



# Gli infermieri al fianco dei cittadini

VICINI AI LORO BISOGNI DI SALUTE. SEMPRE.

INFERMIERI E CITTADINI: UN NUOVO PATTO PER L'ASSISTENZA

Gli infermieri di  
**Collegio IPASVI di Roma e Provincia**  
al fianco dei cittadini

# INFERMIERE

*oggi*

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

N° 1

## IL CORAGGIO DI CAMBIARE

EDITORIALE

Il coraggio che manca

CONTRIBUTI

Aver cura delle emozioni  
per prendersi cura della persona

FOCUS

Assemblea annuale degli iscritti

NOTIZIE DAL COLLEGIO

Protagonisti al XVII  
Congresso nazionale Ipasvi



# INFERMIERE *oggi*

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma  
Anno XXV - N. 1 - GENNAIO-MARZO 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@artigrafichesrl.it  
Progetto grafico: EDS Roma  
Impaginazione: Consorzio AGE - Arti Grafiche Europa  
Foto: Shutterstock

Finito di stampare: maggio 2015

Tiratura: 32.000 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 Il coraggio che manca

di Ausilia M.L. Pulimeno

### CONTRIBUTI

#### 3 “Aver cura” delle emozioni per prendersi cura della persona

di Chiara Maninchedda, Elena Cristofori,  
Maria Luisa Rega, Caterina Galletti

#### 7 La relazione d’aiuto come elemento fondante di un’efficace presa in carico infermieristica

di Teresa De Paola, Giulio Candiolo, Simone Izzo

#### 11 Il contributo dell’ambulatorio infermieristico nella presa in carico precoce del paziente chirurgico dimissibile

di Valentina Vilona, Giulia Venturini, Alessandro Sili

#### 16 Nuovo modello organizzativo in Terapia Intensiva per la riduzione delle Cather related lood stream infection (Crbsi)

di Alessandro Caldarola, Cesare Calamita,  
Sestilio de Letteriis, Pasqua Laraspada, Livia Dalfino

#### 21 L’efficacia del colloquio motivazionale su paziente ipertesi per promuovere l’alimentazione sana e l’aderenza alla terapia farmacologica

di Lorella Impastato, Petronilla Briganti

#### 31 EBP CORNER

#### Quale antisettico è più efficace nell’antisepsi della cute del neonato per evitare la contaminazione dell’emocoltura?

di Valentina Vanzì, Rosanna Pitaro, Nella Liporace, Elisa D’Alessandro, Giuseppe Ninnella,  
Alessandra Lorefice, Stefano Casciato,  
Angela Peghetti, Maria Matarese

### FOCUS

#### 36 Assemblea annuale degli iscritti

“Tante opportunità grazie al Collegio in un contesto che rimane critico”

#### 42 Biblioteca, un patrimonio unico a disposizione degli iscritti

#### 49 Rendiconto finanziario 2014

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

#### 52 Protagonisti al XVII Congresso nazionale Ipasvi

#### 54 Nuovo Comitato centrale della Federazione Nazionale Ipasvi

#### 56 Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec

### NOTIZIE DALLA REGIONE

#### 57 Nasce la Biblioteca Medica Virtuale Bal

### DICONO DI NOI

#### 58 La primavera porta con sé lo sblocco di 740 milioni per la Sanità e lo steward di Pronto soccorso

### LETTO PER VOI

#### 61 Essere eclettici nella *web society*

### L’AVVOCATO DICE

#### 62 La posizione di garanzia dell’infermiere coordinatore alla luce della recente sentenza n. 2192/2015 della Corte di Cassazione

#### 64 LA VIGNETTA DEL MESE

## 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 Ipasvi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.



# Il coraggio che manca

di Ausilia M.L. Pulimeno

Che c'è di meglio di un cambio drastico quando la situazione è critica? Ci vuole solo un po' di coraggio. E poi la forza di tenere la posizione sotto il tiro di chi è ostile al cambiamento.

La nostra malconca sanità regionale non può attendere oltre. Abbiamo già alle spalle troppi anni di inutili chiacchiere, di impegni vani e promesse al vento. Voltiamo pagina, facciamolo davvero, facciamolo subito. Anche perché lo stato in cui sono ridotti oggi tanti servizi sanitari e il peso abnorme che grava sugli operatori non è più sopportabile; non lo è per i cittadini e nemmeno per i professionisti.

La soluzione c'è, la indichiamo da tempo noi dell'Ipsvi. Cambiare finalmente rotta vuol dire sbloccare il turn over, stabilizzare i precari, internalizzare i servizi assistenziali, indire i concorsi per le assunzioni e per la dirigenza, definire nuovi modelli organizzativi per l'assistenza, far decollare la Dirigenza Infermieristica e i Dipartimenti delle Professioni Sanitarie.

A Roma e nel Lazio mancano all'appello migliaia di infermieri e l'assistenza alla popolazione viene garantita solo grazie agli enormi sacrifici del personale da cui dipende la funzionalità di interi reparti e servizi. La situazione è ormai drammatica in molti presidi. Per questo insistiamo con la Regione Lazio affinché avvii immediatamente le procedure per lo sblocco del turn over del personale sanitario e indichi rapidamente i concorsi.

Il precariato non si combina con la sanità, non consente al professionista di formarsi e crescere, non migliora la qualità delle cure. Il lavoro a intermittenza degli infermieri significa fornire assistenza a singhiozzo. E senza continuità non può esserci qualità. E' una strada sbagliata che produce gravi disservizi, disconomie intollerabili e sofferenze per molti cittadini. Quindi basta con il reclutamento di infermieri a tempo, solo per tappare una falla che regolarmente si riapre dopo pochi mesi alla scadenza dei contratti.

Superare la logica delle assunzioni a scadenza significa anche garantire ai cittadini standard qualitativi migliori e servizi sanitari più efficienti. E a costi inferiori, un dettaglio non trascurabile per una Regione che come la nostra è alle prese con un rigoro-

so piano di rientro del debito sanitario. Solo con il definitivo passaggio ai contratti a tempo indeterminato si può restituire serenità e fiducia a migliaia di operatori che, come i loro colleghi "regolari", si fanno carico di condizioni di lavoro spesso estreme e ai quali il Servizio Sanitario Regionale deve molto.

In questi anni abbiamo assistito ad un massiccio ricorso all'esternalizzazione delle posizioni professionali utilizzando personale gestito da cooperative e agenzie, con evidenti disconomie e uno scadimento generale del controllo sulla qualità assistenziale. Non mancano esempi di precarietà ormai ultravventennale, un vero controsenso specie se riferito ad un ambito cruciale come quello sanitario.

Alla Regione Lazio chiediamo di fare la sua parte anche su questo fronte, superando tale assurda condizione e regolamentando i contratti diversi da quelli classici, imponendo minimi contrattuali comuni a tutti i professionisti per scongiurare il fenomeno dequalificante della sperequazione di trattamento tra colleghi, spesso con retribuzioni al di sotto della decenza. Il principio è semplice: se è precaria non è sanità.

In questa chiave gli infermieri apprezzano l'impegno a chiudere entro il 2016 la stagione commissariale della sanità laziale, avviando subito una programmazione che garantisca servizi più vicini ai bisogni di salute dei cittadini. Riconosciamo al Presidente Zingaretti di aver inquadrato gli effetti negativi dei tagli operati finora sul sistema sanitario regionale che hanno impoverito i servizi senza incidere sulla qualità della spesa.

Per questo, con la forza di chi ogni giorno è impegnato in prima linea, accogliamo con rinnovata speranza la volontà di cambiare registro espressa dal Governatore puntando sui servizi territoriali, sul potenziamento della prevenzione e sulla valorizzazione del personale oggi schiacciato dal superlavoro o da una estrema precarietà.

Bene il recente sblocco parziale del turn over, ma le quote previste non bastano. La mancanza di infermieri non può essere arginata recuperando solo il 10-15% di chi lascia il servizio. L'obiettivo dello sblocco totale va raggiunto al più presto per

salvare servizi sanitari essenziali. Eppure non c'è il coraggio di sbloccare i concorsi anche quando si potrebbe, non in maniera indiscriminata ma selezionando le figure professionali necessarie secondo le reali esigenze.

Per uscire dalla spirale dei costi ospedalieri ci vuole più sanità territoriale: in Italia servono dai 18 mila ai 24 mila infermieri, ambulatoriali, di famiglia, di prossimità e nelle nuove Case della salute per le quali il Collegio si sta adoperando con tutte le energie. Una buona riorganizzazione dei servizi sul territorio migliora la salute dei cittadini, riduce i ricoveri in ospedale e produce a medio termine risparmi notevoli per tutto il sistema. E' ciò che serve, ciò che chiediamo alla Regione di fare subito.

Tuttavia non basterà arginare il pauroso vuoto degli organici infermieristici. La domanda di salute evolve rapidamente e il sistema deve adeguarsi anche sotto il profilo organizzativo. Il confronto con modelli assistenziali adottati in alcuni Paesi europei e la necessità di trovare nuove strategie per rispondere all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle cronicità hanno consentito anche in Italia di sperimentare con successo modelli impostati su criteri di razionalizzazione, efficienza, efficacia e attenzione ai costi.

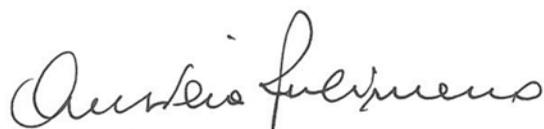
Abbiamo davanti agli occhi i modelli innovativi da seguire, soprattutto nell'ambito del pronto soccorso e dell'emergenza, delle strutture residenziali, dei percorsi preoperatori e dell'assistenza domiciliare, tutti con il coinvolgimento preponderante della componente infermieristica. E' la via che indichiamo e che chiediamo alla Regione Lazio di percorrere senza indugi, quella degli ospedali organizzati per intensità di cure e complessità assistenziale, delle nursing home, del See&Treat, della ridefinizione del fabbisogno in base al grado di complessità delle persone assistite o della complessità dell'intervento chirurgico-ane-

stesiologico, del case management e della presa in carico globale.

Le resistenze al cambiamento, è vero, non mancano. C'è chi difende a spada tratta le sue posizioni di rendita, ostile ad ogni processo che conferisca autonomia agli infermieri. Il Collegio lo denuncia apertamente ormai da tempo. Insistiamo nel chiedere alla Regione di non piegarsi a questo tipo di pressioni e di fronteggiare con la forza della ragione quei medici (peraltro una piccola minoranza) che mettono in discussione la necessità di nuovi modelli assistenziali. A loro ribadiamo semplicemente che la Legge 251/2000 definisce chiaramente la figura dell'infermiere, i suoi ambiti di autonomia e di responsabilità anche a livello organizzativo e gestionale.

Come pure chiediamo alla Regione di imporre a tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere il rispetto delle nuove linee guida degli Atti Aziendali, con l'obbligo di separare la direzione clinica da quella assistenziale istituendo al loro interno le Dirigenze delle Professioni Sanitarie, pienamente autonome e indipendenti rispetto ai Dipartimenti Medici e che potranno essere trasformate in Dipartimenti delle Professioni Sanitarie. Lo chiediamo per porre fine al caos che rende oggi disomogenea l'organizzazione del lavoro, pregiudicando il livello e la sicurezza delle prestazioni.

La direzione imboccata con le nuove linee guida è quella giusta, un traguardo che inseguiamo da tempo e che arriva nel momento più difficile per la nostra sanità. Finora il sistema non ha funzionato producendo storture, disservizi e un deficit spaventoso. Arroccarsi a difesa dell'esistente è un atteggiamento indifendibile che gli infermieri sapranno contrastare fino in fondo, con la solita umiltà ma senza sconti per nessuno.



# “Aver cura” delle emozioni per prendersi cura della persona

## La formazione emotiva dello studente infermiere: un'esperienza narrativa

di Chiara Maninchedda, Elena Cristofori, Maria Luisa Rega, Caterina Galletti

### ABSTRACT

La formazione dell'infermiere non è semplicemente far prendere coscienza di regole e procedure standardizzate, ma aiutare ad imparare ad entrare in relazione con i processi conoscitivi ed emotivi che sono presenti nella pratica reale e che vengono attivati nel prendersi cura della persona.

Si tratta, dunque, di pensare ad una formazione dei professionisti della salute che (ri)conosca le radici etiche ed epistemologiche dell'Infermieristica, mettendo così al centro del *caring* la valorizzazione della **relazione umana tra infermiere e persona assistita**.

Le conoscenze scientifiche, in continua evoluzione, avvengono all'interno di contesti di pratica differenziati, in rapporto a storie di vita e professionali singolari e specifiche.

Pertanto, l'infermiere, nel suo percorso formativo, ha il bisogno di approfondire la dimensione emozionale al vissuto di fragilità e di dolore, alle necessità esistenziali e alla ricerca di senso dei propri assistiti e delle loro famiglie.

Il presente lavoro indaga le emozioni che l'esperienza di tirocinio attiva nello studente infermiere.

Il metodo utilizzato è stato della narrazione dell'esperienza e dai risultati del lavoro è possibile trarre elementi utili per l'educazione alle emozioni nel corso di laurea in Infermieristica.

**Parole chiave:** *caring*, emozioni, formazione infermieristica, *humanities*, apprendere dall'esperienza, studenti di Infermieristica.

### INTRODUZIONE

Nella formazione infermieristica l'acquisizione delle conoscenze scientifiche e tecniche è importante per lo sviluppo del professionista, ma è incompleta se non supportata dalle discipline umanistiche. Infatti, non si conosce solo attraverso la scienza, ma anche attraverso l'arte che, facendo vedere o raccontando, consente di sviluppare capacità introspettive ed interpretative.

Nell'Infermieristica, conoscenza, comprensione e applicazione sono processi mentali fondamentali per percepire l'individualità della persona assistita con i suoi bisogni assistenziali - espressi ed inespressi - e poter adeguare la modalità dell'approccio di cura e di presa in carico.

Pertanto, è necessario che lo studente infermiere, nel suo percorso formativo, sviluppi la capacità di instaurare la relazione di cura che non è solo l'interrogarsi pratico su come "far ritrovare la salute", ma anche l'arte dell'"avere cura".

**Le relazioni che si instaurano tra infermiere e assistito pongono entrambe le parti in una condizione di continuo scambio emozionale** e presupposto di una presa in carico infermieristica è la capacità dell'infermiere di saper gestire le pratiche di cura attraverso la relazione con l'assistito. Infatti, assistere una persona comporta saper controllare le emozioni e non soffocarle o reprimerle. È difficile, all'inizio della professione infermieristica, non solo dover toccare i corpi delle persone che si assistono, ma anche saper modulare le proprie emo-

zioni davanti a situazioni di sofferenza e dolore, all'imbarazzo per membra mutilate o lunghi silenzi.

Per gli infermieri, le emozioni rivestono un ruolo dominante ed è necessario un uso professionalmente qualificato non solo delle vicissitudini emotive narrate dagli assistiti, ma soprattutto delle sensazioni che si originano nel professionista durante l'assistenza.

Lavorare sulle emozioni permette al professionista di avere cura della persona in tutta la sua complessità e al malato di affrontare la malattia, soprattutto quando la scienza non riesce a dare risposte soddisfacenti alle angosce che, a volte, si presentano come conseguenze negative di un vissuto di malattia.

Il presente lavoro è stato sviluppato per rilevare le emozioni che scaturiscono nei luoghi di cura allo scopo di individuare elementi utili alla cura della formazione emotiva dello studente infermiere.

### MATERIALE E METODO

L'obiettivo è di esplorare le emozioni che l'esperienza di tirocinio attiva nello studente infermiere e individuare se e quali processi cognitivi attivino proprio quelle esperienze.

Lo studio è stato condotto utilizzando il metodo della narrazione dell'esperienza (*narrative inquiry*). Si è svolto nel secondo semestre dell'anno accademico 2012-13 e ha visto la partecipazione di una studentessa del III anno del corso di laurea in Infermieristica.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dei dati è stato un diario in cui la stu-

dentessa ha riportato gli aspetti rilevanti dell'esperienza di tirocinio clinico che andava maturando.

L'analisi del diario è stata effettuata da due ricercatori utilizzando il metodo Giorgi. Questa categorizzazione è stata sottoposta ad affidabilità di intervalutazione da parte di un terzo ricercatore.

Al termine, per rispettare il punto di vista (*fidelity*) della studentessa le è stato richiesto di verificare che i testi trascritti riproducessero fedelmente la sua esperienza.

Infine, tutti i ricercatori hanno elaborato, in modo narrativo, i risultati dell'esperienza, anche in rapporto alla letteratura scientifica.

## RISULTATI

Il diario è stato letto e riletto attentamente dai ricercatori per scoprire le essenze dell'esperienza e identificare le unità di significato.

Tali unità sono state raggruppate sotto tre etichette (figura 1):

1. il vissuto: è interessante notare come le emozioni «di giovane studentessa» che vive l'ambiente ospedaliero come un luogo «di incontro tra giovani in formazione e personale sanitario impegnato quotidianamente con i dilemmi umani», siano ben distinte dalle «emozioni dolorose del paziente», per il quale «l'ospedale è un luogo frequentato solo nel momento del bisogno, intriso spesso volte di ricordi negativi».

2. Le ricadute per la pratica infermieristica specifica: la possibilità di «sperimentarmi nell'ambiente clinico» ha consentito di provare il «senso di inadeguatezza» che porta ad «evitare i contatti» e a sembrare di avere un atteggiamento di «noncuranza» nei confronti col paziente, quando, al contrario, vi è la necessità di creare un senso di «fiducia e affidamento». «Riflettere sulle emozioni nei luoghi della cura» ha consentito di evidenziare lo stato doloroso del paziente, in cui prevale «la condizione di indigenza» e di «apatia» che è la sua risposta alla ospedalizzazione, alla perdita di un ruolo sociale attivo.

3. Quali emozioni sono state attivate. Le emozioni sono sollecitate dal «guardare negli occhi», dalla «osservazione» e dal-

la «percezione dei sensi» che rimandano con il pensiero al «ricordo delle emozioni per persone care». Ben espresso è il conflitto che nasce tra i sentimenti provati e la razionalità che richiama a un contenimento e un controllo sulla situazione emotiva.

L'emozione che viene maggiormente attribuita al paziente, quando i «sensi» lo percepiscono, è la «solitudine», la «assenza di relazione terapeutica» e «le relazioni sociali non espresse».

cultura, la formazione, le motivazioni, etc.). Non a caso, siamo «frutto del nostro passato» ma anche la propria storia professionale si costruisce con il «confronto con i colleghi» che consente di connettersi «con altre categorie di pensiero e uscire dalla razionalità per farsi trasportare dai sentimenti».

- La auto-consapevolezza, la capacità di effettuare un processo di riflessione sulle proprie azioni e i propri stati emo-



Figura 1. Le emozioni attivate dal caring

La categorizzazione delle unità di significato ha consentito di individuare anche le riflessioni sui processi emotivi elaborate dalla studentessa con la scrittura riflessiva. (Figura 2)

Dal diario emergono:

- la consapevolezza in riferimento alla strutturazione del ruolo professionale. Per essere infermieri è necessario fare «un viaggio alla scoperta di noi stessi» e del «giusto rapporto tra le emozioni e il mio ruolo professionale». È questa la via per «essere in grado di sostenere tale ruolo, dare il meglio di se stessi e aiutare gli altri nel loro momento di massimo bisogno».

- La auto-coscienza, cioè la capacità di riconoscere che la propria esperienza è modellata da molti fattori (quali la

zionali. Traspare chiaramente che il percorso formativo di tirocinio le ha dato la possibilità di rilevare «la nostra inesperienza», la «assenza di formazione emotiva» e che «la consapevolezza di un'emozione si acquista», per cui è importante «proporre agli studenti infermieri un valido strumento di conoscenza ed approfondimento degli aspetti emotivi intesi come consapevolezza delle proprie emozioni, di quelle altrui». Forte è la auto-consapevolezza che il professionista infermiere «rischia di perdere il proprio baricentro, di essere in balia delle emozioni» soprattutto quando «Un ricordo, un'emozione non gestita possono mettere in pericolo la nostra stabilità emotiva e di conseguenza l'assistenza».

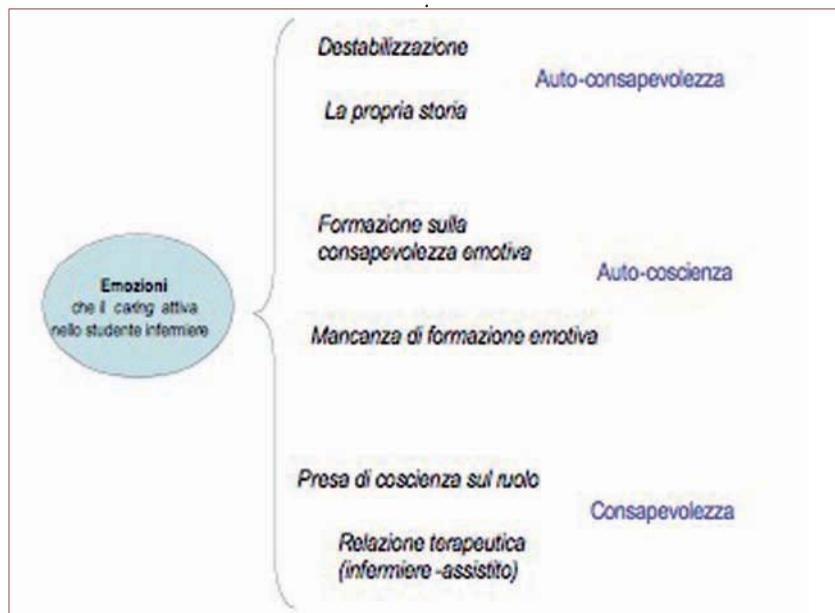


Figura 2. I processi cognitivi attivati

## DISCUSSIONE

### La narrazione della esperienza formativa

«L'esperienza formativa ha fornito un utile strumento per rivedere le conoscenze acquisite durante il corso di laurea in Infermieristica» e (ri)pensare i pensieri e le emozioni.

Infatti, la «consapevolezza di un'emozione si acquista in un percorso lungo, (...) implica la conoscenza e il riconoscimento di una realtà. Partire da questo per approdare alla consapevolezza delle nostre emozioni nel momento stesso in cui le proviamo è il primo passo verso un uso conscio delle stesse». «Il tirocinio clinico al quale ho partecipato ha fatto vacillare il mio senso di adeguatezza... Il bisogno di sentirci adeguati, sebbene giovani, di fronte alle emozioni espresse dai pazienti, ci ha condotti in un viaggio alla scoperta di noi stessi, alla presa di coscienza del nostro ruolo, per noi stessi e per gli altri».

Nel percorso universitario l'attenzione per gli insegnamenti teorici e per la valutazione può portare a trascurare i processi con cui gli studenti apprendono e soprattutto a trascurare la valenza "apprenditiva" delle emozioni.

«Essere consapevoli delle emozioni di cui siamo investiti durante l'assistenza è essenziale» perché le emozioni sono la

ricchezza interiore delle persone e la ragione non può funzionare correttamente senza le emozioni, ovvero senza lo stretto collegamento con il corpo, che offre costantemente la materia di base con cui il cervello costruisce le immagini, da cui originano i processi cognitivi e l'elaborazione del pensiero.

«I nostri ricordi sono intrisi di emozioni. Un ricordo più vivido è un'immagine ancora tridimensionale nella nostra mente perfettamente irrorata da sensazioni, percezioni così sensibili che basta un odore, uno sguardo dato veloce che riaffiora impetuoso, nei momenti più inappropriati. I ricordi più vivi sono quelli che ci hanno condotto a prendere una strada piuttosto che un'altra, sono legati a momenti del nostro passato in cui siamo stati ad un bivio. Noi, siamo frutto del nostro passato e noi giovani lo siamo ancora di più perché il nostro passato è bene o male vicino».

Nella formazione infermieristica «durante il tirocinio ci troviamo ad assistere persone adulte e anziane, persone che potrebbero essere coetanee ai nostri genitori e ai nostri nonni. Potremmo sentir riaffiorare emozioni legate a persone a noi talmente care che il solo loro ricordo ci disarmo, ci mette a disagio... Sono questi gli scenari in cui si rileva la nostra inesperienza, l'assenza di formazione emotiva».

Se quindi, come emerge dal diario, l'at-

tenzione alle emozioni dello studente non è sufficientemente curata, i formatori dovrebbero impegnarsi a sviluppare un iter educativo anche di tipo umanistico e lavorare sulla persona e le sue emozioni, come «strumento di conoscenza ed approfondimento degli aspetti emotivi intesi come consapevolezza delle proprie emozioni, di quelle altrui, quindi riconoscimento, accettazione, gestione e contenimento di queste».

Infatti, «il nostro atteggiamento freddo è la dimostrazione della voglia di garantire professionalità ma allo stesso tempo di non saper gestire le nostre emozioni che per questa ragione reprimiamo», mentre riconoscere i propri stati emotivi, quelli dell'altro e come tra loro interagiscono è alla base del caring.

«Come giovani studenti spesso si è portati ad essere immediati, impulsivi e a volte persino superficiali ma ho capito che prendersi cura delle emozioni dell'assistito vuol dire anche avere lo spirito predisposto a soffermarci e riflettere sull'evento scatenante una reazione, un'emozione, un impulso, vuol dire pensare ai dettagli e prendere consapevolezza. Ragionare su questo, ha modificato mio modo di avvicinarmi al paziente».

La capacità del professionista di «trovare il giusto rapporto tra le emozioni e il [proprio] ruolo professionale», di padroneggiare la propria sfera emotiva imparando a mantenere una distanza consapevole tra se stesso e il paziente, non è innata e la studentessa bene esprime il disagio di «sentirsi incapaci di guardare negli occhi una persona costringendosi a concentrarsi su un particolare, ad impegnarsi completamente per svolgere un'azione, limitare i contatti umani per paura di cedere. Il paziente potrebbe leggere questo nostro comportamento come noncuranza verso la sua persona, anche una dimostrazione di maleducazione. Il rapporto sarebbe così minato alle basi».

Emerge dal diario il tema dell'incontro tra infermiere e persona assistita «le emozioni che suscita il ricovero sono dettate anche dalle persone che si incontrano e di persone in ospedale se ne avvicinano molte. In un ambiente dove le relazioni sono molteplici, le perso-

ne (...) si susseguono in tutte le 24 ore, nascono delle emozioni che sono sociali in quanto derivate da relazioni sociali».

Quindi, se il nursing è affettuosa e reale presenza con l'altro per promuovere la salute e la qualità della vita allora è indispensabile per l'infermiere sviluppare capacità di "riconoscimento": partire da sé e riconoscere l'altro come persona che non è oggetto delle cure ma soggetto nella relazione di cura.

«A volte l'interesse degli operatori sanitari è strettamente rivolto all'aspetto corporeo, (...) altre volte la degenza viene vissuta dal paziente come una "bataglia solitaria" in cui gli operatori aiutano il corpo mentre solo la persona può trovare la forza per sopportare e reagire. Da questa contraddizione nasce una profonda solitudine cui va incontro il paziente. Delle emozioni provate, non ci potrà essere condivisione, egli potrà solo dopo riportare ad altri, spesso i suoi cari, il ricordo di ciò che ha provato».

Infine, l'importanza delle emozioni e la necessità di imparare a padroneggiare la propria sfera emotiva, che è risorsa irrinunciabile del caring, trova nelle parole della studentessa una vibrante descrizione: «Le emozioni sono davvero la glassa delle professioni d'aiuto ma è necessario che siano consapevoli e ciò è



realizzabile fornendo una specifica formazione per quanto riguarda lo scoglio emozionale cui vanno incontro i professionisti».

### CONCLUSIONI

Il diario ha messo in evidenza il vissuto della studentessa e, come il lavoro di scrittura riflessiva, può supportare il tirocinio clinico.

Infatti, quest'ultimo non è un processo di trasferimento del sapere da un soggetto ad un altro ma attiva la partecipazione per l'acquisizione di abilità e conoscenze dall'esperienza concreta.

Per fare ciò, è necessario superare le tradizionali partizioni disciplinari per formulare nuove forme di trasmissione dei saperi in un contesto aperto a "suggerimenti" che invitino alla consapevolezza

nell'agire professionale, promuovano il dialogo e migliorino la consapevolezza degli studenti circa il *to take care*.

È necessario, quindi, che i formatori promuovano un contesto formativo aperto a nuove forme di "elaborazione" dei saperi per lo sviluppo cognitivo, affettivo ed emotivo dello studente e per aiutarlo ad acquisire consapevolezza del suo "sentire" professionale.

