici sul mercato assicurativo e anche i pensionati possono stare tranquilli.

Inoltre, è prevista una consulenza telefonica dedicata ad un apposito numero verde (**800.433.980**), erogata da qualificati professionisti del settore assicurativo (orari: 9-12 e 14-16) per chiarire ogni dubbio agli infermieri che ne abbiano necessità.

Infermieri e artiterapie Al Pertini, esperti a confronto

Tante presenze per un evento emozionante, voluto dall'Ordine delle Professioni infermieristiche di Roma (OPI) e dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), sabato 27 ottobre, all'ospedale Sandro Pertini: "Le artiterapie: alla scoperta di nuove competenze".

Una terza edizione che ha posto l'accento su quanto il professionista infermiere possa contribuire sul tema della salute mentale; nonché, nell'approfondire la conoscenza di metodologie di trattamento multidisciplinare, collegato all'esperienza di una Comunità terapeutico-riabilitativa psichiatrica dell'area romana.

A 40 anni dalla legge di riforma della Psichiatria in Italia (la legge 180; conosciuta anche come legge Basaglia), l'entusiasmo di chi, in questi anni, ha operato nel settore, ha portato al fluire di una ricerca continua di nuove strade per sostenere diritti civili, integrazione sociale e benessere individuale.

"In questo percorso – ha detto in apertura dei lavori la consigliera OPI Roma, **Cinzia Puleio** – le diverse professionalità presenti hanno visto arricchire la propria operatività attraverso una sorta di 'contaminazione' tra saperi diversi. Ne sono emerse modalità operative nuove da affiancare a quelle classiche; nuovi farmaci, ma anche diverse modalità di intervento psico-terapeutico con programmi di inclusione sociale e un'attenzione maggiore alle capacità della persona".

Le "arti terapie" sono una serie di attività che hanno accompagnato il lavoro riabilitativo nel campo della salute mentale e, oggi, vengono ritenute uno strumento terapeutico importantissimo. Suonare uno strumento, fare teatro, danzare, scrivere poesie sono parte integrante del percorso di "recovery" del paziente affetto da disagio psichico; hanno un valore di recupero anche le risorse relazionali ed espressive della persona. Persona, appunto, non il malato (o il paziente), come hanno tenuto a sottolineare tutti i relatori intervenuti. Perché dietro la patologia c'è sempre un uomo o una donna con il suo mondo, il suo vissuto, le sue emozioni, che vanno comprese o, all'occorrenza, fatte emergere (come ha spiegato il professore **Giuseppe Manu**, responsabile Uos DSM ASL Roma 2).

L'evento formativo al "Pertini", articolato in due sessioni (mattina e pomeriggio, entrambe moderate dal vicepresidente Opi di Roma, **Stefano Casciato**, e dalla consigliera Puleio), ha visto alternarsi esperti di pregio, tutti impegnati, a vario titolo, in progetti clinici con persone affette da disturbi psichici o da disagio sociale. "Perché l'ambito professionale infermieristico afferente alla salute mentale è ancora da 'scoprire' – ha sottolineato il presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** –. In questi contesti cli-

nici, più che in altri, l'infermiere è chiamato ad abbracciare la multidisciplinarietà e a sviluppare una particolare relazione con la persona e con i colleghi coinvolti. Nella fattispecie, è necessario sviluppare competenze che vadano oltre quelle culturali di base; perché qui contano molto le esperienze maturate sul campo. Quello della salute mentale è un ambito in cui l'aspetto tecnico e quello rieducativo vanno di pari passo e benché non sia facile effettuare in questo ambito dei tirocini o specializzazioni, è pur vero che si tratta di una sfida che la nostra professione deve saper cogliere!".

"Non a caso, nel disagio psichico – le ha fatto eco il vicepresidente e direttore del Polo della Pratica Clinica CECRI, Casciato –, grazie ad un sistematico cambiamento di approccio, l'uso delle artiterapie si è affiancato al solo trattamento farmacologico, ottenendo risultati eccellenti su ragazzi molto problematici. Ragazzi che hanno fatto passi da gigante grazie alla musicoterapia, per esempio, ma non solo. Infatti oggi, non è sbagliato parlare, addirittura, di un'evoluzione delle stesse artiterapie e del loro uso sempre più attivo nei trattamenti sanitari".

Testimone dell'indubitabile valore delle artiterapie in salute mentale, **Marco Soricetti**, infermiere ASL Roma 2 e musicoterapeuta: "Ero in servizio presso il Pronto Soccorso di un grande ospedale romano, poi ho scelto di 'riformulare' la mia professione, accettando di occuparmi dei ragazzi di un DSM. All'inizio non è stato facile, ma, sono riuscito, per mezzo della musica, e di altre artiterapie, a trovare un 'canale di connessione' con loro e fra loro. Tutti hanno compreso il concetto di comunità in cui ognuno, io per primo, ha il suo ruolo: nessuno è escluso! Il nostro laboratorio, 'Musica in cammino', è riuscito a uscire dal reparto,





I ragazzi della comunità Urbana DSM ASL Roma 2



La delegazione OPI Roma: (da sinistra) la consigliera Puleio, la presidente Pulimeno e il vicepresidente Casciato

arrivando nelle piazze, arrivando addirittura a vincere dei premi. Un professionista deve avere la mente aperta: l'assistenza infermieristica è assistenza alla persona; l'infermiere fonda il suo operato su conoscenze validate, ma c'è molto, molto di più. Gli operatori sanitari, se determinati, riescono a fare tanto". Soprattutto, se sostenuti dall'opera di musicoterapeuti come **Gianluca Taddei**, che ha dimostrato (anche attraverso la proiezione di filmati) il valore inclusivo della musica, la sua capacità di "fare squadra", di far sentire a chi partecipa di far parte di un gruppo sociale: "Le artiterapie – ha commentato – non cadranno mai nel tecnicismo, perché sono un modo diverso, alternativo di intendere la professione sanitaria. All'interno di un processo creativo come quello artistico, infatti, è possibile, più che in altri casi, umanizzare il contatto tra operatore e paziente, perché entrano in gioco le emozioni. Nella formazione professionale dei professionisti infermieri, che operano a stretto contatto con le persone, le artiterapie sono utili a sviluppare la capacità di sentire meglio l'altro da sé, al di là della malattia". Questo, perché alcune metodologie terapeutico-riabilitative, tramite le artiterapie (come dimostrato dalle ricerche nelle Neuroscienze), hanno un valore trasformativo, anche del coesistere stesso con le persone. "Bisogna riconoscere le qualità di ognuno – ha spiegato il professor Mannu in un appassionato intervento dedicato alla 'Medicina basata sulla narrazione' – imparare a stare accanto alla persona sofferente, comprendere il suo dolore. La Medicina narrativa (NBM) aiuta a coltivare l'empatia, ad entrare in sintonia con gli altri, allontanando lo spettro del pregiudizio della malattia mentale. Si integra bene con l'Evidence-based medicine (EBM) perché rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, quasi personalizzate. L'infermiere impegnato in questo delicato settore deve credere che la diversità sia arricchimento, che l'abbraccio e l'ascolto può essere terapeutico; che il processo di guarigione non può prescindere dall'aspetto relazionale, proprio del Codice Deontologico dell'Infermiere".

A riannodare le fila del tempo, invece, con: "40 anni di 180: dalla Psichiatria alla salute mentale", il professor **Tommaso Losavio**, componente del comitato scientifico della "Fondazione Franca e Franco Basaglia", per anni in forze al Santa Maria della Pietà, l'ex manicomio di Roma. La sua lectio magistralis è soprattutto

il racconto commosso di: "Un vecchio testimone della Storia della Psichiatria", come si è definito lui stesso. "La legge 180 è stata una tappa importante nel processo di 'uscita' dai manicomii in cui le persone venivano relegate, lontane dalla società e vivevano in condizioni disumane – ha continuato –. Era necessario restituire loro la dignità perduta; dimostrare che il concetto di Salute Mentale, doveva superare quello di Psichiatria. Sono fiero di dire che sono stati proprio gli operatori sanitari, medici e infermieri, a far sì che, con il loro lavoro quotidiano, si potessero affiancare, alle conoscenze tecniche, nuove metodologie di cura. Uscire dalla sofferenza mentale per molti è stata opera anche della determinazione di tanti bravi infermieri".

Capacità di non abbattersi e resilienza: doti imprescindibili per un infermiere. "Essere capaci di riformularsi, di adattarsi ai nuovi contesti lavorativi – ha detto **Giuliana Covelli**, infermiera ASL Roma 2 – sono fondamentali per mettere in campo tutte le nostre potenzialità. L'infermiere è il professionista della relazione, il medium tra i bisogni della persona malata e la sua prestazione. La competenza è frutto sì di conoscenze, ma pure delle capacità e qualità personali".

Tavola rotonda, moderata dal tesoriere Opi Roma, **Carlo Turci**, in conclusione della sessione mattutina, per parlare, fra l'altro, anche del tema delle famiglie e dei *caregiver*, nonché delle liste di attesa per entrare nei programmi di cura più all'avanguardia: "Il problema delle liste d'attesa è enorme – ha risposto Mannu – ed è il risultato dell'impoverimento generale e delle risorse umane, tanto in altri quanto di più nel campo della salute mentale. A noi operatori non resta che continuare a lottare per sostenere la persona, soprattutto nella relazione con se stesso e con gli altri".

Al pomeriggio, la discussione di alcuni casi-studio di artiterapie: "Il ruolo della fotografia" a cura di **Federica Cerami**; "Il Laboratorio di arteterapia con bambini affetti da autismo e sindrome di Asperger" a cura di **Daniela De Simone** e il Laboratorio integrato di arteterapia musicale: "Musica in cammino" con **Sabrina De Stefano** e Marco Soricetti che ha portato sotto i riflettori dell'aula Sesti dell'ospedale ospite proprio i ragazzi della comunità Urbana DSM ASL Roma 2 che si sono esibiti in un medley melodico molto apprezzato.

Educazione e prevenzione con un gonfiabile a forma di colon

Innovazione nelle campagne di sensibilizzazione sanitaria

Si è svolta a Roma, in un noto centro commerciale, il 23, 24 e 25 novembre 2018, la campagna di prevenzione di alcune patologie del colon che ha visto protagonisti nella giornata del 23 circa 90 bambini delle scuole primarie del quartiere di Trigoria e circa 900 persone della zona Eur poi.

L'evento, patrocinato da OPI Roma e da AIOSS (Associazione tecnico-scientifica operatori sanitari in Stomatoterapia e riabilitazione del pavimento pelvico) ha riscosso un notevole successo (di persone e per il clima di collaborazione instaurato all'interno dello staff, tra cui i professori Ciccala e Guarino del reparto di Gastroenterologia del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico della capitale) e gli studenti hanno ricevuto molti complimenti per la cultura e la capacità espositiva, oltre che per la simpatia con cui accoglievano i visitatori.

Venerdì 23, il gonfiabile è stato destinato solo alle diverse classi elementari, che, accompagnate da insegnanti e alcuni genitori, si sono recate presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico (UCBM). Ai bambini è stato spiegato come una corretta alimentazione possa evitare molti problemi del colon e la professoressa Alloni ha utilizzato un manichino per spiegare come il bolo alimentare arrivi al colon e come funziona l'assorbimento degli alimenti e l'eliminazione dei residui. La parte più divertente



Vista dall'alto del colon gigante nel centro commerciale

è stata la visita nel colon gigante gonfiabile che l'UCBM, assieme a FAIS (Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati), ha ottenuto dalla Commissione Europea: i bambini erano entusiasti della visita e hanno fatto tantissime domande, mentre le insegnanti hanno richiesto nuovi incontri con altre classi ed anche altre lezioni sul corpo umano, a cui parteciperanno vari medici ed infermieri del Policlinico UCBM.

Poi, il 24 e 25 novembre il colon gigante è stato trasferito in un altro centro commerciale, dove la direzione prevedeva un'affluenza di circa 40mila persone, visto che si trattava del cosiddetto "black friday weekend" e, effettivamente, c'è stata una vera mole di persone interessate al colon gigante.

Il colon era visitabile da gruppi di 4-6 persone, accompagnati da studenti di Medicina e Scienze della Alimentazione e nutrizione umana, oltre che da infermieri esperti in Chirurgia e in Stomatoterapia e medici specializzandi.

Al termine del breve tour sono stati forniti dépliant con un indirizzo email (info.edu@unicampus.it) a cui rivolgersi per avere ulteriori informazioni e migliorare la relazione diretta con i pazienti del Policlinico.

Inoltre, è stato chiesto a tutti di trattenerci per rispondere a alcune domande per valutare l'impatto formativo ed educativo del simulatore e delle informazioni avute. Dati utili per il Campus per migliorare la comunicazione verso i pazienti e la società e per creare delle giornate a tema.

Dai primi dati emerge che circa 900 persone hanno potuto visi-



Particolare all'interno del simulatore. Una visitatrice chiede informazioni

tare il colon gonfiabile e ricevere le informazioni (oltre a circa 250 bambini al di sotto dei 12 anni) riguardanti principalmente l'alimentazione, l'incontinenza o disturbi dell'evacuazione, la stipsi, l'importanza dello *screening* attraverso l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci e le indagini endoscopiche. Ben il 76% degli intervistati ha affermato di aver appreso no-

zioni nuove sulle patologie del colon e il loro rapporto con l'alimentazione, mentre il 78% circa ha detto di aver compreso meglio l'importanza della prevenzione.

Il progetto è stato possibile grazie alla Commissione Europea, il FAIS e la Direzione clinica del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

CIVES Primi 20 anni di attività

Il Cives (Coordinamento infermieri volontari emergenza sanitaria), che fa capo alla Protezione civile, ha festeggiato i suoi primi 20 anni di operatività.

Un bilancio positivo, con gli occhi già volti al futuro: gli infermieri, infatti, saranno da subito coinvolti nel percorso di alfabetizzazione delle maxi-emergenze che la Protezione civile sta mettendo in atto in tutta Italia.

Il progetto condiviso tra Cives, Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri (FNOPI) e Dipartimento di Protezione Civile, infatti, illustrato il 17 dicembre 2018, prevede una serie di incontri informativi per diffondere la cultura di Protezione Civile tra le figure infermieristiche del territorio che potrebbero essere interessate dal coinvolgimento nelle attività dei centri operativi in caso di calamità. Il percorso è strutturato in incontri della durata di otto ore e le figure infermieristiche interessate dovrebbero essere soprattutto i coordinatori infermieristici locali, quelli del 118 e i direttori infermieristici del territorio.

I volontari del Cives, in particolare, svolgono la loro azione senza compensi, come supporto a volte essenziale! alle strutture e

agli operatori del Ssn del territorio dove l'urgenza-emergenza ha origine e, nel caso i responsabili dei soccorsi facciano scattare il meccanismo dei soccorsi provenienti anche da altre Regioni.

"Dalla fine del 2016 a oggi - ha detto il consigliere OPI Roma e presidente Cives, **Maurizio Fiorda** - abbiamo continuato il suo percorso di espansione, ridefinendo la nostra natura giuridica e organizzativa, aderendo alla riforma del Terzo settore e dando la possibilità ai nuclei territoriali di avere una propria autonomia. Attraverso l'adesione al nuovo statuto, Cives ha avuto la possibilità di far iscrivere, negli elenchi di protezione civile regionali, i vari nuclei che hanno aderito, oltre a dare un sostanziale aiuto economico con la ripartizione delle quote associative tra nazionale e provinciali".

Oggi, Cives è presente in 13 regioni molte delle quali presentano più nuclei, e per il 2019 sono in via di definizione la costituzione di altri. "Gli infermieri - ha sottolineato **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI, e direttore operativo ad *honorem* di Cives - sono essenziali nell'emergenza e dopo. Sono, in quel

momento, i case *manager* dell'assistenza ai cittadini, affiancandoli, seguendoli e coadiuvandoli anche nel recupero della migliore condizione possibile".

