

# INFERMIERE

*oggi*

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

N° 3/4



## EDITORIALE

Dal Profilo professionale  
al futuro  
Come siamo cresciuti

## FOCUS

Infermiere di Famiglia  
Dai progetti  
alla realtà

## DAL PARLAMENTO

Verso una legge  
sulla violenza  
agli operatori

# INFERMIERE

*oggi*



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma  
Anno XXIX - N. 3-4 - LUGLIO-DICEMBRE 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, Natascia 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: Ars Media Group srl

Finito di stampare: novembre 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 Dal Profilo professionale al futuro, siamo cresciuti e vogliamo ancora farlo  
*di Ausilia M.L. Pulimeno*

### FOCUS

- 3 SPECIALE INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ  
DICONO DI NOI

- 11 Sempre troppo pochi e vittime di maltrattamenti  
Gli infermieri vanno sostenuti di più

### NOTIZIE DALL'ESTERO

- 14 Studio finanziato dal CECRI vince il "Clinical Article of the Year Award"  
Gianluca Pucciarelli è *International Fellow dell'American Heart Association*
- 15 In Australia, la prima Conferenza G-I-N e Joanna Briggs  
CECRI presente con il vice direttore Maria Matarese
- 16 Rosaria Alvaro *Fellow dell'American Academy of Nursing*
- 16 In Spagna, l'VIII Conferenza sull'Educazione Infermieristica

### NOTIZIE DALL'ITALIA

- 17 Violenza sugli operatori della sanità. Ecco il decalogo di proposte FNOPI
- 18 ON LINE. C.A.R.E. Un corso per disinnescare la violenza
- 19 Roberto Speranza nuovo ministro della Salute  
FNOPI e OPI Roma chiedono maggiore attenzione per gli infermieri
- 20 Giornata dell'Infermiere 2020  
Grande evento a Firenze per celebrare il bicentenario di Florence Nightingale
- 21 Premio Olivetti, menzione speciale al progetto  
"IDI-aloghi: prevenzione a fior di pelle" della collega Teresa Nardulli

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 23 L'assessore D'Amato: "Stanziate 173 mln di euro destinati a edilizia sanitaria"
- 23 AVVISO. C'è ancora tempo per i corsi FAD
- 24 Università di Tor Vergata  
Premio Petrini 2019 per la migliore tesi di laurea in Infermieristica

### NOTIZIE DALL'ORDINE

- 25 Tanti i servizi on line a disposizione degli iscritti
- 26 CECRI, pronta la versione italiana del "*Clinical Care Classification System*"
- 27 OPI Roma, inaugurato corso di *Middle management*

### CONTRIBUTI

- 28 La pulizia del cavo orale quotidiana, nei pazienti anziani ospedalizzati,  
può essere migliorata da un intervento effettuato dagli infermieri  
appositamente formati nei contesti di pratica?  
*di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese*
- 31 Rilevazione ecografica del residuo post minzionale nei pazienti  
con incontinenza urinaria. Una revisione della letteratura  
*di Carlo Brachelente, Giuseppe Esposito, Vittoria Giordano, Giulia Villa*
- 38 L'uso degli *smartphone* nel personale infermieristico e il loro impatto  
sull'assistenza. Uno studio osservazionale trasversale  
*di Chiara Ferreri, Francesca Maria Meloni, Francesca Cicchetti,  
Simone Piga, Matteo Amicucci*
- 43 Il corretto smaltimento degli escreti dei pazienti in trattamento con  
farmaci antitubercosici. Indagine sulle conoscenze degli infermieri  
*di Arianna Patrizi, Davide Bove*
- 48 L'importanza dell'adeguata igiene peristomale nella prevenzione  
e guarigione delle lesioni peristomali. *Case studies*  
*di Elena Toma, Filippo La Torre*
- 54 La qualità nella vita dell'anziano: individuare la fragilità come  
obiettivo prioritario per fornire un progetto di risposta assistenziale  
Due metodi a confronto in una revisione bibliografica  
*di Laura Orsolini, Giulia Maderni*
- LETTO PER VOI
- 61 Un manuale per operatori per "educare" alla salute
- L'AVVOCATO DICE
- 62 L'infermiere non può svolgere in via ordinaria le mansioni  
del personale di supporto
- 64 LA VIGNETTA DEL MESE



## Dal Profilo professionale al futuro, siamo cresciuti e vogliamo ancora farlo

di Ausilia M.L. Pulimeno

Il traguardo dei venticinque anni dal Profilo professionale dell'infermiere impone un momento di riflessione, uno sguardo indietro per scrutare avanti, ricordare chi eravamo, cosa siamo oggi e che domani ci attende. Quel decreto (il D.M. 739/1994, in vigore da gennaio 1995) ci ha cambiato i connotati e, insieme alle norme emanate negli anni successivi (soprattutto le leggi 42/1999 e 251/2000), ha consegnato la nostra professione al futuro, un percorso di crescita imponente che non ha pari fra le altre professioni sanitarie e non solo tra queste.

Venivamo dal mansionario, una semplice quanto inadeguata lista delle attività che potevamo o non potevamo svolgere. Non ci eravamo ancora liberati del carattere di ausiliarità attribuito fino ad allora agli infermieri. Eravamo dei meri esecutori, erano altri a valutare, decidere e disporre. Uno status dal quale il Profilo professionale ci ha finalmente liberato.

Non è stato un fulmine a ciel sereno, un miracolo improvviso o una benevola concessione. Piuttosto, l'approvazione del D. M. 739/1994 ha segnato l'epilogo di una lunga stagione di lotte e rivendicazioni, una battaglia faticosa contro mille resistenze, arginando le offensive di chi non voleva un infermiere emancipato dalla guida medica (diciamo pure un rapporto di subalterità), un confronto infine vinto grazie all'unità della nostra famiglia professionale e alla posizione univoca di tutti gli organismi che la rappresentano, gli allora Collegi Ispasvi e la Federazione.

Lo scatto verso quella figura e quella dignità a cui tutti ambivamo è stato notevole. Siamo diventati per tutti dei professionisti sanitari, responsabili dell'assistenza, appartenenti a una professione intellettuale. Non più semplici esecutori ma protagonisti, titolari della presa in cura del malato in modo globale, anche instaurando con questo un rapporto di fiducia, una comunicazione personale e intima. E poi i nuovi campi d'esercizio

della professione, dalla prevenzione all'educazione sanitaria, dalla formazione avanzata alla ricerca.

Un'evoluzione formidabile resa possibile dallo sviluppo di competenze sempre maggiori e con il conseguente carico di responsabilità. Gli infermieri hanno segnato questi ultimi venticinque anni con una "cavalcata trionfale". Che non è finita perché ogni conquista apre nuovi scenari e opportunità.

Guardando indietro, sono diverse le tappe salienti di questo percorso: il D.M. 241 (suppl. ord. n. 168/1996) sugli ordinamenti didattici universitari dei corsi dell'area sanitaria; la Legge 42/1999 che finalmente, cinque anni dopo il varo del Profilo professionale, abroga il mansionario e conferisce autonomia alla nostra figura; sempre nel 1999 la seconda edizione del Codice Deontologico dell'infermiere; poi la Legge 251/2000 con l'introduzione del ruolo dirigenziale e la laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche; i primi dottorati di ricerca nel 2006 e la docenza universitaria completano il percorso accademico.

Ma la crescita di una professione come la nostra non può arrestarsi. I traguardi raggiunti servono come trampolino per cogliere di nuovi. La domanda di salute aumenta e inesorabilmente si fa più complessa, una sfida che gli infermieri raccolgono con entusiasmo, consapevoli delle loro capacità. Si apre così la partita delle competenze infermieristiche. Nel 2016, viene approvato il Decreto legislativo che recepisce la Direttiva europea 55/2013 sul riconoscimento delle qualifiche professionali e il Regolamento comunitario 1024/2012 sul sistema di informazione del mercato interno (Regolamento IMI).

È la svolta che da tempo invocavamo. Ci viene riconosciuta la competenza di individuare autonomamente le cure infermieristiche in base alle conoscenze teoriche e cliniche, di pianificare, organizzare e fornire l'assistenza necessaria, di garantire la qua-

lità delle cure prestate e di valutarle, di lavorare in *pool* con gli altri operatori sanitari, di partecipare alla formazione del personale, ma anche di orientare la popolazione verso stili di vita salutari e di fornire indicazioni e supporto ai pazienti e ai loro familiari. Infine, non meno importante, la competenza di analizzare la qualità dell'assistenza per poter migliorare la propria pratica professionale.

La professionalità dell'infermiere assume così una nuova luce, più autonoma e dignitosa. Una conquista per noi, una sconfitta per chi si opponeva alla nostra crescita, spaventato dall'idea di perdere potere decisionale. Una posizione, questa, che ha prodotto polemiche sterili per gli operatori e dannose per i cittadini. Un contrasto che, a distanza di anni, va appianandosi sempre più all'insegna di una cooperazione professionale indispensabile a garantire un corretto approccio con la persona assistita.

Il successivo passaggio alle competenze specialistiche dovrebbe risultare scontato, anche se non è ancora così. Un modello che continuiamo a sostenere imperniato su due assi portanti, clinico e gestionale, in base ai livelli di competenza acquisiti attraverso percorsi di formazione specifici. L'infermiere generalista, con laurea triennale e competenze dalle quali scaturiscono gli ulteriori livelli di specializzazione; il perfezionamento clinico o gestionale mediante un corso universitario che sviluppa le competenze avanzate applicate a una specifica area; l'infermiere esperto clinico o coordinatore con master di primo livello che ha competenze approfondite in un settore particolare dell'assistenza, è esperto di processo assistenziale e governa i processi organizzativi e le risorse; al livello più avanzato l'infermiere specialista, con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento clinico o gestionale-formativo.

Ci siamo imbattuti in questi anni nella rapida evoluzione dello scenario legislativo. Come per la trasformazione dei Collegi Ipa-svi in Ordini delle Professioni Infermieristiche o per la Legge 24/2017 sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale o ancora per la Legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento, fino alla recente emanazione del nuovo Codice deontologico degli infermieri.

Quest'ultimo documento, approvato dal Consiglio Nazionale Fnopi il 13 aprile 2019, è frutto di un'ampia consultazione del mondo professionale e di un lungo lavoro preparatorio. Ma ne è valsa la pena. Il nuovo Codice attualizza e proietta nel futuro l'ambito etico della professione e la sua deontologia, introduce la libertà di coscienza, il contratto di cura, l'organizzazione professionale all'interno di quella sanitaria, il concetto di contenzione, lo sviluppo delle competenze e le buone prassi nell'utilizzo dei social media. Ridefinisce, insomma, la figura di un

professionista moderno, votato alla costante crescita culturale.

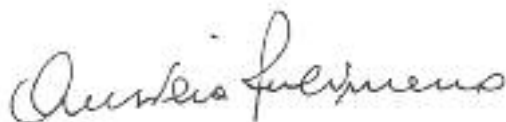
Un'affermazione sul piano scientifico e sociale che la nostra professione merita per l'impegno che ha mostrato mettendo a segno questo suo straordinario percorso di crescita. Un cammino lungo e difficoltoso compiuto sempre nell'interesse del cittadino, ragionando sulle esigenze degli assistiti e sulla sostenibilità del sistema sanitario. E in questa direzione va il nostro *pressing* per l'effettivo decollo dei servizi sanitari territoriali. Vogliamo una sanità che non aspetti il cittadino, ma che gli vada incontro, che operi nei luoghi in cui questo vive, lavora, studia.

"Prossimità" è la parola chiave. Ecco perché insistiamo sull'infermiere di famiglia o di comunità, sull'attività di prevenzione nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle farmacie, sugli ambulatori infermieristici di quartiere, sull'assistenza domiciliare per il trattamento delle cronicità e delle multi patologie legate all'invecchiamento. Così e solo così, puntando e investendo sugli infermieri, si può realizzare davvero la continuità di cura e coglierne tutti i vantaggi.

E anche in ambito ospedaliero, c'è un grande spazio da riempire con il reale decollo dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie e dei Servizi Infermieristici nelle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere, puntando con maggior decisione a rendere l'organizzazione più autonoma ed efficiente.

La trasformazione vissuta dalla nostra professione in questo periodo storico non è scevra però da incongruenze e criticità, le stesse che affannano le nostre giornate nelle corsie, negli ambulatori, nei servizi territoriali. Come il persistente fenomeno demansionante su cui c'è ancora molto da fare, che umilia il nostro impegno alla crescita, immolandolo sull'altare dei tagli a tutti i costi. Che, alla fine, producono più disservizi che risparmi, scaricando su di noi mansioni che non dovremmo svolgere e turni massacranti. Gli organici infermieristici vanno rimpinguati subito, sbloccando i concorsi e velocizzando le procedure. Solo così gli infermieri potranno esprimere pienamente la loro professionalità.

Essere professionisti significa possedere specifiche conoscenze scientifiche e tecniche, acquisite grazie a un lungo percorso formativo, da poter mettere a disposizione degli altri con autonomia e discrezionalità. La storia degli infermieri dimostra che questi professionisti hanno saputo valorizzarsi in tutti gli ambiti, lo hanno fatto non senza sacrifici, anche sfidando i "poteri forti" rimasti asserragliati a difesa del proprio orticello. Rappresentano oggi il cuore dell'assistenza e, come sempre, sono pronti a mettersi in gioco. Per questo è sacrosanto riconoscere la dignità professionale che meritano. Che significa anche retribuzioni adeguate al ruolo e alle responsabilità.



# Focus

**SPECIALE  
INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ**



# Infermiere di famiglia OPI Roma, ASL e Università insieme per il Master dedicato

**C**on l'accordo sottoscritto fra OPI di Roma e le Aziende Asl Roma 4, 5 e 6 è iniziato, il 6 luglio, il percorso formativo per gli infermieri delle Asl che hanno aderito all'intesa per attivare il corso sulla nuova figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

Nei Paesi a sanità avanzata, la figura dell'IFeC è oggi considerata un tassello fondamentale per la cura e la prevenzione delle malattie, specie di quelle a più elevato impatto sociale. Il suo ruolo è ben definito da organismi e società scientifiche internazionali: *"L'infermiere di famiglia è un professionista preparato nelle cure primarie di comunità che lavora in collaborazione con persone, famiglie ed altri operatori in un contesto di cure sanitarie di primo livello"* (PHC – primary health care); *"Un infermiere ben preparato, parte integrante di una équipe di cura ha un ruolo centrale nell'assistenza primaria. Le sue azioni sono finalizzate a salvaguardare la salute dei cittadini, delle famiglie e certamente migliorare le cure ai malati cronici"* (WHO, 2000 - Dichiarazione di Monaco).

In attesa dello specifico Master, attivato nell'anno accademico 2019/2020 presso l'Università di Roma Sapienza e Tor Vergata, l'OPI, considerate le caratteristiche peculiari di tale figura, ha organizzato un percorso formativo (suddiviso in cinque giornate: 6, 11, 26 luglio e 6, 10 settembre 2019) per un totale di 45 ore, accreditato con 41,5 ECM, coinvolgendo, nella docenza, professionisti esperti in materia come: Alessia Baldon, Ginetto Me-

narello, Cesarina Prandi, Rachele Rocco e Manuela Ruatta.

Scopo precipuo è stato creare le basi per l'acquisizione di competenze specifiche nei campi della continuità assistenziale, della promozione della salute, della prevenzione sanitaria, della riabilitazione e della gestione delle patologie a maggiore incidenza sul territorio delle tre Asl coinvolte: BPCO, diabete, ipertensione e scompenso cardiaco.

Il corso ha offerto la possibilità di sviluppare competenze nella cura domiciliare del paziente, nel mantenimento della continuità della cura e nel sostegno all'autocura, nel coinvolgimento delle famiglie e nel fornire protezione e tutela della salute. Ha fornito pure preziosi spunti di riflessione sul lavoro in team, in quanto l'infermiere di famiglia e di comunità attiva molteplici reti di assistenza, svolgendo un rigoroso lavoro di col-

legamento fra i servizi che intervengono nel percorso di malattia del soggetto assistito e della sua famiglia. "Si tratta di un progetto ambizioso - ha commentato la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** - ma siamo consapevoli della grande importanza che questa figura assumerà presto nel nostro Servizio Sanitario Regionale. Da tempo ci battiamo per potenziare l'assistenza sul territorio, dove il cittadino vive e lavora. L'infermiere di famiglia è di fondamentale importanza". "Concorrere alla definizione dei contenuti per la realizzazione dell'Infermieristica di famiglia e di comunità era prioritario nei nostri programmi nonché un'esigenza della cittadinanza - continua Pulimeno -. La necessaria rivoluzione dell'organizzazione dell'assistenza territoriale parte dal soggetto principale del cambiamento, ovvero l'Infermiere di Famiglia: è innegabile e riconosciuto da tutti ormai".



E l'acquisizione di nuove competenze si ottiene con una buona formazione universitaria. Il master delle Università Sapienza-Tor Vergata è orientato a sviluppare competenze per garantire la salute pubblica e prendere in carico le famiglie e le comunità, sia per promuovere il loro benessere (interventi di promozione della salute, interventi preventivi ed educativi, di *counselling* sugli stili di vita), che per sostenerle con interventi specifici quando devono affrontare problematiche complesse di malattia, disabilità e cura, tramite l'utilizzo di un approccio proattivo di assistenza primaria.

Anche al recente Meeting della Salute di Rimini (che si è svolto all'interno del Meeting dell'amicizia), la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha parlato di "un futuro dell'assistenza sul territorio affidato a queste micro-équipe, in cui l'infermiere di famiglia e comunità è il perno di un'assistenza a misura di cittadino. In tale contesto, ogni professionista della salute è una carta importante, ineludibile".

L'istituzione dell'Infermiere di Famiglia, nelle Regioni *benchmark* ha già dimostrato la sua efficacia, ottenendo risultati eccellenti in un nuovo modello di assistenza che, per la mutata epidemiologia della popolazione - (anziana e caratterizzata da multipatologie) - sarà quello del futuro.

## LA SCHEDA

### I dati ISTAT sulla popolazione laziale

Quali sono i problemi assistenziali dei pazienti nel Lazio, quali sono le sue priorità?

L'ISTAT ha delineato un profilo della "salute" nelle regioni italiane, dal 2005 al 2015, basato su 24 indicatori.

Nel Lazio, dominano le malattie croniche; ma si colloca, in generale, come regione con "*discrete condizioni di salute*".

#### **La salute in Italia**

Lo stato di salute in Italia, nel suddetto arco temporale (con la crisi economica e le trasformazioni sociali indotte che hanno imposto importanti sfide alle politiche pubbliche; senza dimenticare un quadro demografico critico per l'invecchiamento e l'immigrazione della popolazione), è letta prendendo in considerazione sia le informazioni fornite dagli individui nel corso delle indagini campionarie, che i dati tratti da diverse fonti amministrative. L'integrazione di questi due punti di vista consente di mettere in luce gli aspetti più problematici delle differenze di salute nelle fasce di età più a rischio. Una presentazione di profili regionali offre anche una sintesi efficace sulle disparità territoriali all'interno del quadro nazionale.

Lo scenario tracciato dalla riforma sanitaria attribuisce ai diversi soggetti istituzionali del settore un ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi, rendendo indispensabile l'analisi dei bisogni del territorio in termini di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

In Italia, la speranza di vita (o di vita media) è uno degli indicatori più utilizzati per valutare, in termini quantitativi, lo stato di salute di una popolazione e, più in generale, il suo livello di sviluppo. Nel 2015, la vita media in Italia raggiunge 80,1 anni per i maschi e 84,6 per le femmine, valori superiori al dato dell'Europa. Lungo la penisola, però, la speranza di vita si modifica in base alla residenza: nel 2015, un maschio nato in Trentino Alto Adige ha una probabilità di sopravvivere +2,7 anni rispetto a un residente in Campania, regione in fondo alla graduatoria. Il resto del gruppo delle regioni più longeve si concentra al centro-nord ed è costituito da Emilia Romagna (80,9 anni), Marche e Veneto (80,7 anni). Al Sud, la longevità è contenuta: Sicilia, Molise e Calabria fra le peggiori.

Per quanto attiene le differenze di genere, nel 2015, mediamente, la sopravvivenza femminile supera quella maschile di 4,5 anni, con variabilità regionale. Nel 2015, la speranza di vita a 65 anni in Italia è di 21,9 anni per le femmine e di 18,7 per i maschi.

La regione con la più elevata speranza di vita a 65 anni è il Trentino Alto Adige (19,5 anni per i maschi

e 22,9 per le femmine).

In Italia, nel 2013, un nuovo nato può contare di vivere almeno 59,2 anni di vita in buona salute se maschio e 57,3 se femmina.

I fattori socio-economici sono determinanti, secondo un modello in cui lo svantaggio sociale è associato a peggiori condizioni di salute e a mortalità prematura. La variabile titolo di studio, per entrambi i generi, si manifesta in modo marcato in tutte le regioni, ma ad emergere è la compresenza di malattie croniche gravi che costituisce un importante tassello per la ricerca ISTAT, sia in termini di conoscenza più dettagliata dello stato di salute di un territorio che per le **ricadute sul sistema sanitario, chiamato a fornire cure e assistenza secondo un approccio multidisciplinare e complesso**, sempre più importante quanto più avanza l'età della popolazione.

Le malattie croniche sono caratterizzate da evoluzione progressiva e da necessità di assistenza prolungata e rappresentano la principale causa di morte e di invalidità della popolazione mondiale. La prevenzione e il controllo delle malattie croniche sono una priorità di salute pubblica ampiamente riconosciuta dall'OMS e dalle altre istituzioni a livello nazionale ed internazionale.

In Italia nel biennio 2014-2015 circa 20 residenti su 100 sono affetti da due o più malattie croniche gravi, con un'importante variabilità regionale.

#### **L'ospedalizzazione**

La mobilità ospedaliera, ovvero la scelta di usufruire delle cure di un sistema regionale sanitario diverso da quello della propria regione di residenza, è un fenomeno complesso spesso generato da una molteplicità di fattori quali la prossimità dei presidi ospedalieri; la qualità delle prestazioni erogate; la casualità associata agli spostamenti temporanei della popolazione e la carenza quantitativa o qualitativa di un'appropriatezza assistenziale. Fra i diversi aspetti ad esso connessi, la mobilità ospedaliera è analizzata attraverso l'indice di emigrazione, calcolato come rapporto percentuale fra il numero di dimissioni ospedaliere avvenute fuori regione e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. Rispetto al biennio 2005-2006 la mobilità regionale presenta un andamento medio di leggero accrescimento (+7,7 per cento).

Nel Lazio, l'OPI Roma, assieme agli altri Ordini provinciali, è costantemente alla ricerca di arricchire le competenze e la continuità assistenziale; riformare la formazione; riorganizzare il territorio e incrementare lo sviluppo dell'Infermiere di Famiglia e di comunità.

Tutto, per una maggiore presa in carico dei pazienti.

# Dal Castello di Santa Severa prende vita il progetto che coinvolge le Asl Roma 4, 5 e 6

**U**n evento atteso e molto apprezzato, il 9 novembre 2019, al Castello di Santa Severa, per presentare ufficialmente alla comunità scientifica e istituzionale del Lazio l'ormai realizzato progetto dell'Infermiere di famiglia e di comunità da parte di tre grandi Asl: Roma 4, 5 e 6.

Una giornata salutata da **Paolo Villari**, Direttore Dipartimento Sanità Pubblica e Malattie Infettive Università Sapienza di Roma e Direttore del Master di I livello Interateneo con Università di Tor Vergata: "Cure primarie e Sanità pubblica. Infermiere di famiglia e comunità", e voluta dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI Roma e dal Centro di Eccellenza-CECRI, che arriva nel momento in cui la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità è divenuta l'anello fondamentale nella cosiddetta medicina d'iniziativa. Non a caso, è la figura professionale che, assieme ai MMG/PLS, si prende carico dei problemi sanitari della persona e del



I Dirigenti Infermieristici Sandroni, Turci e Carboni con la Presidente OPI Roma, Pulimeno

suo contesto per trovare soluzioni che permettono la deospedalizzazione precoce, la riduzione dei ricoveri impropri per patologie croniche, la prevenzione delle riacutizzazioni. Grazie a questo, è possibile passare dal "paradigma dell'attesa" a quello "dell'iniziativa" che consente l'intercettazione della persona nel

proprio nucleo familiare prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo, quindi, interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando anche sulla prevenzione e sull'educazione.

"Finalmente, si sta consolidando l'idea di nuovi modelli infermieristici - ha detto



Il gruppo di lavoro delle tre Asl





Il gruppo Asl Roma 4 con le IFeC e i MMG delle Ucp



Le due IFeC, Concetta Mamone e Margherita Parisi

in apertura la Presidente OPI di Roma, **Ausilia Pulimeno** -. Un percorso che, ora, anche nel Lazio, ha avuto una risoluzione positiva, figlia di impegno e, qualche volta, di lotta. Dobbiamo ancora sfrondare una serie di idee troppo legate al nostro background, ergo all'assistenza in ospedale. È lì che i nostri studenti effettuano ancora troppe ore di tirocinio: altrove, invece, in Europa e nel mondo, già anni fa, si poneva molto attenzione alla presenza degli infermieri fuori dai presidi nosocomiali. Oggi, il nostro scopo è lavorare in team con le altre figure professionali coinvolte: con il progetto dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità ci siamo riusciti. Non siamo i primi in Italia, ma siamo orgogliosi di questo obiettivo perché

portiamo avanti un nuovo paradigma dell'assistenza, più adeguato ai nuovi bisogni della popolazione", ha concluso Pulimeno. L'inserimento dell'Infermiere di Famiglia nelle Cure Primarie può essere una risposta. Ma, ovviamente, prevede una riorganizzazione delle attività territoriali e il coinvolgimento di ogni singolo attore della rete, di altre famiglie professionali.

"Ci troviamo di fronte a un passaggio epocale - ha spiegato **Giuseppe Quintavalle**, Direttore Generale Asl Roma 4 e commissario straordinario della Asl Roma 5 - in cui il ruolo infermieristico è determinante. L'aumento degli anziani, per esempio, è sempre più evidente, ed entrare nelle case per intercettare il biso-





(da sinistra) Sandroni, Turci e Carboni



gno di salute, prima che diventi una necessità clinica da trattare, è fondamentale per ridurre l'ospedalizzazione e aiutare tutti i professionisti coinvolti. Per una volta, quello di cui parliamo oggi non è un annuncio, ma un progetto già attivo su un territorio vasto e interessato da tanti bisogni sociosanitari. Territorio che merita attenzione e competenze specifiche, non un 'ripiego' rispetto allo standard ospedaliero". Quintavalle ha portato anche i saluti del direttore generale della Asl Roma 6, **Narciso Mostarda**.

"Soprattutto - ha precisato **Luigia Carboni**, Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie Asl Roma 5 -, va ricordato che l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità abbatte anche una serie di pregiudizi, a partire dal binomio medico di medicina generale/infermiere. Non a caso, questa figura, così come si sta delineando, si pone come 'facilitatore', come *trait d'union*, tra i bisogni degli assistiti e i medici di base. Senza dimenticare che è anche 'attivatore' della rete di servizi sul territorio: in pratica, la sua essenza chiarisce il concetto stesso di Infermieristica di Comunità, in quanto nodo cruciale dell'assistenza in loco. L'infermiere è un 'valore aggiunto', che fornisce le sue competenze affiancandole a quelle cliniche del medico di base, senza mai a lui sovrapporsi, ma lavorando in sinergia per una presa in carico della persona a 360 gradi. Ognuno nella sua specificità e senza prevaricazioni, tutti gli attori coinvolti nelle cure al cittadino, concorrono al suo benessere; nel *team* multidisciplinare, l'infermiere è il garante del-

l'assistenza, anche fuori dall'ospedale". L'evento ha fornito indicazioni circa l'importanza di educare la popolazione e chi opera nelle strutture sanitarie sulle modalità operative di tale infermiere; sulla necessità di creare una rete di collaborazioni. Il progetto: "La famiglia in equilibrio", nato dalla sinergia di tre ASL Romane (4, 5 e 6), ha previsto un percorso formativo specifico per implementare le conoscenze sugli interventi proattivi che l'infermiere può mettere in campo e si è concluso con una presentazione delle attività dell'Infermiere di Famiglia ai professionisti che lavorano nella rete sanitaria territoriale. "La specificità di questa iniziativa - ha sottolineato **Cinzia Sandroni**, Direttore UOC Professione Infermieristica Asl Roma 6 - consta proprio nel fatto che, per la prima volta, tre Asl, con caratteristiche territoriali di vasta portata, hanno condiviso una progettualità dall'inizio alla fine. Lavorare sul percorso di formazione dei nostri professionisti, specie per quanto attiene al 'Caring' è una nostra priorità. L'Infermiere di Famiglia, oltre alle competenze già apprese e condivise con i colleghi, deve avere uno spiccato senso umano. Stare accanto alle persone, nelle loro case, nelle loro vite, equivale a 'toccarle' nell'intimo. Ecco: è la parte 'tattile'; quella del tocco propriamente detta, che specifica questo nuovo modello infermieristico".

"Nella Asl Roma 4 - ha spiegato **Carlo Turci**, Direttore DAPSS Roma 4 e tesoriere OPI Roma - l'esperienza è partita, in via sperimentale, il 4 novembre, ed ha coinvolto le due infermiere Margherita

Parisi, presso una UCP di Ladispoli, e Concetta Mamone, in una UCP di Cerveteri. La storia della nascita di questo progetto s'intreccia con quella, imprescindibile, dell'importanza del lavoro di gruppo, delle sinergie positive dalle esperienze condivise con le altre tre Asl coinvolte. Tutti i candidati Infermieri di Famiglia e di Comunità di queste si sono formati presso l'OPI di Roma. L'esperienza della Asl Roma 4, per esempio, ha previsto la partecipazione ad un corso sperimentale che ha coinvolto 25 professionisti (posizioni organizzative, dirigenti e IFeC, *ndh*) per sviluppare le competenze in ambito di: comunicazione, orientamento al risultato, *teamwork*, negoziazione tramite un pacchetto integrato di *coaching* individuale e di team, di *mentoring* e formazione d'aula. A questo ne è seguito un altro, accreditato ECM, per migliorare le competenze di *counseling* motivazionale, nonché un corso gestito dalle Posizioni Organizzative per implementare le conoscenze sul percorso del paziente cronico sul territorio del Distretto 2 della Asl Roma 4.

Continua Turci: "Quello di oggi è il risultato di un percorso lungo e complesso, fatto di varie tappe per indirizzare i contenuti della figura dell'Infermiere di Famiglia inserita in un modello di assistenza e in un modello di erogazione aziendale. Ogni tappa ha previsto numerosi incontri che hanno contribuito a formare la fitta rete di conoscenze atta alla fattibilità di un progetto che, altrimenti, sarebbe rimasto sulla carta. Una rete, che ha creduto nella leadership del gruppo Opi

Roma, e che è composta da innumerevoli professionalità delle direzioni generali, di quelle infermieristiche, delle altre professioni che concorrono agli obiettivi di salute dei pazienti; delle altre regioni con le loro *best practice*, delle istituzioni. Insomma, tante persone incontrate con cui si è definito e ridefinito un modello che, adesso, rappresenterà una realtà sul territorio di Roma e provincia e un punto di partenza su cui lavorare”.

Sono le due infermiere IFeC, **Mamone e Parisi**, a spiegare il progetto 'da dentro': "Si tratta di un'esperienza importante, che pone anche l'accento sul lavoro con i medici di medicina generale.

È questo aspetto che apre una nuova prospettiva nell'assistenza infermieristica. Va detto che entrambe abbiamo ricevuto, e sentito, il loro sostegno: ci hanno presentato i pazienti e accompagnate al loro domicilio, spesso offrendoci anche una stanza nel loro studio. Il nostro lavoro si basa sull'educazione e il sostegno motivazionale alle buone abitudini di vita e all'aderenza alla terapia. Siamo fortemente motivate e, benché sia iniziato da poco, possiamo dire che grande è il riscontro di questo progetto fra i cittadini". "In effetti - gli ha fatto eco **Clara Zaccari**, Direttore Distretto 2 Asl Roma 4 - anche se siamo ancora all'inizio, sto già ricevendo le richieste di altri MMG per avere un infermiere in studio. A testimonianza che il lavoro di squadra funziona e... Conviene a tutti". Nelle due sessioni della giornata sono intervenuti pure: **Mocci**, coordinatore MMG Asl Roma 4; **Cacciotti**, MMG Asl Roma 4; **Mastroianni**, MMG Asl Roma 6 e **Bravetti**, MMG Asl Roma 5. E di: **Roberto Petteruti**, coordinatore CRI Asl Roma 4 e **Paola Capoleva**, assistente sociale Asl Roma 6. E di **Luciana Cacciotti**; **Daniele Bravetti**; **Serafina Mastroianni**; **Roberto Petteruti** e **Paola Capoleva**.

Per i padroni di casa (i sindaci di Santa Marinella, Tidei, e di Ladispoli, Grando), il saluto del delegato alla Salute, **Pa-squale Raia**.

## LO SCENARIO

# Nei prossimi dieci anni 8 milioni di anziani con almeno una malattia cronica grave

**N**ei prossimi dieci anni, 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave. Pertanto, l'istituzione omogenea dell'Infermiere di Famiglia su tutto il territorio nazionale risponderà, da un lato, al riconoscimento del ruolo delle **specializzazioni per la professione** e, dall'altro, all'adozione di modelli innovativi di prevenzione e **gestione proattiva** della cronicità.

Secondo l'Oms, l'infermiere deve consolidarsi ancora di più come un professionista che *"aiuta gli individui ad adattarsi a malattia e disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, nella comunità... In tal senso, svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e sociosanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione"*.

Oggi, lì dove il modello è già attivo, i numeri dicono che l'infermiere di Famiglia evita ricoveri impropri; previene e diminuisce le complicanze; promuove l'auto-cura; armonizza i percorsi nel sistema, facendo diminuire i contenziosi e risponde ai bisogni delle persone che, dopo brevi ospedalizzazioni, necessitano di un lungo supporto assistenziale. **Il futuro del benessere dei cittadini passa dall'implementazione dell'assistenza infermieristica, in special modo di famiglia e co-**

**munità, ben integrata in equipe ampie, a casa delle persone.**

Il limite attuale è che tutto ciò avvenga soprattutto in periferia, nelle realtà più piccole, e che sia privilegio di pochi, con forti disomogeneità.

**La Fnopi ha calcolato che, nell'immediato, per far fronte al bisogno di salute sul territorio delle persone con patologie croniche e non autosufficienza, servono almeno 31mila infermieri.** Inoltre, i son-

daggi hanno evidenziato che un cittadino su due reputa insufficiente il numero di infermieri a garanzia dell'assistenza non solo in ospedale, vorrebbero essere assistiti da un infermiere nella farmacia dei servizi (65,5%); poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità (78,6%); poter consultare un infermiere esperto in trattamento di ferite/lesioni cutanee (86,1%); avere un infermiere a disposizione nei plessi scolastici (84,1%); un infermiere di fiducia, convenzionato, perché lavori in sinergia con il medico di base e assicurarsi assistenza h24.

**L'infermiere care manager**, dopo la giusta diagnosi, segue, guida e aiuta i pazienti; lavora in équipe col medico; è "di famiglia" perché sul territorio; gestisce i processi infermieristici in ambito comunitario; opera con il pediatra di libera scelta e le altre famiglie professionali coinvolte per aiutare a trovare soluzioni a malattie croniche e disabilità. Riassumendo, le

funzioni che lo descrivono sono:

1. valutazione dello stato di salute e dei bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, del contesto familiare e di comunità;
2. promozione e partecipazione ad iniziative di prevenzione della salute collettiva;
3. promozione di interventi informativi ed educativi rivolti a singoli, famiglie e gruppi, atti a promuovere modifiche degli stili di vita;
4. presidio e facilitazione dei percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete;
5. pianificazione ed erogazione di interventi assistenziali personalizzati, anche avvalendosi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti (es. *wound care*, stomie, nutrizione e ventilazione artificiale domiciliare, cure palliative etc.);
6. promozione dell'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
7. partecipazione alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute;
8. sostegno ai percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari residenziali e semi-residenziali;
9. garanzia alle attività previste per la realizzazione degli obiettivi della nuova sanità di iniziativa;
10. partecipazione all'integrazione professionale che persegue l'appropriatezza

degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure (Legge 219/17, norme in materia di consenso informato).