### AUTORI:

Chiara Maninchedda, infermiere Policlinico "Gemelli"; laureata in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Elena Cristofori, tutor corso di laurea in Infermieristica; docente a contratto di MED/45 presso il corso di laurea in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Maria Luisa Rega, coordinatore attività pratiche e di tirocinio del corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche; docente a contratto di MED/45, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;

Caterina Galletti, coordinatore didattico presso il corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche; docente a contratto di MED/45, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

Pellegrini W, *Le radici del futuro. Human Caring: passaggio attraverso il cuore. Il senso della Scienza Infermieristica*. Villanova Mondovi: C.G. Edizioni Medico Scientifiche; 2010.

Antiseri D, *Conosciamo solo tramite la scienza? A cosa servono l'arte e la letteratura?* *Medic* 1996; 4:109-14.

Marcadelli S, Artioli G, *Nursing narrativo. Un approccio innovativo per l'assistenza*. Sant'Arcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore; 2010.

Galletti C, *La scienza infermieristica*. In D'Aliesio L, Vellone E, Rega M.L, Galletti C. *La ricerca infermieristica*. Roma: Carocci Faber; 2006 (p.39-53).

Mencattelli F, Galletti C, Cristofori E, Poddighe P, Rega M.L, *L'importanza del corpo nelle cure infermieristiche: un contributo dalla letteratura*. *Medicina e Morale Rivista internazionale di Bioetica*, 2012; 1: 75-93.

Masera G, *Prendersi cura dell'altro. Dal rispetto al riconoscimento attraverso il dialogo e la cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore; 2006.

Mortari L, *Cultura della ricerca pedagogica. Prospettive epistemologiche*. Roma: Carocci; 2007.

Bruner J, *La cultura dell'educazione*. Milano: Feltrinelli Nuovi orizzonti per la scuola; 2006.

Damasio A.R, *L'errore di Cartesio*. Milano: Adelphi edizioni; 1995.

Watson J, *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring*. Milano: Zanichelli; 2013.

Peplau H.E, *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica. Una struttura concettuale di riferimento per un'Infermieristica psicodinamica*. Padova: editrice Summa; 1994.

Rizzo Parse R, *Human Becoming: Parse's Theory of Nursing*. *Nurs Sci Q*. Spring 1992; 5(1): 35-42.

Zannini L, *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina Editore, Milano. 2008.

# La relazione d'aiuto come elemento fondante di un'efficace presa in carico infermieristica

## La soddisfazione degli utenti nei laboratori "artistici" di alcuni servizi di un Dsm di una Asl romana

di Teresa De Paola, Giulio Candiolo, Simone Izzo

### ABSTRACT

Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare il grado di soddisfazione di un campione di utenti che hanno frequentato i laboratori "artistici" di alcuni servizi di un Dipartimento di Salute Mentale (Dsm) di una Asl romana. L'ipotesi è quella che la partecipazione a detti laboratori possa aumentare la qualità delle relazioni interpersonali degli utenti stessi.

Per laboratori "artistici" o ergoterapeutici espressivi si intendono tutte quelle attività svolte in un *setting* gruppale, condotte da figure terapeutiche con formazione specifica nel campo e finalizzate al recupero di più adeguate capacità introspettive e relazionali.

Oltre ad un approfondito lavoro di ricerca bibliografica, si è cercato di dare ampio spazio alla presa in carico infermieristica e alla relazione d'aiuto tra infermiere ed utente come elementi fondamentali del percorso terapeutico assistenziale, individuando, come teorica di riferimento, la Hildegard E. Peplau che, con il suo modello di **Nursing psicosociale**, risponde pienamente a tale esigenza.

Per lo studio di ricerca è stato arruolato un campione di 39 utenti partecipanti a laboratori ergoterapeutici espressivi,

svolti nelle varie strutture del Dsm, seguiti nel periodo novembre 2013-febbraio 2014.

E sono stati utilizzati strumenti quali: questionario socio-demografico (costruito ad hoc per la conoscenza socio-demografica del campione); questionario costituito da una parte, opportunamente selezionata, della *Psychological Well-Being Scale*; questionario valutante la soddisfazione dell'utente partecipante. I risultati, nonostante il numero non eccessivamente ampio del campione, hanno evidenziato un alto grado di soddisfazione da parte degli utenti e una buona qualità di relazioni interpersonali del campione stesso, mostrando non poche differenze tra sesso maschile e femminile.

### INTRODUZIONE

Questo lavoro nasce dall'esigenza di analizzare, con opportuni strumenti di valutazione (come partecipare a laboratori "artistici"; specie quello di Musicoterapia), da parte degli utenti con patologia psichiatrica, possa cambiare, nel tempo, le situazioni individuali e grup-ali.

Il termine Musicoterapia è composta da due elementi: musica e terapia.

La musica regala la possibilità di esprimere e percepire emozioni, sentimenti

e stati d'animo; la terapia conduce al concetto di relazione tra due persone, di cui una è bisognosa di aiuto e l'altra cerca di fornirglielo.

L'Associazione canadese di Musicoterapia definisce la stessa come: *"una forma di trattamento in cui si favorisce l'integrazione fisica, psicologica ed emotiva dell'individuo nella cura di malattie e/o disabilità"*.

Lo strumento di questa attività è l'elemento sonoro: il suono, che va dal rumore alla melodia, fino al silenzio, attraverso un ventaglio infinito di colori, timbri, intensità, ritmi, movimenti e durate di espressione<sup>1</sup>.

Attraverso la Musicoterapia è possibile affrontare le problematiche del comportamento umano rivolgendosi, al contempo, alla questione "uomo" nella sua globalità di corpo, mente, spirito<sup>2</sup>.

Nei laboratori "artistici" o ergoterapeutici espressivi non è, infatti, primario il prodotto realizzato, quanto la relazione che il paziente è chiamato a creare con il terapeuta, il gruppo e i materiali nell'attività.

Viene così a crearsi una **relazione d'aiuto** ovvero: *"una relazione fondamentale umana tra una persona che chiede aiuto ed un'altra che fa di tutto per darglielo"* (C. Landolo, 1979).

<sup>1</sup> Postacchini P.L., Ricciotti A., Borghesi M., Musicoterapia. Carocci, Urbino 2001;

<sup>2</sup> Danon M., Star bene con la musica - musicoterapia, crescita personale e gioia di vivere. Sonzogno, Milano 1997

Relazione d'aiuto fondata sulla fiducia che il paziente ripone nei confronti dell'infermiere/musicoterapeuta e senza la quale è totalmente inutile pensare ad interventi da attuare piuttosto che obiettivi da raggiungere.

Per lo studio di ricerca sono stati arruolati 54 utenti psichiatrici che frequentano i laboratori ergoterapeutici espressivi, ma non tutti hanno voluto dare il loro consenso e, quindi, aderire al lavoro di ricerca. In 15 non vi hanno partecipato, pertanto il campione finale è stato di 39 utenti.

## MATERIALE E METODO

Le strutture nelle quali è stata effettuata la ricerca sono principalmente Centri Diurni e Comunità Terapeutiche afferenti ad un Dsm di una Asl romana.

La ricerca è stata effettuata con l'utilizzo di tre tipi di strumenti:

1. questionario socio-demografico conoscitivo del campione;
2. *Psychological Well-Being Scale* che valuta il benessere psicologico dell'utente ed è composta da 84 item: in questo studio, ha subito una notevole scrematura al fine di estrapolare solo gli item ritenuti d'interesse, cioè quelli inerenti le relazioni positive con gli altri e la padronanza ambientale, e questo "snellimento". Inoltre, è servito per facilitarne la somministrazione ad un campione piuttosto "disorganizzato";
3. il questionario sulla valutazione della soddisfazione dell'utente ripreso da uno studio pubblicato su internet per valutare il grado di soddisfazione dell'utente circa i laboratori ergoterapeutici espressivi.

I questionari sono stati autosomministrati e distribuiti in buste per garantire l'anonimato e, qualora il campione avesse trovato difficoltà nella comprensione di alcuni item, è stato supportato dal ricercatore, da alcuni tecnici della Riabilitazione e infermieri che, vista anche la loro maggiore conoscenza del campione e operando nei servizi oggetto di studio, si sono offerti di collaborare.

I punteggi agli *item* sono stati attribuiti in base ad una scala Likert a 6 punti (1=completamente in disaccordo, 2=in

disaccordo, 3=lievemente in disaccordo, 4=lievemente d'accordo, 5=d'accordo, 6=completamente d'accordo).

## RISULTATI E DISCUSSIONE

Il numero dei rispondenti è stato di otto utenti nel I Centro Diurno (Cd); 7 nel II Cd; 5 nel III Cd; 5 nel IV Cd e 7 nel V Cd e 7 nell'unica Comunità Terapeutica (Ct). Possiamo affermare, quindi, che il 79,5% del campione svolge il laboratorio ergoterapeutico espressivo nei Cd. Il restante 20,5% nella Ct. (Grafico 1) Il 59% dei componenti il campione sono di sesso maschile; il 41% femminile.



Grafico 1

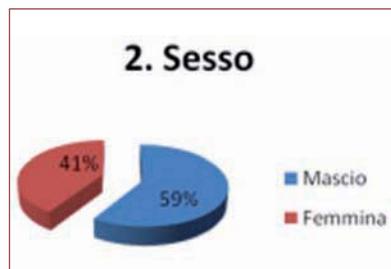


Grafico 2

Lo studio ha evidenziato un alto grado di soddisfazione degli utenti che frequentano i laboratori "artistici", come si evince dal grafico 3.

I punteggi calcolati secondo la scala Likert vanno da un minimo di 50 ad un massimo di 108 punti: un *range* calcolato in base alla somma delle risposte del campione agli *item* del questionario sulla soddisfazione, tenendo conto dei valori numerici precedentemente descritti assieme alla scala Likert e assegnati ad ogni risposta.

Si è effettuata, quindi, la seguente suddivisione dell'utenza: in disaccordo (da 50- 54 punti), lievemente d'accordo (da 55-72 punti), d'accordo (da 73-90 punti), completamente d'accordo (da 91-108 punti).

È risultato, dunque, che una piccola parte del campione (5,6%) non è propriamente soddisfatta delle attività svolte e rientra, quindi, nella parte del campione in disaccordo.

Al contrario, la maggioranza del campione, suddiviso in lievemente d'accordo (19,4%), d'accordo (55,6%) e completamente d'accordo (19,4%), è di gran lunga soddisfatta dei laboratori ergoterapeutici grazie ad una partecipazione attiva dell'utente, stimolato, a sua volta, da un'efficiente ed efficace conduzione dell'attività da parte dell'operatore/infermiere, com'è possibile ipotizzare dalle risposte date agli item inerenti la relazione/attaccamento facenti parte del questionario sulla soddisfazione.

Infatti, all'*item* "hai sentito di poterti affidare a lei/lui" riferito all'operatore professionista, il campione si è palesato assolutamente in accordo (con una media totale di punteggio pari a 4,77 su 6), e, ancora, all'*item* "pensi sia stata gestita bene dall'operatore", il campione risponde positivamente (4,69).

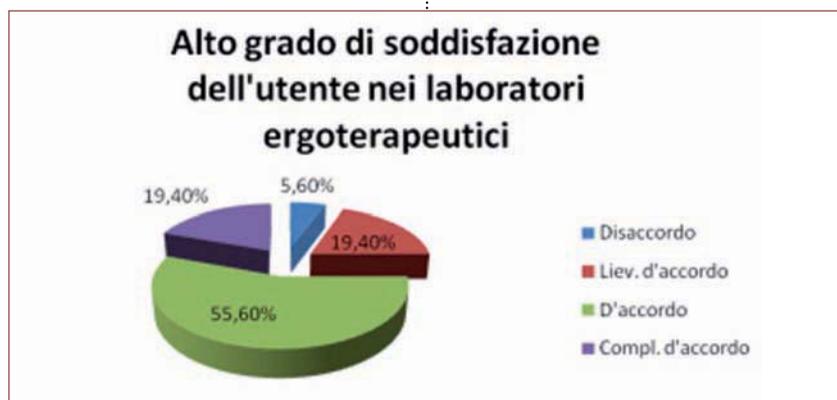


Grafico 3

Rispetto alle relazioni interpersonali riguardanti il campione, dallo studio sono emerse numerose differenze di genere tra la componente maschile e quella femminile. In particolare, è risultato evidente che il campione maschile cerca maggiormente l'approvazione degli altri, alimentando, così, dinamiche di gruppo più evidenti.

Al contrario, nel campione femminile si esprime una maggiore autostima, denotando, quindi, una maggiore convinzione nei propri mezzi ed anche una certa tendenza all'autonomia e al distacco dal gruppo. (Grafico 4)

All'interno di questa situazione gruppe, infatti, si sono venute a creare delle dinamiche più intime che coinvolgevano, in particolare modo, l'utenza maschile: il semplice fatto di fumare una sigaretta tutti insieme creava una situazione "circolare" dove non mancavano scambi di opinioni, battute, scherzi né confronti.

L'utenza femminile, al contrario, si dimostrava più discreta e riservata, più resistente ad un rapporto "ravvicinato", denotando una maggiore propensione all'isolamento.

terapeutici espressivi di alcuni Cd e Ct del Dsm della Asl romana ed ha evidenziato come tutte queste attività sviluppano, nell'utenza che vi partecipa, lo spirito di appartenenza al gruppo e l'instaurarsi di relazioni interpersonali.

La valenza relazionale ricoperta dai laboratori "artistici" attraverso l'esperienza, la conoscenza, la fiducia, la creatività e l'empatia di chi li conduce, ha, dunque, consentito, sia alla componente femminile che a quella maschile del campione considerato, una partecipazione attiva e condivisa all'attività gruppe.

Di fondamentale importanza, nel lavoro con questa particolare tipologia di pazienti, è il saper creare un clima di tranquillità, serenità ed empatia nel quale l'utente riesce a comunicare al meglio le sue peculiarità e capacità che può manifestare attraverso la sua espressività.

**È evidente come una migliore relazione tra operatore/infermiere e utente condizioni l'efficacia di un laboratorio ergoterapeutico espressivo**, volto proprio allo sviluppo di relazioni interpersonali all'interno del gruppo, più che al prodotto finito.

Sebbene i dati della ricerca, da una parte, evidenziano un alto grado di soddisfazione del campione a questo tipo di attività è anche vero che, dall'altra, si sottolinea come l'utenza psichiatrica ha difficoltà a partecipare ai laboratori per

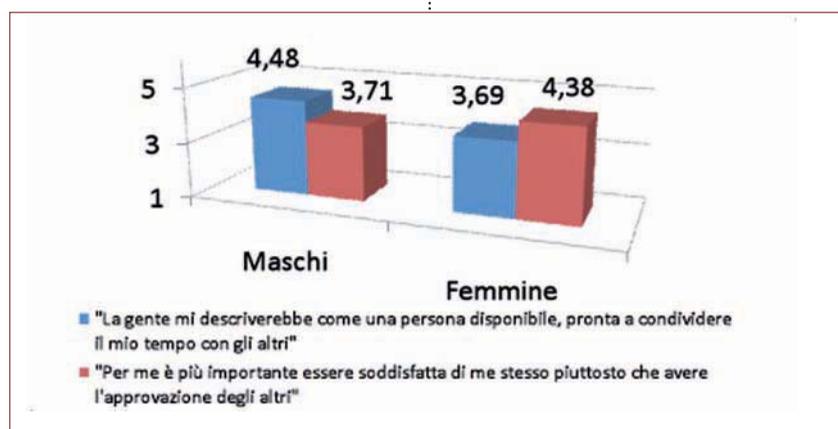


Grafico 4

Tali atteggiamenti si sono maggiormente evidenziati durante gli incontri di Musicoterapia tenuti presso il Centro Diurno.

## CONCLUSIONI

Il presente lavoro di ricerca ha rilevato un alto grado di soddisfazione degli utenti che frequentano i laboratori ergo-



tutto il tempo della loro durata, nonostante i fattori "esterni" (orari, luogo dell'attività e terapeutica) siano opportunamente preparati.

Il calo dell'attenzione, infatti, come supportato da una vasta bibliografia di riferimento, è insito in questa particolare tipologia di utenza, avendo presente che i disturbi dell'attenzione non unicamente sono patognomonicamente di un determinato disturbo psichico, ma attraversano trasversalmente la psicopatologia.

Chiaramente, in questa ricerca, il fattore tempo ha creato in sé un "limite", se così possiamo definirlo, in quanto non è stato sufficiente per avere una visione ampia dello studio in esame. Contemporaneamente, si sono creati i giusti propositi per rivalutare tale ricerca a distanza di un tempo  $x$  (ad es. un anno) e con gli stessi strumenti, per poter verificare differenze rilevanti nei risultati e per avere un confronto di dati.

Inoltre, per il futuro, è fondamentale te-

ner presente di quanto questa continuità della ricerca possa creare una maggiore relazione di fiducia con l'utenza, dovuta ad una maggiore familiarità nel tempo.

Ciò porterebbe ad una più ampia adesione allo studio, ergo ad una più importante validità scientifica.

AUTORI:

Teresa De Paola, docente Corso di laurea in Infermieristica e posizione organizzativa presso Dsm-Asl Roma A;  
Giulio Candiolo, educatore professionale presso Dsm-Asl Roma A;  
Simone Izzo, infermiere.



## BIBLIOGRAFIA

- Cannella B, Cavaglià P, Tartaglia F, *L'infermiere e il suo paziente. Il contributo del modello psicoanalitico alla comprensione al modello d'aiuto*. Cea II edizione. 2001.
- Peaplu H.E, *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Pub Co. 1991.
- Rogers C.R, *Terapia centrata sul cliente. La meridiana*. 2007. Pp 45-57.
- Aa.Vv., *Le competenze trasversali nelle équipe della salute mentale*. Isfol. 2013.
- Ba G, *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. Franco Angeli.
- Danon M, *Star bene con la musica-musicoterapia, crescita personale e gioia di vivere*. Sonzogno, Milano. 1997.
- Postacchini P.L, Ricciotti A, Borghesi M, *Musicoterapia*. Carrocci, Urbino. 2001 pp 17.
- Alvin J, *Terapia musicale*. Armando Editore Roma. 1986.
- Boxill E.H, *La musicoterapia per bambini disabili*. Edizione Omega Torino. 1991.
- Benenzon R.O, *Manuale di musicoterapia*. Borla editore Roma. 1984. Pp 8-21.
- Benenzon R.O, De Gainza V.H, Wagner G., *La nuova musicoterapia*. Phoenix Roma. 1997.
- Morris D, *La scimmia nuda. Studio zoologico sull'animale uomo*. III Ed. Bompiani Milano. 1994.
- Rickel A.U, Brown R.T, *Disturbo dell'attenzione/ipertattività, nei bambini e negli adulti*. Giunti. 2013.
- Berger D. M, *L'empatia clinica*. Astrolabio, Roma. 1989.
- Bruscia K. E, *Definire la musicoterapia*. Ismez Roma. 1993.
- Gaggero G, *Comprendere l'altro. Il circolo ermeneutico della relazione d'aiuto. Un approccio metodologico all'interpretazione in psicoterapia, musicoterapia, counseling*. Mimesis edizioni Milano-Udine. 2013.
- Gaggero G, *Esperienza musicale e musicoterapia*. Mimesis edizioni Milano. 2003.
- Gilberti-Rossi, *Manuale di psichiatria. IV Edizione*. Piccin Padova. 2009.
- Katshing H, Freeman A, Sartorius N, *La qualità della vita in psichiatria. Il Pensiero Scientifico Roma*. 1999. pp 93-112.
- Porena B, *Musica e società*. Einaudi Torino. 1975.
- Romano A, *Musica e psiche*. Bollati Boringhieri Torino. 1999.
- Scardovelli M, *Il Dialogo sonoro*. Nuova Cappelli Bologna. 1992.

# Il contributo dell'ambulatorio infermieristico nella presa in carico precoce del paziente chirurgico dimissibile

## L'esperienza del policlinico Tor Vergata

di Valentina Vilona, Giulia Venturini, Alessandro Sili

### ABSTRACT

Lo scopo di questo lavoro è verificare il contributo dell'Ambulatorio infermieristico nel rendere più precoce - e agevole - la dimissione del paziente chirurgico, in particolare ricercando il suo eventuale contributo alla diminuzione della durata del ricovero.

Per lo studio, sono stati individuati i pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore dell'Unità operativa di Chirurgia generale del Policlinico Tor Vergata (PTV) in un certo periodo e si è andato, poi, a vedere quali e quanti di questi pazienti, una volta dimessi, sono stati presi in carico dall'ambulatorio infermieristico intraospedaliero.

È stato condotto uno studio retrospettivo della documentazione clinica dei pazienti in esame, sia del periodo di degenza che del percorso ambulatoriale.

Dai risultati ottenuti, si presenta una diminuzione effettiva della durata di degenza per tutti quei pazienti presi precocemente in carico dall'ambulatorio infermieristico e, pertanto, si può affermare che l'ambulatorio permette di anticipare la dimissione per quanti hanno risolto le loro problematiche cliniche, ma che non potrebbero essere dimesse a causa di problematiche di natura assistenziale (gestione di stomie e lesioni complesse).

### INTRODUZIONE

L'attuale contesto sanitario è caratterizzato da nuove sfide assistenziali in risposta ai bisogni emergenti di salute.

In considerazione dei mutamenti socio-demografici ed epidemiologici, questi bisogni sono mirati al supporto della gestione di stati patologici che durano a lungo e con i quali le persone devono imparare a convivere.

Ci si orienta, quindi, verso l'educazione terapeutica, l'empowerment e l'assistenza a lungo termine del cittadino che deve - e vuole - diventare protagonista nella gestione del proprio stato di salute. Ma i bisogni della persona si scontrano, inevitabilmente, con i vincoli imposti dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) che deve agire in un contesto di limitatezza delle risorse e orientarsi, quindi, verso un'organizzazione efficace e sostenibile. Ecco, perciò, che per farsi carico di questo bisogno d'assistenza diluito nel tempo, il Ssn si sta orientando, come linea programmatica di sviluppo, ad una ridefinizione delle funzioni dell'ospedale e del territorio, dove l'ospedale dovrà dedicarsi esclusivamente al trattamento dell'evento acuto, e il territorio è chiamato a farsi carico del bisogno d'assistenza diluito nel tempo.

Unendo tutti questi fattori, e considerando anche la progressiva diminuzione dei posti letto per acuti e dei tempi di de-

genza, emerge l'ultimo bisogno fondamentale per un sistema di salute veramente efficace e centrato sulle esigenze della persona: la continuità assistenziale.

Lo stesso Piano Sanitario Nazionale (Psn) riconosce come suo principale obiettivo la continuità delle cure sia tra i diversi professionisti - intra ed extra ospedalieri - sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio (il post dimissione), che il paziente, talvolta, si vede costretto ancora ad affrontare da solo, al di fuori di un percorso conosciuto e condiviso.

Anche questa spinta per la continuità caratterizza, in modo sostanziale, il riorientamento delle politiche sanitarie ad investire nell'assistenza territoriale, riconosciuta come "base operativa" fondamentale per le cure non intensive.

È quindi sulla spinta a gestire in modo più razionale le risorse limitate, considerato il suddetto orientamento delle politiche sanitarie per la innovazione del sistema, che gli infermieri offrono il loro contributo in vari modi, tra cui l'attivazione degli ambulatori infermieristici.

L'assistenza infermieristica ambulatoriale si è già ampiamente sviluppata (dagli anni '70 nei Paesi anglosassoni) in ambito ospedaliero e territoriale, con l'obiettivo di eseguire le prestazioni in-

fermieristiche che in passato, venivano impropriamente erogate nell'ambito dell'assistenza ospedaliera e che determinano un incremento dei costi di tutto il sistema sanitario.

Lo scopo di questo studio è stato di considerare il contributo infermieristico a quanto detto finora all'interno del PTV di Roma, attraverso l'analisi dell'implementazione di un ambulatorio infermieristico intraospedaliero.

Si è voluto osservare, descrivere ed analizzare, nello specifico, il percorso del paziente sottoposto ad intervento di chirurgia addominale maggiore che necessita di un proseguo di cure assistenziali, nonostante il termine del suo percorso clinico.

Specificatamente, l'obiettivo principale di questo lavoro è di verificare il contributo dell'ambulatorio infermieristico intraospedaliero, in termini di diminuzione della durata del ricovero per questi pazienti e, conseguentemente, con una riduzione delle giornate di degenza post operatorie.

### L'Ambulatorio Infermieristico del Policlinico Tor Vergata

L'ambulatorio infermieristico è una struttura preposta all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, in conformità con la normativa vigente che riconosce la piena assunzione di responsabilità e l'autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza.

In esso si prevede la presa in carico della persona attraverso la valutazione del bisogno d'assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica).

L'ambulatorio infermieristico risponde all'esigenza di fornire risposte adeguate nei confronti del cittadino, in relazione alla necessità di garantire un punto di riferimento per la continuità assistenziale, in particolare per quanto attiene ai pazienti dimessi che necessitano di sole cure infermieristiche.

L'ambulatorio delle cure infermieristiche del PTV è stato attivato con una delibera del dicembre 2012, sulla scorta delle

diverse esperienze che, di fatto, già nel corso del tempo, si erano informalmente succedute.

La sua effettiva attività a pieno regime e nei nuovi locali è iniziata nel mese di novembre 2013.

Questo ambulatorio, in carico direttamente alla Direzione infermieristica del Policlinico, è organizzato in quattro differenti percorsi assistenziali:

1. Nursing ambulatoriale chirurgico con particolare riferimento allo stoma care;
2. Nursing ambulatoriale medico con particolare riferimento al wound care;
3. Nursing ambulatoriale per la gestione degli accessi venosi (Picc);
4. Nursing ambulatoriale per la gestione dei pazienti trapiantati di fegato/rene.

Nello specifico di questo studio, si è andati a considerare solo l'attività relativa al percorso chirurgico.

Dunque, relativamente ai pazienti chirurgici, oggi, l'ambulatorio dispone di due stanze dedicate dove opera un team di quattro infermiere: una con master di I livello in *wound care*; due enterostomiste con master di I livello e un'infermiera con esperienza sul campo nella gestione delle ferite complesse e delle stomie.

È aperto dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 16, e recluta pazienti dimessi dalle strutture chirurgiche del Policlinico.

Relativamente alla tariffazione regionale, le diverse prestazioni erogate dall'ambulatorio sono state comprese nelle cinque previste dal nomenclatore tariffario della Regione Lazio. (Tabella 1)

ta da: una scheda d'accoglienza; una scheda per la gestione della lesione e/o stomia con relativo piano di trattamento e un diario clinico aggiornato ad ogni visita.

L'attivazione del servizio ambulatoriale ha inizio già durante la degenza del paziente.

Il medico o gli infermieri di reparto, nell'analizzare la situazione complessiva dell'assistito, possono decidere di richiedere una consulenza infermieristica, effettuata da infermiere esperte, volta a valutare se questi risponde ai criteri di presa in carico nel percorso ambulatoriale infermieristico. Questi criteri prevedono che il paziente presenti un quadro clinico completo e definito, che sia clinicamente stabilizzato e senza complicanze gravi che richiedono ulteriori trattamenti medici o chirurgici a monte per garantire un'effettiva risoluzione, che continui ad avere delle problematiche di natura assistenziale, che sia deambulante o che, comunque, abbia la possibilità di raggiungere l'ambulatorio dal proprio domicilio.

Oltre alla situazione clinica, si indaga anche la rete sociale attorno al paziente per capire il grado di sostegno che avrà una volta dimesso, in modo da saper individuare la modalità di presa in carico che maggiormente risponde alle esigenze del singolo.

Solo qualora l'esito della consulenza infermieristica risulti positivo, viene fissato, già dal reparto, il primo appuntamento ambulatoriale.

**Tabella 1. Le diverse prestazioni erogate dall'ambulatorio del PTV comprese nelle cinque previste dal nomenclatore tariffario regionale**

Prestazione regionale	Prestazione PTV	Cod Min	Tariffa
I visita infermieristica	assessment	89.07	20,66
II visita infermieristica	valutazione	89.01	12,91
Medicazione avanzata su ferita, ulcera, ustione	intervento semplice	93.57.2	10,00
Medicazione/Rimozione ferita, infezione, ustione	intervento complesso	86.22	17,04
Bendaggio elastocompressivo	bendaggio	93.56.4	7,8

Per lo svolgimento delle sue attività, l'ambulatorio si avvale di una specifica documentazione infermieristica costitui-

Una volta dimesso, il paziente deve recarsi all'appuntamento in ambulatorio con due impegnative redatte dal proprio

medico curante: una per visita infermieristica e una per medicazioni (per otto sedute).