La condivisione del progetto dedicato alle maxi-emergenze prevede che Cives assuma il ruolo di organizzatore degli eventi, che i funzionari del dipartimento di Protezione Civile siano i relatori e che la FNOPI patrocini e monitori tutto il percorso.



Michele Fortuna, past president Cives, fra la presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli e l'attuale presidente nazionale Cives, Maurizio Fiorda

All'IDI due infermiere premiate

Il 13 dicembre 2018, all'ospedale IDI, sono stati consegnati i riconoscimenti per "Dipendente 2018" e "Valore 2018", nel corso della prima edizione di un premio nato con l'obiettivo di conferire a chi, eccellendo all'interno delle strutture sanitarie, valorizza i servizi agli utenti con professionalità e umanità.

Il riconoscimento "Dipendente IDI" è stato attribuito a ciascuna delle seguenti categorie professionali: dirigenti sanitari (medici e non); personale di area sanitaria (infermiere e tecnici); personale di area amministrativa e personale della ricerca; mentre quello "Valore IDI" è stato assegnato alla dedizione nei confronti dei pazienti e/o dell'IDI ed è stato attribuito a prescindere dalla categoria professionale di appartenenza.

Fino al mese di novembre 2018, pazienti e dipendenti hanno espresso una o più preferenze inviando un sms; un whatsapp o una mail con tutti i dati personali e quelli del dipendente segnalato.

Alla cerimonia di premiazione, coordinata dal presidente Fonda-

zione IDI, **Antonio Maria Leozappa**, sono intervenuti: la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**; il presidente del Consiglio regionale del Lazio, Daniele Leodori; quello del Centro nazionale trapianti, Alessandro Nanni Costa; il superiore provinciale della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione, Padre Giuseppe Pusceddu; il presidente dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici chirurghi e odontoiatri, Antonio Magi e l'attore e regista Massimo Wertmuller.

Angela Nicodemo (Oncologia) e **Emanuela Corso** (day hospital IDI) sono le due infermiere premiate (rispettivamente, nelle categorie in gara) e entrambe sono iscritte all'albo dell'OPI Roma. L'Ordine provinciale, sposando in pieno le motivazioni di questa prima edizione dell'iniziativa, e auspicando successivi eventi sulla stessa lunghezza d'onda, si congratula con le infermiere premiate, a ulteriore conferma della profonda umanità e competenza messe in campo quotidianamente dai professionisti sanitari del Lazio.



Le infermiere premiate (la seconda da sinistra e l'ultima a destra) con i medici e lo staff IDI

RICONOSCIMENTI

Un'infermiera tra le Eccellenze italiane di "Assotutela"

L'associazione dei cittadini "Assotutela" ha assegnato a Sonia Silvestrini, coordinatore infermieristico Uoc Medicina Interna e Wound Care specialist dell'azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, il "Premio Assotutela 2018/19 per le Eccellenze Italiane".

La cerimonia di premiazione si è svolta il 4 febbraio al Senato della Repubblica.

L'ambito riconoscimento viene attribuito, ogni anno, a professionisti ed esponenti del mondo sanitario, sociale, culturale e sportivo. Quest'anno, con la collega, ha voluto premiare anche:

"Il valore sociale della professione infermieristica e gli esempi mirabili di dedizione al lavoro e umanità che offre alla collettività".

L'Opi di Roma ringrazia Assotutela per il prezioso contributo alla promozione della nostra professione e si congratula vivamente con la collega Silvestrini.



Efficacia degli interventi infermieristici nella prevenzione secondaria dell'ictus

Una revisione sistematica della letteratura e una meta-analisi

di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Parappilly BP, Field T.S, Mortenson W.B, Sakakibara BM, Eng J.J, "Effectiveness of interventions involving nurses in secondary stroke prevention: A systematic review and meta-analysis". *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2018 Dec;17(8):728-736. doi: 10.1177/1474515118779732.

INTRODUZIONE

La revisione sistematica e meta-analisi di Parappilly e colleghi ha identificato, analizzato e sintetizzato la letteratura relativa all'efficacia degli interventi di prevenzione secondaria dell'ictus in cui gli infermieri svolgono un ruolo primario.

La prevenzione secondaria è particolarmente importante in queste persone in quanto chi ha avuto un ictus o un attacco ischemico transitorio (TIA) è ad alto rischio di incorrere in nuovi episodi, con una incidenza annuale di recidive del 3-4%.

Gli interventi di prevenzione secondaria sono rivolti principalmente alla modifica dei fattori di rischio clinici per l'ictus (quali, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, o l'iperglicemia), dei comportamenti a rischio (per esempio la sedentarietà, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, l'alimentazione eccessiva, o la mancata aderenza alla terapia farmacologica), e all'aumento della conoscenza dei fattori di rischio per l'ictus. I professionisti sanitari

possono essere coinvolti in vari contesti clinici in interventi di prevenzione secondaria rivolti a pazienti con ictus e ai loro familiari e nella loro conduzione **gli infermieri possono svolgere un ruolo chiave**. L'efficacia degli interventi preventivi condotti da infermieri sulla modifica dei fattori di rischio di ictus non era stata ancora investigata e la revisione di Parap-

pilly e colleghi si prefigge l'obiettivo di colmare tale lacuna.

La revisione è stata analizzata e commentata utilizzando lo strumento di valutazione critica (CAT) del *Joanna Briggs Institute* (JBI) per le revisioni sistematiche, scaricabile presso: <http://joanna-briggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>, che utilizza 11 criteri.



La domanda di revisione è espressa in modo chiaro ed esplicito?

Il quesito di ricerca è espresso in modo chiaro ed esplicito attraverso l'uso del PICO.

Popolazione: pazienti adulti con diagnosi di ictus ischemico/emorragico e TIA.

Intervento: programmi di prevenzione secondaria in cui gli infermieri hanno svolto un ruolo primario.

Confronto: interventi standard, o intervento singolo come distribuzione di materiale educativo o *counseling* su uno specifico stile di vita.

Outcome: fattori di rischio clinici, fattori di rischio comportamentali e conoscenza dei fattori di rischio tra i pazienti che hanno avuto un ictus. I fattori di rischio clinico includevano la pressione sistolica e diastolica, l'emoglobina glicata, lipidemia e colesterolemia, mentre i fattori di rischio comportamentali comprendevano cambiamenti nella dieta, attività fisica, aderenza alla terapia farmacologica, cessazione dell'abitudine al fumo e del consumo di alcol.

I criteri di inclusione sono appropriati per la domanda di revisione?

Sono stati inclusi nella revisione studi clinici randomizzati (RCT) che prevedevano:

- interventi di prevenzione secondaria dell'ictus gestiti da un infermiere e di qualsiasi durata (ad esempio, il supporto ai pazienti con definizione di

obiettivi individualizzati);

- risultati post-intervento descritti con dati continui per calcolare la differenza della media standardizzata, o per calcolare gli *odds ratio*;
- interventi in qualsiasi momento dopo l'ictus/TIA con il primo gruppo di risultati raccolti dopo la fine dell'intervento. Sono stati esclusi gli RCT che:
 - interessavano solo coniugi o *caregiver* del paziente;
 - confrontavano due tipi di interventi senza un gruppo di controllo;
 - includevano partecipanti senza diagnosi di ictus per più della metà del campione.

I criteri di inclusione descritti sono appropriati alla domanda di revisione.

La strategia di ricerca è appropriata?

È stata condotta una ricerca bibliografica includendo solo articoli in lingua inglese pubblicati fino alla fine del 2017 su riviste utilizzando i principali database elettronici. Le parole-chiave (*MeSH*) utilizzate sono state: "ictus", "prevenzione secondaria" e "infermieristica" e sono state formulate varie *query* di ricerca.

È stato utilizzato un programma per la gestione degli articoli (*RefWorks*) con una prima fase di scrematura dei duplicati e analisi del titolo e *abstract* effettuato da un secondo revisore.

Gli articoli inclusi sono stati reperiti in *full-text* e valutati e in caso di discrepanze i due revisori hanno discusso lo stu-

dio per raggiungere una decisione condivisa.

La strategia di ricerca è ritenuta appropriata, ma l'aver incluso solo articoli in lingua inglese potrebbe aver escluso letteratura rilevante sull'argomento scritta in altre lingue.

Le fonti e le risorse utilizzate per la ricerca di studi sono adeguate?

Sono stati utilizzati le principali banche dati elettroniche quali Medline, CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Cochrane Database di revisioni sistematiche, Web of Science, tesi di ricerca.

È stato effettuato il processo di *snow-bowling* per includere ulteriori riferimenti pertinenti e sono stati contattati i ricercatori per conoscere i risultati degli studi non pubblicati al fine di ridurre il *bias* di pubblicazione e anche per chiarire ulteriori domande relative ai dati durante l'analisi.

Le fonti e le risorse utilizzate sono state adeguate ma sarebbe stato opportuno ricercare anche in database del settore educativo come ad esempio ERIC.

I criteri per la valutazione degli studi sono appropriati?

È stata utilizzata la *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) scale al posto del Cochrane Risk of Bias Tool per valutare la qualità degli studi inclusi.

I criteri per la valutazione degli studi utilizzati nello strumento scelto non sono stati riportati ma è dichiarata la scala utilizzata con il riferimento bibliografico.

La valutazione critica è condotta da due o più revisori in modo indipendente?

Quando disponibili, sono stati utilizzati i punteggi pubblicati sul sito web di PEDro che vanno da 0 a 10, con punteggi $\geq 6/10$ che indicano studi di livello medio-alto. Quando i punteggi non erano disponibili, è stato dichiarato esplicitamente che entrambi i revisori hanno valutato la qualità dello studio in modo indipendente. Non è chiaro se i punteggi siano stati attribuiti in maniera indipendente dai revisori e come sia stata conciliata la differenza nelle valutazioni.

Sono usati metodi per minimizzare gli errori nell'estrazione dei dati?

È dichiarato che, per l'estrazione dei dati, sono state utilizzate delle tabelle di estrazione dati da parte dei due revisori





ma non è specificato quali.

I metodi usati per combinare studi sono appropriati?

Per quantificare l'eterogeneità statistica degli studi è stato utilizzato il test dell'Inconsistenza (I^2), con valori del 25%, 50% e 75% che determinavano la bassa, moderata ed elevata eterogeneità.

Quando l'eterogeneità statistica era tra 0% e 50% è stato utilizzato il modello a effetti fissi, mentre, se superiore al 50%, è stato utilizzato il modello a effetti casuali. Il test della probabilità è stato posto al livello di 0,05. Per combinare gli studi ed effettuare tutte le metanalisi è stato usato il programma della Cochrane Rev-Man.

L'analisi di sensibilità è stata utilizzata per valutare la robustezza dei risultati escludendo gli studi che avevano ottenuto un punteggio inferiore a 6 nella scala PEDro.

È valutata la probabilità di bias di pubblicazione?

Non è stata valutata e non vi sono dichiarati test statistici come il test di Egger o i grafici a imbuto (*funnel plot*) per valutare anche la potenziale presenza di bias di pubblicazione.

Sono fornite raccomandazioni per politiche e/o pratiche supportate dai dati riportati?

Gli autori affermano che la meta-analisi dimostra l'efficacia degli interventi per la prevenzione secondaria dell'ictus che

coinvolgono gli infermieri sul miglioramento della pressione sanguigna, la dieta, l'attività fisica, l'aderenza alla terapia e la conoscenza dei fattori di rischio di ictus, e l'importanza del ruolo infermieristico nel coinvolgere attivamente i sopravvissuti all'ictus nei cambiamenti di stile di vita.

Gli autori ritengono che le abilità educative e di *leadership* degli infermieri dovrebbero essere impiegate nella progettazione di programmi che rafforzano le capacità di autogestione attiva per i sopravvissuti all'ictus attraverso l'educazione/*counselling*, la definizione degli obiettivi e la pianificazione dell'azione, e collaborando con altri membri del gruppo nel supportare i pazienti con ictus nei cambiamenti dello stile di vita.

Le direttive specifiche per la nuova ricerca sono appropriate?

Viene sottolineato dagli autori che sarebbe opportuno esplorare altri campi e ambiti quali il costo-efficacia dei programmi guidati da infermieri, l'efficacia della partecipazione di altri membri del gruppo interdisciplinare o il modo in cui tali interventi sono erogati.

CONCLUSIONI

La valutazione critica effettuata attraverso il CAT JBI mette in evidenza la presenza di sette criteri di qualità su 11.

Il non aver ricercato nelle banche dati di settore educativo e l'aver escluso arti-

coli scritti in altre lingue oltre l'inglese potrebbe aver influenzato i risultati della revisione. Inoltre, la mancata descrizione di come è stata condotta la valutazione critica non permette di verificare la qualità della valutazione degli articoli inclusi. Infine, non è stato valutato il *bias* di pubblicazione che potrebbe aver portato a considerare articoli principalmente a favore degli interventi.

Nonostante questi limiti, **la revisione permette di evidenziare che gli infermieri hanno un ruolo primario negli interventi di prevenzione secondaria e di educazione dei pazienti con ictus** e il loro contributo è di qualche beneficio nella modifica dei fattori di rischio.

AUTORI:

Lucia Mauro, infermiera AO S. Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del CECRI; Claudia Lorenzetti, coordinatrice infermieristica AO S. Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI;

Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, Direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;

Maria Matarese, professore associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

I Gruppi Appartamento in semi-autonomia: l'evoluzione della *recovery*

Risultati dello studio sul benessere psicologico dei pazienti del Dipartimento di Salute Mentale della ex ASL RM/A-IV D

di Teresa De Paola; Giulia Evangelista

ABSTRACT

Dopo la lotta contro l'istituzione manicomiale e la stigmatizzazione sociale^[1], il concetto di "salute" è stato ridefinito. L'abbandono di una visione medicalizzata dell'assistenza ha determinato, un nuovo modello di cura, detto *recovery-oriented* per i Servizi di Salute Mentale, in cui l'attenzione si sposta dalla malattia alla persona e l'assistenza viene erogata all'interno delle strutture residenziali dedicate all'utenza che ha già raggiunto un grado di autonomia idoneo per tale percorso assistenziale.

Lo studio, effettuato con due tipi di questionari *self-report*, il PWB e lo STAI-Y, nasce dall'esigenza dell'équipe assistenziale del DSM della ex ASL RM/A-IV Distretto, di oggettivare le reazioni al trattamento terapeutico degli utenti presi in carico in SRSR e in GA, attraverso la rilevazione del livello di benessere psicologico e dell'ansia.

I risultati sono stati riassunti in diversi tipi di grafico e i dati analizzati secondo criteri molteplici, confermando sostanzialmente la letteratura e rilevando valori finali di benessere "medio-alti" e valori di ansia "medio-bassi" che confermano l'adeguatezza del trattamento e l'efficacia dell'approccio multi-professionale.

Parole-chiave: Gruppi Appartamento studio qualitativo; salute mentale; strutture residenziali socio-riabilitative; bassa intensità assistenziale.

INTRODUZIONE

Questa ricerca è nata dall'esigenza dell'équipe assistenziale del DSM della ex ASL RM/A-IV Distretto di oggettivare le reazioni al trattamento terapeutico assistenziale da parte degli utenti presi in carico.

Tale équipe conta di un'impronta multidisciplinare, con competenze che permettono di percepire e seguire le variazioni, nel tempo, dello stato psicopatologico del paziente.

Le variazioni dell'utente vengono monitorate, non solo dalla "osservazione soggettiva" degli operatori, ma da una valutazione qualitativa e quantitativa del lavoro svolto in tali strutture, dove si mantiene sempre alta la convinzione che: "la cattiva qualità delle cure offerte a coloro che ricevono un trattamento costituisce un'aggravante"^[2].

