

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N° 3/4

SOTTO PRESSIONE

EDITORIALE

Sanità, non aspettiamo il botto

CONTRIBUTI

La stimolazione cognitiva e la depressione negli anziani ospiti in residenze sanitarie

FOCUS

Il Collegio Ipasvi a Sanit 2015
Il Cecri al ministero della Salute

NOTIZIE DAL COLLEGIO

Nightingale medico?
"Svista" del Comune di Roma

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXV - N. 3/4 - OTTOBRE-DOCEMBRE 2015
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,
Ilma Molinaro, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Cinzia Puleio,
Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

Stampa

Consorzio AGE - Arti Grafiche Europa
Via Vaccareccia, 57 - 00071 (Roma)
e-mail: info@artigrafi Chesrl.it
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Consorzio AGE - Arti Grafiche Europa
Foto: Shutterstock

Finito di stampare: dicembre 2015

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 al Collegio IPASVI di Roma,

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Sanità, non aspettiamo il botto**
di Ausilia M.L. Pulimeno

CONTRIBUTI

- 3 **EBP CORNER**
La stimolazione cognitiva è capace di migliorare lo stato cognitivo e ridurre la depressione negli anziani ospiti in residenze sanitarie?
di Lucia Mauro, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

- 6 **Analisi della qualità assistenziale percepita dagli utenti nell'ambito del Pronto Soccorso**
di Sara Chiappini, Santo Anastasi

- 10 **Il work environment oncologico**
di Chiara Labbadia

- 16 **Quanto sappiamo e quanto trasmettiamo sul potenziale della donazione del cordone ombelicale?**
di Paola Scotti

- 20 **I fitoestrogeni e l'attività fisica: soluzioni alternative per il trattamento delle vampate di calore nelle donne in climaterio**
di Giovanni D'Anna, Marica Falini

- 25 **Studio osservazionale di coorte prospettica per determinare il fabbisogno infermieristico in un Terapia Intensiva Rianimazione polivalente per adulti**
di Valentina Maggiora

- 29 **Ebola in Italia un'esperienza formativa**
di Fabio Di Giambattista

LA VIGNETTA DEL MESE FOCUS

- 37 **Il Collegio Ipasvi a Sanit 2015**
Il Cecri al ministero della Salute

- 38 **Gli infermieri conquistano Sanit**

- 42 **Al forum brillano Cives e infermieri volontari**

- 43 **Il fotoracconto di Sanit 2015**

- 46 **Al Ministero, il Cecri presenta il Report dello studio sull'infermiere di famiglia e di comunità**

- 48 **Enpapi a sostegno del progetto sulla libera professione infermieristica**
DICONO DI NOI

- 49 **La rivoluzione digitale mai davvero iniziata**
NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 52 **Nightingale medico? La Federazione nazionale Ipasvi e il Collegio correggono la "svista" del Comune di Roma**

- 54 **Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec**
NOTIZIE DALLA REGIONE

- 55 **Si torna ad assumere a partire dal 2016**

- 56 **Nicola Barbatto presidente del Comitato Infermieri Dirigenti**

- 57 **Il nuovo Consiglio Direttivo del Comitato Infermieri Dirigenti 2016-2019**

- 58 **La memoria del Santa Maria della Pietà rivive in un doc-film**

- 59 **Bilancio positivo per Nurse4Expo**

- 60 **Gli infermieri sostengono la promozione della clownterapia**

- 61 **Un premio internazionale all'ambulatorio di stomacare dell'ospedale di Albano Laziale**

LETTO PER VOI

- 62 **Scardinare le modalità della didattica tradizionale con l'I-learning**
L'AVVOCATO DICE

- 63 **La responsabilità dell'infermiere per il reato di rifiuto di atti d'ufficio**



Sanità, non aspettiamo il botto

di Ausilia M.L. Pulimeno

Non c'è dubbio che siano tante e tutte potenzialmente disastrose. Di certo, però, non sono nuove e arrivano da lontano. Le criticità del Servizio sanitario regionale ci spaventano ma ancor di più ci preoccupa il tempo che passa senza che queste vengano affrontate e risolte una volta per tutte.

La strada è tracciata da tempo, lineare e corroborata dai risultati. Gli infermieri la indicano ormai da anni incassando consensi e rassicurazioni. Tuttavia, quando si tratta di stringere spuntano improvvisi tornanti e lunghe salite, così finisce che non si arriva mai alla meta. Il sistema sembra chiudersi a riccio e non muoversi di un millimetro. Una palude che speravamo superata.

La realtà suona come uno schiaffo in faccia a chi, come gli infermieri, s'impegna e s'ingegna ogni giorno per salvare la baracca. Che poi è di tutti, cittadini e operatori, del resto l'unica sanità pubblica che abbiamo e che vogliamo difendere. Uno schiaffo, appunto, a chi studia e propone soluzioni che altri non hanno il coraggio di adottare fino in fondo.

Siamo stufi di ripetere che le parole e le buone intenzioni non bastano più. Le difficoltà sono divenute ormai emergenze, l'insoddisfazione dei cittadini e degli stessi operatori sanitari ha superato il livello di guardia. La rete dei servizi va riformata in profondità: meno ospedali e più territorio, d'accordo. Di ospedali chiusi ne vediamo, ma dov'è il territorio? Gli infermieri sono pochi, e i concorsi? Attenzione, così la barca affonda. Non si può più indugiare. Per cosa poi? O per chi?

Con la Regione Lazio e la Cabina di Regia del Ssr abbiamo vissuto una stagione promettente segnata dal confronto e dalle intese. Ci è parso finalmente di aver sfondato il muro che bloccava ogni tentativo di innovazione e perfino il banale buon senso. Tutti concordi nel liberare le straordinarie potenzialità degli infermieri per ricostruire una rete di assistenza partendo dal cittadino, da dove questo vive, lavora, si ammala e dove vuole curarsi.

Un obiettivo a più riprese dichiarato e condiviso con l'Amministrazione regionale che, conseguentemente, necessita di scel-

te precise e risorse dedicate. Il punto è che a distanza di mesi non riusciamo a scorgere né le une né le altre. Tutto pare essersi impantanato e la promessa riorganizzazione dei servizi ospedalieri e delle cure primarie procede al rallentatore e con pochi quanto timidi risvolti concreti. Perché? A chi giova questo pericoloso *slow motion*?

Chi lavora sul campo sa quanto la situazione sia allarmante. L'intero sistema sanitario pubblico è in grossa difficoltà e rischia di non sopportare il peso di eventi straordinari come il Giubileo o novità dagli effetti dirompenti come l'applicazione della normativa europea sugli orari di lavoro degli operatori sanitari che limita il ricorso agli straordinari per infermieri e medici. In Italia mancano ventimila infermieri, almeno tremila a Roma e nel Lazio. La situazione è già esplosiva e ogni nuova emergenza può fungere da miccia. Noi non vogliamo aspettare inermi il botto. Quasi tutti i servizi sono in sofferenza e molti di questi vengono assicurati solo grazie al sacrificio e al senso di responsabilità degli infermieri che si sobbarcano turni massacranti e mansioni improprie pur di dare risposta alle esigenze dei pazienti. Il rischio è troppo alto anche in termini di sicurezza per chi opera e per chi viene assistito, come confermano numerosi studi internazionali acquisiti ormai al patrimonio scientifico di tutti i Paesi a sanità avanzata. La corda è tesissima e non si può pensare che tenga ancora a lungo.

Per una sanità commissariata come la nostra la gestione finanziaria rappresenta il nodo cruciale ma anche lo scalino più scivoloso. Colpire gli sprechi, che pure restano enormi, è un imperativo categorico ma non basta. Le risorse disponibili vanno riprogrammate secondo un modello più equo e moderno di assistenza.

La spesa va indirizzata dove serve davvero. Significa, tanto per intenderci, che la deroga del 15% al blocco del *turn over* concessa alla Regione Lazio e il piano di stabilizzazione dei precari

EDITORIALE

vanno impiegati rapidamente e bene, dando priorità alle emergenze più stringenti come quella infermieristica.

Dunque la Regione non si limiti a tamponare le criticità nei Pronto Soccorso. Per questo ribadiamo con forza la richiesta di bandire subito i concorsi già previsti, di fissare un cronoprogramma di quelli necessari in vista della fine del commissariamento e dello sblocco del turn over, di stabilizzare immediatamente un numero ben maggiore dei 500 operatori precari annunciati.

La lentezza con cui si procede sul fronte delle assunzioni fa il paio con la faticosa marcia di decisioni già assunte che però stentano a tradursi nella realtà. E' il caso dell'istituzione delle Dirigenze e dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie che, sebbene previsti espressamente nelle linee d'indirizzo degli Atti Aziendali emanate dalla Regione, molte Aziende non hanno ancora attivato.

C'è un'exasperante lentezza anche nel recepire le buone pratiche, quelle sperimentate e certificate dalla comunità scientifica mondiale, che gli infermieri offrono alla causa di quanti non si rassegnano al definitivo tramonto di un servizio sanitario pubblico e universale.

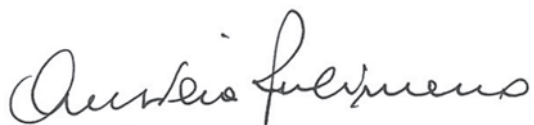
E' questo il caso dell'ottimo studio multicentrico sulla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità realizzato dal Centro di Eccellenza del nostro Collegio e presentato il 17 novembre scorso a Roma davanti a 250 colleghi. Un report che illumina a giorno il percorso per migliorare l'ambito delle cure primarie, oggi in

forte crisi, gestendo al meglio i pazienti cronici, riducendo i ricoveri ospedalieri e contendo la spesa sanitaria.

Si tratta di individuare i nuovi bisogni di salute dei cittadini in una società in rapido cambiamento, in cui la domanda cresce inevitabilmente per ragioni demografiche e culturali. Questo profilo di infermiere specialista garantisce ciò che manca oggi al nostro sistema: un'assistenza garantita da personale altamente formato e integrato nel nucleo familiare e nelle comunità, in grado di intervenire per assistere, curare e prevenire. Una soluzione di tipo organizzativo che, al pari di altre, è a portata di mano ma che tuttavia stenta a passare a causa della levata di scudi corporativa da parte di chi teme di perdere privilegi e posizioni di rendita a vantaggio degli infermieri.

Non per questo ci scoraggiamo. Siamo determinati a giocare tutte le nostre carte per dimostrare che una sanità diversa è possibile, che i modelli di riferimento non mancano, che le energie e le competenze professionali ci sono. Ciò che preoccupa è questa sorta di attendismo che impasta e imbriglia tutto, che rallenta ogni tentativo di cambiamento proprio quando l'evidenza suggerisce una decisa accelerata.

Incalzeremo ancora la Regione Lazio e la Cabina di Regia del Ssr su questi temi. In prima linea ogni giorno ci sono gli infermieri e con il loro generoso contributo le cose possono cambiare sul serio. Basta ascoltarli e lasciarli fare.



La stimolazione cognitiva è capace di migliorare lo stato cognitivo e ridurre la depressione negli anziani ospiti in residenze sanitarie?

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

Revisione critica dell'articolo: Apóstolo J. L. A, Cardoso D.F.B, Rosa A.I, Paúl C, "The effect of cognitive stimulation on nursing home elders: a randomized controlled trial". *Journal of Nursing Scholarship*, 46:157-166. doi:10.1111/jnu.12072. 2014.

ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione ha determinato un aumento della prevalenza delle malattie cronico degenerative e, in particolare, delle demenze.

Il Rapporto mondiale Alzheimer del 2010 ha stimato, ad esempio, che 35,6 milioni di persone in tutto il mondo vivono con una demenza e questo dato è destinato a raddoppiare ogni 20 anni, raggiungendo i 65,7 milioni nel 2030, e i 115,4 milioni nel 2050.

Gli anziani soffrono frequentemente di sintomi depressivi, che, a loro volta, possono aumentare il rischio di sviluppare deficit cognitivi e funzionali. Inoltre, la letteratura suggerisce che circa il 16% di questi senza demenza è interessato da decadimento cognitivo lieve.

Studi internazionali spiegano che la stimolazione cognitiva è in grado di ridurre il deterioramento cognitivo sia nell'invecchiamento normale che nel caso di deficit cognitivi lievi-moderati, aumentando la riserva cognitiva del cervello.

Quindi, un precoce intervento di stimolazione cognitiva può contribuire al miglioramento della qualità di vita degli anziani e aumentare la capacità di auto-cura.

Per "stimolazione cognitiva" si intendono tutte quelle attività (svolte singolarmente

o più spesso in gruppo) che hanno l'obiettivo di stimolare il funzionamento cognitivo, soprattutto nell'ambito della memoria, della concentrazione e dell'ideazione del pensiero in un contesto sociale.

Proprio per confermare l'efficacia di un intervento di stimolazione cognitiva sullo stato cognitivo e sui sintomi di depressione, Apostolo e colleghi hanno deciso di effettuare uno studio clinico multicentrico su anziani ospiti di residenze sanitarie portoghesi.

VALUTAZIONE CRITICA

Gli autori definiscono chiaramente nell'articolo il problema trattato, i precedenti risultati di ricerca, lo scopo, la popolazione presa in esame, il *setting* e la metodologia utilizzata.

Nell'articolo sono facilmente identificabili: la popolazione studiata, l'intervento erogato e i risultati considerati.

Popolazione: anziani ospiti in residenze sanitarie assistenziali (Rsa) in Portogallo con deficit cognitivi lievi-moderati.

Intervento: l'intervento era costituito da un programma di stimolazione cognitiva, conosciuto come *Making a difference*, ideato negli Stati Uniti da Spector e colleghi (2006) e tradotto dagli autori in portoghese, della durata di sette settimane,

con due sessioni di gruppo a settimana, per un totale di 14 sessioni, che includevano da sei ad otto anziani.

Comparazione: il trattamento consueto era costituito da attività non strutturate che erano variamente offerte nelle Rsa, come ad esempio attività fisica, informatica, o pittura.

Outcome primario: stato cognitivo valutato attraverso il *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa) che misura otto funzioni cognitive: attenzione e concentrazione, funzioni esecutive, memoria, uso del linguaggio, costruzione visiva, pensiero concettuale, calcolo e orientamento. Il valore uguale o superiore a 26 indica l'assenza di deficit cognitivi.

Come **outcome secondario** è stato considerato lo stato depressivo, valutato attraverso il *Geriatric Depression Scale* a 15 *item* (GDS-15).

Inoltre, è stata inserita l'attività di vita quotidiana di base (Adl), valutata attraverso il *Barthel index*, come covariata per valutarne l'influenza sugli *outcome* primari e secondari.

strumenti utilizzati, MoCa, GDS-15 e Barthel Index, sono ampiamente validati e appropriati per valutare le variabili oggetto di studio.

La valutazione dello stato cognitivo e dei sintomi depressivi è stata effettuata pri-



ma e dopo il trattamento, sia nel gruppo sperimentale che in quello di controllo. I ricercatori hanno utilizzato un disegno di tipo sperimentale randomizzato, in singolo cieco, multicentrico.

Il disegno di studio è appropriato alla domanda di ricerca che riguarda l'efficacia di un intervento e la descrizione del disegno è sufficientemente esplicita da permettere la riproducibilità.

Ogni partecipante è stato assegnato ad uno dei due gruppi - sperimentale o di controllo - in modo casuale. L'assegnazione casuale è stata effettuata da un ricercatore indipendente attraverso una applicazione informatica.

Per evitare *bias* di rilevamento, le valutazioni degli *outcome* sono state effettuate da un diverso team di assistenti di ricerca che non hanno partecipato attivamente al programma di stimolazione cognitiva, ma che sono stati addestrati specificatamente alla compilazione degli strumenti di valutazione (cecità dei valutatori).

Inoltre, i partecipanti erano stati avvertiti di non dichiarare l'intervento a cui erano stati sottoposti ai valutatori e le valutazioni delle sessioni di gruppo sono state effettuate in stanze private.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto da marzo 2012 ad aprile 2013 in quattro Rsa della regione centrale del Portogallo: una collocata nel centro città, e le altre tre in paesi situati rispettivamente a 15, 25, e 33 km di distanza, assicurando la rappresentatività di partecipanti provenien-

ti da zone rurali, semirurali e urbane. Non viene indicato se tali Rsa siano state scelte in maniera casuale.

La dimensione campionaria è stata calcolata da un investigatore indipendente utilizzando un software specifico che ha indicato che era necessario reclutare 44 persone per avere un livello di significatività dello 0,05, per un potere dello studio pari all'80%.

Per l'inclusione i partecipanti, dovevano rispondere a cinque criteri specifici: la possibilità di rimanere in un gruppo dai 45 ai 60 minuti, la capacità di avere una conversazione significativa, sentire abbastanza bene per partecipare ad una discussione, avere una buona visione, ed avere un punteggio tra 10 e 25 alla valutazione dello stato cognitivo effettuata con il MoCA. Per evitare fattori di confusione, gli anziani che, al momento del reclutamento, assumevano inibitori della colinesterasi o farmaci antipsicotici sono stati esclusi. Sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione sono stati selezionati 56 partecipanti (20 maschi e 36 femmine, età media 81,44, DS= 5,79), poi suddivisi in quattro blocchi di 14 partecipanti per ciascuna delle quattro Rsa (Rsa A =14; Rsa B =14; Rsa C =14; Rsa D =14).

All'interno di ogni blocco, i partecipanti sono stati assegnati in modo casuale al gruppo sperimentale e di controllo da un ricercatore esterno.

La terapia di stimolazione cognitiva era effettuata da persone appositamente preparate, diverse dai valutatori degli esiti sui pazienti.

Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione sono state analizzate e confrontate: i due gruppi sperimentale e di controllo non differivano significativamente rispetto a sesso, istruzione, stato civile, età, livello di autonomia, sintomi depressivi e stato cognitivo. Dieci anziani usavano farmaci antidepressivi e, durante tutta la durata del programma di stimolazione cognitiva, è stato mantenuto lo stesso farmaco antidepressivo. Lo studio è stato concluso da 48 persone, rispetto alle 56 di partenza, a causa di trasferimento, morte o perdita di più di due sessioni di stimolazione cognitiva.

Gli autori dichiarano di non aver effettuato l'analisi dei risultati secondo i principi dell'*intention to treat*.

Le tabelle e la *flow chart* sono presentate in modo comprensibile.

RISULTATI

I risultati sono riportati in modo chiaro e sintetico.

Nel gruppo sperimentale, si è registrata una differenza statisticamente significativa in senso migliorativo dei parametri nella modifica dello stato cognitivo, ma non nell'ambito dei sintomi depressivi; mentre, nel gruppo di controllo le differenze non sono statisticamente significative, né per lo stato cognitivo né per i sintomi depressivi.

L'analisi delle misure ripetute ha mostrato che il gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo ha ottenuto un punteggio più alto al MoCA (media=1,78 vs-1,00; F=8,581; p=0,005; potenza=0,82), mentre nessun effetto si è riscontrato nel punteggio del Gds (F=1,090; p= 0,302). Questo risultato dimostra che la stimolazione cognitiva è efficace nel migliorare lo stato cognitivo. Quando il valore del *Barthel Index* è stato utilizzato come covariante, i risultati hanno dimostrato che il livello di autonomia non influenza l'effetto della stimolazione cognitiva sullo stato cognitivo (F=1,046; p=0,312) o sui sintomi depressivi (F=0,325; p=0,571), indicando che il miglioramento cognitivo non è influenzato dal livello di dipendenza nelle attività di vita quotidiana.

Le persone anziane studiate da Apostolo e colleghi mostrano caratteristiche simili a quelle ospitate nelle Rsa italiane: sono presenti, infatti, anziani con diversi gradi di compromissione cognitiva ed età avanzata. I programmi di stimolazione cognitiva non sono particolarmente onerosi e richiedono una breve formazione del personale e quindi potrebbero essere introdotti facilmente nelle Rsa italiane, portando ad un miglioramento dello stato cognitivo degli anziani ospitati.

CONCLUSIONI

Questo studio conferma con un buon grado di evidenza, come già riportato in letteratura, che **un programma di stimolazione cognitiva è in grado di migliorare lo stato cognitivo degli anziani che presentano deficit cognitivi da lievi a moderati.** Per quanto riguarda, invece, l'effetto sui sintomi depressivi, la letteratura mostra

risultati contrastanti, e lo studio di Apostolo e colleghi evidenzia come la stimolazione non riesca a migliorare il tono dell'umore negli anziani ospiti in Rsa. Lo studio presenta alcuni limiti: il campione proveniente da una specifica area geografica del Portogallo e il genere prevalente femminile (68,75%) con un livello di istruzione molto basso limita la generalizzazione dei risultati.

Inoltre, non è stato valutato l'effetto a lungo termine della stimolazione cognitiva sullo stato cognitivo degli anziani ma solo alla fine del programma di stimolazione (sette settimane).

Sarebbe opportuno, quindi, ampliare la ricerca ad un campione di anziani più vasto e rappresentativo in cui valutare l'efficacia della stimolazione cognitiva prevedendo un *follow-up* più lungo e, in particolar modo, quando vi sia la concomitanza di decadimento cognitivo lieve e depressione.

Oltre all'impatto sulla qualità di vita e sulla capacità di cura di sé delle persone anziane, gli interventi di stimolazione cognitiva possono anche avere una importante ricaduta economica, riducendo i costi diretti ed indiretti correlati al trattamento e all'assistenza di anziani con sintomi di demenza.

AUTORI:

Lucia Mauro, infermiera Ao San Camillo-Forlanini, Polo Pratica Clinica del Cecri; Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del Cecri; Angela Peghetti, Governo Clinico e Centro Ebp S. Orsola Malpighi, componente Polo Pratica Clinica del Cecri; Maria Matarese, professore associato Scienze Infermieristiche presso l'Università Campus Biomedico di Roma, componente Polo Pratica Clinica del Cecri.



Analisi della qualità assistenziale percepita dagli utenti nell'ambito del Pronto Soccorso

di Sara Chiappini, Santo Anastasi

ABSTRACT

L'indagine svolta ha lo scopo di analizzare il livello di qualità assistenziale percepita dai pazienti, in un contesto caotico - e spesso sovrappollato - quale può essere il Pronto Soccorso di un Dea di II livello.

Negli ultimi anni, si è assistito ad un costante aumento del numero di accessi in Pronto Soccorso a cui si è sommata una sempre maggior richiesta, da parte dei cittadini, in termini di qualità e tempistica delle prestazioni, sostenuta, oltretutto, da diversi problemi che, nella stessa area, finiscono con l'intralcio perfino la normale assistenza.

L'analisi si è svolta somministrando un questionario validato: "*Valutazione della qualità percepita dal personale sanitario in ambiente di lavoro*" che abbiamo modificato in: "*Valutazione della qualità assistenziale percepita dagli utenti in un Pronto Soccorso*".

Sono stati distribuiti 110 questionari ai pazienti degenti presso il Dea di II livello dell'Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, in un periodo di tempo di tre mesi, e precisamente da settembre a novembre 2014.

Dai risultati emersi risulta che, nonostante i diversi problemi che al Pronto Soccorso intralciano la nor-

male assistenza infermieristica, l'utenza si ritiene comunque soddisfatta della qualità assistenziale erogata dagli infermieri.

INTRODUZIONE

Diversi sono i fattori concomitanti che hanno determinato la necessità di analizzare quanto questo incremento del grado di pressione e del carico di lavoro (elementi caratteristici di quanti lavorano in un ambiente frenetico quale il Dea) provochi un'alterazione dell'assistenza erogata dagli infermieri e, di conseguenza, quanto ciò influenzi il livello di soddisfazione dei pazienti tra cui:

- un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal Servizio Sanitario una risposta immediata ad un bisogno di salute urgente o percepito come tale;
- il progresso in campo scientifico e tecnologico che ha determinato un aumento dell'aspettativa di vita ed una sopravvivenza in pazienti affetti da pluri-patologie che, con sempre maggior frequenza, necessitano di intervento in emergenza/urgenza;
- il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal pronto soccorso per le categorie socialmente deboli;
- la convinzione del cittadino di poter ottenere in pronto soccorso un

inquadramento clinico-terapeutico migliore e in tempi più brevi;

- le lunghe liste di attesa per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici che spesso portano il paziente a rivolgersi al pronto soccorso per abbattere i tempi di attesa.

Tutto questo ha portato ad un aumento dei tempi di attesa in pronto soccorso soprattutto per i codici minori con un elevato grado di "pressione" sul personale, sia dal punto di vista del carico di lavoro, sia su quello informativo e relazionale.

Il Pronto Soccorso, infatti, non rappresenta più un punto di riferimento solo per casi di emergenza e/o urgenza, ma vi afferiscono anche pazienti con patologie minori andando, dunque, ad incrementare il carico di lavoro, e determinando, così, una maggiore difficoltà nella risposta assistenziale.

Nasce anche per questo motivo la necessità di analizzare quanto questo incremento del grado di pressione e del carico di lavoro (elementi caratteristici di coloro che lavorano in un ambiente frenetico quale è il Dea) provochi un'alterazione dell'assistenza erogata dagli stessi infermieri e, di conseguenza, quanto ciò influenzi il livello di soddisfazione dei pazienti.

STRUMENTI E METODI

Lo studio è stato condotto presso il Dea di Il livello dell'Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I di Roma.

Tale dipartimento è la risposta prevista dalla legge per affrontare tutte le situazioni d'emergenza ed urgenza: di fatto, oltre alle prestazioni di Pronto Soccorso, esso eroga interventi in emergenza per altre specialità.

Questo dipartimento è riferimento Hub per le attività di: Cardiochirurgia, Neurochirurgia, trauma severo e del trattamento dell'ictus, ed è un riferimento di secondo livello di un bacino d'utenza di oltre un milione di persone.

Lo studio si è orientato sull'analisi della qualità assistenziale percepita dagli utenti in questo contesto, comprensibilmente di elevatissima complessità.

Sono stati somministrati 110 questionari a pazienti degenti presso il Dea, di età compresa tra i 19 e gli 81 anni (56 uomini e 54 donne), ai quali è stato chiesto di rispondere a 19 domande chiuse, al fine di stimare e poter valutare la qualità assistenziale percepita dagli utenti.

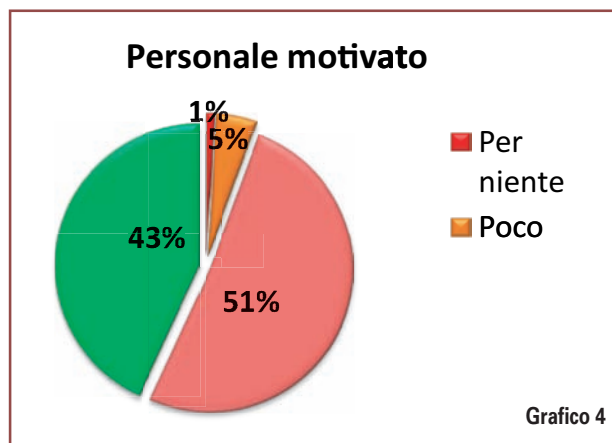
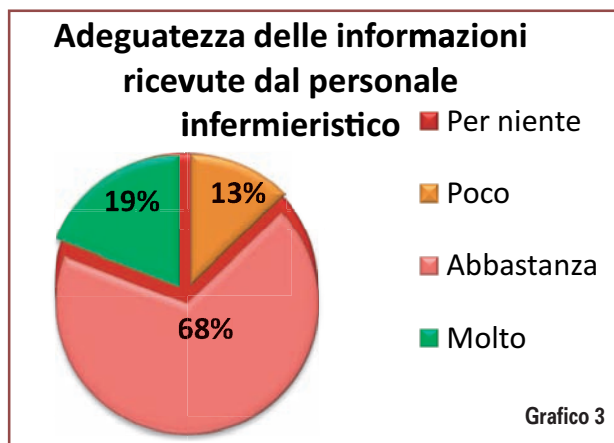
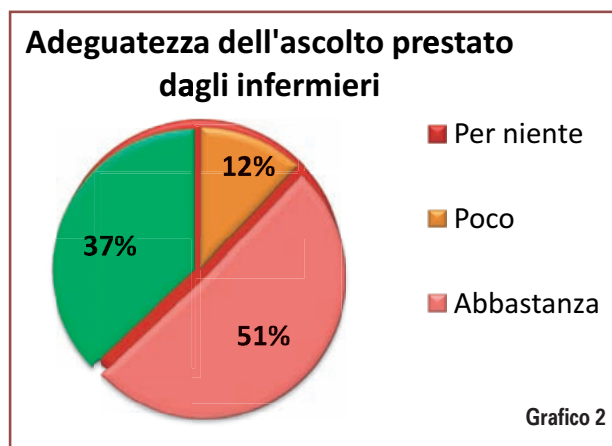
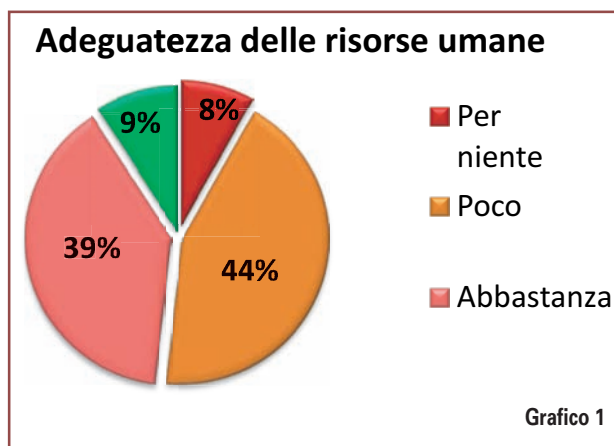
Come si evince dal grafico 7, solo l'1% degli utenti intervistati non si ritiene "soddisfatto" del rapporto con il personale infermieristico, mentre l'88% si ritiene "abbastanza/molto soddisfatto" e soltanto il 2% non ritiene "adeguato" il livello professionale del personale, mentre lo ritiene tale il 91% degli intervistati. (Grafico 6)

L'88% degli utenti presi in esame hanno dichiarato che la considerazione della loro persona, durante la permanenza all'interno del pronto soccorso, da parte del personale sanitario, è stata "soddisfacente", il

10% sostiene che lo sia stato "poco" e il 2% "per niente". (Grafico 5). Mentre, per quanto riguarda i dati inerenti l'ascolto prestato ai pazienti dagli infermieri, emerge che nessuno ha dichiarato di "non aver ricevuto ascolto", l'88% dichiara di averlo ricevuto "abbastanza/molto" e il 12% "poco". (Grafico 2).

Dal grafico 3 emerge che nessun paziente ritiene inadeguate le informazioni ricevute dagli infermieri durante la loro permanenza, l'87% le ritiene "abbastanza/molto adeguate" e il 13% "poco". Altro dato molto positivo si evince dal grafico 4 da cui risulta che solo l'1% non considera motivato il personale sanitario impegnato presso il Dea, il 5% lo ritiene "poco motivato" e il 94% lo ritiene "motivato".