Il **care manager** è la figura di riferimento per il paziente, la sua famiglia e il *caregiver*. È un operatore esperto che si orienta sia rispetto al percorso assistenziale previsto, sia rispetto all'offerta del territorio, si interfaccia con l'assistito e il suo contesto, rapportandosi con le istituzioni e gli enti erogatori. L'intervento di questo professionista si sviluppa sostanzialmente in tre ambiti: ambulatoriale (con l'erogazione di: prelievi, medicazioni, iniezioni, infusioni, etc., in una modalità di risposta complessiva che permetta di limitare la distanza tra cittadino e istituzioni); domiciliare (con promozione della continuità di cura tra ospedale e territorio, e viceversa; della salute nella comunità, valorizzando l'autocura ed autogestione; tutorato nei confronti dei *caregivers*, badanti, e/o altre risorse); sociale (con attività trasversali che favoriscono un "lavoro di rete").

In Italia, alcune Regioni ne hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel Ssr, prevedendone non solo ruoli e funzioni, ma anche percorsi formativi; altre hanno attivato sperimentazioni e altre ancora hanno presentato proposte di legge per istituirla. Dov'è riconosciuta la sua valen-

za strategica, è stato possibile: potenziare l'offerta dei servizi territoriali e domiciliari; migliorare l'accesso ai servizi sanitari, con integrazione dei servizi assistenziali, sociali e ospedalieri; riconoscere precocemente gli stati di fragilità prima che insorgano stati irreversibili di disabilità; gestire in modo integrato le condizioni di cronicità in collaborazione con i MMG e gli altri professionisti; sviluppare l'educazione terapeutica per l'autogestione della malattia; gestire appropriati strumenti di teleassistenza.

Per mettere a sistema la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità i percorsi possibili sono due: un disegno di legge *ad hoc*; l'inserimento nel Patto per la Salute recepito con l'intesa Stato-Regioni e allargato all'intero territorio nazionale.

In particolare, bisognerà coprire l'enorme incremento di bisogno di continuità dell'assistenza e di educazione terapeutica soprattutto per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità, che è possibile perseguire anche attraverso lo sviluppo di strutture intermedie a gestione infermieristica e domiciliare.

Lo strumento è quello dell'implementazione sul territorio nazionale delle esperienze assistenziali efficaci, a partire dall'Infermieristica di famiglia: **solo in questo modo, il Ssn si innova e rafforza; restando accanto ai nuovi bisogni di salute delle comunità.**

## L'ANNUNCIO

### Dalle Regioni una Conferenza nazionale sulla Salute

Regioni e mondo delle professioni sanitarie continuano a confrontarsi per l'avvio del Tavolo previsto dal protocollo siglato dalla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Nell'incontro dello scorso 23 ottobre, sono stati affrontati i principali temi relativi allo sviluppo della professione infermieristica. E, proprio sotto questo profilo, si è concordato un percorso che possa portare a una definizione puntuale della funzione e del ruolo dell'Infermiere di Famiglia: figura proposta nella stesura definitiva del nuovo Patto per la Salute.

Il confronto è servito per sancire la volontà di coinvolgere tutte le professioni che, a vario titolo, lavorano e concorrono allo sviluppo del Ssn. Da qui, la proposta di una Conferenza nazionale sulla Salute che ha già incontrato il sostegno del Ministro Roberto Speranza.


Una Conferenza che vuole essere anche il progetto di una grande alleanza fra le istituzioni statali e regionali e le professioni mediche e sanitarie, allo scopo di rilanciare e valorizzare la sanità pubblica italiana.

## Sempre troppo pochi e vittime di maltrattamenti Gli infermieri vanno sostenuti di più

**G**li episodi di cronaca incalzano con la loro drammaticità e, finalmente, la stampa si accorge che quella della violenza contro gli operatori sanitari è una vera piaga.

Dopo un'estate segnata da aggressioni e intimidazioni ai danni di infermieri e medici, anche la politica si muove e la questione guadagna le prime pagine dei giornali.

**IL TEMPO** Il *Tempo* (9/9/19) titola "Aggressioni in ospedale: «Daspo e telecamere»". Nell'articolo si legge: "Un grande fratello in grado di monitorare i Pronto soccorso più sovraffollati ed agire da deterrente per gli utenti meno pazienti contro infermieri e medici. Ma anche una sorta di Daspo per i più violenti, come già previsto per le curve degli stadi. Queste le principali misure allo studio del nuovo tavolo tecnico permanente istituito dalla Prefettura di Roma contro le aggressioni negli ospedali. I provvedimenti, decisi durante la riunione del Comitato Ordine e Sicurezza pubblica a palazzo Valentini, arrivano dopo la serie di aggressioni a medici e infermieri (con una media di oltre cento all'anno tra il 2014 e il 2018)".

 Se ne occupa anche il quotidiano cattolico **Avenire** (11/9/19) titolando «Basta aggressioni e più formazione». Il servizio spiega: "Dalla sicurezza in corsia a nuovi percorsi di specializzazione, la base detta le sue priorità. Alla base - tra i sindacati dei medici e degli infermieri, gli ordini professionali e chi ogni giorno si misura con le difficoltà concrete della sanità italiana - le idee sono chiare e gli auspici buoni: il neonato governo potrà fare bene, se ispirato proprio dal superamento delle disuguaglianze che ogni giorno i pazienti sperimentano da Nord a Sud. Tra il dire e il fare, per ora, c'è spazio per l'agenda delle priorità e ciascuno detta la sua".

Fronte compatto sulla sicurezza degli operatori sanitari, mentre la presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), Barbara Mangiacavalli, insiste sulle aspettative di oltre 450 mila infermieri: «In ballo, da chiudere a stretto giro, oltre alla fuoriuscita di 50 mila infermieri che con Quota 100 rischiano di aumentare fino a 75.000, c'è la figura dell'infermiere di famiglia contenuta nella bozza del nuovo Patto per la Salute, raccordo Stato-Regioni sugli ospedali di comunità che con la mancata intesa subito prima della pausa estiva, può essere varato come decreto già da adesso proprio dal ministro della Salute».

Dopo le ferie estive, l'attività torna a pieno regime tra i problemi **IL TEMPO** di sempre e qualche novità. Anche di tipo tecnologico. Il *Tempo* (4/9/19) riferisce di un nuovo servizio via smartphone: "L'App ti dice il pronto soccorso più libero" è

il titolo. Nell'articolo si legge: "«Non più file al Pronto soccorso», assicura la Regione Lazio (...) Esulta la Pisana, perché arriva «la prima app nata dai dati di Open Data Lazio. Con questa semplice applicazione è possibile sapere quante persone ci sono in attesa nel Pronto Soccorso più vicino e individuare così quello con meno pazienti in attesa, così da evitare lunghe file».

Quindi, i cittadini avranno una sorta di navigator dell'emergenza-urgenza: se il Pronto Soccorso più prossimo non è del tutto «pronto», ecco che consiglia il dirottamento in un altro Ps meno sovraffollato. Perché l'app (già scaricabile sia per i telefonini che per i computer): «consente inoltre di visualizzare gli ospedali del Lazio su mappa o elenco; sapere quante persone il pronto soccorso sta trattando in quel preciso momento (quanti codici rossi, gialli e verdi) e ricercare un ospedale per nome».

**Il Messaggero** Novità anche per le strutture sanitarie della capitale. Il *Messaggero* (5/9/19) titola "Inaugurata a Trastevere la Casa della salute". Si legge: "Ha aperto i battenti a Trastevere, all'interno dello storico presidio annesso all'antica chiesa di San Cosimato, la ventesima Casa della salute del sistema sanitario regionale. «Con questa nuova struttura potenziamo la rete dell'assistenza territoriale», ha detto l'assessore regionale Alessio D'Amato, all'inaugurazione, assieme al Dg della Asl Rm 1, Angelo Tanese, e alla presidente del Municipio I, Sabrina Alfonsi. Finanziata con 400 mila euro, la Casa della salute di Trastevere ospita diversi servizi, a partire da un ambulatorio di cure primarie, la guardia medica, un ambulatorio infermieristico e un centro prelievi. Per quanto riguarda la specialistica, ci sono i "percorsi" scompenso cardiaco, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva. L'accoglienza, invece, sarà garantita con un punto unico d'accesso (Pua) per la presa in carico dei bisogni socio-sanitari, un centro assistenza domiciliare, l'accoglienza salute mentale e uno sportello del volontariato.

Acque sempre molto agitate tra i lavoratori della sanità privata. Da settimane ormai aleggia lo sciopero. **Conquiste del Lavoro** *Conquiste del Lavoro* (5/9/19) se ne occupa titolando: "Sanità privata Lazio: domani presidio dei lavoratori davanti al ministero per il contratto". "Nuova protesta, domani davanti al ministero della Salute, degli oltre 25 mila lavoratori della sanità privata del Lazio che aspettano da 12 anni, come gli altri colleghi italiani, il rinnovo del contratto - si legge - Oltre un anno di mobilitazione, scioperi e manifestazioni locali e nazionali, nonostante le quali i confronti sono ripresi a singhiozzo, fino alla rottura dello scorso luglio, con l'esito negativo delle procedure di raffreddamento. Lo scrivono in una nota i segretari generali di Fp Cgil, Cisl

Fp e Uil Fpl Roma e Lazio, Natale Di Cola, Roberto Chierchia e Sandro Bernardini. Questi lavoratori senza aumenti salariali e avanzamento di diritti, mandano avanti ogni giorno un terzo dei servizi alla salute del Lazio, in pochi, con eccesso di straordinari e turni massacranti. Sono infermieri, Oss, terapeuti, amministrativi, su cui ricadono interamente gli oneri ma che non hanno le stesse tutele e diritti dei lavoratori pubblici". "Andremo avanti fino allo sciopero nazionale", concludono i sindacalisti.

## Il Messaggero

Sul fronte degli organici carenti, qualcosa sembra muoversi. Il **Messaggero** (10/9/19) scrive "Medici e infermieri, via ad assunzioni extra ma costeranno almeno 3,5 miliardi di euro". Il servizio spiega: "Uno degli effetti collaterali di quota 100 è che sta svuotando gli ospedali. Il premier Giuseppe Conte ha annunciato perciò un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri, proprio come richiesto dal neoministro della Sanità Roberto Speranza (...). Secondo i dati in possesso della Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn, oggi mancano all'appello 8.000 camici bianchi, destinati a diventare 20.000 nel 2021, ovvero entro la fine del periodo di sperimentazione del pacchetto introdotto dalla Lega per uscire dal lavoro con 62 anni di età e 38 di contributi. «Di infermieri ne mancano invece oltre 50 mila e con Quota 100 rischiano di diventare 75 mila», sostiene Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI. "In Campania e Sicilia, tenuto conto degli effetti di quota 100, nel 2021 la carenza di infermieri supererà le 21 mila unità, mentre nel Lazio la Fnopi stima che ne andranno assunti 4.068. Risultato? Il piano straordinario di assunzioni annunciato dal presidente del Consiglio in Parlamento dovrà portare alla contrattualizzazione di 95 mila professionisti, tra medici e infermieri". Novità importanti per un'istituzione della sanità romana, un'eccellenza nota in tutto il mondo: l'Ospedale pediatrico Bambino

## IL TEMPO

Gesù. Lo rivela **Il Tempo** (9/9/19) titolando "Rivoluzione al Bambino Gesù. La presidente al comando". "L'ospedale pediatrico Bambino Gesù, come anticipato dal Tempo l'11 agosto, cambia organizzazione e l'intera gestione va alla presidente Mariella Enoc - scrive il quotidiano romano - Fonti vicine all'ospedale spiegano che è stata superata la figura del direttore generale e che a fine luglio è stato perciò rimosso Ruggero Parrotto. Il cambiamento organizzativo avviene in una fase delicata di sviluppo dell'ospedale, obbligato ad ampliare i suoi spazi per rispondere alle richieste di cura sempre maggiori. La presidente Enoc ha preferito avocare direttamente a sé la responsabilità nella gestione dell'ospedale. Una scelta - viene spiegato - dettata da esigenze di prudenza e piena responsabilità. La decisione ha avuto il via libera del Papa, del segretario di Stato vaticano, il cardinale Pietro Parolin, e del consiglio di amministrazione". E, a proposito di novità, quella del triage numerico nei Ps è ormai in dirittura d'arrivo. **Il Tempo** (12/9/19) l'annuncia con largo anticipo: "Il «trage» dai colori ai numeri". E spiega: "I pronto soccorso del Lazio daranno i numeri. La Regione ha infatti deciso di passare dagli attuali 4 colori (rosso, giallo, verde e bianco), che misurano il grado di complessità del soccorso, al nuovo si-

stema a 5 codici numerici (dall'1 al 5). Andrà in ordine di gravità, dall'1 dell'emergenza al 2 dell'urgenza fino al 3 dell'urgenza differibile, il 4 dell'urgenza minore e il 5 della non urgenza. Questo aggiornamento delle linee guida sul triage intraospedaliero sarà operativo a partire dal 2020. Ma già lo scorso anno il gruppo di lavoro incaricato dalla Regione aveva attivato una sperimentazione delle schede a 5 codici in 8 pronto soccorso generalisti e 3 pediatriche con il coinvolgimento di circa 80 tra medici e infermieri e oltre 7.000 pazienti".

Torna d'attualità il tema della violenza contro gli operatori sanitari.

## 24 ORE

Stavolta, la novità arriva dal Parlamento. Il **Sole 24 Ore** (24/9/19) riferisce: "Violenze in corsia, riparte il Ddl con pene più severe". Il servizio spiega: "Aggravanti per chi commette atti di violenza contro gli esercenti le professioni sanitarie mentre lavorano e istituzione di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli operatori sanitari al ministero della Salute, per monitorare gli episodi di violenza e l'attuazione delle misure di prevenzione. Questi i due pilastri del Ddl che punta a limitare il fenomeno delle aggressioni nei confronti del personale sanitario che dopo l'approvazione in commissione Igiene e Sanità dell'estate scorsa oggi approda nell'Aula del Senato. Il provvedimento, come detto, inasprisce le pene e introduce la procedibilità d'ufficio. È stata anche approvata la misura voluta dalla Lega che applica nei casi di aggressione ai professionisti sanitari le stesse pene previste nei casi di episodi di violenza contro i pubblici ufficiali in servizio durante le manifestazioni sportive. In pratica, chi usa violenza ai danni di un operatore sanitario rischia fino a 16 anni di carcere".



Due giorni più tardi, è **Avvenire** (26/9/19) ad annunciare: "Violenze contro i medici in corsia: il Senato ha approvato la legge". E spiega: "L'aula del Senato ha approvato ieri all'unanimità, con 237 voti a favore, il Ddl in materia di sicurezza per gli esercenti delle professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Il provvedimento, messo a punto dall'ex ministro della Salute Giulia Grillo e fortemente richiesto da medici e operatori per fermare il dilagante fenomeno della violenza ai loro danni, passa ora all'esame della Camera. Il disegno di legge prevede pene più pesanti (fino a 16 anni di carcere) per chi aggredisce, provocando lesioni gravi o gravissime, medici, infermieri e operatori socio-sanitari e l'istituzione di un Osservatorio nazionale sulla loro sicurezza. La futura legge sarà a costo zero. L'approvazione del testo, rimasto fermo per oltre un anno in Parlamento, «rappresenta per i professionisti della salute motivo di soddisfazione» e «un passo avanti concreto» per fermare le aggressioni in corsia, commenta la Mangiacavalli.

## Italia Oggi

Anche **Italia Oggi** (26/9/19) sottolinea la novità normativa con il titolo "Violenze ai medici, fino a 16 anni di pena". "È quanto prevede il Ddl 867 recante «disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni», approvato ieri in prima lettura dal Senato con 237 voti favorevoli e nessun contrario - riferisce il quotidiano econo-

mico - Il testo, atteso ora alla Camera, è stato approvato dopo circa un anno dalla sua presentazione, avvenuta il 16 ottobre 2018. L'articolo 1 del Ddl stabilisce che con decreto del ministro della salute, da emanare entro tre mesi dall'entrata in vigore del Ddl, verrà istituito presso il ministero della salute l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie. L'Osservatorio sarà composto da esponenti delle regioni, un rappresentante dell'Agenas, componenti dei ministeri dell'interno, della giustizia, della difesa e del lavoro, degli ordini professionali e delle associazioni tra pazienti".

Insomma, il primo passo è compiuto, ma ne occorrono altri. Che

**Italia Oggi** il ministro assicura si faranno presto. Il quotidiano **Italia Oggi** (12/10/19) titola: "Sicurezza sanitari in dirittura". Riportando le parole di Speranza: "Approveremo al più presto la legge per tutelare chi lavora nella salute. Dobbiamo prenderci cura di chi si prende cura di noi. Le aggressioni e le violenze sono inaccettabili. È stato già approvato un testo all'unanimità al Senato, vogliamo migliorarlo nel passaggio alla Camera per approvare una legge utile al nostro Paese e a difesa di chi ogni giorno si occupa della nostra salute". Sempre **Italia Oggi** (27/9/19) riferisce delle istanze che gli infermieri avanzano al nuovo ministro della Salute. Il titolo è "Gli infermieri a Speranza: «Più assistenza sul territorio»". Si legge: "Infermiere di famiglia, carenze, specializzazioni infermieristiche e conferma dei contenuti del Patto per la salute che prevede un forte rilancio dell'assistenza sul territorio. Questi, gli argomenti dell'incontro di ieri tra il Ministro della salute, Speranza, e la presidente e il portavoce FNOPI, Mangiacavalli e Aceti. L'incontro è il primo, in ordine temporale, del neoministro con le professioni che operano nella sanità. «Dobbiamo guardare solo al futuro dell'organizzazione e dell'assistenza, senza fare alcun passo indietro, riconoscendo le competenze che la professione infermieristica ha ormai acquisito da oltre 20 anni», ha detto Mangiacavalli al ministro". Neanche il tempo di sperare nel cambiamento, che la cronaca

**IL TEMPO** riporta tutti alla cruda realtà. **Il Tempo** (16/10/19) titola "Paziente picchia infermiera e medico". Nell'articolo si legge: "Stavolta il 118 lo hanno dovuto chiamare per il loro soccorso: l'infermiera, afferrata al collo ai limiti dello strangolamento, e il medico, intervenuto in sua difesa, preso a calci fino alla lussazione completa della mandibola. Questa la notte da incubo vissuta dall'equipe in servizio ieri a Roma, a bordo dell'ambulanza della postazione mobile Set 118 «Treviso»". "«Anche questa brutale, violenta aggressione, per cui esprimo da parte mia e della Sis 118 tutta la vicinanza ai colleghi, medico ed infermiera, aggrediti - dice Mario Balzanelli, presidente nazionale della Sis 118 - conferma la necessità più urgente di mettere in sicurezza l'intero Sistema 118 nazionale attraverso misure strutturali (quali, ad esempio, la presenza di piante organiche piene e non vuote, e la garanzia incentivante di indennità specifiche di rischio biologico ed ambientale per tutti gli operatori in servizio, medici, infermieri ed autisti-soccorritori) che richiedono, con urgenza, la contrazione più cogente dei tempi previsti

per la riforma legislativa»".

**Il Tempo** (16/10/19) riassume così la situazione: "Nel Lazio ogni **IL TEMPO** tre giorni viene aggredito un operatore sanitario". E spiega: "I verbali dei pronto soccorso laziali stanno diventando dei bollettini di guerra per gli operatori sanitari. Perché nelle strutture sanitarie del Lazio c'è una media di un'aggressione ogni 3 giorni: sono ben 560 quelle registrate negli ultimi 5 anni. Dopo gli ultimi casi (15 giorni di prognosi per un medico e un infermiere), il mese scorso il sindacato infermieristico Nursind è arrivato a organizzare un «sit-in di protesta di fronte al San Camillo per chiedere delle soluzioni (e non chiacchiere) contro i frequenti atti di violenza a danno degli operatori sanitari», protesta il segretario provinciale, Stefano Barone. Anche l'ospedale Sant'Andrea ha deciso di arruolare una psicologa per avviare un «programma di prevenzione degli atti di violenza» per i suoi dipendenti. E il policlinico Umberto I curerà l'attività di «collegamento operativo con le centrali dei servizi di emergenza che riguarderà tutti i nostri operatori sanitari allo scopo di migliorare la sicurezza negli ospedali», ha annunciato il mese scorso l'assessore regionale alla Sanità, D'Amato. Secondo una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata, ben l'89,6% degli infermieri è stato vittima di violenza fisica, verbale o telefonica, o addirittura di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro. Nel 43,1% dei casi si tratta di lancio di oggetti e stessa percentuale di casi di sputi verso l'operatore sanitario, ma a seguire (39,1%) ci sono graffi, schiaffi e pugni (37,2%), tentata aggressione (36,6%) spintoni (35,4%) e calci (26,2%). Le violenze verbali sono state registrate nel 26,6% dei casi per più di 15 volte. Maltrattati e pochi, gli infermieri fanno notizia. Così, i paurosi vuoti negli organici infermieristici rispolverano l'interesse dei media. **Il Giornale** (28/10/19) titola proprio su questo: "E a mancare sono

anche gli infermieri: 30 mila i posti vacanti soprattutto al Sud". Il servizio riporta dati inquietanti: "Non solo medici, a scarseggiare sono anche gli infermieri. Diretta conseguenza dei tagli richiesti al sistema sanitario nazionale dalle finanziarie. Ancora una volta nel confronto internazionale l'Italia si posiziona agli ultimi posti della classifica Ocse. Ci sono circa 30 mila infermieri in meno rispetto alle reali necessità. E diventeranno 58 mila in meno nel 2023 e quasi 90 mila in meno nel 2033. Il rapporto tra il numero di medici e gli infermieri si è mantenuto piuttosto basso negli anni. Ma, tra i sistemi sanitari regionali ci sono molte differenze. Così, in regioni come la Calabria, per ogni medico dipendente troviamo mediamente 1,86 infermieri mentre in Emilia Romagna e nella Provincia autonoma di Bolzano il rapporto supera di poco i 3 infermieri ogni medico. Le regioni che avvertono maggiormente la carenza di infermieri sono la Campania, la Sicilia, l'Abruzzo. Secondo il rapporto Oasi 2018 di Cergas, il Centro per la ricerca sulla gestione della salute, in base alle caratteristiche della popolazione italiana e alle malattie più diffuse, il sistema nazionale dovrebbe spingere verso l'aumento del numero di infermieri". E invece...

## Studio finanziato dal CECRI vince il "Clinical Article of the Year Award"

### Gianluca Pucciarelli è *International Fellow dell'American Heart Association*

Il Congresso dell'*American Heart Association*, che si è svolto a Philadelphia (Usa) dal 16 al 19 novembre 2019, ha visto tra i protagonisti **Gianluca Pucciarelli**, assegnista di ricerca in Scienze Infermieristiche presso Università degli Studi di Roma Tor Vergata, quale vincitore del premio "2019 CVSN Clinical Article of the Year Award", indetto dall'associazione statunitense.

L'articolo a cui il premio fa riferimento è il seguente: Pucciarelli G, Lee C.S, Lyons KS, Simeone S, Alvaro R, Vellone E, "Quality of life trajectories among stroke survivors and the related changes in caregiver outcomes: a growth mixture study". Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2019, 100: 433-440. Ed è frutto di una collaborazione internazionale tra la cattedra di Scienze Infermieristiche di Tor Vergata e il Boston College Williams "F. Connell School of Nursing" di Boston (Usa), per il quale è stata arruolata una coorte di 223 diadi di pazienti affetti da *stroke* con i rispettivi famigliari (caregiver informale) e li ha seguiti per un anno con *follow-up* ogni tre mesi.

Lo studio ha ricevuto l'imprescindibile supporto finanziario del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) di OPI Roma.

Tra le motivazioni del premio: l'analisi dei dati molto innovativa per aver utilizzato, per la prima volta su quel genere di popolazione, metodologie multilivello, ha fatto emergere tre distinte sottopopolazioni con ictus e i rispettivi determinanti e diverse traiettorie in riferimento alla rispettiva qualità di vita. Lo studio ha dimostrato come ognuna di questa traiettoria abbia un'associazione con il livello di ansia, depressione e *burden* del familiare.

Inoltre, il dottor Pucciarelli, non nuovo a vincere premi di questo genere, da oggi può fregiarsi pure del titolo di *International Fellow* assegnatogli proprio dall'*American Heart Association*.

Con una lettera dello scorso 16 settembre, infatti, l'onorificenza (tra le massime che una società scientifica possa dare) è arrivata perché, tra i membri attivi da qualche anno, il giovane ricerca-



September 16, 2019

Gianluca Pucciarelli, RN, MSN, PhD, FAHA  
University of Rome Tor Vergata  
Rome  
ITA

Dear Dr. Pucciarelli,

On behalf of the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, it is a pleasure to congratulate you on your election as International Fellow of the American Heart Association.

You and the other newly elected Fellows will be recognized at the Annual CVSN Council Awards Dinner where you will be presented the official election letter and a certificate to commemorate this career achievement. You will receive a complimentary dinner ticket to attend this event and we strongly encouraged to attend. The dinner will be held during the AHA Scientific Sessions 2019 in Philadelphia, PA

Date: Saturday, November 16, 2018  
Place: Philadelphia Marriott Hotel  
Time: 7:45 pm -10:00 pm

Please let us know if you will be attending the dinner by October 11, 2019.

- If you will attend the dinner. If you are unable to attend the dinner, your certificate will be mailed to you after Scientific Sessions.

Congratulations on this accomplishment; and if you have any questions or need our assistance in anyway, please feel free to contact Kim Richardson [kim.richardson@heart.org](mailto:kim.richardson@heart.org) or me.

Sincerely,

Nancy Artinian, PhD, FAHA  
Chair, CVSN Nominating Committee

7272 Greenville Avenue | Dallas | TX | 75231

tore romano ha dimostrato di offrire validi contributi in ambito cardiovascolare, attraverso la pratica clinica e la ricerca; apportare un servizio significativo e attuale nella *mission* dell'*American Heart Association* e *American Stroke Association*; fornire una partecipazione attiva come membro della *task force* dell'AHA (da questo anno, infatti, è anche nel direttivo dello *Stroke Nursing Committee* dell'AHA).



## In Australia, la prima Conferenza G-I-N e Joanna Briggs CECRI presente con il vice direttore Maria Matarese

**D**al 30 ottobre al 2 novembre scorso, si è svolto un evento unico nel suo genere, organizzato dal G-I-N (Guidelines International Network), assieme al Joanna Briggs Institute (JBI) e ospitata dalla University of South Australia (UniSA), presso l'Adelaide Convention Centre.

Al centro delle giornate di studio: il valore delle linee-guida nell'assistenza sanitaria del XXI secolo. Un tema rilevante per tutti gli operatori sanitari, che promuove le migliori pratiche, allo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza della sanità mondiale. L'evento, nell'innovativo distretto biomedico, ha dato l'opportunità di ascoltare, apprendere e condividere esperienze e prospettive da tutto il mondo sull'importante ruolo delle linee-guida nell'assistenza sanitaria moderna.

La cerimonia inaugurale ha previsto l'esibizione di un gruppo di aborigeni Kaurna che, con le loro danze, hanno dato il loro caloroso benvenuto in Australia ai delegati provenienti da tutto il mondo. Al taglio del nastro ha fatto seguito l'inizio dei lavori con la conferenza d'apertura, dedicata al tema: *"Trustworthy evidence for question that matters"*. Il nuovo centro affiliato al JBI, CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship di OPI Roma, ha partecipato ai lavori della conferenza con il vice direttore del Centro JBI Italia, **Maria Matarese**.

La seconda giornata della conferenza G-I-N & JBI 2019 è stata aperta dalla discussione sulle evidenze del mondo reale (Real World Evidence-RWE). Se n'è parlato per capire se esse sono ricavate da dati ottenuti fuori del contesto degli studi clinici randomizzati controllati (RCT) e raccolti durante la pratica clinica di routine. La RWE può essere derivata da studi osservazionali retrospettivi o prospettici e registri osservazionali. Viene generata analizzando, ad esempio, i dati che sono archiviati in cartelle cliniche elettroniche, registri, dispositivi mobili, ecc.

La RWE entra in gioco quando gli studi clinici non possono spiegare un fenomeno sull'intera popolazione di pazienti affetti da una particolare malattia o condizione: i pazienti che soffrono di comorbilità, appartenenti a una regione geografica diversa o a range di età che non hanno partecipato a nessuna sperimentazione clinica, ad esempio, potrebbero non rispondere ad un trattamento o intervento come previsto. Queste evidenze risultano utili per valutare gli *outcome* su tutti i tipi di pazienti (quelli del



mondo reale, ovviamente) e garantire che ricevano un trattamento appropriato.

Nella terza e ultima giornata della conferenza G-I-N & JBI 2019, infine, si è discusso di vantaggi e svantaggi dell'utilizzo del "knowledge broker" nell'ambito del processo di traslazione delle evidenze nella pratica. Il *knowledge broker* è colui che fa da intermediario (o da "ponte") tra i produt-

tori delle evidenze scientifiche e quelli che le utilizzano nei contesti di pratica clinica o nell'ambito organizzativo. I suoi ruoli principali sono quelli di: gestore delle conoscenze, agente di collegamento, costruttore di capacità, facilitatore e valutatore. È stato dimostrato, infatti, che il *knowledge broker* facilita la collaborazione tra ricercatori, clinici e amministratori; li aiuta a identificare i problemi reali e promuovere processi decisionali informati dall'evidenza che prevedono, a loro volta, la valutazione critica e l'integrazione delle migliori evidenze disponibili con le conoscenze provenienti da altre fonti.

Questo, mentre si pensa già al futuro. Infatti, è stata già scelta la data per il prossimo G-I-N, che si svolgerà a Toronto, in Canada, dal 29 settembre al 2 ottobre 2020 (hashtag, #GIN2020). Senza dimenticare, il Global Evidence Summit 2 (nel 2021), dove G-I-N lavorerà con Cochrane, la Campbell Collaboration e il Joanna Briggs Institute per promuovere l'uso di prove di ricerca affidabili per affrontare alcune delle più gravi sfide sociali e sanitarie del mondo. Il GES è un evento quadriennale che riunisce alcune delle principali Organizzazioni mondiali nella pratica basata sull'evidenza in missione condivisa per fornire una piattaforma di discussione di temi importanti in diversi settori (tra cui: salute, istruzione, giustizia sociale, ambiente e cambiamenti climatici). Si tratta di un evento multidisciplinare e interculturale per migliorare la vita delle persone in tutto il mondo.

Il GES 2021 si terrà a ottobre, all'O2 Universum di Praga (Centro nazionale ceco per l'assistenza sanitaria basata sulle prove e la traduzione della conoscenza). Il sito scelto è una delle principali istituzioni nazionali per lo sviluppo di linee-guida e assistenza sanitaria basate sull'evidenza, che comprende un Centro di eccellenza JBI; un Centro Cochrane (Repubblica Ceca); un membro della Rete internazionale delle linee-guida e il Centro GRADE dell'Università Masaryk.

## Rosaria Alvaro *Fellow* dell'*American Academy of Nursing*

**R**osaria Alvaro, professore ordinario di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica e del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dello stesso ateneo, è *Fellow* della prestigiosa *American Academy of Nursing*.

È la quarta infermiera italiana a ricevere il prestigioso titolo dopo Loredana Sasso, Gennaro Rocco e Alessandro Stievano.

La cerimonia ufficiale di nomina è avvenuta da parte del presidente accademico Karen Cox, durante la *Driving Policy Conference* che si è svolta, tra il 24 ed il 26 ottobre 2019, al Marriott Marquis (Washington D.C.).

L'Academy nasce nel 1973 nell'ambito dell'*American Nursing Association* ed è una delle più autorevoli e potenti organizzazioni degli Stati Uniti. Ogni giorno, attraverso attività politiche e culturali in America e nel mondo, i suoi membri creano iniziative legate alle politiche ed alla conoscenza della salute per indirizzare la riforma dei sistemi sanitari evidenziando il contributo del



Rosaria Alvaro, al centro,  
fra i *Fellow* italiani Stievano e Rocco

e possibilità di influenzare le linee politiche dei sistemi sanitari. Rosaria Alvaro fa anche parte del collegio dei docenti del Dottorato di Ricerca in Infermieristica e Sanità Pubblica dell'Università di Roma Tor Vergata; è delegata del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata per l'Orientamento studenti; è direttore del Master in Management infermieristico e per le professioni sanitarie, Infermieristica in area critica, Camera operatoria Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Roma Tor Vergata. Autrice di numerose pubblicazioni, è membro dell'Osservatorio delle professioni sanitarie. Alla professoressa Alvaro le congratulazioni di OPI Roma e di tutta la comunità infermieristica.

## In Spagna, l'VIII Conferenza sull'Educazione Infermieristica

**D**al 26 al 29 aprile 2020, la cittadina di Sitges (a 40 Km da Barcellona) ospiterà l'VIII Conferenza internazionale sull'Educazione Infermieristica, dal titolo: "Trasformare l'educazione infermieristica e ostetrica: innovazione di leadership e diversità per l'impatto sanitario globale".

In Spagna, dunque, l'appuntamento è con una serie di conferenze NETNEP, progettata per facilitare la condivisione delle conoscenze e dell'esperienza di infermieristica, ostetrica e educazione sanitaria in tutto il mondo. NETNEP 2020 incoraggerà la condivisione della ricerca e della pratica dell'istruzione infermieristica, ostetrica e sanitaria per influire anche sull'esperienza di apprendimento degli studenti (oltre che dei professionisti qualificati).

I bisogni di assistenza sanitaria e sociale, la sicurezza, degli individui e delle comunità è imprescindibile in tutto il mondo, per questo, gli argomenti di queste tre giornate di studio includeranno: insegnamento e valutazione; apprendimento nella pra-

tica; educazione clinica; nuove tecnologie; simulazione e social media nell'insegnamento e nella pratica; curriculum innovazione e sviluppo; evidenza e discorso educativo; ricerca, borsa di studio e valutazione; sviluppo professionale e leadership.

Questo, senza escludere il gran numero di presentazioni e di poster durante l'evento che daranno ai delegati l'opportunità di ascoltare non solo le ultime ricerche o innovazioni nel campo dell'istruzione in una miriade di diversi contesti, ma anche di partecipare pienamente al programma interattivo.

La conferenza è rivolta a chiunque sia coinvolto nello sviluppo e organizzazione di infermieristica, ostetrica e educazione sanitaria, nonché a coloro che partecipano attivamente ai programmi educativi.

Saranno accolti, in particolare, i contributi degli educatori di Facoltà universitarie, infermieri e ostetriche, amministratori accademici, dirigenti scolastici senior, professionisti, oltre che di ricercatori e studenti.

## Violenza sugli operatori della sanità Ecco il decalogo di proposte FNOPI

**I**l 13 settembre scorso, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) ha lanciato un decalogo di proposte operative per il nuovo governo, per "Agire subito", in attesa che si approvi al più presto il disegno di legge contro la violenza sugli operatori della sanità, in discussione da un anno in Parlamento.

La Federazione (oltre 450mila iscritti di cui 270mila alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale e un numero di aggressioni ai suoi professionisti di circa 10mila/anno) ha messo a punto dieci risoluzioni per aumentare la sicurezza dei suoi professionisti, da proporre al neo ministro della Salute, Roberto Speranza.