Lo studio di ricerca, che ha dato luogo

ad una tesi di Laurea in Infermieristica, ha valutato il percorso assistenziale intrapreso dagli utenti psichiatrici inseriti nella Struttura Residenziale a fasce orarie (SRSR) di via Quarrata e nei Gruppi Appartamento (G.A.) in semi-autonomia del IV Distretto per un periodo di due anni.

MATERIALI E METODI

Per lo studio è stato arruolato un campione eterogeneo costituito da 24 utenti, di cui 16 maschi (67%) e 8 femmine (33%), con un'età media di 43 anni. (Tabella I)

Gli esaminati provengono da realtà assistenziali diverse (proprio domicilio, cliniche e comunità terapeutiche) inseriti in SRSR a fasce orarie e nei G.A. del DSM dell'ex ASL RM/A-IV Distretto territoriale. (Figura I)

		N°	%	
SESSO	Maschi	16	67	
	Femmine	8	33	
ETA	25 - 35	6	25	
	36 - 45	8	33	
	Oltre 45	10	42	
PROVENIENZA	da Assistenza 24h	Inserimento in SRSR a Fasce Orarie	9	48
		Inserimento in GA	5	26
	dal Proprio Domicilio	Dimessi	5	26
		Inserimento in SRSR a Fasce Orarie	3	60
		Dimessi	2	40

Tabella I. Composizione del campione generico (pazienti in G.A. e SRSR)

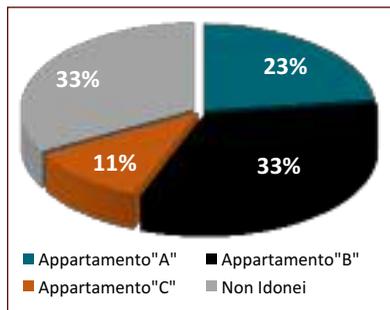


Figura 1. Distribuzione del campione Gruppi Appartamento

STRUMENTI

La ricerca è stata effettuata mediante la auto-somministrazione del questionario PWB (*Psychological Well-Being Scales*, di Carol Ryff) e dello S.T.A.I. (*State-Trait Anxiety Inventory*) Form Y-1 (Ansia di Stato) e Y-2 (Ansia di Tratto).

La PWB è un questionario largamente utilizzato in ambito internazionale, attendibile per la rilevazione del benessere psicologico. La versione italiana del PWB^[3] utilizzata in questo studio è quella a 84 *items*^[4], suddivisi in sei dimensioni^[5], ognuna di 14 *items*: Autonomia (AN); Padronanza Ambientale (PA); Crescita Personale (CP); Relazioni Positive con gli Altri (RP); Scopo nella Vita (SV); Autoaccettazione (AA).

- L'AN fa riferimento alla capacità del soggetto di prescindere dalla spinta sociale ad agire in determinate maniere, di autodeterminare con un "pensiero indipendente" le proprie scelte comportamentali, di usare valutazioni fondate su valori personali per decidere i propri comportamenti;
- La PA riguarda l'abilità di gestione dell'ambiente esistente e la capacità di creare contesti adeguati alle proprie necessità; essere capace di rispondere alle esigenze della vita di tutti i giorni; il grado di controllo sull'ambiente;
- La CP corrisponde alla sensazione di realizzazione del sé, della propria persona e ai sentimenti di sviluppo personale; senso di capacità di crescere;
- Lo SV descrive l'aver un "senso di direzionalità", una finalità comportamentale: disponibilità di mete e obiettivi, presenza di convinzioni che diano direzione e senso alla propria vita; prospettive future;

- La RP rappresenta la presenza di rapporti a carattere profondo, soddisfacenti con persone significative: predisposizione alle relazioni; sentimenti, atteggiamenti, confidenza e sintonia con l'altro;
- La AA consiste nella capacità di vedere e accettare le proprie virtù e difetti: presa di coscienza del proprio sé e delle proprie esperienze passate.

I soggetti devono riportare il loro grado di accordo con le affermazioni contenute negli *items*, utilizzando una scala di tipo Likert a 6 punti, dove: 0= "completamente in disaccordo"; 1= "in disaccordo"; 2= "lievemente in disaccordo"; 3= "lievemente d'accordo"; 4= "d'accordo"; 5= "completamente d'accordo".

Lo STAI di C. Spielberger è un questionario *self-report* considerato come il primo strumento in cui l'Ansia-Tratto e l'Ansia-Stato vengono valutate separatamente. Con **Ansia di Tratto** l'autore intende: "la tendenza individuale relativamente stabile nella propensione all'Ansia; la tendenza a percepire situazioni stressanti come pericolose e minacciose e a rispondere alle varie situazioni con diversa intensità. Che rimane latente finché non viene attivata da stress o fattori considerati pericolosi"^[6].

L'**Ansia di Stato** è concettualizzata come: "uno stato transitorio emozionale caratterizzata da sentimenti soggettivi percepiti a livello cosciente di tensione ed apprensione, e dall'aumentata attività del sistema nervoso autonomo. Può variare di intensità e fluttuare nel tempo"^[7].

La versione utilizzata per questo studio è lo STAI Y^[8] strutturato in due subscale da 20 *items* ciascuna (per un totale di 40 *items*) in forma di scala Likert.

Le istruzioni per le due subscale sono differenti:

per il Form Y-1 (che rappresenta l'Ansia di Stato) si chiede di descrivere l'intensità dei sentimenti provati in questo momento: 0= "per nulla"; 1= "un po'"; 2= "abbastanza"; 3= "moltissimo".

Nel Form Y-2 (che rappresenta l'Ansia di Tratto), si chiede di indicare la frequenza di come ci si sente abitualmente: 0= "quasi mai"; 1= "qualche volta"; 2= "spesso"; 3= "quasi sempre".

Per ottenere il punteggio totale della

STAI si sommano semplicemente i singoli punteggi che sono stati attribuiti ai 20 *items* di ambedue i Form, tenendo conto dei punteggi inversi; per 10 *items* per la scala di Stato e 9 per la scala di Tratto, con un punteggio minimo che andrà da 0 ad un massimo di 120: maggiore è il punteggio e maggiore è il livello di Ansia del soggetto. A ciascun soggetto è stato chiesto di compilare i due strumenti valutativi ogni sei mesi circa, durante tutta la durata della permanenza all'interno della SRSR e dei G. A. del DSM dell'ex ASL RM/A.

Essendo i questionari nominativi, è stata posta particolare attenzione nella raccolta, analisi ed elaborazione dei dati in conformità alle norme dettate dalla privacy e dall'etica professionale.

Lo studio permetterà di valutare l'attività assistenziale erogata al fine di poter meglio calibrare gli interventi sull'utenza in base ai risultati emersi.

Analisi Statistica

Preliminarmente, è stata condotta un'analisi descrittiva, consistente nel calcolo del punteggio grezzo complessivo ricavato dalle risposte di ogni singolo *item*, grazie alla quale è stato possibile indicarne la mediana, preferita alla media aritmetica in quanto il campione considerato, avendo numerosità bassa, avrebbe risentito eccessivamente dei punteggi estremi. Attraverso la mediana è stato possibile delineare i tre livelli di Benessere Psicologico e di Ansia: "basso": fra 0 e 25 percentile; "medio": fra 25 e 75 percentile; "alto": fra 75 e 100 percentile. Ricordando che, il livello considerato "alto" per le dimensioni del PWB rappresenta un elevato livello di Benessere, mentre, al contrario, punteggi di livello Alto attribuiti allo STAI, implicano livelli di Ansia elevati e viceversa per i punteggi ritenuti di livello "basso" (a cui corrisponde un livello di Benessere Basso ma uno stato d'Ansia altrettanto Basso). Come seconda fase è stata effettuata un'analisi invariata, utilizzando il test di Kruskal-Wallis, per valutare la presenza di differenze tra le mediane delle variabili mutabili considerate.

Per tale analisi, si è preferita l'applicazione di un test non parametrico poiché le variabili non sono distribuite normal-

mente. Le prime somministrazioni di tutti i pazienti sono state raggruppate sotto la voce T_0 (corrispondenti a dicembre 2013) fino alle ultime denominate T_4 (corrispondenti a dicembre 2015), per un totale di cinque valutazioni.

I test sono stati somministrati ogni volta che un utente veniva inserito nelle realtà abitative considerate: ergo, non tutti gli utenti partono dallo stesso T_0 e non tutti hanno potuto effettuare tutte e cinque le somministrazioni previste dal periodo (T_0 - T_4). Le somministrazioni saranno tante quante l'inserimento e la durata della loro permanenza all'interno delle realtà abitative avrà permesso. In ultima analisi sono state valutate le correlazioni fra i livelli d'Ansia di ambedue i Form e le sei dimensioni del PWB attraverso l'indice di correlazione Spearman, per ogni singola somministrazione. Attraverso grafici a punti, è stato poi valutato l'andamento di ogni singolo utente residente nei G.A. (Tabella II).

RISULTATI E DISCUSSIONE

L'andamento del campione con patologia psichiatrica evidenzia una certa instabilità emotiva, sia nella scala del Benessere che in quella dell'Ansia, in quanto non segue dinamiche e direttive precise, né preordinate.

I pazienti che più risentono delle sollecitazioni esterne sono quelli che soffrono maggiormente rispetto ad eventuali variazioni della routine quotidiana.

I risultati vanno letti tenendo conto del periodo temporale e delle condizioni psicopatologiche durante i quali le Scale di valutazione sono state somministrate.

L'analisi dei dati evidenzia come l'andamento delle variabili considerate, non segue dinamiche specifiche e coerenti nel tempo. Sulla base dei dati riguardanti le sei dimensioni della Scala PWB, rispetto alla dimensione dell'Autonomia (Grafico I), si evidenzia come il valore minimo rilevato nelle risposte al tempo T_1 risulta corrispondente al 19° percentile; aumenti progressivamente fino a raggiungere il punteggio di 38° percentili al tempo T_4 .

Da tutto ciò si possono evidenziare i seguenti dati relativi alla dimensione del-

l'Autonomia:

- al tempo T_1 , il campione occupava un livello Basso, tra 0 e 25° percentile,
- al tempo T_4 questo valore aumenta fino ad occupare un livello Medio, tra 25 e 75° percentile.

Questo dato appare molto più evidente nel campione rappresentativo i G.A. poiché la dimensione dell'Autonomia si presenta ad un livello "medio" nella quasi totalità dell'utenza (T_4). Un unico utente raggiunge un livello "alto".

Tale risultato è in accordo con la letteratura internazionale che evidenzia come l'inserimento degli utenti nei G.A. li aiuti a mantenere il grado di Autonomia adeguato per la dimissione dalla SRSR a fasce orarie e il successivo inserimento nei G.A.

Inoltre, si è evidenziato come, la dimensione dell'Autonomia sia significativamente correlata all'Ansia di Stato ($T_0 = -0.5579$ e $T_1 = -0.5119$), alla Padronanza Ambientale ($T_0 = 0.5289$, $T_1 = 0.5044$) e alle Relazioni Positive con gli Altri ($T_0 = 0.6598$, $T_1 = 0.4821$). Sulla base dei risultati emersi, della letteratura internazionale e sulle modalità di intervento *recovery-oriented*¹⁹¹, promosse nei G.A. del IV Distretto, si evince come un adeguato livello di Autonomia è strettamente correlato all'efficacia di un'assistenza erogata dall'équipe multidisciplinare di riferimento, finalizzata all'utente, al gruppo e al suo ambiente di vita. Tutto ciò permette una riduzione dei livelli d'Ansia, un aumento delle competenze nel controllo ambientale, nella gestione della vita quotidiana e un'implementazione e qualificazione dei contatti sociali e familiari.

La dimensione della Padronanza Ambientale (Grafico II), nel campione generale (SRSR a fasce orarie e G.A.) presenta una progressiva omogeneizzazio-

ne dei punteggi, dal tempo T_0 al T_4 .

I pazienti, nel corso del tempo, assumono punteggi sempre più simili ed omogenei fra loro, tutto ciò evidenzia all'interno del campione totale, quattro utenti (*outlier*) che assumono punteggi al di fuori dell'intervallo medio e quindi difformi dal resto del campione. Di questi, due utenti assumono punteggi superiori nella dimensione della Padronanza Ambientale mentre gli altri due evidenziano punteggi inferiori.

Valutando tale dimensione per singolo utente, è emerso che tre utenti dei quattro *outlier* sopra citati, fanno parte del campione dei G.A., uno dei due *outlier* che denotano un punteggio inferiore al tempo T_4 , è rappresentato dall'Id.15 con punteggio pari al 21° percentile. Questo utente, durante tutto il periodo di rilevazione, ha mantenuto un livello Basso di Padronanza Ambientale. Risulta evidente come questo livello sia da imputare alla sua patologia, la "*Sindrome dell'Accumulo Compulsivo*" di cui esso è affetto.

I due utenti che evidenziano punteggi superiori di P.A., pari a 61 e 56 percentili, fanno ipotizzare che l'assistenza erogata all'interno del G.A. mira ad aumentare le capacità ed il senso di padronanza e consapevolezza individuale, in modo da permettere di utilizzare più efficacemente le risorse e le opportunità quotidiane offerte dall'ambiente circostante. L'estensione che rappresenta i valori massimi e minimi assunti dal campione generale, nel grafico di Crescita Personale (Grafico III), si riduce nel corso del tempo.

Infatti, al tempo T_0 presenta un punteggio minimo pari a 29° percentili, aumentando al tempo T_4 dove si rileva un punteggio massimo di 34° percentili.

Da questo dato si può dedurre come,

Grafico I) Risultati del campione generico per la dimensione Autonomia

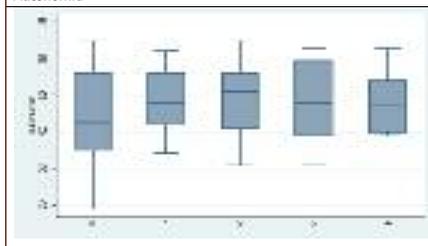


Grafico II) Risultati del campione generico per la dimensione Padronanza Ambientale

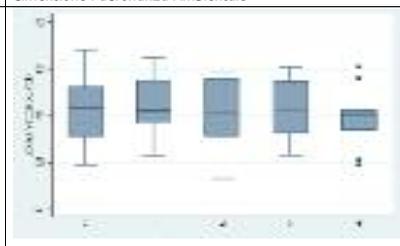


Grafico III) Risultati del campione generico per la dimensione Crescita Personale

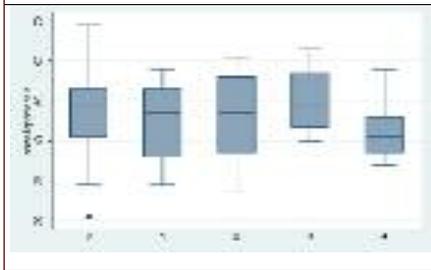


Grafico IV) Risultati del campione generico per la dimensione Relazioni Positive con gli Altri

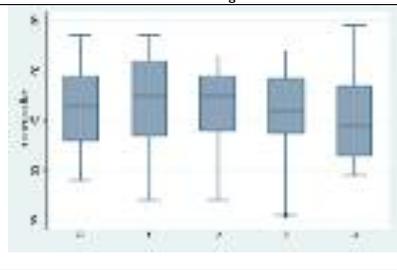


Grafico V) Risultati del campione generico per la dimensione Scopo nella Vita

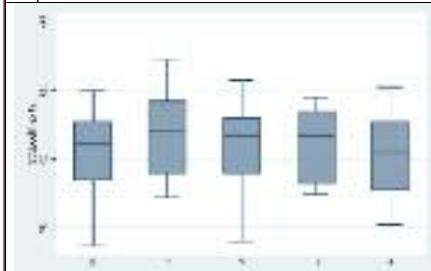
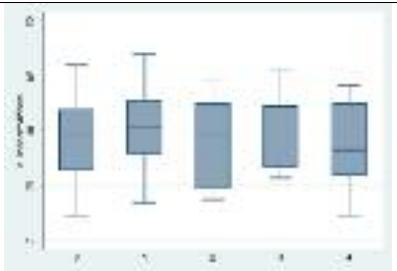


Grafico VI) Risultati del campione generico per la dimensione Autoaccettazione



nel campione generale, gli utenti che evidenziano uno scarso livello di Crescita Personale al tempo T_0 , al momento dell'ultima rilevazione (T_4) presentano questa dimensione migliorata, anche se questi dati non risultano statisticamente significativi.