Per quanto riguarda, invece, l'adeguatezza del numero delle risorse umane impegnate nell'assistenza presso il



Considerazione della persona

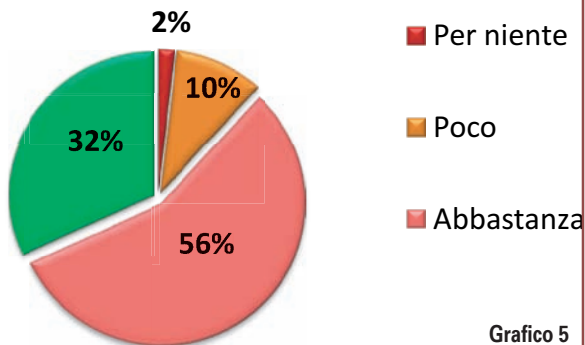


Grafico 5

Adeguatezza del livello professionale del personale

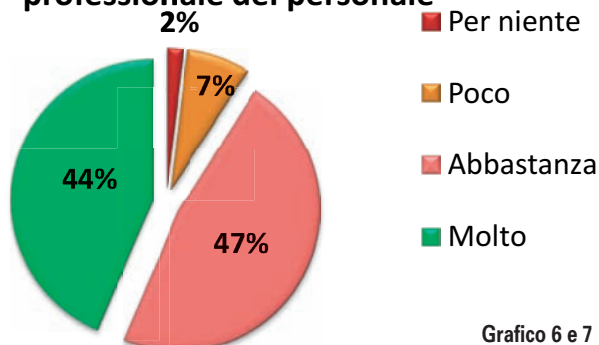


Grafico 6 e 7

Soddisfazione del rapporto con il personale infermieristico

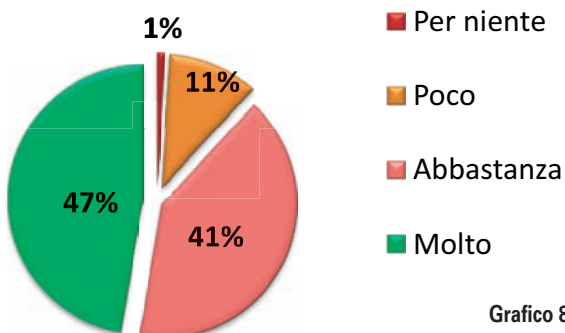


Grafico 8

Soddisfazione di coloro che usufruiscono dei servizi erogati dall'azienda

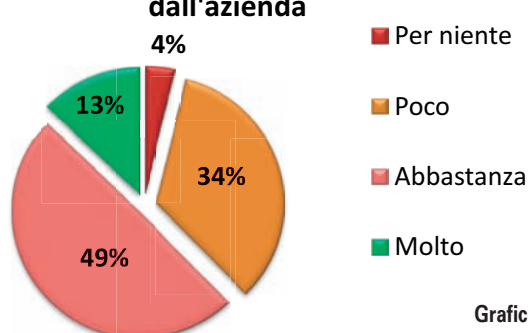


Grafico 10

Pronto Soccorso, il 52% degli intervistati ritiene che siano "poco o per niente sufficienti" rispetto al carico di lavoro e al numero dei degenti, mentre il 43% ritiene di sì. (Grafico 1)

Inoltre, è stato chiesto cosa dovrebbe essere curato per migliorare il rapporto con il personale infermieristico, e i pazienti hanno sottolineato: la comunicazione, l'ambiente lavorativo, i corsi di formazione e/o aggiornamento, le regole più dinamiche e precise e le gratificazioni economiche. (Grafico 8)

Pertanto, è possibile fornire una valutazione complessiva del livello di soddisfazione di coloro che usufruiscono dei servizi erogati dal Pronto Soccorso di questa azienda. E si può notare che: solo il 4% non ritiene che l'azienda soddisfi l'utenza, il 34% ritiene che lo faccia "poco", il 62% reputa invece che lo faccia "abbastanza/molto". (Grafico 9)

CONCLUSIONI

Possiamo sostenere, prendendo spunto dai risultati emersi e rappresentati nei grafici, che, nonostante i diversi problemi che al Pronto Soc-

corso ostacolano la normale assistenza infermieristica, gli utenti si ritengono soddisfatti della qualità assistenziale erogata dal personale. Abbiamo infatti considerato che, ri-

Aspetti che dovrebbero essere curati per un miglior rapporto con il personale

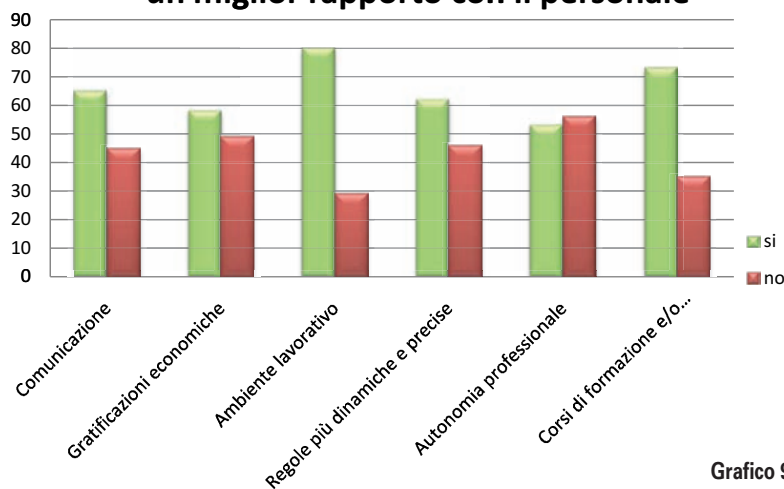


Grafico 9

spetto ad un normale reparto di degenza, il tempo da dedicare alla comunicazione con il paziente è notevolmente ridotto nell'ambito del Dea, con il risultato che non sempre l'infermiere riesce ad instaurare un adeguato rapporto di *counseling* con il malato, e di conseguenza non riesce ad identificare i bisogni e le preoccupazioni degli utenti.

Tuttavia, i questionari somministrati ai pazienti hanno dimostrato quanto il loro giudizio riguardo l'assistenza ricevuta presso il Pronto Soccorso l'Umberto I di Roma sia "positivo e soddisfacente", malgrado lo svantaggioso rapporto tra risorse umane impegnate e carico di lavoro richiesto, stante il soprannumero di cittadini che, ogni giorno, accede

presso la struttura ospedaliera alla ricerca di un soccorso immediato e qualificato.

AUTORI:

Sara Chiappini, infermiera;
Santo Anastasi, coordinatore infermieristico del Dea di II livello presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Alligood M, *Empathy, the importance of recognizing two types*. Journal of psychosocial nursing 30: 14-17. 1992.
- Backy L, O'Donnel C, *Journal of advanced nursing*. 29(6): 1351-9. 1999.
- Bassetti, *Lo specifico relazionale infermieristico*. Ed Rosini 2001.
- Bennet-Lennard C.J, Legon J. & Zilberfein F, *The significance of empathy in current hospital based practice*. Social work in health care 14: 27-41. 1989.
- Bucci R, Louidice M, *Contributi per una gestione manageriale della sanità*. I quaderni Mecosan, Ed. Sipis, 18: 156-167.1996
- Capaldo G, *La relazione con il paziente: dal to cure al to car*. Scienza riabilitativa, vol.8,3: 5-12. 2007.
- Cunico L, *La comunicazione nell'assistenza al paziente*. Ed. Milano McGraw-Hill. 2002.
- Di Giulio, *Standard del nursing dell' emergenza*. Ed. Masson Milano. 1995.
- Hingley P & Cooper C. L, *Stress and the nurse manager*.
- Marchi R, *La comunicazione terapeutica: interazione infermiere-paziente*. Ed Sorbona, 1993.
- May R, *L'arte del counseling*. Ed. Astrolabio, Roma. 1991.
- Miller K, Stiff J & Ellis B.H, *Communication and empathy as precursor to burnout among human service workers*. Communication Monographs, 55: 250-265. 1988.
- Morse et al, *Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice*. Image; 24: 273-280. 1992.
- Mucchielli R, *Apprendere il counseling*. II Ed, Centro Studi Erikson. 1993.
- Pacifici M, *Appunti di pronto soccorso*. II Ed, 1-88. Eumed.it. 2007.
- Quaglino G.P, Casagrande S, Castellano A.M, *Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo*. Raffaello Cortina Editore; Milano. 1992.
- Watson J, *Nursing, the philosophy and science of caring*. Ed. Little Brown. 1979.

NOTIZIE IN PILLOLE

Concorso nazionale di ricerca bandito dal Collegio di Pavia

Il Collegio Ipasvi della Provincia di Pavia ha bandito un concorso di ricerca infermieristica dal titolo: "L'evoluzione del ruolo dell'infermiere nel soccorso extraospedaliero: quali strategie per valorizzarne le competenze avanzate", destinato agli infermieri iscritti agli albi provinciali di tutta Italia.

Il significato della scelta del tema del bando, dedicato alla memoria di Carlo Montanari, scaturisce dalla volontà di ricercare, attraverso l'analisi storica dell'evoluzione delle competenze e della professionalità dell'infermiere nell'ambito del soccorso territoriale, i possibili sviluppi del ruolo attraverso strategie di valorizzazione.

Le domande di partecipazione e gli elaborati, che devono corrispondere ai criteri previsti dal bando, devono essere presentati entro e non oltre venerdì 8 Aprile 2016. Al primo classificato andrà un premio in denaro di 1.200 euro ed buono acquisto di 100 €, al secondo classificato un premio di 600 euro ed un buono acquisto di 100 €, al terzo classificato un premio di 300 euro ed un buono acquisto di 100 €. La graduatoria degli elaborati proposti sarà formulata dal Presidente della commissione esaminatrice, dai rappresentanti del Consiglio Direttivo del Collegio Ipasvi della Provincia di Pavia e da commissari esperti nominati dal Presidente stesso.

Il testo completo del bando è pubblicato sul sito istituzionale del Collegio (l) e sulla pagina Facebook "Collegio Ipasvi della Provincia di Pavia".

Il *work environment* oncologico

Analisi del contesto e dei fattori determinanti della salute lavorativa degli infermieri

di Chiara Labbadia

INTRODUZIONE

Sul *work environment* infermieristico è stato scritto molto e, in particolare, riguardo alcune problematiche di salute correlate al lavoro svolto come l'esaurimento emotivo (sindrome da *burnout*), i disturbi muscoloscheletrici, il rischio biologico e chimico.

In questa revisione, si è voluto approfondire un contesto specifico: il *work environment* oncologico. Si tratta di un ambito delicato, sia per chi vi lavora che per chi necessita delle prestazioni erogate. Lo scopo di questa revisione è ricercare i fattori che influenzano positivamente - o negativamente - la percezione dell'ambiente di lavoro (specificatamente oncologico), sul benessere lavorativo e sulla soddisfazione lavorativa.

La presente revisione è stata effettuata sui database elettronici Medline, Cochrane Library, Cinahl e, per condurla, sono state delimitate le seguenti domande di ricerca: Come si definisce il *work environment* oncologico? Quali fattori minano la salute lavorativa degli infermieri nel contesto oncologico? Quanto e come influisce il *work environment* sul benessere lavorativo degli infermieri in Oncologia?

Parole-chiave: *work environment*; *Oncology nursing*

MATERIALI E METODI

Di ogni parola-chiave sono stati cercati anche possibili sinonimi e diversi modi di dire. (Tab. 1)

Tabella 1. Parole-chiave utilizzate per la ricerca sui database

WORK ENVIRONMENT	ONCOLOGY NURSING	NURSE
Workplace	Cancer nurs	Nursing staff
Work Place	Nurs oncolog	Nurs
Work Location		Personnel Nurs
Worksite		
Job Site		

Nei database che li prevedevano sono stati cercati, oltre alle parole di testo libero, anche i descrittori di Thesaurus, quali *mesh terms* su PubMed e Cinahl Headings su Cinahl.

Tali parole-chiave sono state opportunamente combinate tramite gli operatori booleani "or" e "and" in modo da ottenere una ricerca che presentasse un buon equilibrio tra specificità (alta proporzione di *item* pertinenti) e sensibilità (alta proporzione di *item* ritrovati tra quelli pertinenti indicizzati nelle banche dati). La strategia di ricerca è stata adattata alle peculiarità dei diversi database.

Per poter rispondere alla domanda di efficacia dello studio, la revisione prevedeva di includere, tra gli studi primari: Rct, studi quasi sperimentali e *trial* clinici; tra gli studi secondari: meta-analisi e revisioni sistematiche di Rct.

Per essere considerati nelle analisi, gli articoli dovevano soddisfare il seguente criterio di inclusione: analisi del contesto del *work environment* e dei fattori di rischio per il benessere lavorativo degli infermieri che operano accanto a pazienti

affetti da malattia oncologica.

I criteri di esclusione sono stati: studi che sperimentano strumenti di valutazione o interventi volti a migliorare l'ambiente di lavoro e a risolvere complicanze come *fatigue*, depressione, sindrome di *burnout*, stress ecc.; studi che analizzano l'ambiente di lavoro infermieristico, ma non specificatamente quello oncologico. Per primo, è stato esaminato il database Cochrane Library.

Di 45 Cochrane *reviews* (n=45) risultate, nessuna di queste (n=0) rispondeva ai criteri di selezione della revisione. La ricerca sul database Cochrane si è limitata ad individuare articoli scritti in inglese, seppure provenienti da ogni parte del mondo, dal 1990 al 10 maggio 2014. Tra i lavori più recenti ritrovati su Medline, si annovera l'*Integrative Review* di Bakker, Strickland, MacDonald et al. (2013) Si tratta di una selezione di studi che vuole indagare il contesto ambientale del nursing oncologico e delineare le forze che modellano l'ambiente dell'assistenza infermieristica oncologica.

Gli autori hanno ricercato studi che riflet-

tono l'ambiente (ambiente strutturale, mondo di cura del cancro) e le condizioni e le circostanze (clima organizzativo, natura del lavoro degli infermieri di oncologia, interazioni e relazioni) del *setting* oncologico di pratica clinica infermieristica. La suddetta revisione ha ricercato articoli dal 1990 al settembre 2010, sui *database* elettronici Academic Search Pre-

logico, ha fornito 294 articoli in totale, di cui quattro duplicati. (Tab. 2)

Sono stati, perciò, 11 gli articoli (n=11) attinenti allo scopo della revisione, cioè che rispondono alle domande di ricerca e che soddisfano i criteri d'inclusione ed esclusione.

A conclusione della ricerca, le informazioni sono state organizzate mediante l'uso

campione di infermieri oncologici. Gli articoli (n=2) di Friese C. et al. (2012; 2012) hanno studiato il *setting* ambulatoriale. L'articolo (n=1) di Jones M.C. et al. (2013) è l'unico tra quelli inclusi ad aver considerato un campione multidisciplinare di infermieri, tecnici, medici, personale di supporto.

Lo studio di Bakker et al. (2013) è una re-

Tabella 2. Risultati della ricerca su ciascun database

	N. ARTICOLI	N. ARTICOLI DOPO VISIONE TITOLI	N. ARTICOLI DOPO LETTURA ABSTRACT	N. ARTICOLI SELEZIONATI DOPO VISIONE FULL TEXT
COCHRANE	45 (dal 1990 ad oggi)	0	0	0
PUBMED	145	85	/	/
PUBMED	/	28 (dal 01.10.2010 al 10.05.2014)	12	8
CINAHL	104 (dal 01.10.2010 al 10.05.2014)	58	10	7
TOTALE	294	86	22	15 (4 duplicati)

mier, Cancerlit, Cinahl Full-Text, Cochrane Library, PsychInfo, e Medline. Esaminato lo studio e considerata la qualità, si è scelto, nell'immediato, di includerlo in questa revisione aggiornata.

Ne è conseguita, perciò, la decisione di restringere la ricerca con un nuovo criterio di tempo sulle pagine di citazioni risultate dai *database* Medline e Cinahl presi in esame. I limiti sono stati: lingua inglese, articoli da ogni Paese del mondo, dall'ottobre 2010 al 10 maggio 2014.

La ricerca su Medline ha fornito inizialmente articoli (n=145); tra questi si è scelto di non includere un articolo (n=1) perché in lingua spagnola.

La ricerca su Cinahl ha fornito articoli (n=104) e, tra questi, quattro (n=4) sono stati ritrovati in Medline.

La procedura di selezione degli articoli ottenuti è iniziata con l'esame dei titoli che sono stati selezionati allorché considerati potenzialmente pertinenti.

Un'ulteriore cernita si è basata sulla lettura dell'*abstract* e quindi dei *full-text*.

RISULTATI

La ricerca focalizzata sul contesto onco-

di una "tavola estrazione dati". (Tab. 3) Così raccolti, i dati hanno permesso una visione riassuntiva e globale della quantità di informazioni trovate riguardanti le caratteristiche del *work environment* oncologico.

CARATTERISTICHE GENERALI

La revisione ha incluso dieci studi descrittivi (n=10) ed uno secondario (n=1) che hanno indagato il *work environment* oncologico e la salute lavorativa degli infermieri.

La maggior parte degli articoli proviene da riviste prettamente infermieristiche (n=8) ad eccezione di tre studi (n=3), di cui uno pubblicato su una rivista di psico-oncologia.

Otto studi (n=8) sono stati condotti da Registered Nurses e infermieri con dottorato di ricerca. Tre articoli (n=3) sono stati condotti da equipe di medici e psicologi; cinque articoli (n=5) sono stati prodotti in Usa; due (n=2) in Canada; uno (n=1) a Singapore, in Italia, in Inghilterra e in Israele (pubblicato su una rivista europea).

La maggior parte degli articoli (n= 5) è stata pubblicata nel 2013.

Dieci studi (n=10) hanno studiato un

visione della letteratura che include 29 studi. La maggior parte degli studi utilizza il questionario come strumento di raccolta dati (n=6); uno studio adotta il *focus group* (n=1); tre impiegano scale per indagare *burnout*, ansia e depressione (n=3).

Dei lavori inclusi, l'articolo di Bakker et al. (2012) riporta i risultati di *follow up* di uno studio condotto in un periodo di due anni in Canada; l'articolo di Cumming et al. (2013) è uno studio prospettico canadese durato tre anni.

I CONCETTI CHIAVE

L'autore di questa revisione ha voluto far luce su uno specifico ambiente di pratica clinica infermieristica: il *work environment* oncologico.

L'obiettivo perseguito è stato di chiarire le caratteristiche definenti l'ambiente di lavoro oncologico, ricercando i fattori che agiscono sulla salute lavorativa degli infermieri nonché le loro conseguenze.

Il *work environment* oncologico

Il contesto del *nursing* oncologico presenta delle unicità che possono essere attribuiti ai complessi e dinamici processi di cura del cancro.

Tabella 3. Estrazione dati

Autore/i, Paese, anno	Disegno dello studio	Metodo di raccolta dati	Campione	Metodo di analisi dei dati	Obiettivi di ricerca, temi e concetti emersi
Bakker D. et al., Usa, 2013	Integrative Review	Ricerca su Academic Search Premier, Capricent, Cinahl, Cochrane Library, PsychInfo, PubMed dal 1990 al 2010	29 articoli di cui 21 research report + 8 theoretical articles	Qualitative findings critical Appraisal Scale o checklist for assessing the validity of descriptive studies (Ubama Briggs Institute)	<p>Determinare entità e qualità della letteratura circa il nursing oncologico.</p> <p>Nell'Oncologia vi sono intense relazioni tra professionista e paziente.</p> <p>Ambiente strutturale Unità ospedaliere, ambulatori, hospice e home-care setting.</p> <p>Rischio chimico, carenza di personale, doppi turni, assunzioni temporanee tramite agenzie, tagli dei costi causano insoddisfazione infermieristica.</p> <p>Il mondo dell'Oncologia Progressi scientifici, cambi demografici e cure più ambulatoriali.</p> <p>Clima organizzativo Nel confronto tra il setting oncologico ed altre unità, il primo è più positivo per una migliore relazione medico-infermiere e carichi di lavoro inferiori.</p> <p>Natura del nursing oncologico Gli infermieri descrivono il loro lavoro gratificante e significativo.</p> <p>Le relazioni La relazione tra infermieri e pazienti è "unica" e "diversa da quella con altri pazienti". E' la ricompensa, boia di sostegno nel work place caotico.</p>
Bakker et al., Canada, 2012	Studio descrittivo di follow-up	Questionario	397/615 infermieri del T1 hanno risposto al T2.	Spss (Statistical package for Social Science -software)	Confrontare la soddisfazione lavorativa infermieri circa il loro ambiente di lavoro onc., in due anni.
Friese C.R. et al., Usa, 2012	Studio descrittivo trasversale che raccoglie dati quantitativi/qualitativi	Questionario; Practice Environment Scale og the Nursing Work Index (Pes-Nwi) per misurare la percezione degli infermieri	1339 infermieri operanti in ambulatori oncologici	Chi-square test	<p>Al follow-up, il 6% del campione ha lasciato il nursing oncologico. La percentuale che vuole lasciare è aumentata dal 6,4% al 26%. I decisori devono utilizzare le conoscenze sul work environment oncologico per incentivare il reclutamento e il mantenimento nel posto di lavoro.</p> <p>Esplorare la percezione del personale infermieristico riguardo la relazione infermieri-medici in un ambulatorio oncologico.</p> <p>Il rapporto infermieri-medici è, generalmente, favorevole. Influenzano il rapporto: comportamenti del medico ed fattori strutturali. La collaborazione infermiere-medico basata su buone relazioni migliora gli ambienti di pratica e minimizza gli eventi avversi.</p>
Friese C.R. et al., Usa, 2012	Studio descrittivo	Questionario	1339 Infermieri operanti in sette ambulatori oncologici	/	<p>Identificare la relazione tra le strutture e il nursing ambulatoriale oncologico con il rischio di contaminazione chemioterapica.</p> <p>Il rischio di esposizione dipende dalla percezione della qualità del work environment, dai carichi di lavoro e dagli standard di sicurezza.</p>
Kamimura A. et al., Usa, 2012	Studio descrittivo	2 focus group con moderatore	13 infermieri	Trascrizione dei dati ottenuti con mezzi audio- video. Interpretazione dei temi emersi con guida semistruutturata	<p>Esaminare gli ambienti di pratica infermieristica che portano a cure di qualità e soddisfazione lavorativa.</p> <p>Eccessivi carichi di lavoro e turnover contribuiscono a insoddisfazione e bassa qualità di cure. Manager presenti, che comprendono, ascoltano, riconoscono gli infermieri, portano ad una percezione più positiva. La mancanza di materiali ostacola l'assistenza. Nel rapporto coi dirigenti, gli infermieri sono in conflitto con politica di profitto e il desiderio di fornire assistenza di qualità.</p> <p>Setting favorevoli, carichi di lavoro equi, manager presenti, model-</p>

Tabella 3. Estrazione dati (segue)

Autore/i, Paese, anno	Disegno dello studio	Metodo di raccolta dati	Campione	Metodo di analisi dei dati	Obiettivi di ricerca, temi e concetti emersi
Toh Shir Gi et al., Singapore, 2013	Studio descrittivo con disegno trasversale	Questionario Scala Likert con 30 item	171 oncology nurses, operanti nelle Unità del National University Cancer Institute	Spss	<p>li di comunicazione conducono a sicurezza, soddisfazione del paziente e degli infermieri.</p> <p>Descrivere il <i>work environment</i> oncologico degli infermieri di Singapore.</p> <p>L'ambiente di lavoro è percepito positivamente. Qualificazione, riconoscimento e gratificazioni sociali, responsabilità e autonomia nel lavoro influenzano tale percezione dell'ambiente di pratica.</p>
Cummings G. et al., Canada, 2013	Studio descrittivo prospettico	Questionario distribuito in due tempi (T1) nel 2004 e T2 nel 2006)	338 infermieri oncologici di diverse associazioni canadesi	Spss version 17	<p>Studiare i fattori lavorativi-ambientali legati ai cambiamenti di soddisfazione lavorativa in Oncologia degli infermieri tra il 2004 e il 2006.</p> <p>Influenzano positivamente: maggiore autonomia e competenze; presa di decisioni di cura nel team multi disciplinari; aumentata identità professionale; miglior rapporto con i medici; leadership relazionale.</p>
Ostacoli L. et al., Italia, 2010	Studio descrittivo	3 sei report scales: Maslach Burnout Inventory (Mbi) Hospital Anxiety and Depression Scale (Hansd); Attachment Style Questionnaire (Asq)	59 infermieri oncologici ospedale di Torino e 33 infermieri di tre hospice piemontesi	Spss version 15.0 for Windows	<p>Chiarire i fattori che causano <i>burnout</i> in due gruppi di infermieri oncologici operanti in ospedale e in <i>hospice</i>.</p> <p><i>Burnout</i> più elevato nel gruppo di infermieri oncologici che lavorano in ospedale rispetto ai colleghi in <i>hospice</i>. Il <i>setting</i> clinico nel quale lavorano gli infermieri oncologici gioca un ruolo chiave nell'insorgenza dei sintomi del <i>burnout</i>.</p>
Davis S. et al., Usa, 2013 (9)	Studio descrittivo	Scheda demografica; Nursing Satisfaction and Retention Survey; Mbi	74 infermieri operanti in un centro oncologico metropolitano	Spss	<p>Indagare le differenze di <i>burnout</i> tra infermieri oncologici per tipo di <i>work environment</i>, strategie di <i>coping</i>, soddisfazione sul lavoro.</p> <p>Strategie di <i>coping</i> più usate sono la spiritualità e il confronto tra colleghi.</p> <p>L'esaurimento emotivo è più basso tra i giovani e più alto negli ambulatori. La realizzazione personale è più alta tra gli infermieri che lavorano in <i>setting</i> di adulti. La soddisfazione lavorativa è inversamente proporzionale al <i>burnout</i> e la voglia di lasciare l'Infermeristica oncologica.</p>
Emoid C. et al., Israele, 2011	Studio descrittivo	Scheda demografica; Mbi; communication skills self-efficacy inventory; Wes	39 infermieri di sei unità oncologiche di un ospedale israeliano	Spss	<p>Esaminare l'associazione tra comunicazione efficace, percezione del <i>work environment</i> e <i>burnout</i> tra gli infermieri oncologici in Israele.</p> <p>> 60% dei partecipanti ha segnalato esaurimento emotivo; 28% cinismo; 80% sentimenti di autorealizzazione. Vi è una relazione tra le competenze individuali di comunicazione efficace e il <i>burnout</i>, tra cinismo e segnalazioni positive circa l'ambiente di lavoro. L'esaurimento emotivo e l'auto-realizzazione possono essere esperienze separate e distinte che, però, possono verificarsi assieme. Comunicazione efficace e percezione positiva dell'ambiente di lavoro promuovono l'auto-realizzazione</p>
Jones M. Cet al., UK, 2013	Studio descrittivo	Questionario	85 tra il personale multidisciplinare che lavora in un centro oncologico in Scozia.	Spss	<p>Indagare i correlati di stress e le associazioni tra la soddisfazione sul lavoro e il sostegno sociale.</p> <p>Per gli infermieri, scarsi livelli di controllo decisionale e soddisfazione. Controllo decisionale e ricompense sono fattori protettivi. Il supporto dei colleghi è legato alla percezione di minor fatica, maggiore soddisfazione.</p>

Gli infermieri, protagonisti di questi processi, instaurano un'intensa e peculiare relazione con i pazienti e le loro famiglie, traendone spesso esperienze di crescita personale e professionale.

L'assistenza infermieristica ai pazienti con patologie oncologiche è erogata in diversi tipi di ambienti di lavoro: unità mediche in ospedali per acuti, ambulatori e Day Hospital, *hospice* e centri di cure palliative, a domicilio sul territorio.

Nella maggior parte dei casi, il modello di assistenza è rappresentato da infermieri parte di un'equipe multidisciplinare, e, da *Primary Nurses* o *Case Manager* per lo più in contesti sanitari come quello americano. La totalità degli studi riporta che le caratteristiche legate all'ambiente di lavoro esercitano una forte influenza sulla soddisfazione lavorativa degli infermieri e sulla qualità stessa dell'assistenza erogata ai pazienti oncologici.

Rischi ed effetti per la salute psico-fisica
Fattori negativi legati all'ambiente di lavoro possono avere ripercussioni anche gravi sulla salute psicofisica degli operatori sanitari.

Il *work environment* degli infermieri in oncologia è legato alla sindrome del *burnout* e al rischio chimico più di altri *setting* assistenziali.

Il termine "*burnout*" indica il risultato finale di un significativo processo di logoramento emotivo ed è tipicamente caratterizzato da sintomi di esaurimento fisico ed emotivo, un marcato senso di depersonalizzazione e di una diminuita realizzazione personale. Solitamente, l'esaurimento emotivo e lo stress legato al lavoro spinge gli operatori sanitari verso la depersonalizzazione, vale a dire, al tentativo di "prendere le distanze" emotivamente dai loro pazienti, nonché verso bassi livelli di realizzazione personale che è la capacità di vedere se stessi come competenti e professionali.

Vari studi hanno comprovato i fattori che portano al *burnout* e le sue conseguenze nel settore sanitario.

McVicar (2003), Medland et al (2004), Sherman et al. (2006) hanno dimostrato significativi livelli di *burnout* nei profes-

sionisti oncologici.

La ricerca di Ostacoli et al. (2010) ha studiato il fenomeno del *burnout* in due gruppi di infermieri operanti in due diversi *setting* oncologici assistenziali: l'*hospice*, dove l'assistenza palliativa è rivolta a malati oncologici terminali; l'unità di cura ospedaliera, dove per i pazienti vi è la speranza di cura e guarigione dalla malattia.

Il risultato dello studio coincide con quello atteso: **gli infermieri che lavorano in ospedale mostrano un livello più elevato di sintomi di *burnout* rispetto ai colleghi operanti in *hospice*.**

Plausibilmente, ciò si spiega perché nella realtà ospedaliera, pur fornendo cure di successo, gli obiettivi possibili possono non coincidere con quelli ideali; si aumenta così il livello di frustrazione e di *burnout* fra gli operatori.

Davis et al. (2013) ha evidenziato che, oltre che il contesto sociale all'interno dell'ambiente di lavoro, anche la demografia del personale può avere un impatto sull'esaurimento emotivo e nella depersonalizzazione.

L'esaurimento emotivo è più basso tra gli infermieri più giovani e più alto tra gli infermieri ambulatoriali. Strategie di *coping* più utilizzate sono "spiritualità" e "confronto/supporto tra colleghi".

Buone competenze individuali relazionali ed una percezione positiva del *work environment* contrastano il verificarsi di *burnout* e promuovono sentimenti di autorealizzazione tra gli infermieri.

Rischio peculiare di chi opera nell'ambito dell'oncologia è il rischio chimico da contaminazione da chemioterapici.

I chemioterapici antitumorali sono farmaci noti per avere proprietà mutagene, teratogene e cancerogene. La tossicità acuta e cronica per l'uomo può tradursi in azione irritante, vescicante o allergizzante sulle mucose e sull'epidermide, mentre gli effetti sistemici riportati in letteratura sono a carico del sistema emopoietico o di diversi organi e apparati.

Gli effetti avversi dovuti all'esposizione a tali preparati sono stati prevalentemente evidenziati nei pazienti in trattamento

con farmaci chemioterapici, mentre pochi e non sempre significativi sono gli studi volti ad accertare il fenomeno tra gli addetti esposti alla manipolazione di tali sostanze in ambiente ospedaliero come farmacisti ospedalieri ed infermieri. Nel recente studio di Friese (2012), circa il 17% degli infermieri riporta esposizione di pelle e occhi alla chemioterapia.

Carichi di lavoro eccessivi, doppi turni, insufficienza di personale, disistima nel proprio ambiente di lavoro, scarsità di materiale e di dispositivi di protezione, mancata aderenza o totale mancanza di standard di sicurezza nella somministrazione di chemioterapia nel *work environment* aumentano la probabilità di esposizione agli antitumorali.

È necessario, quindi, adottare strategie atte a garantire un'adeguata dotazione di risorse umane e materiali e ad assicurare l'aderenza agli standard: il fine è di prevenire il rischio e proteggere dal danno.

Relazione e aspetti comunicativi

In uno studio descrittivo, Friese e collaboratori (2012) hanno indagato la relazione tra infermieri e medici oncologi nel *work environment* ambulatoriale.

Il rapporto è, generalmente, favorevole ed è avvertito dagli infermieri come un processo rilevante all'interno del modello assistenziale.

Tuttavia, rispetto al rapporto infermieri-pazienti, quello fra infermiere-medico non è molto forte e, questo è un fattore-base di un clima organizzativo percepito positivamente. Vanno, quindi, affrontate le cause profonde dei rapporti sfavorevoli tra infermiere e medico per migliorare gli ambienti di pratica e minimizzare gli eventi avversi.

In accordo con i dati raccolti da Kamimura et al., modelli di comunicazione eccellenti conducono ad maggiore sicurezza e soddisfazione degli infermieri e dei loro pazienti.

Come in ogni contesto, non solo per il *work environment* oncologico, è sempre auspicabile una *leadership* relazionale che valorizza le risorse del personale, tende alle innovazioni, coinvolge i collaboratori e risolve i conflitti.

Infine, con riferimento ai dati emersi dalle interviste di Bakker et al. (2013), la relazione tra infermieri oncologici e persone assistite è vista come "unica nel suo genere" e "diversa da quella con altri pazienti".

Spesso un buon rapporto con il paziente, fatto di fiducia reciproca, rispetto e stima, è la ricompensa del lavoro svolto ed il sostegno ad andare avanti in un work environment caotico e disperato.