1. **Tolleranza zero** verso la violenza nelle strutture sanitarie, con inasprimento delle pene perché chi la compie sappia (quindi massima informazione) di stare perpetrando un reato severamente punibile
2. **Regolamentare l'uso dei social nei luoghi di lavoro** e rispetto all'attività professionale per evitare commenti, furti di identità e proposte inappropriate (ne sono vittima circa il 12% dei professionisti coinvolti che nel caso degli infermieri sono per il 77% donne)
3. **Snellire le attese stressanti in pronto soccorso** con meccanismi di smistamento alternativi (es. *see&treat*) per ridurre la tensione e la reattività dei pazienti
4. **Stabilire pene più severe** per chi aggredisca verbalmente e fisicamente un professionista sanitario donna sul luogo di lavoro, prevedendo l'aggravante del pericolo che nell'azione possono correre gli assistiti
5. **Aumentare la formazione del personale** nel riconoscere, identificare e controllare i comportamenti ostili e aggressivi prevedendo anche appositi corsi Ecm (come il corso CARE, presentato assieme alla Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri)
6. **Aumentare l'informazione** perché siano denunciate da tutti e in modo chiaro le azioni di ricatto e le persecuzioni nell'ambiente di lavoro rispetto alla posizione e ai compiti svolti
7. **Predisporre un team addestrato a gestire situazioni critiche** e in continuo contatto con le forze dell'ordine soprattutto (ma non solo) nelle ore notturne nelle accettazioni e in emergenza



8. **Sensibilizzare i datori di lavoro** a non "lasciar fare", ma a rifiutare la violenza anche prevedendo sanzioni
9. **Stabilire procedure per rendere sicura l'assistenza domiciliare** prevedendo anche la presenza di un accompagnatore o la comunicazione a un secondo operatore dei movimenti per una facile localizzazione
10. **Evitare per quanto possibile che i professionisti sanitari effettuino interventi domiciliari da soli**, ma fare in modo che con loro sia presente almeno un collega o un operatore della sicurezza.

ON LINE

## C.A.R.E. Un corso per disinnescare la violenza

**V**iolenze verbali e non per infermieri e medici che, nel lavoro quotidiano, sono sempre più costretti alla difesa della propria incolumità. Eppure, i cittadini dovrebbero sapere che gli operatori sanitari lavorano per loro e per il loro bene e che le conseguenze delle aggressioni vanno a scapito proprio dell'assistenza.

Secondo una ricerca condotta dall'Università di Tor Vergata di Roma, l'89,6% degli infermieri (in prima linea, ad esempio, nel triage ospedaliero che "accoglie" i pazienti e li smista nella struttura) è stato vittima di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali da parte dell'utenza sui luoghi di lavoro. E in tanti ancora non denunciano.

Aspettando una legge ad hoc, infermieri e medici sono a rischio e le due Federazioni che li rappresentano (FNOPI e FNOMCEO) hanno messo in campo veri e propri "corsi di addestramento" per far sì che i propri iscritti possano prevenire il fenomeno.

I corsi FAD (formazione a distanza) specifici si basano su interventi di comunicazione verbale e non, allo scopo di diminuire tensione e aggressività nella relazione interpersonale. E consentono di avere a chi conclude il corso anche numerosi crediti ECM necessari per rimanere abilitati all'esercizio della professione. Il progetto si chiama "C.A.R.E. (Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia) – Prevenire, riconoscere, disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute" ed è composto da 12 sezioni. Per ognuna sono previste alcune attività obbligatorie: uno o più video relativi ad argomenti specifici; la consultazione dei testi dei video; un questionario di valutazione ECM con domande a risposta multipla per sondare le conoscenze acquisite. Il responsabile-realizzatore dei corsi è il professor **Massimo Picozzi**, psichiatra, criminologo e scrittore,

docente per la Polizia di Stato e per l'Arma dei Carabinieri. La filosofia del corso si basa sulla *de-escalation*, una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale, appunto, che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità della tensione e dell'aggressività nella relazione interpersonale. La persona aggressiva è un soggetto che non si sente compreso e, attraverso il suo comportamento violento, esprime il suo disagio: compito di ogni operatore è riconoscere queste esigenze per evitare episodi di rabbia incontrollata e comprendere il suo stato d'animo e le sue emozioni. Utilizzare toni pacati, un linguaggio socioculturale in linea con l'interlocutore; non sovrapporsi alle parole della persona; accertarsi di essersi fatti capire e capire; non utilizzare toni accusatori o paternalistici; non rispondere con modalità aggressive e poi anche mantenere sempre il contatto visivo, la distanza di sicurezza, la risonanza emotiva, evitare qualsiasi contatto fisico. "La nostra professione - ha commentato la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - è la più numerosa d'Italia e vede coinvolti negli atti di violenza una percentuale altissima di infermieri. Per noi è essenziale saper affrontare alla radice i problemi dell'utenza che sfociano anche in pericolose forme di aggressività. È importante anche per la salute degli stessi assistiti che si trovano spesso di fronte operatori impauriti e demotivati proprio a causa di esperienze negative in tal senso. Solo nel primo mese in cui il corso è stato on line - ha aggiunto Mangiacavalli - gli infermieri che vi hanno aderito sono stati oltre 27mila, ovvero, più del 10% di quelli dipendenti dal Ssn. E chi ha avuto occasione di passare dalla teoria alla pratica, applicando ciò che ha imparato dal corso, ha avuto un riscontro positivo con il contenimento e la riduzione dell'aggressività".

### DAL PARLAMENTO

## Il Senato approva il Ddl violenza sugli operatori sanitari

Con 237 voti favorevoli, Palazzo Madama ha approvato all'unanimità il disegno di legge n. 867, "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni".

Il provvedimento è ora all'esame della Camera.

"Per i professionisti della salute, l'approvazione del provvedimento rappresenta motivo di soddisfazione e di orgoglio, specie per una richiesta di modifica al testo avanzata ed accolta grazie anche al lavoro della FNOPI". Così, **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI che rappresenta gli oltre 450mila professionisti italiani.

Un provvedimento di legge che ha preso corpo con Giulia Grillo (che lo ha presentato) e che il neo-ministro, Roberto Speranza, ha spinto verso la rapida conclusione. Questo, in attesa che la Camera faccia la sua parte.

A oggi, circa l'89,5% degli infermieri è stato - ed è - oggetto di violenze fisiche o verbali: "Come Ente pubblico sussidiario dello Stato - ha spiegato **Ausilia Pulimeno**, vice presidente FNOPI - intendiamo collaborare con tutte le Istituzioni competenti per dare il nostro contributo tanto al monitoraggio del fenomeno quanto alla definizione delle misure di contrasto più adatte".

## Roberto Speranza nuovo ministro della Salute FNOPI e OPI Roma chiedono maggiore attenzione per gli infermieri

**I**mmediatamente a ridosso delle vacanze, il governo rosso-giallo ha nominato il nuovo ministro della Salute, **Roberto Speranza**, in forza a Leu (Liberi e Uguali). Potentino, laureato in Scienze Politiche, già deputato (eletto nelle file del Pd) nella scorsa legislatura nella Commissione Esteri della Camera.

Il comitato dirigente della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), assieme agli auguri, ha immediatamente evidenziato il problema principale, che, attualmente, attanaglia la professione: le carenze del personale, specie alla luce degli effetti di "Quota100".

"Uno dei compiti più urgenti e importanti di Speranza, tanto nei confronti dei cittadini che degli oltre 1,5 milioni di operatori che se ne occupano - ha spiegato la presidente FNOPI, Barbara Mangiacavalli - sarà riportare il Servizio sanitario nazionale a essere la prima scelta per cittadini e professionisti sanitari, alle prese con gli effetti di anni di blocco del *turnover*, carenze patologiche e condizioni di lavoro difficilissime. Per farlo, dovrà ripartire dal capitale umano, sia in termini di assunzioni che di maggiore valorizzazione delle competenze".

Di infermieri ne mancano oltre 50mila che, con "Quota 100" rischiano di aumentare fino a 75mila e, con i normali pensionamenti, addirittura di più. In tutte le Regioni bisognerà intervenire con un piano nazionale di contrasto alle disuguaglianze e riduzione dei ticket sanitari che, in alcuni casi, rendono il Ssn meno concorrenziale del privato.

Il 26 settembre scorso, la Federazione ha pure incontrato il ministro: questo incontro è stato, in ordine temporale, il primo del neoministro con le professioni che operano in sanità e Speranza ha prestato la massima attenzione alle istanze degli infermieri, confermando la volontà di avere un filo diretto e attivo con la FNOPI.

Nella bozza di nuovo Patto per la Salute vi sono anche importanti e apprezzabili novità per la professione infermieristica a partire dalla previsione, su tutto il territorio nazionale, della figura dell'infermiere di famiglia, una delle maggiori innovazioni per l'assistenza sul territorio, già effettiva in alcune Regioni *benchmark* e che secondo numerosi sondaggi richiede oltre l'85% dei cittadini.

Per l'occasione, ampio spazio è stato dedicato al confronto sul rilancio delle cure territoriali, anche per quanto riguarda i servizi di emergenza-urgenza sui quali gli infermieri hanno le necessarie competenze e possono dare un contributo essenziale, garantendo anche una forte innovazione nel settore. Ma anche carenze, specializzazioni infermieristiche e conferma dei conte-

nuti del Patto per la Salute (che prevede un forte rilancio dell'assistenza sul territorio).

La Federazione è disponibile a supportare le Istituzioni nelle decisioni da prendere e nelle scelte da operare, mettendo a disposizione tutto il *know-how* della professione infermieristica.

Al ministro Speranza vanno gli auguri di oltre 450mila infermieri iscritti agli Ordini; mentre un ringraziamento va all'ex ministro della Salute, Giulia Grillo, per il lavoro svolto e l'impegno a sostenere il Ssn, i cittadini e i professionisti sanitari.

### LA SCHEDA

## Tutti i ministri del nuovo Governo:

Presidente del Consiglio: **Giuseppe Conte**

Segretario del Consiglio: **Riccardo Fraccaro**

#### Ministri con portafoglio

Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale:

**Luigi Di Maio**

Ministro dell'interno: **Luciana Lamorgese**

Ministro della giustizia: **Alfonso Bonafede**

Ministro della salute: **Roberto Speranza**

Ministro della difesa: **Lorenzo Guerini**

Ministro dell'economia e delle finanze: **Roberto Gualtieri**

Ministro dello sviluppo economico: **Stefano Patuanelli**

Ministro delle infrastrutture e dei trasporti: **Paola De Micheli**

Ministro delle politiche agricole, alimentari

e forestali: **Teresa Bellanova**

Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio

e del mare: **Sergio Costa**

Ministro del lavoro e delle politiche sociali: **Nunzia Catafo**

Ministro dei beni e delle attività culturali

e del turismo: **Dario Franceschini**

Ministro dell'istruzione, dell'università

e della ricerca: **Lorenzo Fioramonti**

#### Ministri senza portafoglio

Ministro per gli affari regionali e le autonomie: **Francesco Boccia**

Ministro per il sud: **Giuseppe Provenzano**

Ministro per le pari opportunità e la famiglia: **Elena Bonetti**

Ministro per i rapporti con il parlamento: **Federico D'Inca**

Ministro per l'innovazione: **Paola Pisano**

Ministro per la pubblica amministrazione: **Fabiana Dadone**

Ministro per le politiche giovanili: **Enzo Amendola**

Ministro per le politiche giovanili e lo sport: **Vincenzo Spadafora**

## Giornata dell'Infermiere 2020

### Grande evento a Firenze per celebrare il bicentenario di Florence Nightingale

**P**er il bicentenario della nascita di Florence Nightingale, la prima infermiera moderna, la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha lanciato il "Save the date" per il 12 maggio 2020.

Un grande evento, infatti, celebrerà, a Firenze, proprio la Nightingale che qui nacque, lo stesso giorno del 1820.

La modernità del pensiero di Florence in tema di sanità pubblica, i temi che ha affrontato all'epoca, restano così attuali che il tempo ha solo confermato le sue intuizioni.

Ed è per questo e molti altri motivi, che non si contano le iniziative, a livello internazionale e in Italia, nate allo scopo di celebrarne i "primi" 200 anni.

Non ultimo, l'evento che la FNOPI sta organizzando e che è già stato condiviso da diversi infermieri e Ordini regionali.

L'hashtag #**Florence2020** richiama l'attenzione su una giornata che si annuncia colma di riflessioni sul passato, presente e futuro dell'assistenza e cura alla persona, con tante attività e proposte, professionisti del settore, OPI e cittadini coinvolti.

Per l'occasione, infatti, storia, arte e Infermieristica si mescoleranno, per far emergere tutte le sfumature di una professione, cardine del nostro Sistema sanitario nazionale.

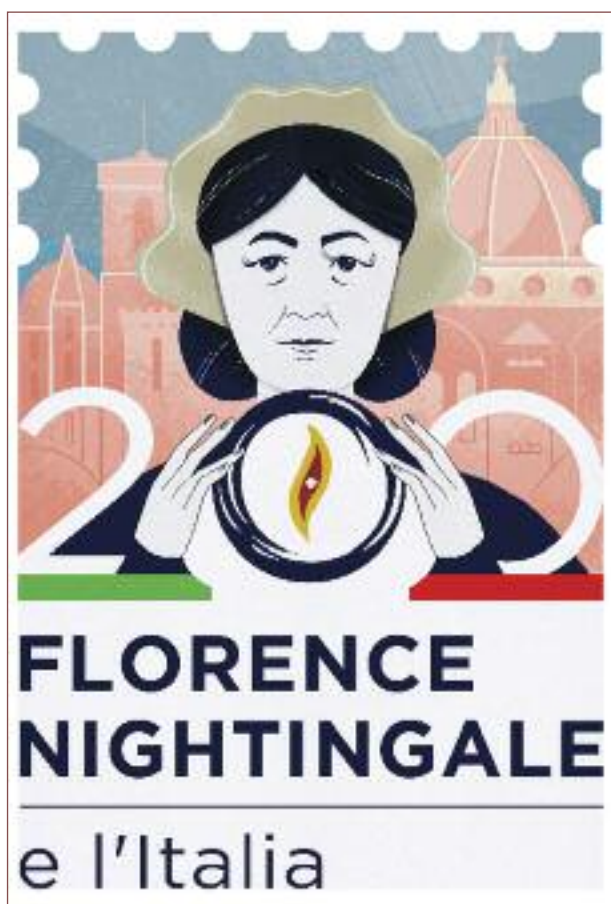
Intanto, i canali social della Federazione hanno lanciato tre video dedicati: il primo, con la nascita di una bambina e le immagini di Firenze che si susseguono; il secondo che alterna immagini storiche di Florence a momenti di vita lavorativa di oggi: dal territorio all'infermieristica di famiglia, dai setting ospedalieri all'emergenza; l'ultimo che svela il logo originale della giornata. Il pittogramma identificativo e caratterizzato da temi che rappresentano simbolicamente gli aspetti cardine delle celebrazioni: Firenze è lo sfondo di una Florence Nightingale saggia, all'apice della sua esperienza di vita e professionale, che ha, tra le mani, la lampada/lanterna (l'elemento che la identifica in tutto il mondo). Le mani stesse (che rappresentano la "protezione") richiamano il logo FNOPI. Il 200 e il numero del bicentenario e i colori della bandiera italiana riportano al legame speciale tra Florence e l'Italia. La maschera perimetrale, che ricorda il ritaglio di un francobollo comunica la solennità dell'evento e il suo valore storico per l'intera professione.

Questo, senza dimenticare che il *World Health Organization* ha dichiarato il 2020 l'Anno dell'infermiere.

Si tratterà, dunque, di un momento per fare il punto della situazione, per far conoscere l'impegno della professione e per costatare quali azioni gli Stati mettono - e metteranno - in campo per valorizzarla in futuro.

Le iscrizioni all'evento nel capoluogo toscano apriranno entro fine anno.

Tutte le informazioni utili sono all'indirizzo [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)



## Premio Olivetti, menzione speciale al progetto "IDI-aloghi: prevenzione a fior di pelle" della collega Teresa Nardulli

**A**lla collega, dottoressa **Teresa Nardulli**, coordinatore della formazione aziendale presso l'IDI-IRCCS (oltre che docente presso l'Università La Sapienza al CdL per Assistenti sanitari in Infermieristica generale e clinica), la menzione speciale "Giovani&Futuro" (nella sezione: Salute e benessere) alla IV edizione dell'AIF Award per l'Eccellenza nella Formazione-Premio Olivetti.

Un premio che vuole diffondere le buone pratiche sui percorsi innovativi di apprendimento e valorizzazione delle persone e di sviluppo delle organizzazioni.

Un riconoscimento che, ogni anno, identifica e segnala professionisti, enti di formazione, aziende, pubbliche amministrazioni, gruppi e persone che abbiano ideato e realizzato progetti formativi e di valorizzazione del "capitale umano", distinguendosi per i risultati di apprendimento ed evolutivi ottenuti a livello individuale, di team e organizzativi.

Il 22 marzo 2019, al Palazzo della Regione Lombardia, a lei, e ad **Antonio Facchiano** (medico oncologo ricercatore-IDI; titolare e responsabile del

progetto), l'elogio degli organizzatori per il lodevole lavoro dal titolo: "IDI-aloghi: prevenzione a fior di pelle. Un incontro fra formazione e ricerca".

Un'idea nata per promuovere l'incontro tra ricercatori, medici e studenti, su temi di attualità e di contingente interesse per i giovani. Temi non sempre trattati a scuola (o in famiglia) e su cui non c'è una specifica formazione sanitaria.

Un'iniziativa rivolta ai licei e agli istituti superiori e universitari (presenti, studenti del CdL in Ostetricia della Sapienza e del CdL in Infermieristica di Tor Vergata), con eventi dedicati alla prevenzione dermatologica e ai rischi di abitudini o errati stili di vita (uno per tutti, quello dedicato ai piercing e ai rischi associati ai tatuaggi). "Si tratta di mattinate che iniziano alle 8.30 e finiscono a ridosso del pranzo. Una vera e propria full immersion sugli ar-



gomenti più vicini alle giovani generazioni", spiega la dottoressa Nardulli. Tanti i relatori che si sono alternati all'Istituto Dermopatico dell'Immacolata discutendo di: fattori di rischio, prevenzione primaria, secondaria e terziaria, inquinamento ambientale; tecnologie di studio applicate alla cute e alle sue patologie; prevenzione del melanoma, rischi da radiazione UV e da uso dei lettini solari abbronzanti; igiene della pelle e acne giovanile; malattie sessualmente trasmesse e vaccinazione

contro il papilloma virus.

Laureata, oltre che in Infermieristica, anche in Pedagogia e Scienze della Formazione, Teresa Nardulli crede nella necessità di unire formazione e ricerca, perché: "I ricercatori non sono figure mitologiche: esistono! Con questo progetto vengono allo scoperto. Durante i seminari, agli studenti infermieri tengo a ricordare di non perdere mai di vista il fatto che, oltre tutto, sono chiamati a svolgere anche un compito di informazione e che, per farlo bene, è necessario aggiornarsi costantemente sulle evidenze scientifiche più all'avanguardia. Gli infermieri devono comunicare fra loro e scambiarsi dati e acquisizioni, perché di quanto si parla oggi può essere già il futuro!".

Il progetto dedicato ai giovani è *in progress*: gli incontri all'IDI, infatti, hanno già ripreso a settembre.

## Convenzioni dedicate agli INFERMIERI

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

# TUTELATI

## LE MIGLIORI POLIZZE A PARTIRE DA 22€ ANNUI

### RC professionale Responsabilità Sanitaria

#### CONDIZIONI

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

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

#### PUNTI DI FORZA

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

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

### Tutela Legale

#### CONDIZIONI

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

#### PUNTI DI FORZA

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

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

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

RC Professionale:

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

Tutela Legale:

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

**NURSE HELP DESK**



Per un supporto qualificato:

numero verde: 800.433980

Da cellulare: 0341.287278

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



## L'assessore D'Amato: "Stanziati 173 mln di euro destinati a edilizia sanitaria"

La Giunta regionale del Lazio ha approvato la delibera per la ratifica dell'Accordo di Programma con il ministero della Salute per l'utilizzo dei fondi previsti dalla Legge 232 comma 140 art. 1. "Si tratta di finanziamenti per oltre 173 milioni di euro destinati all'edilizia sanitaria per l'ampliamento, la messa a norma e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie. Oggi, la nostra regione è una delle centrali appaltanti principali italiane e contribuisce a rimettere in moto l'economia del sistema Paese", ha commentato il Presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**. "Uno stanziamento di risorse che ci permetterà di rinnovare e mettere in sicurezza i nostri ospedali - ha spiegato l'assessore alla Sanità e l'Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, **Alessio D'Amato** - Tra gli investimenti più significativi i 55 milioni di euro destinati all'ospedale Grassi di Ostia per migliorare l'assistenza territoriale

sul quadrante del litorale romano. Stiamo parlando di un ospedale con un Pronto soccorso che ha un numero di accessi tra i primi dell'intera regione. Mai era stato fatto un investimento di tale portata per Ostia e il suo territorio. Ora, si procederà con la progettazione e la realizzazione delle opere previste".

Nei finanziamenti in conto anche oltre 17 milioni di euro destinati alla ristrutturazione, l'adeguamento e la messa a norma dell'ospedale SS. Trinità di Sora e ulteriori 76,5 milioni di euro che sono la l trince della rimodulazione che complessivamente porterà a 189 milioni destinati al nuovo ospedale di Rieti. "Il Lazio che esce dal Commissariamento - ha concluso l'assessore D'Amato - e può tornare a guardare al futuro, investendo sul territorio e nei servizi. Questi finanziamenti ci permetteranno sicuramente di avere strutture più moderne, efficienti, tecnologiche e con elevati standard qualitativi".

### AVVISO

## C'è ancora tempo per i corsi FAD

L'Ordine informa tutti gli iscritti Fadinmed che i corsi attualmente on line scadranno il **31 dicembre 2019** (visto che termina il triennio formativo 2017-2019, nel quale bisogna avere acquisito 150 crediti ECM).

Per ottenere i crediti occorre avere concluso e superato entro quella data i corsi iniziati in precedenza. Per quelli che saranno riaccreditati e rimessi on line nel 2020, invece, non sarà possibile, per chi non li ha superati entro il 31 dicembre 2019, riprenderli dal punto in cui sono stati lasciati: bisognerà ricominciare dall'inizio.

Attualmente, e fino al termine dell'anno, sono disponibili gratuitamente sulla piattaforma Fadinmed i seguenti corsi:

- L'infermiere e le cure palliative (8 crediti ECM)
- Gli effetti della legge 24/2017 sulla responsabilità professionale degli infermieri (3,90 crediti ECM)

- Prevenire, riconoscere e disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute (39,60 crediti ECM).

Per accedere ai corsi occorre, qualora non lo si fosse già fatto nel corso dell'anno, sarà necessario autenticarsi sul sito.



## Università di Tor Vergata Premio Petrini 2019 per la migliore tesi di laurea in Infermieristica

**S**i è svolta il 25 giugno 2019, a Ostia, la cerimonia del "IV Premio Miglior tesi di laurea del Corso di Laurea in Infermieristica", sede distaccata dell'Università di Tor Vergata, in memoria degli imprenditori Dino ed Oddo Petrini, che hanno contribuito alla crescita e allo sviluppo economico del litorale romano. Anche quest'anno, infatti, la famiglia Petrini, in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", ha promosso quest'iniziativa, giunta già alla sua IV edizione.

Il premio, attraverso la selezione delle migliori tesi di laurea in Infermieristica dell'A.A. 2018-19, intende valorizzare la cultura infermieristica, la ricerca e l'Ebn; ed è stato diviso in due sezioni.

La prima, dedicata alla presentazione di quattro tesi scelte fra quelle discusse nell'A.A. 2018-2019 presso il CdL in Infermieristica-Sede ASL RM/3 (in convenzione con l'Università di Tor Vergata); la seconda, invece, per segnalare alcuni medici e associazioni di volontariato che hanno reso onore scientifico e particolare attenzione ai bisogni socio-sanitari della città di Ostia.

Tra gli ospiti: Francesco Romeo, per l'Università di Tor Vergata; Michela di Biase, membro della Commissione Sanità e Servizi Sociali della Regione Lazio; Germana Paoletti, vice presidente del X Municipio e assessore alle Politiche Sociali; Ausilia Pulimeno, presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e Gennaro Rocco, direttore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI).

Dopo i saluti di un rappresentante della famiglia Petrini, la professoressa Rosaria Alvaro, coordinatore dei Profili delle Professioni di Area Sanitaria, ha sottolineato come il premio sia il



"giusto riconoscimento" per il lavoro svolto dagli studenti.

Il direttore del CdL in Infermieristica della sede di Ostia-Tor Vergata, Lorian Lattanzi, ha dato la parola ai quattro finalisti, risultati anche tra i migliori laureandi: Luisa Asara (con una tesi dal titolo: "Valutazione dei bisogni di salute della persona con dipendenza da sostanza d'abuso: realizzazione di uno strumento per l'accertamento infermieristico"); Lisa Conte (con: "L'ictus fra riabilitazione e prevenzione: competenze educative dell'infermiere e ruolo del caregiver"); Simone Lodi (con: "Il supporto ecografico nella pratica assistenziale infermieristica: ecofast nel trauma") e Melissa Marchetti (con: "Il maltrattamento invisibile, il ruolo dell'infermiere nella gestione dell'abuso all'infanzia"), per esporre le proprie tesi, evidenziando un notevole approccio critico e scientifico teso a risolvere problemi di natura clinica-assistenziale dell'assistito.

Alla fine, la commissione ha conferito il "Premio Dino ed Oddo Petrini" (e il relativo assegno) a **Lisa Conte**, la cui tesi mostra come la ricerca infermie-

ristica sia elemento imprescindibile per migliorare la disciplina infermieristica ed è fondamentale per applicare interventi assistenziali, educativi e riabilitativi di comprovata efficacia.

I finalisti hanno ricevuto una targa (consegnata da Carlo Racani, docente del CdL in Infermieristica e membro della famiglia Petrini) e l'opportunità di scegliere, nell'ambito dell'offerta formativa, la frequenza ad un Master o Perfezionamento dell'area infermieristica presso l'Università di Tor Vergata.

Oltre allo sprone a continuare su questa strada...

## Tanti i servizi on line a disposizione degli iscritti

**L'**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma è sempre al passo coi tempi!

E sono davvero tanti, ormai, i servizi online che l'OPI garantisce ai suoi iscritti. Qualche esempio?

Attualmente, l'Ordine capitolino fornisce:

la compilazione on line del modulo di richiesta: per iscrizione/trasferimento/cancellazione;

l'accesso ai servizi della Biblioteca on line;

la verifica dei dati anagrafici dell'iscritto;

la richiesta del certificato di iscrizione on line;

la richiesta di pubblicazione dei dati pubblici (riservata solo ai professionisti).

Questo, senza contare l'assistenza tecnica on line tramite ticket all'indirizzo <https://helpdesk.opi.roma.it>

Una vera novità in ordine cronologico!

Una maniera per restare sempre vicini ai propri iscritti o a chi si vuole accostare all'Ordine, anche fuori dall'orario di servizio.

Per i non loggati, i servizi sono principalmente tre:

**Iscrizione on line.** L'utente che è alla prima iscrizione all'Ordine professionale, invece, viene guidato alla compilazione on line del modello: una volta inseriti i dati, viene inviato tramite e-mail il Pdf debitamente compilato (secondo la richiesta di iscrizione) che si differenzia per quanto riguarda la cittadinanza, la nazione in cui si è conseguito il titolo di studio e se si è cittadini della UE o no. Una volta ricevuto il modello sulla propria e-mail, l'utente riceve anche le indicazioni con le procedure seguenti da effettuare per la consegna della domanda allo sportello OPI di Roma.

**Trasferimenti e cancellazioni.** Come per l'iscrizione, un professionista, proveniente da altro Ordine provinciale, può compilare il modello della domanda on line per i trasferimenti di cui abbisogna; nonché compilare la domanda di cancellazione on line e ricevere il modello della domanda debitamente compilato sulla propria e-mail.

Se, invece si è già loggati, i servizi a cui l'iscritto può accedere sono: **biblioteca**: una volta che l'utente ha effettuato l'accesso, può accedere ai servizi della Biblioteca on line; e **richiesta del certificato**: una volta che l'iscritto ha effettuato l'accesso, può richiedere il certificato on line (che viene rilasciato il giorno lavorativo successivo la richiesta) che sarà inviato in Pdf all'iscritto sulla propria casella di PEC.

Per quanto concerne la **libera professione**, i professionisti che la esercitano possono accedere e richiedere la pubblicazione



dei propri dati, oltre a selezionare l'area di interesse nell'intera provincia di Roma.

Capitolo a parte meritano il "servizio" di **social media** offerto da Opi Roma che consiste, principalmente, nella pagina facebook Opi Roma (Ordine delle Professioni Infermieristiche) e nel gruppo Infermieri di Roma e Provincia.

Le due bacheche, complementari da un punto di vista funzionale, hanno lo scopo di informare, avvicinare e coinvolgere i colleghi nelle numerose attività organizzate e erogate da Opi Roma. Nello specifico, la pagina Opi Roma offre informazioni con riferimento a: messaggi ai colleghi iscritti; servizi erogati; eventi organizzati o iniziative; messaggi di politica professionale; messaggi inoltrati dalla pagina della Federazione Nazionale (FNOPI).

Il gruppo Infermieri di Roma e Provincia nasce qualche anno prima della pagina fb e ha lo scopo di trattare argomenti che non riguardano strettamente l'Ordine, ma il territorio su cui i colleghi operano. Il gruppo offre informazioni su: messaggi inoltrati dalla pagina Opi Roma; notizie delle Aziende Sanitarie del territorio di Roma e Provincia; concorsi che interessano i nostri colleghi di Roma e Provincia; campagne di screening promosse dalle Aziende Sanitarie del territorio di Roma e Provincia; campagne di Educazione Sanitaria promosse dalle Aziende Sanitarie del territorio di Roma e Provincia; *best practice* assistenziali e modelli organizzativi dell'assistenza virtuosi sperimentati nel nostro territorio o in altre realtà.

Sia la pagina fb (8.210 utenti; con un incremento di +80 circa mensili) che il gruppo (5.751 utenti; con un incremento di +40 circa mensili) collegati ad Opi Roma sono in crescita con numeri molto lusinghieri, specie se confrontati con le iniziative create da altre realtà italiane.

## CECRI, pronta la versione italiana del "Clinical Care Classification System"

**I** CCC è una terminologia standard che identifica gli elementi base della pratica infermieristica coerenti con la metodologia del processo di *Nursing* (diagnosi infermieristiche, interventi infermieristici ed esiti di assistenza) ed è una delle sette terminologie infermieristiche standard riconosciute dall'*American Nurses Association*.

Grazie a un progetto finanziato dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), nato in seno all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma, da ottobre, gli infermieri italiani, possono beneficiare della versione italiana della terminologia infermieristica standard denominata "*Clinical Care Classification (CCC) System*".

Il CCC è stato sviluppato per documentare l'assistenza infermieristica in qualsiasi luogo di cura (es. ospedale, territorio), con una specifica attenzione al suo impiego nei sistemi informativi clinici elettronici.

Il CCC consiste di due terminologie correlate, classificate secondo 21 componenti di assistenza comuni per formare un singolo sistema:



1) CCC delle diagnosi infermieristiche e degli esiti di assistenza;  
2) CCC degli interventi infermieristici e delle azioni.

Nel CCC, grazie a un sistema univoco di codifica basato su semplici codici alfanumerici, ciascun elemento può essere utilizzato per misurare i bisogni di assistenza (risorse), il carico di lavoro (produttività), gli esiti dell'assi-

stenza (qualità) e i costi connessi. Il CCC è coperto da diritto d'autore ed è di dominio pubblico: il suo uso è possibile tramite autorizzazione, senza il pagamento di alcun costo o licenza.

Per ottenere e utilizzare la versione italiana della terminologia CCC, però, è necessario scaricare un modulo di autorizzazione dal sito e seguire le istruzioni.

La versione italiana è consultabile al seguente link: <https://www.sabacare.com/framework/translations>

Per altre informazioni, basta contattare il gruppo di lavoro italiano all'indirizzo: [cccsystem.ita@gmail.com](mailto:cccsystem.ita@gmail.com)

### SUL WEB

## On line il Nuovo Piano Anticorruzione OPI Roma

All'indirizzo del portale istituzionale è possibile prendere in visione la nuova edizione del Piano anticorruzione dell'Ordine.

Nel pubblicarlo, l'OPI di Roma comunica che ha intrapreso il percorso di implementazione di un Sistema Anticorrittivo che troverà riscontro nella Certificazione, da parte di un Ente Terzo Accreditato, di conformità alla norma UNI ISO 37001.

Questo, in risposta alle chiare indicazioni della Federazione richiamate con forza sulle LLGG edite dalla stessa quale indicazioni agli Ordini che devono affrontare il Piano Triennale Anticorruzione che - si ricorda - non è solo la pubblicazione del Documento, ma un vero e proprio "Sistema" che ha lo scopo di garantire la piena legalità in ambito della Corruzione e Trasparenza.

La UNI ISO 37001 costituisce, quindi, sia un supporto per chi deve adempiere agli obblighi legislativi previsti in materia di anticorruzione che, più in generale, un'opportunità per tutte le Organizzazioni di divenire concretamente capaci di controllare, nel tempo, i maggiori rischi legati al fenomeno della corruzione.

Il Progetto prevede la piena integrazione con il Sistema Qualità certificato e consolidato del nostro Ordine da oltre un decennio.

## OPI Roma, inaugurato corso di *Middle management*

**È** stato inaugurato a fine settembre, a Roma, il corso di formazione "Valorizzare il middle management per governare il cambiamento nel sistema sanitario", organizzato dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma (OPI Roma) con il Comitato Infermieri Dirigenti del Lazio (CID Lazio) e al Laboratorio Infermieri Coordinatori (LIC).

Coordinatori infermieristici provenienti da tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio e dalle principali strutture private accreditate insieme per approfondire i nuovi modelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali. Un'occasione per trenta di loro che si svilupperà in undici giornate per un totale di circa 88 ore di formazione accreditata ECM, e che comprende lezioni, lavori di gruppo, esercitazioni pratiche e discussione di casi.

"Il coinvolgimento e la responsabilizzazione del *middle management* si dimo-



stra fondamentale in questo processo, hanno spiegato dall'Ordine romano. Da qui, l'iniziativa di OPI Roma, CID Lazio e LIC per offrire agli operatori una formazione complessiva e integrata su modelli, metodologie e strumenti gestionali capaci di produrre l'atteso cambiamento".

Non a caso, l'obiettivo precipuo di quest'iniziativa è affermare la rilevanza strategica dei ruoli intermedi del *management* sanitario per poter gestire, in modo più efficace e sostenibile possibile, il cambiamento imposto dai nuovi scenari demografici ed epidemiologici, segnati dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle multipatologie e patologie croniche.

### ON LINE

## È attiva la nuova Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi è uno strumento di comunicazione trasparente dei servizi forniti dal nostro Ordine. Per realizzarla è stato necessario ottimizzare l'utilizzo delle risorse, per stabilire standard di qualità per le prestazioni erogate e migliorare la comunicazione interna ed esterna.

La Carta individua gli standard della prestazione di ogni soggetto pubblico, dichiarando i propri obiettivi e riconoscendo specifici diritti ai destinatari dei propri servizi. Con essa si formalizza l'impegno a rispettarne gli standard qualitativi e quantitativi, per monitorare e migliorare le modalità di erogazione. All'obiettivo della qualità si associa quello della comunicazione delle prestazioni offerte e per il miglioramento e lo sviluppo dei servizi.