Per tutta la durata dello studio, rispetto all'utenza dei G.A., nessun utente presenta un livello Basso di Crescita Personale, e i livelli individuali rimangono costanti nel tempo (T_0 - T_4) per la quasi totalità del campione.

Da questo si evince come gli utenti dei G. A. hanno moderatamente migliorato la capacità di sviluppare nuovi comportamenti positivi in quanto si "vedono" parzialmente migliorati se guardano al loro futuro.

Nella totalità del campione, le Relazioni Positive con gli altri non risentono di modifiche importanti, infatti sia i valori più bassi che quelli più alti rimangono pressoché costanti durante tutto il periodo di

rilevazione. (Grafico IV)

Valutando il campione rappresentato dagli utenti dei Gruppi Appartamento, durante tutto il periodo di studio, esso mantiene costante nel tempo (dal T_0 al T_4), la dimensione Relazioni Positive nel livello Medio dal momento dell'inserimento nei G. A.

Andando a valutare i singoli utenti (n.6 dei G.A.) si può constatare come vi sono delle variazioni soltanto nell'Id 4 (da Medio ad Alto) e l'Id 17 (da Alto a Medio).

La dimensione Scopo della Vita non presenta variazioni significative, tale dato rimane pressoché invariato anche nel campione del G.A., assumendo valori che oscillano tra il livello Medio e Alto per tutta la durata dello studio (T_0 - T_4). L'Id 15 è l'unico utente che presenta un livello Basso nella dimensione dello Scopo di Vita, come già evidenziato nella dimensione della Padronanza Ambientale. (Grafico V)

Come per la dimensione dello Scopo della Vita, nel campione generale, la dimensione dell'Autoaccettazione non evidenzia fluttuazioni temporali degne di nota. (Grafico VI)

Anche il campione dei G.A. non presenta variazioni statisticamente significative durante il periodo osservato (T_0 - T_4) che, al momento dell'inserimento, presenta un'Autoaccettazione di livello Medio e Alto mantenendolo costante nel tempo, fino a T_4 . L'unico utente che passa da un livello Medio (T_0) a un livello Basso (T_4) di Autoaccettazione è l'Id 14, questo può essere evidenziato dalle correlazioni statisticamente significative (indice Spearman), fra la dimensione dell'Autoaccettazione, della Crescita Personale ($T_0 = 0.5675$, $T_1 = 0.4727$) e della Padronanza Ambientale ($T_0 = 0.7330$, $T_1 = 0.8133$).

Sia la dimensione della C.P. che la P.A. subiscono un decremento del livello dal tempo T_0 al tempo T_4 , passando entrambe da un livello Alto a Medio, questa variazione è da imputare al desiderio di essere diversi da ciò che, in realtà, si è, suscitando nell'utente sentimenti negativi evidenziati dalla diminuzione della dimensione di Autoaccettazione.

Operando allo stesso modo, si vanno ad elaborare i risultati rispetto al questionario STAI sull'andamento dei livelli d'Ansia. "I disturbi d'ansia rappresentano il tipo più comune di patologia psichiatrica, con una incidenza del 18,1% ed una prevalenza, nel corso della vita, del 28,8%"^[10].

Per quanto riguarda l'Ansia di Stato (KW = 0.409, df = 4, p = 0.9817), il test non dà risultati significativi.

Si evidenzia, però, come, dal tempo T_0 al T_4 , si presenta una tendenziale riduzione della variabilità, ovvero una diminuzione della differenza fra i punteggi massimi e minimi, tale da delineare 1 outlier in ultima rilevazione. (Grafico VII) Questo outlier rappresenta un utente che al T_4 ha raggiunto un livello d'Ansia di Stato nettamente superiore alla media del campione, considerato quindi anomalo.

Per l'Ansia di Tratto (p = 0.9619) il valore della mediana rimane pressoché costante. I punteggi degli estremi, inferiori

Tabella II. Rappresentazione per singolo utente dei 6 dei G.A. al momento della prima (T_0) e dell'ultima valutazione (T_4)

	Id 4		Id 13		Id 14		Id 15		Id 16		Id 17	
	T_0	T_4										
AN	M	A	A	M	M	M	M	M	M	M	A	M
PA	M	A	A	A	A	M	B	B	M	M	A	A
CP	M	M	M	M	A	M	B	M	M	M	A	A
RP	M	A	A	A	M	M	M	M	M	M	A	M
SV	M	A	A	A	M	M	B	B	M	M	A	M
AA	M	M	A	A	M	B	M	M	M	M	A	A
STAI_1	M	M	B	B	M	M	M	M	B	M	M	B
STAI_2	M	M	B	B	B	M	M	M	M	M	M	B

e superiori, non presentano variazioni significative dal tempo T_0 al T_4 . (Grafico VIII)

Si evidenzia come tutto il campione oggetto di studio presenti livelli di Ansia Lieve o Moderata che sono da imputarsi alla patologia psichiatrica di base di ciascuno.

Il campione considerato, visto l'esordio della patologia in età adolescenziale o post-adolescenziale, oramai percepisce il disturbo d'Ansia cronico come una caratteristica di sé e del proprio modo di essere piuttosto che come una patologia. Al momento della dimissione della SRSR a fasce orarie e dell'inserimento nel G.A., gli utenti devono aver maturato capacità di gestione dell'Ansia, ritenute indispensabili e sufficientemente adeguate, dall'équipe multidisciplinare, per il buon esito del percorso a maggiore autonomia. Il campione oggetto di studio non ha mai evidenziato dei livelli Alti né per l'Ansia di Stato né per l'Ansia di Tratto.

Questo dato non esclude la totale assenza di manifestazione ansiosa durante il percorso assistenziale (T_0 - T_4), bensì l'abilità dell'utenza nel riconoscere e gestire tale emozione affinché non diventi un disturbo persistente ed inabilitante: l'Ansia di uno può divenire un elemento di rischio ansiogeno nei confronti di tutto il gruppo abitativo.

Essendo l'Ansia di Stato, detta anche "momentanea", ovvero una condizione patologica transitoria associata alla presenza di stimoli specifici, essa giunge a risoluzione quando gli stimoli vengono eliminati.

Nei G.A. l'assenza di punteggi appartenenti ai livelli Alti d'Ansia potrebbe attribuirsi, oltre alle capacità di gestione dell'Ansia acquisite dal singolo utente durante tutto il percorso terapeutico-assistenziale, anche alla capacità dell'équipe multidisciplinare di proteggere il paziente da quei fattori considerati potenzialmente ansiogeni prevenendo e/o gestendo i livelli di Ansia, anche se considerati come momentanei.

In contrasto con la natura transitoria degli stati emozionali troviamo l'Ansia di Tratto, detta anche "abituale", definita come "una condizione durevole dello Stato d'Ansia che può aumentare d'in-

tensità se attivata da stress associati a reali o presunti pericoli peculiari".

Come in accordo con quanto evidenziato dalla letteratura, più alti sono i livelli di Ansia di Tratto e più è probabile che un individuo possa sperimentare punte elevate di Ansia di Stato. Questo dato trova supporto nelle correlazioni statisticamente rilevanti evidenziate dall'indice di Spearman dove l'Ansia di Stato e quella di Tratto assumono correlazioni al $T_0 = 0.8454$ e al $T_1 = 0.8746$.

In accordo con quanto detto in precedenza, il campione dei G. A., durante tutto il periodo d'osservazione (da T_0 a T_4) del Form Y-2 (Ansia di Tratto) non presenta livelli di Ansia Alti. Questo dato permette una maggiore lettura dei dati riguardanti l'Ansia. Dato che l'Ansia di Tratto non ha mai evidenziato livelli Alti durante il periodo considerato è meno probabile che tali livelli siano presenti per l'Ansia di Stato.

Attraverso lo studio dell'indice di correlazione Spearman, si sono considerate le correlazioni statisticamente significative e quelle ritenute statisticamente rilevanti (con valore di partenza 0.80). Va sottolineato che sono state considerate unicamente le correlazioni utili, ai fini conclusivi, emerse fra lo STAI-Y e le dimensioni del PWB (esclusivamente al tempo T_0 e T_1 poiché la numerosità del campione tende a ridursi con il tempo e questo comporta un'alterazione dei risultati dal tempo T_3 al T_4).

Si è notato come, la dimensione dell'Autonomia, sia significativamente correlata all'Ansia di Stato ($T_0 = -0.5579$ e $T_1 = -0.5119$), alla Padronanza Ambientale ($T_0 = 0.5289$, $T_1 = 0.5044$) e alle Relazioni Positive con gli Altri ($T_0 = 0.6598$, $T_1 = 0.4821$). Da notare, inoltre come, per la dimensione della Crescita Personale, si evidenziano valori statisticamente significativi sia con la dimensione dell'Ansia di Tratto (al $T_0 = -0.5446$ ed al $T_1 = -0.4890$) sia con quella dell'Autoaccettazione ($T_0 = 0.5675$, $T_1 = 0.4727$). La dimensione delle Relazioni Positive con gli altri è statisticamente correlata con la dimensione dell'Autonomia ($T_0 = 0.6598$, $T_1 = 0.4821$) e con quella dello Scopo della Vita ($T_0 = 0.6265$, $T_1 = 0.7478$).

Per quanto riguarda l'Ansia di Stato, si

presentano correlazioni statisticamente rilevanti con la dimensione dell'Autonomia ($T_0 = -0.5579$, $T_1 = -0.5119$), della Padronanza Ambientale ($T_0 = -0.7081$, $T_1 = -0.7163$), delle Relazioni Positive con gli Altri ($T_0 = -0.6639$, $T_1 = -0.7475$), e con quella dello Scopo della Vita ($T_0 = -0.7657$, $T_1 = -0.6612$). Invece, le relazioni considerate rilevanti con l'Ansia di Tratto sono la Padronanza Ambientale ($T_0 = -0.8434$, $T_1 = -0.8092$), la Crescita Personale ($T_0 = -0.5446$, $T_1 = -0.6612$) e l'Autoaccettazione ($T_0 = -0.7604$, $T_1 = -0.9182$). Si presentano, inoltre, valori statisticamente rilevanti fra l'Ansia di Stato e di Tratto al tempo $T_0 = 0.8454$ e al $T_1 = 0.8746$.

In accordo con la letteratura, l'Ansia di Tratto si riferisce ad "una condizione duratura e stabile della personalità che caratterizza l'individuo in modo continuativo, indipendentemente da una situazione particolare" che fa parte della struttura emotiva stabile, quindi, di più difficile gestione da parte degli operatori. Per questo motivo, l'intervento assistenziale verterà sulla necessità di gestire e modificare tutti quei fattori che agiscono sul miglioramento dell'Ansia di Stato. È da considerarsi efficace un intervento che mira a modificare le dimensioni della PWB sopra citate, essendo l'Ansia di Stato non considerata come un "tratto" della personalità, sarà più suscettibile di variazioni secondarie legate ad interventi sull'ambiente circostante di più facile controllo nell'immediato.

CONCLUSIONI

In questo lavoro si riconosce l'importanza che ricopre l'erogazione di una corretta assistenza nei confronti degli utenti psichiatrici inseriti in Strutture Residenziali a fasce orarie e nei Gruppi Appartamento in semi-autonomia, per tutelare ed ottimizzare le autonomie acquisite dal paziente al momento della presa in carico e favorire i processi di adattamento alla realtà circostante.

Per questo, l'équipe multidisciplinare opera non solo sui segni del disagio psicologico ma: "prende in esame anche costrutti positivi, come il benessere psicologico, l'adattamento, la capacità di coping, l'autostima e l'autoefficacia"^[11].

SISTEMA SANITARIO



ASL
ROMA 1

Valutare e monitorizzare periodicamente il grado di cure erogato permette di mantenere l'adeguatezza degli interventi.

I risultati emersi potranno consentire all'équipe multidisciplinare di riferimento di effettuare potenziali modifiche sulle metodiche assistenziali attualmente in atto, qualora se ne ravvisasse la necessità, e di elaborare dei piani di assistenza mirati sulla singola tipologia di utenza da trattare.

Attraverso la rilevazione semestrale, delle sei dimensioni della Scala del Benessere Psicologico e dell'Ansia (Attuale e Abituale), si è potuto confermare come l'assistenza in essere verte al sostegno dello status emotivo del paziente e al potenziamento dei livelli di autonomia acquisiti nei diversi ambiti:

- **residenzialità** (abilità legate alla casa e al vivere quotidiano),
- **cura della propria persona** (l'attenzione alla propria salute, igiene ed aspetto),
- **istruzione**,
- **lavoro e relazioni** (saper stare con e tra gli altri in modo adeguato).

Al termine dello studio si è potuto con-

statare il delinearsi di buone competenze gestionali sia da parte dell'équipe che da parte dell'utenza, che permettono percorsi assistenziali idonei ed efficaci al perseguimento degli obiettivi sopra citati. Nonostante il campione considerato presenti una stabilità psicopatologica ormai ben consolidata, si è notato come la presenza della patologia psichiatrica, anche se in forma più lieve, sottopone il paziente a risentire più facilmente delle sollecitazioni esterne^[12] cui è comunemente soggetto nella vita quotidiana, ed è per tale motivo che l'andamento generale, sia del Benessere Psicologico che dell'Ansia, non segue dinamiche e direttive precise, né preordinate.

Dallo studio è emerso come, i momenti in cui i pazienti subiscono diminuzioni dei livelli di Benessere Psicologico, sono seguiti da periodi di miglioramento dettati da una corretta modulazione dell'assistenza da parte degli operatori e dalla voglia dell'utente di mantenere lo stato psicologico, in precedenza, faticosamente raggiunto.

Il G.A. è una pratica socio-riabilitativa, at-

tuata attraverso la convivenza fra pari. Gli inquilini si trovano a convivere non solo con le proprie problematiche, ma anche con quelle derivanti dalle psicopatologie del gruppo abitativo.

Relativamente a questa difficoltà, gli utenti dei Gruppi Appartamento hanno dimostrato buone abilità nella gestione dei feedback esterni, cioè delle sollecitazioni di ritorno provenienti dal mondo circostante, quali le possibili ansie ed azioni ripetitive materiali messe in atto dai coinquilini, tali da non essere gravi fino al punto da inficiare le attività quotidiane, ma comunque capaci di determinare contesti di potenziale disagio ai coabitanti della stessa unità abitativa. Ad esempio gli inquilini del G.A. "B" hanno dimostrato elevate competenze nella gestione delle emozioni derivanti dalla dimissione di due utenti (giudicati non idonei al percorso assistenziale) dopo circa due anni di convivenza.

Lo studio evidenzia che **gli utenti sperimentano una capacità di adattamento ai cambiamenti dell'ambiente circostante e una maturità nell'elaborazione e ge-**

stione dei legami affettivi sia per l'utente che viene dimesso sia per l'ingresso, in appartamento, di nuovi inquilini. In questi casi si evidenzia come, durante i periodi di crisi e di cambiamenti sostanziali, l'équipe supporti tali situazioni aumentando la sua presenza all'interno dell'appartamento al fine di individuare ed agire repentinamente su eventuali stati di malessere e di fungere da cuscinetto per assorbire ed attenuare parte dello stress vissuto dagli utenti.