Percezione infermieristica del work environment oncologico e soddisfazione lavorativa

Otto articoli (n=8), fra quelli inclusi, descrivono ampiamente come gli infermieri percepiscono il loro work environment finanche la loro soddisfazione lavorativa. La soddisfazione sul lavoro è inversamente proporzionale al burnout ed alla volontà di lasciare l'infermieristica oncologica.

I fattori che influenzano positivamente una percezione positiva dell'ambiente di lavoro sono: maggiore autonomia, responsabilità ed identità professionale ed aumentate competenze; ampio coinvolgimento infermieristico nelle decisioni di cura all'interno di team multidisciplinari; ottimale rapporto con medici e pazienti attraverso modelli di comunicazione efficaci; mana-

ger e dirigenti presenti nell'ambiente di lavoro, in grado di coinvolgere, supportare e gratificare il loro personale; ambienti di pratica favorevoli l'espletamento di un'assistenza di qualità con adeguate risorse e materiali, carichi di lavoro equi.

Cumming et al. (2013) descrivono come dei cambiamenti notevoli, succedutisi nel tempo, circa il work environment e i modelli assistenziali, hanno fatto sì che il ruolo dell'infermiere evolvesse da quello di esecutore al definitivo ruolo di professionista.

CONCLUSIONI

Un ambiente di lavoro percepito positivamente è l'ideale per ogni professionista, sanitario o non.

Lavorare, però, in un contesto che è già di per sé esposto a forti agenti stressogeni, come può essere quello oncologico, può condurre problematiche di salute, anche gravi, nel personale sanitario. L'assistenza a malati terminali e l'impotenza nel non poter curare (laddove il cancro spazza via ogni speranza) rappresentano un forte peso sulla psiche degli infermieri.

Se, poi, a questo si aggiungono turni e orari di lavoro pesanti, mancanza di affiatamento del team, distanza di leader e dirigenti, scarso riconoscimento sociale ed economico, rischio chimico e molto altro, è possibile che l'insorgenza di problematiche di salute, talora gravi, diventino reali. I risultati della revisione bibliografica suggeriscono che i decisori devono utilizzare il crescente corpo di conoscenze circa il work environment oncologico e gli input forniti dagli infermieri per influenzare positivamente gli infermieri e favorire il loro mantenimento nel posto di lavoro. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi sulla realizzazione di strategie che affrontino i problemi sul posto di lavoro come l'inadeguatezza del numero di infermieri, la leadership infermieristica e un maggiore impegno da parte dei vertici organizzativi.

AUTORE:

Chiara Labbadia, laureata in Infermieristica, infermiera policlinico Gemelli e studentessa in CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, II anno, Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Bakker D, Strickland J, Macdonald C et al, *The context of oncology nursing practice: an integrative review*. Cancer Nursing. 2013; 36 (1):72-88.
- Bakker D, Conlon M, Fitch M, Green E, Butler L, Olson K, Cummings G, *Canadian oncology nurse work environments: part II*. Canadian Journal of Nursing Leadership, 2012; 25 (1): 68-89.
- Black L.A, Presson A.C, *Hazardous drugs*. Occup Med 1997; 12 (4): 669-685.
- Cummings G, Olson K, Raymond-Seniuk C et.al, *Factors influencing job satisfaction of oncology nurses over time*. Canadian Oncology Nursing Journal, 2013; 23 (3): 162-71.
- Ciura P, Furlan P.M, *Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices*. Palliative and Supportive Care. 2010 Dec;8(4):427-32.
- Davis S, Lind Bonnie K, Sorensen C, *A comparison of burnout Among Oncology Nurses Working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings*. Oncology Nursing Forum, 2013; 40.
- Emold C, Schneider N, Meller I, Yagil Y, *Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses*. European Journal of Oncology Nursing, 2011; 15 (4): 358-63.
- Friese C.R, *Nurse-physician relationships in Ambulatory Oncology Settings*. Journal Nursing Scholarship. 2012; 44 (3): 258-265.
- Friese C.R, Himes-Ferris L, Frasier M.N, McCullagh M.C, Griggs J.J, *Structures and processes of care in ambulatory oncology settings and nurse-reported exposure to chemotherapy*. BMJ Quality & Safety, 2012 Sep; 21 (9): 753-9.
- Jones M.C, Wells M, Gao C, Cassidy B, Davie J, *Work stress and well-being in oncology settings: a multidisciplinary study of health care professionals*. Psychooncology. 2013; 22(1): 46-53.
- Kamimura A, Schneider K, Lee C.S, Crawford S.D, Friese C.R, *Practice environments of nurses in ambulatory oncology settings: a thematic analysis*. Cancer Nursing, 2012; 35 (1): E1-7.
- Merler E, Villa L, Lucchini R, *Effetti patologici causati da chemioterapici antitumorali nei lavoratori addetti alla loro produzione, preparazione o somministrazione*. Med Lav 1996; 87 (3): 207-221.
- Ostacoli L, Cavallo M, Zuffranieri M, Negro M, Sguazzotti E, Picci R.L, Tempia P, La Toh S.G, Neo K, Ang E, Kamala D, Ziv L, Nee N.G, *Perception of work environmental conditions among oncology nurses at a tertiary hospital in Singapore*. Singapore Nursing Journal, 2013; 40 (4): 3-9.

Quanto sappiamo e quanto trasmettiamo sul potenziale della donazione del cordone ombelicale?

di Paola Scotti

ABSTRACT

Questo lavoro nasce allo scopo di sviluppare un progetto di sensibilizzazione alla donazione solidaristica di sangue placentare che difende alcuni fondamenti della professione infermieristica: la ricerca critica, la collaborazione con altre professioni sanitarie e lo sviluppo educativo inteso a rafforzare la motivazione utile ad assumere, consapevolmente, decisioni verso il mantenimento ed il miglioramento della propria salute.

Qui, sarà spigato come il sangue prelevato dal cordone ombelicale sia una fonte preziosissima, inesauribile e gratuita di cellule staminali ematopoietiche, utili al trapianto di midollo osseo.

Quindi, la differenza tra trapianto allogenico e autologo e come si pronuncia la normativa italiana in materia.

Verranno presentati i *report* di attività dell'Ibmdr (registro dei donatori italiani di midollo osseo) e dell'inventario delle Banche di sangue del cordone ombelicale (Scm) nella consapevolezza dello sviluppo di una, purtroppo, sterile ricerca della letteratura infermieristica in ambito.

Tutto, attraverso un questionario per verificare sul campo il grado di conoscenza di questa opportunità sia negli "addetti ai lavori" - che potrebbero veicolare le corrette informazioni - che negli altri.

INTRODUZIONE

Le cellule staminali ematopoietiche (Cse) sono progenitori cellulari in grado di auto-rinnovarsi e di dare origine a tutte

le cellule specializzate che costituiscono vari tessuti e organi.

Possono essere ottenute da sangue periferico da midollo osseo o da Sco.

L'interesse nei confronti del sangue cordonale deriva da un'incidenza inferiore di rigetto in caso di trapianto.

Il Trapianto di midollo osseo (Tmo) consiste nell'infusione Ev di un numero adeguato di Cse in un paziente in regime di condizionamento, cui, cioè, si è distrutto il midollo osseo che contiene le cellule neoplastiche o affette da difetto congenito - o acquisito - per sostituirle con le cellule staminali emopoietiche sane.

Le cellule del donatore, nel caso di un trapianto allogenico sostituendosi al Mo del paziente, hanno il compito specifico di eliminare le cellule malate reduci dalla chemio e/o radioterapia, grazie ai Gb del donatore di riconoscere, come estranee, e distruggere le cellule malate residue: questa pulizia non può ovviamente verificarsi se fossero state infuse le cellule proprie (che, oltretutto, nel caso cioè di trapianto autologo potrebbero anche contenere cellule malate residue). I vantaggi derivati dall'uso delle cellule staminali-sorgente risultano scientificamente provati su tantissime patologie esaminate annualmente dall'*European society for blood and marrow transplantation* (Ebmt).

Altri canali di ricerca ne descrivono un possibile utilizzo nel trattamento di ictus, traumi cranici, lesioni midollari, infarti e diabete.

Al contrario, non ci sono evidenze scientifiche riguardo ad un suo impiego a scopo personale, né vi sono certezze di mantenere le caratteristiche biologiche e funzionali di queste cellule oltre i 10 anni e la possibilità della necessità di trapianto entro questi risulta assai remota (Kline).

Detto ciò, la normativa italiana si pronuncia col Dm 18/11/2009 consentendo, nell'ambito dei servizi garantiti a carico del Ssn:

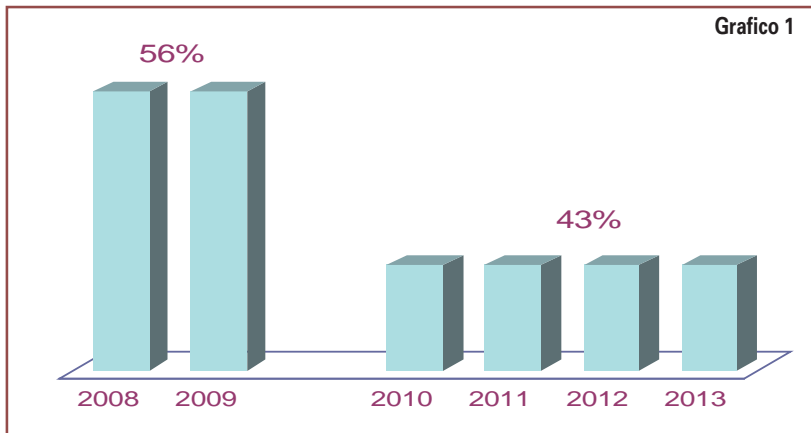
- la conservazione allogenica del cordone ai fini solidaristici;
- la conservazione dedicata al neonato o a consanguineo con patologia in atto al momento della nascita o evidenziata in epoca prenatale;
- la conservazione dedicata in famiglie a rischio di avere figli affetti da malattie geneticamente determinate.

E vieta:

- la conservazione ad uso autologo in assenza di tali condizioni;
- l'istituzione di banche private sul territorio nazionale;
- ogni forma di pubblicità connessa alle banche private.

È prevista l'esportazione di campioni ad uso personale presso banche private operanti all'estero.

Dai *report* nazionali del registro italiano osserviamo addirittura un calo nell'approvvigionamento di unità cordonali tanto che nelle ultime quattro annualità il recupero è inferiore rispetto alle due precedenti. (Grafico 1)



Ma analizziamo questo secondo grafico.

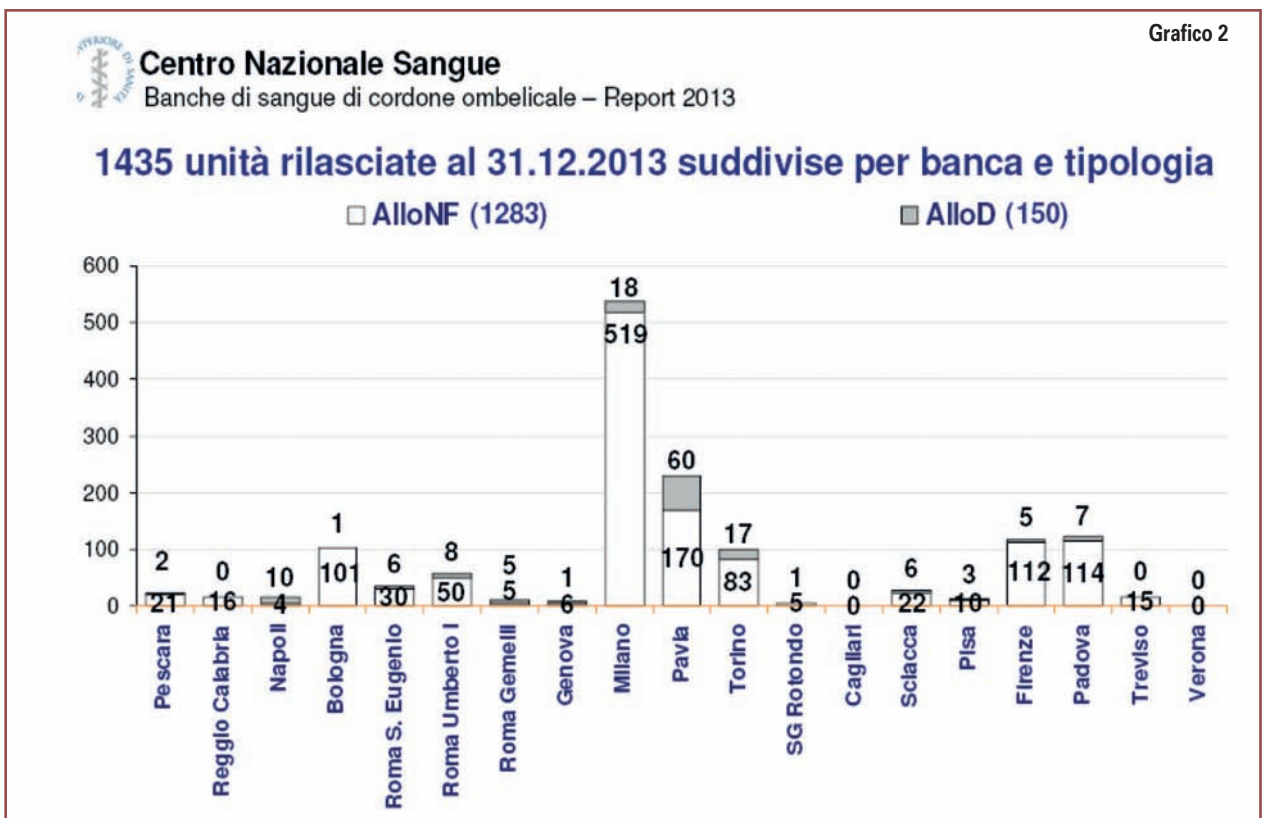
Ciò sovverte il concetto di donazione come patrimonio sociale e risorsa del Ssn

ca, infatti, non compaiono documenti coi criteri selezionati semplicemente inserendo tra i *mesh* il termine "nurse", a meno di eliminare tutti i limiti che definiscono la scientificità di una ricerca. (Tabella 1)

OBIETTIVI

Le domande che compongono il questionario dell'intervista nascono allo scopo di misurare i livelli di conoscenza, accordo e coerenza di popolazioni diverse intorno l'argomento della donazione del cordone ombelicale e delle cellule staminali.

Dai risultati di questa analisi si potrebbe,



Le percentuali che andiamo a calcolare sono delle Allo-Dedicate (cioè, delle unità cordonali ad esclusiva disposizione del soggetto al quale sono state dedicate in ragione della sua patologia), preziosissima risorsa da distinguere dalle unità a disposizione altruistica della comunità.

A Milano ne sono conservate: 3,3%; a Roma: 18,26%; a Napoli: 71,42%.

a garanzia dell'art.32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Di seguito, proponiamo i risultati della revisione bibliografica da cui si sviluppa l'urgenza di direzionare una ricerca infermieristica sul tema.

Consultando i principali motori di ricer-

poi, delineare un progetto educativo che tenga conto dei numerosi nodi da sciogliere.

Il ministero della Salute e delle Politiche Sociali si è dichiarato espressamente in un documento informativo - "Uso appropriato della cellule staminali del cordone ombelicale" - del 26 marzo 2009 che si è tradotto nel decreto ministeriale del 18 novembre 2009 - legge 219 -

Tabella 1

	PAROLE CHIAVE	MESH	LIMITI	REFERENZE TOT
Pubmed	Cord blood	& stem cells	Rct 5 years	8
			Sistematic reviews 5 years	23
	Cord blood stem cells	& nurse	/	9
			Rct	0
Cinhal (Medline)	Cord blood	& stem cells	Sistematic reviews	0
			2010-2014 Rct	4
	Cord blood	& stem cells & nurse	Review 2010-2014	209
			/	4
			2010-2014	1
			2010-2014 Rcts	0
Scopus	Cord blood stem cells	& nurse	2010-2014 review	0
			/	3
	stem cells	cord blood	Rct	0
			Sistematic reviews	0
			2010-2014 reviews	132

con le "Disposizioni in materia di conservazione di sangue cordonale".

In questi trovo la chiave per tradurre i risultati delle interviste proposte semplicemente in riferimento alla distanza o meno dal dato di realtà.

Il disegno auspicherebbe un post-test che segue il progetto di educazione sanitaria e sarebbe molto interessante anche ripetere la somministrazione del questionario in regioni italiane diverse.

MATERIALI E METODI

Il lavoro si sviluppa rispetto alla somministrazione di 205 interviste, effettuate a Roma, su soggetti di $23 < \text{età} \leq 53$.

Il questionario raccoglie informazioni anagrafiche che qualificano il soggetto prima in uno dei cinque sotto-campioni: "professionali" (60 persone comuni, 60 colleghi infermieri neo-laureati e di ruolo; 35 farmacisti; 30 medici di famiglia e specialisti, fra cui un ginecologo; 20 ostetriche di cui 3 allieve del III anno.

Tutto il campione è poi rivalutato come: 86 genitori (di cui 35 nel primo gruppo e 51 tra i gruppi "sanitari") e 119 non genitori (25/94).

Le domande sono 12, 11 su scala Likert ordinale; le risposte, considerate variabili aleatorie, possono assumere valori da 0 (il minimo del consenso o della conoscenza) a 10 (il massimo). L'ultima domanda

prevede risposte categoriali.

Si è preferito somministrare il questionario contestualmente al suo ritiro (cosa possibile nell'80% dei casi) per evitare che la correttezza delle risposte non fosse da riferire a consultazioni di circostanza.

Confrontando i risultati delle diverse popolazioni, è emerso che la statistica descrittiva (determinando una descrizione matematica dei dati) ne fornisce un'immagine sintetica, utilizzando metodi numerici (per i dati quantitativi): le sue affermazioni, essendo relative a dati certi, sono, quindi, certe.

Verranno usate misurando la media e la deviazione standard per le frequenze di punteggi delle diverse popolazioni, ricordandocene il significato quale variabile aleatoria e distribuzione di probabilità. La statistica inferenziale, invece, si propone di fare nuove affermazioni a proposito di dati che non possediamo per mezzo di un'elaborazione matematica derivata dalla teoria delle probabilità. Le sue affermazioni, quindi, sono probabilistiche: di questa utilizzeremo il test del 2, del t di Student e il coefficiente di correlazione. Andremo poi a verificare col test del 2 se le differenze riscontrate tra le popolazioni potessero essere riferibili al caso (cosa che viene rifiutata). In un secondo disegno andiamo ad ipotizzare che chi avesse avuto figli ne

avrebbe sicuramente saputo di più, essendosi trovato a stretto contatto con gli addetti del settore: purtroppo, anche questa ipotesi non viene confermata.

Vediamo col test t di student che i due campioni di genitori e non appartengono alla stessa popolazione di riferimento, non manifestando alcuna differenza significativa.

RISULTATI

Osserviamo, ora, nello specifico alcuni dati interessanti rilevati dal questionario. (Tabella 2)

Alla domanda: "Quanto credi di sapere riguardo la donazione di sangue del cordone ombelicale?", si osserva come, in particolar modo, profani e infermieri si auto-valutano mediocrementemente, mentre il mondo ostetrico si valuta quasi con un 9!

Ora, verifichiamo le risposte relative all'immaginario della spesa prevista rispetto al dato di realtà ("Quale è il tuo grado di accordo alla ricerca e all'utilizzo medico di cellule staminali?"): la conservazione ad uso altruistico o dedicato che abbiamo visto sarebbe completamente a carico del Ssn, ma la maggioranza crede che abbia un costo quasi inaccessibile, ostetriche comprese. Perfino il campione dei genitori non si distingue per accesso all'informazione. (Tabella 3)

Tabella 2. Il questionario proposto, popolazione e risultati rispetto alla prima domanda

CAMPIONI	RISPOSTE	MEDIA	DS
Popolazione	41x2,5 12x5 7x7,5	3,6	1,48
Infermieri	2x0 30x2,5 22x5 6x7,5	3,9	1,66
Farmacisti	10x2,5 14x5 11x7,5	5,1	1,47
Medici	11x5 15x7,5 4x10	6,9	1,05
Ostetriche	1x5 7x7,5 12x10	8,9	0,85

Tabella 3. Il questionario proposto, popolazione e risultati rispetto alla seconda domanda

CAMPIONI	RISPOSTE	MEDIA	DS
Popolazione	3x0 9x2,5 35x5 13x7,5	4,9	1,77
Infermieri	3x0 5x2,5 20x5 29x7,5 3x10	5,8	2,26
Farmacisti	7x2,5 14x5 12x7,5 2x10	5,6	2,1
Medici	1x2,5 5x5 9x7,5 15x10	8,1	2,13
Ostetriche	1x2,5 4x5 10x7,5 5x10	7,4	2,04

Il grado di accordo all'utilizzo di Cse è piuttosto controverso, con deviazioni standard molto ampie: è stato interessante notare che, tra i sanitari, il campione dei farmacisti è quello più sfavorevole.

Gli infermieri si aggiudicano, invece, il primato sul peso che attribuiscono alla confessione religiosa come limite alla donazione di organi e tessuti: più dell'83% dichiara un valore > 7,5/10 con la più bassa deviazione standard tra i gruppi.

Se confrontiamo queste risposte con quelle relative al grado d'accordo con la ricerca e i trattamenti con cellule staminali considerate le cinque popolazioni, il risultato del coefficiente è $rs = -0,8$, un'entità inversa molto alta.

Alla domanda in cui si chiedeva se si fosse disposti alla donazione altruistica (allogenica) i sottocampioni dimostravano le stesse altissime medie, e tal-

volta anche maggiori, ottenute in un'altra che chiedeva qualcosa riguardo alla conservazione ad uso personale (autologa).

Ecco i risultati controversi emersi alla domanda: "Preferiresti che il Ssn sostenesse a conservare gratuitamente per il proprio bambino?". (Tabella 4)

Come già evidenziato dall'analisi dei report del Registro nazionale del sangue, ciò non è altro che lo specchio dell'**inaccessibilità alle giuste informazioni in una popolazione intelligente**.

Dalle osservazioni fatte, cresce l'intento di operare ad una campagna di edu-

cazione che parta, intanto, proprio da noi operatori a vari titoli di qualifica.

Un progetto educativo si propone di potenziare e sostenere la "cultura della donazione" in modo da poter garantire, anche per il futuro, un volontariato che mantenga o potenzi il tasso annuale delle donazioni di organi tessuti e cellule.

Scopo di un progetto è tenere alti l'interesse e la disponibilità alla donazione, intesa nella sua accettazione più ampia: una sensibilizzazione che comincia dai *peer educator*, all'interno dei programmi formativi delle professioni sanitarie e crediti per chi già opera, nelle farmacie, nei consultori, nei seminari alle scuole medie e superiori, nelle palestre, negli oratori, augurandoci di ottenere un'inversione di tendenza frutto semplicemente dell'accesso ad un'informazione che, automaticamente, desterebbe un impegno civile.

La promozione della salute, l'*empowerment* del paziente e la facilitazione di un'efficace educazione sono elementi essenziali del *nursing*.

Interessante sarebbe la revisione dei report IbmDr nei prossimi semestri, a dimostrazione dell'aumento di *compliance*.

AUTORE:

Paola Scotti, laureata in Infermieristica. Tesi discussa presso l'Università La Sapienza, Roma; relatore, Emanuela Cescutti; validazione statistica a cura del professor Marcello Pelosi.

Tabella 4. Il questionario proposto, popolazione e risultati rispetto alla terza domanda

POPOLAZIONE	SANITARI	GENITORI	REALTÀ
9,5	8,67	9,16	0

ERRATA CORRIGE

Ad integrazione degli autori Sondra Badolamenti e Cristina Borghesi, riguardo all'articolo: "I diversi livelli di assistenza nel parto anonimo: il ruolo del professionista sanitario", pubblicato a pag. 20 del n.2 di questa rivista, vanno inseriti anche: Fernanda Di Foggia, ostetrica capo, dottoranda di ricerca in Filosofia, Università Pontificia San Giovanni Lateranense; Lucia De Arcangelis Del Forno, infermiera sala operatoria policlinico Umberto I; Benedetta Colombo, infermiere coordinatore Sale Endoscopiche, policlinico Universitario Campus Biomedico, Roma; Anna Maria Pieraccini, collaboratore Ufficio infermieristico, P.O. Frascati; Maria Luisa Scannella, infermiera in Cardiologia e Utic, Ospedali Riuniti Anzio/Nettuno, Asl RmH; Renato Rosignoli, collaboratore Ufficio infermieristico, Ospedale San Sebastiano, Frascati; Stefano Amodio, infermiere Stirs, Az. San Camillo, Roma; Ernesta Lucani, infermiera, P.S. Pediatrico, policlinico Umberto I, Roma; Valentina Vender, coordinatore infermieristico, Campus Bio Medico, Roma; Vincenzo D'Auria, infermiere in Ortopedia, Azienda ospedaliera Lecco.

I fitoestrogeni e l'attività fisica: soluzioni alternative per il trattamento delle vampate di calore nelle donne in climaterio

Una revisione della letteratura

di Giovanni D'Anna, Marica Falini

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la menopausa come: "la cessazione definitiva ed irreversibile del fenomeno mestruale e l'espressione clinica dell'esaurimento funzionale dell'ovario che segna la fine della capacità riproduttiva di una donna" (Blake, 2006).

Di fatto, la menopausa è l'ultima mestruazione e si può riconoscere solo in maniera retrospettiva dopo 12 mesi consecutivi di amenorrea, una volta escluse altre possibili cause patologiche o fisiologiche di amenorrea stessa.

L'età di insorgenza della menopausa è predeterminata geneticamente: fattori etnici, familiari ed ambientali possono condizionarne la comparsa.

Da sondaggi fatti in diversi Paesi, emerge che l'età di insorgenza della menopausa è variabile nel mondo: età medie di 50-51 anni sono state registrate in Italia, Iran, Slovenia e Stati Uniti; 47-50 anni in Corea, Libano, Singapore, Grecia, Marocco, Messico, Taiwan e Turchia (Nelson, 2008); nel Regno Unito è di 50 anni e 9 mesi (Bruce & Rymer, 2009).

Si definisce climaterio: "un vasto periodo che comprende pre-menopausa, menopausa e post-menopausa, cioè tutto l'arco di tempo da quando iniziano a

quando si completano le modificazioni involutive legate al progressivo decadimento della funzione ovarica e al conseguente marcato mutamento dell'assetto endocrino dell'organismo dovuto alla scomparsa di estrogeni e progesterone" (Chieffi, Bonferraro, & Fimiani, 1999).

I sintomi più precoci e caratteristici del periodo post-menopausale sono quelli di tipo neurovegetativo (vampate di calore, sudorazioni, palpitazioni, vertigini, tachicardia), psicoaffettivo (insonnia, ansia, depressione, pigrizia, cambiamenti di umore, perdita della concentrazione e della memoria, irritabilità, mancanza di motivazioni) ed i disturbi della sfera sessuale (riduzione della libido, secchezza vaginale).

Sono, inoltre, comuni dolori osteoarticolari diffusi, cefalea, tendenza all'incremento ponderale. Esiste oggi la possibilità di valutare la gravità del quadro clinico attraverso varie scale di autovalutazione a punteggio, tra le quali di largo uso è la scala di Kupperman (Chieffi et al., 1999).

Tuttavia, negli studi epidemiologici solo le vampate di calore (VdC) e la secchezza vaginale sono costantemente associati a questo periodo della vita e numerosi autori li definiscono come i più an-

goscianti per le donne (Bruce et al., 2009; Nelson, 2008).

Le VdC, di origine vasomotoria, si manifestano con un senso di calore intenso lungo tutto il corpo, come un'onda che si propaga dal basso verso l'alto e si conclude con sudorazione profusa al viso, al collo e al torace, vasodilatazione periferica, aumento immediato della temperatura cutanea, un transitorio aumento della frequenza cardiaca, variazioni nella linea di base dell'elettrocardiogramma, con leggera discesa della temperatura corporea interna. Durano per quattro, cinque minuti. La loro intensità e la loro frequenza sono molto variabili e possono essere anche molto invalidanti dal punto di vista sociale e lavorativo. Sono frequenti durante la notte, sono responsabili di risvegli e di insonnia e possono essere causa di irritabilità, difficoltà di memoria e di concentrazione (Bruce et al., 2009). Possono presentarsi fino a cinque anni dopo la menopausa naturale ed in una piccola percentuale di donne possono persistere fino a 15 anni.

Nelle donne che hanno avuto una menopausa indotta chirurgicamente, gli episodi di vampate tendono a durare più a lungo ed essere più gravi (Bruce et al., 2009). Le cause non sono note: la ridu-

zione delle VdC con la terapia sostitutiva estrogenica, suggerisce un'eziologia ormonale. Sembra che il tasso di variazione delle concentrazioni plasmatiche di estrogeni influenzi il sistema di termoregolazione ipotalamico (Andrikoula & Prelevic, 2009).

Le VdC si verificano nel 75% delle donne in postmenopausa e soltanto il 30% sceglie il trattamento medico rappresentato da terapie sostitutive farmacologiche a base di ormoni, estrogeni da soli o associati a progestinici (Bruce et al., 2009). Di queste, il 70% circa interrompe la terapia dopo il primo anno di trattamento a causa degli effetti collaterali, come *spotting*, mastalgia, nausea, emicrania, aumento di peso e ritenzione idrica, oltre che per la paura del cancro al seno.

Per altre, la terapia ormonale sostitutiva è controindicata.

Tutto questo ha portato le donne ad optare per terapie naturali ritenute sicure e prive di effetti collaterali e a rivolgersi a figure professionali sanitarie non mediche, come l'ostetrica (Nahas, Nahas, Orsatti, Cavalho, Oliveira & Dias, 2007). Da un'approfondita revisione di *background*, tra i rimedi più popolari applicabili ed accessibili per il trattamento delle VdC sono stati individuati l'esercizio fisico e i fitoestrogeni.

L'esercizio fisico svolto prevalentemente dalle donne in climaterio comprende attività individuali "fai-da-te", sessioni individuali di allenamento cardiovascolare (ad esempio, camminare a ritmo sostenuto, jogging, aerobica, nuoto, ciclismo e tennis) – da svolgere presso strutture per il fitness e sotto la supervisione di istruttori qualificati e certificati – e lo yoga, che consiste in un insieme di esercizi di respirazione, posizioni composte da piegamenti e torsioni e, al tempo stesso, meditazione guidata.

I fitoestrogeni sono estratti e composti steroidei vegetali, presenti in alimenti o integratori alimentari di origine vegetale, come la soia, l'erba medica e il trifoglio rosso, con struttura molecolare simile a quella degli estrogeni endogeni prodotti

dalle ovaie, che si legano ai recettori degli estrogeni, imitandone o modulandone l'azione.

Questa somiglianza strutturale con gli estrogeni endogeni ha sostenuto l'ipotesi che i fitoestrogeni possano essere un'alternativa alimentare alla terapia ormonale sostitutiva, Tos (Duncan, Phipps, & Kurzer, 2003). I principali sono gli isoflavoni e di tutte le piante la soia ne contiene la più alta concentrazione. Gli isoflavoni presenti nella soia sono ginesteina, daidzeina e gliciteina (Cederroth & Nef, 2009).

Gli obiettivi di questa revisione sono: verificare l'efficacia dell'esercizio fisico e dei fitoestrogeni per la riduzione delle VdC ed individuare i rischi potenziali.

Parole-chiave: *menopause, postmenopause, climacteric, premenopause, perimenopause, phytoestrogens, soy foods, equol, hot flashes, vasomotor symptoms e motor activity*, combinate con gli operatori booleani: "and" e "or".

MATERIALI E METODI

La Tabella 1 mostra il quesito di ricerca in forma analitica secondo il metodo Picom.

Per reperire la letteratura scientifica è stata eseguita una *facet analysis*, al fine di individuare le *key words* o voci di *Thesaurus*, e una ricerca con parole di testo libero in modo da unire i vantaggi di entrambe e ottenere un buon equilibrio di specificità e sensibilità (Vellone & Piredda, 2008).

Le parole-chiave sono state ricercate nel titolo, nel testo e nell'*abstract* e nei *record* dei database. Nella banca dati di Pubmed sono state utilizzate anche la funzione di troncamento rappresentata dal simbolo asterisco (*) e le virgolette (" ").