La diffusione della Carta può essere un modo per rilevare il gradimento e diffondere la conoscenza dei servizi forniti; ma pure per la cura delle risorse. Essa favorisce il miglioramento dell'organizzazione interna, sia mediante la partecipazione del personale alla sua progettazione, sia orientando gli iscritti e i cittadini sui servizi offerti; nonché per la legittimazione, a livello istituzionale, nei confronti dell'utenza. La Carta si ispira ai principi di: "uguaglianza" (no, a discriminazione tra gli utenti); "equità", "imparzialità"; "continuità" (per predisporre norme per i casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio); "partecipazione", visto che il cittadino e l'iscritto devono poter accedere ai dati dell'Ordine (e quest'ultimo deve acquisirne la valutazione sul servizio reso) e "efficienza ed efficacia" (perché il servizio erogato garantisca il raggiungimento degli obiettivi previsti).

# La pulizia del cavo orale quotidiana, nei pazienti anziani ospedalizzati, può essere migliorata da un intervento effettuato dagli infermieri appositamente formati nei contesti di pratica?

di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Gibney J.M, Wright F.A, D'Souza M, Naganathan V, "Improving the oral health of older people in hospital". *Australasian Journal on Ageing*. March 2019; 38(1): 33-38

## INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un problema importante per la sicurezza dei pazienti ed incidono in modo sostanziale sugli esiti, aumentando la morbilità e mortalità, la durata della degenza ospedaliera e i costi sanitari.

Tra le diverse ICA, la polmonite acquisita in ospedale (PAO) si presenta con frequenza sia nei pazienti sottoposti a ventilazione assistita sia in quelli non ventilati.

L'igiene orale è la misura più studiata nella prevenzione delle PAO, sebbene siano stati proposti anche altri interventi. Essa è comunemente associata a una riduzione del tasso di polmoniti, in quanto riduce il rischio di aspirazione di batteri dalla cavità orale ai polmoni.

Il paziente anziano ospedalizzato presenta una più alta incidenza di PAO per la presenza di condizioni cliniche e funzionali che compromettono la capacità di

provvedere, in maniera autonoma, all'igiene del cavo orale, ma anche per la poca attenzione che gli infermieri rivolgono a tale pratica giornaliera, non inserendola nelle loro attività routinarie di assistenza (Passaro et al., 2016).

L'importanza della standardizzazione di un protocollo per l'igiene orale nella prevenzione delle PAO è stata anche affermata da Warren et al. (2019).

Mentre esistono studi che hanno valutato l'efficacia dell'igiene del cavo orale in residenze per anziani per la prevenzione delle polmoniti, non ne esistono che ne hanno valutato l'efficacia in ospedale per acuti.

Proprio per colmare questa lacuna, Gibney e colleghi (2019) hanno condotto uno studio prospettico per determinare se la salute orale delle persone anziane ospedalizzate poteva essere migliorata da una pulizia del cavo orale effettuata sia da igienisti dentali che da infermieri appositamente formati.

Lo studio è stato di tipo pragmatico non randomizzato, pre e post intervento, in cui è stata valutata la salute del cavo orale in 359 pazienti geriatrici ricoverati in due ospedali di Sidney (Australia), suddivisi in un gruppo di controllo (gruppo 1 o pre-intervento); in un gruppo di pazienti in cui l'igiene era svolta ogni giorno da igienisti dentali (gruppo 2-intervento igienista dentale) e in un gruppo di pazienti in cui l'igiene orale era effettuata, giornalmente, da infermieri appositamente formati e addestrati, sotto la supervisione di igienisti dentali (gruppo 3-intervento infermieristico).

La modifica della salute del cavo orale, ed in particolare della pulizia del cavo orale considerato l'*outcome* primario, è stata valutata entro le prime 24 ore dall'ammissione del paziente e dopo 7 giorni, andando a rilevare gli esiti correlati all'igiene orale nei pazienti con protesi o edentuli o con denti naturali.

## VALUTAZIONE CRITICA

Lo studio di Gibney et al. (2019) è stato valutato criticamente utilizzando la *check list* per gli studi quasi sperimentali (*Critical Appraisal Tool for Quasi-Experimental Studies-non-randomized experimental studies*), elaborata da Joanna Briggs Institute (JBI, 2017) che prevede nove criteri di qualità metodologica, descritti di seguito, e ai quali è possibile rispondere con "sì", "no", "poco chiaro" o "non applicabile".

Il punteggio complessivo calcolato, in base ai sì attribuiti, può andare da 0 a 9.

• **È chiaro nello studio qual è la causa e qual è l'effetto (cioè non c'è confusione su quale variabile viene prima)? Sì.**

Gli autori riportano che, nei gruppi di intervento, il protocollo di cura giornaliera del cavo orale (variabile indipendente) ha preceduto la misurazione del possibile effetto o *outcome* a distanza di 7 giorni e cioè la condizione di pulizia del cavo orale (variabile dipendente).

• **I gruppi inclusi nello studio erano comparabili? Sì.**

I 3 gruppi su cui è stato effettuato lo studio (controllo, intervento svolto da igienista e intervento svolto da infermiere) sono stati reclutati in reparti e ospedali diversi ma i gruppi erano simili per sesso, comorbidità, giorni di degenza e luogo di

provenienza, autonomia nelle attività di vita quotidiana, anamnesi medica, ma non per età (nel gruppo 1 i pazienti erano più anziani), compromissione della mobilità e presenza di altre patologie neurologiche ad esclusione di morbo di Parkinson, ictus e demenza.

• **I gruppi inclusi nel trattamento hanno ricevuto trattamenti/cure simili, a parte l'intervento di interesse? Sì.**

Gli autori non riportano altri trattamenti intercorsi durante lo studio per migliorare la salute del cavo orale. L'intervento di pulizia è stato standardizzato e applicato nello stesso modo nei due gruppi di intervento mentre nel gruppo di controllo sono state applicate le cure usuali. Viene descritta la procedura dell'igiene orale standardizzata per i denti naturali, per denti protesici e per pazienti edentuli con riferimento ai prodotti utilizzati e ai tempi dedicati ad ogni procedura svolta per cinque giorni, una volta al giorno.

• **È presente un gruppo di controllo? Sì.**

Un gruppo di pazienti ricoverati nel periodo precedente l'avvio dello studio è stato usato come gruppo di controllo per valutare se lo stato di salute del cavo orale dopo sette giorni di ospedalizzazione si modificava grazie alle cure usuali svolte dal personale dei reparti interessati.

• **Vi sono state misurazioni multiple del**

**risultato o outcome sia pre che post-intervento/esposizione? Sì.**

È stato valutato lo stato della pulizia del cavo orale (*outcome* primario), in quanto modificabile nell'arco temporale di una settimana, sia nel pre che nel post-intervento attraverso due misurazioni: una effettuata entro 24 ore dall'accettazione e la successiva al settimo giorno di ricovero. *Outcome* secondari sono stati: stato dei denti, dolore, stato delle gengive, saliva e dentizione. Non sono state effettuate misurazioni multiple, né prima né dopo l'intervento.

• **Il follow-up è stato completo e, in caso contrario, le differenze tra i gruppi in termini di follow-up sono state adeguatamente descritte e analizzate? Non chiaro.**

Gli autori dichiarano che, su un totale di 875 pazienti valutati al momento del ricovero (1 gruppo n= 575; 2 gruppo n= 147; 3 gruppo= 153), sono stati esclusi 118 pazienti, in quanto non hanno dato il consenso a partecipare (n= 14); erano sottoposti a cure palliative (n= 25) o per assenza dal reparto al momento del trattamento (n= 79).

Sono stati inclusi nello studio e valutati 359 pazienti. Non vengono fornite informazioni sui restanti 398 pazienti non inclusi.

• **Gli outcome sono valutati nello stesso**



modo in entrambi i gruppi? Sì.

L'*outcome* primario è stato valutato attraverso una singola voce di una scala, l'*Oral Health Assessment Tool* (OHAT), sviluppata per valutare lo stato di salute orale da parte di professionisti non dell'area dell'igiene dentale. Tale scala è semplice da usare e permette di valutare anche pazienti con disabilità cognitiva.

• **Gli *outcome* sono valutati in modo affidabile? Non chiaro.**

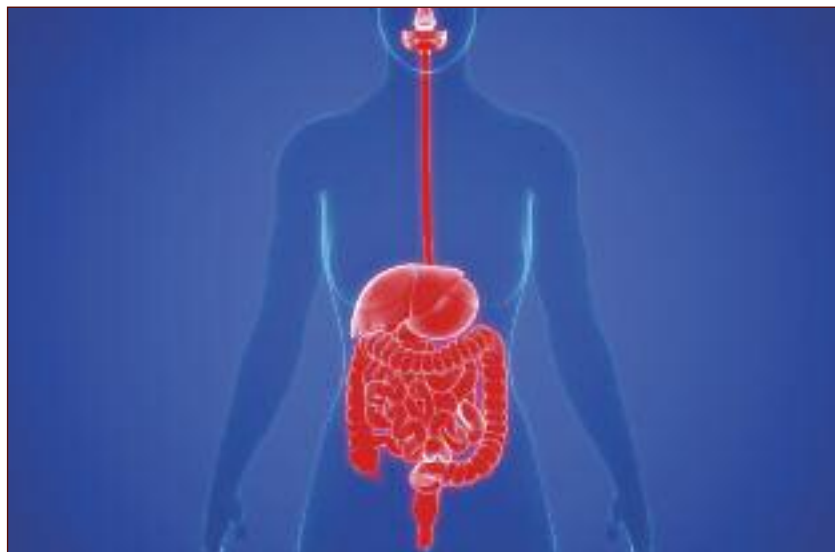
La scala OHAT è uno strumento validato a livello internazionale. La valutazione è stata effettuata da un solo ricercatore. Questo, se da una parte ha garantito la coerenza tra le valutazioni, dall'altra, ha sottolineato il fatto che tale ricercatore non era cieco all'intervento, cioè era a conoscenza che le persone valutate appartenevano al gruppo di intervento. Inoltre, l'effettuazione continua della valutazione da parte dello stesso ricercatore potrebbe aver influito sulle valutazioni successive della pulizia del cavo orale, grazie all'esperienza acquisita.

• **È stata utilizzata un'analisi statistica appropriata? Sì.**

Gli autori hanno calcolato la dimensione campionaria sulla base della potenza e della grandezza dell'effetto ipotizzato. Per valutare l'efficacia dell'intervento sono state verificate le differenze dei dati dicotomici (sano/non sano) con il test di McNemar. Il test del chi-quadro è stato utilizzato per testare differenze significative nei risultati definitivi al settimo giorno tra i tre gruppi.

## CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Lo studio ha evidenziato che lo stato di salute del cavo orale, nelle persone anziane ospedalizzate, migliorava sia quando la cura era effettuata da igienisti dentali, che quando veniva effettuata da infermieri formati ed addestrati.



In base ai risultati dello studio, dunque è chiaro che, per garantire un'adeguata pulizia della bocca dei pazienti anziani, sarebbe sufficiente che gli infermieri inserissero un protocollo standardizzato di pulizia giornaliera nel loro piano di cure, senza la necessità di ricorrere ad altre figure specialistiche.

Alla valutazione critica, lo studio ha ottenuto un punteggio di 7/9 a causa della mancata descrizione del *follow up* per tutti i pazienti e il possibile *bias* nella valutazione degli *outcomes*.

Poiché si tratta di uno studio non randomizzato, il livello di evidenza è basso e i risultati dovrebbero essere considerati con prudenza, anche se si tratta - come affermano gli autori - del primo studio che ha valutato l'efficacia del miglioramento dello stato di salute orale nelle persone anziane ospedalizzate.

Un altro fattore da considerare è quello relativo al *follow up*, probabilmente correlato (anche se non esplicitato) alla durata della degenza: sette giorni di igiene e di osservazione dell'*outcome* non ci permettono di chiarire se l'igiene effettuata sia correlabile ad una riduzione

delle polmoniti.

Pertanto, si rendono necessari ulteriori studi clinici randomizzati ben disegnati per capire se i risultati ottenuti in questo studio sono generalizzabili e, quindi, se un intervento di igiene orale standardizzato, condotto da infermieri, sia in grado di migliorare la salute orale nei pazienti anziani ricoverati negli ospedali per acuti e, di conseguenza, ridurre le polmoniti.

AUTORI:

Marina Palombi, Coordinatore Infermieristico UTI Cardiocirurgica, A.O. Policlinico Umberto I, Roma, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Stefano Casciato, Coordinatore Infermieristico, Direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;

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

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

## BIBLIOGRAFIA

Pássaro L, Harbarth S & Landelle C, *Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review*. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5(1), 1-11. 2016.

Warren C, Medei M.K, Wood B & Schutte D, *A nurse-driven oral care protocol to reduce hospital-acquired pneumonia*. *American Journal of Nursing*, 119(2), 44-51. 2019.



# Rilevazione ecografica del residuo post minzionale nei pazienti con incontinenza urinaria

## Una revisione della letteratura

di Carlo Brachelente, Giuseppe Esposito, Vittoria Giordano, Giulia Villa

### ABSTRACT

L'incontinenza urinaria (IU) è una condizione che interessa milioni di persone e ha un forte impatto sulla qualità della vita, con implicazioni psicologiche e fisiche.

Al fine di attuare l'accertamento dell'IU, la rilevazione del Residuo Post Minzionale (RPM) tramite metodica ecografica è considerata come tecnica *gold standard* per la misurazione del volume vescicale.

Lo scopo di questo lavoro è individuare l'utilità e i possibili benefici della rilevazione del RPM tramite *device* ad ultrasuoni, nell'accertamento infermieristico dell'incontinenza urinaria.

Dalla revisione è emerso che la rilevazione ecografica del RPM è utile in presenza di sintomatologia specifica ed è una metodica efficace, precisa e soprattutto sicura.

Inoltre, tale tecnica, specie se eseguita con il *bladder scanner*, può essere semplice, ma necessita di un breve periodo di formazione e *training*. Gli infermieri, acquisendo le competenze per rilevare il RPM con il *bladder scanner*, possono attuare un intervento efficace, appropriato e sicuro per il paziente con IU.

L'utilizzo dei *device* ad ultrasuoni, nell'assistenza infermieristica al paziente con IU, fa nascere quindi l'esigenza di acquisire conoscenze e competenze avanzate, in un ambito disciplinare oggi poco descritto in letteratura ma con grandi potenzialità per l'**evoluzione professionale**.

### INTRODUZIONE

L'**incontinenza Urinaria** (IU) è definita come: *"la denuncia di qualsiasi perdita urinaria involontaria"* (International Continence Society, 2017).

L'IU, nella tassonomia ICS, è inclusa nelle *Lower Urinary Tract Symptoms* (LUTS) che possono manifestarsi a causa di una patologia neurologica (*Adult Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunctions*, ANLUTD) o in assenza di patologia neurologica (non ANLUTD) (Gajewski, 2017).

I sintomi LUTS sono classificati (Gajewski, 2017) in tre gruppi:

- *"storage"* fase di riempimento vescicale in cui è inclusa l'IU;
- *"voiding"* fase minzionale;
- *"post voiding"* fase post minzionale.

In base alla manifestazione dei sintomi, l'IU può essere definita transitoria o cronica: con la prima, s'intende la perdita di urine involontaria che spontaneamente si risolve dopo la rimozione delle cause; con la seconda, s'intende qualcosa che, in genere, non si risolve spontaneamente (Kandelwal, 2012).

Milioni di persone sono interessate dall'IU e la prevalenza aumenta con l'età.

Circa 20 milioni di donne e 6 milioni di uomini americani hanno avuto episodi IU in qualche momento della loro vita, e sebbene le prime ne riferiscano più spesso degli uomini, dopo gli 80 anni, entrambi i sessi ne sono colpiti allo stesso modo (Kandelwal, 2012).

Si stima che nei 27 Paesi dell'UE, oltre

36 milioni di persone soffrono di IU (il 60% è donna) e che il numero sia in aumento per l'aumento per l'estensione del proprio arco di vita (Diomedede, 2009), e inoltre, dato l'imbarazzo che provoca in molte donne, la sua entità potrebbe essere significativamente sottostimata (NICE, 2019).

**L'IU è una condizione altamente invalidante, che può divenire fonte di grande frustrazione nel paziente, oltre a comportare un onere assistenziale rilevante, sia per le famiglie che per il personale sanitario.**

Inoltre, implica un costo economico di rilievo per l'intera popolazione (Carsughi 2015), ed è tra le cinque condizioni più costose e diffuse al mondo: infatti, ha costi sovrapponibili all'artrite e osteoporosi (Senior Italia Feder-ANZIANI-Cergas Bocconi, 2016).

Chi soffre di incontinenza tende a nascondere il problema e spesso si cura poco e male (FNOPI 2019) a causa dell'idea che il disturbo sia incurabile o conseguenza normale dell'invecchiamento e di altre malattie (Diomedede, 2009) e della scarsa consapevolezza di molti operatori sanitari (Thomas et al., 2004). È stimato che meno di 1/3 di chi ha IU riceve servizi sanitari o sociali adeguati per la loro condizione (NICE, 2019).

**L'IU è quindi una patologia multifattoriale** che ha un forte impatto sulla qualità della vita di chi ne soffre, con implicazioni psicologiche e fisiche, superiori anche

a quelle di altre patologie (FNOPI, 2019). Diventa, perciò, fondamentale l'approccio multi-specialistico a questa patologia, con il coinvolgimento di più figure professionali che devono collaborare per la corretta definizione diagnostica e terapeutica (FNOPI, 2019).

Per evitare un approccio empirico all'IU, è indispensabile strutturare l'accertamento clinico seguendo le raccomandazioni *evidence based*, che prevedono l'esame obiettivo, l'osservazione clinica dell'IU, l'accertamento della *Quality of Life* e la rilevazione del Residuo Post Minzionale (RPM) (European Association of Urology, 2018; International Continence Society, 2017; NICE, 2019).

In letteratura, la rilevazione del RPM è individuata come metodica di notevole utilità per il monitoraggio del volume vescicale in pazienti con disuria ed il sospetto di ritenzione urinaria, tanto che tra gli interventi infermieristici dell'*International Classification of Nursing Practice* (ICNP) troviamo "valutare la ritenzione urinaria con un'ecografia" (ICNP, 2019). Il RPM può essere valutato tramite il cateterismo urinario o la scansione della vescica con ultrasuoni (Kelly, 2004). Le misurazioni ottenute con strumenti ad ultrasuoni sul riempimento o lo svuotamento vescicale, integrate con le informazioni sul paziente, consentono di valutare con maggiore consapevolezza l'assistenza, ed i benefici ed i rischi delle varie opzioni del cateterismo urinario (Ostaszkiwicz, 2008). Gli strumenti utili per valutare ecograficamente il RPM sono l'ecografo ed il *bladder scanner*, una strumentazione medica portatile ad ultrasuoni che misura direttamente e velocemente il volume vescicale (Sparks, 2004). Il suo impiego è considerato la metodica *gold standard* per rilevare il volume vescicale (Yates, 2016) e lo si raccomanda in pazienti con ritenzione urinaria, grazie alla facilità di utilizzo, affidabilità, precisione e sensibilità del *device* (Palese, 2010). L'impiego dello scanner vescicale migliora la qualità dell'assistenza, la sicurezza per i pazienti, riduce il rischio di UTI, il numero di cateterismi inappropriati e, di conseguenza, i costi (Prieto, 2016). Nonostante non sia univocamente stabilito il volume di RPM considerato fisi-

logico, il RPM è indicato come dato utile per identificare anche l'IU (Ontario Health technology assessment series, 2006) ed è raccomandato rilevarlo per la gestione dei pazienti con LUTS ed IU (Asimakopoulos, 2016).

**Il ruolo dell'infermiere può essere determinante:** è stato dimostrato che gli infermieri con preparazione specifica nelle cure di continenza hanno le conoscenze e le competenze necessarie per fornire un'efficace assistenza e ridurre l'impatto dell'IU sulla qualità di vita dei pazienti (Hunter, 2018). Competenze che possono essere acquisite, in parte nel corso di laurea, e dopo, con la formazione post base: ad esempio, con master dedicati (es. Stomatoterapia e riabilitazione delle incontinenze).

Tuttavia, al momento non sembrano essere disponibili, in letteratura, revisioni recenti che abbiano analizzato, in maniera univoca e sistematica, l'utilizzo di strumenti ecografici da parte del personale infermieristico nel processo di accertamento dell'incontinenza urinaria. Pertanto, lo scopo di questo lavoro consiste nell'individuare l'utilità ed i benefici della rilevazione del residuo post minzionale tramite *device* ad ultrasuoni nell'accertamento infermieristico della IU.

## MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura a partire dal quesito clinico elaborato secondo la metodologia PICO.

Per eseguire la ricerca è stata elaborata la stringa di ricerca con i seguenti termini: *urinary incontinence, assessment [MeSH] AND post void residual AND bladder scanner*.

La ricerca bibliografica è stata eseguita mediante la consultazione delle banche dati: Pub Med, CINAHL, Cochrane, ILISI. Il limite impostato è relativo alla lingua (inglese e italiano). Sono stati consultati i siti internet di società o associazioni scientifiche nazionali o internazionali che hanno prodotto documenti *evidence based* per l'identificazione e la gestione dell'incontinenza urinaria.

Sono stati inclusi gli studi relativi a pazienti di qualsiasi età, di entrambi i sessi, di qualsiasi provenienza geografica, afferenti a strutture ospedaliere o residenziali che manifestano o riferiscono incontinenza urinaria con qualsiasi altro tipo di comorbilità. Inclusi pure i documenti che fornivano indicazioni utili, e valide, per eseguire l'accertamento infermieristico di IU da declinare in una delle diagnosi previste dalle tassonomie ICNP e *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

Appurando che alcune diagnosi infermieristiche di IU sono identiche alla tassonomia ICS (vedi tabella 1) sono stati inclusi nella revisione i documenti EBM che indicano il processo di diagnosi di IU anche se non redatti da o per infermieri. Sono stati esclusi gli articoli in cui l'intervento di rilevazione del RPM è stato studiato con finalità diversa a quella di supporto alla identificazione dell'IU.

## RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 183 articoli. Dopo l'esclusione dei duplicati, sono stati sottoposti alla lettura dell'*abstract* 175 articoli. Di questi, 54 sono eleggibili: 14 sono stati inclusi e 40 esclusi perché non hanno soddisfatto tutti i criteri (vedi Prisma a pagina seguente).

I documenti selezionati sono tutti in lin-

**Tassonomie e la definizione di IU**

ICS (ICS terminology 2019)	NANDA (Carpenito 2009)	ICNP (Browser 2019)
incontinenza urinaria funzionale ( <i>Disability associated incontinence</i> )	incontinenza urinaria funzionale	incontinenza funzionale (cod 10026830)
incontinenza urinaria da sforzo ( <i>stress UI</i> )	incontinenza urinaria da sforzo	incontinenza da sforzo (cod 10026797)
incontinenza urinaria da urgenza ( <i>urgency UI</i> )	incontinenza urinaria da urgenza	Incontinenza urinaria da urgenza (cod 10026811)
incontinenza urinaria totale ( <i>continuous UI</i> )	incontinenza urinaria totale	incontinenza urinaria totale (cod 10026876)
incontinenza da eccedenza ( <i>overflow UI</i> )	incontinenza urinaria da rigurgito	incontinenza da eccedenza (cod 10026914)

Tabella 1. Comparazione delle classificazioni dell'IU nelle tassonomie internazionali

gua inglese: 9 sono articoli di riviste scientifiche e 5 sono linee-guida. (Tabella 2)

Gli articoli sono in prevalenza revisioni della letteratura (8), mentre uno è uno studio osservazionale.

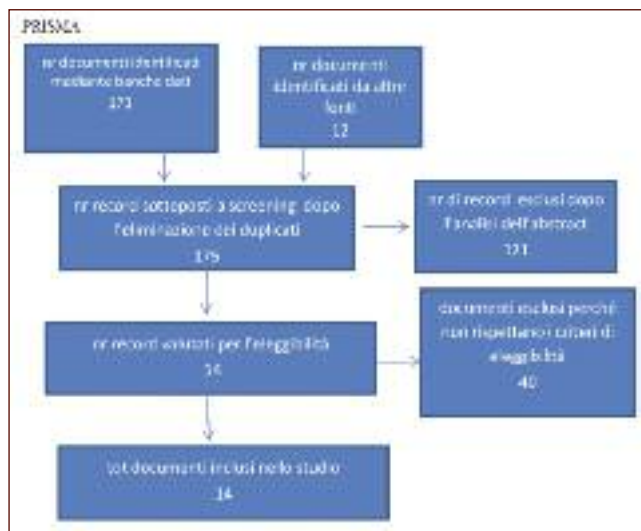
Il RPM è definito come: "la quantità delle urine presenti nella vescica al termine della minzione" (Abrams, 2002).

Non è unanimemente definito un volume di RPM considerato "fisiologico"; gli esperti indicano un RPM < 100 ml "non patologico"; mentre un RPM > 200 ml o superiore ad 1/3 del volume della vescica è considerato "non normale" (Lucacks, 2017).

Nella pratica clinica un RPM < 30 ml può essere considerato "non significativo" se invece è costantemente > 50 ml dovrebbe essere considerato "un dato da monitorare" (Asimakopoulos, 2016).

Nella fase di accertamento dei pazienti con IU, la valutazione del RPM può mostrare lo svuotamento incompleto della vescica (AUA, 2017), sia l'ostruzione cervico-uretrale che l'ipocontrattilità del detrusore contribuiscono alla formazione del RPM (Barrie, 2015).

La valutazione del RPM deve essere eseguita in pazienti incontinenti se, in base alla sintomatologia, si sospetta una diminuzione della capacità di svuotamento vescicale, o se essi assumono terapie che riducono la contrattilità della vescica (ICS, 2017; Enberg, 2017; Barrie, 2015). La decisione di rilevare il RPM deve essere supportata da sintomi di riduzione dello svuotamento vescicale (ICS, 2017), in quanto un più alto volume di RPM si riscontra nei pazienti che manifestano sintomi delle LUTS (EAU 2015; Mathieu, 2014) e/o infezioni urinarie ricorrenti (NICE, 2019). Monitorare il RPM nei pazienti fragili con IU è utile, specie se hanno difficoltà nella minzione e/o a riferire cambiamenti nella sintomatologia della minzione e/o sono in terapia con antimuscolari (Enberg, 2017).



La stima del RPM è raccomandata nell'accertamento iniziale dell'IU da sforzo delle donne adulte (Fritel, 2010), in presenza di segni e sintomi di IU e/o sindrome di vescica iperattiva per escludere disfunzioni minzionali (Fritel, 2010), in presenza di sintomi di incompleto svuotamento vescicale, infezioni ricorrenti e prolasso degli organi pelvici (Lucacks, 2017; NICE, 2019; ICS, 2017; ICI, 2009; Yoshitaka 2017).

Nei pazienti geriatrici è utile rilevare il RPM se presentano sintomi di IU o LUTS come *urgency*, *urge incontinence* e *nicturia* (ICS, 2017). È raccomandato misurare il RPM nei pazienti che possono avere IU da rigurgito, ed anche quando i sintomi di IU non sono chiari (Kandelwal, 2013).

Considerando le ulteriori tipologie di incontinenza riportate in letteratura, non sono state riscontrate evidenze che raccomandino la rilevazione del RPM nei pazienti che manifestino la condizione di IU funzionale o di IU totale.

La metodica della rilevazione del RPM è univocamente trattata nei documenti inclusi nello studio: la valutazione non invasiva del volume vescicale è altrettanto accurata rispetto ai dati ottenuti con il cateterismo urinario (ICS, 2017), qualora sia opportuno rilevare il RPM nel processo di accertamento dell'IU, è raccomandato utilizzare *device* ad ultrasuoni (Yoshitaka 2017; Kandelwal, 2013; NICE, 2019; ICS, 2017), il *bladder scanner* è quello consigliato per la rilevazione del volume vescicale (NICE, 2019).

## DISCUSSIONE

La definizione della condizione di IU si basa, essenzialmente, sull'accertamento sistematico dei sintomi riferiti dal paziente (ICS, 2017), e qualora, si manifestino sintomi di non completo svuotamento vescicale è indicato rilevare il RPM per la definizione di IU (ICS, 2017; Fritel, 2010).

Appare evidente che, per la rilevazione del RPM, è largamente consigliato utilizzare *device* ad ultrasuoni. L'indicazione ad utilizzare questa metodica, in alternativa al cateterismo vescicale, è sostenuta da prove di efficacia con un *grading* elevato di tipo A (EAU, 2019 ICS 2017; NICE 2019).

La scansione ecografica della vescica, per la rilevazione del RPM, è descritta come: "una metodica efficace, precisa e soprattutto sicura" (Herr-Wilbert, 2010; ICS, 2017; Asimakopoulos, 2016); mentre, la rilevazione ecografica del volume vescicale, specie se eseguita con il *bladder scanner*, può essere semplice, ma necessita di un breve periodo di formazione e *training* (Asimakopoulos, 2016). Un aspetto che può apparire critico è l'interpretazione del valore del RPM dal momento che in letteratura non è definito in modo univoco il volume di RPM considerato fisiologico. Ma, per quanto non ci sia unanimità, molti autori concordano che un RPM < 50 ml può essere considerato "non significativo ai fini clinici" (Lucacks, 2017; Kandelwal, 2013; Asimakopoulos, 2016); volumi di RPM tra 50 e 100 ml possono essere considerati "non patologici", mentre volumi di RPM > 200 ml possono essere "predittivi di una disfunzione minzionale" (Lucacks, 2017; Kandelwal, 2013, Yates, 2016). Conoscere il valore del RPM, ci offre l'opportunità di effettuare ulteriori interventi per identificare il trattamento e la gestione del paziente con IU, qualora il RPM si discosti da questi parametri o il paziente presenti altri fattori di rischio (Yates, 2016).

Si è constatato che il RPM è un dato utile da rilevare nell'accertamento dell'IU da stress con evidenze di grado B/C; per l'IU da urgenza, invece, l'intervento è sostenuto da evidenze di grado C (Fitel, 2010; ICS, 2017).

**(TABELLA 2) GRIGLIA SINTESI RACCOMANDAZIONI PER LA STIMA DEL RPM ARTICOLI**

	AUTORE	ANNO	TITOLO	TIPO DI INCONTINENZA	POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	TIPO DELLO STUDIO	SINTESI DELLE EVIDENZE	CONCLUSIONI
1	Mathieu R et al	2014	Initial assessment of male non-neurogenic incontinence: systematic review of the literature by the LUTS committee of the French Urological Association	Incontinenza non neurogena	Maschi	Revisione sistematica della letteratura	La stima del residuo post minzionale è necessaria nell'accertamento iniziale dell'IU se sono associati sintomi LUTS	Nell'accertamento iniziale nell'IU maschile non neurogena è opportuno eseguire in modo sistematico accertamenti tra cui la stima del RPM
2	Fritel X et al	2010	Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians	Incontinenza da stress	Donne adulte	Revisione sistematica della letteratura	La stima del RPM è raccomandata nell'accertamento dell'IU come altri accertamenti (LE C)	La stima del RPM è raccomandata nell'accertamento iniziale dell'IU da stress nelle donne adulte
3	Herr-Wilbert IS et al	2010	Assessment-guided therapy of urinary incontinence after stroke	IU	Pazienti con stroke	Studio osservazionale	Degli infermieri sono stati formati per identificare tramite l'applicazione di un protocollo, l'IU distinguendola tra urge e stress I. Tra gli accertamenti inclusi nel protocollo è prevista la rilevazione del RPM. Gli interventi sono stati decisi in accordo con la terza consultazione mondiale sulla Continenza. Al 47% dei pazienti è stata individuata l'IU, ed il 67% ha raggiunto il miglioramento della continenza grazie ad interventi mirati	Nel protocollo per l'accertamento dell'IU è inclusa la stima del RPM. Il protocollo di accertamento si è rivelato piuttosto efficace anche se alcuni interventi meritano ulteriori approfondimenti
4	Asimakopou los AD	2016	Measurement of postvoid residual urine	IU	Uomini e donne adulte	Revisione sistematica della letteratura	Sebbene la base delle evidenze sia limitata, le linee guida sulla valutazione di LUTS e IU generalmente includono Misurazione del RPM	La misurazione del PVR è raccomandata nelle linee guida e raccomandazioni sul gestione di LUTS e IU, ma il livello di evidenza per questo intervento non è alto. La misurazione del RPM è raccomandata nell'accertamento dell'IU nelle donne con segni e sintomi di IU e/o sindrome di vescica iperattiva per escludere disfunzioni minzionali. La rilevazione del RPM è raccomandata nella gestione dell'IU nelle donne. Per misurare il RPM, usa una tecnica non invasiva con ultrasuoni piuttosto che il cateterismo urinario. Non c'è un consenso unanime sulla definizione di RPM normale. Comunque nella pratica clinica se è <30 ml può essere considerato insignificante se >50ml deve essere considerato significativo.
5	Yoshitaka Aoki	2017	Urinary incontinence in women	IU	Donne adulte	Revisione sistematica della letteratura	Si raccomanda di valutare il RPM nelle pazienti con LUTS e IU, prolasso sintomatico dell'organo pelvico o eccessiva distensione della vescica palpabile. La stima del RPM può essere eseguita con device ad ultrasuoni in alternativa al cateterismo urinario	Sebbene ampi e persistenti volumi di PVR possano essere correlati alle UTI, non vi sono evidenze sufficienti per correlare l'aumentato volume di PVR al peggioramento dei sintomi di riempimento. Pertanto, si raccomanda di valutare pazienti con IU, LUTS, prolasso sintomatico dell'organo pelvico o eccessiva distensione della vescica palpabile con la rilevazione del RPM
6	Engberg S. e Li H	2017	Urinary Incontinence in Frail Older Adults	IU	Adulti fragili	Revisione della letteratura	È utile eseguire la valutazione del RPM nei pz con IU quando, sulla base all'anamnesi, dell'osservazione clinica o dell'esame obiettivo, si sospetta un incompleto svuotamento della vescica.	È utile monitorare il RPM specie nei pazienti fragili uomini che hanno difficoltà a riferire cambiamenti nella sintomatologia della minzione e/o hanno difficoltà nella minzione, e/o sono in terapia con antimuscarinici.

GRIGLIA SINTESI RACCOMANDAZIONI PER LA STIMA DEL RPM ARTICOLI								
(TABELLA 2)	AUTORE	ANNO	TITOLO	TIPO DI INCONTINENZA	POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	TIPO DELLO STUDIO	SINTESI DELLE EVIDENZE	CONCLUSIONI
7	Barrie M	2015	Identify urinary incontinence in community patients	IU	Uomini e donne adulti	Revisione della letteratura	Verificare il RPM è utile in quanto può indicare uno svuotamento inefficace della vescica, che può derivare da un numero di fattori concomitanti come ostruzione cervicouretrale e ipocontrattilità detrusoriale. Elevati volumi di RPM possono peggiorare i sintomi dell'IU	La stima del RPM è importante perché l'urina residua può peggiorare i sintomi dell'IU del paziente e più raramente, può essere associato con UTI, dilatazione del tratto urinario superiore e insufficienza renale. Sia l'ostruzione cervico-uretrale che l'ipocontrattilità del detrusore contribuiscono alla formazione del RPM. La quantità di urina per determinare RPM patologico è incerta, in parte a causa della mancanza di una definizione standard di ciò che rappresenta un RPM anormale
8	Khandelwal C, et al	2013	Diagnosis of Urinary Incontinence	IU	Uomini e donne adulti	Revisione della letteratura	La valutazione del RPM è raccomandata per identificare l'IU da rigurgito (iscuria). Sebbene l'incontinenza da rigurgito (iscuria) sia presente solo in una minoranza di pazienti con incontinenza, è importante escludere questa diagnosi perché la ritenzione acuta di urina può portare a idronefrosi e irreversibilmente alla compromissione della funzionalità renale. L'IU da rigurgito è più comune nelle persone anziane, ma può verificarsi anche nei giovani adulti come manifestazione di disturbi neurologici, come la sclerosi multipla.	Gli esperti raccomandano di misurare il RPM nei pazienti che possono avere incontinenza da rigurgito, mentre altri raccomandano di misurare il RPM quando i sintomi di IU non sono evidenti. Se devi misurare il RPM è preferibile usare gli ultrasuoni. Il RPM se è < 50 ml è da considerarsi negativo per IC da rigurgito, se è tra 100 e 200 ml deve considerarsi dubbio ed è necessario ripetere la misurazione, se è > 200 ml può lasciar supporre che l'IU è da rigurgito.
9	Lucacks ES, et al	2017	Urinary incontinence in women	IU	Donne adulte	Revisione della letteratura	La misurazione del RPM è raccomandata quando i pazienti riferiscono IU e sintomatologia di incompleto svuotamento vescicale, hanno il prolasso degli organi genitali o devono essere sottoposti a chirurgia per stress IU. Non è unanimemente definito il RPM considerato normale, gli esperti indicano un RPM < 100 ml non patologico, mentre RPM > 200 ml o superiore a 1/3 del volume della vescica è considerato non normale.	La valutazione del RPM è raccomandata nella valutazione iniziale dell'IU delle donne con sintomi di incompleto svuotamento vescicale e prolasso degli organi pelvici

Per la definizione dell'incontinenza, conoscere il dato del RPM è utile ed è indicato rilevarlo; infatti, se integrato con gli altri accertamenti consente di migliorare l'accuratezza diagnostica e la gestione del paziente con IU, evidenza di grado B (ICI, 2009).