Si è evidenziato come l'utenza dei G.A. si trovi ad occupare, nella quasi totalità dei casi, livelli Medio-Alti di Benessere rispetto ai livelli acquisiti dal campione generico.

Tali livelli sono stati raggiunti grazie ad una corretta ed equilibrata erogazione dell'assistenza: livelli adeguati di Autonomia, sono necessari per garantire lo svolgimento di tutte quelle pratiche volte al supporto e al miglioramento della condizione psicopatologica del paziente.

Dallo studio emerge come l'assistenza erogata dalla ex ASL RM/A-IV Distretto permetta di mantenere, nonché migliorare, il livello di Autonomia presentato dagli utenti inseriti nei G.A. rispetto

a quello valutato alla fine della somministrazione.

Ne risulta quindi che, l'adeguatezza degli interventi da parte dell'équipe multidisciplinare di riferimento è utile a garantire un percorso assistenziale efficace per l'utenza trattata.

Per questo si conclude sostenendo che le SRSR a fasce orarie e i G.A. in semi-autonomia devono sempre più progettare programmi individuali in ambiti gruppal, considerando tutte le determinanti della salute mentale, che includono sia le caratteristiche individuali (capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri) sia i fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali (le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità).

L'assistenza dovrebbe garantire "supporto emozionale/relazionale (che coinvolge l'empatia, l'amore e le preoccupazioni); supporto valutativo/informativo (informazione, orientamento e feedback); supporto strumentale (aiuto assistenziale materiale) e supporto di stima (che promuova il senso di accettazione)"^[13].

Il benessere non è da considerarsi un'entità unitaria semplice: per questo, è necessario che l'assistenza assicuri più azioni terapeutiche simultaneamente che:

- promuovano la riabilitazione abbracciando interventi che favoriscano le autonomie di base;
- valorizzino l'identità personale attraverso interventi individuali e di gruppo;
- aiutino nell'integrazione sociale e migliorino le capacità di adattamento alle condizioni esterne ed ai conflitti interni affinché gli utenti possano raggiungere il più alto livello di salute, liberi da stigma e da discriminazione.

AUTORI:

Teresa De Paola, docente nel CdL in Scienze Infermieristiche e in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica-P.O. Resp.le Inferm. Innovazione Processi e Progetti Assistenziali DSM ex Asl RM/A;
Giulia Evangelista, infermiera; laureata in Infermieristica, l'Università La Sapienza di Roma, canale "D".

Gli autori ringraziano il Dipartimento della ex ASL Roma A che ha permesso la realizzazione di tale progetto-studio.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- [1] Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res*, 2003; 121: 31-49.
- [2] WHO Collaborating Centre for Research and Training, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina. Mental Health Action Plan. Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, 2013; 7. www.salute.gov.it (Data ultimo accesso 12/01/16).
- [3] Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 2003; 38(3): 117-130.
- [4] Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1996; 65: 14-23.
- [5] Burns RA, Machin AM. Investigating the Structural Validity of Ryff's Psychological Well-Being Scales across Two Samples. Department of Psychology University of Southern Queensland, Australia. www.academia.edu (Data ultimo accesso 13/03/16).
- [6] Spielberger CD. Theory and research on anxiety. New York: Academic Press, 1966.
- [7] Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.
- [8] Spielberger CD. Adattamento italiano a cura di Pedrabissi L, Santiniello M. Inventario per l'ansia di "stato" e di "tratto", Nuova versione italiana dello S.T.A.I.- forma Y. Organizzazioni speciali Firenze, 1989.
- [9] Carozza P. Principi di riabilitazione psichiatrica: per un sistema di servizi orientato alla guarigione. Milano: FrancoAngeli, 2006; 178-222.
- [10] Torta R, Caldera P. Che cosa è l'ansia: basi biologiche e correlazioni cliniche. Pisa: Pacini Editore, 2008; 9.
- [11] Michielin P, Bertolotti G, Sanavio E, Vidotto G, Zotti AM. Test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici. Università degli Studi di Padova - Dipartimento di Psicologia Generale, 2008; 12. www.ordpsicologier.it (Data ultimo accesso il 23/03/2016).
- [12] Montinari G. Psichiatria ad assetto variabile: Le determinanti strutturali della riabilitazione. Milano: FrancoAngeli, 2012.
- [13] Premoli S. Verso l'autonomia: Percorsi di Sostegno all'integrazione sociale dei giovani. Milano: FrancoAngeli, 2009; 124.

La *fatigue* in area Oncoematologica

di Ilaria Galucci, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni

ABSTRACT

Il presente lavoro propone la valutazione della presenza di *fatigue* nei pazienti oncoematologici sottoposti a trattamenti antitumorali per indagare come questo sintomo influisca sulla loro qualità di vita. *Il National Comprehensive Cancer* descrive *la fatigue* correlata al cancro come: "una sensazione soggettiva persistente di stanchezza fisica, emotiva e/o cognitiva e di esaurimento, relativo al cancro o ai trattamenti, che non è proporzionale all'attività fisica recente e interferisce con la normale attività quotidiana del paziente".

È stata condotta un'indagine conoscitiva somministrando il questionario *Brief Fatigue Inventory-Italian* (BFI-I).

Lo studio è stato rivolto ad un campione costituito da 80 pazienti affetti da patologie oncoematologiche e è emerso che la *fatigue* è presente nel paziente nelle ultime 24h, in tempo presente "ora", con un livello d'intensità moderata. Nelle sei dimensioni elaborate, emerge che la *fatigue* influisce nella qualità di vita del paziente nelle ultime 24h, in tempo presente "ora", con valori uguali e/o simili in ogni domanda esaminata e, quindi, risulta essere una stanchezza costante e coerente in tutte le dimensioni.

Essa grava su tutte le dimensioni della persona, coinvolgendola interamente e compromettendone la qualità di vita, in particolar modo con una percentuale significativa del 54% nella dimensione dell'attività generale nelle ultime 24h sul campione totale dei pazienti intervistati. I risultati ottenuti dallo studio sono in accordo con quelli della letteratura scientifica.

Identificare e valutare la *fatigue*, da parte dell'infermiere, riveste un ruolo di fondamentale importanza, istaurando così una relazione con il paziente.

La *fatigue* dovrebbe essere valutata periodicamente, così come andrebbero identificati tutti i fattori di rischio e trattarli adeguatamente per ridurre l'impatto e migliorare la qualità di vita del paziente.

Parole-chiave: *fatigue*, astenia, cancro, paziente oncoematologico, chemioterapia.

INTRODUZIONE

La *fatigue* è un termine anglossasone che indica: "l'affaticamento, genericamente classificabile nel quadro clinico dell'astenia, caratterizzata da mancanza o da perdita della forza muscolare con facile affaticabilità e insufficiente reazione agli stimoli".

Di nostro interesse è l'astenia da cancro, ovvero *Cancer related Fatigue*, che comporta conseguenze rilevanti nella qualità di vita della persona affetta da una forma tumorale, già provata fisicamente e psicologicamente dalla malattia e dal suo decorso.

In area Oncoematologica la qualità di vita è uno degli aspetti di maggiore importanza per garantire un'assistenza ottimale, dove la *fatigue* correlata al cancro ha assunto, in relazione alle attività di vita quotidiana della persona, un importante significato e può essere considerata una "patologia" nella patologia.

Il *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) descrive la *fatigue* come un comune, persistente e soggettivo senso di stanchezza legata al cancro o

agli effetti del suo trattamento.

La prevalenza della *fatigue* correlata al cancro oscilla dal 25% al 75%; diversi studi hanno riportato anche una prevalenza >90%.

Il presente lavoro illustra un'indagine osservazionale per valutare la presenza di *fatigue* nel paziente con patologia oncoematologica e con l'obiettivo di indagare come questo sintomo influisca sulla sua qualità di vita.

MATERIALI E METODI

La revisione della letteratura recente e disponibile è stata condotta consultando le principali banche dati bibliografiche quali Pubmed e CINAHL, con l'ausilio di Google libri.

Il disegno dello studio è uno studio osservazionale; i partecipanti possiedono un'età superiore ai 18 anni affetti da una neoplasia ematologia in trattamento chemioterapico. Lo studio è stato rivolto ad un campione costituito da 80 pazienti afferenti presso l'Uoc di Ematologia dell'A.O. San Giovanni Addolorata di Roma al Day Hospital, ambulatorio e degenza; che hanno effettuato almeno un trattamento chemioterapico.

Lo strumento di valutazione utilizzato è il questionario breve sull'affaticamento (*Brief Fatigue Inventory*), validato nella versione italiana: uno strumento di valutazione multidimensionale utilizzato per quantificare la presenza di *fatigue* nelle varie attività di vita quotidiana.

La fase preliminare di somministrazione del questionario è stata preceduta da una breve introduzione sullo scopo del lavoro e le caratteristiche del campione.

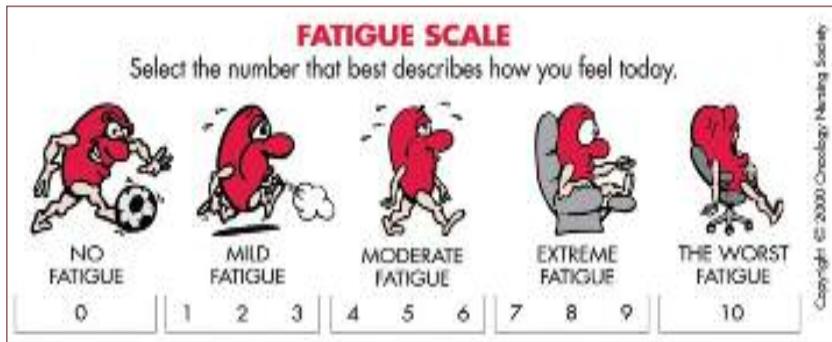


Figura 1. La scala della fatica (*Fatigue scale*)

I dati così ottenuti sono stati analizzati mediante l'utilizzo della scala della fatica (*fatigue scale*) che è suddivisa in range rappresentati dal punteggio zero che indica "non affaticamento", da uno a tre "affaticamento lieve"; da quattro a sei è di livello "moderato"; da sette a nove di tipo "severo"; e dieci che rappresenta il peggiore affaticamento. (Figura1)

RISULTATI

Lo studio è stato svolto da novembre 2017 a marzo 2018. Le caratteristiche del campione sono rappresentate dalla

suddivisione in base al sesso, fasce d'età e titolo di studio. La regione di appartenenza dei partecipanti è il Lazio e tutti di nazionalità italiana.

La suddivisione del campione per sesso risulta essere omogeneo, rispettivamente: per il 52% femminile e il 48% maschile. In base all'età, risulta essere dominante, per il 29%, la fascia compresa tra i 61 e i 90 anni; per il 26%, tra i 51 e i 60; nel 15%, tra i 41 e i 50, 31 e i 40 e 18 e i 30 anni.

In base al titolo di studio, risulta possedere il diploma di maturità il 41%, il 33%

la laurea, il 19% la licenza di scuola media inferiore e il 7% la licenza di scuola elementare.

In base alla valutazione della sensazione di stanchezza, nell'ultima settimana, risulta essere, per il 56%, affermativa. (Grafico 1)

L'impatto della sensazione di stanchezza nel "momento della somministrazione del questionario" è emerso che il 34% ha affaticamento "lieve"; il 31% "moderato"; il 24% "severo" (Grafico 2); sovrapponibile con l'impatto di stanchezza usuale durante le ultime 24h, che risulta essere, per il 33%, affaticamento "moderato"; per il 32% "lieve"; per il 26% "severo". (Grafico 3)

Mentre, nella valutazione dell'impatto di stanchezza peggiore nelle ultime 24h, risulta per il 34% il range di affaticamento "severo"; per il 31% "moderato"; per il 24% il range di "lieve". (Grafico 4)

La distribuzione dell'impatto medio di stanchezza nelle ultime 24h, risulta essere dominante per il 32% affaticamento "moderato"; per il 30% "lieve"; per il 28% "severo". (Grafico 5)

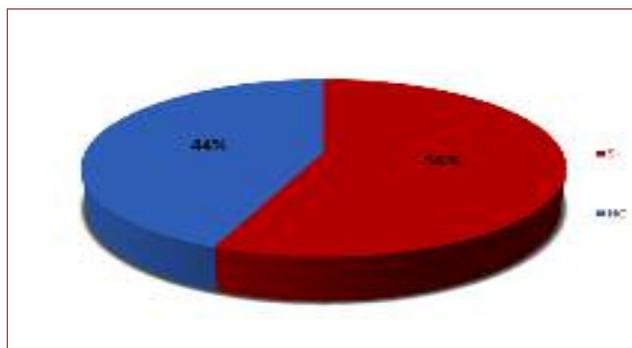


Grafico 1. Valutazione della sensazione di stanchezza nell'ultima settimana

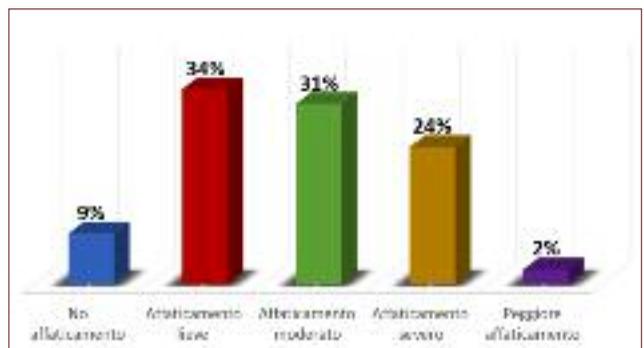


Grafico 2. Valutazione della sensazione di stanchezza nel momento della somministrazione del questionario

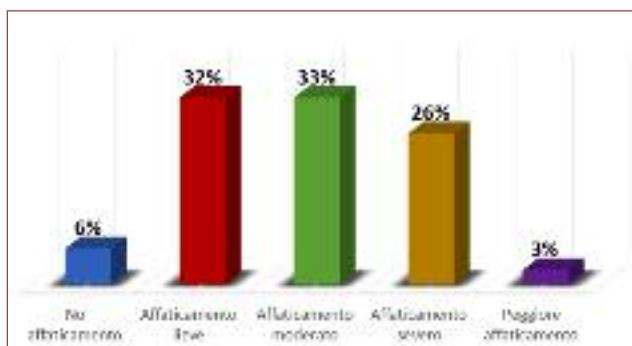


Grafico 3. Valutazione della sensazione di stanchezza "usuale" durante le ultime 24h