La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle principali banche dati medicoscientifiche ed infermieristiche: Pubmed, Cinhal, Cochrane, Iltisi e Scopus. La prima ad essere stata consultata è stata Cochrane allo scopo di individuare la data dell'ultima metanalisi relativa al Picom di questa revisione per poterla utilizzare come filtro temporale nella ricerca nelle altre banche dati, così da escludere citazioni precedenti già state oggetto di revisioni. Le date individuate sono state novembre 2014 per l'esercizio fisico e luglio 2013 per i fitoestrogeni. Sono state condotte due ricerche, ognuna specifica per il tipo di intervento considerato.

In totale sono stati reperiti 47 articoli. Dopo una lettura approfondita dell'*abstract*, sono stati esclusi 27 articoli non ritenuti pertinenti al quesito di ricerca per le seguenti motivazioni: riportavano studi fatti su donne in climaterio, ma non in buono stato di salute; valutavano l'efficacia dell'esercizio fisico e dei fitoestrogeni combinati con altri rimedi; l'efficacia degli interventi considerati non veniva valutata relativamente al sintomo VdC.

Laddove lo stesso articolo era riportato in un più *database* è stato considerato una sola volta. (Tabella 2)

RISULTATI

In totale, sono stati selezionati 20 articoli, di cui sette relativi all'esercizio fisico (una metanalisi, una *review* di Rct, quattro Rct, uno studio osservazionale trasversale) e 13 relativi ai fitoestrogeni (due revisioni sistematiche e metanalisi su Rct, quattro *review* di Rct, un Rct, uno studio trasversale, un *trial* retrospettivo, uno studio pilota randomizzato, uno studio osservazionale, un *clinical*

Tabella 1. Metodo Picom

POPOLAZIONE	INTERVENTO	CONFRONTO	OUTCOME	METODOLOGIA DI RICERCA
Donne in climaterio	Attività fisica	Fitoestrogeni	Miglioramento delle vampate di calore	Rct, Review e Metanalisi

Tabella 2. Articoli reperiti

BANCADATI CONSULTATI	FITOESTROGENI	ARTICOLI INCLUSI	ATTIVITÀ FISICA	ARTICOLI INCLUSI
COCHRANE	1	1	1	1
ILISI	0	0	0	0
CINAHL	0	0	1	0
SCOPUS	7	0	11	2
PUBMED	17	12	9	4
TOTALI	25	13	22	7

article, un editoriale).

Gran parte degli studi reperiti sono, dal punto di vista metodologico, al vertice della piramide delle evidenze.

Tuttavia, alcuni di questi includono campioni di studio ridotti, con conseguente costituzione di braccia di studio troppo piccole: per questo, sono stati considerati solamente gli studi con i campioni più attendibili.

In quelli analizzati, si è osservato che la valutazione dei sintomi post-trattamento è stata effettuata utilizzando il diario giornaliero auto-compilato o questionari o scale di misurazione dei sintomi della menopausa a punteggio numerico.

In particolare, per la valutazione dell'efficacia dell'esercizio fisico alcuni studi hanno utilizzato anche scale di misurazione di indicatori della qualità della vita.

L'esercizio fisico

Da alcuni studi, emerge che lo **yoga** migliora significativamente l'indice di Kupperman (Newton, et al., 2014).

Due piccoli studi non randomizzati riferiscono che lo yoga riduce la frequenza delle VdC. L'efficacia dello yoga a lungo termine è relativa alla frequenza settimanale e alla durata della pratica nel tempo (Reed, Guthrie, Newton, Sternfeld, & LaCroix, 2014).

Nelle donne che praticano esercizio aerobico non si rileva una riduzione né della frequenza né della gravità delle VdC rispetto alle donne sedentarie, mentre studi osservazionali hanno riportato un miglioramento della sintomatologia delle VdC e delle sudorazioni notturne nelle donne che esercitano regolarmente attività fisica (MacArthur, et al., 2015).

Negli studi considerati i sintomi delle VdC, a seguito della pratica fisica, sono

descritti soggettivamente, in diari giornalieri, ed emerge la necessità della valutazione del sintomo in termini oggettivi (Stojanovska, Apostolopoulos, Polman, & Borkoles, 2014).

Una diversa risposta all'esercizio fisico potrebbe esser dovuta a differenze razziali: è stato osservato, infatti, che l'esercizio ha ridotto la frequenza delle VdC nelle donne bianche, ma non ha sortito effetti nelle afroamericane (Newton, et al., 2014).

Gli autori degli studi hanno posto molta attenzione all'aderenza delle pazienti al protocollo di studio: è stato visto che il sovrappeso, influenzando negativamente l'agilità, porta le donne ad abbandonare lo studio.

La facoltà delle donne di poter scegliere l'attività fisica da svolgere aumenta la probabilità che esse porteranno a termine il protocollo di studio (Stojanovska, et al., 2014).

Lo studio che ha confrontato l'esercizio fisico con la Tos riporta una riduzione delle VdC statisticamente significativa nei gruppi trattati con Tos ($P < 0.05$).

Non sono documentati effetti negativi relativi all'esercizio fisico sulla popolazione di studio osservata (Daley, Stokes-Lampard, & MacArthur, 2014).

Fitoestrogeni

Una revisione sistematica fatta su 43 Rct (per un campione totale di 4084 partecipanti) dimostra che gli alimenti e gli integratori alimentari a base di soia riducono la frequenza e la gravità delle VdC e delle sudorazioni notturne, in particolare, quelli contenenti dosaggi di ginesteina compresi tra i 30 e i 60 mg al giorno, con un trattamento che va dai 12 ai 24 mesi, anche se in misura minore ri-

spetto alla Tos (ginesteina VS placebo: riduzione del 24% VdC gravi o moderate con ginesteina, $P < 0,005$; ginesteina VS TOS: riduzione del 30% delle VdC con TOS, $P < 0,005$).

Una funzione estrogenica particolarmente evidente viene attribuita agli isoflavoni produttori di equolo, sostanza prodotta dal metabolismo intestinale della daidzeina con alta biodisponibilità e con una clearance più lenta degli isoflavoni primari (estratti di equolo vs placebo: riduzione VdC del 62,8% rispetto al 23,6% del placebo) (Messina, 2014; Lethaby, et al., 2013).

Anche uno studio-pilota randomizzato, fatto su un campione di 130 donne, documenta che gli episodi di sudorazioni notturne migliorano con la produzione endogena di equolo oppure con la somministrazione di equolo esogeno come supplemento (Sybil, et al., 2013).

L'efficacia dei fitoestrogeni vs placebo viene confermata da un'ulteriore meta-analisi fatta su 15 *trial* randomizzati e controllati su campioni di grandezza variabile compresa tra 30 e 252 donne ($P < 0.005$) (Chen, Lin & Liu, 2015).

Secondo alcuni autori (es. Messina, 2014; Sybil, et al., 2013), si ha una maggiore riduzione percentuale di VdC somministrando dosaggi di isoflavoni pari o superiori ai 100-200 mg per due, tre volte al giorno.

Sono anche dimostrate riduzioni del 46% delle VdC in donne che assumono un dosaggio compreso tra i 76 e i 90 mg di isoflavoni (Lethaby, et al., 2013).

Uno studio trasversale fatto su 1513 donne di diverse etnie riporta che, a parità di quantità e qualità di isoflavoni somministrati ai gruppi sperimentali, dopo aggiustamento del dosaggio per età e indice di massa corporea, le donne asiatiche, ispaniche e latinoamericane riferiscono di soffrire meno di VdC rispetto alle donne bianche, mentre le donne nere ne sono affette in modo simile a quelle bianche. (Read, et al., 2013).

Il consumo di alimenti e integratori alimentari con alti livelli di fitoestrogeni

non causa stimolazione endometriale né produce effetti negativi sulla citologia vaginale (Lethaby, et al., 2013).

Raramente sono stati riscontrati effetti collaterali come gonfiore addominale, nausea, diarrea, bruciore di stomaco, mastodinia e eruzioni cutanee (Chen et al., 2015).

Un *trial* retrospettivo osservazionale su 190 questionari di donne che consumano abitualmente fitoestrogeni di diversa tipologia e dosaggio riporta, tra gli effetti collaterali a lungo termine (oltre un anno di trattamento), la ritenzione di liquidi ($P = 0,04$) (Girardi, et al., 2014).

Nelle Rct analizzate, non viene riportato se vengono effettuati dei controlli sul consumo di fitoestrogeni provenienti da altre fonti alimentari, né tanto meno viene definito un regime alimentare specifico per le donne randomizzate.

Tuttavia, escludono le vegetariane, quelle che hanno assunto o assumono TOS e/o antibiotici nei tre mesi precedenti, quelle che soffrono di patologie croniche e/o di male assorbimento intestinale.

DISCUSSIONE

Non sono stati reperiti studi che considerino, contemporaneamente, i due interventi: esercizio fisico e fitoestrogeni combinati tra loro.

La risposta alla comparazione proposta nel quesito di ricerca si può, quindi, solo ipotizzare: dalla letteratura disponibile possiamo dedurre che i fitoestrogeni siano più efficaci dell'esercizio fisico nel ridurre le VdC.

I dati, infatti, provengono da studi di diversa durata, fatti su campioni di diversa grandezza e gli esiti non sono misurati con gli stessi metodi o scale di valutazione.

Un altro importante fattore limitante il confronto è la diversità dei Paesi dove sono stati svolti gli studi.

È stato dimostrato che l'area geografica, il clima, la cultura, l'etnia, il grado di istruzione e lo stile di vita possono essere "variabili di confusione" nella valutazione degli esiti di ogni singolo intervento: l'efficacia della soia per la riduzione del-

le VdC nelle donne in climaterio giapponese non può essere paragonata vs all'efficacia dello yoga per la riduzione delle VdC nelle donne in climaterio italiano. Inoltre, è stato reperito un numero disuguale di studi per ogni intervento (sette esercizio fisico, 13 fitoestrogeni). Tuttavia, gli autori riconoscono come punto di forza di questa revisione l'aver riscontrato che nei database medico-scientifici c'è un ampio corpo di letteratura sul ruolo dell'esercizio fisico e dei fitoestrogeni nell'affrontare una serie di condizioni e malattie associate alla transizione menopausale, in particolare alle VdC. È stato soddisfacente constatare che sia stato riconosciuto alle VdC un ruolo invalidante sul benessere olistico della donna in climaterio (Bruce et al., 2009) e che, per il relativo trattamento, si sia studiato e sperimentato anche nell'ambito della medicina complementare ed alternativa.

Di notevole rilevanza, infatti, il dato che, per ogni donna che ricorre alla Tos per rimediare ai disturbi del climaterio, cinque ricorrono spontaneamente a terapie non mediche (Buhling, Daniels, Studnitz, Eulenburg, & Mueck, 2014), come l'esercizio fisico e l'assunzione dei fitoestrogeni.

Un dato stimolante per investire in progetti di ricerca futuri.

Considerando la letteratura reperita per ogni singolo intervento, comparato con nessun trattamento o con altri, **per l'esercizio fisico si è constatato che c'è ancora molta confusione sulla sua efficacia nella riduzione delle VdC**, dati i risultati contrastanti osservati che possono essere paragonabili a quelli dell'ultima revisione di Cochrane che, a causa di insufficienti evidenze, non riusciva a dimostrare l'ipotesi di partenza (Daley et al., 2014).

Esistono, invece, prove concrete a dimostrazione che gli alimenti e gli integratori alimentari a base di soia riducono la frequenza o la gravità delle VdC e delle sudorazioni notturne, come ad esempio il fatto che la maggior parte delle evidenze cliniche sull'uso di isofla-

vonni provengono da studi epidemiologici: nelle zone dove il consumo di soia è elevato, come il Giappone, si registra una bassa incidenza di VdC.

CONCLUSIONI

L'efficacia dell'esercizio fisico vs i fitoestrogeni nella riduzione delle VdC può essere solo ipotizzata.

Sull'efficacia di ogni singolo intervento si può concludere che, mentre vi è un consenso unanime sull'inefficacia dell'esercizio fisico nella riduzione delle VdC, è stata dimostrata, invece, l'efficacia dei fitoestrogeni.

Una straordinaria quantità di prove indica che gli integratori di isoflavoni, soprattutto se contenenti ginesteina, alleviano le VdC in misura clinicamente rilevante e hanno un profilo di sicurezza accettabile.

Pertanto, gli operatori sanitari e i medici possono raccomandare alle donne in climaterio, in buono stato di salute, l'assunzione di isoflavoni di soia per il trattamento delle VdC.

Altresì, l'esercizio fisico deve essere comunque incoraggiato e consigliato per il ruolo indiscusso che ha sul benessere psico-fisico e sociale: dalla revisione sono emersi gli effetti positivi che lo yoga e l'attività aerobica hanno sul miglioramento dell'insonnia e dei sintomi depressivi, con conseguente miglioramento della qualità della vita.

Tuttavia è evidente che la Tos, se non controindicata, risulta ancora l'intervento più efficace per il sollievo dei sintomi associati alla menopausa.

Per rispondere in modo appropriato al quesito di ricerca, sarebbe auspicabile uno studio futuro che metta a confronto i due interventi utilizzando uno stesso strumento validato per la misurazione degli esiti. Considerando, inoltre, che, per entrambi gli interventi, è stato attribuito un ruolo determinante al fattore geografico-razziale, si ritiene necessario considerare come popolazione le donne in climaterio, in buono stato di salute, residenti in Italia e che seguono una dieta mediterranea.

AUTORI:

Giovanni D'Anna, infermiere in servizio presso Policlinico Tor Vergata di Roma, presso l'Unità Operativa "Liver Unit", iscritto al II anno del CdL Magistrale in

Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma; Marica Falini, ostetrica in servizio presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia, iscritta al II

anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Andrikoula M, Prelevic G, *Menopausal hot flushes revisited*. *Climacteric*, 12(1), 3-15. 2009.
- Blake J, *Menopause: evidence-based practice*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 20(6), 799-839. 2006.
- Bruce D, Rymer J, *Symptoms of the menopause*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 23, 25-32. 2009.
- Buhling K, Daniels B, Studnitz F, Eulenburg C, Mueck A, *The use of complementary and alternative medicine by women transitioning through menopause in Germany: results of survey of women aged 45-60 years*. *Complementary Therapies in Medicine*, 94-98. 2014.
- Cederroth C, Nef S, *Soy, phytoestrogens and metabolism: a review*. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 30-42. 2009.
- Chen M, Lin C, Liu C, *Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review*. *Climacteric*, 260-269. 2015.
- Chieffi O, Bonferraro G, Fimiani R, *La menopausa*. (B. Giovanni, A cura di) *Caleidoscopio Italiano*, 5-10. 1999.
- Daley A, Stokes-Lampard H, MacArthur C, *Exercise for vasomotor menopausal symptoms (Review)*. *Cochrane Database Syst Rev*, 28, 1-41. 2014.
- Duncan A, Phipps W, Kurzer M, *Phyto-oestrogens*. Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism, 253-71. 2003.
- Girardi A, Piccinni C, Raschi E, Koci A, Vitamia B, Poluzzi E, De Ponti F, *Use of the phytoestrogens and effects perceived by postmenopausal women: result of a questionnaire-based survey*. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 14, 262. 2014.
- Grazziottin A, http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio%20tesi&id_tesi=3HYPERLINK
- ["http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio_tesi&id_tesi=3"](http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio_tesi&id_tesi=3)
- ["http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio%20tesi&id_tesi=3"](http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio%20tesi&id_tesi=3)
- ["http://ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio%20tesi&id_tesi=3HYPERLINK"](http://ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio%20tesi&id_tesi=3HYPERLINK)
- ["http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio_tesi&id_tesi=3"](http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio_tesi&id_tesi=3)
- ["http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio20tesi&id_tesi=3"](http://www.ostetriche.rc.it/portale/view.php?id=Archivio20tesi&id_tesi=3). 2013.
- Hickey M, Davis S, Sturdee D, *Treatment of menopausal symptoms: What shall we do now?* *Lancet*, 409-21. 2005.
- Jackson E, Crawford S, Churchill L, Lampe J, Leung K, Ockene J, *The impact of dose, frequency of administration, and equal production on efficacy of isoflavones for menopausal hot flashes: a pilot randomized trial*. *Menopause*, 911-921. 2013.
- Kim M, Ahn Y, Yim G, Park H, Cho J, *Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal*. *BMC Women's Health*, 14, 122. 2014.
- Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J, *Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms*. The Cochrane Collaboration. 2013.
- Luotto R, Moilanen J, Heinonen R, Mikkola T, Raitanen J, Tomas E, Nyg A. R.D C, *Effect of aerobic training on hot flushes and quality of life*. *Annals of Medicine*, 44, 616-626. 2012.
- MacArthur C, Daley A, Thomas A, Roalfe A, Stokes-Lampard H, Hunter S, Coleman S, *The effectiveness of exercise as treatment for vasomotor menopausal symptoms: randomised controlled trial*. *BMJ*, 352, 565-75. 2015.
- Marcie K, Richardson M, *Alternatives to hormone therapy for hot flashes: many choices but science is lacking*. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 980-982. 2013.
- Messina M, *Soy foods, isoflavones and the health of postmenopausal women*. 2014.
- Messina M, *Soybean isoflavones warrant greater consideration as a treatment for the alleviation of menopausal hot flashes*. *Women's Health*, 549-553. 2014.
- Nahas E, Nahas N, Orsatti F, Carvalho E, Oliveira E, Dias R, *Efficacy and safety of a soy isoflavone extract in postmenopausal women: A randomized, double-blind, and placebo-controlled study*. *Maturitas*, 58, 259-258. 2007.
- Nelson H, *Menopause*. *Lancet*, 760-770. 2008.
- Newton K, Reed S, Guthrie K, Sherman K, Booth-LaForce C, Caan B, Sternfeld B, *Efficacy of yoga for vasomotor symptoms: a randomized controlled trial*. *Menopause*, 21, 339-46. 2014.
- Read S, Lampe J, Qu C, Copeland W, Gundersen G, Fuller S, Newton K, *Premenopausal vasomotor symptoms in an ethnically diverse population*. *The Journal of American Menopause Society*, 1, 153-158. 2013.
- Reed S, Guthrie K, Newton K, Sternfeld B, LaCroix A, *Menopausal quality of life: RCT of yoga, exercise and omega 3 supplements*. *Am J Obstet Gynecol*, 241-244. 2014.
- Sternfeld B, Guthrie K, Ensord K, LaCroix A, Larson J, Dunn A, Anderson J, *Efficacy of exercise for menopausal symptoms: randomized controlled trial*. *Menopause*, 21, 330-8. 2014.
- Stojanovska L, Apostolopoulos V, Polman R, Borkoles E, *To exercise, or, not to exercise, during menopause and beyond*. *Maturitas*, 318-323. 2014.
- Sybil L, Crawford S, Jackson E, Churchill L, Lampe J, Leung K, Ockene J, *The impact of dose, frequency of administration, and equal production on efficacy of isoflavones for menopausal hot flashes: a pilot randomized trial*. *Menopause*, 911-921. 2013.
- Tarantelli L, Costa E, *La menopausa oggi*. Tratto da *Psichedonna*: <http://www.psichedonna.com/articoli/MenopausaTarantelli.pdf>. 2015.
- Vellone E, Piredda M, *La ricerca bibliografica: Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*. Roma: McGraw-Hill Education. 2008.

Studio osservazionale di coorte prospettica per determinare il fabbisogno infermieristico in una Terapia Intensiva Rianimazione polivalente per adulti

Con il sistema di rilevazione Nems (*Nine equivalent of manpower score*)

di Valentina Maggiora

"In Italia ogni cittadino secondo la Costituzione ha diritto all'assistenza sanitaria. Lo Stato attraverso il Ssn garantisce risposta ai bisogni di Salute della popolazione"
(Articolo 32 della Costituzione)

"Per complessità assistenziale si intende l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni della assistenza espressi in termini di intensità, di impegno e quantità di lavoro..."
(Moiset 2003)

"Rivedere l'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata"
(Legge 251/2000)

ABSTRACT

La complessità dei malati, l'assistenza che necessitano, l'esigenza di adeguare e ottimizzare le risorse infermieristiche hanno determinato la necessità di ricercare uno strumento di maggiore rilevanza scientifica per valutare l'effettivo carico di lavoro infermieristico.

Misurare il carico di lavoro infermieristico per valutare il numero di infermieri necessari correlato ai bisogni di assistenza dei pazienti ricoverati presso Uo Rianimazione ha determinato la nascita di questo Studio Osservazionale di coorte prospettica della durata di 12 mesi (1 maggio 2013-30 aprile 2014) con analisi attraverso la scala Nems dei pazienti ammessi presso Uo oggetto dello studio.

I pazienti ammessi, nel periodo oggetto dello studio, sono risultati 431, con un'età compresa tra 15 e 94 anni (media 63.6), tasso di occupazione 87.79%, indice di rotazione 48.78%, degenza media, 6,57 giornate, tasso di mortalità 14.61%.

Sono stati analizzati con il Nems 396/431 pazienti, aderenza allo studio 91,87%, 49/396 politraumi 12,37%, 118/396 neurochirurgici 29,82%, 92/396 patologie mediche 22,97%, 138 pazienti chirurgici 34,84%.

Il Nems complessivo medio dei 12 mesi è risultato essere 29.47 (deviazione Standard $\pm 0,167$), con risultati pressochè sovrapponibili per il turno del mattino 29.58 (D.S. $\pm 1,114$), per il turno del pomeriggio 29.56 (D.S. $\pm 1,116$), notte 29.28 (D.S. $\pm 0,948$).

Il Nems è risultato essere uno strumento flessibile, di rapida compilazione, facile da interpretare: caratteristiche che lo hanno reso ideale per la valutazione delle necessità assistenziali dei malati della Rianimazione. Il suo utilizzo ha permesso di determinare il fabbisogno infermieristico, di oggettivare il carico di lavoro, identificare il rapporto infermiere-paziente ottimale secondo le diverse tipologie di malati e fase di degenza in cui si trovano.

INTRODUZIONE

Il primo studio osservazionale relativo all'organizzazione del personale infermieristico e sul carico di lavoro nelle Terapie Intensive europee è stato realizzato nel 1996 dalla Fondazione per la Ricerca sulle Cure Frice.

Lo studio ha prodotto - ed elaborato - un metodo per la rilevazione dei carichi di lavoro e le prestazioni infermieristiche il Nems (*Nine Equivalent of Manpower Score*).

Veloce e semplice da compilare, il Nems permette di determinare il carico di lavoro e di identificare il personale infermieristico necessario in rapporto alle effettive necessità di ogni utente.

Composto da nove indicatori a punteggio (un punto equivale a 10 minuti di assistenza per turno da otto ore; 46 punti equivalgono ad una necessità die di 1440 minuti di assistenza il massimo), deve essere rilevato attraverso tre calcoli giornalieri, a fine turno lavorativo.



Dalla somma degli indicatori deriva un punteggio collocato nei tre livelli assistenziali Loc; si identifica il rapporto infermiere/paziente ottimale per quel malato. (Tabella 1)

L'applicazione del Nems stabilisce un "indice di complessità assistenziale", ossia un metro di misura definito in termini numerici che determina le attività, i bisogni e le necessità assistenziali derivate dalle condizioni cliniche dei malati. Obiettivo principale è misurare il carico di lavoro infermieristico per valutare il numero di infermieri necessari correlato ai bisogni-assistenza dei pazienti ricoverati presso Ti Rianimazione polivalente. Obiettivi Secondari, invece, sono: valutare l'assistenza necessaria secondo le complessità assistenziali delle diverse tipologie di pazienti nel periodo di degenza in cui si trovano; identificare il rappor-

to ottimale nei diversi turni di lavoro tra infermiere-paziente secondo gravità-complessità del malato; coinvolgere il team infermieristico attraverso una partecipazione attiva nella ricerca scientifica e pratica clinica volta all'identificazione della complessità assistenziale e misurazione del carico di lavoro.

Parole-chiave: *nursing role, Nems, workload in intensive care, complexity of care.*

MATERIALI METODI

Lo studio condotto presso la "Rianimazione Polivalente del Piemonte Orientale" composta da nove posti letto (+1 letto per le urgenze) ha avuto una durata annuale: dal 1 maggio 2013 al 30 aprile 2014. Prima di iniziare il monitoraggio si è provveduto ad una accurata revisione biblio-

grafica, attraverso l'interrogazione di banche dati primarie e secondarie, siti di istituti per Ebn Ebm e siti di revisioni biomediche. In particolare, Ovid Cinhal, Pub Med, Medline, *Evidence based nursing*. Dalla ricerca sono risultati articoli scientifici comprendenti studi sperimentali clinici osservazionali, revisioni sistematiche. Gli articoli considerati di cui si è visionato l'abstract sono serviti per un' iniziale valutazione, mentre il full text è servito per visionare in modo completo gli articoli utili per la ricerca. Il limite temporale della ricerca è stato il periodo 2002-2014.

Lo strumento con maggiore rilevanza scientifica e utilizzato per quantificare il carico di lavoro nelle Ti Rianimazioni mondiali è il Nems, *Nine Equivalent of Nursing Manpower Score*.

Successivamente, si è provveduto ad elaborare uno strumento in forma cartacea con rilevazione quotidiana a fine turno, per tre turni lavorativi composto dalla scala Nems, patologia del paziente, giornata di degenza e il rapporto infermiere/paziente presente in quel turno. Il calcolo del fabbisogno infermieristico è stato ottenuto attraverso una formula: $Nems/46 \times 9$ dove 46 è il rapporto 1:1, e nove i posti letto.

Tabella 1. Livelli assistenziali Loc Rapporto Infermiere Assistito

RANGE DI RIFERIMENTO LOC LIVELLI ASSISTENZIALI	
NEMS < 21	PRIMO LIVELLO CON RAPPORTO INFERMIERE ASSISTITO 1:3
NEMS 21-30	SECONDO LIVELLO CON RAPPORTO INFERMIERE ASSISTITO 1:2
NEMS > 30	TERZO LIVELLO CON RAPPORTO INFERMIERE ASSISTITO 1:1

Il campione dei malati è stato suddiviso nelle seguenti categorie di pazienti in Rianimazione:

1. internistici: setticemie, shock settici, insufficienze respiratorie, Ards, pancreatiti, scompenso cardio-respiratori;
2. chirurgici: molteplici tipi di chirurgia tra cui chirurgia generale, toracica, vascolare, maxillofaciale, plastica sia in regime di urgenza che elezione;
3. cranici: neurochirurgia elezione urgenza e elezione, compreso il trauma cranico puro, Neurologia; politraumi.

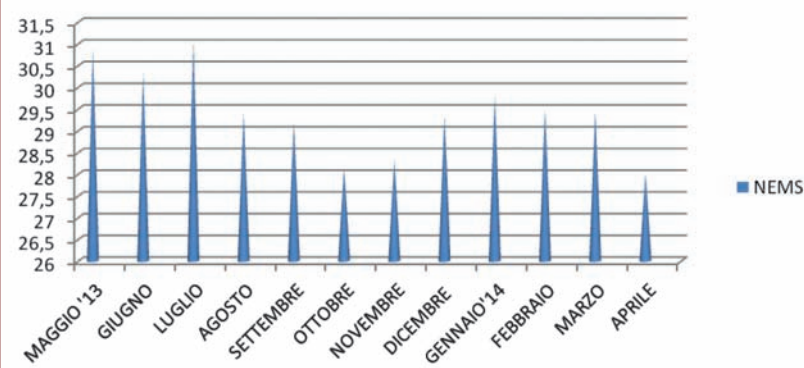
RISULTATI

I pazienti ammessi per il periodo dal 1 maggio 2013 al 30 aprile 2014, oggetto dello studio Nems presso la Ti sono risultati essere 431, con un età compresa tra 15 e 94 anni (media 63.6), mediana 66. Il tasso di occupazione è dell'87.79%, indice di rotazione del 48.78%, degenza media 6,57 giorni, tasso di mortalità, 14.61%. Su 431 malati, 309 sono stati trasferiti presso reparti dell'Ao, 126 risultano essere dimessi presso altri ospedali, generalmente di competenza territoriale (il malato era residente nell'area territoriale di quell'ospedale) o presso centri di riabilitazione.

In quest'arco temporale sono stati analizzati, con il Nems, 396 pazienti su 431, con un'aderenza allo studio del 91,87%. Su 396 malati oggetto dello studio, 49 sono risultati politraumi (12,37%), 138 pazienti chirurgici (34,84%), 118 pazienti neurochirurgici (29,82%) e 92 pazienti con patologie mediche (22,97%).

Il Nems complessivo dei 12 mesi è del 29,47 (deviazione standard $\pm 0,167$), con

Grafico 1. Andamento NEMS Medio Mensile



andamento nei turni lavorativi per il turno del mattino 29.58 (D.S. $\pm 1,114$), per il turno del pomeriggio 29.56 (D.S. $\pm 1,166$) e della notte 29.28 (D.S. $\pm 0,948$).

DISCUSSIONE

Il Nems è risultato uno strumento flessibile, di rapida compilazione facile impiego ed interpretazione: queste sue caratteristiche lo hanno reso ideale per la valutazione delle necessità assistenziali dei malati della Rianimazione oggetto dello studio.

I dati hanno permesso e dimostrato che l'organico infermieristico sia da adeguare alle necessità dei pazienti. Secondo lo studio Nems vi è una discrepanza tra infermieri in organico e infermieri necessari di 12 unità.

La proposta elaborata dal gruppo di studio e supportata dai vertici del reparto e al vaglio della Direzione Sanitaria medico-infermieristico, vista la difficile situazione economico sanitaria del nostro paese, è di portare il numero di turnisti da tre a quattro unità per ogni turno: tre infermieri assistono sei malati (rapporto

di un infermiere ogni due pazienti e il quarto infermiere assiste tre pazienti, con Nems più basso, inserendo la figura fuori turno, ad orario intermedio diurno, per tutti i turni festivi feriali).

Il Nems, rispetto all'attuale distribuzione, ha indicato, in modo oggettivo, la necessità di inserire in questa tipologia di Rianimazione a nove posti letto, per tutti i turni della settimana (sia festivi che feriali) cinque infermieri turnisti, ed, eventualmente, la figura del fuori turno ad orario intermedio (8.30-15.30), già presente, che non prede in carico i malati, ma supporta gli infermieri turnisti nelle attività straordinarie (tracheotomie, tac assistenza a medici specialisti...). (Tabella 2)

CONCLUSIONI

L'utilizzo della scala Nems ha permesso di determinare il fabbisogno infermieristico all'interno della Terapia intensiva polivalente, di oggettivare il carico di lavoro per poi proporre ai vertici dell'azienda una riorganizzazione delle risorse. Per il raggiungimento dell'obiettivo, importante è stata la sinergia con cui il gruppo infermieristico compatto ha condotto lo studio e il sostegno da parte dei vertici aziendali.

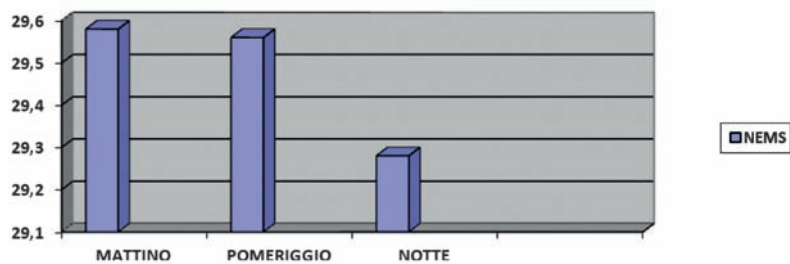
Un adeguamento delle risorse porterebbe ad un netto miglioramento dell'organizzazione all'interno dell'Uo una migliore assistenza infermieristica, soprattutto personalizzata; una distribuzione congrua dei malati secondo complessità, gravità, infezioni; una distribuzione corretta dei carichi di lavoro ed un sicuro

Tabella 2

	ATTUALE DISTRIBUZIONE INFERMIERI	RISULTATO OTTENUTO NEMS	PROPOSTA
MATTINO	3 turnisti + 1 FT	5 + 1 FT	4 + 1 FT
POMERIGGIO	3	5 + 1 FT	4
NOTTE	3	5	4
FESTIVI FERIALI	3 + 1 FT solo mattino	5 + 1 solo mattino	4 + 1 solo mattino

miglioramento dell'outcome dei malati. Va, comunque, sottolineato che sono emerse delle criticità nella rilevazione dei carichi di lavoro con il metodo Nems, in quanto viene esclusa tutta una parte di assistenza infermieristica che impegna enormemente l'infermiere, come: l'incontinenza fecale, la somministrazione di perette evacuative, il cavo orale. O attività eseguite per più di tre volte al giorno: la rilevazione del peso dell'attività svolta attraverso uno strumento esterno poiché non si è dotati di letti con il peso e, per necessità clinica, all'interno di questa Uo, i malati si pesano quotidianamente, il delirium in Ti e altro ancora. Andrebbe, perciò, aggiunto alla rilevazione dei carichi di lavoro con il metodo Nems, il metodo Nas (*Nursing Activities*), strumento più specifico e più complesso da compilare, ma che darebbe un peso diverso all'assistenza erogata al pa-

Grafico 2. Andamento punteggio NEMS nei tre turni lavorativi



ziente come il monitoraggio evacuazioni, igiene, mobilitazione sostegno e cura dei pazienti e dei parenti. La rilevazione quotidiana andrebbe eseguita sia per il Nas che per il Nems su sistemi software dedicati inviati alla Direzione Infermieristico-Sanitaria, come, peraltro, avviene in molti ospedali di secondo/terzo livello del Piemonte per l'elaborazione dei dati e per un continuo adeguamento delle risorse.