Considerato che l'IU da rigurgito, può essere definita solo in presenza di un RPM elevato >200ml (Kandelwal, 2013), conoscere questo dato si rivela indispensabile nella fase di accertamento, ed è utile per definire gli interventi appropriati. Ad esempio, il cateterismo vescicale, sarà prescritto con maggiore

appropriatezza solo in presenza di IU da rigurgito con un RPM "elevato".

### CONCLUSIONI

L'IU è una condizione che, con l'invecchiamento medio della popolazione, interesserà progressivamente un numero sempre crescente di persone.

Gli infermieri, pertanto, hanno l'esigenza di migliorare le proprie competenze, per rispondere in modo più appropriato ai bisogni dei pazienti con incontinenza.

Dalla letteratura oggetto dello studio si evince che la rilevazione ecografica del RPM consente di acquisire un dato cli-

nico in modo accurato, che, integrato nel processo di accertamento dell'IU, ne migliora l'appropriatezza per quasi tutte le tipologie di incontinenza.

**Gli infermieri** hanno il potenziale per identificare le persone con incontinenza (Hunter, 2018) e, **acquisendo le competenze per rilevare il RPM con il bladder scanner, possono attuare un intervento efficace, appropriato e sicuro per il paziente con IU, che consentirà di supportare la diagnosi clinica, quella infermieristica, gli indirizzi terapeutici e gli interventi assistenziali.**

L'utilizzo dei *device* ad ultrasuoni nell'as-

**GRIGLIA SINTESI RACCOMANDAZIONI DI LINEE GUIDA PER LA STIMA DEL RPM IN PZ CON IU**

AUTORE	ANNO	TIPO DI INCONTINENZA	POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO	RACCOMANDAZIONE	GRADING DELLE EVIDENZE
1 NICE <i>National Institute for health and Care Excellence</i>	2019	IU	Donne	1 Misura il RPM nelle donne che manifestano sintomi nello svuotamento vescicale e infezioni ricorrenti. 2 Per la rilevazione del RPM preferisci usare il bladder scanner piuttosto che il cateterismo urinario.	1) opinione Cdg 2) LE=DS II
2 EAU <i>European Association of Urology</i>	2015	IU	Uomini e donne adulti	1 I sintomi delle LUTS sono spesso associati ad un più alto tasso di RPM rispetto a soggetti asintomatici. 2 Usa gli ultrasuoni per valutare il residuo post minzionale. 3 Misura il RPM in pazienti con IU che manifestano sintomi allo svuotamento vescicale. 4 Misura il residuo post minzionale per valutare pazienti con IU complicata. 5 Il RPM dovrebbe essere misurato nei pazienti che hanno subito trattamenti che causano disfunzioni alla minzione.	1 LE 2 2 GR A 3 GR B 4 GR C 5 GR B
3 ICS <i>International Continence Society</i>	2017	IU	Uomini e donne	1 Vari gradi di diminuzione dello svuotamento vescicale possono essere causa di LUTS, ad essi sono associati sintomi di diminuzione della continenza vescicale. La decisione di rilevare il RPM deve essere supportata da sintomi di riduzione dello svuotamento vescicale. 2 Il RPM può essere rilevato nei pazienti uomini con IU con riduzione dello svuotamento vescicale e che hanno iniziato terapie che riducono la contrattilità vescicale 3 Il RPM deve essere eseguito in pazienti incontinenti in particolare quando si sospetta una diminuzione della capacità di svuotamento vescicale se i trattamenti che riducono la contrattilità della vescica o in base ai sintomi riferiti dal paziente. 4 La valutazione non invasiva del RPM è altrettanto accurata quanto la valutazione del cateterismo quindi è la modalità consigliata. 5 Rileva il RPM nelle pazienti donne con IU che presentano sintomi specifici di non completo svuotamento vescicale o all'esame obiettivo presentano prolasso degli organi pelvici. 6 Nei pazienti geriatrici il RPM andrebbe sempre misurato se presentano sintomi di IU o LUTS come urgency, urge incontinenza e nicturia. 7 Il RPM andrebbe sempre misurato nei pazienti uomini che presentano sintomi di ritenzione urinaria. La ritenzione urinaria cronica può portare ad iscuria paradossa.	1 GR D 2 GR D 3 GR C 4 GR A 5 GR B 6 O DG 7 ODG
4 ICI <i>International Consultation on Incontinence</i>	2009	IU	Uomini e donne	1 Se l'incontinenza urinaria è associata ad una alterazione dello svuotamento vescicale e ad una ipoattività detrusoriale, è raccomandato che siano utilizzati metodi per verificare ed assicurare lo svuotamento vescicale. 2 Per la diagnosi di IU nei bambini se l'incontinenza è associata a disfunzione minzionale, che comporta residuo post-minzionale significativo (>30 % della capacità vescicale totale), il trattamento iniziale dovrebbe essere volto ad ottenere un miglior svuotamento vescicale. 3 Il prolasso è una comune causa di alterata funzione di svuotamento. Per le pazienti con IU neurogena, una valutazione del residuo post-svuotamento (preferibilmente ecografico) è vivamente raccomandata. 4 Nella diagnosi di IU nei pazienti anziani fragili si raccomanda la misurazione del residuo post-minzionale, perché potrebbe influenzare la scelta del trattamento.	1 GR D 2 GR B/C 3 GR C 4 GR B
5 AUA <i>American Urological Association</i>	2017	STRESS INCONTINENZA	Donne	La valutazione del PVR può avvisare il medico del potenziale svuotamento incompleto della vescica. Si deve prendere in considerazione la relazione tra svuotamento incompleto della vescica e UTI e un'analisi delle urine con coltura come indicato deve essere ottenuta in pazienti con PVR elevato in presenza di sintomi di una UTI.	OPINIONE DEGLI ESPERTI

sistenza infermieristica al paziente con IU, fa nascere l'esigenza di acquisire conoscenze e competenze avanzate, in un ambito disciplinare oggi poco descritto in letteratura ma con grandi potenzialità per l'evoluzione professionale.

Le competenze specialistiche avanzate contribuiscono a migliorare gli esiti clinici (FNOPI, 2019): rilevare ecograficamente il RPM nei pazienti con IU sembra possa offrire questo beneficio.

**AUTORI:**

Carlo Brachelente, RN, MSN studente master in Stomatoterapia e Riabilitazione delle incontinenze, Università di Tor Vergata, Roma;

Giuseppe Esposito, RN, MSN, PhD, Professore a contratto, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Tor Vergata, Roma;  
Vittoria Giordano, RN, MSN, PhD student, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università di Tor Vergata, Roma;  
Giulia Villa, RN, PHD, Unità di Urologia, IRCCS San Raffaele, Milano.



## BIBLIOGRAFIA

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al.; Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. *NeuroUrol Urodyn* 2002;21:167-78.
- American Urological Association, *Surgical Treatment of Female stress urinary incontinence: AUA/SUFU guideline*. s.l.:American Urological Association and research inc. 2017.
- Asimakopoulos AD., et al., 2016. *Mesurement of post void residual urine*. *Neurol Urodyn*, pp. 55-57.
- Associazione Urologi Italiani, 2003. *Incontinenza Urinaria e Deficit del Pavimento Pelvico*. s.l.:AURO.
- Barrie M, *Identify urinary incontinence in community patients*. *Journal Continence Nurse*, pp. 45-52. 2015.
- Benvenuti F, *Linee Guida al trattamento della incontinenza urinaria nel paziente anziano*. *Giornale di Gerontologia*, pp. 208-2015. 2000.
- Biroli A, *L'infermiere e l'incontinenza urinaria*. Milano: Fondazione Italiana Continenza. 2004.
- Borrie M.J, B.M. et al, *Interventions led by nurse continence adviser in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial*. *Canadian Medical Association journal*, pp. 1267-1273. 2002.
- Carpenito L, *Piani di assistenza infermieristica e documentazione*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana. 2011.
- Carsughi A et al. *La gestione dell'incontinenza urinaria nei pazienti anziani*. Ancona: INRCA. 2015.
- Centro EBN Azienda Ospedaliera di Bologna S.Orsola Malpighi, 2000-2001, *Incontinenza Uronaria*. Bologna: GIMBE.
- D'Ancona C et al, *The International Continence Society (ICS) report on terminology of male lower urinary tract and pelvic floor symtom and disfunction*. *Neurology Urodynamic*, pp. 1-45. 2019.
- Diomede F, *Rapporto sull'incontinenza*. Ancona: World Incontinece Foundation. 2009.
- Enberg S, H.L, *Urinary Incontinence in frail older adult*. *Urological nursing*, pp. 119-125. 2017.
- European Association of Urology, *Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms*. s.l.:EAU. 2015.
- European Association of Urology, *Urinary Incontinence*. s.l.:EAU. 2015.
- Federazione Italiana Incontinenti, *Libro bianco sull'incontinenza*. Cassano delle Murge (BA): FINCO. 2012.
- FNOPI, <http://www.fnopi.it/attualita/incontinenza-e-stomia-fnopi-alla-presentazione-della-campagna-incontriamoci-id2689.htm>. [Online] [Consultato il giorno 28/06/2019].
- FNOPI, 2019 <http://www.fnopi.it/attualita/l-infermiere-di-domani-specialista-manager-e-garante-della-continuita-dell-assistenza-tra-ospedale-e-territorio-id2713.htm> (Consultato il giorno 26/08/2019).
- Fonda, D., 2015. *Incontinence in frail EderLy*. s.l.:ICS (on line) [https://www.ics.org/Publications/ICI\\_3/v2.pdf/chap18.pdf](https://www.ics.org/Publications/ICI_3/v2.pdf/chap18.pdf) (consultato il giorno 30 07 2019).
- Gajewski J.B et al, *An International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult neurogenic lower urinary trac*. *Neurology e Urodynamic*, pp. 1-10. 2017.
- Health M et al, *Nursing Management of patients with urinary Incontinence*. Singapore, Singapore Ministry of Health, pp. 1-39. 2003.
- Hunter K.F et al, *Improving nurse engagement incontinence care*. *Nursing: reserche and reviews*, pp. 1-7. 2018.
- ICNP, ICNP browser. [Online] Available at: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser> (Consultato il giorno 30/07/2019).
- ICS, 2019. *ICS glossary*. [Online] Available at: <https://www.ics.org/glossary> (Consultato il giorno 30/07/2019).
- International Consultation of Incontinence, *Linee Guida sull'incontinenza*. Milano: Fondazione Italiana Continenza. 2009.
- International Continence Society, *Incontinence, 6th International Consultation of Incontinence*. Tokio, ICS. 2017.
- Kandelwal C et al, *Diagnosis of Urinary Incontinence*. *American Family PHysician*, 87(8), pp. 543-550. 2013.
- Kelly C.E et al, *Evaluation of voiding dysfunction and measurement of bladder volume*. *Reviews in Urology*, pp. 6, s32-37. 2004.
- Lucacks E.S et al, *Incontinence Urinary in women*. *JAMA*, pp. 1592-1604. 2017.
- Lynda C, *Diagnosi Infermieristiche*. IV Ed. a cura di Milano: Casa Editrice Ambrosiana. 2009.
- Mathieu R et al, *Initial assessment of male non-neurogenic incontinence systematic review of the literature by the LUTS committee of the French Urological Association*. *Progress in Urologie*, pp. 421-426. 2014.
- NICE, *Urinary Incontinence in Woman the management of urinary incontinence in woman*. 2019.
- Ontario Health tecnology assestement series, *Portable bladder Utrasound An Evidence- Based Analysis*. Toronto: Ministry of Health and Long-Term Care. 2006.
- Ostaszkievicz J et al, *A guideline for the nursing assessment and management of urinary retention in elderly hospitalized patients*. *Australian and New Zeland Continence Journal*, pp. 14 (3) 76-83. 2008.
- Palese A et al, *The effectiveness of the ultrasound bladder scanner in reducing urinary tract infections: a meta-analysis*. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 2970-2979. 2010.
- Prieto J, *Optimising the use of bladder ultrasound scanners to improve the quality and safety of patient care and reduce costs*. [Online] 2016. Available at: (Consultato il giorno 30/ 07/2019).
- Registred Nurse Association of Ontario, *Promoting Continence Using Prompting Voiding*. s.l.:RNAO. 2005.
- Schott A, *The evaluation of stress incontinence prior to primary surgery*. *Journal of obstetric and Gynecology of Canada*, pp. 45- 50. Vol XL. 2018.
- Secreretariat M.A, *Portable bladder Ultrasound, an evidence based Analysis*, Ontario: Ministry of Health and long term care. 2006.
- Senior Italia Feder-ANZIANI-Cergas Bocconi, *L'incontinenza e la gestione dell'assistenza alla persona in Italia*. Milano: Sda Bocconi. 2016.
- Sparks A et al, 19(3), *The clinical benefit of the bladder scanner*. *J care qual*, pp. 188-192. 2004.
- Sparks A et al, *The clinical benefit of the bladder scanner*. *Journal care qual*, pp. 19 (3), 188-192. 2004.
- Thomas P et al, *Reason of informal caregivers for institutional demential patients previlius living at home. The Pixel study*. *International journal of geriatric psichiatri*, pp. 19 (2) 127-135. 2004.
- Wilkinson J, *Processo Infermieristico e pensiero critico*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana. 2009.
- Yates A, *Using ultrasound to detect post-void residual urine*. *Nursing Time* 112, 32/33/34, pp. 16-19. 2016.

# L'uso degli *smartphone* nel personale infermieristico e il loro impatto sull'assistenza

## Uno studio osservazionale trasversale

di Chiara Ferreri, Francesca Maria Meloni, Francesca Cicchetti, Simone Piga, Matteo Amicucci

### ABSTRACT

L'uso dello *smartphone* durante l'attività assistenziale è ormai divenuto inevitabile. In letteratura, vengono descritti sia gli aspetti positivi che negativi di questo cambiamento (Pucciarelli G, et al).

Esistono APP create per il dosaggio dei farmaci, per la rilevazione della frequenza cardiaca, per controllare a distanza pazienti affetti da diverse patologie croniche.

Inoltre, lo *smartphone* può migliorare la comunicazione nel team e tra pazienti e sanitari, oltre che ridurre i tempi. Ma è stato evidenziato come questi dispositivi possano diventare sia motivo di distrazione (ergo, di errore), che veicolo di infezione, provocando anche interferenze con altre apparecchiature mediche.

Questo studio si propone di verificare i risultati della revisione sul campo attraverso un'indagine conoscitiva durata due mesi, effettuata con un questionario di 14 domande appositamente create (non essendoci, in letteratura, strumenti validati).

Il 97% degli intervistati dichiara di possedere uno *smartphone* usato "spesso" nel 60% dei casi durante la giornata e nel 75% dei casi "ogni tanto" durante il turno di lavoro, ma solo il 26% lo usa per la consultazione di APP infermieristiche. L'85% usa APP sui farmaci, il 58%, APP per interpretazione esami di laboratorio e il 41%, APP per l'interpretazione dei segni e sintomi. Il 64% ritiene il lavaggio



delle mani obbligatorio dopo l'utilizzo dello *smartphone*; per il 71% del campione esso può essere causa di distrazione, interferenza nelle relazioni (70%), infezioni (69%) e errori (58%). Il 41% dei casi definisce lo *smartphone* uno strumento per poter migliorare l'assistenza. In conclusione, pur non essendo possibile effettuare robuste analisi inferenziali sulle risposte, i risultati evidenziano i vantaggi e gli ostacoli maggiormente percepiti nell'uso dello *smartphone* e delle APP sanitarie e mettono le basi per ulteriori approfondimenti.

**Parole-chiave:** infermieri, *smartphone*,

APP, distrazione.

### INTRODUZIONE

Gli *smartphone* sono diventati, nel tempo, un vero fenomeno di massa, accessibile a tutti.

Le APP per la salute sono *software* destinati alle piattaforme mobili (*smartphone*, *tablet*) che possono essere utilizzati in ambito sanitario, ma, all'interno dei quali, ricadono più tipologie di servizi.

Nel 2014, potevano essere contate circa 100 mila APP, ma in campo sanitario le APP sono in aumento (ad oggi sono disponibili più di 7000 applicazioni dedi-



cate) e la loro diffusione, nonché il riconoscimento della loro utilità, sono testimoniati dal sempre crescente numero di medici e professionisti sanitari che già li utilizzano con successo in vari campi. Al crescere del numero delle APP, aumenta anche il numero dei fruitori di questi servizi dedicati: nel 2009, vi furono 300 milioni di APP scaricate da internet e nel 2010 se ne sono registrate circa 5 miliardi.

A settembre 2010, il numero maggiore di applicazioni inerenti la salute era offerto sull'Apple Store della Apple® (7.136), seguito da Google Android® (1.296) e BlackBerry® (338).

Per dare un'idea della crescita esponenziale del fenomeno, basti riportare che, dal febbraio dello stesso anno, il numero di applicazioni registrate e dedicate specificatamente al mondo sanitario, nelle tre succitate piattaforme, era cresciuto del 78%.

È prevedibile, perciò, come l'uso degli *smartphone* sia destinato ad aumentare sempre di più nella pratica sanitaria, grazie alla capillare diffusione di questi strumenti tra le nuove generazioni e alle potenzialità sempre più innovative in campo comunicativo, informativo, diagnostico e organizzativo.

**Quello che l'infermiere moderno può fare di fronte a questo processo di evoluzione è indagare come utilizzarla per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica**, in quanto, non si ha a che fare soltanto con *tablet* e computer, e ogni cosa è volta sempre alla salute del paziente. Le possibilità che questi strumenti tecnologici possano offrire sono molteplici e, da una recente revisione della letteratura (Pucciarelli et al. 2017), emerge che lo *smartphone* rappresenti una risorsa aggiunta quando utilizzato per comunicare con i pazienti (per eseguire *follow-up* o migliorare l'aderenza nei pazienti affetti da patologie croniche) e, al contempo, rappresenta uno strumento da utilizzare con cautela in attività assistenziali che richiedono grande precisione, come il calcolo dei dosaggi dei farmaci o la rilevazione dei parametri vitali. Lo *smartphone*, poi, potrebbe rivelarsi addirittura "pericoloso": l'utilizzo improprio provoca maggiori distrazione,

contaminazione da agenti patogeni, errori sanitari.

Al contrario, per le attività non correlate al lavoro, il giusto utilizzo degli *smartphone* garantisce maggior benessere e minore stress al personale sanitario, cose che potrebbero incidere in maniera significativa sulla qualità dell'assistenza. Per tutti questi motivi, gli infermieri dovrebbero essere attenti all'utilizzo che ne fanno, durante e non le attività lavorative. Dopo un'attenta analisi della revisione della letteratura, si è deciso di effettuare un sondaggio su un campione di infermieri di un grande ospedale pediatrico del centro Italia. L'obiettivo dell'indagine è stato di verificare quali siano le conoscenze e le attitudini degli infermieri intervistati in merito all'uso dello *smartphone* nella pratica clinica infermieristica, evidenziarne rischi e benefici percepiti e descrivere quanto effettivamente gli infermieri lo utilizzino durante la giornata, il turno di lavoro e, se sì, per quali fini.

## MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale presso un ospedale pediatrico del centro Italia.

I criteri d'inclusione sono stati l'appartenenza dei lavoratori alla categoria di infermiere/infermiere pediatrico ed essere dipendenti diretti dall'ospedale. In totale, sono stati compilati 214 questionari, creati *ad hoc* e strutturati in base a dati reperiti in letteratura.

La creazione del questionario è avvenuta utilizzando un *software* gratuito on line chiamato SURVIO®.

Gli infermieri coinvolti nello studio sono stati raggiunti attraverso l'invio di una e-mail sulla casella di posta aziendale. All'interno della mail ricevuta era contenuto il link attraverso cui si poteva rispondere alle domande. La compilazione del questionario richiedeva, mediamente, dieci minuti, con 14 domande divise in diverse sezioni: a) dati demografici, b) utilizzo dello *smartphone* e conoscenza ed utilizzo di APP di interesse infermieristico e c) opinioni.

L'analisi statistica è stata effettuata con software Excel.

I risultati delle domande a risposta chiusa,

con scala Likert, sono stati analizzati unendo i due item iniziali e finali della scala ("per niente" con "poco", "discrettamente" con "molto") per superare la granularità dei dati.

Le risposte del questionario sono state rappresentate in tabella e/o graficamente, esprimendo i dati in percentuale, senza decimali con approssimazione per eccesso del valore.

## RISULTATI

### Dati demografici

Sono stati analizzati i 214 questionari compilati in ogni parte (il 49% dei questionari visualizzati).

La fascia di età più numerosa è quella tra i 31 e i 49 anni (49,5%).

La distribuzione percentuale per anni di servizio è piuttosto omogenea, con una lieve prevalenza di infermieri con meno di cinque anni di servizio (27%) e quelli con più di venti anni di servizio (28%). (Tabella 1)

Utilizzo dello *smartphone* e conoscen-

DATI DEMOGRAFICI	N°	%
<b>Ambito lavorativo</b>		
Area medica	66	31
Area chirurgica	21	10
Oncoematologia	27	13
Area Critica	65	30
Servizi ambulatoriali/Day Hospital	25	12
Attività di supporto all'assistenza	10	4
<b>Anni di servizio</b>		
1-5 anni	57	27
6-10 anni	50	23
11-20 anni	47	22
>20	60	28
<b>Fascia di età</b>		
20-30 anni	66	31
31-49 anni	106	49
>50	42	19

Tabella 1. Variabili demografiche relative al campione

za/utilizzo delle APP infermieristiche. Il 97% degli intervistati dichiara di possedere uno *smartphone*, che durante la giornata viene utilizzato "spesso" nel 60% dei casi, "solo quando ne ho bisogno" nel 21% dei casi e "ogni tanto" nel 17% dei casi; nel 2% dei casi c'è chi ha risposto "mai". Durante l'orario di la-

UTILIZZO DELLO SMARTPHONE	N°	%
<b>Possesso smartphone</b>		
<i>Sì</i>	208	97
<i>No</i>	6	3
<b>Uso smartphone durante la giornata</b>		
<i>Mai</i>	4	2
<i>Ogni tanto</i>	37	17
<i>Spesso</i>	128	60
<i>Solo quando ne ho bisogno</i>	45	21
<b>Uso smartphone durante l'orario di lavoro</b>		
<i>Mai</i>	17	8
<i>Ogni tanto</i>	160	75
<i>Abbastanza</i>	34	16
<i>Molto</i>	3	1

Tabella 2. Variabili relative all'utilizzo dello smartphone

voro, la frequenza nell'utilizzo dello smartphone si riduce ad "ogni tanto" nel 75% dei casi e il "mai" sale all'8% dei casi. (Tabella 2)

Tra i vari motivi suggeriti riguardo l'uso durante il turno di lavoro, la percentuale del campione che lo usa "abbastanza/molto" per la consultazione di APP infermieristiche e del 26%; mentre il 32% lo utilizza per la messaggistica; trascurabile il dato di chi lo utilizza per i social o youtube, ecc. (Grafico 1)

L'associazione tra anni di servizio e utilizzo di APP sanitarie durante il turno di lavoro rivela che la risposta "abbastanza/molto" compare nella fascia >20 nel 23% dei casi; a seguire nel 19%, nella fascia 1-5 anni; 18% nella fascia di 6-10 anni e, infine, nel 16% dei casi nella fascia 11-20 anni. (Grafico 2)

Le APP di interesse sanitario ritenute maggiormente utili dal campione di infermieri sono quelle riguardanti i farmaci: l'85% del campione riferisce di considerarle "utili nello svolgimento delle attività lavorative *abbastanza/molto*"; a seguire, le APP per l'interpretazione degli esami di laboratorio (58%); quelle per il riconoscimento dei segni e sintomi (41%) e, infine, quelle per la rilevazione dei parametri vitali (34%), come meglio illustra il Grafico 3, in cui è possibile confrontare anche il campione che ha risposto "per nulla/poco".

A questo punto, è stato indagato come

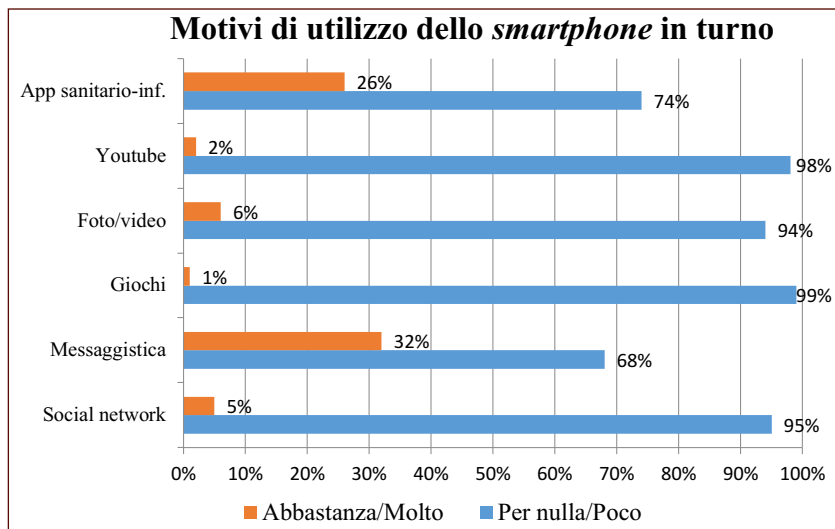


Grafico 1. Percentuali delle variabili proposte dagli intervistati alla domanda: "Per quali motivi utilizzi lo smartphone durante il tuo turno?"

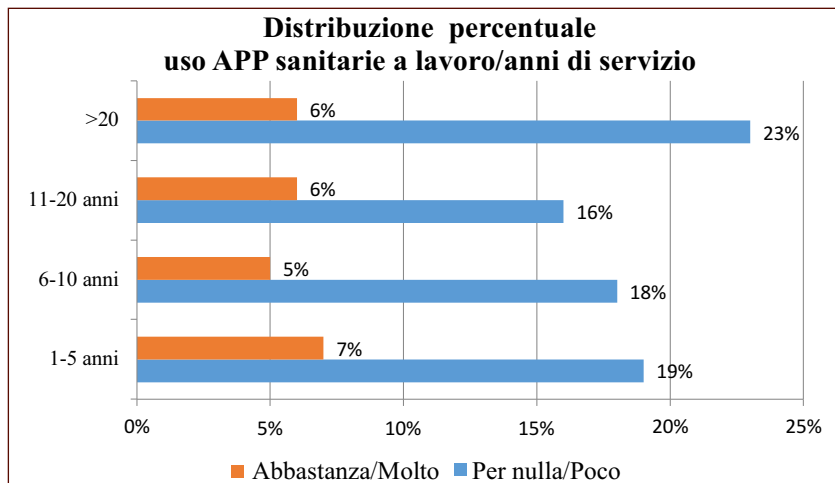


Grafico 2. Distribuzione percentuale del campione per anni di servizio rispetto alla domanda: "Per quali motivi utilizzi lo smartphone durante il tuo turno/APP sanitario infermieristiche"

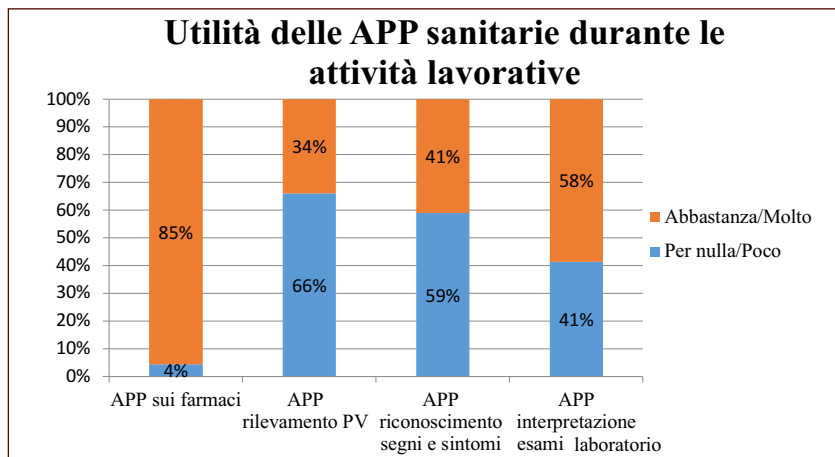


Grafico 3. Percentuali di risposte relative alla domanda: "In che grado ritieni che le APP di interesse infermieristico possano essere utili durante lo svolgimento delle tue attività lavorative?"

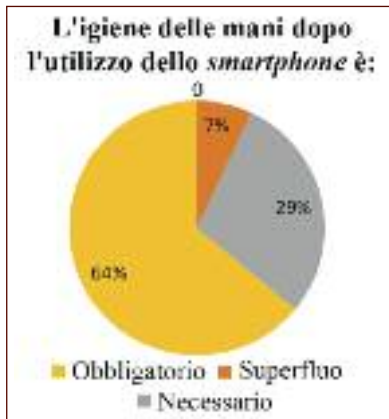


Grafico 4. Risposte alla domanda: "Ritieni che eseguire l'igiene delle mani dopo l'utilizzo dello smartphone sia..."

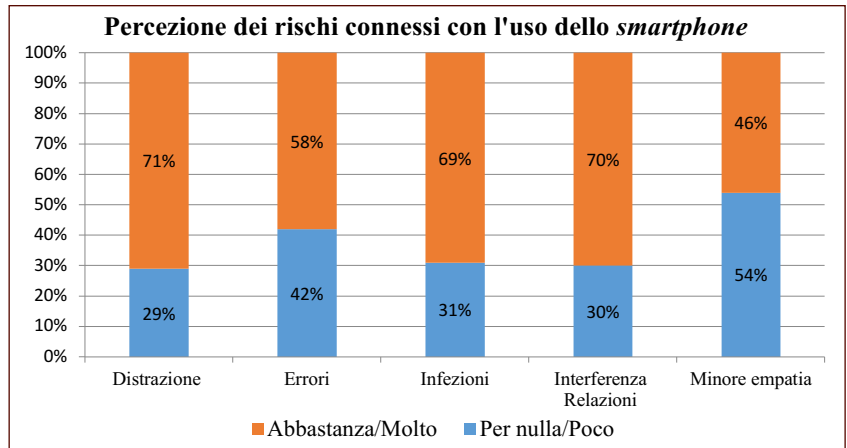


Grafico 5. Percentuali relative alla percezione degli intervistati in merito alla domanda: "Ritieni che lo smartphone possa essere motivo di...?"

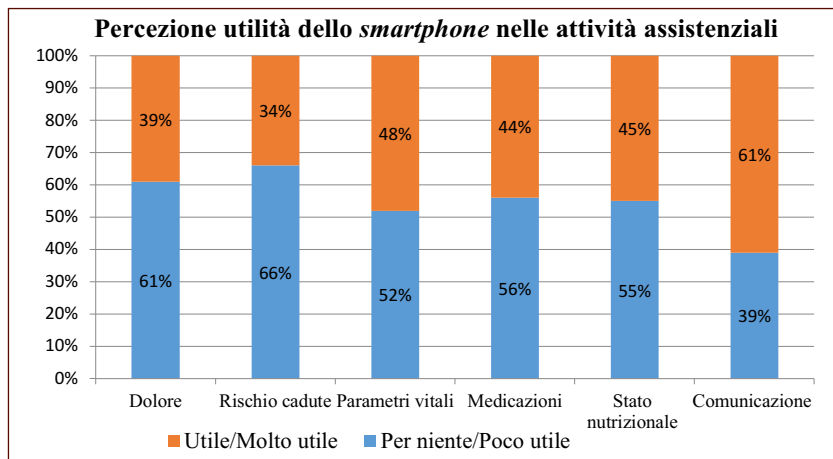


Grafico 6. Percentuali di risposte alla domanda: "Ritieni che l'utilizzo dello smartphone possa essere utile per...?"

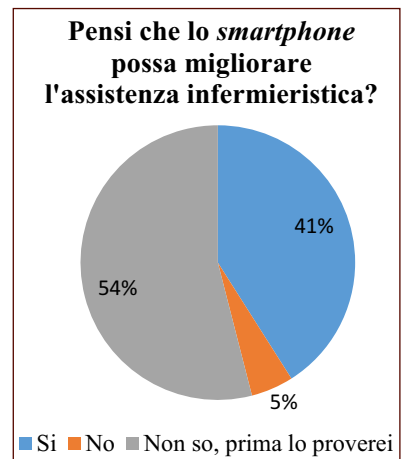


Grafico 7. Risposte alla domanda: "Pensi che lo smartphone possa migliorare l'assistenza infermieristica?"

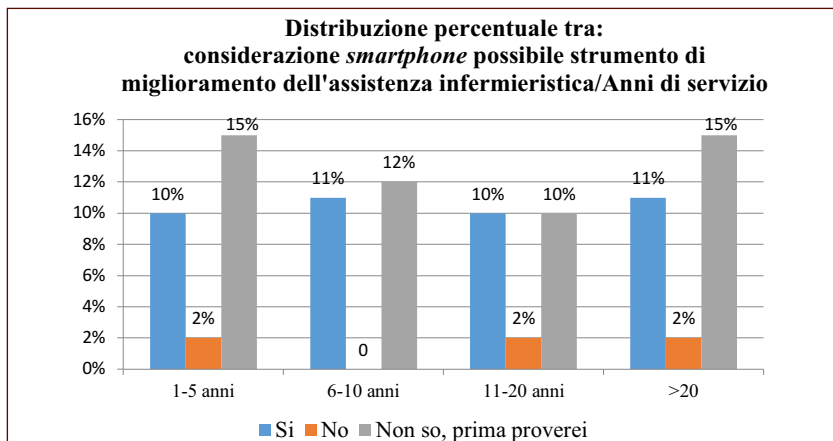


Grafico 8. Distribuzione percentuale delle risposte alla domanda: "Pensi che l'introduzione dello smartphone come strumento lavorativo possa migliorare l'assistenza infermieristica?" per anni di servizio.

si comporta il campione dopo l'utilizzo dello smartphone: il 64% ritiene il lavaggio delle mani obbligatorio, il 29% necessario; il 7% superfluo. (Grafico 4)

#### Opinioni

Rispetto alle variabili proposte che riguardano i pericoli connessi all'uso dello smartphone durante l'attività lavorativa,

il campione ritiene che possa essere "abbastanza/molto" causa di distrazione (71%), interferenza nelle relazioni (70%), infezioni (69%), errori (58%) e infine minore empatia (46%). (Grafico 5)

Il campione percepisce l'utilità dello smartphone nelle attività assistenziali "utile/molto utile" nella comunicazione (61%), nella rilevazione dei parametri vitali (45%), nella valutazione dello stato nutrizionale (45%); mentre "per niente/poco utile" soprattutto l'utilizzo per la valutazione del rischio cadute. (Grafico 6)

Infine, il campione intervistato, circa la possibilità dello smartphone di poter migliorare l'assistenza infermieristica, ha risposto affermativamente nel 41% dei casi, mentre nel 54% "non so, prima lo proverei" e solo il 5% ha risposto negativamente. (Grafico 7).