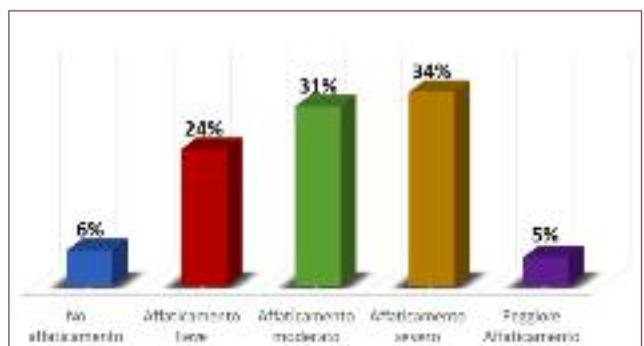


Grafico 4. Valutazione della sensazione di stanchezza peggiore nelle ultime 24h

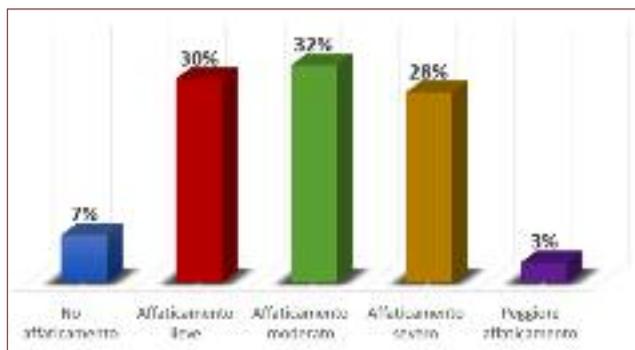


Grafico 5. Impatto medio dell'affaticamento nelle ultime 24h

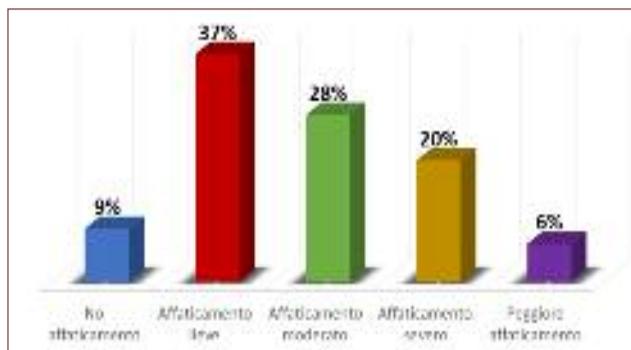


Grafico 6. Valutazione dell'impatto della *fatigue* sull'attività generale

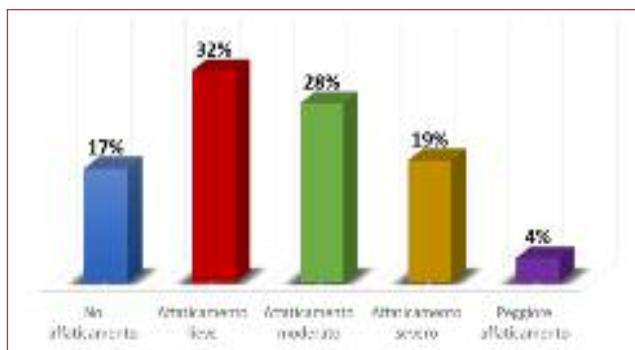


Grafico 7. Valutazione dell'impatto della *fatigue* sull'umore nelle ultime 24h

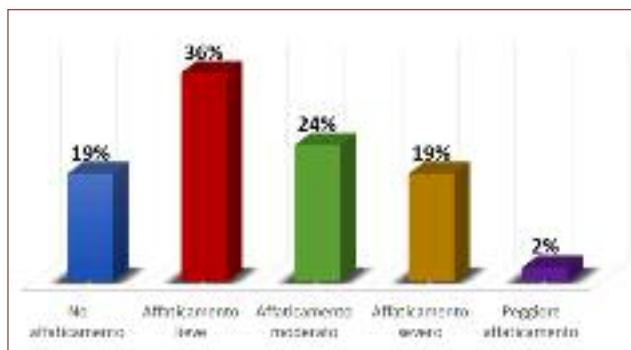


Grafico 8. Valutazione dell'impatto della *fatigue* sulla capacità di camminare nelle ultime 24h

Risultati relativi alle dimensioni della qualità di vita

Prima dimensione: attività generale

In base alla distribuzione su scala numerica dei valori medi, rappresentativi dell'impatto di stanchezza nella dimensione dell'attività generale nelle ultime 24h, si è rilevato che risulta essere dominante, per il 37%, il range di affaticamento "lieve"; per il 28% il range "moderato"; per il 20% "severo"; solo per il 9% il range di "assenza di affaticamento" e per il 6% il range di "peggiore affaticamento". (Grafico 6)

Seconda dimensione: umore

Come riportato nel grafico 10 (distribuzione su scala numerica dei valori medi rappresentativi dell'impatto di stanchezza nella dimensione dell'umore nelle ultime 24 h sul campione totale dei pazienti) e in base alla percentuale risulta essere dominante, per il 32%, il range di affaticamento "lieve"; per il 28% "moderato"; per il 19% "severo"; per il 17% il range di "nessuna presenza di affaticamento" e per il 4% il range di "peggiore affaticamento" sul campione totale dei pazienti. (Grafico7)

Terza dimensione: capacità di camminare

L'impatto di stanchezza, nella dimensione della capacità di camminare, nelle ultime 24h risulta essere dominante; per il 36% il range di "affaticamento lieve"; per il 24% "moderato"; il 19% nel range di "affaticamento severo" e "nessuna presenza di affaticamento" e del 2% nel range "peggiore affaticamento" (Grafico 8).

Quarta dimensione: lavoro (casa-fuori casa)

L'impatto della stanchezza nella dimensione del lavoro (casa-fuori casa), nelle ultime 24h, risulta essere dominante per il 38% il range di "affaticamento lieve", per il 30% "moderato"; per il 15% "severo"; per l'11% il range di "nessuna presenza di affaticamento" e per il 6% il range di "peggiore affaticamento". (Grafico 9)

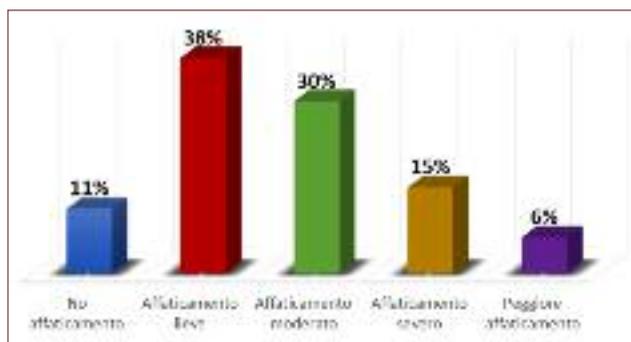


Grafico 9. Valutazione dell'impatto della *fatigue* sul lavoro (casa-fuori casa)

Quinta dimensione: relazioni con le altre persone

L'impatto della stanchezza, nella dimensione delle relazioni con le altre persone, nelle ultime 24 h, risulta essere dominante per il 39% il range di "affaticamento lieve"; per il 24% il range di "nessuna presenza di affaticamento"; per il 20% il range di "affaticamento severo"; per il 17% il range di "affaticamento moderato" e per lo 0% il "range di peggiore affaticamento".

Sesta dimensione: capacità di divertirsi

L'impatto della stanchezza, nella dimensione della capacità di divertirsi, nelle ul-

Comprende sensazioni soggettive e oggettive che possono persistere dalla diagnosi di cancro fino alla fine della vita. Attualmente, si propongono alcune strategie più comuni basate su interventi mente-corpo che tendono ad alleviare l'affaticamento, basati sulla consapevolezza (yoga, per esempio), l'agopuntura, terapie di *biofield* (del tocco), massaggi, musicoterapia, rilassamento, reiki e qigong. Dallo studio condotto attraverso l'elaborazione dei dati riferiti al questionario BFI-I, emerge che la *fatigue* (stanchezza) è presente nel paziente nelle ultime 24h, in tempo presente "ora", con un livello d'intensità di stanchezza moderata. Nelle sei dimensioni elaborate, emerge che la *fatigue* influisce nella qualità di vita del paziente nelle ultime 24h, in tempo presente "ora", con valori uguali e/o simili in ogni domanda esaminata e, quindi, risulta essere una stanchezza costante e coerente in tutte le dimensioni. Una percentuale significativa del 54%,

nella dimensione dell'attività generale, nelle ultime 24h, sul campione totale dei pazienti intervistati. I risultati ottenuti dallo studio sono in accordo con quelli presenti nella letteratura scientifica.

CONCLUSIONE

La *fatigue* è una sintomatologia molto diffusa in area oncematologica, e necessita di una maggiore attenzione e per garantire un miglioramento nella qualità di vita. **L'educazione sanitaria, attraverso l'utilizzo delle migliori strategie per la gestione dell'affaticamento e un'adeguata comunicazione sanitario-paziente, risulta utile ai fini dei trattamenti farmacologici e non.**

Le implementazioni necessarie per gli studi futuri relativi alla ricerca possono essere: un'adeguata divulgazione delle informazioni relative alla *fatigue* cancro-correlata attraverso la creazione di specifici opuscoli informativi; fornire corsi di aggiornamento per il personale sanitario

relativi alla tematica trattata e favorire un accertamento; una diagnosi ed una gestione approfondita, attraverso l'utilizzo strumenti di valutazione idonei e attraverso la creazione di protocolli aziendali validati per la gestione e la presa in carico del paziente oncologico ed ematologico in presenza di *fatigue* per creare una misurazione specifica da raccomandare per valutare la *fatigue* cancro-correlata e per poterla confrontare con altri studi clinici.

AUTORI:

Ilaria Galucci, infermiera, Università La Sapienza, Roma;
Ivo Camicioli, responsabile posizione organizzativa Dipartimento delle Specialità, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma;
Alessandra Falcioni, Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, infermiera, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. *Astenia da cancro*. <http://www.fnopi.it/ecm/percorsi-guidati/l-astenia-nel-paziente-oncologico-id39.htm>
- Bower J.E, Lamkin D.M, *Inflammation and cancer-related fatigue: mechanisms, contributing factors, and treatment implication*. Brain Behavior and Immunology. 2013; 30:48-57.
- Bower J.E et al, *Screening, Assessment, and Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: An American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation*. Journal of Clinical Oncology; 32(17):1840-50. 2014.
- Catania G et al, *Cancer-related fatigue in Italian cancer patients: validation of the Italian version of the Brief Fatigue Inventory (BFI)*. Support Care Cancer; 21(2):413-9. 2013.
- Fitch M.I, Mings D, Lee A, *Exploring patient experiences and self-initiated strategies for living with cancer-related fatigue*. Can Oncol Nurs J; 18(3):124-140. 2008.
- Giacalone A, *Cancer-related fatigue: i trattamenti non farmacologici e le nuove linee guida*. CASCO, 2014.
- Kirshbaum M, *Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions*. British Journal of Community Nursing; 15(5): 214-219. 2010.
- Kornusky J, Strayer D, *Fatigue, Cancer-Related: managing the patient with*. 2017.
- Labianca R, Cascinu S, *La Medicina Oncologica. Diagnosi, terapia, gestione clinica*. Edra. 2013.
- Lane I, *Managing cancer-related fatigue in palliative care*. Nursing Times.; 3-9;101(18):38-41. 2005.
- Goedendorp M.M et al, *Is increasing physical activity necessary to diminish fatigue during cancer treatment? Comparing cognitive behavior therapy and a brief nursing intervention with usual care in a multicenter randomized controlled trial*. Oncologist;15(10):1122-32. 2010.
- Marchionni B, Paolini A, Cicetti C, *La fatigue: approccio olistico alla persona con problemi oncologici*. Professioni infermieristiche; 59(3):148-156. 2006.
- Mustian K, Morrow G, Carroll J, Figueroa-Moseley C, Jean-Pierre P, Williams G, *Integrative Nonpharmacologic behavioral interventions for the management of cancer-related fatigue*. The Oncologist. 12(1):52-67. 2007.
- Piper B.F et al, *Cancer-related fatigue: role of oncology nurses in translating National Comprehensive Cancer Network assessment guidelines into practice*. Clinical Journal Oncology Nursing; (5):37-47. 2008.
- Piredda M, Rocci L, Gualandi R, *Le percezioni della fatigue correlata al cancro e della sua gestione da parte di pazienti e professionisti sanitari: una revisione della letteratura*. International nursing perspectives; 4(3):103-114. 2004.
- Ricciuti A, *La terapia di supporto di medicina generale in chemioterapia oncologica. Verso un approccio sistemico alla fatigue*. Franco Angeli; 19-28; 2016.
- Tabloni S, *La fatigue che cos'è e come si affronta*. La collana del Girasole. AIMAC; 27 (3):5-24. 2012.
- Villa E, *La fatigue: una malattia nella malattia per il paziente oncologico*. Humanitas salute. 2012.

Il monitoraggio glicemico in continuo mediante l'utilizzo dei sensori sottocutanei (CGM)

di Cristiano Abbati

ABSTRACT

Il Diabete Mellito è una "crescente emergenza epidemiologica globale" che costituisce una delle patologie croniche a più elevato impatto sociale ed economico.⁽¹⁾

Le recenti tecnologie hanno sviluppato dei sistemi per il monitoraggio in continuo della glicemia capaci di fornire informazioni in *real time*; in grado di ottimizzare il compenso metabolico, prevenire le complicanze⁽²⁾ e migliorare la qualità di vita al paziente⁽³⁾.

A differenza del tradizionale controllo glicemico mediante puntura capillare, il CGM rappresenta un "film" dell'andamento glicemico del paziente, consente la valutazione delle fluttuazioni, i trend di variazione nel tempo, la modifica della terapia insulinica, la prevenzione delle ipoglicemie.⁽⁴⁾

INTRODUZIONE

Ottenere e mantenere un controllo glicemico accurato è fondamentale per la prevenzione delle complicanze croniche legate al diabete mellito.

L'esigenza di intensificare i controlli glicemici ha portato alla messa a punto di sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio (*Continuous Glucose Monitoring*) capaci di rivelare ipo ed iperglicemie che l'emoglobina glicosilata e la glicemia capillare non possono individuare.⁽⁵⁾

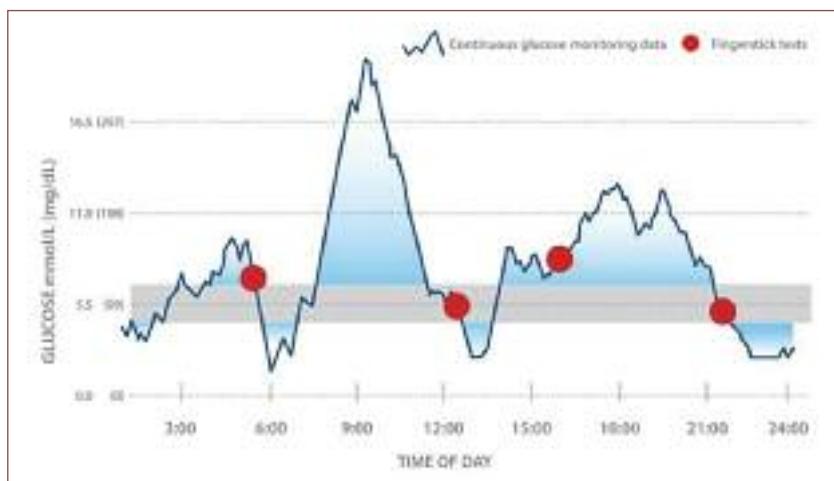
Quest'importante innovazione tecnologica si basa sull'utilizzo di un piccolo sensore posizionato nel tessuto sottocutaneo del paziente che rileva, in maniera continua, il valore del glucosio nel liquido interstiziale e lo invia (tramite un trasmettitore via *bluetooth* o *wireless*) ad un lettore glicemico, ad un microinfu-

sore o ad una APP di uno smartphone. La conoscenza delle variazioni individuali della glicemia, assieme ad una terapia insulinica mirata, rappresentano dei presupposti fondamentali per il raggiungimento di un adeguato compenso metabolico⁽⁶⁾.

MONITORAGGIO GLICEMICO IN CONTINUO (CGM)

Il sensore per il CGM misura il glucosio nel liquido interstiziale, a differenza del glucometro (che lo misura a livello capillare).

Poiché queste due aree sono fisicamente separate, il glucosio impiega un tempo fisiologico (*lag-time*) da 5 a 15 minuti per passare da un comparto all'altro⁽⁷⁾.



I livelli di glucosio sono stabili nei due compartimenti a digiuno o lontano dall'orario dei pasti, mentre cambiano rapidamente in seguito ad attività fisica intensa o dopo l'assunzione di un pasto.