Oltre che dal reparto, l'ambulatorio infermieristico può essere contattato anche dall'ambulatorio di chirurgia generale, con la richiesta di prendere in carico quei pazienti che necessitano di un programma specifico e frequente di medicazioni avanzate.

In tal senso, l'ambulatorio infermieristico contribuisce anche a ridurre le liste d'attesa degli ambulatori medici specialistici, fornendo un setting più adeguato - e più specifico - per seguire i pazienti con problematiche di natura strettamente assistenziale.

Durante la prima visita, viene effettuata l'accoglienza del paziente, si raccolgono i dati anamnestici e si fa una prima valutazione della lesione e/o della stomia, predisponendo il piano terapeutico più adeguato.

Tutti i pazienti, quindi, vengono seguiti per il periodo necessario alla risoluzione della propria situazione clinica e assistenziale.

## MATERIALE E METODO

Lo studio retrospettivo svolto si è articolato in più fasi di analisi.

Dapprima, si è proceduto a quantificare l'attività svolta dall'ambulatorio attraverso l'elaborazione dei dati Cup relativi alle prestazioni ambulatoriali di natura chirurgica, per poi andare ad analizzare la tipologia di pazienti e di interventi assistenziali erogati.

Riguardo alla raccolta dati si è lavorato in due step: nel primo, sono stati presi in considerazione tutti i pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore dal mese di novembre 2013 e fino ad agosto 2014, e, inoltre, si è proceduto ad analizzare le loro cartelle cliniche digitalizzate per poi inserire in una matrice excel alcuni dati (sesso, età, giorno del ricovero, dell'intervento e della dimissione, tipo di intervento, eventuale antibiotico terapia, complicanze stomali o di altra natura, stomacare, tipo di dimissione e presenza nella lettera di dimissione di specifica indicazione o di visita ambulatoriale chirurgica o ambulatoriale infermieristica).

Nel secondo step di raccolta dei dati, invece, dalla documentazione dei pazienti reclutati sono state identificate le persone che hanno continuato il proprio percorso assistenziale in ambulatorio infermieristico.

Ciò ha permesso di studiare tutti i pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore evidenziandone però due diversi gruppi: il primo, precocemente preso in carico dall'ambulatorio infermieristico; il secondo, dimesso dal reparto in una condizione clinico-assistenziale parzialmente risolta ed affrontata negli ultimi giorni di ricovero, non è stato preso in carico dall'ambulatorio infermieristico.

## RISULTATI

Nel periodo indicato (novembre 2013/agosto 2014), sono stati presi in carico dall'ambulatorio infermieristico 132 pazienti chirurgici per i quali sono state analizzate le relative documentazioni cliniche: la maggior parte presentava stomie complesse o deiscenze di ferite chirurgiche.

L'attività ambulatoriale infermieristica si può osservare, nello specifico, nella figura 1.

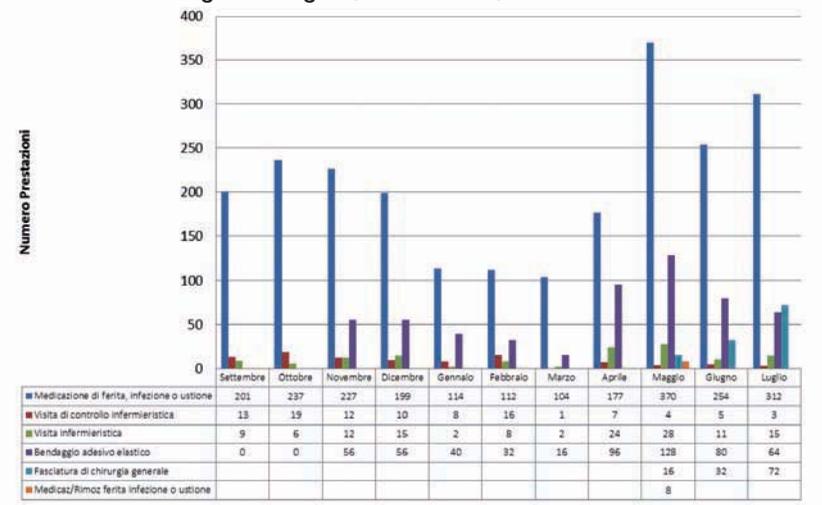
Per loro, la degenza media è stata di 10,32 giorni (range 5-28); 37 pazienti (42,5%) sono stati sottoposti ad un intervento di confezionamento di stomia intestinale e tutti hanno effettuato un programma di stoma care nel reparto, prima di essere dimessi.

Rispetto agli 87 pazienti considerati, 34 di essi (39%) hanno potuto continuare il loro percorso assistenziale nell'ambulatorio infermieristico, mentre i restanti 53 pazienti, soprattutto, per problemi riconducibili ad una difficoltà nel raggiungimento dell'ambulatorio, una volta dimessi, hanno risolto le loro problematiche assistenziali durante il ricovero ospedaliero.

I 34 pazienti seguiti in ambulatorio (18 uomini e 16 donne) avevano un'età media di 64,1 anni e per la quasi totalità sono stati seguiti in ambulatorio per complicanze insorte dopo il confezionamento di una stomia intestinale.

Confrontando la degenza media di questi pazienti con i restanti, è stato possibile osservare che, mentre i 34 pazienti presi in carico dall'ambulatorio infermieristico (quindi, precocemente dimessi) hanno avuto una degenza post operatoria media di 8,4 giorni; gli altri, i restanti

**Prestazioni chirurgiche erogate( 2013-2014)**



**Fig. 1**

Di questi, ben 87 erano quelli sottoposti a chirurgia addominale maggiore nel periodo considerato (67%).

L'età media era di 65,7 anni (range 25-94) e rispetto al sesso risultavano equamente ripartiti (44 donne e 43 uomini).

53 che, per diverse problematiche logistiche, hanno dovuto concludere l'intero percorso clinico nel reparto chirurgico, hanno registrato una degenza media di 11,4 giorni.

Inoltre, analizzando la degenza media



dei pazienti sottoposti agli stessi interventi chirurgici complessi effettuati dalla stessa équipe medica, nello stesso arco temporale, dell'anno precedente (quindi, in mancanza dell'ambulatorio), è stato possibile osservare che, mentre nel periodo studiato, la degenza media post operatoria dei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia addominale maggiore è stata di 10,6 giornate, quella riferita allo stesso periodo dell'anno precedente (in assenza dell'ambulatorio) è stata di 12,7 giorni per la medesima tipologia di pazienti.

## DISCUSSIONE

Dai dati raccolti, si nota che l'attività dell'ambulatorio infermieristico sta subendo un incremento complessivo dei nuovi casi presi in carico.

Questo dato testimonia una progressiva presa di coscienza, da parte anche dei professionisti sanitari, dell'importanza e dell'utilità dell'ambulatorio infermieristico.

Per quanto riguarda i pazienti, è emerso che non c'è una sostanziale differenza di genere, e che l'età media si aggira intorno ai 65 anni.

Da una provenienza strettamente chirurgica, si avvalgono del servizio ambulatoriale soprattutto le persone che hanno subito un intervento di resezione intestinale con confezionamento di ileo o colostomia, condizione che richiede un'assistenza continuata nel tempo e

un'educazione alla corretta gestione che deve adattarsi e piegarsi alle esigenze espresse dalla persona che, con essa, si trova a convivere.

Questo tipo di assistenza è erogabile in modo autonomo e realmente completato proprio dalla professione infermieristica.

La totalità dei pazienti effettua, in realtà, una stoma care in reparto, ma non è mai fatto cenno all'eventuale successo o fallimento di questa educazione.

Un dato che si ripercuote sulla durata estremamente variabile della presa in carico ambulatoriale, strettamente influenzata dal grado di autonomia raggiunto dal paziente.

Per quanto riguarda la durata del ricovero propriamente detta, dai dati si evidenzia che la degenza post operatoria media dei pazienti che sono poi presi in carico dal servizio ambulatoriale risulta minore rispetto a quella degli altri pazienti.

Tutti questi, alla dimissione, se non ci fosse stato l'ambulatorio infermieristico in grado di farsene carico, avrebbero avuto solo tre alternative:

1. sarebbero rimasti ulteriormente ricoverati, con un aumento indefinito del tempo di degenza fino alla risoluzione della problematica assistenziale o per effettuare educazione sanitaria, ma senza una valida giustificazione clinica per la degenza (giornate di degenza inappropriate);

2. sarebbero stati comunque dimessi trovandosi, però, a dover affrontare, in modo sicuramente inadeguato, una serie di complicanze. Nella fattispecie, una ferita chirurgica deiscende o una stomia complessa, con rischio di ulteriore aggravamento della condizione clinica e riospedalizzazione;

3. avrebbero dovuto attivare servizi di assistenza infermieristica domiciliare tramite Cad, che, però, sono dedicati prioritariamente a persone con complessità assistenziale maggiore, con rallentamenti burocratici e aumento dei costi. Infine, si vuole aggiungere che, dall'analisi delle cartelle ambulatoriali, si nota che l'ambulatorio rimane un punto di riferimento per i pazienti tanto che, anche a distanza di molti mesi, qualora si presentino una nuova complicanza o un problema nella gestione, quelli già seguiti tornano, in modo autonomo, a richiedere assistenza.

## CONCLUSIONI

Alla luce di quanto detto, lo studio dimostra come il PTV sia in grado di fornire delle risposte serie alle mutate e crescenti esigenze del Ssn e, quindi, della persona, valorizzando specificatamente la competenza e la professionalità infermieristica, anche attraverso l'implementazione dell'ambulatorio infermieristico e del servizio di consulenza infermieristica.

Sono stati individuati alcuni possibili am-



biti di sviluppo per un miglioramento continuo del servizio:

- ottenere delle evidenze di efficacia delle attività e di efficienza dell'ambulatorio;
- monitorare la qualità percepita dai pazienti presi in carico, criterio individuato dal Ssn per la promozione e il finanziamento dei nuovi servizi;
- consolidare i percorsi di cura;
- promuovere una maggiore conoscenza e informazione sull'esistenza e sui servizi erogati dall'ambulatorio infermieristico soprattutto sul versante medico.

Seguendo questa logica, emerge come l'ambulatorio infermieristico influisca sul ricovero dei pazienti, andandosi a costituire come un servizio che permette di

anticipare la dimissione per quelle persone che hanno risolto le loro problematiche cliniche, ma che non possono essere dimesse a causa di problematiche di natura assistenziale (gestione di stomie e lesioni complesse). L'ambulatorio diventa, infatti, un setting più adeguato per l'erogazione dell'assistenza nel tempo, laddove la problematica clinica è stata risolta, permettendo di ridurre le giornate di ricovero post operatorie improprie e le possibili complicanze cui i pazienti andrebbe incontro dopo la dimissione se non fosse disponibile un servizio come questo che accoglie e prende in carico il loro bisogno di assistenza.

È evidente il grande desiderio della professione infermieristica di contribuire e

farsi carico delle emergenti richieste del Ssn e del cittadino.

Occorre, perciò, valorizzare e testimoniare sempre più i tentativi di risposta che gli infermieri italiani si stanno impegnando a fornire per un miglioramento generale dell'offerta sanitaria italiana. Ciò, dando, ovviamente, un fondamento scientifico certo.

**AUTORI:**

Valentina Vilona, infermiera, Università di Tor Vergata, Roma;

Giulia Venturini, infermiera presso l'ambulatorio infermieristico del Policlinico Tor Vergata, Roma;

Alessandro Sili, responsabile Direzione infermieristica e delle Professioni Sanitarie, Policlinico Tor Vergata, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, *Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale*. I Quaderni di Monitor. 2008, vol. VII.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Roma, 5 agosto 2014.

Patto per la Salute 2010-2012, *Art.6 Razionalizzazione della rete ospedaliero e incremento dell'appropriatezza del ricorso ai ricoveri ospedalieri*.

Alvaro R, Venturini G, Tartaglioni D, Vellone E, De Marinis M.G, *Gli ambulatori infermieristici in Italia: risultati di uno studio pilota*. Igiene e Sanità Pubblica. Maggio/Giugno 2009, vol. LXIV

D'Innocenzo M, *Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica*. L'ambulatorio infermieristico territoriale. Torino, Centro Scientifico Editore, 2002.

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, *Delibera n.716 del 27 dicembre 2012. Provvedimento di attivazione dell'Ambulatorio delle Cure Infermieristiche*.

Ufficio stampa del ministero della Salute, *Patto per la salute 2014-2016*.

# Nuovo modello organizzativo in Terapia Intensiva per la riduzione delle *Catheter related blood stream infection (Crbsi)*

di Alessandro Caldarola, Cesare Calamita, Sestilio de Letteriis, Pasqua Laraspata, Lidia Dalfino

## ABSTRACT

La progettazione di un nuovo modello organizzativo fondato su formazione, aggiornamento, verifica delle procedure e individuazione di un team specifico medico-infermieristico, insieme con l'applicazione delle *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections* 2011 del Cdc di Atlanta, può essere una strategia per la riduzione delle *Catheter Related Blood Stream Infection (Crbsi)* con una netta ricaduta in termini di qualità di assistenza e controllo dei costi della spesa sanitaria.

Questo studio osservazionale ha lo scopo di valutare l'adesione degli infermieri alle linee guida in termini di sostituzione della medicazione del catetere venoso centrale (Cvc) e del catetere arterioso; sostituzione del set infusoriale per i cristalloidi e la prevalenza di infezioni associate agli accessi venosi ed arteriosi.

Dal 21 marzo al 18 giugno 2012 (ha riguardato 45 pazienti di cui 42 portatori di Cvc per un totale di 839 giorni e 43 portatori di catetere arterioso per 793 giorni totali), esso si è svolto nell'Uoc di Anestesia e Rianimazione dell'Aou Policlinico di Bari, decidendo di mettere in atto protocolli per la gestione degli accessi vascolari.

Inoltre, si è preso in considerazione i seguenti indicatori: medicazione sito inserzione Cvc; medicazione sito inserzione catetere arterioso; sostituzione set cristalloidi e confrontati i dati emersi dai report sulle Crbsi.

Sono stati utilizzati il test statistico del "Chi Quadro" ed il "Test esatto di Fisher" per piccoli campioni, con  $p < 0,05$ . I risultati microbiologici, messi a confronto, hanno evidenziato un viraggio di infezioni da patogeni Gram negativi a Gram positivi.

L'applicazione delle procedure richieste dalle linee guida relative ai tre indicatori risultano determinare una riduzione delle Crbsi dal 37,8% al 18,4%.

Per questo motivo, è dimostrato che il nuovo modello organizzativo infermieristico, la presenza di un team dedicato all'abbattimento delle infezioni, l'individuazione di infermieri tutor e prestazioni aderenti alle linee guida sono in grado di dimezzare la prevalenza di Crbsi.

**Parole chiave:** linee guida; *bundle*; catetere Crbsi; modello organizzativo.

## INTRODUZIONE

Consci di quanto la letteratura odierna sia ridondante di studi scientifici sulla gestione degli accessi vascolari centrali, ciò che vogliamo approfondire con il presente lavoro non è l'*outcome* derivante dall'applicazione di determinate linee guida, ma la capacità di incidere da parte di un team specifico all'interno di un nuovo modello organizzativo che veda come prerogativa precipua la formazione, l'aggiornamento, la verifica delle procedure e l'individuazione di tutor infermieristici.

Pertanto, la valutazione dei risultati deri-

vanti dall'applicazione di linee guida relative alla gestione degli accessi vascolari centrali, è nient'altro che il "pre-testo" per valutare la differenza che viene ad evidenziarsi tra un'organizzazione infermieristica e di reparto, per così dire, "vecchio stile" ed una nuova organizzazione attenta all'*outcome* del paziente, al risparmio inteso come aumento della performance e riduzione delle complicazioni, alla formazione e crescita professionale ed alla possibilità di fare ricerca. Il Cvc, come evidenziano studi americani, interessa non solo i pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive, ma anche nei reparti di Medicina Interna, Oncologia, Ematologia ed in assistenza domiciliare. L'usuale utilizzo di dispositivi centrali porta anche all'evenienza di complicanze come evidenzia la letteratura americana che riporta una frequenza di infezioni correlate a Cvc - lccvc - pari a 5,3 per 1.000 giorni/catetere in Terapia Intensiva, con una mortalità attribuibile intorno al 18%, un prolungamento medio della degenza di 7 giorni ed un costo compreso tra 3.700 e 29mila dollari.

Occorre, pertanto, ridurre l'incidenza di tali infezioni, e lo sforzo per raggiungere il risultato deve essere necessariamente multidisciplinare.

Nel nostro reparto, i dati relativi ad una precedente analisi sulle Crbsi avevano portato nel periodo giugno-luglio 2010 ad analizzare 74 *device* (tra cateteri arteriosi e venosi centrali) di cui 28 furono

individuati come responsabili di una Crbsi.

Occasione propizia, per eseguire un'analisi differenziale del tipo proposto è venuta dalla pubblicazione, nel 2011, ad opera del *Center of disease control* (Cdc) di Atlanta delle nuove linee guida sulla gestione degli accessi vascolari. Difatti, nell'Uoc di Anestesia e Rianimazione dell'Aou Consorziato Policlinico di Bari, la pubblicazione delle nuove linee guida è coinciso con un rinnovamento del modello organizzativo, che ha colto fedelmente le indicazioni del Cdc riguardo alla necessità di istruire, formare, valutare le conoscenze e gestire lo staff sanitario a tutti i livelli.

Altro importante adempimento del reparto, che diviene, secondo noi, il punto di forza (nonché l'elemento discriminante dello studio) è stato designare un'appropriata dotazione di risorse infermieristiche, adeguatamente formate, per il controllo e la gestione degli accessi vascolari centrali.

Il quesito che pertanto ci poniamo è il seguente: *il nuovo modello organizzativo di reparto che prevede infermieri dedicati alla gestione, alla sorveglianza ed alla formazione relativa ai Cvc incide nella riduzione delle Crbsi?*

## OBIETTIVI

Lo studio, attraverso specifici indicatori, si propone di valutare l'adesione del personale infermieristico alle linee guida in termini di:

- sostituzione della medicazione posta sull'inserzione del Cvc;
- sostituzione della medicazione posta sull'inserzione del catetere arterioso;
- sostituzione del set infusione per cristalloidi collegato al Cvc;
- nuova prevalenza di infezioni associate agli accessi venosi ed arteriosi.

## MATERIALE E METODO

Nel marzo del 2011, all'interno dell'Uoc di Anestesia e Rianimazione dell'Aou Consorziato Policlinico di Bari, si è deciso di mettere in atto protocolli per la gestione degli accessi vascolari, con il fine di migliorare l'assistenza infermieristica e ridurre le Crbsi in Terapia Intensiva.

Gli indicatori presi in considerazione sono tre:

- sostituzione della medicazione del Cvc: durante lo studio, in Rianimazione, sono state utilizzate esclusivamente medicazioni trasparenti semipermeabili. Le medicazioni trasparenti vanno cambiate almeno ogni sette giorni, e tutte le volte che risultassero bagnate, staccate o visibilmente sporche oltre nei casi in cui fosse necessaria l'ispezione del sito;
- sostituzione medicazione arteria: valgono le stesse indicazioni per la medicazione del sito d'inserzione del Cvc;
- sostituzione set infusione cristalloidi: a meno che i set non siano stati utilizzati per la infusione di sangue, emoderivati o emulsioni lipidiche, sostituire i set di infusione usati in continuo (comprendendo anche tutti i dispositivi aggiunti, quali rubinetti, rampe, connettori, prolunghe, etc.) non più frequentemente che ogni 96 ore, ma almeno ogni 7 giorni.

Per la registrazione delle procedure infermieristiche prese in esame è stata elaborata ed introdotta in reparto una scheda apposita. (Fig.1)

un'introduzione di mere indicazioni fine a se stessa.

Tutto il processo (che ha per obiettivo la riduzione di infezioni all'interno della Terapia Intensiva), infatti, è stato supportato da una formazione del personale, consistita in due *audit* clinico-organizzativi sull'argomento.

Così, come le linee guida raccomandano fortemente, gli operatori sanitari coinvolti nell'inserimento e nella gestione dei Cvc sono stati adeguatamente formati in merito, oltre ad essere stati pianificati periodici aggiornamenti e valutazioni delle conoscenze.

Nel reparto sono state messe in atto misure di prevenzione e controllo delle Crbsi appropriate, come l'assicurazione di un'appropriata dotazione di risorse infermieristiche al fine di minimizzare l'incidenza delle stesse; costituendo un team medico infermieristico di reparto con il fine di ridurre le Crbsi, e individuando due infermieri dedicati al monitoraggio, all'esecuzione delle procedure e alla formazione.

Ancora, all'interno del reparto sono stati allestiti tre carrelli dedicati e provvisti

U.O. RIANIMAZIONE - A. O. U. POLICLINICO - BARI													
PAZIENTE.....				POSTO LETTO.....				PIANO.....					
Giorni di permanenza CVC													
Giorni di permanenza Cat. Arteria													
Giorni di permanenza Catetere per dialisi													
Data													
Turno	6-14	14-22	22-6	6-14	14-22	22-6	6-14	14-22	22-6	6-14	14-22	22-6	6-14
Igiene cavo orale (Clorossidina 01%)													
Schienale inclinato 30°-45°													
Controllo Cuffia TET (15-25)													
Sostituzione set. arteria													
Sostituzione medicazione CVC													
Sostituzione medicazione Cat. arteria													
Sostituzione set infusione (cristalloidi)													
Sostituzione set infusione (parenterale)													
Rimozione CVC													
Rimozione cat. arteria													
Igiene posto letto													
Sigla													

Figura 1. Scheda di registrazione delle procedure infermieristiche

Ovviamente, l'applicazione di linee guida e l'inserimento di procedure e *best practice* all'interno dell'Uo non poteva essere – e, difatti, non lo è stato –

di tutto il materiale occorrente per la gestione degli accessi vascolari centrali. Analizzando le precedenti linee guida del Cdc risalenti al 2002, linee guida utiliz-

zate in reparto, notiamo che gli indicatori presi in esame avevano stesse indicazioni procedurali, se si eccettua una piccola modifica rispetto alla gestione delle

considerando significativo, per entrambi, il valore di  $p < 0,05$ .

In questo caso i dati sono stati elaborati attraverso l'utilizzo del software "Stati-

ti. Sostituzione medicazione Cvc e Arteria rispetto alle linee guida. (Grafico 1)

Su 42 pazienti totali portatori di un Cvc, il 14,28% ( $n=6$ ) ha ricevuto un numero

**Tabella 1. Adesione alle linee guida per gli accessi vascolari**

Indicatore	Tempo permanenza accesso	Procedure effettuate	Standard di riferimento	Scostamento	Procedure effettuate rispetto LL.GG.
Sostituzione medicazione Cvc	839 giorni	220	119,86	+100,14	183,55%
Sostituzione medicazione catetere arteria	793 giorni	197	113,29	+83,71	173,89%
Sostituzione set infusione cristalloidi	20136 ore	375	209,75	+165,25	178,78%

linee infusionali dedicate ai cristalloidi (sostituzione prevista ogni 72 ore).

Pertanto, a parità di indicazioni procedurali, andremo a valutare i risultati ottenuti da una gestione organizzativa priva di un team specifico, dai risultati ottenuti da un "sistema" creato per ottenere un'alta performance. Un "sistema" in cui il ruolo dell'infermiere diventa il nodo cruciale per il raggiungimento di un'assistenza di qualità, sinonimo di efficacia, efficienza e risparmio.

Lo studio ha riguardato tutti i pazienti portatori di accessi vascolari assistiti nella Rianimazione dal 21 marzo al 18 giugno 2012, per un totale di 3269 turni di lavoro divisi tra 45 pazienti, equivalenti a 1089,66 giorni di lavoro. Dei 45 pazienti osservati, 42 sono stati portatori di Cvc per un totale di 839 giorni e 43 portatori di catetere arterioso per un totale di 793 giorni.

Per effettuare lo studio, i dati sono stati riportati su una scheda elettronica creata per mezzo di un foglio di lavoro Excel. Per valutare l'efficacia delle nuove procedure, insieme con l'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione-I e II settore, si sono confrontati i dati emersi dai report sulle infezioni correlate a Cvc e cateteri arteriosi relativi al periodo precedente l'inizio dello studio, ed al periodo in cui lo studio era in corso.

Per il confronto dei dati relativi alle infezioni ematiche correlate agli accessi vascolari (Crbsi) sono stati utilizzati il test statistico del "Chi Quadro" ed il "Test esatto di Fisher" per piccoli campioni,

stica per Discipline Biomediche" versione 6.0. (Tab. 1)

### RISULTATI

Globalmente, sono stati osservati 839 giorni, cioè 20136 ore, di permanenza Cvc su 42 pazienti, mentre 793 giorni, corrispondenti a 19032 ore, di permanenza di catetere arterioso su 43 pazienti. Oltre ad analizzare i dati in generale, riteniamo interessante valutare quanto gli infermieri si siano avvicinati agli standard di riferimento o, in caso contrario, di quanto se ne siano discostati, per ogni paziente, durante il periodo di degenza.

Per ogni indicatore è risultato determinante impostare dei *cut off* all'interno dei quali classificare le prestazioni, di cui di seguito forniamo una tabella interpretativa. Si specifica che la Pr sta per "prestazione" ed i valori indicano lo scostamento dallo standard indicato dalle linee guida. (Tab. 2)

Riportiamo i valori degli indicatori alla luce della prestazione infermieristica per ogni paziente durante tutto l'arco della sua degenza, in rapporto agli altri pazien-

compreso tra meno di tre procedure e meno di una; il 16,66% ( $n=7$ ) è stato assistito pienamente in linea con lo standard di riferimento; al 30,95% ( $n=13$ ) la medicazione del Cvc stata eseguita da una a tre volte in più rispetto all'indicazione delle linee guida, e il 38,09% ( $n=16$ ) dei pazienti ha visto messe in atto oltre tre prestazioni rispetto allo standard.

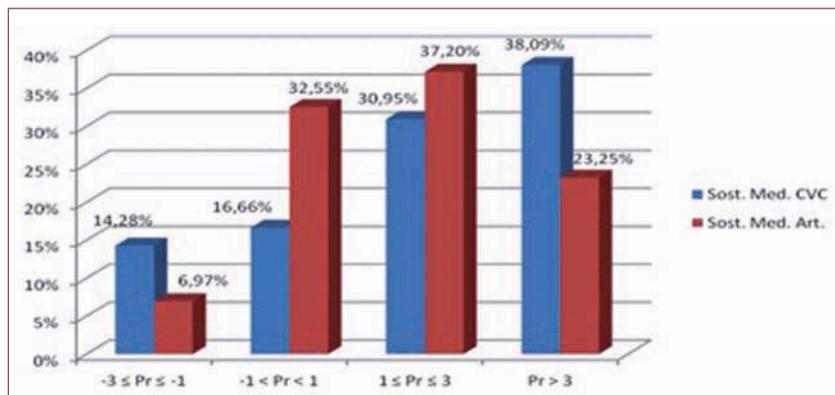
La medicazione del sito d'inserzione del catetere arterioso è stata sostituita perfettamente in linea con lo standard di riferimento nel 32,55% ( $n=14$ ) dei casi su 43 pazienti totali; il 6,97% ( $n=3$ ) ha visto la medicazione essere cambiata da tre ad una volta in meno rispetto a quanto voluto dalle linee guida; il 37,2% ( $n=16$ ) dei pazienti è stato oggetto di una prestazione da una a tre volte superiore rispetto allo standard, mentre il 23,25% ( $n=10$ ) ha visto una prestazione superiore a 3 volte rispetto a quanto previsto dalle linee guida.

Sostituzione set infusione dedicato ai cristalloidi rispetto alle linee guida

Il 2,38% ( $n=1$ ) dei pazienti su 42 coinvolti non ha visto un cambio del set infusione dedicato ai cristalloidi in linea

**Tabella 2. Cut off per l'analisi delle fasce di adesione alle linee guida per singolo paziente**

Pr <-3	meno di 3 procedure rispetto allo standard
-3 Pr -1	da 3 a 1 procedura in meno rispetto allo standard
-1 <Pr <1	da 1 procedura in meno ad 1 procedura in più rispetto allo standard. È il parametro ritenuto ottimale nel nostro studio
1 Pr 3	da 1 fino a 3 procedure eccedenti rispetto allo standard
Pr > 3	più di 3 procedure rispetto allo standard



**Grafico 1. Fasce di aderenza alle linee guida per singolo paziente: sostituzione Cvc e Arteria**

con lo standard di riferimento; l'11,9% (n=5) ha visto un cambio del set infusoriale in linea con lo standard di riferimento; l'85,71% (n=36) dei pazienti ha goduto di un numero di prestazioni superiore alle indicazioni fornite dalle linee guida. In ultimo, si sono confrontati i report sulle infezioni correlate a Cvc e cateteri arteriosi (Ca) dell'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione-I e il settore relativi al periodo precedente l'inizio dello studio ed a quello in cui lo studio era in corso. Nella fattispecie, i periodi di riferimento che riportiamo sono: da giugno a luglio 2010 (periodo antecedente lo studio) e da marzo a maggio 2011 (periodo in cui lo studio era in corso).