AUTORE:

Valentina Maggiora, infermiera di Terapia Intensiva Rianimazione Azienda ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria.

Un sincero ringraziamento a quanti hanno permesso e sostenuto lo svolgersi di questo studio e, in particolare, al gruppo infermieristico che vi ha collaborato in modo attivo e professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Urso A, Colombo S, Votta R, *Complessità assistenziali in T.I. Agorà* (Collegio Ipvsvi di Como), n. 34, marzo 2007.
- Wiskow C, *I metodi per la determinazione dei carichi di lavoro infermieristico finalizzati alla definizione del fabbisogno di personale infermieristico*. Professioni infermieristiche, I parte gennaio-marzo.
- Bertarelli D, *Coordinamento assistenziale: adozione e sperimentazione del metodo Nems in Uti*. L'infermiere, 2010.
- Saiani L, *Atti dei congressi nazionali Aniarti*. 1998.
- Ferrari B, *Rilevazione dei carichi di lavoro in Rianimazione e Terapia intensiva*. Coordinamento nazionale dei Caposala Regione Emilia Romagna, 2009.
- Utilizzo dei sistemi di rilevazione Nems e Nas (Nursing Activities Scores) per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente*, AO San Gerardo Monza Lucchini, 2008.
- Miranda D.R, Moreno B, Lapichino G, *Nine equivalent of nursing manpower use score (Nems)*. Intensive Care Med, 1997.
- Basile J, *New strategies for improving heart failure management: a primary care perspective*. South Med J, 2001.
- Archibald L.K, Manning M.L, Bell L.M, Banerjee S, Jarvis W.R, *Patient density, nurse to patient ratio and nosocomial infection risk in a pediatric cardiac intensive care unit*. The pediatric infectious disease journal. 1997.
- Bernat A.A, Abizanda Campos R, Yvars Bou M, Quintana Bellmunt J, Gascó Garcia C, Soriano Canuto M et al, *Care work load in critical patients. Comparative study Nems vs Nas*. Enferm Intensiva, 2006.
- Bray K, Wren I, Baldwin A, St Ledger U, Gibson V, Goodman S, Walsh D, *Standards for nurse staffing in critical care units determined by: The British Association of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College of Nursing Critical Care and In-flight Forum*. Nurse Critical Care, 2010 May-Jun.
- Buckley T, Short T, Row bottom Y, Oh T, *Critical incident reporting in the intensive care unit*. Anesthesia 52: 403-409. 1997.
- Cimiotti J.P, *Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia*. Critical Care, 2007; 11:154 Temistocle study. Am Heart J, 2003.
- Endacott R, *Staffing intensive care units: a consideration of the contemporary issue*. Intensive and Critical Care Nursing, 1996.
- Gina (*Global Initiative for asthma-national institute of health-Usa-The world health Organization- Who*), Gold, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*, time to act.NHLBI/WHO Workshop Report 2001 e successivi aggiornamenti. Eur Respir J, 2001.
- Kiekkas P, Brokalaki H, Manolis E, Askotiri P, Karga M, Baltopoulos G, *Fever and standard monitoring parameters of Icu patients: a descriptive study*. Intensive Crit Care Nurs, 2007 Oct; 23(5):281-8. Epub 2007 may 24.
- Kovner C, Gengen P.J, *Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospital*. Image, journal of nursing Scholarship, 1998.
- Mackinnon E, Clarke T, England K, Burr G, Fowler S, Fair service L, *Intensive Care Nursing Staffing Review*. Sydney, Australia: Central Sydney Area Health, 1998.
- Maurer W.G, Walsh M, *Viazis Digestion Basic requirements for monitoring sedated patients: blood pressure, pulse oximetry, and Ekg*, 82(2):87. 2010.
- McGain F, Cretikos M.A, Jones D, Van Dyk S, Buist M.D, Opdam H, Pellegrino V, Robertson M.S, Bellomo R, *Documentation of clinical review and vital signs after major surgery*. Med J Aust, 2008.
- Pinsky M.R, *Cardiovascular issues in respiratory care*. Chest. 2005 Nov; - Reis Miranda D, Moreno R, lapichino G, *Nine equivalents of nursing manpower use score (Nems)*. Intensive care med, 1997.

Ebola in Italia un'esperienza formativa

di Fabio Di Giambattista

ABSTRACT

Lo scopo del presente lavoro è di descrivere l'esperienza maturata nell'assistere il primo caso di Ebola in Italia.

All'interno dell'articolo sono riportati i vari processi lavorativi che hanno rappresentato il percorso svolto da tutta l'equipe infermieristica, dalla fase di formazione all'assistenza e al trasporto, fino alla gestione del paziente.

Al termine dell'articolo sono inseriti gli elaborati di alcuni colleghi che ben rispecchiano il vissuto, facendo comprendere quanto questa esperienza sia stata qualificante professionalmente e coinvolgente dal punto di vista emotivo.

INTRODUZIONE

Nel continente africano, la recrudescenza della Malattia da Virus Ebola (Mve) dal primo semestre dello scorso anno e la concomitante comparsa di nuovi casi in Nigeria (con la quale l'Italia è collegata con voli diretti tri-settimanali), hanno indotto il ministero della Salute ad alzare il livello di attenzione su tutto il territorio nazionale.

In questa prima fase, si sentiva lontano l'arrivo di un viaggiatore contagiato da Mve, in ragione degli strettissimi controlli sanitari predisposti dalle autorità nigeriane e italiane negli aeroporti.

Tuttavia, la collaborazione della comunità internazionale, compresa l'Italia, nei Paesi colpiti dal fenomeno Mve (Congo, Guinea-Conakry, Liberia, Nigeria, Sierra Leone) ha evidenziato che la possibilità di eventuali rimpatri di personale cooperante, contagiato o con sospetto di contagio, era possibile.

Si è potuto così aver modo di ricoverare

all'ospedale Spallanzani due casi di operatori sanitari (risultati poi negativi) che erano stati a contatto con un soggetto affetto da Mve. Contemporaneamente, arrivavano notizie riguardanti infermieri che si erano infettati (in Spagna e Stati Uniti) durante l'assistenza fornita a contagiati.

Lo Spallanzani, pertanto, ha predisposto l'attivazione della reperibilità per i membri della *task force* (medici e infermieri) e riprese sedute di addestramento teorico/pratiche per raggiungere il miglior livello possibile di operatività, minimizzando al massimo i rischi derivanti da un'attività straordinaria e di potenziale alta contagiosità.

FORMAZIONE, TRASPORTO ISOLAMENTO IN OSPEDALE

Formazione

Nel nostro istituto, dal 2001, è iniziata la formazione teorica/pratica del personale infermieristico dedicato al trasporto e assistenza dei pazienti affetti da malattie emorragiche, con costanti *re-training* e aggiornamenti (giova ricordare che la trasmissione del virus avviene per contatto diretto con cute/secreti/escreti/droplet). Le esercitazioni pratiche sono state svolte sia in sede che presso l'aeroporto militare di Pratica di Mare a Roma, in sinergia con i colleghi dell'Aeronautica. Inoltre, al porto civile di Civitavecchia, è stata fatta una simulazione d'isolamento/prelievo e trasporto di casi sospetti a bordo di una nave. Quest'operazione ha visto coinvolti diversi organismi statali e non (Marina, Esercito, Protezione Civile, Croce Rossa, Vigili del Fuoco, Polizia di Stato... E noi, naturalmente).

Elemento centrale del trasporto è l'ambulanza. L'Inmi ne ha in dotazione due. (Figura 1)



Figura 1

Tali veicoli hanno un requisito "atipico" rispetto a quelli contemplati dall'attuale normativa in materia di ambulanze e di soccorso per emergenze speciali.

Sono la risultante di modifiche tecniche che, in ragione del loro impiego, sono state formulate e approvate da apposita Commissione costituita da tecnici del Dipartimento di Protezione Civile, infettivologi e medici esperti in organizzazione sanitaria e sanità pubblica, anche del nostro istituto.

Il mezzo è costituito da tre vani (Figura 2): guida, tecnico e sanitario.

Il vano guida ospita l'autista ed eventuali due passeggeri; quello tecnico il *team leader* ed è dotato di telefono veicolare, radio Vhf-Uhf, computer, stampante, monitor dove arrivano le immagini riprese da una mini telecamera puntata sul paziente e numerosi armadietti dove sono collocati materiali d'uso; il vano sanitario, isolato dal vano tecnico con cui comunica con sistema viva voce e, in caso di necessità, con un sistema di tubi a chiusura ermetica per il passaggio di materiali (Figura 3). Qui, siedono quattro infermieri addetti al trasporto e la barella isolatore, denominata *Stretcher Transit Isolator* (Sti).

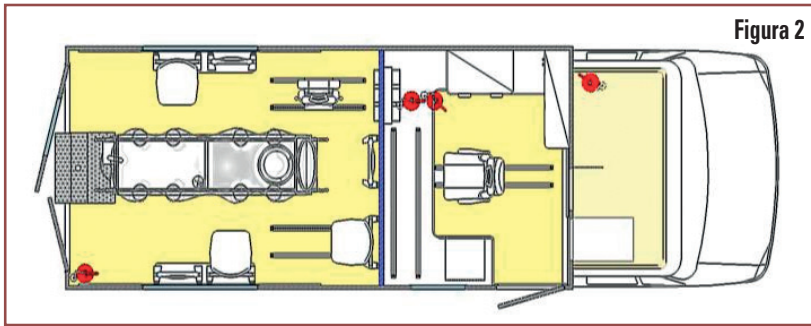


Figura 2



Figura 3

tà ad operare sul paziente attraverso la barriera rappresentata dall'isolatore, questi deve essere preventivamente preparato con tutti i materiali che potrebbero tornare utili durante il trasporto, posti al suo interno.

Lo Sti, isolatore a pressione negativa utilizzato per il trasporto di pazienti su mezzi gommati (ambulanze), è rivestito da un sacco contenitivo in Pvc (*envelopes*) costituito da:

- otto fori laterali (quattro per lato) dotati di manica con guanto sostituibile, per permettere le operazioni di trasbordo e di assistenza del paziente;
- un foro ovoidale, posto all'estremità podale, per permettere l'ingresso/uscita del paziente;
- due bocchette d'immissione e aspirazione di aria che è garantita da due ventilatori alimentati a batteria e dotati di filtri Hepa nella parte caudale del sacco;
- un foro nella parte superiore che, grazie ad una particolare tecnica, permette di trasferire, per una sola volta, eventuale materiale (medicinali/presidi) all'interno del-

l'isolatore. E, attraverso piccoli coni di accesso, si può far passare, ad esempio, un tubicino necessario per erogare ossigeno, ma solo se preventivamente allocato.

Verifiche importanti sono state: il controllo della tenuta degli elastici che garantiscono la chiusura ermetica dei vari fori di accesso; il corretto funzionamento dei ventilatori; il corretto alloggiamento dei filtri Hepa; la verifica della carica delle batterie; il corretto ancoraggio del sacco isolatore al telaio della barella; il controllo del funzionamento delle ruote e del meccanismo di ripiegamento della barella; la preparazione del materasso su cui sarebbe stato sistemato il paziente.

Tutti i preparativi sono stati ultimati la sera del 24 novembre e l'appuntamento per recarci a prendere il paziente presso l'aeroporto militare di Pratica di Mare è stato fissato per le 4 del giorno dopo. Al momento della partenza dall'Istituto, si è costituito un convoglio formato dai mezzi delle forze dell'ordine (preziosi per l'apertura di un canale stradale sulla via del ritorno) e dei Vigili del fuoco. Raggiunta la destinazione, siamo stati accolti dal responsabile medico della base militare che ci ha accompagnati nell'area prevista per lo sbarco del paziente. All'arrivo dell'aereo e una volta spenti i motori, il personale dell'aeronautica provvedeva allo sbarco del paziente adagiato nell'*Aircraft Transit Isolator* (Ati, corrispettivo del nostro Sti) utilizzato per il trasporto in aereo.

Il mezzo è dotato d'impianto O₂, aria compressa, pompa del vuoto, serbatoi acque chiare, generatore di corrente 220 V. Altra particolarità è la dotazione di sospensioni modulabili per abbassare e alzare l'assetto del veicolo facilitando così, il carico e lo scarico dello Sti che ha un peso a vuoto di oltre 50 Kg. (Figura 4)

Il trasporto in biocontenimento

La mattina del 24 novembre 2014 il nostro istituto ha ricevuto, tramite i canali predisposti dal Ministero, l'allerta per il possibile rimpatrio di un operatore sanitario dell'organizzazione Emergency, proveniente dalla Sierra Leone, con confermata positività al virus Ebola.

L'Unità di Crisi dello Spallanzani si è, quindi, attivata per accogliere il paziente. Il primo step per il gruppo incaricato del trasporto in biocontenimento è stato quello di allestire l'ambulanza con i presidi necessari e secondo le indicazioni del coordinatore dell'Unità di Crisi dell'Inmi basate sulle notizie inerenti allo stato clinico del paziente, seguendo le norme previste dai protocolli e dalla checklist predisposta per verificare il funzionamento di tutti gli apparati e delle dotazioni di bordo.

Ciò è importante poiché, data la difficol-



Figura 4



Figura 5

Per il trasbordo in sicurezza del paziente dall'Ati allo Sti, i due *isolator* sono stati posti in modo che ai due fori ovoidi d'ingresso/uscita potesse applicarsi un tunnel di collegamento in Pvc, fissato con appositi elastici. (Figura 5)

Una volta verificata la tenuta del collegamento, acceso il ventilatore di aspirazione e rimosso il tappo dell'Ati dall'interno dello stesso, il paziente, posto su di un apposito telo, è stato fatto scivolare dall'Ati verso lo Sti. Dopo sigillatura con due robuste fascette di plastica, il tunnel di collegamento è stato tagliato in modo che entrambi gli isolatori fossero sigillati.

Tuttavia, a maggior garanzia, sull'oblò d'ingresso è stato posto un altro tappo. Non appena caricato lo Sti sull'ambulanza, è iniziato il viaggio di ritorno verso l'ospedale, durante il quale, date le "discrete" condizioni del paziente, abbiamo iniziato con lui un dialogo per sondare il suo stato emotivo oltre che per acquisire informazioni necessarie al ricovero. L'arrivo in istituto è stato accolto da numerosi giornalisti assiepati all'ingresso e tenuti fuori dal perimetro dell'ospedale da un cordone di polizia.

Seguito il percorso identificato per raggiungere la stanza di degenza, attraverso un ascensore dedicato siamo entrati nel reparto d'isolamento. Trasferito a letto il paziente, è stato riposizionato il tappo di sicurezza allo Sti per poterlo met-

tere in sicurezza in un deposito attiguo dove, in seguito, è stato sanificato.

Nei giorni successivi, a causa del peggioramento delle condizioni cliniche, il paziente è stato trasferito nella rianimazione dell'istituto, in una stanza predisposta, per garantirgli l'assistenza respiratoria meccanica. Per l'occasione, lo staff dei trasporti è stato messo a dura prova, dovendo affrontare una situazione difficile poiché il paziente presentava una severa sindrome diarroica, *distress* respiratorio, stato confusionale e un'elevata viremia che innalzava il rischio di contagiosità. Per questi motivi, lo Sti è stato allestito con bombola di O₂, pulsiossimetro e teli cerati.

Dopo alcuni giorni, le condizioni del paziente sono migliorate a tal punto da farlo uscire dalla terapia intensiva. Anche in questo caso, è intervenuta la squadra dei trasporti che ha eseguito a ritroso, quanto era stato fatto all'andata.

Le differenze riscontrate tra i tre diversi momenti che hanno coinvolto la squadra trasporti non sono state soltanto riconducibili ad aspetti tecnici, ma anche emotivi.

Nel primo trasporto, dall'aeroporto all'ospedale, l'ansia di commettere errori e di poterci contagiare ha garantito un elevato livello di concentrazione a tutta la squadra donando alla stessa, paradossalmente, una serenità operativa con la consapevolezza del fatto che, data la

collaborazione del paziente, il trasferimento sarebbe stato agevolato. Nei successivi trasporti ci sentivamo più sicuri, vista l'esperienza precedente, nonostante la pericolosità per il contagio fosse notevolmente maggiore date le gravi condizioni del paziente.

Isolamento

Per la gestione del caso, lo Spallanzani ha previsto due soluzioni in grado di soddisfare le diverse necessità assistenziali: una per la degenza ordinaria (reparto dedicato, con stanze provviste di vari comfort, circuito chiuso dell'aria con n.12 ricambi/ora, circuito audio/video collegato con la medicheria per un monitoraggio h24) ed un'altra per la degenza in rianimazione (stanza con postazione di lavoro "a vista" sul paziente, circuito audio/video, percorso di svestizione con possibilità di doccia di pulizia). In via di ultimazione una terza soluzione, totalmente distaccata dal corpo dell'ospedale, che racchiude in sé entrambe le caratteristiche.

L'ASSISTENZA

Come detto, la formazione ricevuta e l'aggiornamento costante dei protocolli sono stati preziosi per superare le inevitabili problematiche che un caso vero ci ha presentato, ad iniziare dall'aspetto della tensione con cui si sono svolte le varie fasi di vestizione e/o d'assistenza diretta.

In ciò, si è rivelato fondamentale il lavoro di equipe, dove sia l'infermiere sia il medico, pur provenendo da realtà lavorative diverse all'interno dell'Istituto e dovendo concentrare le attività da svolgere nel più ristretto numero d'ingressi possibile, si sono messi a disposizione l'uno dell'altro, consentendo di superare il momento d'impasse. **E di momenti veramente difficili se ne sono attraversati.** Per circa quindici giorni si è temuto il peggio.

Dai grafici allegati, in particolare quello estratto dalla scheda multidimensionale in uso presso il nostro *hospice*, si può evincere come, all'aumentare dei sintomi, sia corrisposto un aumento di tempo

d'assistenza diretta infermieristica (non comprensiva di quella medica) e della complicità emotivo/psicologica del paziente il quale, come medico infettivologo, era consapevole dell'aumentato rischio di morte. L'equipe di assistenza, composta da dieci infermieri e dieci medici tutti turnanti in cinque giorni (volontari e di lunga esperienza nell'ambito delle malattie infettive, con possibilità di sostituzioni per entrambe le figure), è stata modulata in ragione delle necessità d'assistenza, partendo da una maggiore presenza medica nella prima fase di ricovero (1+2 vista la quasi autonomia del paziente), per poi passare a un 2+2 (con

l'inserimento di un rianimatore) durante la fase critica, per terminare con un solo infermiere e un medico reperibile poco prima della dimissione.

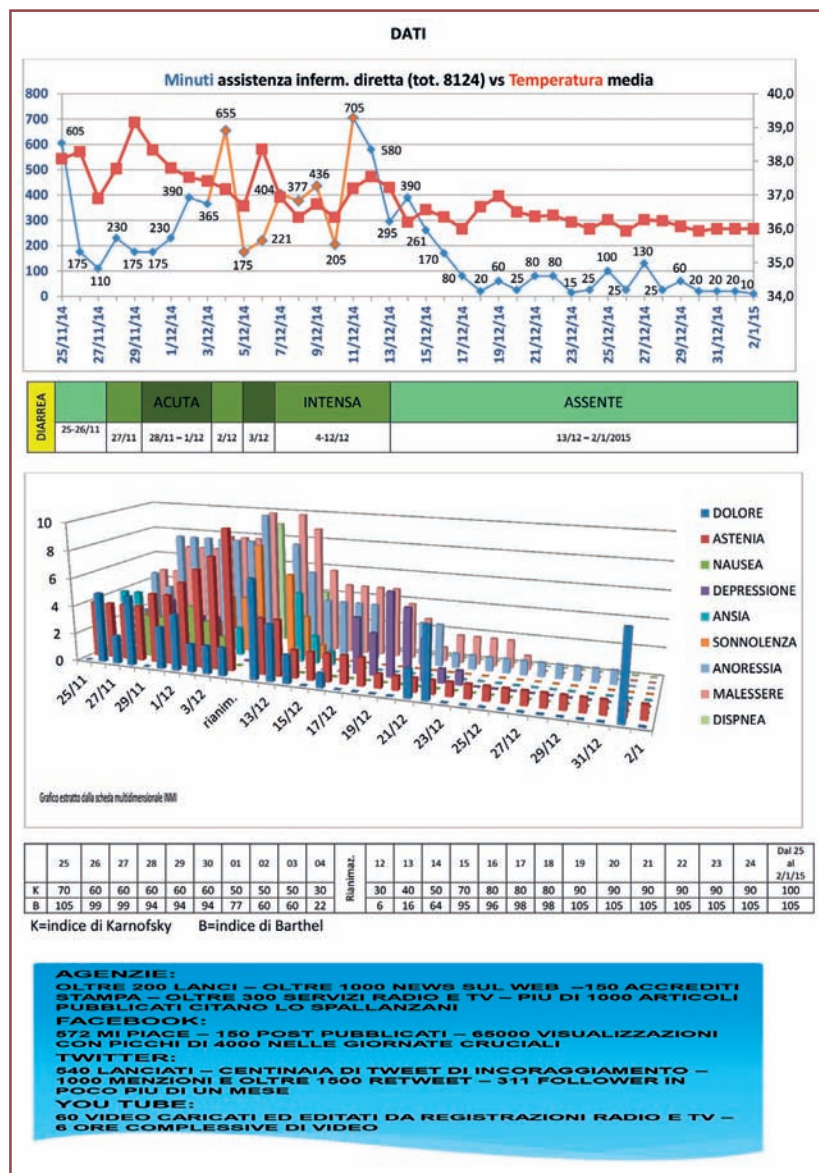
Un punto ritenuto critico per un'eventuale contaminazione è certamente la fase di vestizione/svestizione. L'elemento chiave è stato la figura del *tutor* esterno (indifferentemente svolto dall'infermiere o dal medico in turno) che aveva il compito di seguire la vestizione (in special modo attento a che ogni parte della cute fosse coperta), controllare il tempo di permanenza nella stanza e dettare i passaggi della procedura di svestizione, mentre irrorava d'ipoclorito i vari Dpi in-

dossati. La vestizione prevedeva l'utilizzo, in sequenza, di stivali di gomma, tuta completa idrorepellente con cappuccio, doppi guanti lunghi di tipo ginecologico (uno sotto e uno sopra la tuta), mascherina FFP3, due diversi sistemi per la copertura del volto: cappuccio a mantellina con utilizzo di occhiali *goggles* (questo sistema ha presentato talvolta delle criticità legate al tempo di indosso che genera una eccessiva sudorazione con conseguente possibile appannamento (utile l'utilizzo di spray antiappannante) e una sporadica ipoventilazione); oppure un casco Papr (*Powered Air Purifying Respirator*) che prevede l'utilizzo di un motore (dotato di filtro) per una ventilazione interna forzata (sistema utilizzato per le procedure invasive/aerosolizzanti o perché previsto un tempo lungo di permanenza nella stanza, sicuramente più confortevole, che necessita, però, di una sanificazione attenta e più lunga rispetto ai *goggles*), grembiule plastificato (utilissimo specialmente durante la fase di diarrea profusa (foto in allegato). La svestizione, svolta all'inverso della vestizione, è dettata e seguita attentamente dal *tutor* esterno.

La sanificazione, incentrata sull'utilizzo dell'ipoclorito di sodio 5% g/l, a due diverse diluizioni (0,5% g/l per la sanificazione dei presidi riutilizzabili, dei contenitori rigidi utilizzati per lo smaltimento dei rifiuti e per l'irrorazione durante la svestizione; allo 0,05% g/l per la disinfezione delle mani dopo la rimozione dei guanti). Per la sanificazione della stanza di degenza, durante il ricovero, è stato utilizzato l'ipoclorito di sodio allo 0,5% g/l.

Dopo la dimissione del paziente, si è proceduto con la rimozione e sanificazione dei materiali recuperabili, lo smaltimento degli effetti lettereci (previa sanificazione e successivo autoclavaggio), mentre la stanza ha subito un primo trattamento a base d'ipoclorito sempre al 5% g/l e una successiva fumigazione con prodotto idoneo.

A garanzia della corretta procedura effettuata, sono stati eseguiti, in tempi diversi, tamponi ambientali in più punti



della stanza che hanno escluso ogni presenza di virus.

Altro aspetto che ha determinato la buona riuscita dell'assistenza sono state le collaborazioni interne (il personale di vigilanza che, presidiando l'ingresso dell'area dedicata, ci ha consentito di non avere intralci dai curiosi; i virologi con i quali si sono potuti concordare i tempi d'invio dei campioni prelevati; i dirigenti dei servizi di economato e di farmacia che, con solerte attenzione, ci hanno fornito i materiali richiesti).

Da ultimo, ma non certo per importanza, ha rivestito un aspetto determinante la gestione dell'emotività: ognuno di noi ha, nel proprio intimo, un modo differente di gestire le tensioni, ma il sentirsi parte di un gruppo che condivide le tue stesse preoccupazioni facilita il superamento delle stesse. Abbiamo così attivato una linea di comunicazione attraverso la quale scambiarsi messaggi di ogni genere, dal pesante turno lavorativo fatto, alla felicità di una risposta negativa ad un prelievo eseguito.

MATERIALI E METODI

Si è deciso di elaborare questo articolo scegliendo un disegno di studio retrospettivo attraverso l'utilizzo della cartella clinica e infermieristica del paziente 0. Tutti i dati raccolti durante il periodo di degenza sono stati illustrati, riconsultati, visionati e valutati da tutto il gruppo infermieri della *task force*.

Oltre alla parte descrittiva dell'assistenza al paziente, alle procedure e protocolli riguardanti il trasporto e l'assistenza al paziente in Alto Isolamento, per la raccolta dati abbiamo utilizzato anche strumenti quali: la scheda di Valutazione Multidimensionale del nostro *hospice*; l'indice di Barthel; la scala di Karnofsky; la scheda giornaliera di rilevazione parametri e il diario infermieristico giornaliero del paziente.

Alcuni componenti del gruppo hanno raccolto ed inserito tutti questi dati in tabelle (*database*) dalle quali sono stati generati i grafici allegati.

Il nostro elaborato ha dato così dei valo-

ri numerici che speriamo possano essere utili per stimolare successivi studi sull'assistenza ad un paziente in Alto Isolamento.

CONCLUSIONI

La conclusione è affidata al pensiero e alle emozioni che alcuni elementi del gruppo hanno voluto esternare, allo scopo di far comprendere quanto questa esperienza sia stata vissuta pienamente.

Vogliamo ringraziare quanti hanno dimostrato il loro concreto apprezzamento per il lavoro svolto, a cominciare dalle figure Istituzionali (Presidente della Repubblica, Ministro della Salute, presidente della Regione Lazio, Commissario straordinario per lo Spallanzani) per poi passare a quelle interne al nostro istituto (colleghi e amici). Nonché, a quanti hanno avuto "paura" di noi...

"Questa esperienza ci ha sicuramente arricchito dal punto di vista professionale e ci ha gratificato del duro addestramento teorico/pratico svolto negli anni precedenti. Inoltre, il clima di fattiva collaborazione tra tutti i componenti della task force, ha permesso che questa esperienza diventasse una 'piacevole esperienza' raggiungendo il massimo del risultato ottenibile ed ha dimostrato come sia possibile e gratificante, adottare un nuovo modello organizzativo basato sul lavoro di equipe interdisciplinare".

Mario, Nicola e Paolo
(incaricati del trasporto)

"E' iniziato tutto il 3 dicembre 2014, mi ero preparata attraverso la simulazione già da agosto ma, stavolta, era tutto vero, era arrivato il paziente 0 ed io ero lì... Sarei stata capace di affrontare i mille dubbi, le mille paure? Sarei stata capace di lavorare in modo efficace senza cadere in errore? Ero veramente pronta o l'adrenalina mi avrebbe giocato un brutto scherzo? Avevo un nodo alla gola, mi sudavano le mani, mi tremava la voce, mi ripassavo mentalmente la procedura, mi ripetevo: 'Devi stare calma', mi ripetevo che: 'non sei sola', 'sei stata formata, puoi farcela'. La cosa più difficile?

Lo stress mentale, costante, di sentirsi in qualche modo sempre circondato da un virus così nuovo, così letale. Bisogna indossare scrupolosamente l'equipaggiamento protettivo: io controllo il mio collega, lui controlla me, un controllore controlla entrambi. Si lavora in equipe, medici e infermieri: un sodalizio magico, speciale, un rapporto di fiducia e di rispetto. Si lavora insieme e non per compiti, per svolgere un lavoro estremamente duro, sia dal punto di vista fisico che psicologico. Mai staccare la mente, ripetere fino alla nausea la procedura di svestizione (la più pericolosa poiché potenzialmente infetta), non perdere mai la calma: la tecnica da sola non basta e non ti rende più sicura. Prendere coscienza che non è un'esercitazione, ma la realtà. In quella stanza di alto isolamento c'è Ebola, virus che uccide. Pensi e ripensi alla tua scelta volontaria di far parte della task force '... E se avessi sopravvalutato la mia preparazione? E se m'infettassi? E se infettassi la mia famiglia?...'. La paura mi blocca un po' la mente e il corpo, faccio un respiro profondo. Entro. Inizia la mia avventura. L'impatto emotivo è fortissimo: la tuta mi rende goffa, impacciata, avanzo verso il paziente. Mi presento, provo a comunicare con lui, ma non è facile superare la paura 'Ebola', cerco di rimanere calma. Mi muovo lentamente, controllata dal mio collega e dalla mia dottoressa; osservo attentamente ogni procedura: disinfecto i guanti ogni volta che eseguo una manovra... Mi ripetono in continuazione di disinfettare i guanti... Rimango con le mani abbassate per non sporcarle e per non sporcarmi, osservo il mio collega. Avendo iniziato l'assistenza una settimana dopo i miei colleghi, ho subito vissuto la fase di aggravamento clinico di Fabrizio: non ho avuto il tempo di abituarci al decorso della malattia, alla febbre alta, alla diarrea profusa, alla crescente insufficienza respiratoria. Mi sentivo quasi inutile. Sono infermiera da tanti anni e mi sentivo come se stessi camminando su un campo minato. Cercavo gli sguardi della mia squadra, ma non mi

erano di conforto, purtroppo. Mi sentivo stordita. Siamo rimasti nella stanza per più di un'ora: quando sei dentro, non ti rendi conto del tempo che scorre via, cerchi di fare tutto, cerchi di non far sentire solo e perso il tuo paziente... Una volta eseguita la svestizione, ho avuto l'esigenza di fare una doccia, come per scrollarmi di dosso quel senso di mancanza che avevo avvertito. Ho esternato questa mia sensazione alla squadra e loro mi hanno capito, la dottoressa mi ha abbracciato e mi ha detto: 'Loredana, sei stata brava'. Non so se erano le parole che volevo sentirmi dire, ma sono stata meglio, mi sono sentita pronta... Ero pronta.

Poche ore dopo, Fabrizio è stato trasferito in rianimazione: non so spiegare il dolore che ho provato vedendolo intubato, con rabbia ho battuto i pugni contro un vetro. Non doveva finire così, non bisognava smettere di lottare, non bisognava lasciarlo andare.