Distribuendo i dati appena riportati rispetto alla fascia di età (vedi Grafico 8), si evince che la risposta “non so, prima proverei” si presenta con percentuale più alta del 15% uguale nelle fasce di età più giovane (1-5 anni) e più anziana (>20 anni). Anche nelle altre due fasce d'età la stessa risposta è la più frequente: 12% nella fascia 6-10 anni e 10% in quella 11-20 anni.

## CONCLUSIONI

In questo lavoro si vuole sottolineare come l'introduzione dello *smartphone* e delle APP sanitarie nell'assistenza infermieristica si stia diffondendo notevolmente.

È significativo notare come si differenzia il suo utilizzo da parte del campione studiato: durante il turno di lavoro è minore rispetto al tempo in cui viene utilizzato nell'arco dell'intera giornata ed è finalizzato al supporto nelle attività assistenziali (consultazione di APP sanitarie).

Contrariamente alle aspettative, l'utilizzo di APP sanitarie risulta omogeneo in tutte le fasce attinenti gli anni di servizio e non prevalente in quella che comprende

il campione più giovane. Le APP ritenute più utili nella pratica clinica sono quelle riguardanti i farmaci.

Dopo l'utilizzo dello *smartphone*, il campione è attento alla prevenzione delle ICA: nessuno ritiene superflua l'igiene delle mani.

Questo è confermato dalle opinioni del campione che percepisce le infezioni, la distrazione e l'interferenza con le relazioni come i maggiori rischi legati all'uso dello *smartphone*. Mentre lo ritiene particolarmente utile nelle attività assistenziali che riguardano la comunicazione e i parametri vitali.

In conclusione, è piacevole notare che, indipendentemente dagli anni di servizio, il campione intervistato mostra un atteggiamento positivo rispetto all'uso dello *smartphone* e ritiene che possa essere uno strumento valido per migliorare l'assistenza infermieristica.

Quello che ci si aspetta per il futuro è che vengano chiariti, con maggior rigore, i criteri per definire l'affidabilità e la validità di un'APP, affinché risulti essere uno strumento di supporto scientificamente riconosciuto. In questo modo, sarà pos-

sibile aumentarne la diffusione durante le attività assistenziali e la conoscenza in merito a questo argomento.

Inoltre, è auspicabile la realizzazione di nuovi studi allo scopo di verificarne concretamente le potenzialità e i vantaggi che potrebbe apportare l'uso dello *smartphone* per il miglioramento della qualità dell'Infermieristica stessa.

## AUTORI:

Chiara Ferreri, infermiera pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

Francesca Maria Meloni, tutor universitario, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica presso il Polo Didattico Pier Giorgio Frassati Università di Roma, Tor Vergata;

Francesca Cicchetti, infermiera pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

Simone Piga, statistico presso il servizio di Epidemiologia Clinica Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;

Matteo Amicucci, infermiere pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Celik S, Cosansu G, Erdogan S, Kahraman A, Isik S, Bayrak G, Olgun N, *Using mobile phone text messages to improve insulin injection technique and glycaemic control in patients with diabetes mellitus: a multi-centre study in Turkey*. J Clin Nurs. 2015 24(11-12): 1525-1533.
- Gopinath S.C, Tang TH, Chen Y, Citartan M, Lakshmi Priya T, *Bacterial detection: from microscope to smartphone*. Biosens Bioelectron. 2014 60: 332-342.
- McBride D, LeVasseur SA, Li D, *Nursing performance and mobile phone use: are nurses aware of their performance decrements?* JMIR Hum Factors. 2015.
- McBride D.L, *Distraction of clinicians by smartphones in hospitals: a concept analysis*. J Adv Nurs. 2015.
- Meadow J.F, Altrichter A.E, Green J.L, *Mobile phones carry the personal microbiome of their owners*. PeerJ. 2014 2: 447-449.
- Przybylo J.A, Wang A, Loftus P, Evans K.H, Chu I, Shieh L, *Smarter hospital communication: secure smartphone text messaging improves provider satisfaction and perception of efficacy, workflow*. J Hosp Med. 2014 9(9): 573-578.
- Pucciarelli G, Simeone S, Madonna M, Virgolesi M, *L'uso degli smartphone nel personale infermieristico: una revisione narrativa della letteratura*. Professioni infermieristiche. 70(2): 102-14. 2017.
- Sergeeva A, Aij K, Van Den Hooff B, Huysman M, *Mobile devices in the operating room: intended and unintended consequences for nurses' work*. Health Informatics J. 2015.
- Smetaniuk P, *A preliminary investigation into the prevalence and prediction of problematic cell phone use*. Journal of Behavioral Addictions. 3(1): 41-53. 2014.
- Tran K, Morra D, Lo V, Quan S, Wu R, *The use of smartphones on General Internal Medicine wards: a mixed methods study*. Appl Clin Inform. 5(3): 814-823. 2014.
- Ulger F, Dilek A, Esen S, Sunbul M, Leblebicioglu H, *Are healthcare workers' mobile phones a potential source of nosocomial infections? Review of the literature*. J Infect Dev Ctries. 9(10): 1046-1053. 2015.
- Varnfield M, Karunanithi M, Lee C.K, Honeyman E, Arnold D, Ding H, Walters D.L, *Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial*. Heart. 100(22): 1770-1779. 2014.
- Ventola C.L, *Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits*. 39(5): 356-64. 2014.
- Wang B, Theeuwes J, *Statistical regularities modulate attentional capture*. J Exp Psychol Hum Percept Perform. Jan 44(1):13-17. 2018.
- Wu R, Lo V, Morra D, Appel E, Arany T, Curiale B, Quan S, *A smartphone-enabled communication system to improve hospital communication: usage and perceptions of medical trainees and nurses on general internal medicine wards*. J Hosp Med. 10(2): 83-89. 2015.

# Il corretto smaltimento degli escreti dei pazienti in trattamento con farmaci antitumorali

## Indagine sulle conoscenze degli infermieri

di Arianna Patrizi, Davide Bove

### INTRODUZIONE

I farmaci antitumorali o chemioterapici (CA) sono oggi largamente impiegati sia per il trattamento di patologie oncologiche che per altre malattie, come l'artrite reumatoide e la sclerosi multipla.

Il *National Institute for Occupational Safety and Health* (1) ha definito alcuni CA "hazardous drugs", in quanto hanno potere cancerogeno.

Numerosi studi nella letteratura internazionale hanno dimostrato un danno alla salute per il personale sanitario esposto a tali sostanze: da effetti acuti come rash cutanei, cefalea, patologie infiammatorie del cavo orale, faringite ed esofagite, tosse persistente e perdita di capelli (2, 3), a problemi a carico dell'apparato riproduttivo (aborti spontanei ed infertilità, 4, 6), fino a effetti teratogeni, carcinogeni e mutageni con anomalie cromosomiche, scambio di nucleotidi fratelli ed aumento di incidenza dei tumori (7, 12).

L'esposizione a CA può avvenire durante le attività di manipolazione di tali sostanze, dalla preparazione fino allo smaltimento degli escreti dei pazienti (13, 14). Quest'ultima fase è stata classificata come "attività clinica pericolosa" (3): i farmaci antitumorali infatti vengono metabolizzati a livello epatico e renale. Per tale ragione, dunque, è possibile riscontrare tracce di farmaco inattivato, o



metaboliti attivi, nelle feci e nelle urine del paziente; nel caso in cui il paziente assuma la terapia per via orale, si possono riscontrare tracce di chemioterapici anche nel vomito.

Nell'ultima fase dello smaltimento degli escreti, l'esposizione avviene principalmente per inalazione (data la nebulizzazione delle sostanze dovuta al risciacquo del wc) e contatto diretto tra cute e/o mucose, in caso di contaminazione delle superfici.

Oltre a ciò, in altri studi, attraverso il campionamento con *wipe test*<sup>1</sup>, è stato dimostrato che le superfici dei bagni dei pazienti sottoposti a trattamento con CA sono altamente contaminate da questi ultimi (15, 16).

Sono state pubblicate numerose linee-guida da parte di diverse organizzazioni internazionali (17, 18) per tutelare la salute degli operatori coinvolti: tutte enfatizzano l'importanza dell'adesione alle raccomandazioni internazionali, sia in termini di modalità di inattivazione degli escreti e smaltimento dei materiali utilizzati, che per l'utilizzo di idonei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI). Per quel che riguarda i presidi utilizzati durante la manipolazione degli escreti (DPI, materiali non monouso), e che quindi sono entrati in contatto con materiale biologico dei pazienti, le linee-guida specificano che sono "potenzialmente pericolosi" sia per il rischio chimico (presenza di metaboliti attivi o farmaco inat-

<sup>1</sup> I *wipe test* sono strumenti utilizzati per determinare il livello di contaminazione ambientale da parte dei chemioterapici.

tivato) che per il potenziale rischio biologico e per tale motivo devono essere smaltiti come "Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo".

L'utilizzo del recipiente in cartone (in caso di vomito) è assolutamente sconsigliato in quanto potrebbe assorbire i liquidi biologici del paziente con conseguente rischio di contaminazione accidentale (19, 20).

Dalle più recenti linee-guida attualmente disponibili, emerge chiaramente che la maggior parte dei farmaci antiblastici viene eliminata attraverso le urine e le feci nella prima/seconda giornata post somministrazione; fanno eccezione il cisplatino, il methotrexate e la doxorubicina che hanno un'emivita di circa 7 giorni.

Non esiste una sostanza universale per inattivare i metaboliti dei CA, dunque è opportuno seguire le indicazioni per ogni specifico farmaco, oppure utilizzare l'ipoclorito di sodio al 10% lasciandolo agire per 24h prima dello smaltimento, al fine di inattivare gran parte dei residui di farmaco antiblastico.

In caso di vomito, si può utilizzare un catino metallico con una traversa monouso con parte inferiore impermeabile e parte superiore assorbente; il catino va successivamente immerso in ipoclorito di sodio al 10% e sciacquato accuratamente.

I materiali monouso utilizzati durante la manipolazione degli escreti (ad es. Dispositivi di Protezione Individuale, sacche di raccolta, teli assorbenti monouso) devono essere considerati rifiuti speciali ospedalieri. Quasi tutti i farmaci chemioterapici sono sensibili al processo di termo-ossidazione per temperature intorno ai 1000-1200 C. Nonostante la termo-ossidazione distrugga la molecola principale dei composti, può succedere che la combustione dia origine a derivati che conservano attività mutagena: per tale motivo, è necessario effettuare un trattamento di inattivazione chimica prima di inviare il materiale all'inceneritore.

Padelle, pappagalli e contenitori per le urine non monouso devono essere lavati e decontaminati con ipoclorito di sodio al 5%. Nel caso in cui il paziente utilizzi il water, è consigliabile decontaminarlo dopo l'uso con ipoclorito di sodio al 5%, prestando attenzione a coprire la

tazza per evitare schizzi durante il risciacquo. La biancheria ed i materiali non monouso contaminati dagli escreti vanno raccolti separatamente e trattati con ipoclorito di sodio al 10% per inattivare gli eventuali metaboliti attivi, o residui di farmaco prima di inviarli in lavanderia; è necessario trasportarli in sacchetti di plastica identificandoli in maniera appropriata, segnalando la possibile contaminazione chimica (apporre la dicitura: "contaminazione con CA").

Inoltre, nelle linee-guida si pone l'attenzione sull'importanza della partecipazione a corsi di formazione specifici per le attività di gestione degli escreti contaminati dalla chemioterapia e della una sorveglianza sanitaria preventiva e periodica. Tuttavia, da un'attenta revisione della letteratura emerge una chiara resistenza all'applicazione effettiva di queste raccomandazioni. Sono riportati casi in cui gli infermieri riferiscono di non indossare i guanti od il camice monouso in quanto "l'esposizione è minima" e casi in cui l'igiene delle mani non è eseguita regolarmente dopo la manipolazione di farmaci antiblastici (21, 22).

**Le conoscenze degli infermieri relative all'esposizione alla chemioterapia condizionano la loro aderenza alle linee-guida e alle precauzioni adottate durante la manipolazione di tali sostanze.**

**Alcuni autori hanno dimostrato che c'è una notevole differenza tra le conoscenze che gli infermieri hanno sulla chemioterapia ed i loro comportamenti nelle attività lavorative (6, 7).** L'utilizzo di DPI è oltremodo ancora sporadico (2, 3).

La quasi totalità degli studi revisionati concordano nell'affermare che gli interventi da effettuare dovrebbero vertere sulla formazione degli infermieri che manipolano CA, poiché l'efficacia delle attività formative si traduce in un corretto utilizzo di DPI e adeguate procedure di lavoro.

Sono altresì auspicabili maggiori controlli da parte delle figure di competenza (Azienda Sanitaria, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e medico competente), così com'auspicabile una maggiore diffusione delle linee-guida all'interno dei reparti, per permettere agli infermieri di operare in assoluta sicurezza.

## MATERIALI E METODI

Gli scopi di questo studio sono:

- valutare le conoscenze sulla farmacocinetica dei chemioterapici e sulle linee-guida attualmente disponibili;
- indagare le attività messe in atto dagli infermieri durante la manipolazione degli escreti, per metterne in luce le criticità;
- analizzare i bisogni formativi al fine di progettare interventi educativi che incentivino una maggiore attenzione nella fase di smaltimento.

Lo studio osservazionale è stato condotto in un arco temporale di circa 12 mesi ed ha coinvolto gli infermieri delle UO di Ematologia e Centro Trapianti Midollo Osseo (CTMO) di un ospedale romano.

La prima fase dello studio si è basata sull'osservazione diretta delle procedure messe in atto dagli infermieri durante lo smaltimento degli escreti dei pazienti sottoposti a trattamento con antiblastici. L'osservazione ha evidenziato la scarsa aderenza delle linee-guida sulla gestione degli escreti e l'errato utilizzo dei DPI. Nella seconda fase, è stato somministrato un questionario anonimo, auto-compilato (previo consenso informato), strutturato in tre sezioni: dati demografici; conoscenze degli infermieri e indagare l'effettiva modalità di gestione degli escreti da parte degli infermieri.

## DISCUSSIONE E RISULTATI

### Sezione demografica

Il campione analizzato ha incluso 30 infermieri: 9 uomini (30%) e 21 donne (70%), appartenenti ad un reparto di Ematologia (17 persone) e ad un reparto di Trapianto di Midollo Osseo (13 persone). (Tabella 1)

Sono stati esclusi gli infermieri con un'esposizione ai farmaci antiblastici inferiore ai due anni.

<b>Totale campione</b>	30 (21 donne e 9 uomini)
<b>Età media</b>	44 anni (range 34 – 56 anni)
<b>Anzianità media di esposizione</b>	14 anni (range 2 – 21 anni)

Tabella 1. Caratteristiche del campione coinvolto nello studio

## Sezione A

### Le conoscenze infermieristiche

L'indagine ha evidenziato che il 90% degli infermieri (27 su 30) non ha mai partecipato ad un corso di formazione che riguardasse la gestione dei farmaci antiblastici.

La prima parte della sezione A ha permesso una valutazione delle conoscenze degli infermieri sulla farmacocinetica dei CA attraverso quattro quesiti a risposta dicotomica. Il 60% del campione (18 infermieri) ha fornito la risposta corretta a tutti i quesiti sulla farmacocinetica dei chemioterapici. La domanda che ha presentato maggiori criticità è stata quella relativa alla presenza di metaboliti attivi o di farmaco inattivato nelle feci: il 37% del campione, infatti, non ritiene che, attraverso le feci, possano essere eliminati i CA.

La totalità del campione è consapevole dei rischi correlati ad una possibile esposizione.

Nella seconda parte della stessa sezione sono state indagate le conoscenze delle linee-guida attualmente disponibili sulla manipolazione degli escreti contaminati e sull'utilizzo corretto dei DPI.

La domanda n. 6 del questionario ha messo in evidenza l'inadeguata conoscenza dei dispositivi di protezione da utilizzare nella fase di smaltimento degli escreti. Solo quattro infermieri sono stati in grado di fornire la risposta corretta (13%). (Grafico 1)

Dal grafico, infatti, emerge che, tra tutti i DPI che dovrebbero essere indossati durante la fase di smaltimento degli escreti contaminati, la cuffia contenitiva per i capelli, il camice idrorepellente e le sovrascarpe non sono considerati essenziali. In realtà, tali dispositivi sono fondamentali per proteggere, rispettivamente, il cuoio capelluto e gli indumenti da possibile contatto con escreti contaminati.

Dal grafico 2 si evince che per 17 infermieri, su 30, i presidi utilizzati per lo smaltimento degli escreti si considerano Rifiuti Sanitari Pericolosi Non a Rischio Infettivo.

Le successive risposte della sezione A dimostrano **una conoscenza disomogenea ed inadeguata circa le misure da adottare in casi di sospetta o accertata**

### Quali tra i seguenti D.P.I. devono essere utilizzati per lo smaltimento degli escreti dei pazienti sotto posti a trattamento antiblastico?

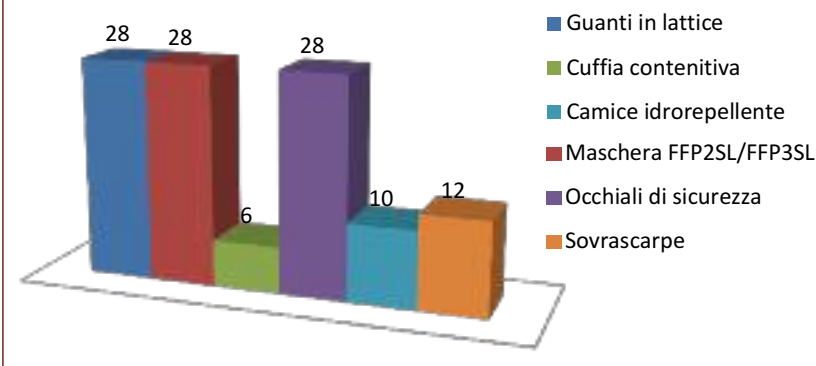


Grafico 1. Utilizzo dei D.P.I. per lo smaltimento degli escreti

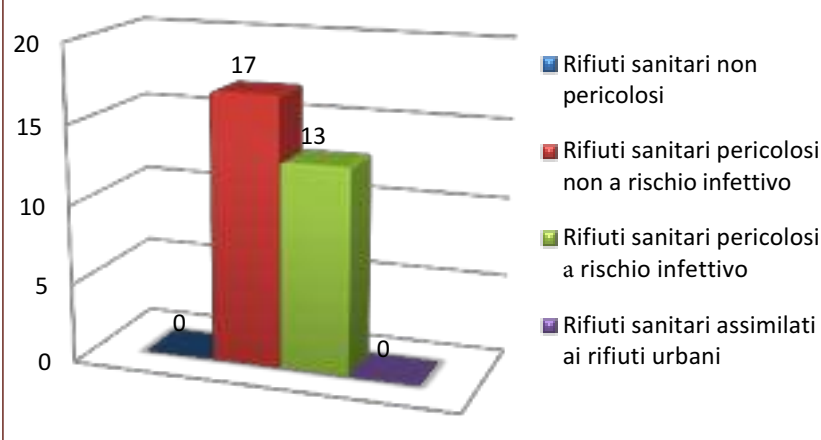


Grafico 2. I dispositivi utilizzati per maneggiare gli escreti in terapia con CA devono essere smaltiti come...

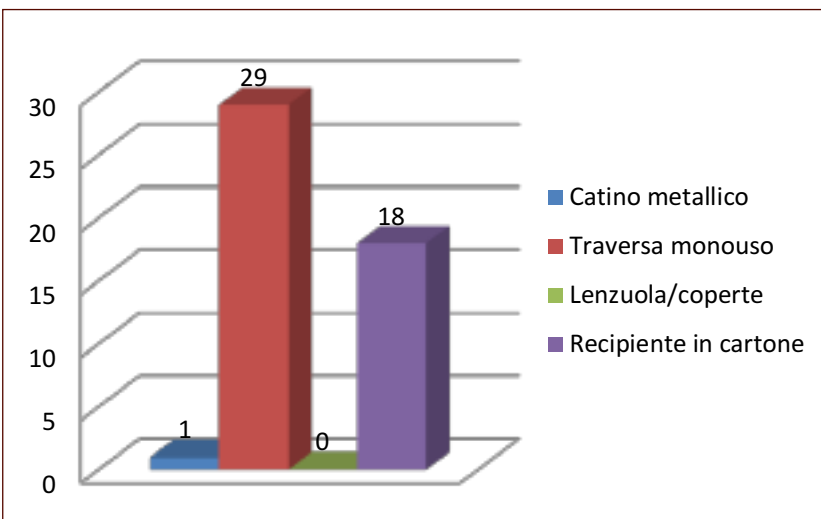


Grafico 3. In caso di vomito, nel paziente sottoposto a trattamento chemioterapico per via orale, si può utilizzare...

contaminazione della cute e/o delle mucose con escreti dei pazienti sottoposti a trattamento con CA.

In totale, solo il 20% degli infermieri (6 persone) è stato in grado di rispondere in maniera corretta alla domanda (lavare abbondantemente con acqua e sapone; utilizzare l'antidoto opportuno se disponibile; recarsi presso il Pronto Soccorso). Il campione di infermieri inclusi in questo studio ha dimostrato conoscenze insufficienti anche per quanto riguarda la notifica della contaminazione alle figure di competenza. Solo il 10% del campione (3 infermieri) ha fornito tutte le risposte corrette, evidenziando **la necessità di incentivare gli infermieri a partecipare a corsi di formazione.**

Nella domanda 10 è stato chiesto agli infermieri cosa è opportuno utilizzare nell'assistenza al paziente sottoposto a trattamento chemioterapico per via orale, in caso di vomito. Era possibile indicare più di una risposta. Ventinove persone ritengono che si possa utilizzare una traversa monouso e 18 un recipiente in cartone. Solo una persona ha risposto che dovrebbe essere utilizzato il catino metallico. (Grafico 3)

Per quel che riguarda l'inattivazione dei metaboliti attivi, o del farmaco inattivato, presenti negli escreti, gli infermieri hanno dimostrato una conoscenza sufficiente sulle attività consigliate dalle linee-guida. Infatti, il 70% del campione sa che le urine devono essere sottoposte ad un processo di inattivazione prima dello smaltimento ed il 100% sa che, in caso di utilizzo del wc, è necessario decontaminare con ipoclorito di sodio.

## Sezione B

### Gestione degli escreti

Nell'ultima sezione del questionario, è stata utilizzata una *check list* per valutare le modalità di gestione degli escreti dei pazienti sottoposti a trattamento chemioterapico nei reparti oggetto di indagine. In entrambi i reparti, non sono risultate disponibili le linee-guida per la gestione in sicurezza degli escreti dei pazienti ed i DPI utilizzati sono stati mascherine chirurgiche e guanti monouso. Sono stati messi in correlazione il nume-

## Correlazione tra tra anni di esposizione a CA e conoscenze sui rischi di esposizione

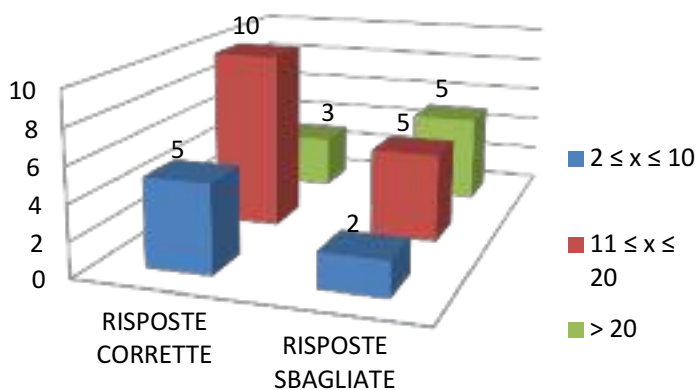


Grafico 4. Anni di esposizione ai CA e numero di risposte corrette del questionario

ro di anni di esposizione ai CA con quelli di risposte corrette ed è emerso che gli infermieri che hanno avuto una più duratura esposizione sono anche quelli che possiedono minori conoscenze relative alla farmacocinetica dei farmaci antiblastici. (Grafico 4)

## CONCLUSIONI

L'adesione alle linee-guida validate, nonché il razionale e corretto utilizzo dei DPI, apporterebbe un miglioramento nella manipolazione degli escreti contaminati dalla presenza di metaboliti attivi, o tracce di farmaco inattivato, salvaguardando così la salute degli infermieri.

È necessario incentivare gli infermieri a partecipare a corsi di formazione dedicati alla fase di smaltimento degli escreti dei pazienti per avere una coscienza responsabile dei rischi a cui esposti.

A questo dovrebbe essere associata una valutazione dei rischi presenti nei reparti (ad esempio, con *wipe test* per la contaminazione delle superfici e con *pads*<sup>2</sup> per valutare la contaminazione del personale esposto) ed una sorveglianza sanitaria preventiva e periodica come definito dal D.Lgs 81/08, oltre al fatto che sarebbe opportuno garantire, nei reparti, la disponibilità dei DPI adeguati per una corretta gestione degli escreti.

È responsabilità dell'infermiere essere costantemente aggiornato sulle linee-

guida validate a livello nazionale ed internazionale e sulle evidenze scientifiche. Tale affermazione trova riscontro anche in diversi articoli del **Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere** (23), pubblicato il 13 aprile 2019.

In particolare, nell'articolo 1 si afferma che: "l'infermiere è sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici"; nell'articolo 9 si ribadisce che "l'infermiere riconosce il valore scientifico della ricerca e della sperimentazione"; infine, nell'articolo 10, si sottolinea che: "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca".

Alla luce dei risultati di questo studio, si è ritenuto necessario offrire un contributo concreto per implementare le conoscenze degli infermieri. A tal proposito, è stata realizzata e distribuita, agli infermieri delle Unità Operative che hanno partecipato allo studio, una monografia in cui sono state raccolte ed organizzate criticamente le linee-guida sulle modalità di smaltimento degli escreti dei pazienti in trattamento con farmaci antiblastici, sulle modalità di smaltimento dei materiali monouso e non monouso e sui Dispositivi di Protezione Individuale da utilizzare durante questa fase.

L'obiettivo è stato di informare gli infermieri sulle possibili ripercussioni sulla

<sup>2</sup> I pads sono strumenti che vengono applicati sulla divisa del personale sanitario e permettono di rilevare la contaminazione da CA.



salute a cui si può andare incontro, laddove si riscontrassero inadeguate conoscenze ed erranee applicazioni delle corrette procedure.

Si auspica che il presente studio possa far scaturire ulteriori ricerche, al fine di valutare le conoscenze e le procedure messe in atto dagli infermieri in altri set-

ting assistenziali, e di promuovere iniziative formative sul corretto smaltimento degli escreti di pazienti sottoposti a terapia con CA.

AUTORI:

Arianna Patrizi, infermiera, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Udine;

Davide Bove, infermiere tutor didattico, Polo Formativo Sant'Eugenio, ASL Roma 2, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) National Institute for Occupational Safety and Health, *NIOSH alert: Preventing occupational exposures to antineoplastics and other hazardous drugs in the healthcare settings 2004*. Reperibile da: [www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf](http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf). Consultato il 28/03/2018.
- 2) Orujlu S et al, *Knowledge, attitude, and performance of oncology nurses handling antineoplastic drugs in hospitals of Urmia University, Iran*. International Journal of Occupational Hygiene 2016; 8.1: 14-21.
- 3) Kyprianou M et al, *Knowledge, attitudes and beliefs of Cypriot nurses on the handling of antineoplastic agents*. Eur J Oncol Nurs 2010; 14(4):278-82.
- 4) Connor T.H et al, *Reproductive health risks associated with occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings: a review of the evidence*. J Occup Environ Med 2014; 56(9):901-10.
- 5) Ratner P.A et al, *Cancer incidence and adverse pregnancy outcome in registered nurses potentially exposed to antineoplastic drugs*. BMC Nurs 2010; 16;9:15.
- 6) Lawson C.C et al, *Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion*. Am J Obstet Gynecol 2012; 206(4):327.e1-8.
- 7) McDiarmid M.A et al, *Chromosome 5 and 7 abnormalities in oncology personnel handling anticancer drugs*. J Occup Environ Med 2010; 52(10):1028-34.
- 8) Elshamy K et al, *Health hazards among oncology nurses exposed to chemotherapy drugs*. African Journal Of Haematology And Oncology 2010; 1.3.
- 9) Moretti M et al, *Micronuclei and chromosome aberrations in subjects occupationally exposed to antineoplastic drugs: a multicentric approach*. Int Arch Occup Environ Health 2015; 88(6):683-95.
- 10) Ladeira C et al, *Assessment of genotoxic effects in nurses handling cytostatic drugs*. J Toxicol Environ Health A 2014; 77 (14-16): 879-87.
- 11) McDiarmid M, Rogers B, Oliver M.S, *Chromosomal effects of non-alkylating drug exposure in Oncology personnel*. Environ Mol Mutagen 2014; 55 (4): 369-74.
- 12) Fransman W. et al, *Leukemia from dermal exposure to cyclophosphamide among nurses in The Netherlands: quantitative assessment of the risk*. Ann Occup Hyg. 2014; 58 (3): 271-82.
- 13) Polovich M, Martin S, *Nurses' use of hazardous drug-handling precautions and awareness of national safety guidelines*. Oncol Nurs Forum 2011; 38 (6): 718-26.
- 14) Connor T.H, McDiarmid M.A, *Preventing occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings*. CA Cancer J Clin 2006; 56 (6): 354-65.
- 15) Stover D & Auchan C, *Case study: occupational exposures to antineoplastic drugs in an Oncology-Hematology department*. J Occup Environ Hyg 2011 Jan; 8 (1): 11-6.
- 16) Hedmer M et al, *Environmental and biological monitoring of antineoplastic drugs in four workplaces in a Swedish hospital*. Int Arch Occup Environ Health 2008; 81 (7): 899-911.
- 17) International Society of Oncology Pharmacy Practitioners, *ISOPP standards of practice: Safe-handling of cytotoxics*. J Oncol Pharm Pract 2007; 13 Suppl:1-81.
- 18) American Society of Health-System Pharmacists, *ASHP guidelines on handling hazardous drugs*. American Journal of Health System Pharmacy 2006; 63:1172-1193. doi: 10.2146/ajhp050529.
- 19) Azienda ULSS Legnago, *Procedura operativa preparazione, somministrazione e smaltimento in sicurezza di farmaci antitumorali, 2010*. Reperibile da <https://www.infermieriattivi.it/risorse-sito/download-sito/category/11-area-oncologica.html>. Consultato il 20/02/2018.
- 20) Greco G, Giori M, Quarisa R, *Quesiti clinico-assistenziali. Manipolazione dei farmaci antitumorali* 2009, Zedig.
- 21) Boiano J.M, Steege A.L, Sweeney M.H, *Adherence to safe handling guidelines by health care workers who administer antineoplastic drugs*. J Occup Environ Hyg 2014; 11 (11): 728- 40.
- 22) Hon C.Y, Teschke K, Shen H, *Healthcare workers' knowledge, perceptions and behaviors regarding antineoplastic drugs: survey from British Columbia, Canada*. J Occup Environ Hyg 2015; 12 (10): 669-77.
- 23) FNOPI, *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019*. Reperibile da [http://www.fnopi.it/contenuti\\_statici/2019/codice-deontologico-2019.pdf](http://www.fnopi.it/contenuti_statici/2019/codice-deontologico-2019.pdf). Consultato il 22/07/2019.

# L'importanza dell'adeguata igiene peristomale nella prevenzione e guarigione delle lesioni peristomali

## Case studies

di Elena Toma, Filippo La Torre

### ABSTRACT

In seguito all'intervento chirurgico che comporta il confezionamento di una stomia, il paziente si trova ad affrontare nuova condizione fisica e deve essere in grado di gestire il rientro a domicilio.

Nonostante l'igiene della cute peristomale sia uno dei passaggi più importanti nella gestione della stomia e dei presidi di raccolta, spesso viene sottovalutata, tanto dal paziente che dall'operatore.

Solo un'adeguata educazione terapeutica del paziente può aiutarlo a raggiungere le competenze necessarie ad una gestione autonoma della propria stomia. Obiettivo dello studio è stato di osservare, in retrospettiva, i casi in cui solo il cambiamento del protocollo di igiene ha portato alla risoluzione delle alterazioni/lesioni della cute peristomale, e analizzare tale protocollo.

Sono stati selezionati i pazienti che hanno richiesto una consulenza specialistica per la difficoltà riscontrata nella gestione dell'igiene peristomale e applicazione dei presidi di raccolta.

Sono stati analizzati i tre casi clinici nei quali si è constatato il miglioramento più rapido e si è osservato che, in tutti e tre, è stato applicato lo stesso protocollo di igiene: sapone pH autoequilibrante® per il ripristino del pH ottimale, e crema isodermica® per il ripristino del film lipo-lipidico della cute.

Il cambiamento del protocollo di igiene è stato sufficiente a migliorare lo stato



della cute peristomale, con la completa guarigione in tre-sei giorni. Ciò ha reso possibile la ripresa della normale autogestione dei presidi di raccolta.

I risultati ottenuti sono da confermare attraverso studi su un campione statisticamente significativo.

L'igiene dello stoma e della cute peristomale è di assoluta importanza per il mantenimento dell'integrità cutanea che garantisce l'ottimale adesione del presidio di raccolta.

Va intesa come un insieme di azioni: rimozione del presidio, lavaggio, asciugatura, ripristino del film lipo-lipidico fisiologico e applicazione del nuovo presidio. Dopo aver attentamente valutato lo stato della cute peristomale e la causa di eventuali lesioni presenti, la scelta dei

prodotti deve essere accurata e al paziente vanno date informazioni precise, che non lo mettano in difficoltà nell'autogestione. I prodotti utilizzati per l'igiene devono rispettare le condizioni necessarie per lo svolgimento dell'ottimale trofismo della cute e dello stoma (molto diverse tra loro), e prendere in considerazione la qualità degli effluenti.

Nei casi da noi osservati si è visto come i pazienti con il tempo di guarigione minore hanno utilizzato, in sinergia, gli stessi due prodotti: un sapone pH autoequilibrante® per il ripristino del pH ottimale, e una crema isodermica® per il ripristino del film lipo-lipidico della cute.

I risultati sono da confermare su un campione statisticamente rappresentativo.

**Parole-chiave:** *peristomal skin disorders; peristomal complication; peristomal wound; stoma management.*

## INTRODUZIONE

Il portatore di stomia (urinaria o intestinale), in seguito all'intervento chirurgico, si trova a dover affrontare una nuova condizione fisica e clinica con tutti i cambiamenti psico-fisici e gestionali che implica<sup>1-3</sup>.

Il mutamento fisico conseguente al confezionamento di una stomia sorprende spesso impreparato il paziente e la sua famiglia.

**Solo un'assistenza sanitaria multidisciplinare ed un'adeguata educazione alla scelta e all'utilizzo dei presidi permette una buona gestione con il coinvolgimento attivo dello stomizzato<sup>4</sup>.**

A volte, la necessità di apertura di una stomia insorge per colpa dell'evoluzione negativa di patologie neoplasiche, per le quali sia il paziente che i suoi cari sono già provati.

Dover gestire ciò che viene percepito come un "nuovo organo" con la spiacevole fuoriuscita di feci o urine, non è sempre facile da accettare.