Nel primo periodo, che noi utilizzeremo come controllo, sono stati analizzati 74 presidi consistenti o in un Cvc o in un Ca. Oltre 20 di questi presidi sono stati individuati come responsabili di una Crbsi, risultando positivo il 37,8% del campione osservato. (Tab. 3/a e 3/b) Analizziamo ora i dati microbiologici for-

niti dall'Istituto di Anestesiologia e Rianimazione relativi ai due periodi presi in esame.

Nel periodo da giugno a luglio 2010, dei 12 presidi contaminati da batteri Gram negativi, in 8 veniva riscontrato come patogeno la *Klebsiella pneumoniae*, in 3 l'*Acinetobacter baumannii* ed in uno la *Pseudomonas aeruginosa*.

Invece, le 11 contaminazioni da batteri Gram positivi risultarono addebitate, in 9 casi, a Stafilococchi coagulasi negativi meticillino-resistenti (CoNS MR), in un caso a *Staphylococcus aureus* meticillino-resistente (Mrsa) ed in un caso ad *Enterococcus faecium*. In 5 casi, il patogeno risultava essere un micete, *Candida Albicans* (4) e *Candida Parapsilosis* (1).

Le analisi compiute sui 14 *device*, nel periodo tra marzo e maggio 2011, hanno mostrato la responsabilità infettiva in due casi attribuibile a *Pseudomonas aeruginosa*, ed in un caso ad *Escherichia Coli* per ciò che concerne i Gram negati-

vi. Le infezioni da Gram positivi sono state, invece, attribuite, in 10 casi, a Stafilococchi coagulasi negativi meticillino-resistenti (CoNS MR), ed in un caso ad *Enterococcus faecium*.

Non sono state individuate infezioni dovute a miceti.

## DISCUSSIONE

### Sostituzione medicazione Cvc

La sostituzione della medicazione del Cvc è stata compiuta nel rispetto degli standard imposti delle linee guida che indicano che la sostituzione deve avvenire almeno ogni 7 giorni.

Nel nostro caso, i dati ci dicono che la medicazione è stata sostituita una volta ogni 3,81 giorni, ossia quasi una volta ogni quattro giorni.

Se teniamo conto, come abbiamo visto, che le linee guida indicano la sostituzione della medicazione del sito del catetere qualora risulti bagnata, staccata o visibilmente sporca o quando sia necessaria l'ispezione del sito, possiamo ritenere rispettati gli standard.

Difatti, le procedure effettuate risultano essere il 183,55% rispetto a quelle previste dallo standard. Se poi l'esuberato di procedure attiene ad una gestione non oculata delle risorse materiali del reparto non possiamo affermarlo prendendo in considerazione i dati che abbiamo.

Dal punto di vista della singola unità assistenziale, solo il 14,28% dei pazienti non ha goduto di un *nursing* in linea con gli standard.

### Sostituzione medicazione

#### catetere arterioso

Stesso discorso per l'indicatore "sostituzione medicazione catetere arterioso". In questo caso, fatti validi gli stessi standard sulla medicazione del Cvc notiamo che la sostituzione della medicazione è stata fatta mediamente una volta ogni 4 giorni, con una percentuale del 173,89% rispetto allo standard minimo imposto dalle linee guida.

Dal punto di vista del singolo paziente, l'assistenza dimostrata in termini di sostituzione della medicazione del catetere arterioso è più performante di quella mostrata riguardo al Cvc.

Difatti, per l'arteria risulta che solo il 6,97% dei pazienti non ha goduto di pro-

**Tabella 3/a. Report sulle infezioni ematiche correlate a cateteri vascolari**

Periodo	Tot presidi	Tot Cvc infetti	Tot Ca infetti	Tot presidi infetti (Crbsi)
2010 giu-lug	74	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28 (37,8%)
2012 mar-mag	76	6 (42,8%)	8 (57,1%)	14 (18,4%)
		p=0,02	p=ns	p=0,014

**Tabella 3/b. Report sulle infezioni ematiche correlate a cateteri vascolari**

Periodo	Crbsi	Gnb	Gpb	Miceti
2010 giu-lug	28	12 (42,8%)	11 (39,3%)	5 (17,8%)
2012 mar-mag	14	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0 (0%)
		p=ns	p=0,023	p=ns

cedure secondo standard, contro il 14,28% visto per la sostituzione della medicazione del sito d'inserzione del Cvc. Sostituzione set infusione cristalloidi  
In questo caso, le linee guida adottate indicano di sostituire i set infusionali per i cristalloidi ad intervalli non inferiori alle 96 ore, ossia 4 giorni.

Nel nostro studio, i set sono stati sostituiti una volta ogni 53,7 ore ossia ogni 2,24 giorni, ovvero il 78,78% di procedure messe in atto in surplus rispetto alle linee guida.

Non ci sentiamo di stigmatizzare il risultato inquadrandolo come spreco e gestione non oculata delle risorse; piuttosto, lo imputiamo all'imponderabilità della gestione assistenziale dei pazienti che, nel nostro studio, non può trovare spazio di analisi e che, magari, rinviamo ad una prossima disamina.

I dati evidenziano che, complessivamente, un paziente su 42 non è stato assistito secondo le linee guida, mentre 36 pazienti su 42 sono stati coinvolti in un surplus di prestazioni rispetto allo standard. Solo l'11,9% (5 su 42) degli assistiti sono stati curati secondo protocollo.

Confrontando i dati raccolti prima e dopo l'introduzione del nuovo modello organizzativo in Rianimazione, emerge che le Crbsi risultano essere quasi dimezzate: difatti, si passa dal 37,8%, cioè 28 casi su 74, al 18,4%, ossia 14 casi su 76.

Pertanto, questo studio ha evidenziato, mediante il test statistico del "Chi Quadro", un valore di  $p=0,014$ , con un grado di libertà, rifiutando, di fatto, l'ipote-

si nulla per cui non esiste alcuna differenza fra i due gruppi esaminati in base al parametro "riduzione delle infezioni ematiche correlate all'accesso venoso". Ancora, i risultati microbiologici mettono in risalto che l'introduzione delle nuove procedure ha segnato un viraggio di infezioni da patogeni Gram negativi a Gram positivi.

## CONCLUSIONI

È possibile, dunque, affermare che lo studio mostra due risultati importanti.

Il primo evidenzia quanto l'introduzione, in reparto, di un nuovo modello organizzativo infermieristico (ed una conseguente prestazione infermieristica aderente alle linee guida) sia in grado di dimezzare la prevalenza di infezioni ematiche correlate agli accessi vascolari.

Ciò viene mostrato per mezzo del confronto tra i dati delle emocolture e culture del catetere precedenti l'introduzione del nuovo modello organizzativo, e quelli successivi.

Possiamo dire che, per ciò che concerne la riduzione delle infezioni in Terapia Intensiva, la strada intrapresa sia quella giusta: pertanto, occorre intensificare lo sforzo e l'impegno per adottare linee guida condivise dalla comunità scientifica di riferimento e fornire agli infermieri opportunità formative scientificamente valide ed aggiornate.

Lo studio dimostra che, se messi in condizione di lavorare seguendo protocolli standardizzati, gli infermieri aumentano la loro performance professionale e l'assistenza erogata diventa qua-

litativamente migliore. Ancora, che la presenza, all'interno del reparto, di un team dedicato all'abbattimento delle infezioni, e l'individuazione di infermieri tutor, sembra inequivocabilmente dare ottimi risultati.

Ed il dato ottenuto è molto importante anche per contrastare la credenza generale che considera uno "spreco" di risorse umane il distacco di personale dall'attività assistenziale intesa in senso tradizionale.

Lo studio ci mostra, invece, che costituire un team e nominare tutor, per gli infermieri, vuol dire abbattere l'incidenza di infezioni, diminuendo il rischio ospedaliero per il paziente, e riducendo i tempi dell'ospedalizzazione.

Il tutto, con una netta riduzione di costi per l'azienda ospedaliera ed una più razionale gestione delle risorse.

## AUTORI:

Alessandro Caldarola, infermiere, Unità di Cure Oncologiche e Palliative Domiciliari, Fondazione Ant Italia onlus, Bari;  
Cesare Calamita, infermiere, coordinatore CO 118, docente Area Critica Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";  
Sestilio de Letteriis, infermiere Anestesia e Rianimazione, docente "Primo Soccorso" Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";

Pasqua Laraspata, infermiere, Adi, docente Università degli Studi di Bari "Aldo Moro";  
Sio "Primo Soccorso";  
Lidia Dalfino, dirigente medico Istituto di Anestesia e Rianimazione Aou Policlinico Bari.

## BIBLIOGRAFIA

Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *Prevenzione e trattamento delle infezioni Cvc correlate*, 2007, p. 14.

Cdc, *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011, p. 12, 32-35. Maki D.G, Stolz S.S, Wheeler S, Mermel L.A, *A prospective, randomized trial of gauze and two polyurethane dressings for site care of pulmonary artery catheters: implications for catheter management*. The Italian Nurse Bone Marrow Transplant Group (Gitmo). *Haematologica* 2000, 85:275-9.

Cdc, *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011, p. 19.

Gillies D, Wallen M.M, Morrison A.L, Rankin K, Nagy S.A, O'Riordan E, *Optimal timing for intravenous administration set replacement*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.

Cdc, *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011, p. 8. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *Prevenzione e trattamento delle infezioni Cvc correlate*, 2007, p. 34.

Cdc, *Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*, 2011, p. 9-10, 25-6. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, *Prevenzione e trattamento delle infezioni Cvc correlate*, 2007, p. 20.

*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002, 51.

Stanton A, Glantz, *Statistica per discipline biomediche*. McGraw-Hill, 2007, VI edizione.

# L'efficacia del colloquio motivazionale su pazienti ipertesi per promuovere l'alimentazione sana e l'aderenza alla terapia farmacologica

di Lorella Impastato, Petronilla Briganti

## ABSTRACT

La presa in carico di pazienti con ipertensione arteriosa e che, quindi, convivono con questo tipo di malattia, deve prevedere non solo la cura della patologia e delle sue complicanze, ma anche l'educazione degli stessi volta alla promozione di stili di vita salutari, quali la corretta alimentazione e l'aderenza alla terapia farmacologica.

Pertanto, il "colloquio motivazionale" con il paziente diventa elemento indispensabile per migliorare la sua qualità di vita e per intervenire, in modo significativo, sul decorso e la prognosi di questa patologia.

Le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (*empowerment*) ed occorre motivare i malati sia nella scelta iniziale del cambiamento che nelle fasi successive, quelle, cosiddette, di mantenimento.

Obiettivo di questa revisione è di sintetizzare i risultati della letteratura scientifica sull'efficacia del colloquio motivazionale e del controllo della dieta nei pazienti che presentano ipertensione, al fine di valutare l'aderenza alla terapia farmacologica, il miglioramento della Pressione Arteriosa (Pa) e dell'adozione di un regime alimentare più sano.

È stata effettuata la revisione sistematica della letteratura scientifica utilizzando come strumento di ricerca il database: Cinhal, Cochrane Library, PubMed e Pylnfo, relativi agli ultimi sei anni, ed im-

ponendo, come limiti, la lingua inglese e l'anno di pubblicazione.

Studi comparativi, prospettivi e retrospettivi sono stati oggetto di valutazione e la letteratura a disposizione ha dimostrato, infine, l'efficacia del colloquio motivazionale per garantire una migliore gestione, sia alimentare che farmacologica, della patologia dell'ipertensione arteriosa.

**Parole chiave:** *adherence treatment; hypertension drug therapy; counseling methods; motivational interviewing; antihypertensive agents therapeutic use; sodium restricted; education counseling.*

## INTRODUZIONE

Oggi, l'ipertensione arteriosa è un importante problema di salute pubblica in termini di morbilità, mortalità, onere economico e qualità della vita, dovuto, principalmente, ai comportamenti negativi legati all'alimentazione (assunzione di alte quantità di sodio, consumo insufficiente di frutta e verdura) e allo stile di vita sedentario, con poca (o nessuna) attività fisica.

Riguardo all'alimentazione, l'evidenza mostra che l'assunzione di sodio ridotto abbassa la pressione sanguigna e può prevenire l'ipertensione.

Non a caso, dati osservazionali indicano una forte associazione positiva tra assunzione di sodio e la pressione sangui-

gna all'interno e tra le popolazioni: studi clinici randomizzati di riduzione del sodio in soggetti – con e senza ipertensione – hanno sostenuto questi risultati.

Controllare regolarmente la pressione arteriosa e mantenerla a livelli raccomandati attraverso l'adozione di uno stile di vita sano e assumendo specifiche terapie (ove necessario) è fondamentale, poiché questa condizione rappresenta il fattore di rischio più importante per l'ictus, ergo per le malattie legate all'invecchiamento (disturbi della memoria, disabilità), nonché per l'infarto del miocardio, gli aneurismi, le arteriopatie periferiche, l'insufficienza renale cronica, la retinopatia.

Da qui, la necessità di capire quali metodi siano necessari affinché il soggetto iperteso possa essere formato e supportato alla comprensione di quanto è necessario per una corretta alimentazione ed una giusta aderenza alla terapia farmacologica.

In tal senso, uno degli approcci che potrebbe essere utilizzato e per il quale è stata effettuata una revisione della letteratura è il "colloquio motivazionale" che è, di fatto, un empatico approccio di *counseling* non conflittuale in cui il clinico guida il paziente verso il cambiamento, aggirando la sua resistenza, e lavora attivamente con i punti di forza dello stesso per "costruire" l'auto-efficacia verso il risultato desiderato (Miller & Rollnick, 2002).



Strategicamente, esso utilizza, di base, strumenti di *counseling* norma e psicoterapia (cioè, domande aperte, affermazioni, riflessioni e sintesi) per evocare e rafforzare il cambiamento di conversazione (lingua da pazienti che argomenta contro lo status quo o per il cambiamento di comportamento) e il linguaggio impegnato (dichiarazioni dei pazienti circa la loro intenzione di realizzare un cambiamento di comportamento).

Una relazione efficace si verifica quando esiste un'atmosfera positiva in cui vengono esplorate le alternative terapeutiche: il trattamento è anche "negoziato", possibilità di aderire discussa, ed un programma *follow-up*.

## MATERIALE

La strategia di ricerca è stata condotta sulla banca dati multimediali Cinahl, Cochrane Library, PubMed e Psycinfo ed ha come obiettivo reperire evidenze scientifiche che mettano in luce quanto il "colloquio motivazionale", la prevenzione, l'informazione e l'educazione possano garantire un migliore autogestione della patologia ipertensiva, e, nello specifico, per correggere la propria alimentazione ed avere una giusta aderenza alla terapia farmacologica. Si è deciso di procedere attraverso il metodo Pico, grazie al quale ne sono stati messi in risalto gli aspetti più importanti. (Tabella 1)  
È stato molto utile, infatti, utilizzare il si-

stema della "facet analysis" per valutare ciò che è importante considerare senza rischiare di perdere articoli che potrebbero risultare utili ai fini della ricerca.

## METODO

Sono stati individuati 56 articoli su Pabmed; 15 su Cochrane Library; due su Psycinfo ed Ebesco Cinahl.

Degli articoli letti in Pubmed, ne sono stati presi in considerazione solo 11, perché pertinenti con l'obiettivo di ricerca: gli altri sono stati esclusi.

Solo due articoli su Cochrane Library sono stati ritenuti rilevanti, visto che, negli altri, gli studi (come gli articoli su Cinahl e Psycinfo) erano molto simili a quelli già presi in considerazione. Gli articoli, tutti in lingua inglese, sono stati tradotti e, ove possibile, sono stati reperiti i *full text*.

## ANALISI DEGLI ARTICOLI

### Aderenza e non aderenza alla terapia farmacologica

Il primo articolo esaminato è quello di Carmel M. Hughes, *Medication non-adherence in the elderly. How big is the problem?* ("La non-aderenza del farmaco negli anziani. Quanto è grande il problema?") School of Pharmacy, Queen's University Belfast, northern Ireland. Review Article, *Drugs aging* 2004; 21 (12): 793-811.

La non aderenza ad un regime terapeutico può portare a risultati negativi per i pazienti e può essere aggravato in po-

**Tabella 1. Applicazione del metodo Pico**

POPOLAZIONE	INTERVENTO	COMPARAZIONE	OUTCOME
Ipertesi	Uso del "colloquio motivazionale" e supporto educativo	Non utilizzo del "colloquio motivazionale"	Valutare l'efficacia dell'aderenza alla terapia e l'adozione di un'alimentazione sana

polazioni con più patologie (nello specifico, anziani) che richiedono una terapia farmacologica multipla.

Infatti, i pazienti più anziani possono, deliberatamente, scegliere di non aderire ai farmaci (non aderenza intenzionale) per evitare gli effetti negativi.

L'adesione alla terapia può essere influenzata anche dall'accesso ai farmaci che possono essere limitati dall'uso di formulari o programmi di assicurazione. Tuttavia, la non aderenza può rappresentare un rischio maggiore nelle persone anziane, con conseguente, scarso controllo della malattia, che può essere aggravata con la morbilità e la politerapia.

Per cercare di migliorare l'aderenza in questa popolazione di pazienti è stata attuata una gamma di strategie. L'uso eccessivo di farmaci (quelli che hanno un intervallo di dosaggio prescritto che sia il 50% o meno; la durata di azione del farmaco) può facilitare cadute occasionali di *doping*.

Pause di farmaci (deliberate; supervisione di non aderenza per un determinato periodo di tempo) sono state utilizzate nel morbo di Parkinson per ridurre gli effetti avversi.

La programmazione di una volta al giorno della somministrazione del farmaco può offrire un approccio pragmatico per ottimizzare la terapia farmacologica in alcuni pazienti e può essere completata con l'uso di ausili di conformità.

Quello che è sempre più evidente, tuttavia, è che **il ruolo del paziente (indipendentemente dall'età) è fondamentale nel processo decisionale sui farmaci, insieme alla comunicazione tra questi e gli operatori sanitari.**

Il processo decisionale sui farmaci è stato articolato attraverso il concetto di "concordanza", descritta come un'alleanza terapeutica tra paziente e personale sanitario.

Inoltre, gli interventi impiegati per migliorare l'aderenza devono essere polidrici e uniti agli approcci pratici (riducendo i farmaci inutili e semplificando i regimi di dosaggio), laddove il punto di vista del paziente deve essere considerato.

La buona adesione alla terapia farmaco-

logica va considerata come un mezzo per ottenere un risultato terapeutico soddisfacente e non come un fine in sé. Il secondo articolo esaminato è quello di Ruppert T.M., *Randomized pilot study of a behavioral feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension (Studio pilota randomizzato di un intervento di feedback comportamentale per migliorare l'aderenza del farmaco in adulti più anziani con ipertensione)* The Journal of Cardiovascular Nursing. 2010; 25(6): 470-9.

Lo studio randomizzato ha testato le risposte comportamentali per migliorare l'aderenza ai farmaci antipertensivi ed il controllo della pressione arteriosa tra gli adulti più anziani in trattamento farmacologico.

Esso ha preso in esame un campione di 15 partecipanti adulti di 60 anni o più anziani che prendono almeno un farmaco antipertensivo (età media, 71 anni; il 73% è donna) a cui è stata affidato un infermiere per monitorare l'adesione allo studio per otto settimane di intervento. L'aderenza del farmaco è stata monitorata continuamente tramite controllo elettronico per 20 settimane.

I partecipanti al gruppo di intervento hanno ricevuto aderenza ai farmaci antipertensivi bisettimanale e risposte di pressione non controllata, consulenza sulle abitudini, istruzione sui farmaci e la malattia, una scheda di istruzioni del farmaco, ed hanno avuto un tappo di bottiglia elettronico del farmaco con *display* digitale che ha fornito le risposte dell'aderenza giornaliera durante l'intervento.

La pressione sanguigna è stata misurata da un infermiere a 12 e 20 settimane dopo la randomizzazione. Aderenza e gli esiti di pressione non controllata sono stati descritti utilizzando statistiche descrittive e analizzati le differenze di gruppo utilizzando Mann-Whitney U test.

I risultati raggiunti dallo studio sono che i partecipanti hanno avuto una media di 5,8 prescrizione di farmaci e 2,93, oltre il contatore farmaci al giorno.

Una differenza non significativa è stato osservata nell'aderenza ai farmaci anti-

pertensivi inizialmente tra i gruppi.

Alla fine dell'intervento, il gruppo di trattamento ha avuto una migliore aderenza alla terapia farmacologica antipertensiva rispetto al gruppo di controllo (mediana: 100% vs 27,3%) e la rilevazione pressione sistolica leggermente migliorata nel gruppo di intervento durante lo studio (significativamente differente alla 12esima settimana; mediana pressione sistolica: 130 vs 152 millimetri Hg), mentre la diastolica è sostanzialmente invariata nel corso dello studio.

In conclusione, i risultati indicano che l'intervento ha avuto un effetto positivo sul comportamento di aderenza e controllo della pressione arteriosa.

Il terzo articolo esaminato è di Ogedegbe G, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, Spencer J, Allegrante J.P, Charlson M.E, *An Rct of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive african americans: rationale and design ("Un Rct degli effetti di colloquio motivazionale sul farmaco aderenza in ipertesi afro-americani: razionale e design")* Contemporary Clinical Trials 28 (2007); 169-181.

Lo studio randomizzato ha come obiettivo di testare l'efficacia del "colloquio motivazionale" rispetto alla solita cura, nel migliorare l'aderenza del farmaco in soggetti afroamericani rispetto ai bianchi, che ricevono cure in un contesto di cure primarie.

Infatti, l'ipertensione colpisce, in maniera sproporzionata, i soggetti afroamericani (più che i bianchi) ed è l'unica spiegazione più comune per la disparità nella mortalità tra i primi soggetti rispetto ai secondi.

Le valutazioni di reclutamento di base sono state completate tra luglio 2002 e maggio 2005; interventi iniziati nell'ottobre 2002 ed è ancora in corso.

Le visite di *follow-up* di 12 mesi sono iniziati nel luglio 2003.

Per questo studio, sono stati sottoposti a *screening* 529 pazienti, 330 dei quali ha incontrato i criteri di ammissibilità. Di questi, 190 pazienti sono stati arruolati nello studio con il 81% dalla pratica basata sulla comunità e il 19% dalla pratica basata ospedale.

Ad oggi, 139 pazienti hanno completato lo studio, 62 nel gruppo di intervento e 67 in quello usuale di cura che riceve assistenza medica standard (mentre quelli nel gruppo di intervento ricevono le cure standard più quattro sessioni di "colloqui motivazionali" ad intervalli di tre mesi per un anno).

Ad oggi, l'assunzione di tutti i 190 pazienti è completa. Tassi di abbandono globale: 15,2%, con circa il 14,7% nel gruppo di intervento ed il 15,7% nel gruppo di controllo.

L'età media dei pazienti è di 54 anni e l'85% è donna; il 17% è sposato; il 77% ha titolo di studio superiore (liceo o università); oltre la metà è disoccupato (54%).

In termini di informazioni cliniche, circa il 30% ha il diabete; 8% ha avuto un'insufficienza cardiaca e il 4% ha una malattia renale. Quasi la metà dei pazienti (45%) ha un indice di comorbidità Charlson punteggio N3, con circa il 20% di notifica di una qualche forma di danno d'organo-bersaglio per l'insufficienza cardiaca, malattie renali o ictus.

Il "colloquio motivazionale" ha acquisito maggiore popolarità negli ultimi anni e sta mostrando risultati promettenti nell'aiutare le persone ad avviare – e sostenere – il cambiamento comportamentale, specie nella zona di comportamenti di dipendenza.

Questo studio, inoltre, rivela i possibili meccanismi attraverso cui il "colloquio motivazionale" esercita i suoi effetti sul cambiamento di comportamento.

In particolare, testa gli effetti di mediazione di costrutti importanti come l'auto-efficacia e motivazione intrinseca in aderenza del farmaco.

Nella maggior parte delle recensioni fino ad oggi, ci sono pochi dati o discussioni per quanto riguarda i potenziali meccanismi attraverso cui il "colloquio motivazionale" esercita la sua influenza sul processo di cambiamento del comportamento di salute.

In conclusione, i risultati di questo studio dovrebbero fornire approfondimenti necessari sui potenziali meccanismi attraverso cui questa modalità di *counseling* comportamentale opera nel provvedere al cambiamento di comportamen-

to, così come la sua efficacia tra gli afroamericani.

Questo studio si è rivelato opportuno data la prevalenza sproporzionata dell'ipertensione e delle sue complicanze concomitanti negli afroamericani rispetto ai bianchi; i dati pervenuti forniranno approfondimenti atti al ruolo di interventi comportamentali per la riduzione del rischio cardiovascolare in un contesto di cure primarie.

#### **Gestione della patologia ipertensiva con la corretta alimentazione**

A proposito di questa problematica, abbiamo analizzato il [primo articolo](#), di Epstein A. E, Sherwood A, Smith P.J, Craighead L, Caccia C, Pao-Hwa Lin, Babyak M.A, Johnson J.J, Hinderliter A, Blumenthal A.J, *Determinants and consequences of adherence to the dietary approaches to stop hypertension diet in african-american and white adults with high blood pressure: results from the Encore Trial* ("Determinanti e conseguenze di aderenza alla dieta Dash di afroamericani e bianchi adulti con alta pressione sanguigna: risultati dello studio Encore") Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. Vol. CXII, issue 11, pagg 1763-1773, 2012.

Una dieta che promuove il consumo di frutta e verdura, e latticini a basso contenuto di grassi, ed è, dunque, a basso

contenuto di grassi e colesterolo, nota come la dieta "The Dietary Approaches to Stop Hypertension-Dash" ("Gli approcci dietetici per fermare l'ipertensione") è ora riconosciuta come l'unica scelta per la prevenzione e la gestione della pressione alta.

La dieta Dash è stata fondata come un trattamento efficace per la pressione alta basata sui risultati delle prove di alimentazione Dash originali.

Lo studio Encore (Esercizio e interventi nutrizionali per la salute cardiovascolare) ha esteso la sperimentazione, valutando l'efficacia della dieta Dash indipendente di altre modifiche dello stile di vita suggeriti nel ridurre Bp tra gli individui con ipertensione.

Molti risultati della Encore hanno dimostrato il valore della sola dieta Dash che, combinata all'esercizio fisico ed alla riduzione di peso, aiuta a contenere il Bp e migliora gli altri biomarcatori cardiovascolari.

Il presente studio presenta un'analisi secondaria dello studio Encore al fine di: determinare la misura in cui i partecipanti possono aderire alla dieta Dash in una situazione di vita libera; identificare le caratteristiche dei pazienti che erano predittivi di aderenza alla dieta Dash; esaminare la relazione tra l'aderenza alla Dash e l'entità delle riduzioni Bp.



Il campione era composto da sedentari, sovrappeso e obesi adulti (BMI: 25-39,9 kg /m<sup>2</sup>) con PA ottimale (Pas 130-159 e/o Pad 85-99 mmHg).

Per valutare la PA durante una giornata tipica, i partecipanti hanno indossato un Accutacker monitor ambulatoriale di PA (programmato per registrare le misurazioni della PA quattro volte all'ora durante la veglia e due volte all'ora durante il sonno). La PA media durante l'intero periodo di monitoraggio di 24 ore, corretta per la postura, è stato utilizzato per l'analisi.

Le abitudini alimentari sono stati valutate al basale e 16 settimane dopo la randomizzazione, utilizzando un questionario validato di 114 *item*, di frequenza alimentare auto-somministrato (Ffq).

Un diario alimentare è stato utilizzato per raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari, in particolare, macronutrienti e l'apporto calorico.

I partecipanti hanno mantenuto un record alimentare dettagliato per quattro giorni consecutivi.

Un centinaio fra 44 uomini (N=47) e donne (N=97) sono stati arruolati nello studio, tra cui il 40% afroamericani. Il campione, in media, ha 52 anni ed è in sovrappeso o obesi (BMI medio = 33.1+3.9).