La permanenza in rianimazione è durata sette giorni. Giorni difficili, giorni dove la terapia sembrava non avere effetto, dove cercavo di essere positiva e, quando entravo da Fabrizio, gli stringevo forte la mano e lo incitavo a non mollare. Ho acquisito una sorta di autocontrollo, nuove tecniche e manovre assistenziali che non conoscevo. Ho capito che, se la mente rimane serena, si lavora meglio e si vivono meglio i momenti di sfiducia. Quando Fabrizio è stato estubato, devo ammetterlo: mi sono commossa. Ho provato una sensazione di vita, di gioia, di forza... Ho preso il citofono e gli ho urlato: 'Dai Fabrizio, ce l'abbiamo fatta!'. E' davvero strano come ci si possa legare a una persona che non conosci, ma Fabrizio aveva suscitato in me diversi sentimenti. Volevo vederlo stare meglio, non farlo sentire solo, non farlo sentire sconfitto. Io ero lì anche per questo, incitarlo a reagire e a dargli un po' della mia speranza. Non ho la presunzione di credere di avergli salvato la vita, ma sono certa che l'incoraggiamento, la mia risata e le mie continue chiacchiere gli abbiano dato una spinta. Lui ci ha messo il resto. Vorrei fi-

nire prendendo a copia le parole di Cecilia Strada, mentre stringo forte la mano della mia collega: 'Quanto sono belli i sorrisi degli infermieri dello Spallanzani mentre salutano Fabrizio, sorrisi di affetto e di giusto orgoglio'".

Loredana De Marchis

"Spruzzatevi le mani. Il 25 novembre, fine turno del reparto. Arriva la comunicazione da parte del Sai che sta arrivando, dalla Sierra Leone, il primo caso per noi italiani di un connazionale affetto da Ebola. Ecco ci siamo! Primo pensiero: 'Speriamo di non fare cavolate!'. Secondo pensiero: 'Non abbassare mai la guardia!'. Terzo pensiero: 'Tranquilla, sai gestire un malato di malattie infettive, conosci il nursing quindi non devi aver paura!'. Poi, devi entrare! Il primo contatto con Ebola.

La vestizione: prima la tuta, poi le mascherine FFP3 e quel... mantello in testa, che ti copre fino al petto, i Goggles sopra gli occhiali. Altro che depersonalizzazione da divisa! Entri camminando impacciata, la respirazione corta a causa della doppia mascherina e in più i Goggles. Hai voglia a mettere lo spray antiappannante sui Goggles e sugli occhiali!...Entri in stanza e F., nonostante la febbre altissima (ha quasi 40 !), è vigile. Già dal secondo-terzo giorno inizia la diarrea e il vomito.

Entri, sei in turno con due medici che sai essere i migliori, ma che di nursing possiedono necessariamente conoscenze approssimative. Ti aiutano e capisci in quel momento che state lavorando tutti assieme e non ci sono diversificazioni di ruoli. Sono i nostri medici dello Spalli!!! Comunque, il paziente è spossato dalla febbre, dalla diarrea e dal vomito. Cambi il letto, cambi la biancheria personale del paziente, fai i prelievi, monti la terapia. Svolgi tutte le mansioni che in reparto svolgeresti in un turno completo, ma hai solo pochi minuti! È tassativo: non possiamo rimanere a lungo nella stanza del paziente, per la nostra tutela. Il paziente continua a evacuare e a vomitare. Lo fai bere, nonostante l'idrote-

rapia continua. Inizia a non alimentarsi e i medici decidono di mettergli la parenterale. Tu sai che all'interno c'è il Ringer lattato che sollecita l'evacuazione. Il paziente ha bisogno di proteine e lipidi. Deve, in qualche modo, essere sostenuto con terapie di supporto. Gli chiedo in continuazione se ha bisogno di qualcosa. Vorresti fare, ma il tempo fugge. Una persona con vomito e diarrea persistente, 39.8 gradi di tc non può essere lasciato da solo. Invece, devi uscire. Fuori c'è l'altro medico vestito di tutto punito che, con l'innaffiatoio carico d'ipoclorito di sodio, controlla e aspetta che tu esca per farti la doccia con ipoclorito allo 0,5%. Nell'attesa, da dietro la porta, ti segue, ti ricorda le cose importanti da fare: terapia, prelievi, Ecg e quant'altro e, nel frattempo, ti urla: "Stai attenta! Spruzzati! Spruzzati le mani con l'ipoclorito di sodio! Spruzzati le mani con l'ipoclorito di sodio!". Ti dice che è ora di uscire, ma tu non hai ancora finito. Lui non sente ragioni. Ed esci. Quante storie: in fin dei conti sarà un quarto d'ora che sono entrata! Invece, è trascorsa quasi un'ora e a volte anche molto, molto di più!

Finalmente, dopo qualche giorno arrivano altri colleghi in turno. Il turno adesso è composto di due medici e due infermieri. Le coppie non sono casuali. Io, disordinata e frettolosa, sono accompagnata da Gianni, ordinato e tranquillo. L'assistenza diventa più fluida. Anche se la prima volta che entra il collega, ti senti un po' responsabile che non si faccia male e ti viene naturale guidarlo nei movimenti. Fortuna che è un tipo tranquillo e non se la prende! Nel frattempo, fuori ci sono due medici. Uno è dietro la porta sempre vestito, pronto per farti una doccia di cloro quando esci, o eventualmente ad entrare se ne avessimo bisogno. L'altro è alla consolle in medicheria. E insieme urlano: "Spruzzatevi con l'ipoclorito! Spruzzatevi con l'ipoclorito! Hai toccato il letto, hai toccato il paziente, hai toccato quell'altro, spruzzatevi con l'ipoclorito! Spruzzatevi con l'ipoclorito!". Intanto, il paziente continua a de-



saturare e non c'è modo di fargli tenere l'ossigeno nemmeno quando siamo noi nella stanza. Desatura... desatura. Bisogna portarlo in rianimazione, sedarlo e farlo ventilare meccanicamente. Lo spazio adibito per l'Alto Isolamento non è proprio confortevole e le diverse vestizioni si trovano a dover coesistere. Gli anestesisti usano i caschi. A guardarli, sembrano dei cosmonauti, noi invece continuiamo con il nostro metodo. Il pa-

ziente continua ad avere diarrea persistente e la paura dell'ulcera da decubito per noi infermieri è costante. Riusciamo ad avere da un altro nosocomio delle sonde rettali per evitare che F. sia continuamente sporco e per prevenire le piaghe da decubito. Muoversi all'interno della rianimazione è difficile, soprattutto per chi ha avuto poca esperienza, con questa. E alcuni di noi proprio nulla. Per fortuna, due colleghi in forza al

C.R. dello Spallanzani e il primario dei medici anestesisti ci affiancano nell'assistenza. È stata una lunga settimana in rianimazione, a cercare una coesistenza tra due diverse realtà di cura. E il nostro paziente, finalmente, piano piano, torna. Torna, prima, a svegliarsi, poi, a respirare autonomamente. Anche questa battaglia F. l'ha vinta!

Anche noi torniamo: si torna su, nel nostro reparto d'isolamento. Il paziente è astenico. Non ce la fa ad alzarsi. Ha il corpo dolorante a causa della posizione forzata sul letto della rianimazione. Ora le feci iniziano a colorarsi di bruno (prima erano biliari). Esultiamo: da lì a 36 ore le feci tornano ad essere formate (rimuoviamo la sonda rettale) e, finalmente, dopo il catetere vescicale riusciamo a togliere anche



quello venoso centrale, messo in rianimazione dagli anestesisti. Solo che alzarsi dal letto è difficile. Allora, lo aiutiamo prima a sedersi sul letto, poi sulla sedia. Gli ricordiamo che deve mettere i piedi per terra, in modo da tornare a prendere coscienza di sé. Mentre fuori il medico strilla: "Spruzzatevi con l'ipoclorito! Spruzzatevi con l'ipoclorito!"

Da quel momento, F. è in continuo miglioramento: Ebola, su plasma e sudore, è ormai negativo da quando stava in rianimazione. La positività è sulle urine. Ci sono voluti più di 20 giorni prima che avessimo il secondo campione di urine negativo. Era il 31 dicembre: erano trascorsi 36 giorni! Alle 18, su per giù, in reparto il medico mi chiama e mi comunica la bella notizia. Al mio: 'Pronto? Alto Isolamento... Lui risponde: 'E' finita!'. Esultiamo, poi lui chiama il paziente per comunicarglielo di persona ed io mi precipito nella stanza di F., ma sempre fuori la porta, a scambiarmi di là dalla linea gialla di confine tra pulito e sporco, la felice notizia. Ancora non possiamo abbracciarci, non posso nemmeno stringergli la mano. E mi ritornano in mente le giornate, ma soprattutto le notti, trascorse dietro la porta del pulito, nonostante potissimo seguirlo dalla telecamera. Ci sembrava di potergli essere più vicini. A guardarlo da dietro la porta del pulito, tra le tendine della sua stanza, nelle sue continue e forsennate corse al bagno temendo che non cadesse, o si sentisse male, tanto da dover entrare immediatamente. Con Ebola l'avverbio immediatamente è bandito. Prima bisogna andare a vestirsi e poi, solo allora, si può entrare. Ebola, anche in questo, ti lascia una frustrazione impotente che solo noi colleghi (tutti i colleghi, senza distinzione di funzioni) conosciamo. Quella di 'voler, poter fare'. Non c'è nulla da fare, perché la malattia deve seguire il suo corso".

Alessandra Coppola

AUTORE:

Fabio Di Giambattista, infermiere Inmi Spallanzani.

LA VIGNETTA *del* MESE



Focus

**Il Collegio Ipasvi a Sanit 2015
Il Cecri al ministero della Salute**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA PROTAGONISTA DELLA XII EDIZIONE DEL FORUM INTERNAZIONALE DELLA SALUTE

Gli infermieri conquistano Sanit

Edizione numero dodici per Sanit, il Forum internazionale patrocinato dal ministero della Salute, che, dal 20 al 22 novembre scorso, ha messo in contatto cittadini, studiosi ed operatori di settore col mondo della salute regionale e non solo. Realtà onlus, enti pubblici e privati.

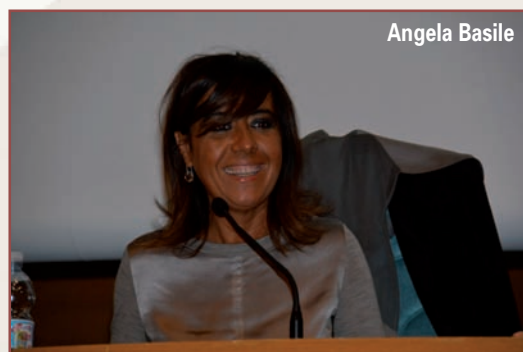
Un'edizione dai grandi numeri soprattutto per l'Ipasvi Roma: nei primi due giorni della kermesse, infatti, tanto l'aula magna dell'auditorium del Palazzo dei Congressi dell'Eur, quanto le altre sedi dedicate, sono state praticamente prese d'assalto da professori, infermieri e studenti di Infermieristica, arrivati da ogni parte della regione per assistere agli eventi formativi voluti dal comitato scientifico del Collegio.

Alla giornata inaugurale, la presidente, **Ausilia Pulimeno**, ha presenziato alla cerimonia d'apertura con le altre autorità intervenute, facendo sentire il suo *endorsement* all'affollato convegno dal titolo: "*Il diritto alla salute dei più piccoli*". Convegno quanto mai azzeccato visto che, quest'anno, l'inaugurazione di Sanit è concisa con la Giornata mondiale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. "Sono felicissima che oggi siate in tanti - ha detto la professoressa **Angela Basile**, rivolgendosi alla platea -. Perché? Perché vorrei che vi fosse chiaro, sin d'ora, che il vostro non sarà solo un lavoro, ma una missione fra la gente. Voi avete scelto di dedicare la vostra vita agli altri, all'accoglienza dell'altro. La vostra prima qualità deve essere, dun-

que, la tenerezza, l'empatia, perchè solo così potrete comprendere le sofferenze ed aiutare il prossimo nel suo percorso di cura. Siamo orgogliosi di tutti voi, perchè la vostra non è una mera scelta professionale e scientifica, ma un cammino, anche personale, che è anzitutto una scelta del cuore. E se parliamo di bambini, poi, questo discorso vale ancora di più".

L'occasione è stata importante anche per discutere di prevenzione e di alcune malattie diffuse in età pediatrica e pre-puberale, come obesità e disturbi alimentari. Al Palazzo dei Congressi, oltre agli incontri, anche convegni a tema e check-up, lezioni di cucina, la possibilità di vaccinarsi gratuitamente, sportelli informativi, specialisti, visite e controlli per sensibilizzare sul tema della prevenzione e sulle malattie cardiache, soprattutto nei ragazzi, sport, attività fisica e alcol. Questo, strizzando l'occhio all'attualità, con i focus sul mondo vegan e sui possibili rischi di un'alimentazione a base di troppa carne rossa.

Il Collegio Ipasvi di Roma continua a distinguersi per la qualità degli eventi proposti e continuando a rilasciare crediti Ecm per formare - e/o aggiornare - gli infermieri romani e non, che, in questo modo, possono apprendere lo stato dell'arte e le novità, perfezionare le proprie conoscenze e capacità, condividere strategie e venire in contatto con i massimi



Angela Basile

esperti delle materie scelte. Tutto, ad ingresso gratuito.

LA PRIMA GIORNATA

Venerdì 20 novembre, riflettori puntati su: "*Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi emergenze in sanità: realtà civile e militare a confronto*". Un tema che ha visto impegnati un gran numero di esperti per entrambe le parti della giornata, dalle ore 9 alle 16.30.

Moderati, nella prima sessione, dal vicepresidente Ipasvi, **Stefano Casciato**, e dal luogotenente **Francesco Campagna**, componente del Comitato Scientifico del congresso e storica figura dell'infermieristica militare, e nella seconda, sempre da Campagna, e dalla consigliera Ipasvi, **Nastascia Mazzitelli**, sono scese in campo le esperienze dei professionisti di settore, quelli dall'ospedale San Camillo di Roma, i rappresentati di Cives, di Emergency e delle quattro forze armate.

Non a caso, accanto agli interventi di apertura della presidente Pulimeno e del vice, Casciato, si è espresso quello del

rappresentante dell'ispettorato generale della sanità militare, Contrammiraglio medico **Gerardo Anastasio**.

Le maxi emergenze sono eventi dannosi e imprevedibili che determinano gravi danni alle popolazioni colpite. Per questo motivo, ai sistemi di soccorso richiedono modalità di intervento diverse da quelle utilizzate nelle situazioni ordinarie. È necessaria un'accurata programmazione che definisca i compiti e le modalità di intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi: quella sanitaria, quella tecnica e quella costituita dalle forze dell'ordine ed armate.

A parlarne, dall'AO San Camillo Forlanini di Roma: **Angelo Orelli**, infermiere coordinatore PO Procedure esercitazioni per le Emergenze e **Roberta Delle Fratte**, infermiere coordinatore Dea Il Livello ("La gestione delle maxi emergenze in ambito civile" e "La formazione per le competenze infermieristiche negli scenari emergenziali civili-il Peimaf"); i consiglieri Ipsvi Roma, **Maurizio Fiorda** e **Gino De Andreis** ("Le esperienze di Cives-Infermieri per l'emergenza"); **Massimo Spalluto** infermiere di Emergency ("Le maxi-emergenze in ambito civile: 'Mass casualty

Plan' e fattore Ebola, l'esperienza di Emergency Ngo"); il primo maresciallo infermiere-Istituto di medicina Aerospaziale **Simonetti** ("Management infermieristico nel trasporto aereo in alto biocontenimento"); i Sottotenenti infermieri della Scuola di Sanità e Veterinaria Militare di Roma **Chialà** e **Di Palma** ("Lo sviluppo del core competence relativo alle maxi-emergenze negli infermieri militari"); e ancora Chialà con il Capitano infermiere **Giacconella**, della stessa Scuola, ("Simulazioni in alta fedeltà e skill mix applicati a scenari di emergenza in ambienti ostili non permissivi: stato dell'arte e prospettive future"); il Capitano infermiere, capo servizio coordinamento infermieristico policlinico militare Celio, Roma, **Andreozzi** ("Il personale infermieristico dell'Esercito italiano negli scenari operativi nazionali ed internazionali. Competenze tecniche e aspetti relazionali"); il primo Mrs infermiere della Marina, **Sacco** ("Gli infermie-



Francesco Campagna

ri di Marina nell'operazione 'Mare nostrum') e, in conclusione, il maresciallo Ca. infermiere dell'Arma dei Carabinieri, **Porcedda** ("Le missioni dei Carabinieri nelle aree operative").

Nella seconda parte di venerdì, le tematiche trattate sono state mostrate ai presenti anche attraverso immagini di repertorio di campagne di solidarietà, all'estero e in Italia, nonché con documenti audio-video.

Gli stessi esperti che si sono avvicendati al mattino si sono cimentati in un secondo intervento anche nel pomeriggio, per contribuire a far conoscere meglio la realtà civile e militare che lavorerà sem-





L'incontro con le associazioni infermieristiche

pre fianco a fianco per la tutela della salute del cittadino.

Eccoli: "Le maxi-emergenze in ambito civile: fattore umano e tecnico" (Orelli, Delle Fratte); "Esperienze di Emergency" (Spalluto); "Esperienza ospedaliera campale dell'Esercito Italiano nella missione in Ciad" (Andreozzi); "L'evoluzione dell'approccio al paziente traumatizzato in combattimento" e "L'approccio alle maxi-emergenze in contesto Combined Joint" (Di Palma, Chialà); "Le missioni della Marina militare italiana" (Sacco) e "Il trasporto aereo in alto biocontenimento" (Simonetti).

LA SECONDA GIORNATA

Sabato 21 novembre, sono stati due eventi in contemporanea a caratterizzare la presenza del Collegio di Roma a Sanit. In una aula magna gremitissima, è andato in scena il convegno: "Promuovere la cultura del 'benessere'. L'impegno formativo e professionale dell'infermiere". Con la "storica" partecipazione di tutte e quattro le Università capitoline, sono state presentate alcune esperienze di ricerca condotte all'interno dei corsi di laurea base, post-base e dottorato

di ricerca di Scienze infermieristiche. Denominatore comune: la concreta applicabilità nell'ambito della pratica quotidiana, nei diversi setting di assistenza. La novità dell'evento è stata la presenza, sul palco, di giovanissimi laureati e laureati magistrali, come relatori, introdotti dalla lettura magistrale della professoressa **Elisabetta Marfoli** su: "Evoluzione delle politiche educative nella professione infermieristica, nella prevenzione e nella promozione della salute".

I lavori, moderati da Stefano Casciato, David Guente, Giovanni Pisu e **Noemi Cittadini** hanno consentito alla platea di conoscere ed apprezzare i seguenti progetti di ricerca: "L'infermiere moderno e la prevenzione: dal progetto PASSI alle tecnologie mobili" (**Cecilia Anastasia Esposito**); "Il self care del paziente Hiv positivo: uno studio descrittivo" (**Alessandro Bonanni**); "La dipendenza dalle cu-

re infermieristiche" (**Silvia Ranfone e Sofia Cavani**); "Ruolo educativo dell'infermiere nell'addestramento alla rianimazione cardiopolmonare" (**Jessica Ricciardi**); "Progetto Cuore sicuro a casa" (**Ilaria Giubbotti**); "Il ruolo dell'esercizio fisico nel self care del paziente con scompenso cardiaco" (**Fabio Ottaviani**); "Strategie per la promozione della salute e degli stili di vita" (**Mauro Giordani**); "La gestione infermieristica del paziente con stroke dimesso dall'ospedale" (**Valentina Grossi**); "Farmaci e prevenzione" (**Alessia De Angelis**); "Co-design in sanità: progetto per la partecipazione



Stefano Casciato

del paziente al ridisegno del percorso ospedaliero" (**Raffaella Gualandi**).

Un ulteriore evento, come di consueto, è stato dedicato alle associazioni infermieristiche che, a vario titolo, collaborano con l'Ipasvi. "Non c'è stato modo di averle tutte in un'unica sessione - ha spiegato nella sua introduzione la presidente del Collegio, Ausilia Pulimeno - ma sappiamo quale sia la loro importanza e quanto sia radicata la loro presenza in tutto il Paese, al fianco di pazienti e semplici cittadini".

Il parterre presente sabato 21 novembre a Sanit era comunque assai significativo di questa realtà.

Ciascuna società scientifica, poi, oltre ai saluti di rito, ha messo a fuoco un proprio progetto di punta, offrendo numerosi spunti di riflessioni ai partecipanti.

Il tema della giornata è stato: "Creare per cambiare".

L'Aiom, con **Adriana Pignatelli**, ha presentato i risultati del lavoro portato avanti dal *Working Group Nursing* sul tema dell'*Advocacy*, elemento cruciale nella qualità dell'assistenza infermieristica resa al paziente oncologico, con evidenti riferimenti al ruolo dell'etica. Aiuro ha illu-

strato il progetto Eras (*Enhanced Recovery After Surgery*) per il paziente affetto da cancro vescicale. La relazione è stata affidata a **Rosina Ceccarelli** ed **Elena Lattanzi**. Di nuovi modelli di ambulatori infermieristici hanno invece parlato **Caterina Schirò** e **Rocco Paradiso**, dell'associazione Aioss. È stata, quindi, la volta di Aiuc-onlus, che si è definita, per bocca di **Andrea Frasca** e **Massimo Fornaciari**: "un'associazione in costante movimento".

Aniarti, con **Alessandro Mitidieri**, ha presentato il progetto Stemi sul percorso clinico-assistenziale del paziente. In chiusura, la relazione a cura di **Fernando Barberini** e **Annalisa Barbato**.

L'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait), che il 28 novembre ha tenuto il suo Congresso nazionale, invece, ha presentato le esperienze infermieristiche presso il "banco della salute" dello storico mercato romano dell'Esquilino, quartiere particolarmente caratterizzato dalla convivenza di diverse etnie.

I lavori, moderati dalla presidente Pulime-



Ausilia Pulimeno

A. PULIMENO

no e dal presidente di Ait, **Alessandro Stievano**, e dal neo presidente del Cid, **Nicola Barbato**, sono proseguiti con altre, significative esperienze: "*L'ambulatorio di neurochirurgia pediatrica*" (**Paola Tonetti** e **Simona Vergna** per Anin); "*Sperimentazione di nuovi modelli assistenziali*" (**Fabio Conti** per Siglav); "*Riconoscimento e gestione del biofilm nelle lesioni cutanee croniche*" (**Angela Peghetti** per Aislec); "*Week surgery e day surgery come modelli organizzativi assistenziali in chirurgia*" (**Daniele Trinca** e **Bernardino Tomei** per Aico).

LA TERZA GIORNATA

Domenica 22 novembre, Sanit si è chiuso con la "*Cardio Race*", una corsa dedicata alla salute del cuore dei giovani. Una corsa non competitiva di cinque chilometri o competitiva di dieci.

Tutti i partecipanti, con la quota d'iscrizione, hanno contribuito alla lotta alla morte improvvisa nei giovani sportivi e alla prevenzione cardiovascolare in generale.

La quota di partecipazione, infatti, è a sostegno dei progetti di prevenzione cardiovascolare della Fondazione italiana Cuore e Circolazione, presieduta da Francesco Fedele, professore ordinario di Cardiologia, direttore della Scuola di specializzazione in Cardiologia al policlinico Umberto I di Roma (Università di Roma La Sapienza).



La partenza della Cardio Race che ha chiuso l'edizione 2015 di Sanit

Al forum brillano Cives e infermieri volontari

Non è certo la prima volta che lo stand Ipasvi si distingue dagli altri anche per i servizi gratuiti offerti ai cittadini: a Sanit, la misurazione gratuita della pressione arteriosa a cura degli studenti dei corsi di Infermieristica delle Università romane ha riscosso tantissimo successo. Tra le novità di quest'anno, invece, c'è stata la postazione di Emergency (associazione umanitaria italiana, fondata il 15 maggio 1994, a Milano, da Gino Strada e dalla moglie, Teresa Sarti, insieme con Carlo Garbagnati e Giulio Cristoffanini) ospitata nella stessa area del Collegio.

attività alla cura delle vittime della povertà in paesi in cui non esistono strutture sanitarie gratuite. Dal 2005, Emergency opera anche in Italia. Obiettivi quanto mai vicini a Cives che, quando si parla di emergenze sanitarie, leva per prima la sua voce. Costituita nel 1998 per volontà della Federazione nazionale Collegi Ipasvi,

Cives è un'associazione di volontariato nazionale, articolata su base provinciale, formata esclusivamente da infermieri iscritti ai Collegi provinciali Ipasvi. L'idea che nasce con Cives è di organizzare lo spirito di solidarietà dei professionisti costruendo un sistema di intervento volontario che sappia esaltare la competenza e le specializzazioni che gli infermieri sono in grado di esprimere (vi partecipano tutte le professionalità infermieristiche che possono garantire una presenza qualificata nei settori della sanità). Proprio alle esperienze di Cives in Italia (e, in particolare, alla cam-

pagna "Iononrischio", al fianco della protezione civile, di cui sono state proiettate anche delle immagini) è stato dedicato l'intervento del consigliere Ipasvi Roma, **Maurizio Fiorda**, durante la prima giornata di Sanit: "Sarebbe importante riuscire a fare rete con gli altri colleghi europei. Magari, perché no, costituire una grande famiglia continentale che rientrasse nell'alveo della stessa Protezione civile. Durante le maxi emergenze, stabilire bene chi e cosa fa, significa ridurre i tempi d'intervento, ottimizzare le risorse e risparmiare il sacrificio di molte vite umane".



Lo spazio di Emergency nello stand Ipasvi



La presidente Pulimeno con i consiglieri Fiorda e Mazzitelli

Emergency ha ottenuto il riconoscimento giuridico di Onlus nel 1998 e di Ong nel 1999. Dal 2006, è partner ufficiale del Dipartimento dell'informazione pubblica delle Nazioni Unite. Fra i suoi obiettivi: offrire cure mediche e chirurgiche gratuite e di alta qualità alle vittime della guerra, delle mine antiuomo e della povertà. Anche grazie al coordinamento e all'attività dei volontari sul territorio, l'associazione promuove attivamente i valori di pace, solidarietà e rispetto dei diritti umani. Nata per fornire soccorso chirurgico nei Paesi in guerra, l'associazione, nel tempo, ha esteso il raggio delle sue

attività alla cura delle vittime della povertà in paesi in cui non esistono strutture sanitarie gratuite. Dal 2005, Emergency opera anche in Italia. Obiettivi quanto mai vicini a Cives che, quando si parla di emergenze sanitarie, leva per prima la sua voce. Costituita nel 1998 per volontà della Federazione nazionale Collegi Ipasvi,



Il gazebo della campagna "Iononrischio"

Il fotoracconto di Sanit 2015



L'enorme fila di iscritti all'apertura dell'auditorium del Palazzo dei Congressi



Lo zainetto Ipasvi riservato ai partecipanti



Il consigliere Tosini cura la registrazione dei partecipanti



Un momento del convegno sulle maxi emergenze



Il coordinatore Aiuc Andrea Frasca



Il presidente Ait Alessandro Stievano



Il presidente nazionale Sigiav Alberto Gasperoni



La presidente Aiuro Rosina Ceccarelli



Lo stand Ipasvi fornisce informazioni



Allo stand Ipasvi misurazione gratuita della pressione arteriosa



Il gruppo di lavoro del Collegio a Sanit 2015

Al Ministero, il Cecri presenta il Report dello studio sull'infermiere di famiglia e di comunità

Un convegno davvero partecipato quello organizzato dal Cecri (Centro di Eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica) del Collegio Ipasvi di Roma, il 17 novembre 2015.

"La risposta ai bisogni di salute dei cittadini: il contributo dell'infermiere di famiglia e di comunità" ha attirato l'attenzione di tanti al ministero della Salute di viale Giorgio Ribotta, desiderosi di scoprire dai dati del Report presentato e dagli ospiti intervenuti lo stato dei fatti su un argomento che interessa, mai come prima, l'intera classe professionale.

Perché, di fatto: "Ancora non si intravede la luce", ha detto in apertura di lavori la presidente Ipasvi Roma, **Ausilia Pulimeno**. "Infatti, malgrado il sostegno del Ministero a questo progetto del Cecri (sostegno che si è esplicitato anche nel finanziamento accordato) e l'approvazione della comunità scientifica, stentiamo ad uscire dai consueti modelli assistenziali basati sull'ottica di tipo prestazionale. Il Cecri e il Collegio Ipasvi di Roma, da tempo, favoriscono l'innovazione e la ricerca, forti dell'attivazione di ben 90 progetti in cinque anni".

E se è vero che la popolazione italiana è tra le più vecchie del mondo ed è destinata a sviluppare multipatologie; è vero pure che il momento di capire come rispondere a queste nuove esigenze di salute non è più procrastinabile. "È necessario consentire a tutti di accedere ai servizi sanitari attraverso politiche intelligenti che si fondino, anzitutto, sulla prevenzione", ha spiegato **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del Cecri. "Dai giorni nostri e fino al 2060, fonti autorevoli di ricerca hanno dimostrato che la spesa socio-sanitaria sarà di gran lunga più alta del fondo del Pil, oggi, a esso destinato. Senza dimenticare le

condizioni economiche sfavorevoli delle nostre famiglie, costrette a barcamenarsi nella giungla dei servizi offerti – o non offerti – dal territorio. Non sbalordisce, dunque, che in tanti rinuncino alle cure o spendano di tasca propria, *out of pocket* per intenderci – ha continuato -. L'ospedale è davvero l'unica risposta che siamo capaci di fornire al malato nel 2015 sul suo territorio, contribuendo a far aumentare così il già notevole deficit del nostro Ssn? Io credo proprio di no, ma bisogna avere il coraggio di immaginare strategie 'rivoluzionarie' rispetto all'Infermieristica. Se gli infermieri italiani sapranno, e saranno messi nella condizione di: stare sul territorio; progettare interventi assistenziali ed erogarli con competenza; fare ricerca ed individuare nuove modalità organizzative, sono certo che in tanti impareranno a non vedere nel Pronto Soccorso la sola risposta alle proprie esigenze".

Insomma, bisogna lavorare nella direzione che porta l'infermiere ad essere "il protagonista di un modello sanitario meno obsoleto", come ha spiegato il vicepresidente del Collegio Ipasvi Roma,

Stefano Casciato:

"Noi siamo pronti: nel nostro Paese di personale formato *ad hoc* ce n'è a iosa. Dobbiamo solo divenire operativi".

Al fianco del Collegio Ipasvi di Roma e del Cecri, la Federazione nazionale: "Questo progetto interessa tutti – ha detto la presidente, **Barbara Mangiacavalli** – e bisognerà

estenderlo a tutti, portarlo ovunque in Italia. Il Collegio di Roma è da sempre antesignano di cambiamenti, ma è l'intero territorio nazionale che si deve accorgere di non poter più fare a meno delle competenze degli infermieri. È necessario creare dei contesti organizzativi in cui professionisti sanitari preparati vengano supportati, che possano interagire con tutte le altre forze in campo. Mai in opposizione, mai in una logica di 'dominanza' per 'prendere spazi di altri', ma assieme, per il bene comune. Non è una novità che ovunque si avverta l'urgenza della 'messa in rete' del territorio e della rivisitazione degli attuali quadri sanitari".

L'obiettivo di questo evento, dunque, oltre a delineare il ruolo dell'infermiere nell'ambito delle cure primarie e alla luce dell'evoluzione delle competenze infermieristiche, è stato di ridefinire i paradigmi clinico-organizzativi in un contesto nazionale in cui non ci può essere miglior continuità assistenziale se non quella frutto di un'assistenza erogata nel contesto di vita del cittadino. "Pensiamo ad un infermiere che



La presidente nazionale Ipasvi Barbara Mangiacavalli interviene al convegno Cecri

agisca fuori dall'ambito ospedaliero – ha detto Rocco -. Uno che sia presente nei processi di educazione alla salute, per esempio". "Un infermiere che sia capace di prendersi cura di una popolazione fragile – gli ha fatto eco **Alessandro Stievano**, ricercatore del Cecri -, di quanti vivono in condizioni di marginalità sociale. Il modello sanitario in cui opera l'infermiere di famiglia e di comunità è quello in cui si cerca di aumentare la qualità dei servizi erogati perchè si sono identificate le fasce da 'proteggere' e dove la prestazione meramente tecnica lascia il passo ad un approccio olistico alla persona. Secondo quanto emerso dai dati del nostro Report, gli infermieri andrebbero coinvolti nell'intero percorso di cura, anche in fase di sperimentazione e management. In futuro, sarebbe auspicabile che l'infermiere di famiglia e quello di comunità convergesse in un unico ruolo che gli consentisse di intervenire tanto sulla moltitudine quanto sul singolo", ha concluso.