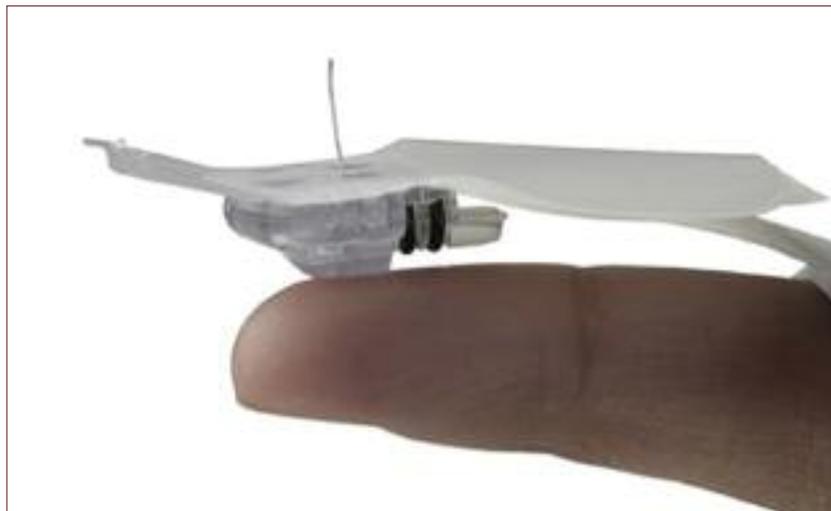
I sensori attualmente in commercio presentano un indice di accuratezza (MARD) inferiore al 10%, quindi molto accurato. Il sensore trasmette i dati ad un lettore, creando un "trend glicemico" accompagnato da frecce di tendenza che indicano se la glicemia è in discesa; in rapida discesa; stabile; in aumento o in rapido aumento.

I lettori glicemici sono dotati di specifici allarmi di sicurezza (vibratori e/o sonori) che avvertono il paziente, con un certo anticipo, se la glicemia sta raggiungendo dei limiti soglia personalizzabili.

Alcuni sensori necessitano di calibrazioni mediante la rilevazione della glicemia capillare ogni 8/12 ore, mentre altri sensori no. La calibrazione deve essere eseguita nei momenti di maggiore stabilità glicemica.

Il CGM, oltre a fornire informazioni in *real time*, ci permette di eseguire lo scarico dati al PC. Questi possono essere inviati al MMG o allo specialista diabetologo (si parla, in tal caso, di telemedicina).

I dati forniti dalla lettura retrospettiva consentono di stabilire la media glicemica giornaliera; la media glicemica mattutina, pomeridiana, serale, notturna; la percentuale di tempo in cui la glicemia è stata sopra o sotto target, il numero degli eventi ipoglicemici totali.



Il CGM presenta anche la funzione "share" che consente di condividere in remoto con cinque persone i dati attraverso un cloud server protetto: funzione esiziale per i bambini che si trovano a scuola e per gli anziani che vivono soli in casa⁽⁸⁻⁹⁾.

Da alcuni anni è in commercio pure un sistema integrato tra microinfusore e CGM in grado di sospendere automaticamente il bolo insulinico quando i valori glicemici scendono al di sotto di un target preimpostato⁽¹⁰⁾. Il microinfusore presenta la funzione LGS (*low glucose suspend*) che è capace di sospendere l'infusione di insulina per due ore in caso di ipoglicemia e la funzione PLGS (*Predictive low glucose suspend*) per sospendere l'infusione per circa 30 minuti, se la glicemia si sta avvicinando ad un valore soglia.

Le indicazioni all'utilizzo della terapia insulinica con microinfusore sono⁽¹¹⁾:

- controllo glicemico inadeguato⁽¹²⁾ (HbA1c > 8,5 %);
- ipoglicemie⁽¹³⁾ (inavvertite, severe, notturne);
- programmazione della gravidanza⁽¹⁴⁾;
- necessità di flessibilità degli stili di vita (lavoro, viaggi, sport, ecc);
- frequenza elevata di ospedalizzazioni⁽¹⁵⁾.

Posizionamento del sensore

Il sensore glicemico è composto da un ago metallico necessario per l'introduzione nella cute che viene poi rimosso dopo l'inserimento e da un piccolo capillare flessibile che legge la quantità di glucosio nel liquido interstiziale.

Può essere posizionato nella zona esterna delle braccia, sull'addome, sui glutei e sulla zona anteriore delle cosce; in vicinanza al sensore non va mai somministrata l'insulina, in quanto si potrebbe alterare il dato glicemico.

Il sensore non va posizionato nelle zone in cui sono presenti cicatrici, lividi ed aree lipoatrofiche e va ruotato il sito ogni volta che lo si sostituisce. Se, in sede di inserimento, si manifesta sanguinamento o permangono segni di irritazione è preferibile rimuovere il sensore. Prima di posizionare il sensore può risultare utile applicare del ghiaccio sulla zona interessata, visto che riduce il dolore, prevenendo il sanguinamento.

Sul sensore si collega il trasmettitore che ha le dimensioni di una moneta e va applicato un cerotto adesivo che ha funzione protettiva.





Modelli di sensori

Esistono diversi modelli di sensori in commercio che si differenziano per la durata, l'uso tecnologico a cui sono destinati, la necessità di calibrazione e per molto altro.

La loro durata può variare dai 7 ai 14 giorni, consentono la visualizzazione del dato glicemico "scannerizzando" con l'apposito lettore direttamente sul sensore, o trasmettendo i dati su un lettore. Sono impermeabili all'acqua e la glicemia può essere rilevata anche sopra i vestiti.

Ci sono delle apposite APP che consentono la visualizzazione dei dati glicemici direttamente sullo smartphone del paziente.

Di ultimissima generazione è il sensore *Eversense* che ha una durata di 180 giorni, ma, a differenza degli altri sistemi, necessita di un semplice intervento a livello ambulatoriale dove viene creata una piccola tasca ed inserito nel tessuto sottocutaneo. Non ha bisogno dell'applicazione di punti di sutura, ma di *strip* e, al termine dei 180 giorni, va rimosso chirurgicamente. Sopra il sensore va applicato il trasmettitore che invia i dati tramite bluetooth ad una APP dello smartphone o di un *apple watch* e avvisa il paziente mediante allarmi in caso di ipo o iperglicemia.

Tutti questi dispositivi vengono prescritti da uno specialista diabetologo mediante un'apposita autorizzazione presso la ASL di competenza, dopo una selezione del paziente o suo caregiver e dopo aver effettuato un *training* iniziale e dei rinforzi educativi a medio/lungo termine⁽¹⁶⁾.

RISULTATI

Nel grafico in pagina (Grafico 1), i dati clinici relativi ai 12 mesi di osservazione in cui sono stati arruolati 23 pazienti (14 uomini e 9 donne), di età compresa tra i 19 ed i 37 anni, con DM1 in terapia insulinica *basal-bolus*.

Il primo gruppo ha utilizzato i sensori sottocutanei; il secondo, l'automonitoraggio glicemico tradizionale mediante il glucometro.

Nel confronto, i pazienti del primo hanno presentato una riduzione del target del valore dell'HbA1c molto significativo (-

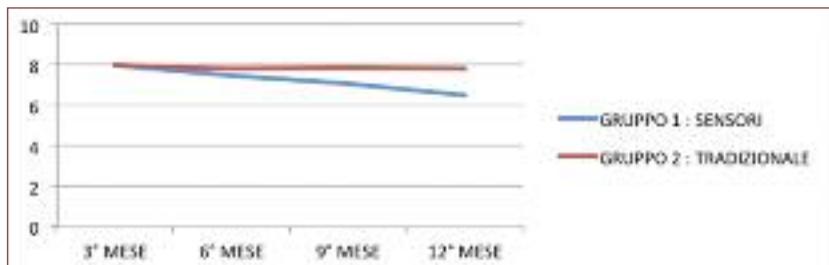


Grafico 1

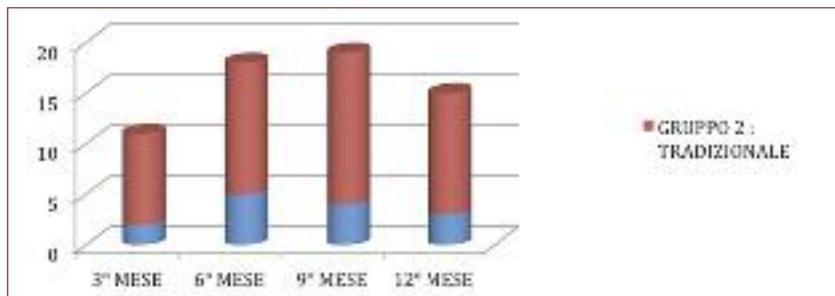


Grafico 2

1,5 %); quelli del secondo hanno mantenuto il target dell'HbA1c pressoché costante.

Ciò comporta, nei pazienti del primo gruppo, una riduzione significativa delle complicanze croniche legate al diabete (nefropatia, retinopatia, neuropatia, ecc). Nel grafico 2, invece, vengono riportati il numero degli episodi di crisi ipoglicemiche severe (< 50 mg/dl) nei due gruppi a confronto.

Nel primo gruppo (quello con sensori sottocutanei) le ipoglicemie sono state 14 durante l'arco dell'anno; nel secondo (quello con automonitoraggio tradizionale con glucometro), invece, ben 49. Ciò significa che le ipoglicemie severe sono più che triplicate nel secondo gruppo, con conseguente maggiore fluttuazione glicemica e riduzione della qualità di vita dei pazienti.

Pro e contro del CGM

Il CGM presenta i seguenti vantaggi:

- indagare i valori glicemici durante l'attività fisica e il periodo notturno ("fenomeno alba");
- fornire indicazioni per l'ottimizzazione della terapia insulinica;
- valutare il grado di fluttuazione glicemica;
- evidenziare riduzioni improvvise della glicemia;
- ottimizzare il controllo glicemico du-

rante la gravidanza;

- pazienti con ago-fobia che eseguono più di 5/6 misurazioni/die;
- maggior privacy personale (misurazione della glicemia in ambienti pubblici);

E gli svantaggi:

- necessità di eseguire un *trainig* iniziale e dei rinforzi educativi nel tempo;
- allergie/dolore nel sito di inserzione;
- non accettazione/intolleranza dei dispo-

sitivi sul corpo;

- necessità di calibrazione e manutenzione giornaliera;
- percentuale di discrepanza tra il CGM e glicemia capillare (*lag time*);
- costi elevati.

CONCLUSIONI

Le evidenze scientifiche recenti confermano come il CGM possa assistere il paziente con diabete nel raggiungere e mantenere livelli ottimali di emoglobina glicosilata in modo più efficace e sicuro rispetto al controllo glicemico tradizionale.

La visualizzazione in *real time* ed i sistemi di allarme permettono una partecipazione attiva del paziente/genitore/*caregiver* nell'autogestione, garantendo una maggiore consapevolezza del proprio stato ed una maggiore sensibilità alle fluttuazioni glicemiche.

Grazie al controllo glicemico mediante CGM, i pazienti diabetici insulino-trattati hanno una maggiore conoscenza e consapevolezza della propria malattia mai avuta in precedenza.

AUTORE:

Cristiano Abbati, infermiere ASL RM/5, UOS Diabetologia Clinica Ospedale San Giovanni Evangelista Tivoli (Rm).



BIBLIOGRAFIA

- AMD, SID, Diabete Italia. *Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010*. http://www.infodiabetes.it/Standard_di_cura.
- Prahalad P, Tanenba M, Hood K, Maans M, *Diabetes Technology: improving care, improving patient-reported outcomes and preventing complications in young people with type 1 diabetes*. Diabetic Medicine, 2018.
- Messer L.H, *Best friend or spy : a qualitative meta-synthesis on the impact of continuous glucose monitoring on life with type 1 diabetes*. Diabetic Medicine Journal, 2018.
- Girardin C.M, Huot C, Gonthier M, Delvin E, *Continuous glucose monitoring: a review of biochemical perspectives and clinical use in type 1 diabetes*. Clinical Biochemistry 2009; 42: 136-142.
- Cost-effectiveness of continuous glucose monitoring for adults with type 2 diabetes compared with self-monitoring of blood glucose the Diamond Randomized Trial*. Diabetes Care 2018.
- Juvenile Diabetes Research Foundation Continuous Monitoring Study Group, *Continuous glucose monitoring and intensive treatment of type 1 diabetes*. N Engl J Med. 2008; 359(14): 1464-1476.
- Blevins T.C, *Professional continuous glucose monitoring in clinical practice 2010*. J Diabetes Sci Technol 2010; 4: 440-448.
- Hisoze M, *Quality of life and technology: impact on children and families with diabetes*. Current Diabetes Report, 2012.
- Buckingham B, Beck R.W, Tamborlane W.V et al, *Continuous glucose monitoring in children with type 1 diabetes*. J Pediatr;151:338-93,393, et 1-2. 2007.
- Bruttomesso D, Costa S, Crazzolaro D et al, *Italian Study Group on Diffusion of CSII. Continuous subcutaneous insulin infusion in Italy*. Diabetes Res Clin Pract (Suppl 1):S130-4. 2006.
- Maurizi A, Suraci C, Pitocco D, Schiaffini R, Tubili C, Morviducci L, Giordano R, Manfredini S, Lauro D, Frontoni S, Pozzilli P, Buzzetti R, *CSII Study Group of Lazio Region Italy*. Journal of Diabetes 41-44, 2016.
- Bailey T.S, Zisser H.C, Garg S.K, *Reduction in Hemoglobin A_{1c} with real-time continuous glucose monitoring : results from a 12 week observational study*. Diabetes Technol Ther; 9:203-10. 2007.
- Heinemann L, Freckmann G, Ehrmann D, Faber G, Guerra S, Waldenmajer D, Hermans N, *Real-time Continuous Glucose Monitoring in adults with type 1 diabetes and repaired hypoglycaemia awareness or severe hypoglycaemia treated with multiple daily insulin injections (HypoDE): a multicentre, randomised controlled trial*. Lancet 2018.
- Denice S.F, Lois E, Donovan R, Corcoy et al, *Continuous glucose monitoring in pregnant women with type 1 diabetes (CONCEPTT): a multicentre international randomised controlled trial*. Lancet 2017.
- Charleer S, Mathie U, Nobels F, De Block C, Radermecker R, Hermans M, Taes Y, Vercammen G, T'Sjoen G, Crenier L, Fieuws S, Keymeulem B, Gilliard P for the Rescue Trial Investigators. *Effect of continuous glucose monitoring on glycemic control, acute admissions and quality of life: a real-word study*. J Clin Endocrinol Metab 2018.
- AADE Position Statement, *Education for continuous subcutaneous insulin infusion pump users*. Diabetic Educ;29:97-98. 2003.

SITOGRAFIA

www.accu-chek.it
www.deebee.it
www.dexcom.com
www.diabete.com
www.diabetegiovani.com
www.diabete-rivistamedia.it
www.ilmiodiabete.com
www.medtronic-diabete.it
www.ok-salute.it
www.portalediabete.org
www.siditalia.it

Un testo per comprendere bisogni dell'assistito e della sua famiglia

I cambiamenti in atto nella tipologia e nella distribuzione delle condizioni di salute della popolazione avranno un impatto sempre più rilevante sia sull'assistenza formale (in termini di quantità e qualità di competenze, servizi e risorse), che quella informale: quella erogata dalle famiglie. Si assisterà, infatti, a profondi mutamenti dello scenario sanitario: se da un lato, vi sarà una maggior competenza nel prendere decisioni sulla salute, dall'altro, aumenteranno le disuguaglianze e la mobilità dei pazienti.

Questo testo consente di acquisire e perfezionare le competenze necessarie a comprendere i bisogni dell'assistito e del suo nucleo familiare, agendo in maniera sicura e appropriata agli standard di qualità.

Il contesto della professione infermieristica è radicalmente cambiato: accanto agli sviluppi epidemiologici e all'aumento delle malattie croniche, l'assistenza si è spostata dall'ospedale al domicilio, dove ci si trova a operare accanto a familiari e *caregiver*. L'infermiere deve saper integrarsi al meglio con gli altri professionisti della salute, attivare tutte le risorse disponibili sul territorio e coinvolgere assistito e familiari nell'autocura.