Dei 144 partecipanti, 67 (47%) era di riposo clinica Pas>140 millimetri Hg PA>90 mm Hg diastolica (media=138,1 mm Hg).

I partecipanti tendevano ad essere relativamente ben istruiti e benestanti e non c'erano nei trattamenti differenze di gruppo su eventuali caratteristiche cliniche e socio-demografiche al basale.

I risultati di questo studio dimostrano che uomini e donne con ipertensione sono in grado di adottare il modello dietetico Dash e riuscire, con successo, a modificare le proprie abitudini alimentari nel corso di una prova intervento di 16 settimane.

All'inizio, il partecipante medio consumava una dieta riflettente della tipica dieta americana, con elevata assunzione di grassi, colesterolo e sodio, e l'assunzione limitata di frutta e verdura, ergo povera di grassi prodotti lattiero-caseari.

Con la dieta Dash, i partecipanti sono

riusciti ad aumentare il loro consumo di frutta e verdura (e latticini a basso contenuto di grassi), riducendo, al contempo, anche il consumo di grassi saturi, di dolci e sodio.

Il secondo articolo è di Takahashi Y, Sasaki S, Okubo S, Hayashi M, Tsugane S, *Blood pressure change in a free-living population-based dietary modification study in Japan ("Variazione della pressione sanguigna in una popolazione che vive liberamente basata sullo studio delle modifiche della dieta in Giappone")* The Journal of Hypertension. 24(3):451-8. 2006.

Lo studio randomizzato ha valutato se un intervento dietetico in soggetti sani a vita libera è efficace nel migliorare i livelli di pressione sanguigna.

Lo studio ha utilizzato 550 volontari sani di età compresa tra 40-69 anni che vivessero liberamente in due villaggi rurali nel nord-est del Giappone. I dati sono stati raccolti dopo 1 anno dall'inizio dell'intervento.

A loro sono state date le informazioni per favorire una diminuzione dell'assunzione di sodio e un aumento del consumo di vitamina C e carotene, nonché di frutta e verdura.

Le misure prese in considerazione sono la pressione arteriosa, la dieta e l'escrezione urinaria di sodio; l'inserimento di carotene, vitamina C, frutta e verdura nel regime dietetico.

Dallo studio è risultato che, durante il primo anno, i cambiamenti differivano significativamente tra i gruppi di intervento e di controllo alimentare (P=0.002) e l'escrezione urinaria (P<0,001), del sodio e dietetico di vitamina C e carotene (P=0.003).

La pressione sanguigna sistolica è diminuita 127,9-125,2 mmHg (diminuzione del 2,7 mmHg; 95% intervallo di confidenza, -4.6 a -0.8) nel gruppo di intervento, mentre è aumentato 128,0-128,5 mmHg (0,5 di aumento; -1.3 a 2.3) nel gruppo di controllo. Al contrario, la variazione di pressione diastolica non differiva significativamente tra i due gruppi. Nei soggetti ipertesi, una differenza significativa nella riduzione della pressione arteriosa sistolica è stata osservata tra i gruppi (P=0,032).

In conclusione: un moderato intervento nel regime dietetico, in soggetti sani a vita libera, ha raggiunto significativi cambiamenti nella dieta che ha provocato una significativa riduzione della pressione arteriosa sistolica.

Il terzo articolo esaminato è di Cook N.R, Cutler J.A, Obarzanek E, Buring J.E, Rexrode K.M, Kumanyika S.K, Appel L.J, Whelton P.K, *Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention-Tohp ("Effetti a lungo termine della riduzione del sodio nella dieta sugli esiti della malattia cardiovascolare: osservazione di follow-up degli studi di prevenzione dell'ipertensione-Tohp")* BMJ 2007 apr 28;334(7599):885-8. Epub 2007.

Lo studio randomizzato ha esaminato gli effetti della riduzione dell'assunzione di sodio nella dieta sugli eventi cardiovascolari, utilizzando i dati provenienti da due studi randomizzati completati, Tohp I e II.

Lo studio ha avuto un *follow-up* a lungo termine valutato 10-15 anni dopo il processo originale. Sono stati presi in considerazione dieci siti clinici dal 1987-1990 (Tohp I) e nove siti clinici tra il 1990-1995 (Tohp II).

Il *follow-up* centrale è stato condotto da posta e via telefono.

I partecipanti erano adulti di età compresa tra 30-54 anni con pre-ipertensione.

È stata indicata una dieta di intervento con riduzione del sodio e si è data l'istruzione globale e consulenza riguardo l'assunzione, per 18 mesi (Tohp I) o 36-48 mesi (Tohp II).

*Outcome* principale di malattia cardiovascolare (infarto miocardico, ictus, rivascolarizzazione coronarica, o morte cardiovascolare).

Dallo studio è risultato che 744 partecipanti Tohp I e 2382 in Tohp II sono stati randomizzati ad un intervento di riduzione del sodio o di controllo.

Lo stato vitale è stato ottenuto per tutti i partecipanti e le informazioni di *follow-up* sulla morbilità sono state ottenute da 2.415 (77%), con 200 segnalazioni di un evento cardiovascolare.

Il rischio di un evento cardiovascolare è stato inferiore del 25% tra quelli nel gruppo di intervento (rischio relativo di fiducia 0,75, 95%), corretto per il processo, clinica, età, razza e sesso, e il 30% in meno dopo ulteriore aggiustamento per l'escrezione di sodio al basale, con risultati simili in ogni prova. Nelle analisi secondarie, 67 partecipanti sono morti.

In conclusione, è stato rilevato che la riduzione di sodio (che ha mostrato in precedenza di abbassare la pressione sanguigna) può anche ridurre il rischio, a lungo termine, di eventi cardiovascolari.

Il quarto articolo di Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, Scalfi L, Schiano di Cola M, *Raccomandare la riduzione dell'assunzione di sale al paziente iperteso: più che a parole ("Recommending salt intake reduction to the hypertensive patient: more than just lip service")* High blood pressure & cardiovascular prevention: the official journal of the Italian Society of Hypertension. 2012. 1;19(2):59-64.

L'articolo mette in discussione i fattori che influenzano la probabilità di un intervento di successo incentrato, in particolare, sull'impegno del medico per valutare le abitudini alimentari del paziente, sottolineando le principali fonti di sale nella dieta del paziente, in modo da fornirgli, con adeguata motivazione, le istruzioni corrette per attuare la riduzione progressiva della sua assunzione di sale, non trascurando la necessità di un regolare *follow-up*.

L'assunzione di sale nella dieta individuale media supera, ampiamente, i bisogni fisiologici quasi in tutto il mondo:

**è stato chiaramente stabilita un'associazione causale diretta tra consumo di sale e livelli di pressione sanguigna.**

Inoltre, vi è una crescente evidenza per le vie di pressione indipendente del sangue aggiuntivi che collegano l'assunzione di sale in eccesso per il processo di aterosclerosi.

Recenti metanalisi di studi randomizzati e controllati hanno dimostrato che una moderata riduzione del consumo di sale è associato alla riduzione della pressione arteriosa e, in prospettiva, alla riduzione degli eventi cardiovascolari e ce-

rebrovascolari in soggetti ipertesi.

Secondo la Società europea di Cardiologia, le linee-guida per la gestione dell'ipertensione, le istruzioni per ridurre il consumo di sale nella dieta al livello di 5 g/die in base alla raccomandazione Oms dovrebbe essere fornita a tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro richiesta di trattamento farmacologico.

Purtroppo, spesso la loro risposta è eterogeneo, dovuta principalmente al rispetto variabile con la prescrizione del medico e in misura minore di sensibilità al sale.

Il quinto articolo, di Earl G.L, Henstenburg J.A, *Dietary approaches to hypertension: a call to pharmacists to promote lifestyle changes ("Approcci dietetici per l'ipertensione: un invito ai farmacisti di promuovere cambiamenti di stile di vita")* J Am Pharm Assoc. 2012 sep-oct; 52(5):637-45 ha come obiettivo di descrivere gli aggiornamenti delle linee-guida sull'approccio dietetico per prevenire o trattare l'ipertensione e per incoraggiare i farmacisti a fornire indicazioni ai pazienti sugli approcci dietetici per bloccare l'ipertensione (Dash) e la riduzione dell'apporto di sodio nella dieta.

Come fonte di studi, sono stati utilizzati gli *abstract* e gli articoli pubblicati individuati da una ricerca Medline (da gennaio 2001 a luglio 2011) e International Pharmaceutical Abstracts (da gennaio 2001 a luglio 2011), nonché le relazioni dell'Istituto di Medicina e Dietary Guidelines for Americans 2010.

Nelle linee-guida dietetiche per gli americani nel 2010, le assunzioni di sodio nella dieta giornaliera raccomandata per le persone con ipertensione, malattia renale cronica e diabete è stata ridotta a meno di 1.500 mg al giorno.

Tutti gli altri individui sani sono allertati sull'assunzione di sodio nella dieta di meno di 2.300 mg al giorno. Gli americani consumano quantità eccessive di sodio alimentare sotto forma di prodotti trasformati, che pone una barriera per il controllo della pressione arteriosa.

I farmacisti devono raccomandare la dieta Dash come un modo per ridurre l'apporto di sodio nella dieta e utilizzare risorse disponibili nutrizionali presenti sui siti web. Questi dovrebbero integrare

approcci utilizzando strategie comportamentali e motivazionali per fornire maggiore formazione a chi culturalmente sensibile e alle persone con ridotta preparazione sanitaria.

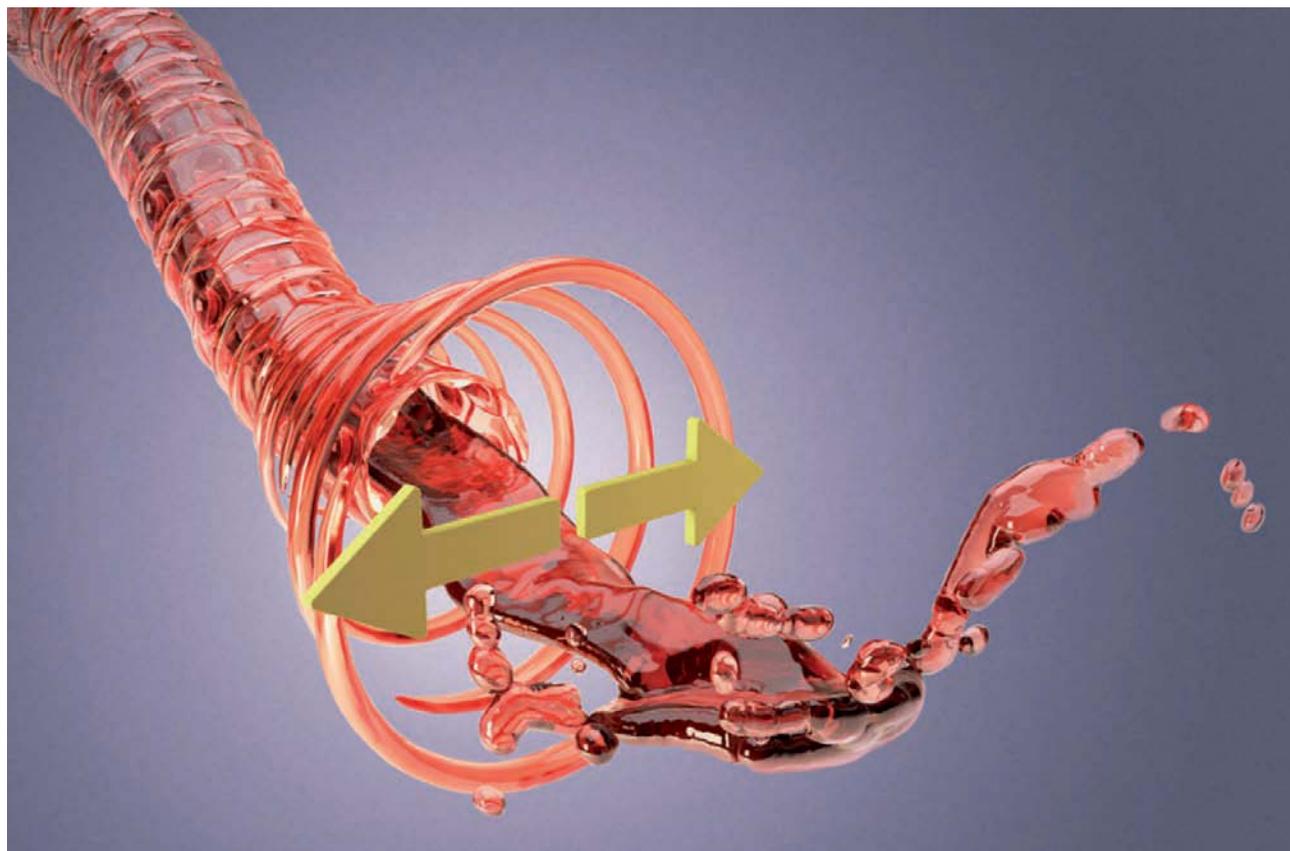
I farmacisti di comunità e di pratica ambulatoriale dovrebbero ottimizzare la gestione dei farmaci ed integrare gli interventi di stile di vita che riducono l'apporto di sodio nella dieta per migliorare i risultati di lotta all'ipertensione. Così, come dovrebbero cercare una maggiore collaborazione con i medici.

Il sesto articolo di Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S, *Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults ("Interventi per migliorare l'aderenza ai consigli dietetici per la prevenzione e gestione delle malattie croniche negli adulti")* Cochrane Consumers and Communication Group Published on line 2013, si pone l'obiettivo di valutare gli effetti degli interventi per migliorare l'adesione ai consigli dietetici per la prevenzione e gestione delle malattie croniche negli adulti, visto che si è constatato che la scarsa adesione può essere un rischio grave per la salute ed il benessere dei pazienti, e che una maggiore adesione ai consigli dietetici è una componente critica nella prevenzione e gestione delle malattie croniche.

Vi sono stati inclusi 38 studi che hanno coinvolto 9.445 partecipanti e gli interventi hanno dimostrato che *follow-up* telefonico, video, contratto, *feedback*, gli strumenti nutrizionali e gli interventi più complessi (tra cui interventi multipli) ottengono maggiori risultati di aderenza alla dieta.

La maggior parte degli studi che riportano un risultato di aderenza alla dieta, favorendo il gruppo di intervento rispetto al controllo/gruppo usuale di cura a breve termine, non ha segnalato alcun effetto significativo in momenti temporali successivi.

Studi che rilevano interventi come sessioni di gruppo, sedute individuali, promemoria, restrizioni e tecniche di cambiamento-comportamento non hanno riferito alcun risultato di aderenza alla dieta e mostrano una differenza statistica-



mente significativa in favore del gruppo di intervento.

Infine, gli studi erano, generalmente, di breve durata e di bassa qualità, e le misure di aderenza variano ampiamente. Gli autori hanno concluso che vi è la necessità di ulteriori studi di buona qualità, a lungo termine, utilizzando misure più standardizzate e validate di aderenza per identificare gli interventi che devono essere utilizzati nella pratica per migliorare l'aderenza di consigli dietetici nel contesto di una varietà di malattie croniche.

#### **Il "colloquio motivazionale" per l'autogestione della patologia ipertensiva**

Per quanto concerne questa problematica, il primo articolo analizzato è stato quello di Brobeck E, Bergh H, Odenrants S, Hildingh C, *Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice* ("Esperienze di infermieri sanitari primari con colloquio motivazionale nella pratica della promozione della salute") *Journal of Clinical Nursing*. 2011; 20, 3322-3330, che ha come obiettivo de-

scrivere le esperienze di infermieri di assistenza primaria "con interviste motivazionali" come metodo per la pratica della promozione della salute.

Il "colloquio motivazionale" è un modo di lavorare con i cambiamenti dello stile di vita nella promozione della salute ed ha dimostrato di essere più efficace rispetto ai metodi convenzionali, aumentando la motivazione del paziente.

Il piano di base del "colloquio motivazionale" è di aiutare le persone a comprendere i loro problemi di stile di vita, promuovendo i cambiamenti in positivo. Questo studio ha un disegno descrittivo e utilizza un metodo qualitativo: sono stati intervistati 20 infermieri che lavoravano nella sanità primaria e utilizzano parecchio il "colloquio motivazionale" nel loro lavoro.

L'analisi del contenuto qualitativo è stato utilizzato per elaborare i dati.

Dallo studio è emerso che le esperienze degli infermieri sanitari di base "con interviste motivazionali" come un metodo di pratica di promozione della salute dimostrano che il "colloquio motivazionale"

è un esigente, arricchimento e un metodo utile che promuove la sensibilizzazione e orientamento nella relazione di cura.

In conclusione, viene dimostrato che il "colloquio motivazionale" pone diverse esigenze sugli infermieri che utilizzano questo metodo: quelli che lavorano con esso devono fare uno sforzo per incorporare questo nuovo metodo per evitare di ricadere nella precedente pratica di dare semplicemente dei consigli, mentre l'attuazione del "colloquio motivazionale" in ambienti sanitari reali è fondamentale per tutti gli infermieri.

Dal punto di vista clinico, lo studio è stato molto rilevante in quanto tutte le operatrici sanitarie coinvolte ne hanno parlato come di un'esperienza positiva, esaltando la possibilità di contribuire ad un maggiore uso, adattamento e sviluppo dei "colloqui motivazionali" tra i professionisti sanitari di base.

Maggiore conoscenza del "colloquio motivazionale" e le altre competenze potrebbero contribuire davvero alla promozione di stili di vita salubri.

Il secondo articolo di Maa C, Zhou Y, Zhou W, Huang C, *Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care* ("Valutazione dell'effetto del colloquio motivazionale sulla cura dell'ipertensione") Patient Education and Counseling 95 (2014) 231-237, discute dell'incidenza di ipertensione in Cina, in rapido aumento a causa dei cambiamenti di stili di vita.

Si stima che ci sono stati 200 milioni di pazienti ipertesi diagnosticati nel 2009 in Cina (il tasso di incremento della diagnosi supera il 18% ogni anno).

Fatta eccezione per la terapia farmacologica, la modifica dello stile di vita (aggiustamenti dietetici e una maggiore attività fisica regolare) l'approccio più importante da trattare, ritardare o per prevenire le complicanze legate all'ipertensione. Studi precedenti hanno dimostrato che la scarsa aderenza al trattamento da parte dei pazienti ipertesi è uno dei principali motivi dell'incontrollata pressione arteriosa che porta ad un aumento delle complicanze dell'ipertensione, il carico fisico e psicologico del paziente e il pesante economico peso della famiglia e della società.

In Cina, si stima che i costi annui diretti – e indiretti – legati all'ipertensione ed alle sue complicanze siano più di 35 milioni dollari.

Lo studio ha voluto mettere alla prova l'efficacia del "colloquio motivazionale" rispetto alla consueta cura per i pazienti ipertesi cinesi.

È stato utilizzato uno studio randomizzato controllato: 120 i partecipanti eleggibili, assegnati in modo casuale al gruppo di controllo (gruppo usuale di cura) o a quello di intervento (gruppo "colloquio motivazionale").

Gli individui nel gruppo di controllo hanno ricevuto la consueta cura da infermieri qualificati, mentre quelli del gruppo di intervento hanno ricevuto Mi da infermieri addestrati.

Prima di implementare il "colloquio motivazionale", sessioni di formazione di tre giorni sono stati organizzate per formare i 12 infermieri clinici nello studio. I corsi di formazione per il "colloquio motivazionale" sono stati presentati da un trainer certificato.

Il programma di formazione era composto di lezioni, dimostrazioni, giochi di ruolo, presentazioni e discussioni. Le infermiere hanno ricevuto una cartella con i materiali di studio per la formazione, comprese le informazioni di base su Mi, i principi e le tecniche di Mi e casi di discussione e di ruolo.

Le competenze di consulenza di infermieri sono state testate dopo l'allenamento.

Le infermiere hanno condotto una sessione di consulenza con i pazienti-modello, addestrati ad assumere il ruolo di un paziente assunzione di farmaci antiipertensivi.

I processi di consulenza sono stati registrati: l'allenatore, riascoltato ogni nastro, ha fornito le risposte alle infermiere sulle loro prestazioni di consulenza.

Dall'elaborazione dei risultati, è emerso che dei 120 pazienti nei due gruppi al basale, durante i sei mesi, 106 hanno completato il secondo sondaggio (52 nel gruppo di controllo e 54 in quello di intervento). Tra i 14 partecipanti mancanti, nove si sono rifiutati di partecipare a causa delle limitazioni di tempo, quattro non potrebbero continuare a causa del peggioramento della malattia, e uno si è perso al *follow-up*.

Non ci sono state differenze statisticamente significative nelle caratteristiche demografiche tra i due gruppi; né ve n'è alcuna nella Pa e valori di laboratorio tra i due gruppi al basale.

I pazienti avevano assunto il farmaco per periodi che vanno da 6 mesi ai 10 anni; la maggior parte di loro non hanno avuto sintomi di ipertensione; quattro hanno avuto complicazioni legate all'ipertensione.

I primi effetti vantaggiosi del "colloquio motivazionale" sono stati trovati nell'aderenza al trattamento dei pazienti con ipertensione: questi erano più inclini a rispettare il trattamento del farmaco, confrontati a quelli del gruppo di controllo.

I risultati hanno mostrato che i pazienti nel gruppo con il "colloquio motivazionale" sembra aderissero ad uno stile di vita sano, di cui fa parte anche una regolare attività fisica e il cessare di fumare e di bere.

I risultati sono in accordo con gli studi precedenti, che hanno dimostrato che il "colloquio motivazionale" è efficace nel facilitare l'adozione e il mantenimento di comportamenti di salute raccomandati.

Un motivo potenziale per una buona aderenza nel gruppo con il "colloquio motivazionale" è che le infermiere si sono concentrate sul comportamento di aderenza nella routine quotidiana dei pazienti che sono stati incoraggiati a fissare i propri obiettivi nel corso del processo decisionale ed a pensare a più di una soluzione per superare i problemi.

Il nostro studio dimostra anche l'effetto positivo del "colloquio motivazionale" nel miglioramento del trattamento aderenza e controllo della pressione arteriosa dei pazienti ipertesi.

Il terzo articolo preso in esame è di Roberts V, Ivey L.C, *Is motivational interviewing effective for hypertension? (Il colloquio motivazionale è efficace per l'ipertensione?) Evidence-Based Practice/april 2012*, ed ha posto l'obiettivo sul fatto che, attraverso il fattore di mediazione, può essere migliorata l'aderenza del farmaco.

L'utilizzo del "colloquio motivazionale" ha dimostrato di essere utile nella prevenzione e nella gestione di una serie di malattie croniche ed è facilmente applicato in campo medico perché la tecnica può essere adattata allo standard 15-20 minuti di visita ambulatoriale.

Una revisione sistematica ed una meta-analisi di 72 Rct di alta qualità (numero totale di pazienti non dato) ha esaminato il "colloquio motivazionale" ed utilizzato per una vasta gamma di indicatori di salute e malattie.

La maggior parte degli studi (74%) ha mostrato benefici del "colloquio motivazionale" per varie malattie biomediche e indicatori di salute ed è stato associato ad una significativa diminuzione della pressione arteriosa sistolica, con una riduzione di 4,22 mmHg.

Uno studio successivo, di 190 pazienti afro-americani adulti con ipertensione, confrontati gli effetti della terapia tradizionale vs il "colloquio motivazionale" sul controllo della pressione arteriosa e l'aderenza del farmaco (prendeavano al-

meno un farmaco antipertensivo), li ha assegnati, in modo casuale, alla consueta cura o al gruppo del "colloquio motivazionale".

Il secondo gruppo ha ricevuto l'attenzione usuale (più 30/40 minuti di interventi con interviste motivazionali durante le sessioni a 3, 6, 9, e 12 mesi) e nell'arco dei 12 mesi, la pressione arteriosa sistolica è diminuita del 11,2 mmHg contro i 5.1 mmHg di quelli del gruppo con cura usuale. I tassi di aderenza del farmaco erano più alti con "colloquio motivazionale": il 57% dei pazienti nel gruppo omonimo ha aderito al loro regime di farmaci contro il 47% di quelli nel gruppo usuale di cura.

Un recente studio sperimentale ha quasi esaminato gli effetti di un gruppo motivazionale con interviste sulla pressione arteriosa in pazienti con diagnosi di ipertensione. Ogni gruppo conteneva 40 pazienti.

Il gruppo sperimentale ha ricevuto otto sessioni di due ore (per 4 settimane), 3 di modificazioni dello stile di vita e 5 del "colloquio motivazionale". Il gruppo di controllo ha ricevuto sei sessioni di 45-60 minuti a modifiche dello stile di vita. Sistolica e pressione diastolica è stata misurata pre-intervento, post-intervento, e ad un 16 settimane di *follow-up*.

Il gruppo con il "colloquio motivazionale" ha mostrato una maggiore riduzione della pressione sistolica, 135-127 mmHg e della pressione diastolica, 86-82 mmHg rispetto al gruppo di controllo. Non c'era diminuzione significativa della pressione arteriosa sistolica tra i due gruppi al *follow-up*, ma la notevole differenza di pressione diastolica ha fatto persistere al *follow-up*.

Nel complesso, i "colloqui motivazionali" sembrano promettere di migliorare alcuni risultati per i pazienti con ipertensione, anche se sono necessarie ulteriori ricerche per quanto riguarda i metodi di "colloquio motivazionale" che si rivelano più efficienti.

Il quarto articolo, di Williams A, Manias E, *Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting disease: a qualitative study* ("Esplorare la motivazione e la fiducia nel prendere i farmaci prescritti in ma-

*lattie coesistenti: uno studio qualitativo*) Journal of clinical Nursing, 2014, feb;23(3-4):471-81.

Questo studio ha avuto come finalità ed obiettivi quello di esplorare la motivazione e la fiducia delle persone con diabete, malattia renale cronica e ipertensione di prendere le loro medicine come prescritto.

Spesso l'autogestione dei soggetti con queste malattie coesistenti è molto più complicata di quella di quelli con singole malattie, ma è fondamentale per migliorare i risultati di salute.

Lo studio è stato effettuato attraverso delle interviste motivazionali telefoniche, sono stati realizzati con i partecipanti con diabete coesistenti e ipertensione.

Sono stati selezionati pazienti di età 18 anni con diabete, insufficienza renale cronica e ipertensione sistolica sono stati reclutati da ambulatori di un ospedale metropolitano australiano tra 2008-2009. Una media di quattro telefonate di intervista motivazionale è stato fatto con i partecipanti (n = 39) nel braccio di intervento di un *trial* randomizzato controllato.

I risultati ottenuti dallo studio sono che la motivazione e la fiducia nel prendere i farmaci prescritti per i partecipanti è stato sventato dalla complessità dei regimi di medicina e dalle condizioni mediche. I partecipanti volevano il controllo sulla propria salute e sviluppare diverse strategie per affrontare le minacce per la salute.

In conclusione, l'assunzione di più farmaci prescritti in patologie coesistenti diabete, insufficienza renale cronica e ipertensione è una difficoltà costante con importanti effetti psicosociali. I partecipanti sono stati sopraffatti dal numero di farmaci che sono stati tenuti a prendere.

La ricerca per il controllo del personale sanitario, la paura del futuro e il ruolo dello stress e di genere nella gestione delle malattie croniche sono stati evidenziati.

I partecipanti hanno richiesto interventi di sostegno emotivo di auto-gestire le loro molteplici farmaci su base giornaliera.

Nella pratica clinica, dallo studio emerge che sarebbe necessario ridurre la complessità di regimi di medicina in coesistenti malattie è fondamentale.

Per ottimizzare l'auto-gestione della malattia cronica è necessario individuare approcci psicosociali individualizzati che rispondono alle esigenze emotive dei pazienti.

## CONCLUSIONI

Dalla revisione della letteratura è emerso che il "colloquio motivazionale" è efficace nel promuovere un'alimentazione sana e per garantire una maggiore aderenza al trattamento farmacologico nei soggetti con ipertensione arteriosa.

**Un elemento chiave dell'atto terapeutico è l'adesione del paziente ai suggerimenti e alle prescrizioni del medico**, solitamente definita con il termine inglese *compliance*.

La *compliance* del paziente alla terapia farmacologica rappresenta uno dei problemi più importanti della pratica clinica, dal momento che il successo di qualsiasi intervento terapeutico dipende dall'effettiva adesione del paziente alla terapia.

La non *compliance* al trattamento ha, come dirette conseguenze, la distorsione dell'efficacia del trattamento e l'emergere di problematiche connesse, con un incremento dei costi legato ad un'inefficace gestione della patologia. La *compliance* viene definita come la "misura con cui il comportamento del paziente, in termini di assunzione farmaci, mantenimento di una dieta o di altre variazioni di stile di vita, coincide con le prescrizioni del medico" (Sackett, 1979).