"I nostri studi sono finalizzati ad intercettare i bisogni di salute prima che si palesino in maniera eclatante – ha spiegato **Maria Grazia Proietti**, direttore del Polo per la Formazione dei Ricercatori del Cecri -. L'infermiere di famiglia è la persona che trascorre più tempo a contatto con malati e *caregiver*, ed è per questo che deve aiutarli a gestire, in autonomia, la malattia cronica. Non è errato definirlo come una sorta di 'potenziamento dei servizi territoriali'".

Tutte le relazioni della giornata hanno evidenziato le potenzialità di un nuovo paradigma sanitario fondato su professionisti sempre più preparati e radicati sul territorio, ma anche sulla possibilità che si crei una rete interdisciplinare che possa sostenerli e "dargli un senso".

Sì, perchè **Linda Lombi**, ricercatrice dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e **Silvia Marcadelli**, studente dottorale in Scienze Infermieristiche all'Università di Roma, Tor Vergata, hanno approfondito la tematica dell'evoluzione dei bisogni di salute nel contesto nazionale e nel contesto specifico di alcune regioni con: "L'infermiere di famiglia: una ricerca nazionale", dimostrando che, oltre alla mancanza comune di un riconoscimento formale del titolo acquisito con la formazione complementare, c'è anche la percezione che l'infermiere di famiglia non



Il direttore scientifico del Cecri Gennaro Rocco con la presidente del Collegio Ispasvi di Roma Ausilia Pulimeno e il vicepresidente Stefano Casciato

si possa realizzare per una serie innumerevole di motivi (compresa la mancanza di un'idea di welfare di comunità sottesa che manca in molte parti d'Italia).

Gli esempi di infermieri di famiglia in regioni virtuose (come il Friuli Venezia Giulia o il Piemonte) sono il contraltare di una sanità nazionale ancorata a vecchi modelli che non riconoscono le nuove forze uscite dal mondo accademico. È emerso che non c'è un'idea comune dell'infermiere di famiglia e/o di comunità: o è in totale sovrapposizione, o in marcata distanza, con l'eccezione del caso dell'Ausl di Bologna in cui l'infermiere di famiglia si è reso protagonista del passaggio concettuale che l'ha ridefinito come un *Case manager* a tutti gli effetti.

L'optimum per la ricerca della Lombi e Marcadelli? Un infermiere di famiglia, professionista consapevole del suo ruolo, capace di ritagliarsi uno spazio organizzativo nell'alveo di un team interdisciplinare, limitando al massimo i problemi di conflitto e coordinandosi il più possibile con tutti gli altri attori sanitari coinvolti. Un infermiere incluso in una "rete" che lo faccia agire velocemente e bene, collaborando con medici e pediatri, non necessariamente facendo, ma anche facendo fare, ben inserito in un modello assistenziale-relazionale.

Intanto, in videoconferenza, dall'Università dell'Hertfordshire, la professoressa **Sally Kendall** ha illustrato "Il modello del *family nursing* in UK", condotto, con ottimi risultati, da anni.

In Inghilterra, la formazione accademica prevede una sorta di "specializzazione" in Infermieristica di famiglia e di comunità. Lì, gli infermieri possono prescrivere anche un certo genere di farmaci, tanto nelle cure primarie, quanto nelle acuzie. In chiusura, la tavola rotonda, moderata dal giornalista Paolo Romano, a cui, oltre alla presidente della Federazione, Mangiacavalli, hanno preso parte: **Alessandro Ghirardini** e **Saverio Proia**, dirigenti del ministero della Salute; **Rosario Mete**, vicepresidente di Card (Confederazione Associazioni Regionali di distretto) e **Tonino Aceti** del Tribunale per i Diritti del Malato. "Sono soddisfatta di questa giornata - ha chiosato la presidente Pulimeno -, per gli spunti di riflessione e per il seguito riscontrato dai lavori presentati. Mi preoccupa, però, il fatto che il cittadino debba pagare di tasca propria una Sanità che gli dovrebbe essere garantita, ovunque e bene, dal Ssn. Vorrei che la politica fosse più sensibile verso questi temi ed avviasse un modello nuovo ed efficace di assistenza territoriale: noi siamo pronti! Possiamo ancora affidarci alla fortuna in tema di salute? Non posso credere che le aspettative di buoni livelli di cura debbano essere legati alla regione di nascita: una volta determinati certi standard, bisogna lasciare che l'assistenza al paziente non sia a carico solo del medico di base. Gli infermieri, oggi, sono preparati ad accettare nuove sfide, lavorando accanto agli altri professionisti della salute. Tutti noi stiamo dalla parte di chi soffre e tutti dobbiamo collaborare per aiutarlo ad avere il meglio possibile".

Enpapi a sostegno del progetto sulla libera professione infermieristica

Dall'Ente nazionale di previdenza degli infermieri, Enpapi, arriva un forte sostegno al progetto "La libera professione infermieristica nel Lazio", a cura del **Coordinamento dei Collegi Ipvsvi del Lazio** e del Polo per l'Istruzione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri).

Enpapi, infatti, ha accordato un finanziamento a parziale copertura del progetto che prevede la creazione di uno strumento per la conoscenza dell'esercizio libero professionale attraverso un'indagine conoscitiva sugli studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica del Lazio. Nell'attuale contesto politico, economico e sociale europeo e del nostro Paese, il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Ed è proprio in questo nuovo scenario che risulta, più che mai, opportuno che laureandi e neolaureati infermieri, siano informati e formati sulle possibilità modalità di intraprendere (e modalità) di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola un'opportunità di sbocco e realizzazione professionale.

A metà degli anni Novanta, a tutela del lavoratore libero professionista, nacque la cassa nazionale di previdenza (Decreto Legislativo 10 febbraio 1996, n.103), **Enpapi**. Ma, malgrado queste positive modifiche per il lavoro infermieristico, e nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, si assiste ancora ad una grande difficoltà nell'implementazione di questa forma di esercizio occupazionale.

In questo nuovo scenario, è opportuno che il neolaureato infermiere sia forma-

to sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione, considerandola un'opportunità di realizzazione professionale che risponde al profilo professionale e alla transizione epidemiologica in atto. L'obiettivo del progetto è: fornire agli studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica le conoscenze minime per potere attivare la libera professione nel rispetto delle normative che la regolamentano. Per farlo, è stato validato uno strumento per la valutazione delle conoscenze degli studenti al III anno di corso sulla libera professione infermieristica in una fase pre e post seminariale. Tra i risultati attesi vanno annoverati: una risposta concreta ai bisogni di salute della popolazione; un'opportunità di inserimento del neolaureato nel ciclo produttivo; un'opportunità di visibilità e riconoscimento di identità specifica di una professione, nata per offrire un aiuto alla persona e alla



collettività e per soddisfare i suoi bisogni di salute.

In questo modo, il neolaureato in infermieristica potrà interfacciarsi più consapevolmente con la realtà dinamica del mondo del lavoro pubblico e privato-libero professionale che caratterizza la società italiana degli ultimi anni.



La Presidente del Collegio Ipvsvi di Roma Ausilia Pulimeno con il presidente Enpapi, Mario Schiavon

La rivoluzione digitale mai davvero iniziata

Dopo un'estate convulsa, segnata dall'incertezza sui conti sanitari e sulla sopravvivenza di molti servizi, la ripresa autunnale porta con sé qualche significativa novità.

Lo sforzo è concentrato soprattutto sul doppio fronte delle nuove tecnologie e della risposta degli operatori coinvolti in una rivoluzione digitale sempre annunciata ma mai decollata.

Un aspetto che anche i media, finora piuttosto distratti sul tema, finalmente mostrano di scoprire.

Italia Oggi Il quotidiano economico **Italia Oggi** (4/9/2015) titola "Al via il Fascicolo sanitario elettronico". E spiega: "Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha firmato il regolamento inserito nel quadro della nuova sanità digitale. Il Fascicolo sanitario elettronico è l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito, che ha come scopo principale quello di agevolare l'assistenza al paziente, facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura".

la Repubblica Intanto, a Roma si lavora all'accorpamento delle Asl. **La Repubblica** (7/9/2015) annuncia: "La rivoluzione delle Asl romane: da cinque diventano tre". "Dopo oltre venti anni viene aggiornata l'ultima mappa - si legge nel servizio - Dopo l'integrazione della Asl RmA con la RmE, ora verranno accorpate la Asl RmB con la RmC, realizzando un nuovo assetto territoriale delle aziende sanitarie locali che va incontro alle esigenze del territorio dopo la riduzione dei municipi. E consentendo di tagliare sulle spese".

Proprio il nodo dei costi di una sanità troppo cara e poco efficiente resta al centro delle attenzioni dei quotidiani.

LA STAMPA **La Stampa** (8/9/2015) titola "Sanità, così la tecnologia fa risparmiare 6,9 miliardi".

L'articolo spiega: "Dal capitolo di spesa pubblica riguardante la sanità potrebbero essere risparmiati 6,9 miliardi l'anno, ovvero più del doppio della Tasi, migliorando al contempo i livelli di assistenza. A sostenerlo è uno studio - realizzato a partire dai dati del ministero della Salute - che verrà presentato giovedì a Roma al Forum della sanità digitale. L'idea è semplice: introdurre le tecnologie per coniugare la salute dei cittadini con la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale".

All'orizzonte s'intravede la prossima legge finanziaria e puntuale si scatena il balletto delle cifre sui tagli alla sanità. Soliti annunci, solite smentite, il caos di sempre che disorienta tutti gli operatori sanitari.

Il Messaggero **Il Messaggero** (15/9/2015) è tra i primi a lanciare l'allarme titolando "Manovra da 27 miliardi, tagli alla sanità". Al momento non si sa di più e il quotidiano romano si limita a spiegare: "Per quanto riguarda i tagli alla spesa, voce dalla quale l'esecutivo punta a recuperare 10 miliardi di euro, una parte arriveranno dalla sanità". Si sbilancia di più sulle cifre l'**Avvenire** (16/9/2015) che titola "La sanità torna nel menù della manovra". Si legge: "Verso un taglio di 3 miliardi rispetto al Patto Salute".

Inizia così un tira e molla di numeri e ipotesi sulla spending review sanitaria che ancora oggi impazza sulle colonne dei principali giornali e che accende un clima già surriscaldato.

Il Messaggero **Il Messaggero** (23/9/2015) annuncia: "Sanità, stop agli esami inutili". Il decreto le 208 prestazioni nel mirino. Multe ai medici". Il servizio spiega: "Tagli agli esami 'inutili', Tac e analisi. Sanzioni per i medici che non rispettano le regole".

la Repubblica **La Repubblica** (24/9/2015) aggiunge: "Il libro nero dei test inutili: sprecato un esame su quattro". E riferisce di "un dossier sull'inappropriatezza che ogni giorno diventa sempre più corposo e serve da supporto all'elenco di 208 prestazioni a rischio spreco presentato ai sindacati. Paura di sbagliare e finire davanti al giudice, pressioni dei pazienti, dell'industria, scarsa conoscenza: l'inappropriatezza è figlia di tanti fattori e, dicono le stime, riguarda un quarto delle prestazioni sanitarie. Secondo stime probabilmente non precise varrebbe 13 miliardi, molto di più dei 180 milioni che il ministero vorrebbe recuperare con il suo decreto".

Non tarda a farsi sentire la reazione dei medici, finiti pesantemente nel mirino. **Il Tempo** (25/9/2015) titola "Tagli alla sanità, medici in rivolta". Si legge: "Il decreto che vuole tagliare i 208 esami «inutili» e dunque gli sprechi non piace a nessuno. I sindacati sono sul piede di guerra, pronti a incrociare le braccia. Le rassicurazioni del ministro Lorenzin che non ci sarà alcuna caccia al medico non convincono i camici bianchi". Sulle ripercussioni del decreto lo stesso quotidiano romano

(26/9/2015) ha pochi dubbi: "Esami a peso d'oro: il decreto Lorenzin obbligherà i pazienti a sborsare fino a 1.200 euro per un intervento dal dentista, per alcuni ticket anche 700. Ma c'è la beffa: con liste d'attesa infinite c'è il rischio di pagare e non fare il controllo".

Il Sole 24 ORE

Il Sole24Ore (26/9/2015) lavora sulle indiscrezioni della manovra e titola "Tagli, almeno 4,5 miliardi da sanità e acquisti Pa". L'articolo chiarisce: "Un cantiere nel cantiere della manovra. E quello della spending review 2.0. Con alcuni punti fermi, come il recupero di almeno 4-4,5 miliardi dalla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (per via diretta e indiretta) e dalla sanità".

il Fatto Quotidiano

Il Fatto Quotidiano (1/10/2015) è più perentorio: "È ufficiale: nel 2016 altri 2 miliardi di tagli alla sanità". Si legge: "Il premier alla Camera si rimangia le cifre scritte nel Def solo il 18 settembre. Le risorse per il Fondo Sanitario Nazionale si attesteranno a 110 miliardi quest'anno e a 111 l'anno prossimo (nel Def, due settimane fa, c'era scritto 113)".

Ancora, è il **Sole24Ore** (9/10/2015) ad entrare nei dettagli: "Ospedali, risparmi fino a un miliardo". Il servizio fa i conti: "Tra 800 milioni e i miliardo di risparmi con acquisti di beni e servizi - dalle lavanderie ai pasti in ospedale fino alle manutenzioni, ma non solo - tassativamente accentrati a livello regionale. Piani di rientro di 3 anni sotto la regia delle Regioni per Asl e ospedali in rosso, pena la rimozione dei manager con lo stop all'ingresso di personale e un freno agli acquisti". Due settimane dopo lo stesso quotidiano (14/10/2015) aggiorna il quadro: "Alla sanità 111 miliardi ma si tratta ancora". Si legge: "Fondo ridotto di 2,3 miliardi ma il governo apre all'alleggerimento di vecchi tagli extra sanitari".

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (24/10/2015) aggiunge: "Sanità, tagli per 15 miliardi in tre anni". E rilancia l'ipotesi dell'aumento dei ticket: "Per il 2016 tutto sommato è andata bene - si legge - Invece di 113,1 miliardi il Fondo Sanitario nazionale ne riceverà 111, uno in più di quest'anno. Per il futuro, però, il conto che la sanità sarà chiamata a pagare rischia di essere molto, molto più salato. Sulla carta, scritto nell'ultima bozza della legge di Stabilità, ci sono tagli di spesa che potrebbero arrivare a 15 miliardi di euro tra il 2017 e il 2019".

Cifre che spaventano e un futuro che preoccupa gli operatori sanitari. Nuovi tagli ma ancora tanti sprechi.

IL TEMPO Il Tempo (22/10/2015) pubblica un dossier sui debiti degli ospedali romani. "Tutti gli sprechi degli ospedali di Roma" è il titolo. Esplicito anche il sommario: "Deficit da 660 milioni per gli otto principali nosocomi e il 118. Consulenze d'oro, spese pazze per i farmaci e liste d'attesa di 300 giorni". Si legge: "Conti da 'codice rosso' per le aziende ospedaliere del Lazio: nel 2014 hanno subito perdite complessive per 660 milioni e 867 mila euro. Un

'profondo rosso', perché il disavanzo ha colpito tutte le 9 aziende romane ed una, la San Camillo-Forlanini, ha raggiunto anche il primato del peggior deficit italiano: 158 milioni e 627 mila euro".

Eppure, non mancano strategie alternative per contenere la spesa.

Italia Oggi Italia Oggi (6/10/2015) titola "Sanità, come risparmiare ma in ben altri modi". E scrive: "Un modo per tagliare è la digitalizzazione della sanità. Se ne parla da tempo. Ma la svolta non c'è stata nonostante il Politecnico di Milano abbia stimato che le strutture sanitarie, grazie ai processi di digitalizzazione, potrebbero risparmiare circa 3,8 miliardi l'anno: 2,2 miliardi grazie al fascicolo sanitario elettronico, alla cartella clinica elettronica e alla dematerializzazione dei referti, 800 milioni dalla riduzione di ricoveri dovuti a errori evitabili attraverso sistemi di gestione informatizzata dei farmaci, 400 milioni grazie alla consegna dei referti via web, 160 milioni con la prenotazione online delle prestazioni, 150 milioni attraverso la razionalizzazione dei data center, e così via. La previsione del Politecnico include ulteriori possibili risparmi (5,4 miliardi) per i cittadini, a cominciare dai 4,6 miliardi che si otterrebbero con la ricezione informatica dei referti".

Per fortuna, la mannaia dei tagli sanitari non è l'unica ad attirare l'attenzione dei media.

C'è anche qualche bella notizia e qualche inaugurazione: sullo sfondo il grande evento del Giubileo della Misericordia che metterà alla prova la tenuta e la qualità della sanità romana.

Il free press **Leggo Roma** (17/09/2015) titola "Al San Camillo il centro dialisi più grande della regione". Si legge: "Quello dell'ospedale San Camillo diventerà, prima dell'inizio del Giubileo, il più grande centro pubblico di dialisi del Lazio, dotato di 41 posti tecnici e delle più nuove e moderne tecnologie dialitico-informatiche di monitoraggio elettronico di macchina. Nuovi 19 posti, il cui decreto di accreditamento è stato firmato proprio ieri, si aggiungeranno infatti ai 22 già attivi".

Novità positive anche per la rete dell'emergenza.

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (20/09/2015) riferisce della "Ricognizione aerea del governatore del Lazio in cerca di nuove piazzole per l'elisoccorso". Il titolo è "Elisoccorso, le piazzole saranno 58".

Il Giubileo di Papa Francesco mobilita tutta la rete sanitaria della capitale. Ci si prepara al grande evento che richiamerà a Roma pellegrini da tutto il mondo. **Leggo Roma** (5/10/2015) annuncia: "Per il Giubileo potenziato lo Spallanzani". E spiega: "Un team di infettivologi, specializzato per le emergenze, scende in campo a Roma per monitorare il Giubileo e la maxi affluenza di pellegrini in città. Un piano di sorveglianza, messo nero su bianco in un decreto firmato dal presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti, per limitare al massimo possibili contagi. Per l'occasione, sono stati assunti, a tempo determinato, 10

infettivologi e 2 biologi: il centro, operativo 24 ore su 24, sarà allestito nelle mura dell'ospedale Spallanzani che, a livello nazionale, si conferma così leader nel settore delle malattie infettive".

Nonostante tutte le difficoltà, la sanità romana e i suoi operatori restano un punto di riferimento, tra luci e ombre. Lo dice uno studio pubblicato da **Il Tempo** (30/09/2015) con il titolo "Rapporto Lazio - Una regione di eccellenze nel campo della sanità". Il quotidiano cita i dati del ministero della Salute e descrive "un quadro variegato, che si traduce per i cittadini, da un lato, in un'offerta di cura diversa per luogo di residenza, dall'altro, nelle difficoltà di orientamento in un labirinto non ancora diventato 'sistema', nonostante il dato, sulla base del trend nazionale, del calo dei ricoveri ospedalieri, fotografato dal Rapporto annuale sull'attività del ministero della Salute (996.460 le schede di dimissione nel Lazio lo scorso anno, -4,56% del volume di attività rispetto al 2013). Con l'impegno regionale di tenere la spesa sotto controllo, che si scontra spesso, nei fatti, con tagli decisi su servizi importanti, il risultato è ancora, per buona parte, tanta sanità ospedaliera, meno territorio".

Una nuova indagine del Censis pubblicata da **La Repubblica** (20/10/2015) fotografa il livello di gradimento dei cittadini: "La sanità soddisfa il 43% dei romani. Ma 4 laziali su 5 scelgono i privati" titola il quotidiano. Nel servizio si legge: "Buona parte dei romani (il 42,7 per cento) apprezza la sanità regionale, al contrario dei residenti nel resto del Lazio, che scuotono il capo (solo il 20,1 per cento è contento dell'assistenza assicurata da ospedali, ambulatori, centri per la riabilitazione, per la lungodegenza, etc.). Romani o no, comunque, quasi quattro laziali su cinque (il 79,1 per cento), sono costretti a rivolgersi ai centri sanitari privati, complici le attese lunghe per esami diagnostici e visite specialistiche del servizio sanitario".

Intanto, l'emergenza infermieristica resta una piaga.

Al grido d'allarme reiterato dal Collegio Ipsavi si aggiunge quello dei pazienti e delle loro famiglie. Toccante l'appello raccolto a Ostia da **Il Tempo** (12/10/2015) tra i genitori dei bambini ricoverati al Grassi. Il titolo è "Mancano gli infermieri per i nostri figli". Si

legge: "Braccio di ferro tra i genitori dei bimbi ricoverati al Grassi e l'Asl RmD. I piccoli guerrieri si trovano ad affrontare la loro ennesima battaglia. Stavolta per ottenere un maggior numero di infermieri e una più adeguata assistenza infermieristica. 'Noi genitori abbiamo inviato lettere all'Asl, fatto un esposto in polizia e ci rivolgeremo anche a Zingaretti e al ministro Lorenzin - spiega Valter Mazza, papà di Mirko, uno dei sei bambini ricoverati nella Home in Hospital -. Negare un adeguamento del personale a piccoli pazienti ad alta intensità assistenziale, significa reprimere i loro bisogni. Le istituzioni continuano a ignorare le nostre richieste e siamo pronti a iniziare lo sciopero della fame».

Infermieri protagonisti, loro malgrado, anche a Villa Doria Pamphili, dove va in scena il ridicolo, con la clamorosa svista del Comune di Roma che intitola un viale del parco a Florence Nightingale con un errore madornale sulla targa, anzi due: la scritta "Medico (1823-1910)".

Cos'è: una beffa? La madre della professione infermieristica definita "medico" e per di più con la data di nascita sbagliata (1820 quella giusta). Immediata e furibonda la reazione del Collegio, della Federazione e di tantissimi colleghi che hanno subito segnalato l'inqualificabile sfondone.

La presidente della Federazione, Barbara Mangiacavalli e quella del Collegio Ipsavi di Roma, Lia Pulimeno, scrivono al sindaco di Roma (ancora in carica) e al presidente del XII Municipio di cui Villa Pamphili fa parte: "Chiediamo formalmente e ufficialmente come organi rappresentativi e legalmente responsabili della professione infermieristica - conclude la lettera congiunta - il vostro sollecito e puntuale intervento perché sia ripristinata la corretta dizione e informazione sulle origini di Florence Nightingale, rimuovendo l'indicazione stradale scorretta e sostituendola con quella corretta: viale Florence Nightingale - Infermiera (1820-1910). Veglieremo affinché la correzione sia rapida e daremo conto ai nostri 423mila iscritti, di cui il Collegio di Roma assorbe circa il 10%, del riscontro che darete a questa nostra richiesta, riservandoci in caso di mancata risposta ogni azione possibile a difesa e tutela del decoro e della storia della nostra professione".



Nightingale medico? La Federazione nazionale Ipasvi e il Collegio correggono la "svista" del Comune di Roma

"Svista" (leggerezza o ignoranza?) clamorosa del Comune di Roma. Un viale all'interno della Villa Doria Pamphili che fa parte di una rete di strade dedicate a donne che si sono distinte nella storia per la loro attività e per i risultati della loro professionalità è stato intitolato a Florence Nightingale, fondatrice della moderna ed efficiente istruzione infermieristica, ma con un errore madornale: "Viale Florence Nightingale – Medico (1823-1910)". "Più che in una soddisfazione e un lustro per la nostra professione, una beffa", hanno commentato l'errore Barbara Mangiacavalli, presidente Fnc Ipasvi e Ausilia Pulimeno, presidente del Collegio Ipasvi di Roma, in una lettera a doppia firma inviata al sindaco di Roma e al presidente del XII Municipio della Capitale di cui Villa Pamphili fa parte. L'errore è stato prontamente segnalato al Collegio e alla Federazione da un numero elevatissimo di infermieri e di loro associazioni, contrariati – per non dire indignati - nel vedere un pezzo della loro storia confuso a tutto campo con altro, con estrema leggerezza, visto che sarebbe bastata una banale ricerca on line o la consultazione di qualunque enciclopedia per

reperire le giuste attribuzioni demografiche e professionali. Anzi, un doppio errore, visto che Florence Nightingale non è ovviamente medico, ma non è nata nemmeno nel 1823, bensì nel 1820 (a Firenze, appunto). Federazione e Collegio di Roma sottolineano nelle lettera "l'immediata necessità di un intervento correttivo per ripristinare ciò che la storia da sempre riconosce". "Chiediamo formalmente e ufficialmente come organi rappresentativi e legalmente responsabili della professione infermieristica – scrivono a sindaco e presidente del XII municipio - il Vostro sollecito e puntuale intervento perché sia ripristinata la corretta dizione e informazione sulle origini di Florence Nightingale, rimuovendo l'indicazione stradale scorretta e sostituendola con quella corretta: Viale Florence Nightingale – Infermiera (1820-1910). Veglieremo – aggiungono - affinché la correzione sia rapida e daremo conto ai nostri 423mila iscritti di cui il Collegio di Roma assorbe circa il 10%, del riscontro che darete a questa nostra richiesta, riservandoci in caso di mancata risposta, ogni azione possibile a difesa e tutela del decoro e della storia della nostra professione".



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo P-5660/I.12

Data 27 OTT 2015

Rif.

Targa Florence

Oggetto

Nightingale

Sindaco di Roma
Dr. Ignazio Marino
caposegreteria@comune.roma.it
protocollo.gabinettosindaco@pec.comune.roma.it
Presidente XII Municipio
Cristina Maltese
cristina.maltese@comune.roma.it

00194 Roma
Via Agostino Depretis 70
protocollo.mun16@pec.comune.roma.it
Telefax 06/46200101
Cod.Fisc. 80188470581

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Constatiamo con stupore che nel voler intestare alcuni viali della Villa Doria Pamphili (XII Municipio) a donne che si sono distinte nella storia per la loro attività e per i risultati della loro professionalità, il sia pur piccolo viale dedicato a Florence Nightingale, fondatrice della moderna ed efficiente istruzione infermieristica, si trasforma più che in una soddisfazione e un lustro per la nostra professione, in una beffa.

Il cartello stradale infatti riporta la scritta "Viale Florence Nightingale – Medico (1823-1910)".

Ma Florence Nightingale (nata Firenze il 12 maggio 1820 e non nel 1823 come riporta la targa e morta a Londra il 13 agosto 1910) è stata un'infermiera britannica nota come "La signora con la lanterna", da cui il simbolo della professione infermieristica ed è considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica. Inoltre, è importante poiché propose un'organizzazione degli ospedali da campo.

Un doppio errore quindi - data di nascita, ma soprattutto attribuzione professionale - che rendono evidente l'immediata necessità di un intervento correttivo per ripristinare ciò che la storia da sempre riconosce.

Errore peraltro segnalato a questo Collegio e a questa Federazione da un numero elevatissimo di infermieri e di loro associazioni, contrariati - per non dire indignati - nel vedere un pezzo della loro storia confuso a tutto campo con altro, con estrema leggerezza, visto che sarebbe bastata una banale ricerca *on line* o la consultazione di qualunque enciclopedia per reperire le giuste attribuzioni demografiche e professionali.

Chiediamo quindi formalmente e ufficialmente come organi rappresentativi e legali rappresentanti della professione infermieristica il Vostro sollecito e puntuale intervento perché sia ripristinata la corretta dizione e informazione sulle origini di Florence Nightingale, rimuovendo l'indicazione stradale scorretta e sostituendola con quella corretta: Viale Florence Nightingale – Infermiera (1820-1910).

Veglieremo affinché la correzione sia rapida e daremo conto ai nostri 423mila iscritti, di cui il Collegio di Roma assorbe circa il 10%, del riscontro che darete a questa nostra richiesta, riservandoci in caso di mancata risposta, ogni azione possibile a difesa e tutela del decoro e della storia della nostra professione.

Restando in attesa di riscontro si inviano distinti saluti.

La Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Barbara Mangiacavalli

La Presidente del Collegio Ipasvi di Roma

Ausilia M. L. Pulimeno

Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec

La posta elettronica certificata (Pec) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore di una raccomandata con avviso di ricevimento.

La legge n.2/2009 ha introdotto, per le imprese e i professionisti, l'obbligo di dotarsi di una casella Pec: nello specifico, il comma 7 dell'art.16 della citata legge – coordinato ed aggiornato secondo le modifiche apportate – stabilisce che: *"I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o analogo indirizzo di posta elettronica di cui al comma 6 entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Gli ordini e i collegi pubblicano in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata"*.

I professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato devono comunicare, quindi, ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di Pec.

Le comunicazioni tra PA e professionisti possono avvenire attraverso la Pec senza che il destinatario debba dichiarare la propria disponibilità ad accettarne l'utilizzo. Dal canto loro, gli Ordini e i Collegi devono pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di Pec.

Il termine per dotarsi della Pec per tutti i professionisti iscritti in un ordine o collegio, e quindi anche per tutti gli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi, è decorso già dal 30 gennaio 2010 e il Collegio Ipasvi di Roma, sin da quella data, offre **gratuitamente a tutti i propri iscritti la casella Pec** (con dominio @PEC.IPASVI.ROMA.IT).

Nel 2013, è stato istituito l'Ini-Pec (Indice nazionale degli indirizzi di Posta elettronica certificata) presso il ministero dello Sviluppo Economico allo scopo di offrire un punto unico di accesso istituzionale in cui effettuare le ricerche degli indirizzi di Pec anche di tutti gli altri professionisti italiani. Non a caso, l'indice nazionale si compone di due sezioni: quella dei Professionisti e quella delle Imprese. La sezione Imprese viene costruita a partire dall'estrazione massiva degli indirizzi di Pec e dei dati contenuti nel Registro delle Imprese, **mentre la sezione dei Professionisti viene costruita a partire dagli indirizzi di Pec detenuti dalle migliaia di Ordini e Collegi professionali che svolgono la propria attività sul territorio ita-**



liano, come previsto dal decreto legge del 18 ottobre 2012, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012 che ha sancito l'obbligo, da parte di tutti i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con Legge dello Stato, di attivare e comunicare la propria Pec agli Ordini o ai Collegi professionali di appartenenza. In forza di tale decreto ministeriale, a partire dal 2013, ogni Ordine e Collegio operante sul territorio italiano deve comunicare all'Ini-Pec gli indirizzi Pec in proprio possesso.

Conseguentemente, la raccolta di questi indirizzi rientra tra le funzioni istituzionali del Collegio Ipasvi e ciascun iscritto ha l'obbligo di dotarsi di un indirizzo Pec, comunicandone al Collegio l'avvenuta attivazione, mentre, parallelamente, il Collegio Ipasvi vigilerà sul corretto adempimento di tale obbligazione.

Per dar pieno adempimento alla normativa vigente il Collegio Ipasvi di Roma ha deliberato che:

1) a partire dal 1.4.2015, al momento dell'iscrizione al Collegio, l'infermiere dovrà sottoscrivere anche la domanda di attivazione della casella Pec (messa gratuitamente a sua disposizione dal Collegio stesso) firmando il modulo (presente sul sito del Collegio alla sezione "Servizi agli iscritti") con cui comunica l'adozione della predetta casella quale proprio indirizzo Pec che verrà comunicato alla Federazione nazionale Ipasvi per la successiva comunicazione all'Ini-Pec;

2) entro e non oltre la data del 30 giugno 2015, ciascun iscritto all'albo Ipasvi di Roma, dovrà attivare la casella Pec secondo le modalità indicate sul sito.

Stante la rilevanza pubblicistica della normativa, il Collegio ha stabilito che non potranno essere esaminate domande di iscrizione prive della domanda di attivazione della casella Pec e che verranno adottati provvedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti che non provvedano ad attivare e a comunicare al Collegio il proprio indirizzo di Pec entro il 30 giugno 2015.