Questo volume si presta a essere utilizzato da studenti dei CdL in Infermieristica e dai neolaureati che si avvicinano alle cure domiciliari; ma anche dai professionisti interessati al futuro della professione. Ciò, proponendo un percorso di formazione e di riflessione, mettendo a disposizione evidenze aggiornate per ripensare un ambito dell'assistenza infermieristica che consideri innanzitutto il luogo in cui vivono le persone: la casa, la famiglia, la comunità.

Oggi, i sistemi sanitari sono chiamati al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, via via sempre più complessa. I luoghi in cui avvengono le relazioni portano con sé caratterizzazioni socio-culturali rilevanti, che concorrono alla determinazione dei risultati della cura.

Con il volume in questione, la formazione abilitante e avanzata degli infermieri ha a disposizione un manuale che, partendo da una rilettura dei paradigmi dell'assistenza, ridisegna un modello di assistenza alla persona nei luoghi in cui questa vive.

In questo scenario, lo sforzo maggiore che dovrà compiere il nostro Paese (la cui popolazione è la più anziana d'Europa) sarà quello di guidare la sanità verso un'organizzazione più orientata alla gestione della cronicità, misurandosi con i suoi elevati costi



sanitari e sociali, nonché con quelli umani non sempre quantificabili e strettamente correlati al dolore e al lutto.

I nuovi scenari sollecitano una profonda rivisitazione di quei modelli di cura che hanno avuto come riferimento essenziale un concetto di "malattia" inteso solo come deviazione da una norma biologica. Dovere della cura diventa quello di farsi carico globalmente del paziente, della sua esperienza di malattia vissuta all'interno di un contesto specifico di vita affettiva in cui si è nati, si vive e in cui un giorno si morirà.

I bisogni di salute dei pazienti cronici e di quelli non autosufficienti richiedono, pertanto, l'urgente sviluppo di modelli caratte-

rizzati dalla prossimità dei servizi ai luoghi di vita dei cittadini, dall'integrazione tra attività sanitaria e sociale e da team interprofessionali che, in piena collaborazione con malati e famiglie, dovranno far fronte alle articolate necessità di assistenza.

In Italia, le potenzialità della professione infermieristica potranno essere incrementate dalla sua capacità di revisionare rapidamente le attuali logiche formative a favore di percorsi post-base che approfondiscano competenze differenziate per rispondere adeguatamente sia ai diversi livelli di complessità assistenziale dei pazienti che a quelli di articolazione dei servizi, allo scopo di contribuire al miglioramento dei risultati di salute e di qualità di vita, oltre che per contenerne i costi. Il lavoro interprofessionale diviene strumento per fornire risposte assistenziali integrate e globali; il case management una modalità per stabilire un coordinamento organizzativo e la comunicazione efficace tra servizi e personale curante per tutti quei pazienti che, nel periodo tra la diagnosi di malattia, le terapie, la stabilizzazione o l'exitus, si spostano in numerosi setting di cura in cui manca una reale sinergia operativa.

Il libro di Silvia Marcadelli, Cesarina Prandi e Paola Obbia offre una panoramica dei principali indirizzi e strategie della presa in carico nelle cure primarie e a domicilio, facendo il punto su paziente e famiglia, principali protagonisti della cura.

S. Marcadelli; P. Obbia; C. Prandi

Assistenza domiciliare e cure primarie.

Il nuovo orizzonte della professione infermieristica

EDRA edizioni, 288 pagg (34,00 euro)

Un *excursus* storico sull'Infermieristica Pediatrica

Questo recensito non è un libro di Storia della Medicina e, per evitare di generare false aspettative in chi si accinge alla lettura del volume, va chiarito che, per gli autori, si è trattato del tentativo di tracciare, in un unico testo, il *continuum* dell'evoluzione assistenziale rivolta all'infanzia, attraverso la raccolta di immagini che sono patrimonio frammentato ed esclusivo di istituzioni, archivi e luoghi diversi.

Oggi, lo spirito assistenziale e una nuova qualità scientifica dell'assistenza pediatrica devono fare i conti con la necessità di mantenere e implementare una rinnovata formazione specifica, alla luce delle attuali esigenze sociali, storiche, politiche e culturali, poiché la globalizzazione determina la necessità di acquisire nuove competenze per la prevenzione, cura e riabilitazione.

Fortemente voluto dall'OPI Roma, il testo ripercorre come dagli albori, e lungo il corso dei secoli, si sia evoluta l'assistenza; parlare di chi si è preso cura dei malati e delle persone bisognose, ricordare l'opera delle prime infermiere spinte da una particolare vocazione e da sentimenti di carità cristiana e delle primitive istituzioni che hanno incanalato tali spinte in un contesto organizzato, è parso fondamentale.

Gli autori l'hanno fatto in maniera nuova, ardita e inedita, attraverso le immagini accompagnate da un breve testo a commento. Il libro, attraverso una significativa mole di documentazione fotografica e grazie a un sapiente lavoro di ricerca iconografica, mostrerà come l'assistenza all'infanzia sia stata influen-



zata dall'evoluzione della cultura e della società nei diversi secoli e come nel tempo sia stato necessario individuare e formare figure dedicate, sino ad arrivare al corso di laurea degli anni 2000 in Infermieristica Pediatrica.

A cura di:
P. Callegari, A. Calvo, F. Masucci
**Dall'assistenza all'infanzia
all'Infermieristica pediatrica.**
Immagini e documenti di una professione
in continua evoluzione in Italia e in Europa
88 pagg (22,00 euro)

Gli obblighi di protezione e vigilanza nei confronti del paziente

Di recente, la Corte di Cassazione è tornata a pronunciarsi sulla responsabilità della struttura sanitaria, nonché del personale in servizio presso la stessa (incluso quello infermieristico), con particolare riferimento agli obblighi di protezione e vigilanza nei confronti del paziente.

In particolare, con la sentenza n.1251 del 19 gennaio 2018, la Suprema Corte ha definito un caso in cui un soggetto si era rivolto ad una struttura ospedaliera per effettuare delle analisi cliniche (il paziente non veniva ricoverato presso la struttura).

Dalle analisi emergeva la presenza di un allarmante livello del valore di potassio. I risultati, tuttavia, non venivano comunicati né al medico curante, né al paziente, sebbene i valori evidenziassero un imminente pericolo di vita. Il paziente, infatti, dopo appena tre giorni, decedeva per arresto cardiaco dovuto ad iperpotassiemia.

Ebbene, ribadendo quanto affermato dall'orientamento giurisprudenziale dominante, la Suprema Corte ha ribadito che vige in capo alla struttura sanitaria e, quindi, in capo al personale medico e sanitario, "uno specifico obbligo di prestazione ed un correlato dovere di protezione del paziente".

Ed infatti, come si è già avuto occasione di evidenziare anche in precedenti contributi, l'accettazione del paziente nella struttura sanitaria comporta la conclusione di un contratto, c.d. "di speditività", avente ad oggetto, oltre alle prestazioni principali (consistenti nelle cure mediche e chirurgiche), anche prestazioni accessorie, fondate proprio su un obbligo di protezione e vigilanza nei confronti del paziente.

In virtù di tale contratto di speditività, a carico della struttura sorgono obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico, nonché dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni o emergenze.

In ragione dell'esistenza di tale contratto, la responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente ha natura contrattuale e si configura sia quale responsabilità per fatto proprio, sia, ai sensi dell'art. 1228 c.c., quale responsabilità per fatto dei propri dipendenti, incluso il personale infermieristico.

Nella fattispecie, la Corte ha ritenuto che l'evento morte fosse diretta conseguenza dell'inadempimento delle obbligazioni gravanti sulla struttura sanitaria, in virtù del contratto di speditività, con conseguente riconoscimento del diritto al risarcimento dei danni in favore degli eredi del paziente deceduto.

In particolare, la Cassazione ha così concluso: "Ne consegue che, al di là ed a prescindere da qualsivoglia disposizione nor-

mativa in materia (correttamente ritenuta inesistente dalla Corte veneziana), rientra nel dovere accessorio di protezione della salute del paziente una tempestiva ed immediata attivazione in presenza di una evidente situazione di pericolo di vita. Non erra il giudice lagunare nel ritenere, su di un piano generale, imprevedibile un indifferenziato obbligo di attivazione in presenza di qualsivoglia situazione di alterazione dei dati clinici che emerga dalle analisi compiute presso una struttura ospedaliera. Ma tale imprevedibilità trova un invalicabile limite nell'ipotesi in cui tale alterazione si riveli di tale gravità da mettere in pericolo la vita stessa del paziente - onde una tempestiva segnalazione al sanitario competente o al paziente stesso ne possa, sul piano probabilistico, scongiurare l'esito letale conseguente (e nella specie, purtroppo conseguito) al ritardo di comunicazione, ritardo che, ove consumato, si risolve nella violazione del precetto di cui all'art. 1176 c.c., comma 2".

Secondo la sentenza in commento, quindi, non sussiste un indifferenziato obbligo di attivazione ogniqualvolta emerga dalle analisi una alterazione dei dati clinici.

Tuttavia, qualora l'alterazione appaia talmente grave da compromettere la vita del paziente e, sul piano probabilistico, una tempestiva segnalazione dell'anomalia al sanitario competente o al paziente stesso potrebbe scongiurare l'esito letale, l'eventuale ritardo della comunicazione dà luogo ad una violazione del precetto di cui all'articolo 1176 del codice civile, che sancisce la diligenza nell'adempimento.

I principi affermati nella sentenza in esame assumono rilievo anche alla luce della più recente giurisprudenza che ha ravvisato la sussistenza, anche con specifico riferimento alla figura professionale dell'infermiere, di una posizione di garanzia nei confronti del paziente, del tutto autonoma rispetto a quella della





struttura ospedaliera e del medico.

Ed invero, come chiarito dalla Suprema Corte nella sentenza n. 5 del 2018 (questa volta in materia di responsabilità penale dell'infermiere), siffatta posizione di garanzia si fonda proprio sulla autonoma professionalità dell'infermiere, che va considerato non più "ausiliario del medico", ma "professionista sanitario", cioè soggetto che svolge: *"un compito cautelare essenziale nella salvaguardia della salute del paziente, essendo onerato di vigilare sul decorso post-operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, l'intervento del medico"*.

Avv. Barbara Pisa

AVVISO

Attivare la PEC è un obbligo di legge L'Ordine la offre gratis ai suoi iscritti

La Posta Elettronica Certificata (Pec) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica eguale valore di una raccomandata con avviso di ricevimento.

La legge n.2/2009 ha introdotto l'obbligo di dotarsi di una casella Pec: certificata, pertanto, i professionisti iscritti in Albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato devono comunicare ai rispettivi Ordini, il proprio indirizzo di Pec.

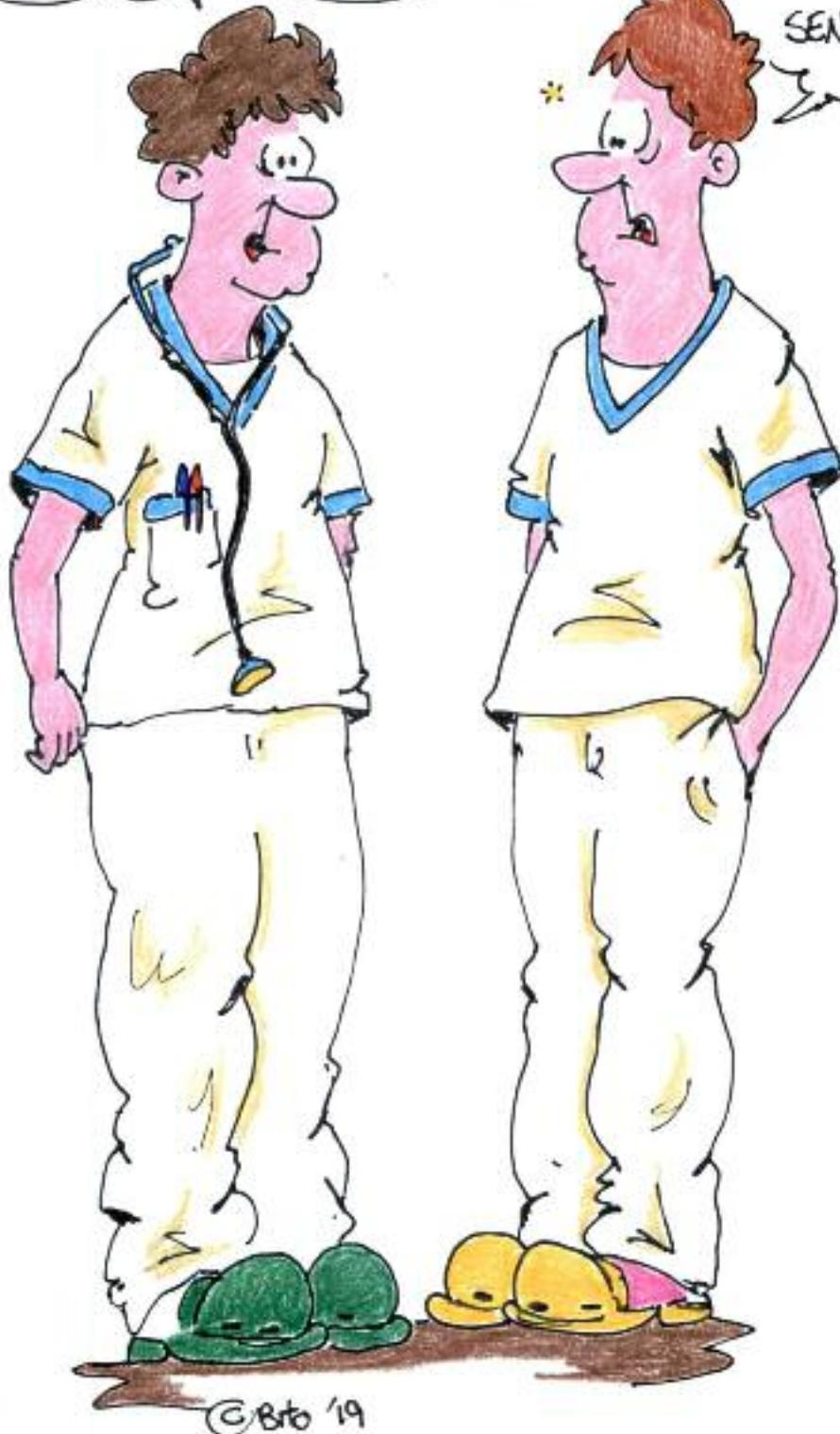
L'OPI Roma offre la casella Pec gratis ai propri iscritti.

La certificazione dei crediti formativi di tutti gli eventi accreditati OPI Roma sarà spedita esclusivamente tramite Pec.

Pertanto, si invitano gli iscritti a comunicare esclusivamente alla segreteria Ecm dell'Ordine (segreteriaecm@opi.roma.it) il proprio indirizzo di Pec e/o di attivare una casella Pec, utilizzando il servizio dedicato, accedendo dal portale istituzionale <http://www.opi.roma.it>

AVREMO UNA POLIZZA ASSICURATIVA
PER COLPA LIEVE E PER COLPA GRAVE..

..E PER I
SENSI DI COLPA?



© Bto '19

NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su "Infermiere Oggi"

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>).

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

- iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome;
- iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati;
- in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo." Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: Titolo Principale del Documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte secondo criteri di chiarezza e semplicità; saranno numerate progressivamente in cifre arabe e saranno accompagnate da brevi ma esaurienti didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Diagrammi e illustrazioni dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modificazioni.

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti – ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.

Tutto il materiale deve essere recapitato (una copia in formato elettronico all'indirizzo: ordine@opi.roma.it, una copia in formato cartaceo) all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.



ROMA

Ordine Provinciale Professioni Infermieristiche

Viale Giulio Cesare, 78
Metro Ottaviano - 00192 Roma
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034
ordine@opi.roma.it

L'OPI è a disposizione del cittadino e dell'Infermiere
con i seguenti orari di apertura al Pubblico:
- dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
- il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17