La prima difficoltà che il paziente incontra è proprio la gestione dell'igiene della cute peristomale e la procedura di sostituzione del presidio di raccolta.

Per la scelta dei presidi, il paziente, alla dimissione, riceve una prescrizione specifica, ma non accade lo stesso per l'igiene della cute peristomale, che spesso viene sottovalutata.

Al momento, anche la letteratura e le linee-guida per professionisti, danno indicazione generica<sup>5,9</sup> di "sapone delicato" o "neutro" riguardo il tipo di detergente da utilizzare per la cute peristomale, senza far riferimenti a protocolli validati.

L'igiene inadeguata può, invece, essere la prima causa di alterazione della cute e dello stoma, causando insorgenza di lesioni e disagi al paziente<sup>10,11</sup>. La letteratura riporta varie percentuali di prevalenza della presenza di alterazioni della cute peristomali tra 3-42%<sup>10</sup> e 18-73%<sup>11</sup>. Non è, dunque, da sottovalutare, ed è importante far capire al paziente la rilevanza dell'igiene e quali siano i criteri da prendere in considerazione nella scelta

dei prodotti dedicati.

Nei tre casi clinici che presenteremo di seguito si può osservare come alterazioni della cute peristomale si sono risolte spontaneamente, dopo il cambiamento del protocollo di igiene peristomale. Con questo studio, abbiamo voluto osservare i casi in cui solo il cambiamento del protocollo di igiene ha portato a risolvere le alterazioni della cute peristomale. E analizzare tale protocollo. Dopo l'analisi dei casi osservati e dei risultati ottenuti, si è voluto arrivare ad un protocollo di igiene capace di rispettare e salvaguardare sia la condizione fisiologica dello stoma, che quello della cute peristomale, e che è in grado pure di favorire il ripristino del film lipo-lipidico fisiologico della cute, senza ostacolare l'adesione dei presidi di raccolta.

## MATERIALI E METODI

In seguito all'osservazione retrospettiva dell'evoluzione delle problematiche/comPLICANZE della cute peristomale dei nostri pazienti, si è osservato che, in alcuni casi, è avvenuta la risoluzione spontanea delle alterazioni cutanee dopo il cambiamento del protocollo di igiene, senza mutare il tipo di presidio di raccolta e senza uso di medicazioni.

Per lo studio, sono stati selezionati solo i pazienti che hanno richiesto una consulenza specialistica per la difficoltà riscontrata nella gestione dell'igiene peristomale e dell'applicazione dei presidi di raccolta.

Tra i casi esaminati, abbiamo scelto di analizzare i tre pazienti con lesioni peristomali che hanno raggiunto la completa guarigione nell'intervallo più breve (tre-sei giorni), osservando che il risultato riscontrato è stato ottenuto dopo l'utilizzo degli stessi prodotti per l'igiene peristomale. In tutti i casi descritti, è stata eseguita la valutazione generale del paziente secondo il "Metodo Toven"<sup>12</sup> (metodo di valutazione globale del paziente portatore di lesioni cutanee con l'ausilio di scale validate, e utilizzo di apposita modulistica dedicata-Fascicolo Toven); per la raccolta dati è stata utilizzata la Scheda Tor<sup>13</sup> (*Toma Ostomy Research*,<sup>1</sup> scheda validata di ricerca infermieristica per la raccolta

dati sul paziente stomizzato); le lesioni peristomali presenti sono state classificate secondo la Scala SACS 2.0<sup>14,15</sup>.

## DESCRIZIONE DEI CASI CLINICI

### Caso Clinico 1 (CC1)

Paziente maschio di 81 anni, portatore di ileostomia da più di cinque anni, confezionata in seguito a intervento chirurgico di urgenza per Colite ulcerosa.

Il paziente, che riferisce di gestire autonomamente lo stoma, ha chiesto assistenza per l'impossibilità di gestire i presidi di raccolta per la presenza di alterazioni dell'integrità della cute peristomale. L'igiene peristomale veniva eseguita con sapone di Marsiglia, con la sostituzione quotidiana (o più volte al giorno) del presidio di raccolta (due pezzi), per il distacco della base adesiva.

Valutazione generale secondo il "Metodo Toven"<sup>12</sup> alla presa in carico:

autonomia: Barthel Index 90/100 (in grado di provvedere autonomamente all'adempimento delle sue necessità); BMI-29 kg/m<sup>2</sup> (sovrappeso). Dolore dovuto allo stoma: NRS (*Numerical Rating Scale*) -0/10.

Valutazione dello stoma-Scheda Tor<sup>3</sup>:

alla presa in carico, lo stoma si presentava retratto, con la giunzione muco-cutanea intatta. (Foto 1.)

Presenti alterazioni cutanee valutate, secondo la scala per la valutazione delle lesioni peristomali SACS 2.0<sup>14,15</sup>: TI-L1 (lesione iperemica) + L2 (lesione erosiva); TII-L2; TIII-L2.

### **Igiene applicata**

È stato cambiato il protocollo di igiene. Sono stati usati: sapone pH autoequilibrante® (*Bioderm® Stoma Plus*) per il ripristino del pH ottimale e crema isodermica® (*Bioderm® Dermocrema*) per il ripristino del film lipo-lipidico della cute. Non è stato cambiato il tipo di presidio di raccolta usato dal paziente, né sono



Foto 1. CC1: stato dello stoma alla presa in carico Foto 2.



**Foto 2. CC1: stato dello stoma dopo 3 giorni, in seguito a una sola applicazione del nuovo protocollo di igiene**

state utilizzate medicazioni.

La prima applicazione e l'educazione terapeutica del paziente sono state eseguite dall'infermiere *Stoma Care Specialist*.



**Foto 3. CC1. Lo stato della cute peristomale dopo 2 applicazioni**



**Foto 4. CC1. Lo stato della cute peristomale dopo 13gg**

#### Risultati

Già dopo una sola applicazione del nuovo protocollo di igiene (Foto 2) si osserva il miglioramento dello stato della cute, con la completa guarigione dopo due applicazioni. (Foto 3)

Al controllo, dopo 13 giorni di autogestione da parte del paziente (che ha mantenuto la stessa procedura di igiene), si osserva il mantenimento dell'integrità cutanea. (Foto 4)

Il paziente ha ripreso la normale gestione del presidio di raccolta a due pezzi, con la sostituzione della base adesiva ogni tre giorni.

#### Caso Clinico 2 (CC2)

Paziente maschio di 60 anni, portatore

di urostomia bilaterale da 10 mesi, confezionata in seguito a intervento chirurgico di urgenza per neoplasia della vescica. Il paziente riferisce costante difficoltà nella gestione autonoma dello stoma bilaterale già dalla dimissione post-intervento, per presenza di alterazioni della cute peristomale, nonostante abbia provato vari presidi di raccolta.

Ha chiesto assistenza per l'impossibilità di gestire l'applicazione della base adesiva per il deterioramento dell'integrità della cute peristomale. L'igiene peristomale veniva eseguita con lo stesso detergente usato per il corpo, con la sostituzione del presidio di raccolta (mono-pezzo) più volte al giorno per il distacco della base adesiva. Il paziente adoperava inoltre vari accessori dedicati come pasta, polvere e spray, con esito negativo.

Valutazione generale secondo il "Metodo Toven" alla presa in carico: Autonomia: *Barthel Index*-60/100 (parzialmente autonomo); BMI-27,7 kg/m<sup>2</sup> (sovrappeso). Dolore dovuto allo stoma: NRS-6/10.

#### Valutazione dello stoma-Scheda TOR

Alla presa in carico lo stoma bilaterale, si presentava con la giunzione muco-cutanea intatta. (Foto 5 e 6)

Presenti alterazioni cutanee valutate secondo la scala *SACS 2.0*: - Destra: TV-L1; TI e TII-L2; - Sinistra: TV-L1; TIV-L2. Alla presa in carico, rilevati: pH urine - 6,8 (attraverso esame di laboratorio); pH cute peristomale - 6 (misurazione con pHmetro LAQUAact D-72G).



**Foto 5. CC2. Alla presa in carico**



**Foto 6. CC2. Stato della cute peristomale alla presa in carico**

#### Igiene applicata

Dopo la presa in carico, sono stati usati sapone pH autoequilibrante® (*Bioderm® Stoma Plus*) per il ripristino del pH ottimale e crema isodermica® (*Bioderm® Dermocrema*), per il ripristino del film lipo-lipidico della cute (la stessa del CC1).

#### Risultati

Dopo due applicazioni del nuovo protocollo di igiene (sei giorni), si osserva il miglioramento dello stato della cute peristomale, con il completo ripristino della soluzione di continuo e il pH cute peristomale -5,7. (Foto7)

Al controllo, dopo 30 giorni di autogestione da parte del paziente, che ha mantenuto la stessa procedura di igiene, senza essere però costante nell'applicazione della crema, si osserva il mantenimento dell'integrità cutanea. (Foto 8)

Il paziente ha ripreso la normale gestione del presidio di raccolta, con la sostituzione ogni due-tre giorni.



**Foto 7. CC2. Stato della cute peristomale dopo 6 giorni e 2 applicazioni**



**Foto 8. CC2. Stato della cute peristomale dopo 30 giorni**

#### CASO CLINICO 3 (CC3)

Paziente femmina di 54 anni, portatore di ileostomia da circa 11 mesi, confezionata in seguito a intervento chirurgico di urgenza per neoplasia intestinale.

La paziente, con normale attività lavorativa, che riferisce di gestire autonomamente lo stoma, ha chiesto assistenza per l'impossibilità di gestire i presidi di raccolta dovuta alla presenza di alterazioni dell'integrità della cute peristomale

e importante dolore.

L'igiene peristomale veniva eseguita con sapone di Marsiglia, con la sostituzione del presidio di raccolta (monopezzo) più volte al giorno per il distacco della base adesiva.

L'impossibilità di gestire il presidio di raccolta, come riferito dalla paziente, ha portato all'aumento delle giornate di assenza dal lavoro. Valutazione generale secondo il "Metodo Toven" alla presa in carico.

Autonomia: *Barthel Index* - 90/100, in grado di provvedere autonomamente all'adempimento delle sue necessità; BMI-23,3kg/m<sup>2</sup> (normopeso).

Dolore dovuto allo stoma: NRS -6/10. (Foto 9 e 10)



Foto 9. CC3, stato della cute peristomale alla presa in carico



Foto 10. CC3: stato della cute a tre giorni dalla presa in carico, 2 applicazioni Valutazione dello stoma-Scheda TOR.

Alla presa in carico, lo stoma si presentava con la protrusione nella norma e giunzione muco-cutanea intatta. (Foto 9) Presenti alterazioni cutanee valutate secondo la scala *SACS 2.0*: TV -L2; TII, TIII - L1.

#### Igiene applicata

Dopo la presa in carico sono stati usati sapone pH autoequilibrante® (*Bioderm® Stoma Plus*) per il ripristino del pH ottimale e crema isodermica® (*Bioderm® Dermocrema*), per il ripristino del film lipo-lipidico della cute (stessa usata nei precedenti).

#### Risultati

Dopo soli tre giorni dal cambiamento del-

la procedura di igiene peristomale, si osserva la completa guarigione dopo due sole applicazioni. (Foto10)

Al controllo, dopo 28 giorni di autogestione da parte della paziente, che ha mantenuto lo stesso protocollo, si osserva il mantenimento dell'integrità cutanea. (Foto 11)



Foto 11. CC3. Stato della cute peristomale dopo 28 giorni

La paziente ha ripreso la normale gestione del presidio di raccolta in completa autonomia, senza problemi.

## DISCUSSIONE E ANALISI DEL PROTOCOLLO

La gestione di uno stoma è spesso associata a varie problematiche<sup>46</sup> dipendenti dal tipo e dalla sede dello stoma stesso. L'integrità della cute che circonda lo stoma (peristomale) è il requisito essenziale al fine di procedere ad una corretta gestione e all'applicazione di qualsiasi dispositivo di raccolta.

In seguito all'osservazione dei casi clinici presentati, con stomie diverse, emerge l'esigenza di fare un razionale sui criteri in base ai quali devono essere scelti i prodotti per l'igiene peristomale, e le loro funzioni.

#### Igiene peristomale

Rispetto alle normali cure di igiene intima, la pulizia dello stoma è diversa in quanto si devono rispettare le condizioni fisiologiche di due zone molto diverse tra loro: *lo stoma* (non una semplice mucosa, ma parte dell'intestino che ha un pH acido (3.5); ha la capacità di assorbire alcune delle sostanze con le quali viene a contatto; è facilmente irritabile se toccato in modo aggressivo; non è protetto da cellule cheratosiche come la cute, dunque non deve venire a contatto con soluzioni citotossiche o isto-lesive); *la cute* (benché protetta da uno strato corneo, viene facilmente aggredita dai succhi digestivi o dalle urine; ha un pH fisiologico

intorno a 5.5 che tende a diventare alcalino con l'avanzamento dell'età; ha bisogno di essere costantemente idratata per ripristinare il fisiologico film lipo-lipidico continuamente rimosso con i presidi adesivi utilizzati in permanenza per la raccolta delle fuoriuscite).

Attualmente, nella realtà italiana, la letteratura non riporta protocolli specifici validati dedicati all'igiene peristomale. Inoltre, alla dimissione dai reparti di degenza, al paziente viene spesso indicato: "lavaggio con acqua tiepida e sapone delicato" o "sapone neutro", senza indicazioni precise che spesso lo mettono nella condizione di non essere in grado di fare una scelta.

Dalla pratica emerge che i quesiti che mettono in difficoltà il paziente, sono i seguenti: "sapone deve essere neutro per chi: per lo stoma o per la cute?"; "l'uso di un sapone genericamente definito 'neutro' o 'delicato' è sufficiente per ripristinare la normale funzionalità della cute continuamente sollecitata dalla rimozione dei presidi adesivi?".

#### La scelta del protocollo di igiene

Nella ricerca di un prodotto che possa andare bene sia a contatto con la pelle che con la mucosa, abbiamo osservato che, in commercio si trovano principalmente due tipologie di detergenti: da una parte, i saponi a base vegetale (che presentano però un basso potere detergente e un pH molto alcalino), e, dall'altra, i moderni tensioattivi (che presentano un elevato potere detergente e possono essere acidificati). Alcuni di questi ultimi, però, sono aggressivi per lo stoma e, talvolta pure per la cute se hanno basso peso molecolare e carica elettrostatica negativa (cosa che gli permette di penetrare in profondità e alterarne l'equilibrio). Le caratteristiche che abbiamo ritenuto importanti per un prodotto destinato all'igiene della stomia sono:

- il valore del pH,
  - la capacità di ripristinare il film lipo-lipidico cutaneo fisiologico,
  - l'assenza di sostanze nocive che possano essere assorbite dalla mucosa.
- Nei casi analizzati sono stati usati un detergente con pH autoequilibrante® (*Bioderm® Stoma Plus*), con la proprietà di contribuire al ripristino della corretta aci-



dità della zona con la quale viene a contatto, privo di sostanze che possano essere causa di disequilibri o allergie, e privo di principi nocivi se assorbiti dalla mucosa (come petrolati, parabeni, surgrassanti, siliconi, profumi sintetici, alcool etilico). In quanto prodotto isodermico® ad "altissima affinità", contenente una macromolecola tenside, ramificata, ad alto peso molecolare e caricata positivamente che viene naturalmente respinta dalla cheratina presente nello strato corneo, esso garantisce un'efficace e naturale detersione senza essere assorbito dalle mucose. Questo tipo di detergente risulta avere un bassissimo potere schiumogeno e non richiede risciacquo (caratteristica molto apprezzata, poichè semplifica la procedura di igiene). Gli estratti di origine vegetale (timo, *tea tree oil*, salvia, malva, camomilla) contenuti nel formulato contribuiscono a svolgere anche una duratura azione antimicotica, antibatterica, decongestionante, lenitiva e deodorante, importante per il continuo contatto della zona con effluenti dello stoma.

Inoltre, è stata utilizzata una crema isodermica® (*Bioderm® Dermocrema*) a base di burro di Karité ad elevato contenuto lipidico, in grado quindi di apportare

tutti gli acidi grassi essenziali e favorire il ripristino del contenuto idrolipidico tipico della cute sana. Le vitamine e gli oligoelementi termali in essa contenuti, agiscono come precursori di molte sintesi biochimiche ed enzimatiche e svolgono un'importante funzione quali cofattori nei processi di sintesi del collagene e della elastina. Una piccolissima quantità di questa crema, applicata sulla cute peristomale, non lascia residui di grasso e permette l'applicazione senza difficoltà del presidio adesivo.

Per procedere a pulizia e asciugatura è sempre meglio evitare l'uso di spugne che sono ruvide e possono intrappolare germi indesiderati, e della carta che può causare irritazioni da sfregamento e lascia dei residui che possono rimanere attaccati alla cute sotto le placche adesive<sup>16</sup>. Abbiamo dunque utilizzato materiale TNT (tessuto-non-tessuto) monouso, morbido, che non lascia residui.

Per la conferma dei risultati riscontrati si rende necessario procedere alla valutazione, attraverso studi, su un numero di pazienti statisticamente significativo.

## CONCLUSIONI

L'igiene della cute peristomale è una delle più importanti fasi nella gestione

della stomia.

È necessario che al paziente vengano date informazioni precise sulle condizioni necessarie per lo svolgimento dell'ottimale trofismo della cute e dello stoma (molto diverse tra loro) che i prodotti utilizzati per l'igiene devono rispettare.

Le indicazioni specifiche e chiare evitano che si trovi in difficoltà nella scelta e nell'autogestione quotidiana.

L'applicazione di un idoneo protocollo porta, oltre al benessere del paziente, ad una minore spesa sanitaria, visto che, se la cute si mantiene integra, non si rende necessario l'utilizzo di costosi presidi di medicazione.

Inoltre, ci si deve ricordare sempre che, per portare all'autonomia questa categoria di pazienti, è importante dare loro un'assistenza continua attraverso un processo di riabilitazione complesso ed articolato che copra più aspetti<sup>4,6,17</sup>: psicologico-relazionale, dell'alimentazione, dell'educazione terapeutica all'autogestione dei presidi e alla prevenzione delle complicanze<sup>18</sup>, nella quale la gestione dell'igiene dello stoma e della cute peristomale occupa un posto fondamentale. L'operatore deve essere adeguatamente formato per poter affrontare anche le problematiche wound care riscontrate<sup>12</sup>.

17-21, e documentare il suo operato<sup>13,22-26</sup>. Così come ci insegna l'articolo 9 del **Nuovo Codice Deontologico** delle Professioni Infermieristiche 2019 che recita: "L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. *Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati*" è indispensabile analizzare e condividere i ri-

sultati ottenuti nella pratica clinica. La documentazione infermieristica/multidisciplinare è inesauribile fonte di dati e può costituire la base di ricerca a tutto tondo, non solo nei casi di pazienti portatori di stomia.

#### AUTORI:

Elena Toma, infermiera libero professionista; laurea in Scienze Infermieristiche, Wound Care Specialist e Stoma Care

Specialist; docente Master I Livello in Terapia Enterostomale e Master I Livello in Gestione delle lesioni cutanee (Wound Care) presso Sapienza Università di Roma; Filippo La Torre, professore di Chirurgia Generale, direttore U.O.C. Chirurgia d'urgenza e del Trauma; direttore Master I Livello in Terapia Enterostomale presso Sapienza Università di Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- La Torre F, Messinetti S, *Le complicanze tardive delle colostomie*. Notiziario Chirurgico. Suppl. Minerva Chirurgica 1986; 7(4): 295-298.
- La Torre F, Nicastro A, Giulioti T, Inciocchi S, Borlotti M.L., *L'importanza della dieta alimentare nel procedimento riabilitativo del colostomizzato*. AISTOM 1989; 11(4): 20-29.
- La Torre F, Messinetti S, *Trattato di clinica enterostomale*. Cesi Editore 1986. Roma. (Monografia).
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Clinical Best Practice Guidelines-Ostomy*. Care and Management 2009. Toronto, Canada.
- Steinhagen E, Colwell J, Cannon L.M., *Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications*. Clin Colon Rectal Surg 2017;30:185. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0037-1598159>. ISSN 1531-0043.
- United Ostomy Associations of America (UOAA). *Colostomy Guide*. A publication of the United Ostomy Associations of America. Inc 2017:11. Available from [www.ostomy.org](http://www.ostomy.org) (ultimo accesso 02.03.2019)
- Fondazione IRCCS Ca' Di Garda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, *Guida alla gestione della ileostomia, colostomia, urostomia*. Ultima revisione Seminario European Ostomy Association-Frankfurt – 03/05/2003:12.
- Dutch Ostomy Association, *Evidence-based Guideline on Stoma Care in the Netherlands*. V&VN, department Stoma Care. July 2013; ISBN/EAN: 978-90-820895-0-9.
- IPASVI Vicenza, Donà M, Pietrobelli E, Ramon P, Celegato R, Liccardo M, Vinetti L, *Assistenza infermieristica al paziente con derivazione intestinale: dalla dipendenza all'autonomia*. Infermieri Informati 2004; 5(3): 5-12. IPASVI Vicenza ISSN: 1721-2456.
- Kann R.B., *Early Stomal Complications*. Clin Colon Rectal Surg 2008;21:23-30. Doi: 10.1055/s-2008-1055318. ISSN 1531-0043.
- Doctor K, Colibaseanu D.T., *Review: Peristomal skin complications: causes, effects, and treatments*. Chronic Wound Care Management and Research 2017; 4: 1-6. Doi: 10.2147/CWCMR.S93615.
- Toma E, *La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee. Fascicolo Toven wound care dedicato*. © Youcanprint 2017. ISBN 978-88-92675-88-9.
- Toma E, Ercolani M.S, Del Missier A, Barone F, La Torre G, *Clinical research on stoma patients: validation of TOR Form for evaluation and monitoring*. Senses Sci 2019; 6 (1): 713-724. Doi: 10.14616/sands-2019-6-713724.
- Sidoli O, *Il Wound Care applicato alla prevenzione ed al trattamento delle complicanze cutanee degli accessi nutrizionali con proposta di classificazione secondo lo studio alterazioni cutanee stomali (SACS)*. Nutritional Therapy & Metabolism-SINPE; 2008:6-17.
- Antonini M, Militello G, Manfreda S, Arena R, Veraldi S, Gasperini S, *A revised version of the original SACS Scale for Peristomal Skin Disorders Classification*. WCET Journal. 2016;36(3):22-29.
- Toma E, *La gestione della stomia: prevenzione e trattamento delle lesioni peristomali*. Il Caduceo 2017;19 (4):27-32.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, *Peristomal skin complications: Clinical resource guide* 2016 Mt. Laurel, NJ: Author.
- Del Missier A, La Torre F, Toma E, *Treatment of Peristomal granulomatosis with a Neem and Red Hypericum Oil application: Case Studies*. Clin Ter 2019;170(2):e86-92. Doi:10.7417/CT.2019.2115.
- Ercolani M.S, La Torre F, Toma E, *Treatment of peristomal wounds with a topic Neem and Red Hypericum Oil application: case studies*. International Journal of Medical Science and Clinical Invention 2019;6(5): 4285-4289, Doi:10.18535/ijmsci/v6i5.11.
- Toma E, *Improved wound bed preparation using a mono-use disposable hydrodebriment tool-Case studies*. Senses Sci 2018; 5 (4)649-659. Doi:10.14616/sands- 2018- 5-649659.
- Toma E, Filomeno L, *Skin tears flap management in patient affected by dermatoporosis*. Senses Sci 2018; 5 (3):583-596. Doi: 10.14616/sands- 2018-5- 583596.
- Legge n.24 del 8 marzo 2017, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti professioni sanitarie*. G.U. n. 64 del 17 marzo 2017.
- Legge n.38 del 15 marzo 2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore* - G.U. n.65 del 19 marzo 2010.
- Toma E, *Fascicolo Toven*. © Youcanprint 2017. ISBN 978-88-92684-04-1.
- Toma E, *Scheda di Valutazione Toven*. © Youcanprint 2017. ISBN 978-88-92684-05-8.
- Toma E, Veneziano M.L, Filomeno L, *The evaluation of skin lesions, according to the Toven Method-An interprofessional communication tool*. Clin Ter 2019;170(3):e177-180. Doi: 10.7417/CT.2019.2129.
- Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019*. [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

# La qualità nella vita dell'anziano: individuare la fragilità come obiettivo prioritario per fornire un progetto di risposta assistenziale

## Due metodi a confronto in una revisione bibliografica

di Laura Orsolini, Giulia Maderni

### ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione pone una questione sempre più urgente di **programmazione e gestione dell'assistenza sociosanitaria, in relazione ai crescenti bisogni assistenziali ed alla cura delle malattie croniche** (Hebert, Bravo, Korner- Bitensky & Voier, 1996).

Nel corso degli ultimi 30 anni, l'aspettativa di vita delle persone anziane è aumentata molto rapidamente, soprattutto come aspettativa di "vita attiva". Secondo i dati ISTAT, nel 2015, le persone con 65 anni e più hanno costituito il 21,7% dell'intera popolazione italiana.

In questo contesto, l'identificazione precoce dell'anziano fragile rappresenta un punto di partenza ormai condiviso a livello internazionale (Scarcella, Liotta, Marazzi, Carbini & Palombi, 2005).

Esiste, infatti, un ampio e crescente consenso sulla necessità di approntare interventi integrati di sanità pubblica centrati sullo *screening* dell'anziano.

Lo sviluppo dei servizi geriatrici ha notevolmente migliorato la valutazione e la gestione dei problemi di salute delle persone anziane.

Tuttavia, l'efficacia di questi servizi è limitata dall'irreversibilità del danno già fatto.

**Gli interventi devono avvenire prima che il processo di declino dell'autonomia cominci**, soprattutto nei casi in cui l'anzi-



no non usufruisca direttamente dei servizi di assistenza sanitaria (Shapiro & Roos, 1985).

L'utilizzo di *screening* efficaci sulla popolazione residente permette l'individuazione precoce della fragilità nell'anziano. L'obiettivo di questo studio bibliografico è la valutazione, attraverso un lavoro di ricerca bibliografica, dell'efficacia della "Clinical Frailty Scale" e del "Sherbrook Postal Questionnaire".

I dati rilevati indicano che l'utilizzo di questi due strumenti può risultare utile

nell'individuazione mirata, e a basso costo, di una parte della popolazione che sarà oggetto di progetti secondari di intervento, sia per gli operatori sanitari che per gli organismi sociali della comunità, nell'ottica di prevenire danni secondari alla situazione di fragilità riscontrata.

### INTRODUZIONE

Il concetto di fragilità è stato oggetto di crescente interesse nell'ultimo trentennio, (Regione Toscana [SNLG REGIONI], 2013) anche in relazione al fenomeno



della "transizione demografica" (Thompson, 1929) e, benché ampio spazio vi sia stato dedicato dalla letteratura scientifica, non è stato raggiunto ancora un pieno accordo circa i criteri più corretti per identificarlo (Hogan, Macknight & Bergman 2003; Bergman, Ferrucci, Guralnik, Hogan, Hummel, Karunanathan & Wolfson, 2007; Karunanathan, Wolfson, Bergman Beland & Hogan, 2009; Rodriguez-Manas & Fried, 2014).

Sono comunque due i principali modelli e paradigmi elaborati per la definizione e la comprensione della fragilità:

- il paradigma biomedico, secondo il quale la fragilità è "una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stressor, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse" (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson & Anderson, 2004).

- il paradigma bio-psico-sociale che mette in rilievo l'aspetto multidimensionale della fragilità, in quanto corrispondente ad uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute (Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee & Schols, 2010).

Occorre pensare che la persona di età superiore ai 75 anni possa essere un soggetto fragile. L'individuazione precoce di questi può permettere la possibilità di interventi precoci per rimandare nel tempo la non autosufficienza, la dipendenza, ridurre il declino funzionale, la morbilità e la mortalità, migliorando la qualità della vita e la quantità di quella "attiva" (Hebert et al., 1996).

La fragilità può essere individuata dai professionisti sanitari secondo un approccio di opportunità e in particolare: dal sistema delle cure primarie, nei contatti dell'utente con la medicina specialistica, nei contatti con i servizi socio-sanitari. Oppure, in termini di una **politica di sanità pubblica**, l'utilizzo di questionari postali può consentire uno *screening* preliminare all'osservazione diretta della persona (Regione toscana [SNLG REGIONI], 2013).

## STRUMENTI E METODI

### Descrizione dei due metodi utilizzati

I due approcci più comunemente usati nell'implementazione di programmi di *screening* sono quello "opportunistico" e quello "universale".

Nel primo caso, lo *screening* viene fatto su coloro che, per qualsiasi motivo, entrano in contatto con un professionista della salute; nel secondo, lo *screening* viene applicato a tutti i residenti in una determinata area (Hebert et al., 1996).

La **Clinical Frailty Scale (CFS)** è uno strumento di valutazione della fragilità ideato in Canada dalla *Geriatric Medicine Research* della Facoltà di Medicina della Dalhousie University.

Questo strumento clinico di misurazione della fragilità è strutturato in nove punti ed è stato somministrato, attraverso uno studio di coorte prospettico, a 2305 pazienti anziani che hanno partecipato alla II fase dello studio canadese della "Salute e Invecchiamento" (CSHA). Dopo 5 anni, è stata determinata la capacità della Scala Clinica di Fragilità di predire la morte o necessità di assistenza istituzionale. La CFS è stata fortemente correlata ( $r=0.80$ ) all'indice di fragilità.

Ogni incremento 1-categoria della scala ha visto un aumentato significativo dei rischi a medio termine di morte e/o di istituzionalizzazione dell'anziano.

La CFS ha dimostrato risultati migliori rispetto alle misure di cognizione, funzione o comorbilità nella valutazione del rischio di morte. La CFS era inizialmente strutturata su sette livelli, portati poi a nove e legati allo stato generale dell'anziano: 1, "very fit"; 2, "well"; 3, "managing well"; 4, "vulnerable"; 5, "mildly-frail"; 6, "moderately-frail"; 7, "severely-frail"; 8, "very severely-frail"; 9, "terminally ill".

Ogni livello è associato ad alcuni fattori che lo descrivono in maniera dettagliata. Inoltre, il grado di fragilità può essere sovrapponibile anche al livello di demenza (Rockwood et al., 2005).

Lo **Sherbrooke Postal Questionnaire (SPQ)**, strumento validato in Canada, è un semplice questionario composto da sei domande volte a rilevare la condizione dell'anziano rispetto ad altrettanti fat-

tori che sono risultati buoni predittori del rischio di sviluppare disabilità durante l'anno successivo.

Ogni *item* del questionario è un predittore indipendente di fragilità; quindi, il punteggio riportato da ogni soggetto corrisponde al numero di fattori di rischio da questi presentati. Vengono esplorati più domini funzionali, quattro *items* indagano: la sfera fisica; sociale e cognitiva. I punteggi vanno da zero a sei: il risultato di due o superiore, o che non risponde al questionario, sono considerati come a rischio di un aumento del declino funzionale e, quindi, presunti fragili.

La revisione della letteratura inerente l'utilizzo della CFS, come strumento valutativo della fragilità dell'anziano residente a domicilio e predittivo di esiti in termini di mortalità ed istituzionalizzazione, è stata eseguita selezionando i *MeSH terms su Pubmed*; la ricerca è stata eseguita su Pubmed nel mese di giugno-luglio 2016, senza impostare limiti temporali.

I *MeSH terms* combinati per la ricerca sono stati: (*Clinical Frailty Scale*) AND (*Elderly, Frail OR Frail Elder\* OR Elder\* AND Frail*) AND (*Community*).

Su Pubmed sono stati individuati 129 articoli combinando (*Clinical Frailty Scale*) AND (*Elderly, Frail OR FrailElder\* OR Elder\* AND Frail*) ma, una volta utilizzato AND (*Community*), si è arrivati al dato finale di 37 articoli in totale, di cui otto *Clinical Trials*, ma solo otto realmente pertinenti con il tema in oggetto.

Per quanto riguarda il secondo strumento esaminato, è stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando i termini di ricerca (*Sherbrooke Postal Questionnaire*) AND (*Elderly, Frail OR Frail Elder\* OR Elder\* AND Frail*) nel mese di giugno-luglio 2016 su Pubmed e CINHAL. Senza limiti temporali.

Sono stati individuati cinque articoli pertinenti (uno dei quali però risulta essere lo stesso in due diverse riviste di pubblicazione).

In un tentativo precedente, utilizzando solo la parola-chiave (*Sherbrooke Postal Questionnaire*) meno specifica, erano stati trovati 17 articoli nei quali erano contenuti i cinque della ricerca più specifica, più due articoli, comunque inseriti

nello studio perché trattavano argomenti appropriati alla ricerca. I restanti nove articoli sono stati scartati perché non riguardavano lo strumento oggetto della ricerca.

Un ulteriore tentativo è stato fatto usando solo (*postal questionnaire*) che ha prodotto 21 articoli, dei quali sei erano già stati trovati nelle precedenti ricerche e 20 non pertinenti.

## DISCUSSIONE

### Clinical Frailty Scale

Lo studio di Rockwood et al. (2005) ha presentato la *Clinical Frailty Scale* attraverso uno studio di coorte prospettico a cinque anni, condotto su un campione di 2035 anziani, per determinare l'abilità predittiva dello strumento, in termini di mortalità o istituzionalizzazione dell'anziano.

Inoltre, la CFS è stata correlata al *Mini Mental State Examination* ed al *Frailty Index*, al *Cumulative Illness Rating Scale*, al *CSHA rules-based definition of frailty*, al *CSHA Function Scale*, per ottenere un punteggio per paziente, aggiustato per età, sesso e livello di istruzione, oltre che per comorbidità.

Il risultato è stato un alto livello di predittività a cinque anni in termini di morte o istituzionalizzazione del paziente.

La CFS è pure uno strumento facilmente utilizzabile dal personale sanitario e di grande rilevanza clinica.

Lo studio-pilota controllato e randomizzato di Chang et al. (2012) ha applicato la CFS ad un gruppo di 117 anziani di Taiwan, attribuendo alle fasce di punteggio (tra 3 e 6) interventi di natura fisica e nutrizionale, programmati su tre mesi, somministrando opuscoli informativi, proponendo esercizio fisico tre volte a settimana e strategie di *problem solving*. Il risultato di questo studio ha visto un miglioramento dello stato di fragilità e un miglioramento a lungo termine della concentrazione sierica di vitamina D e dei livelli di mineralizzazione ossea degli anziani coinvolti. Lo studio di coorte di O'Caomh et al. (2014) è stato strutturato su un campione di 803 anziani residenti a domicilio, che sono stati valutati attraverso il *RisckInstrument for Screening in Community*, dagli infermieri di sa-

nità pubblica (PHN), per indagare il rischio di tre diversi *outcomes*: la morte, l'ospedalizzazione e l'istituzionalizzazione, entro l'anno successivo, con un punteggio da 1 (più basso) a 5 (più alto).

La CFS, associata all'Indice di Barthel e al *Mental Test Score* abbreviato, ha evidenziato che il 54% degli anziani è "fragile".

Lo studio di coorte prospettico di Belga et al. (2016) ha coinvolto 495 pazienti canadesi dimessi dall'ospedale da non più di 24 ore, al fine di confrontare globalmente la CFS con altri strumenti fenotipici più oggettivi.

I pazienti classificati come fragili sulla CFS hanno mostrato tassi di riammissione/morte, a 30 giorni dalla dimissione, significativamente più elevati, anche dopo aggiustamento per età e sesso (*odds ratio* aggiustato [aOR]: 2.02, 95% intervallo di confidenza).

In conclusione, la CFS ha un impatto significativo sui risultati di dimissione ed è il più utile degli strumenti di fragilità di uso frequente per predire gli esiti.

Lo studio di Provencher et al. (2015) ha valutato 850 individui di età superiore ai 65 anni, indipendenti nel ADL al basale, dopo l'accesso in Dipartimenti di Emergenza, per infortunio lieve. Il colloquio e la somministrazione degli strumenti valutativi servono per accertare il declino funzionale.