Dalla revisione della letteratura, si evidenzia, inoltre, il grado con cui il comportamento di un soggetto ha nell'assumere un farmaco, nel seguire una dieta e/o modificare il proprio stile di vita e che ciò corrisponde a quanto concordato con l'operatore sanitario.

Tutto ciò comporta una maggior conoscenza della propria patologia con più presa di coscienza delle conseguenze cardiovascolari a cui il soggetto potrebbe venire incontro.

Infatti, grazie alla riduzione di apporto di

sodio nella dieta, associata ad una buona aderenza al trattamento farmacologico, i valori pressori (nello specifico, la pressione arteriosa sistolica-11,2 mmHg) si riducono rispetto a chi, normalmente, autogestisce la propria patologia.

Per quanto riguarda i punti di debolezza, emerge che tutte le figure sanitarie (medici specialisti, medici generici, infermieri, farmacisti ecc), necessitano di maggiori aggiornamenti, e quindi di formazione, per ciò che concerne il "colloquio motivazionale" ergo il *counseling* con cui si configura una strategia volta a costruire una relazione di aiuto, e a mantenerla allo scopo di aiutare e facilitare la persona a prendere decisioni per affrontare momenti di crisi e a migliorare

la relazione con gli altri. Coloro che lavorano con il "colloquio motivazionale" dovrebbero incorporare questo nuovo metodo, assimilarlo, considerandolo quasi un protocollo clinico, per evitare di ricadere nella comune pratica di dare semplicemente dei consigli.

L'attuazione del "colloquio motivazionale" in ambienti sanitari è fondamentale per tutte le figure professionali sanitarie, per aumentare l'efficacia di questo metodo; la formazione ad esso ha probabilità di essere più efficace se prolungata nel tempo, con attività di verifica, di supervisione e di *tutor*.

Al fine di migliorare la ricerca su questo argomento di prevenzione, sarebbe auspicabile effettuare altri studi, soprattutto sull'incidenza che tale metodo può

avere, nello specifico, in soggetti anziani e in quelli *young/adult* con un grado culturale inferiore alla norma e, quindi, spesso con maggiori difficoltà nella comprensione delle informazioni cliniche.

AUTORI:

Lorella Impastato, infermiera e studentessa presso il Cdl magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università di Tor Vergata, Roma; Petronilla Briganti, dirigente infermieristico Consorzio San Raffaele Rsa, Puglia; studentessa presso il Cdl magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università di Tor Vergata, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Brobeck E, Bergh H, Odencrants S, Hildingh C, *Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice*. Journal of Clinical Nursing, 2011; 20: 3322-3330.
- Chunhua M, Zhou Y, Zhou W, Huang C, *Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care*. Patient Education and Counseling. 2014. 95: 231-237
- Cook N.R, Cutler J.A, Obarzanek E, Buring J.E, Rexrode K.M, Kumanyika S.K et al, *Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (Tohp)*. BMJ. 2007. 334(7599):885-8.
- Curcetti C, Parisini L, *Raccolta delle esperienze di counselling strutturato nelle Aziende Usl*. Regione Emilia Romagna, 2012.
- Desroches S, Lapointe A, Ratté S, Gravel K, Légaré F, Turcotte S, *Interventions to enhance adherence to dietary advice for preventing and managing chronic diseases in adults* Cochrane Consumers and Communication Group. Published on line: 2013 feb 28.
- Earl G.L, Henstenburg J.A, *Dietary approaches to hypertension: a call to pharmacists to promote lifestyle changes*. J Am Pharm Assoc. 2012 Sep-Oct;52(5): 637-45.
- Epstein A.E, Sherwood A, Smith P.J, Craighead L, Caccia C, Hwa L.P et al, *Determinants and consequences of adherence to the Dietary approaches to stop hypertension diet in African-american and white adults with high blood pressure: results from the Encore Trial*. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2012. 1763-1773.
- Gbenga O, Antoinette S, Tabia R, Lisa L, Rhonda B, Eugenia E et al, *An Rct of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African americans: rationale and design*. Contemporary Clinical Trials. 2007. 28:169-181.
- Hughes Carmel M. School of Pharmacy, Queen's University Belfast, Belfast, Northern Ireland *Medication Non Adherence in the Elderly. How Big is the Problem?* Review article Drugs Aging 2004; 21 (12): 793-811.
- Lugoboni F, *Migliorare la compliance. L'utilità del colloquio motivazionale*. SEEd. Torino 2008. pagg 21-27.
- Miller e Rollnick, *Il colloquio motivazionale*. Illed. Centro studi Ericsson. 2014.
- Rollnick S, Mason P, Butler C, *Cambiare stili di vita non salutari*. Edizioni Ericsson 2003.
- Rosengren D.B, *Guida pratica al counseling motivazionale*. Edizioni Ericsson. 2011.
- Ruppar T.M, *Randomized pilot study of a behavioral feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension*. The journal of Cardiovascular Nursing. 2010. 25(6):470-9.
- Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, Scalfi L, Schiano di Cola M, *Recommending salt intake reduction to the hypertensive patient: more than just lip service*. High blood pressure & cardiovascular prevention: the official journal of the Italian Society of Hypertension 2012 Jun 1;19(2):59-64.
- Takahashi Y, Sasaki S, Okubo S, Hayashi M, Tsugane S, *Blood pressure change in a free-living population-based dietary modification study in Japan*. The journal of Hypertension. 2006. 24(3): 451-8.
- Vellone E, Piredda M, *La ricerca bibliografica*. 77. 2009.
- Roberts V, Laurie C. I, *Is motivational interviewing effective for hypertension? Evidence-Based Practice*. 2012.
- Williams A, Manias E, *Exploring motivation and confidence in taking prescribed medicines in coexisting disease: a qualitative study*. Journal on clinical Nursing. 2014. 23(3-4):471-81.

# Quale antisettico è più efficace nell'antisepsi della cute del neonato per evitare la contaminazione dell'emocoltura?

di Valentina Vanzi, Rosanna Pitaro, Nella Liporace, Elisa D'Alessandro, Giuseppe Minnella, Alessandra Lorefice, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Nuntnarumit P, Sangsuksawang N, "A randomized controlled trial of 1% Aqueous Chlorhexidine Gluconate compared with 10% Povidone-Iodine for topical antiseptic in neonates: effects on blood culture contamination rates". *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2013 Apr; 34(4):430-2.

## BACKGROUND

L'antisepsi della cute è essenziale prima dell'effettuazione di qualsiasi procedura invasiva.

Tuttavia, in ambito neonatologico, tale procedura può comportare dei danni (in termini di istolesività e di tossicità) per assorbimento dell'antisettico per via sistemica a causa delle peculiarità anatomico-fisiologiche del neonato, specie se prematuro.

Per questo motivo, la lista degli antisettici utilizzabili in neonatologia è piuttosto limitata. La scelta della soluzione antisettica in tali contesti clinici è in funzione, quindi, della sua attività, presentazione e tolleranza.<sup>1</sup>

Quelli ad ampio spettro più frequentemente utilizzati in Neonatologia sono: Clorexidina Gluconata (Chg) o lo Iodio Povidone (Ip) che costituisce l'antisettico tradizionalmente utilizzato nelle Terapie Intensive Neonatali (Tin), ma la possibile tossicità tiroidea dello iodio e l'istolesività ne limitano l'utilizzo, specie nei nati prematuri.

La Chg, che dal punto di vista chimico è un biguanide cationico, è efficace sia sui Gram positivi che negativi, ed è disponibile in diverse formulazioni (a base acquosa o alcolica) e concentrazioni.

Tali caratteristiche la rendono un antisettico particolarmente indicato per i pazienti adulti e pediatrici in ambito ospedaliero.

Tuttavia, i *Centers for Disease Control and Prevention* (Cdc) di Atlanta non ne raccomandano l'utilizzo in neonati con meno di due mesi, in quanto non ci sono ancora sufficienti studi che ne abbiano dimostrato la sicurezza e l'efficacia.

Nonostante tali raccomandazioni, una recente indagine condotta su scala nazionale in circa 90 Tin americane ha mostrato che 55 fra le Tin indagate (61%) utilizzavano la Chg per molteplici attività: il bagno quotidiano, l'antisepsi di tutto il corpo, la medicazione del cordone ombelicale, la decolonizzazione da *Staphylococcus Aureus* e l'antisepsi prima di una procedura invasiva<sup>2</sup>.

L'emocoltura costituisce un esame frequentemente richiesto in Tin ed è fondamentale per la diagnosi microbiologica di batteriemia o sepsi e per determinare l'antibiotico terapia più opportuna.

Una contaminazione della coltura durante l'effettuazione della procedura può determinare una serie di conseguenze negative, come ad esempio l'aumento dell'uso degli antibiotici, la richiesta di ulteriori indagini di laboratorio, l'aumento delle giornate di degenza e un incremento dei costi sanitari.

La letteratura che tratta dell'efficacia degli antisettici topici per la prevenzione della contaminazione delle emocolture nei neonati è piuttosto limitata.

Pertanto, i ricercatori Nuntnarumitv e Sangsuksawang hanno condotto uno studio clinico randomizzato che ha comparato l'utilizzo della Chg e dello Ip nell'antisepsi della cute del neonato prima dell'effettuazione dell'emocoltura.

## VALUTAZIONE CRITICA

Lo studio di Nuntnarumit e Sangsuksa-

<sup>1</sup> Lahmiti S, El Fakiri K, Aboussad A. *Antiseptics in neonatology: the inheritance of the past in the daylight*. *Arch Pediatr*. 2010 Jan;17(1):91-6.

<sup>2</sup> Tamma PD, Aucott SW, Milstone AM. *Chlorhexidine use in the neonatal intensive care unit: results from a national survey*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010 Aug; 31(8):846-9.

wang si basa su una domanda di ricerca chiaramente formulata?

Gli autori hanno utilizzato il disegno di studio adeguato?

Si trattava di un campione di pazienti definito e rappresentativo?

Di certo, lo studio mira a valutare quale tra i due agenti antisettici selezionati è più efficace nella riduzione della contaminazione delle emocolture nei neonati. Gli autori hanno fornito una chiara descrizione del *background*, del quesito di ricerca, della popolazione oggetto di studio e degli *outcome* valutati.

#### **Popolazione**

In questo studio, sono stati reclutati i neonati ricoverati nei reparti di Tin e Patologia Neonatale del Ramathibodi di un ospedale universitario di Bangkok (Thailandia).

Quelli inclusi necessitavano, per motivi clinici, di una o più emocolture e presentavano, alla nascita, un peso maggiore di 1500 grammi.

#### **Intervento**

L'antisepsi è stata effettuata con una soluzione di Chg all'1% in soluzione acquosa preparata appositamente dalla Farmacia della struttura ospedaliera.

#### **Comparazione**

L'antisepsi è stata effettuata con una soluzione commerciale a base di Ip al 10%.

La procedura di antisepsi è stata standardizzata in entrambi i gruppi.

Dopo l'applicazione dell'antisettico, la cute è stata lasciata asciugare per 30 secondi e poi è stata pulita con una garza imbevuta di soluzione fisiologica, al fine di rimuovere l'eccesso di soluzione antisettica ed evitare l'insorgenza di eritema e ustioni.

Per ogni procedura di emocoltura è stata sostituita la confezione di soluzione antisettica.

#### **Outcome**

Primario: emocolture contaminate (definite come una coltura positiva per organismi della flora cutanea, quali *Staphylococcus Coagulasi-negativo* o *Staphylococcus Aureus*, associata a segni clinici di miglioramento in un neonato sottoposto a terapia antibiotica da tre giorni o meno).

Secondari: istolesività intesa come la comparsa di irritazione, eritema o ustione nella sede di applicazione dell'agente antisettico.

I ricercatori hanno utilizzato il disegno di studio più indicato al fine di valutare l'efficacia di un trattamento, strutturando uno studio clinico randomizzato e controllato (Rct).

Il campione di indagine è rappresentato dai neonati afferenti ai reparti di Tin e Patologia Neonatale di un ospedale universitario thailandese, individuati nel periodo compreso tra gennaio 2010 e febbraio 2011, che necessitavano di una emocoltura.

L'entità campionaria è stata definita sulla base del potenza statistica dell'80% e  $p < 0,05$ .

I due gruppi presentavano caratteristiche demografiche simili, in termini di età gestazionale e genere. L'assegnazione al gruppo di controllo e sperimentale è stata effettuata in maniera random. Non è indicato, tuttavia, il criterio utilizzato per l'allocazione dei soggetti assegnati a ciascuno dei due gruppi (*allocation concealment*).

#### **RISULTATI**

Dai 344 neonati inclusi nello studio sono state prelevate 344 emocolture: 172 per gruppo, di cui 328 (95,3%) proveni-



vano da cateteri periferici applicati per questo scopo specifico.

La maggior parte delle emocolture (96%) sono state eseguite nella prima giornata di ricovero.

Gli autori non specificano la via di provenienza (ad es. catetere venoso centrale) degli altri campioni.

Nessuna contaminazione delle emocolture è stata identificata nel gruppo trattato con Chg, mentre cinque neonati (2,9%) trattati con Ip hanno riportato contaminazioni ( $P=0,026$ ) da *Staphylococcus epidermidis*.

In nessuno dei due gruppi sono stati rilevati eventi avversi a livello della sede di applicazione dell'antisettico, come ad esempio irritazioni, eritema o ustioni.

La popolazione studiata ha caratteristiche simili ai neonati ricoverati presso le Terapie intensive e semi-intensive neonatali italiane.

## CONCLUSIONI

Lo studio di Nuntnarumit e Sangsukswang si occupa di un ambito di indagine, l'antisepsi della cute in Neonatologia, non molto ricca di letteratura, e si interroga su quale soluzione debba essere utilizzata per l'antisepsi della cute del neonato prima di una emocoltura.

Anche se lo studio è stato ben condotto, in quanto ha utilizzato il disegno Rct e la grandezza del campione di indagine è stata valutata sulla base della potenza statistica, alcuni rischi di bias possono essere presenti, come ad esempio l'impossibilità per il personale prelevatore di essere ceco rispetto all'antisettico utilizzato (l'Ip colora la cute a differenza della Chg) e la non possibilità di controllare che le procedure di antisepsi, inclusi i tempi di attesa di 30 secondi, fossero condotte secondo lo standard stabilito in quanto non osservate direttamente dai ricercatori.

Inoltre, poiché l'incidenza di contaminazioni delle emocolture è stata inferiore a quanto previsto, il campione selezionato potrebbe non essere stato adeguato a dimostrare l'efficacia dello specifico antisettico.

In questo studio non è emerso il rischio di istolesività della Chg, riportato, inve-



ce, in diversi altri effettuati sui neonati a termine e prematuri.

Ma, in questo *trial*, i neonati inclusi avevano tutti un peso maggiore di 1500 grammi e la Chg è stata utilizzata in soluzione acquosa e non alcolica.

Sia il basso peso alla nascita che la presenza di antisettici a base alcolica sembrano costituire dei fattori di rischio per l'insorgenza di irritazione, eritema o ustione nella sede di applicazione dell'agente antisettico.

In conclusione, sebbene da questo studio sia emersa l'efficacia della Chg in soluzione acquosa all'1% rispetto allo Ip al 10% nei neonati con peso maggiore di 1500 grammi nel ridurre il rischio di contaminazione delle emocolture, l'applicazione dei risultati non è raccomandabile in quanto gli autori non forniscono la possibilità di verificare la significatività statistica e non descrivono la provenienza del 4% dei campioni e/o la modalità di raccolta degli stessi, per cui questi bias potrebbero inficiare la significatività descritta dai ricercatori.

Per questo motivo è possibile affermare che sono necessari ulteriori studi per

raccomandare l'utilizzo della Chg a base acquosa in ambito neonatologico.

### AUTORI:

Valentina Vanzi, infermiera Opbg, Polo Pratica Clinica del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica (Cecri);

Rosanna Pitaro, infermiera Fbf Isola Tiberina, Polo Pratica Clinica del Cecri;

Nella Liporace, infermiera libero professionista, Polo Pratica Clinica del Cecri;

Elisa D'Alessandro, coordinatore Ao San Camillo; Polo Pratica Clinica del Cecri;

Giuseppe Minnella, coordinatore Ao San Camillo; Polo Pratica Clinica del Cecri;

Alessandra Loreface, infermiera Fbf Isola Tiberina, Polo Pratica Clinica del Cecri;

Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del Cecri;

Angela Peghetti, infermiera, governo clinico e Centro Ebp Sant'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.



# Lettera aperta

Egr. Presidente Regione Lazio  
e Commissario ad Acta alla Sanità  
On.le Nicola Zingaretti

e p.c. Egr. Direttore della Direzione Generale  
dell'Assessorato alla Sanità del Lazio  
Dott.ssa Flori Degrassi

Egr. Responsabile  
della Cabina di Regia del SSR  
Dott. Alessio D'Amato

Loro Sedi

Oggetto:

Delibere n. 124, 125 e 126 del 24/3/2015

Utilizzo improprio e demansionamento degli infermieri

Egregio Presidente,  
a nome del Collegio IPASVI di Roma e Provincia e facendomi interprete dell'intera comunità infermieristica romana, Le rappresento la più ferma protesta contro i provvedimenti deliberativi n. 124, 125 e 126 del 24 marzo u.s. riguardo i criteri di accreditamento per l'apertura e il funzionamento di "Strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale che prestano servizi socio-assistenziali" e "Strutture che prestano i servizi di mensa sociale e accoglienza notturna, i Servizi per la vacanza, i Servizi di emergenza e di pronto intervento assistenziale e dei Centri diurni", pubblicati sul BURL del 2 aprile u.s. (Supplemento al n. 27).

Nelle disposizioni riferite al personale sanitario utilizzabile da dette strutture si compie un grave misfatto ai danni della Professione Infermieristica nell'indicare che "Le funzioni di OSS possono essere svolte da: a) infermieri; b) assistenti domiciliari e dei servizi tutelari (ADEST); c) operatori socioassistenziali (OSA); d) operatori tecnici ausiliari (OTA); e) assistenti familiari; f) persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti; g) persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale in strutture socioassistenziali residenziali o semiresidenziali o in servizi domiciliari nelle specifiche tipologie di utenza."

Indigna inoltre che l'impiego di infermieri sia previsto anche per "funzioni di supporto all'attività dell'educatore professionale" unitamente a figure professionali che nulla hanno a che fare con l'attività infermieristica come "educatori professionali, operatori sociosanitari (OSS), assistenti domiciliari

e dei servizi tutelari (ADEST), operatori socioassistenziali (OSA), operatori tecnici ausiliari (OTA), assistenti familiari, persone in possesso del diploma quinquennale professionale nel settore dei servizi sociosanitari e titoli equipollenti, persone non in possesso dei titoli indicati, con documentata esperienza almeno quinquennale in strutture socioassistenziali residenziali o semiresidenziali o in servizi domiciliari per le specifiche tipologie di utenza".

Per il Collegio che rappresento e per ciascun professionista iscritto si tratta di un'equiparazione inaccettabile, che ricacerebbe la Professione Infermieristica indietro di decenni, negandole il rango che ha guadagnato sul campo con la formazione universitaria e l'alta specializzazione nell'area dell'assistenza alla persona. Non è tollerabile che siano livellate al ribasso le prerogative professionali degli infermieri e il loro ruolo nel SSR tanto da essere confusi con quelli di figure professionali così diverse come quelle menzionate.

Confido che si sia trattato di un mero errore nella stesura dei provvedimenti in oggetto, anche perché, nella loro forma attuale, essi stridono fortemente con la nuova e fruttuosa stagione di collaborazione tra la comunità infermieristica romana e la Regione Lazio, sfociata da ultimo nella presa in carico di servizi importanti come le Unità a Degenza Infermieristica, le Case della Salute e i Dipartimenti dell'Assistenza previsti dalle Linee Guida per gli Atti Aziendali adottate dal Suo Ufficio.

Pertanto, anche facendomi portavoce delle numerose segnalazioni e proteste che giungono in queste ore dagli iscritti, Le chiedo di intervenire con la massima urgenza per ripristinare la correttezza delle deliberazioni adottate con le citate disposizioni che ledono fortemente il profilo professionale degli infermieri mortificandone le competenze.

In assenza di un suo rapido intervento, il Collegio si vedrà costretto ad adire le vie legali per tutelare le funzioni professionali che la legge attribuisce agli infermieri e l'immagine pubblica della Professione Infermieristica.

Resto in attesa di un sollecito riscontro alla presente e Le invio i più cordiali saluti.

La Presidente  
Ausilia M. Pulimeno

# Focus

**Assemblea annuale  
degli iscritti 2015**



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

# “Tante opportunità grazie al Collegio in un contesto che rimane critico”

*Il 24 febbraio 2015, al Centro Congressi Cavour, si è tenuta l'Assemblea annuale degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma. Approvati la relazione della neo presidente Ausilia Pulimeno e i documenti contabili. In questo speciale, vi proponiamo una sintesi dei contenuti esposti alla platea.*

Forti criticità ma anche nuove opportunità di crescita per la professione infermieristica: questo, lo scenario bifronte in cui il Collegio ha operato nel 2014 e con cui dovrà cimentarsi anche nel 2015. La crisi generale e la progressiva stretta sulla spesa sanitaria, in Italia, segnano un quadro preoccupante a livello nazionale, sebbene con significative differenze e con ricadute diverse tra le Regioni, e nel Lazio in particolare.

Tuttavia, pur nella problematicità del momento storico, si scorgono **segnali incoraggianti per il futuro della nostra professione, per la sua affermazione definitiva e per la correzione delle macroscopiche storture che, in molti casi, hanno ridotto la sanità pubblica sull'orlo del crac finanziario e sociale.**

Luci e ombre, insomma, tutte da cogliere e da affrontare.

Il Collegio si è speso - e si spenderà molto - su questo fronte, decisivo per salvare il modello sanitario universalistico e solidale che ispira il nostro Ssn.

Lo ha fatto finora e continuerà a farlo, proponendo e promuovendo in ogni sede il modello di assistenza a noi più caro, per l'affermazione del quale siamo impegnati, da anni, in una strenua battaglia contro le tante resistenze al cambiamento.

Un modello che pone il cittadino al centro dei servizi, più orientato sul territorio e sulla prevenzione, capace di ridurre l'eccessiva pressione sugli ospedali e, in particolare, sui pronto soccorso.

È in un'ottica di rottura con il passato che, oggi, il livello politico (come nel caso della Regione Lazio) sembra finalmente aver compreso e adottato attuando una serie di iniziative in questa direzione.

Una bella novità che fa il paio con i progressi compiuti negli ultimi mesi dalle

rivendicazioni del Collegio e della Federazione Ipasvi su un altro fronte "caldo": quello delle competenze specialistiche.

## **LA CARENZA DI INFERMIERI E IL RAPPORTO OCSE**

Il contesto nazionale è ancora segnato dalla forte crisi occupazionale che, al pari di molte altre professioni, ha investito duramente anche la nostra (pur restando tra i più elevati, il tasso di occupazione è sceso all'83%).

### **Programma 2015**



- Sviluppo della carriera clinica
- Sviluppo di percorsi di carriera nelle cure primarie
- Implementazione della Dirigenza infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse
- Investimenti su unità di degenza infermieristica
- Sviluppo dell'assistenza territoriale, case della salute, ambulatori infermieristici, infermiere di famiglia e di comunità
- Sviluppo della libera professione

Un fenomeno parzialmente sconosciuto nel nostro ambito fino a qualche anno fa, almeno nelle proporzioni odierne, che finisce per alimentare flussi migratori importanti di professionisti verso alcune Regioni del Nord e verso l'estero.

Eppure, **il fabbisogno di infermieri continua ad aumentare in tutte le Regioni**, segnatamente a Roma e nel Lazio dove si calcola che manchino all'appello almeno 3.500 professionisti.

«Il pesante retaggio del prolungato blocco del *turnover* che impedisce di sostituire il personale in quiescenza e della stagione della *spending review*, con tagli sempre più decisi ai bilanci di Asl e Aziende ospedaliere»: è una fonte autorevole come l'Ocse a certificare la clamorosa carenza di infermieri in Italia.

Nel suo Rapporto 2014, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico registra la presenza in servizio, nel nostro Paese, di 6,4 infermieri per mille abitanti, ben al di sotto della media Ocse che è di 8,8 infermieri per mille abitanti.

Al contrario, il numero dei medici è ben superiore alla media: 3,9 per mille abitanti contro 3,2.

La Revisione Ocse sulla qualità dell'assistenza sanitaria in Italia, presentata il 15 gennaio scorso al ministero della Salute, rileva due aspetti positivi: gli indicatori di esito, qualità ed efficienza del Ssn sono uniformemente notevoli sul territorio nazionale; inoltre, l'aspettativa di vita (di 82,3 anni) è la quinta più alta tra i Paesi Ocse.

Ma il rapporto segnala anche molteplici criticità. Tra queste: il ruolo secondario nel miglioramento della qualità e riorganizzazione del sistema quando la crisi economica ha iniziato a colpire.

Poi, due dati statistici allarmanti: il numero di anni di vita in buona salute e le limitazioni nelle attività quotidiane dopo i 65 anni peggiori rispetto alle medie Ocse e il tasso di bambini in sovrappeso tra i più alti dell'area in questione.

Inoltre, lo scarso sviluppo dei servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione rispetto agli altri



Paesi Ocse, con l'Italia che spende meno di un decimo di quanto fatto in Olanda e Germania per la prevenzione.

Altra criticità è la più bassa percentuale di operatori per l'assistenza a lungo termine osservabile nei Paesi di riferimento.

L'Ocse imputa la difficile situazione della sanità italiana ad alcuni problemi irrisolti: la frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti; la bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale del coordinamento delle cure e integrazione tra assistenza sanitaria e sociale; i modelli tradizionali di servizi di cure primarie dove predomina la spesa sanitaria nelle Asl diretta a servizi medici individuali, con una piccola spesa allocata a servizi per pazienti fragili o cronici.

Infine, il Rapporto mette in evidenza la grande frammentazione dell'offerta sanitaria, affermando che le riforme costituzionali del 2001 hanno contribuito a creare 21 sistemi sanitari regionali, con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti. Da qui, le raccomandazioni che l'Ocse consegna al nostro Paese. Le stesse che gli organi rappresentativi della professione infermieristica vanno propugnando da tempo. A cominciare dal rafforzamento della *governance* della qualità nell'assistenza sanitaria. Quindi, il miglioramento della qualità dei servizi di cure primarie e assi-

stenza territoriale: ampliare le reti per l'assistenza territoriale e gli ospedali di comunità su tutto il territorio nazionale attraverso l'erogazione di risorse finanziarie; lo sviluppo di linee guida per la messa a punto di tali servizi di comunità o per il supporto organizzativo volto ad incoraggiare l'adozione del *chronic care model*.

### **E soprattutto investire maggiormente sulla forza lavoro infermieristica.**

L'ultima – e più importante – raccomandazione che l'Ocse rivolge all'Italia è di credere di più nel lavoro di squadra. D'altronde, la salute e l'assistenza ai pazienti non si fa continuando a sopravvivere 'l'un contro l'altro armati'.

E non si fa senza quelle sinergie e quella divisione di compiti e competenze che non intaccano i saperi, ma consentono di realizzare, per i pazienti, quella continuità nell'assistenza che va oltre la qualità dei servizi e diventa qualità della vita.

### **L'IMPEGNO DEL COLLEGIO DI ROMA**

In questo difficile scenario, il Collegio di Roma ha vissuto un anno di intensa attività, sia per la sua funzione di rappresentanza professionale, sia per l'implementazione dei servizi, tutti gratuiti, per gli iscritti.

Basta citare pochi numeri per rilevare l'eccezionale mole di lavoro a cui gli uf-

fici e il Consiglio Direttivo si sono sottoposti nel 2014: 15 sedute di Consiglio, oltre 1.700 fra consulenze e interventi legali, 9 esami per infermieri comunitari ed extracomunitari, 42 commissioni di laurea, 84 rappresentanti di commissione designati dal Collegio, 177 verifiche di iscrizione all'Albo, più di 11mila comunicazioni e-mail.

E poi altri **servizi gratuiti** come la posta elettronica certificata, i certificati on line, i trasferimenti.

Per tutto il 2014, i Consiglieri e il presidente Gennaro Rocco sono stati molto impegnati anche sul fronte delle consulenze che, in prevalenza, hanno riguardato la libera professione, le competenze e le responsabilità, i carichi di lavoro, le attività improprie e questioni attinenti a rapporti tra colleghi e interprofessionali.