Si avvisano tutti gli iscritti al Collegio Ipasvi di Roma che la certificazione dei crediti formativi di tutti gli eventi accreditati Ipasvi dal primo ottobre 2015 sarà spedita esclusivamente tramite POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (Pec). Pertanto si invitano gli iscritti a comunicare esclusivamente alla segreteria Ecm del Collegio (segreteriaecm@ipasvi.roma.it) il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o di attivare gratuitamente una casella Pec utilizzando il servizio messo a disposizione dal Collegio stesso accedendo dal portale istituzionale <http://www.ipasvi.roma.it> (banner in alto a destra).

Si torna ad assumere a partire dal 2016

Buone notizie per i professionisti sanitari del Lazio: dopo anni di digiuno si torna ad assumere a tempo indeterminato. Saranno 1.200 i medici, gli infermieri e i tecnici che nei prossimi tre anni firmeranno un contratto per entrare in ruolo nelle strutture regionali. E la metà saranno precari stabilizzati.

Il via libera è stato dato il 12 novembre scorso dal presidente e commissario alla sanità del Lazio. Nicola Zingaretti, che ha firmato un decreto per lo sblocco del turn over, una delle conseguenze più severe del commissariamento, che di fatto non consentiva nuovi ingressi in Asl e strutture ospedaliere.

"Abbiamo programmato con 21 sigle sindacali l'avvio delle assunzioni", ha dichiarato Zingaretti citando "due svolte". Che sono da una parte il blocco del turn over che per anni è stato al 10% (cioè, solo dieci sostituti ogni cento operatori usciti dal sistema), salito al 30% e che passerà al 40% nel 2017 e poi al 50% nel 2018. La "seconda svolta - ha aggiunto - è l'inizio della stabilizzazione del

personale precario dopo dieci anni". Inoltre sarà data una sforbiciata drastica alle consulenze, a cui si è fatto ricorso in molti casi negli anni passati, assieme all'esternalizzazione dei servizi, per tamponare le esigenze operative degli ospedali con il personale ridotto all'osso dal blocco del turn over: "In corsia - ha sottolineato Zingaretti - c'era personale che magari faceva lo stesso lavoro, ma con condizioni diverse. Ci sarà più trasparenza e qualità". In dicembre le Asl dovranno consegnare le previsioni delle piante organiche "che ci permetteranno di assumere chi serve". Le tappe saranno le seguenti: ai primi del 2016 saranno stabilizzati 425 precari 'storici', che lavorano da oltre tre anni. Grazie alle deroghe crescenti al blocco del turn over, poi, si potranno assumere altre 425 persone a tempo indeterminato tramite concorso pubblico. Altre 300, infine, saranno assunte stabilmente grazie ai risparmi sulle consulenze (che oggi pesano per 41 milioni), e di queste la metà saranno tra i precari.



NUOVI DIRETTORI GENERALI DELLE ASL

Entra nel vivo la discussione sulla proposta di legge della Giunta Zingaretti che prevede la riduzione, tramite accorpamento, delle Asl di Roma a tre sole aziende (Roma 1, Roma 2 e Roma 3).

In parallelo, continuano a rincorrersi le ipotesi riguardanti i nomi dei manager che dirigeranno le nuove Asl. La fusione tra RmA e RmE è già stata affidata alla guida di **Angelo Tanese**, mentre resta da definire chi gestirà quella tra Rm/B e Rm/C. Da riempire anche la casella della Asl Rm/G: il Direttore generale, **Giuseppe Caroli**, dal primo novembre scorso ha infatti assunto l'incarico di Commissario straordinario presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma. A Frosinone, dopo la non riconferma di **Isabella Matrobuono**, è stato nominato Commissario **Luigi Macchitella**, che aveva già svolto analogo incarico alla Asl di Viterbo.

Nicola Barbato presidente del Comitato Infermieri Dirigenti

Nuovo corso per il Comitato infermieri dirigenti (Cid), che ha concluso con le elezioni del board 2016-2019 il suo XXI Congresso nazionale a Roma. Le consultazioni si sono svolte al termine dei tre giorni di lavoro da cui è emersa la volontà di costruire i presupposti per favorire e sviluppare un tavolo di condivisione sulla tematica della dirigenza infermieristica nel Ssn, perché "i continui rinvii e le diverse posizioni regionali nei confronti dell'applicazione della L.251/2000 hanno inesorabilmente creato realtà in cui la dirigenza acquisisce più i caratteri e la soggettività di chi la voluta che una forma organizzativa e gestionale uniforme e autonoma", come ha commentato il Cid. Durante il Congresso, oltre al messaggio del sottosegretario al ministero della Salute, Vito De Filippo, che ha annunciato la prossima costituzione di un tavolo tecnico al Ministero della Salute per riprendere le fila del Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e ostetriche che realizzò il governo Prodi 2 con il ministro Turco, sono intervenuti i rappresentanti dei presidenti della Federazioni Nazionali dei Collegi Ispasvi, delle Ostetriche e dei Tecnici di radiologia medica, il vice presidente della Fnom-CeO e i presidenti della Associazioni delle professioni sanitarie. I temi caldi del comma 566 della legge di stabilità e le realtà organizzative innovative come i reparti a conduzione infermieristica o il *See&Treat* infermieristico hanno alimentato il dibattito, con posizioni divergenti tra medici e infermieri ma anche la volontà di trovare punti di condivisione nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni e della sostenibilità del sistema. La Senatrice Annalisa Silvestro e Saverio Proia, dirigente del ministero della Salute, hanno commentato e argomentato la relazione del neo presidente Cid Nicola Barbato "sulla necessità di una dirigenza vicina al cittadino ove è necessaria la decisione e il corretto utilizzo delle risorse per dare risposte appropriate e veloci", riferisce il Comitato Infermieri Dirigenti. Spiegando poi che "le numerose esperienze di direzione infermieristica, sia nel pubblico che nel privato accreditato, le diverse espressioni della dirigenza delle professioni sanitarie, hanno contribuito ad alimentare il dibattito e la conoscenza reciproca di obiettivi e strategie per la risoluzione dei problemi organizzativi e manageriali che spesso ostacolano i processi clinici, assistenziali, diagnostici e riabilitativi".

"Si è convenuto - spiega ancora il Comitato - che la dirigenza nel Ssn per le professioni sanitarie non è solo quella professionale dell'organizzazione e del manage-

ment ma anche e soprattutto per la gestione e il governo di processi assistenziali, diagnostici, riabilitativi, formativi e di ricerca, della qualità e della gestione delle risorse. Questo sarà possibile attraverso la valorizzazione delle competenze già messe sul campo e di quelle future che saranno a breve implementate nei percorsi di specializzazione".

Il Comitato infermieri dirigenti, attraverso il consiglio direttivo nazionale e i coordinamenti regionali, ha quindi ribadito la necessità "del dialogo e della relazione professionale con tutti gli attori del Ssn, in tutti gli ambiti sia istituzionali che non, con le associazioni di cittadini e dei malati". "Intendiamo favorire il cambiamento promuovendo l'innovazione e la ricerca, garantendo la continuità esperienziale fino ad ora utilizzata che ha prodotto risultati di risparmio economico e soddisfazione del cittadino". Il progetto nell'immediato futuro è "lo studio di un nuovo modello di Dirigenza che integri e diversifichi quella organizzativa e formativa con quella professionale, gestionale e dei processi nella valorizzazione dei percorsi formativi; desidera inoltre condividere con le forze sindacali, l'Aran e l'Enpapi nuove forme contrattuali e previdenziali che sostengano i diversi livelli di dirigenza, al fine di consentire i percorsi di carriera degli infermieri e delle professioni sanitarie". Nella parte conclusiva delle giornate congressuali è stato presentato in Codice Etico dei Dirigenti Infermieristici Italiani, che si propone come linea guida di comportamento professionali dei dirigenti specialmente quando la decisione deve rispettare i valori di giustizia sociale ed equità.



Il neo presidente Cid Barbato con la consigliera Tartagliani

Il nuovo Consiglio Direttivo del Comitato Infermieri Dirigenti 2016-2019



Presidente: **Nicola Barbato**, Dirigente dell'Assistenza Infermieristica Formazione all'Università Tor Vegata di Roma



Vice Presidente: **Rita Patrizia Tomasin**, Dirigente Infermieristico dell'Istituto Clinico Humanitas di Milano (Lombardia)



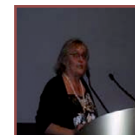
Segretario: **Fabrizio Polverini**, Dirigente Infermieristico della Asl di Torino (Piemonte e Valle d'Aosta)



Tesoriere: **Mariagrazia Montalbano**, Dirigente Infermieristico della società Lusan (Lazio)



Consigliere **Bruno Cavaliere**, Dirigente Infermieristico Ircc-Saou "San Martino" di Genova (Liguria)



Consigliere: **Marina Iemmi**, Dirigente Infermieristico della Ausl di Reggio Emilia (Emilia Romagna)



Consigliere: **Pietro Lopez**, Dirigente Infermieristico dell'Asp di Catanzaro (Calabria)



Consigliere: **Raffaella Piro**, Responsabile Governo Assistenziale, Programmazione e Sviluppo Asl Napoli 2Nord (Campania)



Consigliere: **Daniela Tartaglino**, Dirigente Infermieristico e Professore Associato Med 45 Policlinico Universitario Campus biomedico (Lazio)

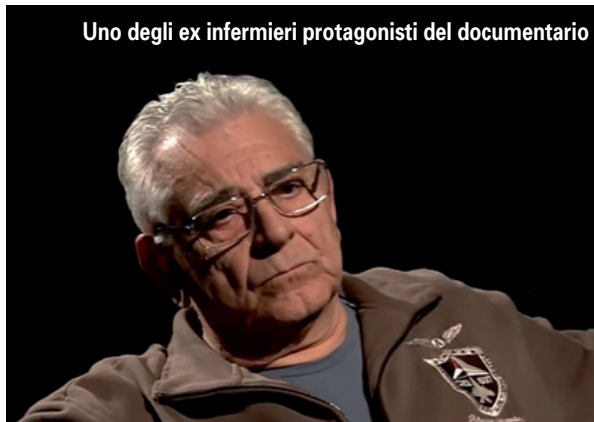
La memoria del Santa Maria della Pietà rivive in un docu-film

Un docu-film per raccontare ciò che avvenne a Roma nell'estate del 1975, quando un gruppo di infermieri dell'istituto manicomiale Santa Maria della Pietà di Roma decise di autogestire uno dei padiglioni di quello che allora era a tutti gli effetti un manicomio.

"Padiglione 25" è il titolo del lavoro a firma del regista Massimiliano Carboni: un titolo che evoca subito il numero del padiglione scelto per essere arredato e attrezzato secondo quanto "predicava" Franco Basaglia.

L'iniziativa aveva come obiettivo la definitiva dimissione dei degen- ti: così, quegli infermieri abbattono la contenzione farmacologica e meccanica; reintrodussero l'uso di oggetti quotidiani come le posate, gli abiti civili, il sapone; decisero di pagare i pazienti impegnati in lavori all'interno della struttura. L'esperienza durò quasi due anni: il gruppo originario era composto da 8 infermieri, prima della chiusura se ne contavano 14. I primi 12 mesi tutto il loro operato fu raccolto in un diario che prese il posto dal rapporto sanitario verbalizzato: "Siamo partiti da lì, dall'idea di rileggere quel diario -

Uno degli ex infermieri protagonisti del documentario



poi pubblicato nel 1978 da Marsilio editore - attraverso le voci degli infermieri che diedero vita a quell'occupazione rimasta unica nel suo genere", spiega Carboni. "Perché l'ho fatto? In modo consapevole, sicuramente per liberare i pazienti. In modo meno consapevole, per liberare me stesso. Alla fine credo di essere riuscito più a liberare i pazienti che a liberare me stesso", è la testimonianza dell'infermiere che chiude.

Carboni sottolinea con il docu-film abbia voluto raccontare proprio l'emancipazione degli infermieri, quando sembrava che la rivoluzione fosse solo in mano ai medici: "Il nostro non è un racconto di reduci, ma di un inizio: alcuni di quegli infermieri poi, sono diventati stretti collaboratori di Franco Basaglia. In tempi di passaggio dagli Opg alle Rems, la loro scelta continua a stupire: forse il loro esempio mostrerà l'inutilità di alcuni passaggi istituzionali".

Per saperne di più:
www.padiglione25.it



Bilancio positivo per Nurse4Expo

Expo 2015 ha chiuso i battenti con un bilancio più che positivo. E con la sottoscrizione dei partecipanti della “Carta di Milano” in cui alcuni punti salienti si sovrappongono ai cinque obiettivi sottoscritti nel Manifesto “Nurses4Expo” dagli infermieri e dallo stesso Comitato ExpoVillage2015. La qualità e la sicurezza dell’alimentazione, vale a dire la sicurezza di avere cibo a sufficienza per vivere e la certezza di consumare cibo sano e acqua potabile; un’alimentazione sana e di qualità a tutti gli esseri umani per eliminare la fame, la sete, la mortalità infantile e la malnutrizione; educare a una corretta alimentazione per favorire nuovi stili di vita in particolare per i bambini, gli adolescenti, i diversamente abili e gli anziani; prevenire le nuove grandi malattie sociali della nostra epoca, dall’obesità alle patologie cardiovascolari, dai tumori alle epidemie più diffuse, valorizzando le pratiche che permettono la soluzione di queste malattie sono alcuni target comuni del Manifesto e della Carta, su cui gli infermieri hanno già avviato, proprio con Expo 2015, un’attività di confronto e programmazione. Gli infermieri che hanno aderito a Nurses4Expo, infatti, tutto questo lo hanno già messo in campo, con una serie di incontri e convegni – che ancora proseguiranno fino a fine anno in varie città italiane – sia di carattere generale sulle politiche dell’alimentazione che a livello di singoli settori disciplinari. I temi dei

convegni nazionali organizzati dagli infermieri e dalle loro associazioni, hanno anticipato fin dal 2014 quelli propri di Expo. “A Expo 2015 – spiega Cecilia Sironi, presidente della Cnai (Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri) che con Gruppo Permanente delle Associazioni Infermieristiche Nazionali (Gpain) e i Collegi Ispasvi della Lombardia sono stati promotori di iniziative nazionali e internazionali con il comune logo di Nurses4EXPO – è stato ben delineato il ruolo che gli infermieri hanno nell’alimentazione in tutte le età della vita, anche rispetto alla prevenzione delle patologie dismetaboliche, cardiovascolari, geriatriche che possono avere proprio nel cibo un loro punto di debolezza. Siamo ciò che mangiamo: e questo lo hanno definito e puntualizzato a Expo le associazioni infermieristiche che si occupano di oncologia, neuroscienze, cardiologia, diabetologia e così via, illustrando anche una serie di *best practice* infermieristiche in questo senso. I cittadini – conclude Sironi - sono i più sensibili a queste evidenze e sono sempre più attenti a cosa mangiano”. Le Associazioni e gli Enti che hanno sottoscritto il Manifesto Nurses4EXPO si sono impegnate a collaborare e a sostenere le reciproche iniziative in modo da inviare un messaggio univoco e forte a favore della salute dei cittadini e della maggior valorizzazione della figura professionale dell’infermiere in Italia.



NURSES
FOR **EXPO**

Gli infermieri sostengono la promozione della clownterapia

Il Policlinico Tor Vergata (Ptv) di Roma ha ospitato il convegno "Il valore del clownterapeuta in ospedale", organizzato con il Consiglio regionale del Lazio e in collaborazione con l'associazione "Sorrisiamo", presieduta da **Ottavia Cantuti Castelvetri**. Nel corso dell'evento, il presidente della commissione Politiche sociali e Salute della Pisana, **Rodolfo Lena**, ha presentato la proposta di legge regionale a sua firma: "Disposizioni in materia di clownterapia", che intende promuoverne la conoscenza, la validità e l'utilizzo quale strumento di supporto ed integrazione delle cure clinico terapeutiche.

"Desideriamo – ha dichiarato Lena - riconoscere l'importante ruolo svolto da quanti operano in questo ambito, individuando il percorso formativo che dovranno seguire. Un sorriso aiuta a guarire meglio, ne sono profondamente convinto. Inoltre – ha aggiunto - prevediamo da parte della Regione Lazio l'impegno a riconoscere e divulgare la clownterapia presso le strutture del nostro sistema sanitario attraverso bandi a cadenza annuale aperti alle associazioni".

La proposta di Lena prevede l'impiego della clownterapia anche in occasione di eventi calamitosi in cui si renda necessario l'intervento della protezione civile.

Il direttore generale del Policlinico, **Tiziana Frittelli**, in apertura dei lavori, ha lodato i progressi compiuti dal personale sanitario nella gestione della sofferenza, annunciando che, dal 2016, si è deciso di riportare a Tor Vergata il reparto di Neuropsichiatria infantile, attualmente dislocato alla clinica Sant'Alessandro, dov'è decisivo il fattore empatico con i piccoli pazienti.

Ma qual è lo stato dell'arte della clownterapia oggi nel Lazio, in assenza di una normativa di riferimento? Attualmente, ci si affida a singoli casi virtuosi, illustrati durante il convegno. Il dottor Valerio Nobili ha raccontato, per immagini, gli ambienti dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù: dall'astroTac a episodi di pettherapy.

Il direttore della UocOncoematologia del Ptv, **Maria Cantonetti**, ha riepilogato i diritti dei pazienti, specie se minori, nonché la storia dei gruppi teatrali nati all'interno di ospedali romani.

Agnese Valacchi, responsabile di Pediatria e Neonatologia all'ospedale "Coniugi Bernardini" di Palestrina, ha spiegato come i clownter-



apeuti rendano "magico e speciale ogni reparto in cui entrino". A rappresentare i 6.500 clown dottori italiani e a raccontare la loro storia, il presidente della Federazione nazionale che li riunisce, lo psicoterapeuta **Alberto Dionigi**: "Per noi è decisiva la formazione, l'equilibrio del professionista sanitario, così come del singolo volontario, in quanto si tratta di un'attività a forte impatto emotivo".

Il risvolto psicologico della clownterapia è stato perciò affrontato da **Manuela Tomai**, ricercatrice alla Sapienza.

Decisivo anche il ruolo degli infermieri. Il loro punto di vista è stato illustrato da **Cinzia Dulizia** e **Maria Rita Mauroni**, coordinatrici infermieristiche, rispettivamente, del reparto Pediatria dell'Umberto I di Roma e dell'Area di Ematologia del Ptv.

Dall'Umberto I si è levata pure la voce dell'infermiera **Guendalina Sacconi**, che ha dato conto della stretta collaborazione con onlus come "Teodora" e "Andrea Tudisco" (quest'ultima rappresentata da **Martina Giorgi**).

Presente in sala un'altra realtà molto attiva in questo ambito: AncisPoliteia, presieduta da **Daniela Pascolini**.

Ai numerosi partecipanti ha portato il saluto della Diocesi di Palestrina il Vescovo, **Domenico Sigalini**.

Folta anche la delegazione in rappresentanza del Collegio Ipasvi di Roma, rappresentato in sala dalla presidente **Ausilia Pulimeno** e dai consiglieri **Girolamo De Andreis** e **Francesco Scerbo**.



Un premio internazionale all'ambulatorio di *stomacare* dell'ospedale di Albano Laziale

L'ambulatorio di *stomacare* alla Chirurgia generale dell'ospedale San Giuseppe di Albano Laziale **Caterina Schirò**, la direttrice, nonché per tutto il personale infermieristico e medico (che ha maturato una notevole esperienza nella gestione di ogni aspetto del percorso diagnostico- terapeutico del paziente affetto da neoplasia del colon-retto), arriva un prestigioso riconoscimento internazionale. La loro attività, infatti, ha vinto la XIV edizione del "Great Comebacks™ Awards-II valore della volontà" ed il premio gli è stato consegnato durante una cerimonia tenutasi a Milano il 10 ottobre scorso, durante l'Expo, presso la Cascina Triulza nel Padiglione della Società Civile, in occasione della Giornata mondiale dello Stomizzato.

Il premio internazionale nasce per far conoscere - e premiare - le storie di grandi "ritorni alla vita" dopo un intervento di stomia, affinché siano condivise da tutti, anche da quanti stanno vivendo la stessa esperienza, cercando di infondergli le speranza e la forza per migliorare la loro qualità di vita. La vincitrice, Lo Po, infatti, ha indicato nella dottoressa Schirò, la sua stomaterapista "dagli occhi gentili e la grinta di un uragano", una figura fondamentale nel recupero del



Mirella Lo Po (a destra) e la dottoressa Caterina Schirò

suo quotidiano, dopo l'intervento di stomia cui si era sottoposta. E grazie ai suoi consigli ha ritrovato la gioia di vivere. Da anni, la dottoressa Schirò, affiancata dall'infermiera **Rosa Pasquariello**, gestisce, presso l'ospedale San Giuseppe di Albano Laziale, Asl Roma H Polo H2, l'ambulatorio infermieristico di *stomacare* dove accedono pazienti con enterostomie (colostomie-ileostomie), nefrostomie ed urostomie. Attraverso un percorso terapeutico e riabilitativo di presa in carico, il paziente che ha subito un intervento di questo genere viene seguito nei suoi problemi quotidiani per il miglioramento generale della sua qualità di vita.

Il servizio è organizzato e gestito direttamente da personale infermieristico in possesso di competenze avanzate, capace di pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico, soddisfare i bisogni assistenziali, favorire il *self care*, l'autonomia, la *customersatisfaction* del paziente garantendo la continuità assistenziale con riduzione delle liste di attesa, educazione terapeutica al corretto utilizzo dei presidi stomali per contenere la spesa sanitaria. E non sono escluse attività come la prevenzione, la didattica e la ricerca.



Un momento della premiazione

Scardinare le modalità della didattica tradizionale con l'*I-learning*

La radicalità dei cambiamenti che caratterizzano la nostra epoca reclama una trasformazione anche nei modi di agire.

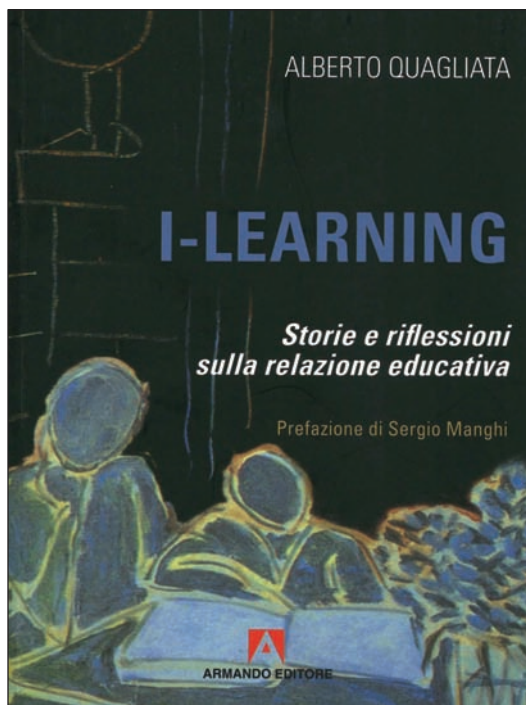
In ambito educativo, il cambiamento più urgente consta nel progettare percorsi di apprendimento a partire dalla relazione.

Il modello didattico dell'*I-learning* sollecita processi formativi eticamente responsabili, costruiti intorno alla centralità della relazione e alla valorizzazione della narrazione.

Questo volume propone un'interpretazione innovativa dell'apprendimento, per ripensare il problema della conoscenza e favorire una nuova soggettività, più relazionale e meno egocentrica.

Di storie ce ne sono moltissime, vissute personalmente dall'autore e dai suoi giovani collaboratori, o riferite "attraversando" il pensiero dei numerosissimi autori citati (Gregory Bateson e Marshall McLuhan, in primis).

Tutti sono fatti di storie: il pensiero narrativo contribuisce a creare un contesto adeguato (culturale, storico, emotivo) per gli elementi del sapere, un sapere che non è "dato" una volta per tutte, congelato in blocchi decontestualizzati da "trasmettere" come un pacco agli allievi, al contrario.



Si tratta di un sapere da vivere insieme, in un'incessante "costruzione collaborativa della conoscenza", attraverso attività esperienziali condivise. La relazione educativa è vista, quindi, nell'ottica del paradigma costruttivista dell'apprendimento in cui gli insegnanti sono educatori-narratori di storie che delineano la nostra cultura e gli studenti responsabili educatori della società futura, quindi, invitati ad uscire dall'anonimato e ad impegnarsi in prima persona in attività collaborative miste, in presenza e on line.

Per questo, il volume reca in sé una proposta operativa che è una vera e propria rivoluzione, destinata a scardinare le ripetitive modalità della didattica tradizionale.

Alberto Quagliata insegna Progettazione didattica per la formazione in rete e Storia sociale dell'educazione presso il Dipartimento di Scienze della Formazione dell'università Roma Tre.

Alberto Quagliata
I-Learning. Storie e riflessioni sulla relazione educativa
 Armando Editore, 2014 pp. 336 (26,00 euro)

La responsabilità dell'infermiere per il reato di rifiuto di atti d'ufficio

In questo numero, vogliamo sottoporre alla vostra attenzione una sentenza con cui la Suprema Corte di Cassazione nell'anno 2014 ha ravvisato in capo a due infermieri una responsabilità per il reato di indebito rifiuto di atti di ufficio ai sensi dell'art. 328 del Codice penale.

Questi, brevemente, i fatti da cui ha tratto origine la vicenda. Una paziente ricoverata in un reparto psichiatrico ospedaliero dopo aver assunto una consistente dose di farmaci, lamentava una forte e progressiva emicrania e riportava una contusione all'arcata sopraccigliare per effetto di una caduta causata da un capogiro.

Nonostante fossero a conoscenza delle condizioni cliniche dalla donna, gli infermieri non provvedevano a chiamare il medico di turno per la rivalutazione della sua situazione clinica.

Ai due infermieri in servizio veniva contestato di essersi, in concorso tra loro, indebitamente rifiutati di eseguire un atto del loro ufficio (ovvero di loro competenza), consistente nel prestare assistenza sanitaria alla paziente, nella specie chiamando il medico di guardia.

In primo grado i due imputati, ritenuti responsabili dei fatti loro ascritti, e di non aver attuato quei *"comportamenti che, per ragioni di sanità, dovevano essere compiuti senza ritardo"*, venivano condannati, previa concessione delle attenuanti generiche, alla pena di quattro mesi di reclusione.

Avverso tale pronuncia gli infermieri proponevano appello rilevando, in primo luogo, che il Giudice di primo grado aveva errato nel fondare la propria decisione ritenendo credibile le dichiarazioni rese dalla paziente, tenuto conto che la stessa era stata ricoverata a seguito di una sconsiderata ingestione di farmaci e per problemi di salute mentale, e che comunque la versione dei fatti fornita da questa fosse da ritenersi, in ogni caso, inattendibile.

La difesa dei sanitari evidenziava, inoltre, come nessun medico avesse prescritto alcunché per la paziente, né fosse stata compilata alcuna cartella; veniva sottolineata, altresì, la circostanza che il personale infermieristico non possa somministrare di propria iniziativa farmaci e come la patologia mentale di cui la donna era affetta potesse ragionevolmente far ricondurre i sintomi lamentati ad un'ordinaria "crisi isterica", che normalmente può



manifestarsi sotto forma di isteria o crisi di vomito.

Si contestava, infine, la riferibilità, agli infermieri, dello status di incaricati di pubblico servizio, sul presupposto che questi svolgano *"sotto le direttive del medico mansioni d'ordine, e non altro"*.

La Corte di Appello condivideva il giudizio di responsabilità espresso già in primo grado, ritenendo che gli imputati si fossero rifiutati indebitamente di chiamare il medico reperibile, volontariamente lasciando *"cadere nel vuoto le richieste loro rivolte dalla persona offesa"*.

Con specifico riferimento, poi, alle riconosciute funzioni di incaricati di pubblico servizio, i Giudici di secondo grado ribadivano come tale status fosse proprio anche del personale infermieristico, chiarendo che la tutela dei malati ricoverati compete non solo ai medici ma anche agli infermieri, i quali esercitano una *"funzione di garanzia e svolgono un compito cautelare essenziale nella salvaguardia del paziente"*.

Sulla base di tali premesse, da cui discende il dovere anche in capo agli infermieri di controllare il decorso clinico dei pazienti, la Corte di Appello concludeva che la particolare situazione di dubbio che aveva caratterizzato la fattispecie (si trattava di una persona spedita ma non in terapia farmacologica, colpita da forte emicrania accompagnata da vomito, perdita di equilibrio e caduta a terra determinante una contusione) imponesse, senza ritardo, l'intervento del medico.

Con la conseguenza che la condotta omissiva data dal rifiuto di chiamare il medico di guardia, ad avviso dei Giudici di Appello era idonea ad integrare gli estremi del reato di cui all'art. 328 C.p., il quale recita testualmente, al comma 1: *"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente ri-*



fiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, È punito con la reclusione da sei mesi a due anni”.

Con ricorso per Cassazione gli imputati hanno censurato la sentenza della Corte di Appello per avere, in sintesi, erroneamente inquadrato il personale infermieristico nell'ambito del ritenuto delitto di omissione, e per non avere adeguatamente considerato (nel valutare la mancata richiesta di intervento del medico) la patologia manifestata dalla paziente, nonché la circostanza che dalla contestata omissione non fosse comunque derivato alcun danno.

In ordine alla prima censura, la Suprema Corte di Cassazione, sez. VI penale, con la sentenza n. 49537/2014, ha ribadito che all'infermiere, per risalente e immodificata giurisprudenza, È attribuita la qualità di incaricato di pubblico servizio: e ciò, in quanto la circostanza che anche la disciplina del rapporto di lavoro del personale sanitario dipendente di aziende pubbliche si rinvenga nelle disposizioni del codice civile non “vale a rendere privatistica la natura delle prestazioni dei suddetti soggetti”, le quali sono inserite nell'attività, certamente di natura pubblica, del servizio sanitario per tutte quelle persone, infermieri ed anche operatori tecnici addetti all'assistenza, con rapporto diretto e personale, del malato.

La Cassazione ha, quindi, sottolineato la correttezza della pronuncia di appello laddove ha evidenziato che rientra nelle funzioni dell'infermiere il controllo del decorso della malattia ovvero della convalida del ricoverato, “fungendo da necessario tramite con il medico del reparto a fronte di situazioni, come quella di specie suscettibili di spiegazioni plurime in termini di ragionevoli sviluppi patologici, tali comunque da esigere l'inter-

vento di mediazione ed interpretazione professionale del medico del reparto”.

Sul punto, condividendo integralmente la prospettiva dei Giudici del merito, hanno precisato i Giudici di legittimità che il solo rifiuto di provvedere in tal senso è sufficiente ad integrare la materialità e la soggettività richieste dall'art. 328 C.p.

Ciò, senza che sia necessario che l'atto omesso o ritardato produca un danno al paziente, tenuto conto che il delitto di omissione di atti d'ufficio è “un reato di pericolo la cui previsione sanziona il rifiuto, non già di un atto urgente, bensì di un “atto dovuto che deve essere compiuto senza ritardo, ossia con tempestività, in modo da conseguire gli effetti che gli sono propri in relazione al bene oggetto di tutela, indipendentemente dal documento che in concreto possa derivarne”.

In conclusione, dalla sentenza della Suprema Corte, possono essere tratti i seguenti principi:

- il rifiuto, l'omissione o il ritardo di un atto d'ufficio, per essere giuridicamente rilevante ed essere punibile penalmente, non deve necessariamente cagionare un danno materiale alla pubblica amministrazione o ledere interessi legittimi di privati, essendo sufficiente il mero pregiudizio all'ufficio o al servizio, insito nella condotta illegittima dell'incaricato del pubblico servizio, tra cui vi rientra, come sopra si è visto, anche il personale infermieristico;
- la condotta di rifiuto si verifica non solo a fronte di una richiesta o di un ordine, ma anche quando (come nella specie in esame), a prescindere dalla incalzante invocazione di assistenza e cura della persona ricoverata, “sussista un'urgenza sostanziale impositiva del compimento dell'atto”.

NORME EDITORIALI

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

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi. Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

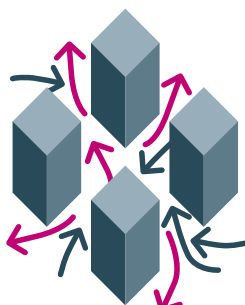
Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato al Collegio Ispasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

L'INNOVAZIONE PASSA PER LA RICERCA



**Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica**



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it

www.ipasvi.roma.it

www.centrodieccellenza.eu

Orari apertura uffici:

Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30