I partecipanti sono stati considerati "fragili" in base allo studio canadese della Salute e Invecchiamento attraverso la somministrazione della CFS ( $\geq$ Level 4, "vulnerabile fragile con deterioramento cognitivo"; "fragile, senza deterioramento cognitivo"; "non fragile con deterioramento cognitivo"; "non fragile senza deterioramento cognitivo"). Sono stati anche raccolti dati socio-demografici e sanitari. Il 19,9% dei partecipanti ha mostrato diminuzione dell'autonomia nelle ADL a tre mesi e il 25,3% a sei mesi.

Dopo aggiustamento per età, numero di comorbidità, l'attività strumentale di disabilità vita quotidiana al basale, i partecipanti fragili con decadimento cognitivo erano a rischio significativamente maggiore di declino funzionale a tre mesi (rapporto di rischio aggiustato  $arr=1.89$ ; 95%) intervallo di confidenza ( $CI=1,38-$

2,59) e sei mesi ( $arr=2.09$ ; 95%  $CI=1.45-3.00$ ) rispetto ai partecipanti non fragili senza deterioramento cognitivo.

In conclusione, la CFS è uno strumento di fragilità facile da amministrare e di *screening* cognitivo, quindi, dovrebbe essere incluso nelle valutazioni per identificare gli anziani indipendenti ad alto rischio di declino funzionale dopo lesioni minori, in modo che possono essere forniti servizi adeguati per evitare il deterioramento di ADL.

Lo studio di coorte di McCaul et al. (2015) ha indagato una popolazione di 10.305 anziani residenti in comunità (di età compresa tra 70 e più anziani), seguiti per un massimo di 10 anni, somministrando la CFS ed il *Frailty Index*. Dall'osservazione, è risultato un tasso di prevalenza della fragilità più alto dall'8% al 10% rispetto a quelli derivati dai dati osservati con altri strumenti.

Lo studio bifasico di Woo et al. (2015) ha proposto uno *screening* della fragilità degli anziani residenti in comunità, attraverso la somministrazione della CFS, osservando un totale di 816 membri di centri anziani che li frequentano da soli o accompagnati.

Per la fase 1, è stato somministrato un questionario di CFS da volontari addestrati (comprensivo di dati demografici, stile di vita, malattie croniche). Questo questionario è stato associato a SARC-F per lo *screening* della sarcopenia, alla registrazione della pressione arteriosa, dell'indice di massa corporea, e la forza di presa.

Durante la fase 2 la valutazione globale geriatrica ha incluso i questionari di valutazione del dominio dello stile di vita (attività fisica, stato nutrizionale utilizzando il modulo di valutazione-breve mini-nutrizionale); il dominio fisico (numero di malattie e numero di farmaci, attività della vita quotidiana e delle attività strumentali della vita quotidiana, disabilità che vivono, sindromi geriatriche, auto percezione della salute, qualità del sonno); dominio cognitivo e psicologico (*mini-mental state examination*, *Geriatric Depression Scale*) e settore sociale (reddito, alloggio, soddisfazione di vita, sostegno alla famiglia).

La prevalenza di pre-fragilità e fragilità è

risultata essere, rispettivamente, del 52,4% e 12,5%. La prevalenza per la fragilità aumenta con l'età dal 5,1% (per quelli di età compresa tra 65-69 anni) al 16,8% (per quelli ≥75), essendo maggiore nelle donne che negli uomini (13,9% vs 4,2%).

In ultimo, lo studio di Chan et al. (2010) ha proposto la validazione trasversale dello studio cino-canadese sulla salute e l'invecchiamento (CSHA-CFS TV della versione telefonica della CFS). Il gruppo di studio consisteva in 67 pazienti di ambulatori di un centro medico terziario a Taipei, Taiwan, arruolati nel programma globale di valutazione geriatrica e nello studio di fragilità dei pazienti anziani (CGAFSEP).

Due assistenti di ricerca addestrati hanno condotto le interviste telefoniche con tempi di somministrazione minori di tre minuti, sono state applicate le misure di affidabilità e di validità standard. Tre quinti dei soggetti erano di età superiore a 75 anni, la metà donne. Lo studio ha dimostrato che la TV CSHA-CFS sembra essere uno strumento di *screening* della fragilità rapido, affidabile e valido per gli anziani residenti in comunità o a domicilio.

### Sherbrooke Postal Questionnaire:

Lo studio di Daniels, Rossum, Beurkens, Van den Heuvel e De Witte (2012), prospettico con un anno di *follow-up*, mette a confronto tre diversi metodi autoriportanti per lo *screening* della fragilità negli anziani (sviluppo di disabilità, mortalità e ricovero ospedaliero), indagando sulla validità predittiva.

Da questo studio, risulta che la *odds ratio* (2,49) dimostra che i soggetti individuati come "fragili" dall'SPQ, hanno più di due volte il rischio per lo sviluppo di disabilità e il rischio di essere ricoverato in un ospedale rispetto al gruppo non-fragile; la sensibilità e la specificità per lo sviluppo di disabilità sono l'83% e il 48% (SPQ).

Per quanto riguarda la mortalità, la sensibilità è di circa il 70% e una specificità tra il 41% e il 61%.

Per l'ammissione in ospedale, i punteggi SPQ risultano essere i più alti per sensibilità (76%).

Delle 687 anziani partecipanti ne sono stati considerati 532 (77% restituisce il questionario postale di base).

In questo studio non vengono considerati i non rispondenti. Gli autori dello stu-

dio (Daniels et al., 2012) considerano che un *follow up* di un anno è un periodo troppo breve per considerare la predittività di uno strumento di *screening* che comunque, anche nel breve periodo, è risultata significativa (24% del campione). In altri studi, invece (Metzelthin, Daniëls, Van Rossum, De Witte, Van den Heuvel & Kempen, 2010), dove l'SPQ viene messo a confronto con altri due strumenti. Per quanto concerne, però, le sue qualità psicometriche, i risultati sono di una minore appropriatezza/efficacia. Anche in questo studio, i non rispondenti non sono stati inclusi nell'analisi. Nell'ampia revisione di Dent, Kowal e Hoogendijk (2016), lo SPQ viene analizzato in confronto a altri 13 strumenti di misurazione di vari aspetti della fragilità in 422 studi. Il risultato indicato in questo studio è che l'SPQ nell'identificazione della fragilità è meno efficace rispetto ad altri strumenti.

Considera la differenza di popolazione come una variabile fondamentale per la valutazione dei diversi approcci strumentali allo *screening*.

Lo studio di Razzanelli et al. (2013), infatti, utilizza una versione modificata: l'SPQM

Autore(i)/ anno	Metodologia di ricerca	Campione	Trattamento/ follow up	Risultati
Rockwood et al. (2005)	Studio di coorte prospettico a 5 anni	2.035 anziani	Somministrazione di CFS associata ad altri strumenti valutativi e ripetuta dopo 5 anni.	La CFS ha un alto livello di predittività a 5 anni in termini di morte o istituzionalizzazione del paziente.
Chang et al. (2012)	Studio pilota controllato e randomizzato	117 anziani	Somministrazione della CFS, associata ad opuscoli informativi, proponendo esercizio fisico tre volte a settimana e strategie di <i>problem solving</i> .	Miglioramento dello stato di fragilità e un miglioramento a lungo termine della concentrazione sierica di vitamina D e dei livelli di mineralizzazione ossea degli anziani di Taiwan coinvolti nel programma.
R. O'Caomh et al. (2014)	Studio di coorte	803 anziani	Somministrazione della CFS, associata all'Indice di Barthel e al Mental Test Score abbreviato.	Individuazione del 54% degli anziani come fragili.
Belga et al. (2016)	Studio di coorte	495 pazienti	Somministrazione di CFS a pazienti dimessi da non più di 24 ore dall'ospedale.	I pazienti classificati come fragili sulla CFS hanno mostrato significativamente più elevati tassi di riammissione/morte a 30 giorni dalla dimissione.
Provencher et al. (2015)	Studio di coorte	850 anziani	Somministrazione del questionario ADL e CFS	La fragilità individuata dalla CFS è stata predittiva in termini di peggioramento delle funzioni delle ADL, dopo accesso in Dipartimento di Emergenza per infortunio lieve.
McCaul et al. (2015)	Studio di Coorte prospettico	10.035 anziani	Somministrazione di CFS e di Frailty Index	Tasso di prevalenza della fragilità più alto dall' 8% al 10% rispetto a quelli derivati dai dati osservati con altri strumenti
Woo et al. (2015)	Studio bifasico	816 anziani	Somministrazione di CFS, unita a questionario socio demografico, economico, clinico, oltre che Mini Mental State Examination e Geriatric Depression Scale.	La prevalenza di pre-fragilità e fragilità è risultata essere Rispettivamente del 52,4% e 12,5%. La prevalenza per la fragilità aumenta con l'età dal 5,1% per quelli di età compresa tra 65-69 anni, al 16,8% per quelli ≥75, essendo maggiore nelle donne rispetto agli uomini (13,9% vs 4,2%).
Chan et al. (2010)	Studio di validazione	67 anziani	Somministrazione della Versione telefonica della CFS	Lo studio ha dimostrato che la TV CSHA-CFS sembra essere uno strumento di screening della fragilità rapido, affidabile e valido per gli anziani residenti in comunità o a domicilio.

TABELLA RISSUNTIVA

Autore(i)/ anno	Metodologia di ricerca	Campione	Trattamento/ follow up	Risultati						
				Declino funzionale		mortalità		Ricovero ospe daliero		
				+	-	+	-	+	-	
(Daniels et al., 2012)	Studio prospettico follow-up ad un anno	687 Residenti ultra settantenni	Somm.ne SPQ e controllo ad un anno	SPQ: +	85 (34%)	162 (66%)	10 (3%)	295 (97%)	55 (22%)	195 (78%)
				SPQ - :	18 (11%)	150 (89%)	4 (2%)	207 (98%)	17 (10%)	152 (90%)
(Dent et al., 2016 )	revisione	422 studi.		Minore efficacia dell'SPQ rispetto ad altri strumenti di <i>screening</i>						
(Metzelthin et al., 2010)	studio prospettico	532 residenti: 311 donne 221 uomini (≥ 70 anni)	< 75 anni e analisi dei dati statistici	Casi di fragilità rilevati: 305 (59,1%)						
(Razzanelli et al., 2013)	studio prospettico indue fasi	11.589 residenti (≥ 70 anni)	Somm.ne SPQm e con punteggio ≥ 3 segue valutazione a domicilio	fragilità rilevata: 3.432 casi (51,7%) dei rispondenti al questionario Valutazione dei 3.432 soggetti alla valutazione multidimensionale: il 95% risultava positiva per fragilità						
(Erbert et al, 1996 )	studio prospettico indue fasi	842 soggetti < 75 anni	Somm.ne SPQ con segue nte valutazione a domicilio dei non rispondenti	Non rispondenti = 55 Rispondenti dopo sollecito= 111			Età ≥ 85 = 8,1 Anni di scolarità= 6,8 Stato cognitivo= 71,4 Depressione =8,7 Autonomia= 12,6			
Robichaudet al., (1999)	studio sperimentale	543 < 75 anni	Somm.ne SPQ e rando- mizzazione dei risultanti positivi in due gruppi uno sperimentale che partec- ipa ad un programma di intervento sanitario e un gruppo di controllo	Positivi al SPQ= 99 Riduzione dei fattori di rischio dopo intervento.						

## TABELLA RISSUNTIVA

adattato alla popolazione della regione Toscana (Francesconi et al., 2007). In questo studio, la popolazione viene differenziata per fasce di età e per genere, evidenziando le diverse peculiarità (gli ultra 80enni tendono a rispondere di meno), vengono presi in considerazione anche i relativi percorsi di intervento di prevenzione. Il 95% risultava positiva per fragilità alla conseguente valutazione multidimensionale, deponendo, quindi, per forte efficacia per l'individuazione di fragilità. Anche in questo studio, i non rispondenti non sono stati inclusi nell'analisi. In un ulteriore studio di Erbert et al. (1996) viene analizzato in quale misura i non rispondenti al questionario postale presentano rischio di fragilità attraverso interviste dirette ai soggetti che non restituiscono il questionario compilato (il 12,6% dei soggetti sottoposti allo studio). L'intervista eseguita successivamente

individua in questi soggetti maggiori problemi di compromissione cognitiva, di disabilità, e soprattutto, ad un anno, un tasso di mortalità più elevato (13,2 contro 5,2%) rispetto ai soggetti rispondenti al questionario postale. I soggetti che avevano bisogno di una lettera di sollecito erano simili a non *respondents*. La percentuale dei non rispondenti viene descritta con classificazione per età, scolarità, reddito, disabilità, depressione e stato cognitivo. Nel lavoro di Robichaud, Hebert, P. M. Roy e C. Roy (1999) viene sottoposto al SPQ un campione di 99 persone ultra 75enni (dei 543 soggetti arruolati nello studio questionario postale, 60 soggetti sperimentali sono stati selezionati in modo casuale e abbinati a 60 controlli, di questi, 99 soddisfacevano i criteri di ammissibilità - 50 soggetti di controllo e 49 sperimentali - e 89 - 46 soggetti di con-

trollo e 43 sperimentali - hanno accettato di partecipare).

Quelli risultati positivi a due o più *items*, sono stati sottoposti a valutazione a domicilio.

Lo studio propone un riscontro tra i risultati in termini di riduzione dei fattori di rischio tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo dopo intervento sanitario su pazienti individuati dal SPQ.

Anche se lo studio non propone dati specifici per la predittività, fornisce, però, l'indicazione che la proiezione da un questionario postale, seguita da una valutazione dei fattori di rischio con visita domiciliare e una sorveglianza, potrebbero ridurre la perdita di autonomia funzionale.

## RISULTATI

La CFS necessita l'integrazione con altri dati debitamente forniti da altri strumenti come: gli indicatori sociodemografici,



economici, l'Indice di Barthel, il *Mini Mental State Examination*, il questionario ADL, la *Geriatric Depression Scale*, come indicato in tutti gli studi presi in esame.

Molto interessante risulta anche l'utilizzo della CFS in campo preventivo/educativo, come proposto dallo studio di D.C. Chang et al. (2012), in cui la CFS viene somministrata in associazione ad opuscoli informativi, proponendo esercizio fisico tre volte a settimana e strategie di *problem solving*.

I principali campi di utilizzo, oltre quello educativo, sono lo *screening* del livello cognitivo (V. Provencher et al. 2015), la predittività sugli esiti al momento della dimissione (Belga et al. 2016) e sugli esiti in termini di mortalità o istituzionalizzazione dell'anziano (K. RockWood et al. 2005). Risulta dunque fondamentale eseguire una valutazione basale della fragilità. Per quanto riguarda lo SPQ, vediamo come in molti studi venga messo in evidenza la necessità di individuare strumenti adatti ad un *screening* di I livello per individuare la fragilità nell'anziano che permettano interventi di II livello più mirati, al fine di ottimizzare le risorse e soprattutto strumenti che siano a basso costo (Daniels et al., 2012). In questo studio e in altri (Metzelthin et al., 2010), però, non vengono inclusi i non rispon-

denti al questionario che, dunque, non vengono inclusi nel *follow up* ad un anno. Ergo, non si può valutare il grado di predittività di fragilità di questi ultimi, come invece considerato in due degli studi analizzati.

Bisogna considerare, inoltre, che le diverse misure di fragilità si adattino a diverse popolazioni (Dent et al., 2016) e che necessitano, quindi, di studi di validazione interculturali. Nonché che i dati risultanti da un questionario postale somministrato ad una fascia di età <85 anni non può essere affidabile riguardo dati clinici poiché si deve tenere conto di fattori quali il grado di istruzione più basso rispetto alla popolazione più giovane e una percentuale importante di analfabetismo. Problemi cognitivi, visivi, uditivi o di depressione spesso sono associati all'invecchiamento possono influenzare il tasso di partecipazione e l'accuratezza delle informazioni raccolte.

## CONCLUSIONI

Tutti gli studi presi in esame pongono il rilevante problema di programmazione sanitaria, sulla base di una precisa determinazione del fabbisogno assistenziale della popolazione che, seguendo la transizione demografica, vede un incremento della popolazione anziana. Risulta, quindi, di fondamentale impor-

tanza ottenere strumenti in grado di avere un alto livello di predittività nell'individuazione delle fasce di popolazione fragile e delle sue necessità assistenziali. Entrambi gli strumenti presi in esame, sebbene correlati ad altri strumenti di indagine clinica e socio-demografica, hanno dimostrato di possedere le caratteristiche richieste.

L'utilizzo di questi due strumenti risulta essere utile nell'individuazione mirata, e a basso costo, di una parte della popolazione che sarà oggetto di progetti secondari di intervento, sia per gli operatori sanitari che per gli organismi sociali della comunità per prevenire i danni secondari alla situazione di fragilità.

La *Clinical Frailty Scale* e lo *Sherbrooke Questionnaire* postale hanno un buon potenziale per identificare le persone anziane a rischio, ma il loro potere predittivo non è ancora sufficiente.

Per migliorare la possibilità di intervento, sono necessarie ulteriori ricerche su questi e altri strumenti. Questi interventi devono essere coordinati con un approccio pro-attivo, focalizzato sulle attività di prevenzione per favorire il miglioramento dei principali *outcome* di salute dell'anziano (morbilità, mortalità, ospedalizzazione e/o istituzionalizzazione) ed uno spostamento del carico assistenziale dai servizi per acuti alla Long Term Care.

**AUTORI:**

Laura Orsolini, Cps infermiera, laurea Magistrale; Uoc Supp. Amm. Dipartimenti Territoriali-ASL ROMA 6;

Giulia Maderni, infermiera presso il Centro di rianimazione Shock e trauma dell'A.O San Camillo Forlanini di Roma, master di I livello in Gestione infermieri-

stica dell'Emergenza territoriale presso l'università La Sapienza di Roma, laurea Magistrale presso l'Università di Tor Vergata, Roma.

**BIBLIOGRAFIA**

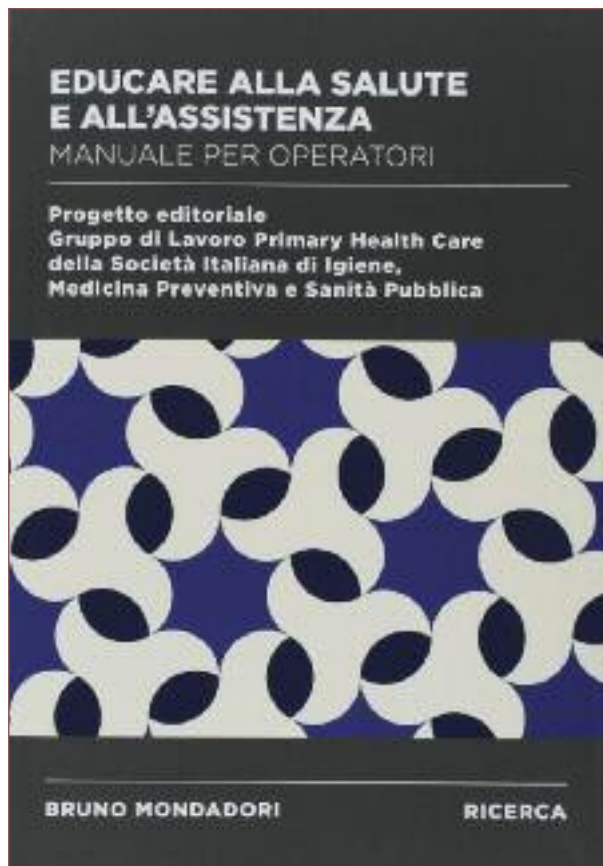
- Barreto P, *Participation bias in postal surveys among older adults: the role played by self-reported health, physical functional decline and frailty*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(3), 592-8. 2012.
- Belga S, Majumdar S.R, Kahlon S, Pederson J, Lau D, Padwal R.S et al. *Comparing three different measures of frailty in medical inpatients: Multi-center prospective cohort study examining 30-day risk of readmission or death*. Journal of Hospital Medicine, may 17. 2016.
- Bergman H, *Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies*. Journals of Gerontology. Series A: biological and medical Sciences, 62, 731-7. 2007.
- Chan D.C, Tsou H.H & Chen C.Y, *Validation of the Chinese-Canadian study of health and aging clinical frailty scale (CSHA-CFS) telephone version*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 50(3), 74-80. 2010.
- Daniels R, Van Rossum E, Beurskens A, Van Den Heuvel W & De Witte L, *The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community*. BMC Public Health, 23, 12-69. 2012.
- Dent E, Kowal P & Hoogendijk E, *Frailty measurement in research and clinical practice: a review*. European Journal of Internal Medicine, 31, 3-10. 2016.
- Chan D.C, Tsou H.H, Yang R.S, Tsao J.Y, Chen C.Y, Hsiung C.A et al, *A pilot randomized controlled trial to improve geriatric frailty*. BMC Geriatrics, 25, 12-58. 2012.
- Francesconi P, Pasqua A & Bandinelli S, *Un semplice questionario per l'identificazione degli anziani ad alto rischio di declino funzionale: studio in Chianti*. In: XXXI Convegno annuale di Epidemiologia "L'epidemiologia dell'invecchiamento", Ostuni (BR). Atti del Convegno, Pisa: servizio tecnografico area della ricerca del CNR, pag 141. 2007.
- Fried L.P, Ferrucci L, Darer J, Williamson J.D & Anderson G, *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. Journals of Gerontology. Series A: Biological sciences and Medical sciences, 59(3), 255-63. 2004.
- Gobbens R.J, Luijckx K.G, Wijnen-Sponselee M.T & Schols J.M, *Elderly nonusers of health care services: Their characteristics and their health outcomes*. Medical care, 23(3), 247-257. 1985.
- Gobbens R.J, Luijckx K.G, Wijnen-Sponselee M.T & Schols J.M, *In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts*. Journal of the American Medical Directors Association, 11, 338-43. 2010.
- Hebert R, Bravo G, Korner-Bitensky N & Voier L, *Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline*. Age and Ageing, 25, 159-167. 1996.
- Hogan D.B, Macknight C & Bergman H, *Models, definitions, and criteria of frailty*. Aging and Clinical Experimental Research, 15, 1-29. 2003.
- ISTAT, *Anziani popolazione e famiglie*. Disponibile da: <http://www.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie> [05 luglio 2016] 2015.
- Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Beland F & Hogan D.B, *A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging*. BMC Medical Research Methodology, 12, 9-68. 2009.
- McCaul, K., Almeida, P., Norman, E., Yeap, B.Hankey G. J., Golledge, J. et al. (2015). *How many older people are frail? Using multiple imputation to investigate frailty in the population*. Journal of the American Medical Directors Association, 16(5), 439, 1-7.
- Metzelthin S.F, Daniels R, Van Rossum E, De Witte L.P, Van Den Heuvel W.J & Kempen G.I, *The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community*. BMC Public Health, 31, 10-176. 2011.
- O'Caioimh R, Gao Y, Svendrovski A, Healy E, O'Connell E, O'Keeffe G et al, *Screening formarkers of frailty and perceived risk of adverse outcomes using the risk instrument for screening in the community (RISC)*. BMC Geriatrics, 19, 14-104. 2014.
- Provencher V, Sirois M.J, Ouellet M.C, Camden S, Neveu N, Allain-Boulé N et al, *Canadian Emergency Team Initiative on mobility in aging. Decline in activities of daily living after a visit to a Canadian emergency department for minor injuries in independent older adults: are frail older adults with cognitive impairment at greater risk?* Journal of the American Geriatrics Society, 63(5), 860-8. 2015.
- Razzanelli M, Profili F, Mossello E, Bandinelli S, Corridori C, Salvioni A et al, *A screening and comprehensive assessment programme aimed at secondary prevention of disability in community-dwelling frail older subjects: a pilot study*. Epidemiologia e prevenzione, 37(4-5), 271-8. 2013.
- Robichaud L, Hébert R, Roy P.M & Roy C, *A preventive program for community-dwelling elderly at risk of functional decline: a pilot study*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 30(1), 3-84. 2000.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan D.B, McDowell I et al, *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people*. Canadian Medical Association Journal, 173(5), 489-95. 2005.
- Rodriguez-Manas L & Fried L.P, *Frailty in rithe clinical scenario*. Lancet, 6736(14), 61595-6. Disponibile in: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140> [25 giugno 2016]. 2014.
- Scarcella P, Liotta G, Marazzi M.C, Carbini R&Palombi L, *Analysis of survival in a sample of elderly patients from Ragusa, Italy on the basis of a primary care level multidimensional*. Arch Gerontol Geriatr, 40(2), 147-56. 2005.
- Shapiro E & Roos N, *Elderly nonusers of health care services: their characteristics and their health outcomes*. MedCare, 23, 247-56. 1985.
- SNLG Regioni, *Linee guida Consiglio sanitario regionale sulla Fragilità dell'anziano*. Regione Toscana. 2015.
- Thompson W.S, *Population*. American Journal of Sociology, 34, 969-975. 1929.
- Woo J, Yu R, Wong M, Yeung F, Wong M & Lum C, *Frailty Screening in the Community Using the FRAIL Scale*. Journal of American Medical Directors Association, 16(5), 412-9. 2015.

## Un manuale per operatori per "educare" alla salute

**Q**uello di cui parliamo in questo numero della nostra rivista è un manuale, realizzato attraverso un'azione collaborativa tra professionisti di diversa provenienza, nato allo scopo di fornire orientamenti e strumenti agli operatori sanitari che svolgono attività di promozione della salute ed educazione terapeutica. Il testo (con la presentazione di Carmelo Scarcella; l'introduzione di Fulvio Lonati e un contributo di Jean-Philippe Assal) è costruito da una pluralità di professionisti sanitari con esperienze diverse, ma convergenti verso un obiettivo comune: puntare a un nuovo ruolo dell'operatore della salute, il cui punto di forza è la capacità comunicativa e la relazione instaurata con l'assistito.

Il volume consta di quattro parti. La prima è dedicata a un nuovo approccio per supportare la partecipazione attiva degli assistiti (ed è divisa in 9 capitoli). La seconda parte è sulla promozione della salute nel sano ed educazione terapeutica nel cronico (in 7 capitoli); in 7 capitoli è divisa anche la terza parte, dedicata alla promozione della salute e educazione terapeutica nei luoghi della cura; mentre, l'ultima, la quarta, è incentrata sulle esperienze e peculiarità in specifici ambiti clinico-assistenziali (in 5 capitoli).

La prima sezione getta le basi della materia, definendo e distinguendo i concetti di promozione della salute, educazione alla salute, educazione terapeutica, *patient engagement*, per pas-



sare poi agli aspetti psico-pedagogici nodali della comunicazione nelle relazioni di aiuto e nei contesti di cura. La seconda si focalizza sul tema della promozione della salute ed educazione terapeutica attraverso le diverse fasi della vita (dalla nascita all'invecchiamento). La terza parte è dedicata ai luoghi di cura in cui fare attivamente promozione della salute ed educazione terapeutica (consultori familiari, ambulatori di medicina generale, farmacie, ambulatori specialistici, strutture riabilitative, ospedali, etc.). Infine, l'ultima presenta alcune esperienze e peculiarità in specifici ambiti clinico-assistenziali.

Il progetto editoriale, promosso dal Gruppo di Lavoro SItI Primary Health Care, con la collaborazione di APRIRE-Educare alla salute e all'assistenza, è disponibile nel circuito librario nazionale e on line, con APRIRE

network. In coda ad ogni capitolo è aperta la discussione on line.

La pluralità delle professioni e delle esperienze dei 93 co-autori converge nel manuale verso un obiettivo comune: puntare ad un rinnovato ruolo dell'operatore della salute, con nuove capacità professionali sul fronte comunicativo e relazionale.

AA.VV.

**Educare alla salute e all'assistenza. Manuale operatori**  
Bruno Mondadori Editore 2018 (504 pagine, 22,00 Euro)

## L'infermiere non può svolgere in via ordinaria le mansioni del personale di supporto

### Considerazioni sulle specifiche competenze dell'infermiere alla luce della recente sentenza del Tribunale di Roma

**L'**adibizione sistematica dell'infermiere alle mansioni igienico-domestico-alberghiere, non giustificata da una situazione di emergenza, integra condotta illegittima dell'azienda ospedaliera ai sensi dell'art. 2103 codice civile.

Questo è il principio affermato dalla recente sentenza del Tribunale di Roma in funzione di giudice del lavoro – sentenza n. 6954/2019 – con la quale **una struttura ospedaliera è stata condannata a risarcire i danni subiti da un infermiere quotidianamente e regolarmente assegnato a compiti tipici degli Operatori Socio Sanitari e, pertanto, estranei alla propria qualifica professionale.**

La giurisprudenza, quindi, torna ancora una volta a pronunciarsi sul tema delicato del demansionamento a danno degli infermieri, precisando che lo svolgimento di mansioni di carattere meramente manuale può ritenersi consentito solo in circostanze eccezionali comportando, altrimenti, uno svilimento ingiustificato della professionalità dei dipendenti.

Nel caso deciso dal Tribunale di Roma il ricorrente dimostrava che da anni – oltre dieci – svolgeva in maniera solamente marginale ed affrettata le attività tipiche della propria qualifica professionale, come, ad esempio, la preparazione e la somministrazione della terapia farmacologica o la rilevazione dei parametri vitali, e di non riuscire a svolgere attività di ricerca infermieristica e di aggiornamento professionale.

Ciò in quanto, fin dalla data di assunzione, era stato costretto ad occuparsi in maniera assolutamente prevalente, per almeno il 90% del proprio turno lavorativo, di attività di assistenza diretta dei pazienti ricoverati, quali abbassare lo schienale, curare l'igiene personale, riempire un bicchiere d'acqua, occuparsi delle lenzuola e delle coperte etc.

In sostanza, il giudizio verteva sulla legittimità o meno dell'assegnazione, accanto alle attività proprie della professione infermieristica, anche di mansioni tipiche degli operatori socio sanitari, quali, ad esempio, l'assistenza ai pazienti durante il pasto, l'utilizzo di padelle per far fronte ai bisogni igienici degli stessi, la pulizia della stanza.

Secondo il Tribunale per individuare il profilo dell'infermiere e, quindi, stabilire se questi possa essere chiamato a svolgere atti di assistenza diretta anche in mancanza di uno specifico rischio per il paziente, occorre anzitutto fare riferimento ai testi normativi e alle clausole del contratto collettivo applicabile al rapporto di lavoro.

In proposito le disposizioni del D.M. n. 739/1994, riguardanti la figura professionale dell'infermiere stabiliscono che: *“l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.*

*L'infermiere:*

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.*

*L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca”.*

Il contratto collettivo applicato nell'azienda ospedaliera inquadra l'infermiere nella categoria D, mentre gli operatori socio sanitari nella categoria B.

Ebbene, secondo il Tribunale di Roma, a fronte delle differenze tra i profili professionali dell'infermiere e dell'OSS, caratterizzati da formazione e competenze diverse, è compito precipuo dell'operatore socio sanitario curare l'attività di assistenza diretta del paziente, ovvero compiere tutte quelle attività necessarie per consentire al paziente di poter ricevere aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane - quali aprire una bottiglia, accendere il televisore, comporre un numero telefonico - nonché quelle necessarie ad assicurare il mantenimento di un ambiente sano e confortevole, tra cui cambiare le lenzuola, tenere in ordine il comodino.



Insomma, tutte le predette attività devono essere di norma affidate ai lavoratori inquadrati nella categoria B e non possono invece essere svolte dagli infermieri.

**Gli infermieri, dunque, secondo il Tribunale non possono esercitare a tempo pieno esclusivamente le mansioni proprie degli operatori socio sanitari e ciò anche quando nella struttura vi sia insufficienza di personale di supporto, ovvero quando questo manchi del tutto.** Ed infatti, in tal caso, può parlarsi di demansionamento degli infermieri, in violazione dell'art. 2103 del codice civile, con conseguente diritto al risarcimento del danno. Tale articolo disciplina il cosiddetto "*ius variandi*" e cioè il potere del datore di lavoro di variare le mansioni del lavoratore rispetto a quelle assegnate in fase di assunzione.

Alla luce delle novità introdotte dalla riforma del Jobs Act, la norma stabilisce che il lavoratore deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto, ovvero a mansioni riconducibili allo stesso livello di inquadramento delle ultime effettivamente svolte.

L'assegnazione a mansioni inferiori viene, invece, vietata salvo il caso di modifica degli assetti organizzativi aziendali che incidono sulla posizione del lavoratore, o in caso di contratti collettivi o accordi intervenuti tra le parti presso una delle c.d. "sedi protette", quali l'Ispettorato territoriale del lavoro o le sedi sindacali.

Di talché, in assenza di siffatte circostanze di natura eccezionale, lo svolgimento di mansioni inferiori da parte dell'infermiere deve ritenersi vietato in quanto contrastante con l'art. 2103 c.c.



Diversamente, secondo il Tribunale, l'Infermiere può svolgere le mansioni proprie del personale di supporto ogniqualvolta egli, nell'esercizio della propria responsabilità e discrezionalità operativa, ritenga necessario o quanto meno opportuno il proprio personale intervento, ad esempio in ragione delle gravi condizioni del paziente, ovvero in tutte quelle ipotesi in cui si tratta di mansioni marginali e accessorie rispetto a quelle sue proprie che devono, chiaramente, essere svolte con prevalenza.

Accertato, dunque, il demansionamento nei confronti del ricorrente il Giudice condannava l'azienda convenuta al risarcimento del danno non patrimoniale consistente nella grave mortificazione dell'immagine e della professionalità dell'infermiere.

Si precisa che la sentenza del Tribunale di Roma non è definitiva essendo ancora aperti i termini per poterla impugnare dinanzi all'organo superiore – Corte di Appello – e che, pertanto, bisognerà attendere per sapere se tali principi troveranno o meno conferma.

*Avv. Barbara Pisa*

## BANDO

### "Insieme per vita agli anni"

Costituire un centro internazionale di ricerca per sviluppare nuovi modelli di presa in carico della persona; promuovere programmi per migliorare performance e qualità di vita; svolgere progetti di studio per rispondere ai nuovi bisogni della popolazione. Sono alcuni degli obiettivi che si pone la Fondazione "Insieme per vita agli anni", nata da un'idea di **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del Centro di eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica (CECRI) di OPI Roma e di altre otto personalità. Il sostegno alla persona e alla qualità della sua esistenza da realizzare individuando nuovi modelli di presa in carico globale (la cosiddetta "visione olistica") in ogni età della vita e mettendo a punto strategie innovative è il suo scopo precipuo.

"Insieme per vita agli anni" (che ha già all'attivo progetti e iniziative in partnership con Anlaids, con Lilt e con il Gruppo San Donato) ha pubblicato il bando di ricerca 2019/2020. Il progetto dovrà prevedere anche una sezione per la sostenibilità economica. La domanda di partecipazione al concorso dovrà essere presentata via mail all'indirizzo: [fondazioneipervita@gmail.com](mailto:fondazioneipervita@gmail.com) entro il **31 gennaio 2020**.

Info e regolamento completo su: [www.ipervita.org](http://www.ipervita.org)



IL 2020 SARÀ L'ANNO  
DEGU INFERMIERI...

..O DI QUELLO  
CHE NE RESTA



© Bito '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. parola<sup>2</sup>) 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](mailto:ordine@opi.roma.it), una copia in formato cartaceo) all’Ordine delle Professioni Infermieristiche, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.



ROMA

# Ordine Professioni Infermieristiche

Viale Giulio Cesare, 78  
Metro Ottaviano - 00192 Roma  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034  
[ordine@opi.roma.it](mailto:ordine@opi.roma.it)

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

**Seguici su**

 [ordineinfermieriroma](https://www.facebook.com/ordineinfermieriroma)  [opiroma](https://www.instagram.com/opiroma)