Particolarmente intensa (189 interventi) anche l'attività di rappresentanza richiesta al Presidente e ai Consiglieri da lui delegati per partecipare a convegni, conferenze, tavole rotonde, *workshop* ed altre iniziative formative svolte in sedi esterne ed organizzate, oltre che dal Collegio, da associazioni o Società scientifiche

che infermieristiche (Ait, Aniarti, Anipio, Anin, Cnai, Aislec, Aico, Aioss, Aifec, Osdi, ecc.), sindacati ed altre realtà (CittadinanzAttiva, Codici, Amref, ecc.).

Infine, grazie ad un lavoro capillare di recupero delle morosità e ai risparmi ottenuti dalla *spending review* interna: **nel 2014 la quota di iscrizione annuale è stata ridotta da 67,50 a 62,50 euro**. È tra le pochissime iniziative del genere registrate in Italia per venire incontro agli iscritti in un momento di generale difficoltà economica.

## RAPPORTI ISTITUZIONALI CON LA REGIONE

Nel corso del 2014 e in questi primi mesi del 2015, i rapporti con la Regione Lazio hanno subito una decisa e positiva accelerazione.

Finalmente, **sembrano archiviati i tempi di una Regione sorda alle istanze degli operatori sanitari**, visto che l'amministrazione del presidente Zingaretti ha scelto la strada del decentramento sul territorio dell'offerta sanitaria (modello a lungo caldeggiato dagli organismi rappresentativi della professione).

In questa chiave, ad esempio, s'inquadra l'attivazione delle Unità di degenza a gestione infermieristica e l'istituzione dei Dipartimenti delle Professioni sanitarie in tutte le Asl e le Aziende ospedaliere.

Registriamo anche l'antistorica resistenza di taluni sindacati medici ostili al cambiamento, preoccupati che gli infermieri possano gestire un reparto di degenza e organizzare il lavoro in piena autonomia, occupati soprattutto a salvaguardare "il proprio orticello" e la propria rendita di posizione, a discapito della qualità dei servizi destinati alla popolazione.

Sia nella fase di programmazione che in quella di attivazione dei nuovi servizi, il Collegio ha incontrato ripetutamente il Commissario alla Sanità, **Nicola Zingaretti**, e i suoi più stretti collaboratori: il responsabile della Cabina di Regia, **Alessio D'Amato**; la direttrice generale della Sanità, **Flori De Grassi**; la dirigente dell'Area formazione, **Marinella d'Innocenzo**; il direttore della Programmazione Servizi territoriali e Integrazione sociosanitaria, **Valentino Mantini**; il presidente della commissione Salute del Consiglio regionale del Lazio, **Rodolfo**



Lena, e altri dirigenti e funzionari della Regione.

Nei diversi incontri con i delegati della Regione, il Collegio ha collaborato fattivamente all'apertura delle prime strutture sul territorio regionale, caldeggiando anche altre iniziative in grado di rilanciare il modello assistenziale incentrato sul territorio e sulla prevenzione.

Da qui, le proposte formalizzate alla Regione inerenti l'infermiere di comunità e l'infermiere di famiglia, la diffusione e la valorizzazione degli ambulatori infermieristici (generalisti e specialistici), lo sviluppo delle Unità di Degenza infermieristica.

La collaborazione diretta con la Regione Lazio e il ruolo di prestigio che il Collegio si è ritagliato in questi anni all'interno delle istituzioni è testimoniata anche dalla folta rappresentanza di delegati del Coordinamento regionale dei Collegi Ipasvi del Lazio negli organismi di pertinenza: un membro nella Commissione regionale Ecm, uno nell'Osservatorio regionale Ecm, uno nel Tavolo tecnico per la determinazione del fabbisogno formativo, uno nella Commissione Tecnico-Scientifica per il Ssr, un componente nel Tavolo tecnico sul *Risk Management*.

Finalmente, con loro in azione possiamo dire la nostra sui tavoli che contano: una conquista storica per gli infermieri. La nuova stagione di interesse che pare essersi aperta con la Regione Lazio non ha impedito al Collegio di esercitare il suo *pressing* costante sugli organi regionali competenti circa le problematiche più stringenti per la professione: dalla necessità urgentissima di adeguare gli organici e superare lo stato di precarietà in cui si trovano molti colleghi allo sblocco del *turnover*, dalle criticità che colpiscono le sedi formative convenzionate ai temi della Dirigenza e del Coordinamento, fino alle Unità di Degenza infermieristica.

## LA FORMAZIONE TARGATA IPASVI

Il 2014 ha impegnato molto il Collegio anche nel campo dell'Ecm, come testi-

moniano i **numeri da record per i corsi svolti e per l'offerta Fad agli iscritti**.

Un impegno che resterà elevatissimo anche quest'anno, dettato dalla straordinaria partecipazione dei colleghi registrata finora.

L'anno scorso, il Collegio ha realizzato direttamente ben 87 eventi Ecm, con un'offerta formativa complessiva per circa 8.750 infermieri.

Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese (per i quali viene chiesto un piccolo contributo per il materiale didattico), sono completamente gratuiti.



A questi vanno aggiunti 30 seminari svolti in altrettante sedi formative di Roma e della provincia sulla percezione e conoscenza dell'esercizio libero-professionale da parte degli studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica, seminari che hanno prodotto anche dati significativi per una interessante ricerca del Cecri. Straordinaria è stata, inoltre, l'offerta di corsi di formazione a distanza attivati dal Collegio (14) attraverso la tecnologia Fad: tutti accessibili gratuitamente per gli iscritti dal portale della Federazio-

ne, con possibilità di iscrizione a numero illimitato.

Un'occasione sfruttata, con innegabili vantaggi, da 9.066 colleghi.

Da rimarcare, **il grande successo della Biblioteca del Collegio, tra le più fornite d'Europa**, sempre più frequentata dagli infermieri romani.

Basti dire che, nel 2014, solo dal catalogo delle riviste e delle banche dati sono stati scaricati 20.872 documenti/articoli in lingua inglese, con un incremento del +28,44% rispetto al 2013.

Si aggiunge, poi, il dato delle consultazioni del materiale cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) che ha superato quota mille.

Numeri davvero eclatanti che giustificano e incoraggiano lo sforzo sostenuto dal Collegio per la sua fornitissima biblioteca: in questo settore si inseriscono anche gli 11 eventi formativi svolti nel 2014 dal Collegio sulla Ricerca bibliografica infermieristica nel mondo dell'informazione digitale.

## IL CENTRO DI ECCELLENZA

Nella vita del nostro Collegio, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (**Cecri**) assorbe sempre un grande spazio e tante energie. E i risultati si vedono. Il nostro "gioiello" che, da cinque anni, propone il Collegio di Roma alla ribalta della Ricerca infermieristica internazionale ha prodotto e sviluppato 104 progetti; a cui vanno sommati i 14 progetti di ricerca approvati nel 2014,

con *report* e *outcome* pubblicati puntualmente sul portale dedicato (visitato nel 2014 da oltre 500mila utenti di tutto il mondo).

Lo scorso febbraio, si è aperta una *call for grant* per progetti di ricerca che saranno valutati secondo le linee guida sviluppate dal gruppo di lavoro del Cecri.

Prossima la pubblicazione della ricerca sull'infermiere di famiglia patrocinato e finanziato dal Ministero della salute per il 2014 e terminato il 20 febbraio 2015.

## LE SFIDE DEL 2015

Ci attende un anno impegnativo, soprattutto per le emergenze in atto nella nostra regione: organici infermieristici ridotti all'osso, carichi di lavoro eccessivi, crescenti responsabilità precariato lavorativo, condizioni di sfruttamento.

**Il nuovo Consiglio fortemente determinato a perseguire tutti i punti programmatici fissati per le recenti elezioni:** sviluppo della carriera clinica e dei percorsi di carriera nelle cure primarie, implementazione della Dirigenza infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse, investimenti sulle Unit di Degenza infermieristica, sviluppo dell'assistenza territoriale, delle Case della Salute, degli ambulatori infermieristici, della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità sviluppo della libera professione.

Alla difesa della dignità professionale messa a rischio oggi da condizioni di lavoro proibitive, si aggiunge l'impegno determinato del Collegio ad esercitare nelle sedi deputate un forte *pressing* per il deguamento degli organici, lo sblocco del *turnover* e della mobilità la progressione di carriera legata alla pratica clinica, gestionale e alle competenze specialistiche, il potenziamento delle cattedre infermieristiche nei corsi di Laurea, la stabilizzazione della Dirigenza infermieristica ai vari livelli dell'organizzazione, la diversificazione dei vari ruoli infermieristici (*bed manager*, specialisti clinici, *case manager*, ecc.). Inoltre lo sviluppo e il sostegno alle nuove forme di esercizio professionale e la promozione di modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio. Premeremo moltissimo sullo sviluppo dell'assistenza territoriale a Roma e nel Lazio che non può prescindere da una diversa e nuova valorizzazione delle risorse umane del Ssn.

Dopo anni di lotte, abbiamo, oggi, dalla nostra parte il quadro legislativo, in particolare gli articoli 5 (comma 15) e 22 del 'Patto per la Salute' e la nuova Legge di Stabilità (comma 566). Su questo fronte, finalmente, c'è chiarezza: *"Sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni pro-*

*fessionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie", anche attraverso percorsi formativi complementari*<sup>8</sup>. Anche nel 2015, il Collegio darà pieno supporto alle iniziative della Federazione e punterà ad aumentare il coinvolgimento delle associazioni infermieristiche nelle sue attività. Così come darà anche ampia disponibilità a partecipare ad iniziative con altre famiglie professionali e con le istituzioni del territorio. Quanto ai servizi destinati agli iscritti, il 2015 vedrà gli sforzi concentrati sull'ottimizzazione delle risorse per continuare a fornire gratuitamente molti servizi a tutti

gli iscritti: i corsi Ecm e Fad, l'iscrizione e i certificati online, la casella di posta elettronica certificata, il tesserino professionale magnetico, le consulenze legali, ecc. Altre priorità programmatiche di questo Consiglio per il nuovo anno è l'ulteriore potenziamento della biblioteca: in particolare, per il progetto Ilisi è in fase di sperimentazione la nuova versione del software che prevede più livelli gerarchici per il *Thesaurus* (e al più presto verrà testato il funzionamento del nuovo *Thisi*). A questo proposito sarà necessario svolgere un nuovo corso di indicizzazione per formare nuovi indicizzatori ed assicurare il *turnover*.



Un grosso sforzo lo compiremo nel 2015 anche per l'Ecm. Sono già programmati numerosi corsi che si svolgeranno presso il Collegio, presso le università, gli ospedali o in altre sedi.

Numerosissimi sono anche i corsi itineranti già programmati nei diversi luoghi di lavoro.

In continuità con l'impostazione del precedente Consiglio, siamo impegnati a rendere il nostro Collegio sempre più utile, attrattivo e conveniente per tutti gli iscritti. Non molleremo su nessun fronte e sosterrremo con forza le lotte per una ulteriore qualificazione della nostra professione, per la sua autonomia ge-

stionale e organizzativa, per il riconoscimento del suo ruolo centrale nei nuovi modelli assistenziali che gli stessi cittadini invocano.

**Il presidente**  
**Ausilia Pulimeno**

## I NUMERI

Consulenze legali in sede: 166

Consulenze legali telefoniche: 1.500

Lettere per interventi legali: 80

Cancellati per procedimento disciplinare: 1

Convocazioni ex articolo 39: 40

Esami comunitari: 5 sessioni, 9 bocciati su 61 esaminandi

Esami extracomunitari: 4 sessioni, 10 bocciati su 46 esaminandi

Presenze in commissioni di laurea: 42

Rappresentanti di commissione designati dal Collegio: 84

Verifiche iscrizione all'Albo richieste da strutture/enti sanitari: 177

Protocolli di posta in uscita/entrata: 11.227

## LA FORMAZIONE A DISTANZA NEL 2014

*Dati relativi agli infermieri iscritti agli albi Ipasvi della provincia di Roma*

Corso 3-0	"Audit clinico" per un totale di 1.017 partecipanti
Corso 5-0	"Appropriatezza delle cure" per un totale di 995 partecipanti
Corso 6-0	"Governo clinico: innovazioni monitoraggio <i>performance</i> cliniche, formazione" per un totale di 1.025 partecipanti
Corso 7-0	"Il programma nazionale esiti: supporto alle attività di <i>audit</i> clinico e organizzativo" per un totale di 1.338 partecipanti
Corso 10-0	"L'Evidence based practice nelle procedure infermieristiche" per un totale di 1.158 partecipanti
Corso 11-0	"Gestione delle vie venose" per un totale di 1.170 partecipanti
Corso 12-0	"Gestione della chemioterapia" per un totale di 829 partecipanti
Corso 13-0	"Gestione della Bpco" per un totale di 790 partecipanti
Corso 14-0	"Ebola" per un totale di 744 partecipanti

# Biblioteca, un patrimonio unico a disposizione degli iscritti

Dal 2011 è disponibile, in accesso remoto e per tutti gli iscritti sul sito del Collegio, la **Biblioteca Digitale**, ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, collezioni di *journal* concesse in convenzione, *journals open access* di diverse fonti e pacchetti di abbonamenti sottoscritti), concepita per essere un incentivo per la ricerca dei professionisti infermieri che possono accedervi, in tempo reale e con la massima facilità.

Naturalmente, è diventata, nel corso di questi pochi anni, estensione e fulcro della stessa biblioteca di sede.

Per questo motivo, la biblioteca, integrata del patrimonio bibliografico digitale, è apprezzata dal mondo accademico, e dall'utenza in generale, come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica.

È frequentata dagli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, delle Lauree magistrali e dei Master delle diverse Università romane, del Lazio e di altre regioni.

Sempre più numerose sono le visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle sempre più precocemente all'uso degli strumenti di ricerca infermieristica: l'esperienza ha confermato che queste visite guidate, assieme alle risorse disponibili, producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti.

Nonostante gli infermieri iscritti possano accedere a gran parte delle risorse nella modalità remota, non mancano certo di frequentare la struttura anche per assistenze personalizzate, per il car-

taceo o perché coinvolti in progetti di ricerca.

Per dare massima fruizione all'utenza remota che, come mostrano i numeri, è sempre numerosa e capace, la strategia del Collegio, nell'acquisizione delle risorse, privilegia oggi il patrimonio bibliografico elettronico (al cartaceo), pur rimanendo, tra i due, un necessario rapporto di complementarità, ai fini dell'ottenimento dei documenti, dettato dai minor costi del cartaceo e dal fatto che, talvolta, è il solo supporto di pubblicazione (nel caso della produzione italiana, ad esempio).

Come si vedrà, le statistiche d'uso in remoto sono sempre entusiasmanti, ancor più se si ricorda che, negli anni passati, l'utenza infermieristica opponeva una discreta resistenza alle risorse internazionali per le difficoltà con la lingua inglese.

Rilevanti restano anche i dati delle consultazioni in sede.

## LA BIBLIOTECA DIGITALE

biblioteca digitale è il portale **AtoZ**(Ebsco) fruibile in remoto e in sede, aggrega risorse **Ebsco** ed **Ovid Technologies**: periodici elettronici *fulltext*, il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche di interesse infermieristico ed una sezione dedicata ai *tutorial*.

Portale, attraverso il sistema "*linksource*", aggrega tutti i *fulltext* disponibili nell'ambiente digitale ai *record* banche dati Cinahl e Pubmed.

## PERIODICI DIGITALI

Le testate elettroniche sono in parte

sottoscritte (**43**), in parte concesse (per convenzione, da Ebsco *Publishing*), in parte aggregate gratuitamente (*open access/free journals*) per la comodità del ricercatore), le collezioni disponibili sono:

Cinahl complete (Ebsco Publishing) con 1325 titoli;

– Ebsco open access Medical and Health Collection (2789 titoli);

– Free Medical Journals (1762 titoli). Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli);

– Lippincott Williams and Wilkins Journals;

– Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier;

– Nursing Journals; singoli journal (43 titoli sottoscritti);

– PubMed Central (open access) (557 titoli).

Siccome va considerato il fatto che le collezioni siano in continuo divenire (anche per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori) indicativamente, si può parlare della disponibilità di 7.000 testate di area biomedica.

## LE BANCHE DATI

### CINAHL

Prodotto Ebsco sottoscritto nel 2014 attraverso la convenzione Ebsco-Coordinamento regionale Ipasvi Lazio nella versione "**Cinahl complete**" che, oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva a partire dal 1937, offre un incremento delle monografie disponibili (275), circa **1325** periodici *fulltext* (contro i 765 della versione precedente), nonchè *evidence-based care sheet* e *quick lessons*. Per comprenderne le dimensioni,

si può evidenziare che indicizza 5.171 *journals* per circa quattro milioni di record, così da essere lo strumento operativo d'eccellenza per la ricerca infermieristica, accademica e clinica.

## NURSING REFERENCE CENTER

Prodotto Ebsco, è di particolare interesse per gli infermieri ospedalieri data la ricchezza di strumenti dedicati alla clinica: 966 *evidence-based care sheets*, 2.578 *quick lessons*, 2.373 informazioni farmacologiche, 3.521 linee guida, 6.742 documenti di educazione del paziente alla dimissione, 1.172 documenti di competenze e procedure infermieristiche.

## CONSUMER HEALTH INFORMATION

Prodotto Ebsco, la banca dati, nata in

lingua inglese, è stata progressivamente tradotta in italiano, ed è dedicata in particolare modo all'educazione del paziente: con un linguaggio sintetico, ma efficace, illustra le principali patologie, le procedure diagnostiche e chirurgiche.

Si presta, dunque, a dare al paziente le informazioni essenziali del suo percorso assistenziale e terapeutico.

## COCHRANE COLLECTION PLUS

Distribuita da Ebsco, sottoscritta per la prima volta nel 2013, la collezione di database è nota per l'eccellenza dei suoi documenti e revisioni, è però **consultabile solo presso la biblioteca in sede.**

**PUBMED( Nlm)**

Liberamente disponibile sul web e aggregato nella biblioteca digitale, consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il "*linksource*", la potenziale disponibilità di *fulltext* o del cartaceo nella biblioteca della sede.

## OVID/SP

Prodotto Ovid Technologies, è la piattaforma di ricerca che, oltre ad aggregare i periodici sottoscritti dal Collegio in formato elettronico ed individuabili nel pacchetto "YourJournals@Ovid", consente la consultazione di Medline (Nlm) e la ricca collezione di Journal Ovid@Fulltext.

## ILISI

La banca dati bibliografica del Collegio, **liberamente disponibile nel web**, è ag-

## STATISTICHE

Statistiche d'insieme nel periodo: gennaio-dicembre 2013/gennaio-dicembre 2014

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract
Portale AtoZ	2013	5.977	-	-	-	2014	4.799	-	-	-
Cinahl Complete*	2013	5.001	32.011	11.958	25.446	2014	4.163	19.712	13.663	22.216
NRC Nursing Reference Center	2013	433	1.397	2.269	-	2014	609	1.976	5.191	2.238
Cochrane Collection PLUS**	2013	203	776	253	-	2014	644	4.812	273	226
Cochrane Systematic Reviews***	2013	133	477	253	-	2014	160	954	166	96
Consumer Health Information	2013	164	355	193	-	2014	114	273	118	66
OvidSP	2013	3.254	11.177	1.577	41.429	2014	3.606	14.418	1.627	39.531
OvidMedline	2013	933	3.705	-	-	2014	1.031	4.796	-	-
ILISI	2013	6.012				2014	NP	-	-	

In giallo sono evidenziati i valori crescenti;

\*nel 2013 versione inferiore "Cinahl PLUS with Fulltext"; \*\* valori complessivi del pluridatabase consultabile solo in sede;\*\*\*specifico database.

gregata nell'area autenticata per la comodità del ricercatore che voglia svolgere ricerche sulla Letteratura italiana. I dati annuali sono sempre molto soddisfacenti e registrano il costante uso delle risorse internazionali con alcuni decrementi poco significativi e, pertanto, non interpretabili (AtoZ -19,70%; Cinahl -16,75%).

Quello che soddisfa il fine ultimo di tutto il sistema, è il notevole *download* di articoli in inglese complessivamente scaricati: **20.872** documenti (.250, nel 2013), **registrando un incremento annuale del +28,44%** (nella banca dati Chinal, pur con minori accessi annuali, l'incremento dei *fulltext* cati è del +14,25%).

Va notato che, al di fuori di questo dato complessivo, in ambiente Ovid, sono stati acquistati **649** articoli **PayPerView**, ciò significa che la piattaforma della Biblioteca Digitale è frequentata da un nutrito gruppo di ricercatori disponibile ad acquistare studi *on line* per sopperire ai bisogni informativi delle proprie ricerche (chiaramente, andrebbe indagato su quali siano stati i titoli di loro interesse).

Per le banche dati i numeri sono quindi sempre incoraggianti: se gli accessi ad AtoZ e al Cinahl sono leggermente in flessione, NRC registra un incremento degli accessi del **40,64 %**, mentre la Cochrane, consultata solo in sede, registra complessivamente il **+217,24%** nella consultazione del pluridatabase. Significativi anche i 114 accessi a Consumer Health Information che copre un'area secondaria ma non marginale dell'assistenza al paziente.

OvidSP registra il favore dell'utenza, con una crescita del **+10,81%** negli accessi e del **+3,17%** nel *download* degli articoli (esclusi i PayPerView).

E, nello specifico:

#### **Portale AtoZ (Catalogo delle riviste e delle banche dati)**

Il portale registra gli accessi per fruire delle sue diverse sezioni: catalogo delle riviste e diverse modalità di ricerca, archivi delle riviste, banche dati.

Nella ricerca dei periodici elettronici le interrogazioni sono state **7.015**: 6.419 per titolo (91,5%); 365 in modalità avanzata (5,2%); 231 per argomento (3,29%).

Se i numeri generali registrano una flessione rispetto all'anno precedente (-19,70%), la loro consistenza evidenzia comunque un'intensa attività di ricerca ed uso.

**1 gennaio 2014-31 dicembre 2014:**  
Durata totale delle sessioni: 471 ore 22 minuti 11 secondi

Durata media delle sessioni: 5 minuti 53 secondi

Totale visualizzazioni di pagina: 18.906  
Visualizzazioni medie di pagine per sessione: 4

#### **Totale sessioni/accessi 4.799**

Rispetto allo scorso anno:

**1 gennaio 2013-31 dicembre 2013:**  
Durata totale delle sessioni: 517 ore 6 minuti 9 secondi

Durata media delle sessioni: 5 minuti 11 secondi

Totale visualizzazioni di pagina: 22.692  
Visualizzazioni medie di pagine per sessione: 4

Totale sessioni/accessi 5.977

#### **Il Cinahl complessivo**

La banca dati, nel 2014, è stata sottoscritta nella versione massima **complete**, che assicura all'utente e alla biblioteca la disponibilità di 1325 testate *fulltext*.

Per l'accesso totale alla banca dati, dunque, comprensivo dell'accesso remoto degli iscritti e dell'utenza di sede della biblioteca, si registra un decremento del -16,75% negli accessi e del -38,42% delle interrogazioni, mentre è positivo il dato degli articoli scaricati che registra un incremento del **+14,25%**.

La consultazione in sede è pari al 7,30% del totale: è evidente che l'uso più intenso viene fatto in remoto.

**Nel 2014: 4.163** accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **19.712** interrogazioni (*query*); **13.663** *fulltext* scaricati.

**Nel 2013:** 5.001 accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); .011 interrogazioni (*query*); .958 *fulltext* scaricati.

#### **La Piattaforma Ovidsp**

Per l'ambiente Ovid, l'anno 2014 è positivo: si registra un incremento del +10,81% negli accessi, del +28,99% nelle ricerche, del +3,17% nel numero degli articoli scaricati.

Ovid Technologies comunica di aver fornito **649 PayPerView** di cui però non sono noti i titoli.

#### **Sessioni/accessi 2014**

Ricerche: 14.418; *abstract* recuperati: 39.531

Sessioni Ovid/Medline: 1.031

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.575

Totale sessioni/accessi: 3.606

Ricerche per database

Ricerche Ovid/Medline: 4.796

Ricerche Journals@Ovid Fulltext: 9.622

Totale ricerche: 14.418

*Fulltext* scaricati: 1.627

Sessioni/accessi 2013

Ricerche: 11.177; *abstract* recuperati: 41.429

Sessioni Ovid/Medline: 933

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.321

Totale sessioni/accessi: 3.254

Ricerche per database

Ricerche Ovid/Medline: 3.705

Ricerche Journals@Ovid Full text: 7.472

Totale ricerche: 11.177

*Fulltext* scaricati: 1.577

**Ilisi** ad oggi contiene 4.760 schede bibliografiche (4.472, nel 2013) relative a 31 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria, con un incremento di circa 300 *record* nell'anno. Utilizzata sul territorio nazionale – ed internazionale – è di massima utilità per accedere alla Letteratura infermieristica italiana.

I dati statistici sono generati da Google Analytics, ma per problemi tecnici non è stato possibile, ad oggi, rilevare quelli del 2014, mentre per il , 6.012 sono stati gli utenti unici; 5.489 le visualizzazioni di pagine uniche; 1:17 i minuti di permanenza sulla pagina.

## UTENZA IN SEDE

In questa progressiva rivoluzione digitale, la biblioteca della sede ha visto mutare le esigenze della propria utenza. Per gli infermieri iscritti, ad esempio, è il luogo in cui poter chiedere servizi complementari alla consultazione in remoto: assistenza personalizzata alla ricerca bibliografica, accesso al cartaceo italiano ed internazionale, richiesta presso altre biblioteche di articoli non disponibili.

Per i non iscritti al Collegio, è il luogo di accesso all'area digitale: si tratta di infermieri iscritti ad altri Collegi che lavorano a Roma e di studenti delle Scuole infermieristiche, già utenti tradizionali.

Questi ultimi, per sistematica indicazione dei docenti, sin dai primi anni di studio, accedono alle risorse internazionali digitali; le loro richieste sono, inizialmente, mirate alla manualistica e alla Letteratura italiana, per convergere, poi, sulle risorse digitali internazionali in fase di apprendimento degli strumenti di Metodologia della ricerca e di elaborazione della tesi; richiedono, allora, ricerche autonome o assistite alle banche dati, o di corredare, con il reperimento di *fulltext*, ricerche già svolte sul Cinahl con gli insegnanti (potendone disporre liberamente a scuola).

Queste crescenti consultazioni del patrimonio digitale hanno reso necessario revisionare la modulistica (utilizzata dal gennaio 2014), per tracciare, al meglio, le ricerche effettivamente possibili nella Biblioteca Digitale.

I dati mostrano che le postazioni vengono utilizzate intensivamente – ed esclusivamente – per la consultazione delle banche dati della Biblioteca digitale.

Nel 2014, la biblioteca della sede è stata aperta per la consultazione: il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio; il martedì mattina per la consultazione assistita della banca dati Cinahl ed altre eventuali.

Va evidenziato il fatto che, oltre al consueto periodo di chiusura estivo (15gg),

la biblioteca è stata chiusa per tutto il mese di dicembre, per consentire lo svolgimento delle elezioni triennali del Consiglio Direttivo del Collegio.

Relativamente ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti si registrano dai moduli i seguenti numeri: consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **1010** utenti (rispetto ai 1083 utenti dello scorso anno si registra un decremento del -6,74%)

consultazione autonoma delle banche dati: **188** utenti

consultazione assistita delle banche dati: **165** utenti

**Totale: 1363 utenti** che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca del Collegio.

I dati statistici, segnati dalla diffusa possibilità di accedere in remoto, sono comunque stabili confermando un'utenza fidelizzata. Va aggiunto che la biblioteca di sede, oltre ad essere il *backoffice* della biblioteca digitale, presta assistenza telefonica o via mail agli infermieri che, in accesso remoto, incontrano difficoltà nella consultazione o a registrarsi, o, ancora che necessitino di recuperare le proprie credenziali di accesso.

Per accedere ai documenti è prioritario l'uso degli strumenti di indicizzazione: Ilsi, Cinahl e PubMed. La prima è propedeutica alla consultazione del cartaceo italiano e sono numerosissimi gli utenti che accedono con una bibliografia Ilsi (diversamente utilizzano la banca dati in sede).

Richiedendo esplicitamente nel modulo di consultazione quanti la abbiano utilizzata per ottenere i riferimenti bibliografici, si è espresso positivamente il 28,41% di quanti hanno consultato il cartaceo (2013, l'80%). In particolare, tra quanti hanno consultato i periodici italiani: il **49,56%** (287) si è espresso positivamente; il 12,08% (70) negativamente; il 38,34% (222) non si è espresso.

L'utenza rimane eterogenea nella capacità di accesso delle risorse elettroni-

che: anche l'utente esperto per utilizzare il semplice interfaccia della Biblioteca digitale deve essere introdotto all'ambiente informatico, alle diverse funzioni e modalità di impiego.

L'accesso continuo alle risorse digitali (banche dati e periodici elettronici) fa sì che le postazioni informatiche siano spesso impegnate con utenti in attesa. I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede in formato cartaceo ed elettronico, ma sono anche presenti sul sito del Collegio, nella pagina dedicata alla Biblioteca di sede.

La valutazione da parte dell'utenza, come da questionario di soddisfazione, è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile, specie per i diversi isogni di documentazione/informazione rappresentati nelle diverse sezioni del questionario, anche se non mancano richieste di incremento del patrimonio bibliografico e dei servizi.

## POSTAZIONI INFORMATICHE

Le postazioni informatiche sono tre ed oramai utilizzate esclusivamente per l'accesso alla Biblioteca digitale (Catalogo, banche dati Ilsi, Cinahl, Nursing Reference Center, Cochrane, PubMed, Opac Acnp).

Il nuovo modulo per la consultazione delle banche dati, prima dedicato esclusivamente al Cinahl, ha consentito di tracciare meglio gli accessi degli utenti alle singole banche dati.

L'eccezione resta la Cochrane Collection Plus, consultabile solo in sede, e le cui statistiche di uso sono generate dal sito Admin di Ebsco.

## CONSULTAZIONE IN SEDE DELLE BANCHE DATI

Relativamente ai tipi di consultazione, la "ricerca assistita" è svolta con il responsabile di biblioteca, prevalentemente il martedì mattina per appuntamento, ma anche nei pomeriggi di consultazione.

Per "autonoma" s'intende la ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spes-

so, introdotto ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso dell'interfaccia.

Dinanzi all'offerta più variegata di banche dati espressa dal modulo, in sede, è la banca dati Cinahl ad essere stata

consultata da 308 utenti, registrando una leggera flessione rispetto allo scorso anno (-358 utenti, 13,96%), rappre-

2014	Cinahl	NRC	PubMed	OvidSP	Ilisi
Cons. Ass.	164	61	30	10	29
Cons. Aut.	144	41	34	8	101
Totale	308	102	64	18	131

2013	Cinahl	NRC	PubMed	OvidSP	Ilisi
Cons. Ass.	230	-	-	-	-
Cons. Aut.	128	-	-	-	-
Totale	358				

sentando comunque il 7,39% delle statistiche d'uso totali del Cinahl.

Interessanti sono i nuovi accessi registrati a Nrc (102) che rappresentano il 16,74% del totale, e l'uso di Ilisi che, con il suo valore (131), rappresenta cir-

ca il 2% della consultazione totale (al momento è nota quella del 2013).

**Per la Cochrane PLUS Collection**, sottoscritta dal 2013 ed accessibile solo in sede, la consultazione è stata complementare alle ricerche svolte sul Cinahl

con il recupero di revisioni Cochrane indicizzate nella banca dati, o richiesta in modo specifico dall'utente.

Rispetto allo scorso anno, con 644 accessi, si registra un incremento straordinario del +217,24%.

Cochrane	Accessi	Ricerche	FullText	Abstract
2014	644	4.812	273	226
2013	203	776	253	-

## PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO CARTACEO

### I periodici

Ove possibile, il Collegio si propone di convertire il cartaceo in formato elettronico per ampliare l'accesso all'utenza remota e, non ultimo, per contingentare gli spazi.

Alcuni titoli sono stati, infatti, sottoscritti in formato elettronico (senza aggravio di costi), ottenendo più ampi accessi in modalità remota.

Si è scelto di operare un significativo taglio del cartaceo internazionale, per privilegiare l'accesso remoto al Cinahl complete e alle sue testate *fulltext*, ma

rimane comunque significativa la presenza del cartaceo che rende possibile l'accesso alla Letteratura italiana e a quella internazionale (più autorevole per la ricerca) non disponibile per i lunghi periodi di embargo propri del formato elettronico (12, 15 e 18 mesi): è il caso per esempio di *Journal of Clinical Nur-*

Anno	Tot. Abbonamenti Attivi Periodici Cartacei	Abbonamenti Periodici Internaz.	Abbonamenti Periodici Italiani
2013	57	37	20
2014	32	12	20

sing e di *Journal of Advanced Nursing*. Oltre a quanto sottoscritto, sono presenti in biblioteca numerosi periodici che afferiscono in sede perché offerti in regime di scambio (riviste dei Collegi), o gratuitamente perché di interesse sanitario.

## Monografie

Nel corso dell'anno, per quanto concerne le monografie, la biblioteca ha acquisito 15 nuovi libri di Infermieristica (relativi alla Sociologia della salute, alla Ricerca infermieristica e alla pratica clinica) ed è al vaglio della commissione l'acquisizione di nuovi testi assieme, eventualmente, ad *ebook* internazionali da consultare nella biblioteca Digitale.

## Document delivery

Nel corso dell'anno, la biblioteca ha fornito, in maniera informale, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di *Document Delivery* che richiede, in regime di scambio gratuito, ad altre Biblioteche, articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

Richieste evase per gli utenti della biblioteca: 12

Richieste evase per altre biblioteche: -

## ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2014 la commissione ha continuato i suoi lavori con le professionalità presenti in commissione.

Il gruppo è così formato: Carlo Turci, tesoriere e Matilde Napolano, consigliere; Alessandra Bonfigli, Eleonora Bruno, Barbara Di Donato, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Rita Ester Monaco, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Fabrizio Tallarita.

Per la formazione hanno collaborato come docenti: Paola Cortesini, Sara Martelli ed Eleonora Pettenuzzo.

La commissione ha focalizzato la sua attività sulla preparazione di eventi for-

mativi inerenti la ricerca bibliografica. Particolare successo ha riscontrato, con sempre nuove richieste, il corso itinerante di mezza giornata dal titolo: "**L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale**", che si svolge presso le diverse aziende del territorio provinciale, su richiesta delle Direzioni infermieristiche, per promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica fornendo contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti del Collegio di Roma.

Nel primi mesi del 2015, il corso avrà ancora un numero limitato di edizioni per essere poi sostituito da un nuovo *format* che evidenzierà di più l'importanza della Ricerca infermieristica per la pratica clinica.

**Per l'attività formativa**, la commissione ha tenuto sul territorio i seguenti corsi itineranti, **per un totale di 11 eventi formativi**: Idi, San Camillo Forlanini, Asl Rm/F (Civitavecchia), Ao Sant'Andrea, Ao San Giovanni, Nomentana Hospital, San Filippo, Sant'Eugenio, Sandro Pertini.

## PROGETTO ILISI

Del progetto di costituzione, ed ora cura, della banca dati Ilisi, ricordiamo organizzazione ed obiettivi in essere.

### Organizzazione del Progetto Ilisi-Gruppo di lavoro esteso

Nel progetto sono coinvolti tutti i membri della commissione biblioteca e gli indicizzatori formati che collaborano ad oggi:

– **Referenti di Collegio**: G.Rocco, presidente; C.Turci, tesoriere; M.Napolano, consigliere

– **Gruppo di progetto**: E.Bruno; A.Bonfigli; B.Di Donato; E.Fanfera; G.Finocchi; M.R. Monaco; P.Nappini; C.Onofri; A.Pizzalla; A.Stievano; F.Tallarita e C.Turci.

– **Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2014)**: T.Compagnone; P.Cortesini; B.Di Donato; V.Biagioli; T.Di Giovanni; T.Diotasi; B. Gargano; P.Gentili; N.Guardiani; M.Iossa; L.Lattanzi; S.Mar-

telli; R.E.Monaco; C.Onofri; G.A.Petran- geli; E.Pettenuzzo; A.Pizzalla; A.Punziano; S.Sferrazza; D.Trinca, P.Vaccaro.

Al termine del 2013, per sopraggiunti impegni personali, sono usciti dal progetto: G.Bonanni; M. Brunelli; L.Sabatino; S.Ugolini e F.Verde.

### Macro obiettivi necessari alla funzionalità del progetto:

1. Revisione periodica del *Thesaurus* italiano di Scienze infermieristiche (ThiSi) redatto.
2. Formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il corso dedicato: "*L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze infermieristiche: corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica*" e successiva fase di *training* con sessioni di indicizzazione in sede Ispasvi.

Aggiornamento continuo del *software* che supporta la collezione dei dati e la ricerca online, con interfaccia in lingua italiana, adattamento delle funzioni alle necessità del progetto, miglioramenti per una facile fruibilità da parte dell'utente.

1. Indicizzazione in modalità remota di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse.
2. Revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione.
3. Presentazione del progetto e della banca dati in eventi significativi della comunità infermieristica.
4. Continua fruizione pubblica del database sul sito del Collegio
5. Gestione materiale organizzativo: anagrafica, abbinamenti, annate pregresse ecc.

Applicazioni eventuali del regolamento per la gestione formale e pratica dei rapporti all'interno dell'esteso gruppo del Progetto Ilisi.

Il gruppo di progetto, pur impegnato fortemente nella formazione sul terri-

# focus

torio, ha curato tutti gli aspetti funzionali alla cura della banca dati, dando particolare spazio alla **Revisione del Thesaurus** che ha prodotto un vocabolario controllato radicalmente trasformato, incrementato di categorie (25) e descrittori quasi sempre accompagnati da definizioni (*scope note*). Ora, terminato nella sua struttura defi-

nitiva, si è giunti alla revisione finale di *editing*.

Sul piano del software utilizzato *wikindx (open access)*, è in fase di test la nuova versione **3.8.2** che prevede più livelli gerarchici per il *thesaurus*, e, al più presto, vi verrà sperimentato il funzionamento del nuovo THisi.

Superata la fase di test ed individuate

le procedure standard per l'inserimento nel software aggiornato, sarà possibile svolgere un breve *retraining* per gli indicizzatori e predisporre i materiali per la nuova formazione: è, infatti, necessario svolgere un nuovo corso per formare altri indicizzatori ed assicurare il *turnover*.



# Rendiconto finanziario 2014

GESTIONE DI COMPETENZA		GESTIONE DEI RISULTI					GESTIONE CASSA	
Iniziali	Definire	Riscossa	Da riscuotere	Verdani	Ricossa	Da riscuotere	Residui finali	Tot. Inc.
PREVISIONI		SOMME ACCERTATE		SOMME ACCERTATE		SOMME ACCERTATE		
Variazioni		Di riscuotere		Di riscuotere		Di riscuotere		
		Totale		Totale		Totale		
<b>TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>								
<b>ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI</b>								
Quote contributive	€ 1.987.500,00	€ 1.652.247,62	€ 306.114,88	€ 1.372.558,94	€ 1.372.558,94	€ 1.065.528,72	€ 1.371.643,60	€ 1.944.400,34
Quote nuovi iscritti	€ 75.000,00	€ 79.625,00	€ 4.625,00	€ 67,50	€ 67,50	-	€ -	€ 79.625,00
Tasse iscritte	€ 108.000,00	€ 114.660,00	-	€ 90,00	€ 90,00	-	€ -	€ 114.660,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.170.500,00	€ 1.847.232,62	€ 306.114,88	€ 1.372.716,44	€ 1.372.716,44	€ 1.065.528,72	€ 1.371.643,60	€ 2.138.685,34
<b>ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI</b>								
Corsi di aggiornamento	€ 20.000,00	€ 26.040,00	-	€ 6.040,00	€ 6.040,00	-	€ -	€ 26.040,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 20.000,00	€ 26.040,00	-	€ 6.040,00	€ 6.040,00	-	€ -	€ 26.040,00
<b>QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI</b>								
Rilascio tessere	€ 500,00	€ 320,00	-	€ 180,00	€ 180,00	-	€ -	€ 320,00
Totale oneri di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ 500,00	€ 320,00	-	€ 180,00	€ 180,00	-	€ -	€ 320,00
<b>TRASFERIMENTI CORRENTI</b>	€ 5.500,00	€ 2.015,00	-	€ 3.485,00	€ 3.485,00	-	€ -	€ 2.015,00
Trasferimenti correnti								
Totale trasferimenti correnti								
<b>ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI</b>								
Vendita pubblicazioni								
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi								
<b>REDDITE E PROVENTI PATRIMONIALI</b>								
Interessi attivi	€ 600,00	€ 622,79	€ 1.975,04	€ 1.997,83	€ 1.997,83	€ 2.273,80	€ 1.975,04	€ 2.896,39
Proventi patrimoniali	€ 600,00	€ 622,79	€ 1.975,04	€ 1.997,83	€ 1.997,83	€ 2.273,80	€ 1.975,04	€ 2.896,39
Totale reddite e proventi patrimoniali	€ 1.200,00	€ 1.245,58	€ 3.950,08	€ 3.995,66	€ 3.995,66	€ 4.547,60	€ 3.950,08	€ 5.792,78
<b>POSTE CORRENTI E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI</b>								
Ricambi e rimborsi	€ 2.000,00	€ 1.032,88	-	€ 967,12	€ 967,12	-	€ -	€ 1.032,88
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00	€ 1.032,88	-	€ 967,12	€ 967,12	-	€ -	€ 1.032,88
<b>ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>								
Entrate varie	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ 1.000,00	€ 1.000,00	-	€ -	€ -
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ 1.000,00	€ 1.000,00	-	€ -	€ -
<b>TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>	€ 2.195.600,00	€ 1.876.343,29	€ 306.689,92	€ 1.374.580,04	€ 1.374.580,04	€ 1.065.528,72	€ 1.373.616,64	€ 2.170.689,61
<b>TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE</b>								
<b>ALENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI</b>								
Alienazione immobili								
Totale alienazione immobili								
<b>RISCOSSIONE DI CREDITI</b>								
Totale riscossione di crediti								
<b>TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE</b>								
Trasferimento								
Totale trasferimenti in conto capitale								
<b>ASSUNZIONE DI MUTUI</b>								
Totale assunzione di mutui								
<b>ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI</b>								
Assunzione debito finanziario								
Totale assunzione di altri debiti finanziari								
<b>TITOLO III - PARTITE DI GIRO</b>								
<b>ENTRATE AVANTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>								
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 300.000,00	€ 239.980,07	-	€ 60.019,93	€ 89,91	€ 51,00	€ 51,00	€ 239.980,07
Altre partite di giro	€ 350.000,00	€ 217.041,29	€ 34.004,03	€ 251.045,32	€ 89,98	€ 1.640,74	€ 21.332,75	€ 55.336,78
Totale entrate avanti natura di partite di giro	€ 650.000,00	€ 456.921,36	€ 34.004,03	€ 251.135,25	€ 139,89	€ 1.691,74	€ 72,33	€ 295.316,85
<b>Disavanzo di amministrazione dell'esercizio</b>								
	€ 22.805,00							

	GESTIONE DI COMPETENZA				GESTIONE DEI RESIDUI				GESTIONE CASSA		
	PREVISIONI		SOMME IMPEGNATE		Pagati		Variazioni		Residui Finali		
	Iniziali	Definitive	Da pagare	Totale	Da pagare	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.	
<b>TITOLO I - USCITE CORRENTI</b>											
<b>USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE</b>											
Gestioni riunioni Comis. Dir. e C.R.C.	€ 25.000,00	€ -	€ 15.200,00	€ 17.960,00	€ -	€ 7.040,00	€ 880,00	€ -	€ 880,00	€ 1.520,00	€ 17.320,00
Gest. part.ine C.M., Congressi e Seminari	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 2.309,00	€ -	€ 2.891,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 2.309,00
Rimborsi spese	€ 15.000,00	€ 122,38	€ 15.122,38	€ 14.562,38	€ 560,00	€ 15.122,38	€ 450,00	€ -	€ 450,00	€ 560,00	€ 15.012,38
Gestioni e ind. attività Organ. Dirett.	€ 115.000,00	€ 2.660,00	€ 117.660,00	€ 116.300,00	€ -	€ 11.860,00	€ -	€ -	€ 860,00	€ -	€ 117.160,00
Assicurazioni organi statutari	€ 7.500,00	€ -	€ 7.500,00	€ 6.594,79	€ 895,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 6.594,79
Totale uscite per gli organi dell'ente	€ 167.500,00	€ 2.782,38	€ 170.282,38	€ 159.266,17	€ 10.835,21	€ 22.700,00	€ -	€ -	€ 22.700,00	€ -	€ 158.416,17
<b>ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO</b>											
Spese e oneri interessi	€ 205.000,00	€ 1.982,32	€ 206.982,32	€ 197.051,49	€ 9.930,83	€ 206.982,32	€ -	€ -	€ 13.051,22	€ -	€ 9.900,83
Spese per personale	€ 7.500,00	€ -	€ 7.500,00	€ 5.487,94	€ 2.012,06	€ -	€ 13.851,29	€ -	€ 13.851,29	€ -	€ 5.406,29
Fondo inasprimento	€ 80.000,00	€ -	€ 80.000,00	€ 70.510,73	€ 8.371,12	€ 78.881,85	€ -	€ -	€ 27.405,24	€ -	€ 51.476,61
Costi di formazione	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.000,00
Lavoro temporaneo	€ 30.000,00	€ 10.377,75	€ 40.377,75	€ 48.135,49	€ 22.242,26	€ 40.377,75	€ 11.571,72	€ 436,28	€ 11.135,44	€ -	€ 22.242,26
Totale oneri per il personale in servizio	€ 327.500,00	€ 12.340,07	€ 339.840,07	€ 291.195,65	€ 40.514,21	€ 331.709,86	€ 8.130,21	€ 436,28	€ 52.013,35	€ -	€ 343.200,93
<b>USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI</b>											
Abbonamenti RAI e riviste	€ 1.500,00	€ -	€ 1.500,00	€ 285,00	€ -	€ 1.215,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 285,00
Compenso per la riscossione	€ 35.000,00	€ 906,56	€ 35.906,56	€ 35.906,56	€ 241,51	€ 35.906,56	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 35.665,05
Servizi legali	€ 80.000,00	€ -	€ 80.000,00	€ 28.706,60	€ 38.857,00	€ 12.436,40	€ 45.042,40	€ -	€ 45.042,40	€ -	€ 33.749,00
Servizi contabili e fiscali	€ 38.000,00	€ -	€ 38.000,00	€ 18.556,20	€ 17.112,40	€ 887,60	€ 9.633,20	€ -	€ 9.633,20	€ -	€ 28.369,40
Servizi vari e comunicazione	€ 32.000,00	€ -	€ 32.000,00	€ 11.809,66	€ 16.894,60	€ 15.054,40	€ 8.624,66	€ 237,90	€ 8.386,76	€ -	€ 13.471,70
Servizi informatici	€ 50.000,00	€ 2.466,38	€ 52.466,38	€ 36.045,18	€ 16.421,20	€ 52.466,38	€ -	€ -	€ 32.208,00	€ -	€ 68.253,18
Manutenzioni e riparazioni	€ 27.000,00	€ -	€ 27.000,00	€ 12.419,57	€ 14.558,06	€ 26.977,63	€ 22,37	€ 8.484,56	€ 0,01	€ 8.484,57	€ 20.904,14
Acquisito tessere distimivi bolli	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ 1.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 264.500,00	€ 3.372,84	€ 267.872,84	€ 136.762,54	€ 100.443,63	€ 237.206,17	€ 104.192,82	€ 237,89	€ 103.954,93	€ -	€ 240.717,47
<b>USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI</b>											
Affitto luce riscaldamento condominio approvvigionamenti	€ 135.000,00	€ -	€ 135.000,00	€ 131.682,67	€ -	€ 3.317,33	€ 527,00	€ -	€ 527,00	€ -	€ 132.209,67
Cancelleria e stampati	€ 25.000,00	€ 1.611,11	€ 26.611,11	€ 26.611,11	€ -	€ 5.863,25	€ -	€ -	€ 5.863,25	€ -	€ 32.474,36
Spese postali e telefoniche	€ 25.000,00	€ 832,83	€ 25.832,83	€ 25.832,83	€ -	€ 2.032,83	€ -	€ -	€ 2.032,83	€ -	€ 27.865,66
Spese di pulizia	€ 27.000,00	€ -	€ 27.000,00	€ 16.352,88	€ 5.416,80	€ 21.769,68	€ 5.230,32	€ 5.416,80	€ -	€ 5.416,80	€ 21.769,68
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 1.252,65	€ 30,00	€ 1.282,65	€ 182,61	€ -	€ 182,61	€ -	€ 1.435,26
Spese varie	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 2.614,97	€ -	€ 2.614,97	€ 385,03	€ -	€ -	€ -	€ 2.614,97
Archiviazione e gestione documenti	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 4.019,80	€ 6.949,25	€ 10.969,05	€ 4.036,95	€ -	€ 4.036,95	€ -	€ 6.949,25
Totale uscite per il funzionamento uffici	€ 232.000,00	€ -	€ 234.443,94	€ 208.360,91	€ 12.396,05	€ 220.756,96	€ 13.686,96	€ -	€ 19.004,46	€ -	€ 227.965,37
<b>USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI</b>											
Aggiornamenti professionali	€ 450.000,00	€ -	€ 450.000,00	€ 286.236,14	€ 126.703,19	€ 414.939,33	€ 35.960,67	€ 43.861,08	€ 219.505,38	€ 83.105,80	€ 505.745,52
Biblioteca	€ 100.000,00	€ 5.025,29	€ 105.025,29	€ 64.594,14	€ 40.441,15	€ 105.025,29	€ -	€ 796,13	€ 63.519,56	€ 40.441,15	€ 128.102,70
Promozione immagine (pubblicità)	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 5.451,49	€ 31.819,68	€ 89.271,17	€ 5.728,63	€ 21.927,74	€ 5.060,00	€ 16.517,74	€ 73.969,23
Commissioni di studio	€ 7.500,00	€ -	€ 7.500,00	€ 160,00	€ -	€ 80,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.500,00
Spese di rappresentanza	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 7.260,00	€ -	€ 7.260,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 7.260,00
Spese di rappresentanza	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 1.222,31	€ 2.677,69	€ 2.677,69	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.222,31
Progetto Nuova Calabria	€ 285.000,00	€ -	€ 285.000,00	€ 250.926,67	€ 10.192,00	€ 281.049,44	€ 11.494,56	€ -	€ 11.494,56	€ -	€ 262.595,43
Iniziativa di Salsaruta	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 11.010,50	€ -	€ 3.989,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 11.010,50
Posta elettronica certificata	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 4.220,00	€ -	€ 15.780,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.220,00
Spese dovute ai cordati del Lazio	€ 10.000,00	€ 2.900,00	€ 12.900,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.200,00
Spese elezioni organi direttivi	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ 500,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 80.000,00	€ 6.443,21	€ 86.443,21	€ 11.770,74	€ 54.672,47	€ 66.443,21	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 54.672,47
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.030.000,00	€ 13.668,50	€ 1.043.668,50	€ 705.757,99	€ 265.988,49	€ 971.746,48	€ 71.922,02	€ 443.873,25	€ 48.677,21	€ 311.040,24	€ 833.155,80

## Uscite

GESTIONE DI COMPETENZA				GESTIONE DEI RESIDUI				GESTIONE CASSA	
PREVISIONI	SOMME IMPEGNATE		Pagati		Residui Finali		Tot. Pag.		
Variazioni	Definitive	Pagato	Da pagare	Variazioni	Finali	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.	
Iniziali	Definitive	Pagato	Da pagare	Iniziali	Finali	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.	
		SOMME IMPEGNATE		Sostanzamento		Pagati		Residui Finali	
		Totale		Sostanzamento		Pagati		Residui Finali	
<b>ONERI FINANZIARI</b>									
Interessi passivi									
Totale oneri finanziari									
€ 90.000,00	€ -	€ 90.000,00	€ 72.319,49	€ 17.337,89	€ 89.657,38	€ 342,62	€ 15.646,09	€ 176,00	€ 15.470,09
<b>ONERI TRIBUTARI</b>									
Irap, Irpef e altri tributi									
€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 3.329,16	€ 524,60	€ 3.653,76	€ 1.146,24	€ 45,00	€ -	€ 45,00
Nettezza urbana									
€ 95.000,00	€ -	€ 95.000,00	€ 75.648,65	€ 17.882,49	€ 93.511,14	€ 1.488,86	€ 15.691,09	€ 176,00	€ 15.515,09
<b>POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI</b>									
€ 2.000,00	€ 2.136,56	€ 4.136,56	€ 4.136,56	€ -	€ 4.136,56	€ -	€ -	€ -	€ -
Rimborsi vari									
€ 2.000,00	€ 4.136,56	€ 4.136,56	€ 4.136,56	€ -	€ 4.136,56	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti									
€ 64.005,00	€ -	€ 64.005,00	€ 36.744,39	€ 27.260,61	€ 27.260,61	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>									
Fondo spese imprevisite									
€ 64.005,00	€ -	€ 64.005,00	€ 36.744,39	€ 27.260,61	€ 27.260,61	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale uscite non classificabili in altre voci									
€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 47,92	€ 10.635,41	€ 10.683,33	€ 4.316,67	€ 125.638,69	€ -	€ 125.638,69
Trattamento di fine rapporto									
€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 47,92	€ 10.635,41	€ 10.683,33	€ 4.316,67	€ 125.638,69	€ -	€ 125.638,69
Totale trattamento di fine rapporto									
<b>ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI</b>									
Rimborso quote esattoria									
€ 2.197.505,00	€ -	€ 2.197.505,00	€ 1.578.116,39	€ 451.280,28	€ 2.029.396,67	€ 188.108,33	€ 763.459,94	€ 50.527,88	€ 503.739,07
Totale accantonamento fondo rischi e oneri									
€ 2.197.505,00	€ -	€ 2.197.505,00	€ 1.578.116,39	€ 451.280,28	€ 2.029.396,67	€ 188.108,33	€ 763.459,94	€ 50.527,88	€ 503.739,07
<b>TITOLO II - USCITE CORRENTI</b>									
<b>TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE</b>									
<b>ACQUISIZIONE DI BENI USO DURO ED IMMOBILI</b>									
Ristrutturazione sede									
€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili									
€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b>									
€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
Acquisito mobili e arredi									
€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -
Programmi e attrezzature									
€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 12.276,54	€ 2.723,46	€ 12.276,54	€ 7.223,46	€ 3.482,08	€ 743,90	€ 3.596,80
Totale acquisizione di immobilizzazioni tecniche									
€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 12.276,54	€ -	€ 12.276,54	€ 7.223,46	€ 3.482,08	€ 743,90	€ 3.596,80
<b>CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI</b>									
Concessione di crediti									
Totale concessione di crediti									
<b>RIMBORSI DI MUTUI</b>									
Rimborso mutuo									
Totale rimborsi di mutui									
<b>RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE</b>									
Rimborso di anticipazione passiva									
Totale rimborsi di anticipazioni passive									
<b>ESTINZIONE DEBITI DIVERSI</b>									
Estinzione debiti									
Totale estinzione debiti diversi									
<b>ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE</b>									
Fondo spese elezioni									
Totale accantonamenti per spese future									
<b>ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI</b>									
Accantonamento per ripristino investimenti									
Totale accantonamenti per spese future									
€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 12.276,54	€ -	€ 12.276,54	€ 12.273,46	€ 3.482,08	€ 8.063,80	€ 3.596,80
<b>TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE</b>									
<b>USCITE AVVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>									
€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 207.517,48	€ 32.462,59	€ 239.980,07	€ 60.019,93	€ 29.643,44	€ 29.643,44	€ -	€ 32.462,59
Ritenute fiscali e previdenziali									
€ 350.000,00	€ 350.000,00	€ 202.739,89	€ 48.311,43	€ 251.045,32	€ 98.954,68	€ 40.963,05	€ 13.354,04	€ 23.921,01	€ 72.232,44
Altre partite di giro									
€ 650.000,00	€ 650.000,00	€ 410.257,37	€ 80.774,02	€ 491.025,59	€ 158.974,61	€ 70.606,49	€ 33.333,44	€ 23.921,01	€ 104.695,03
<b>TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO</b>									
€ 2.872.505,00	€ 2.872.505,00	€ 2.000.644,30	€ 532.054,30	€ 339.606,40	€ 837.448,51	€ 56.817,52	€ 540.656,31	€ 240.674,68	€ 772.928,98
Avanzo di amministrazione dell'esercizio									
€ 2.872.505,00	€ 2.872.505,00	€ -	€ 143.360,00	€ -	€ 143.360,00	€ -	€ -	€ -	€ 143.360,00
<b>TOTALE GENERALE</b>									
€ 2.872.505,00	€ 2.872.505,00	€ -	€ 2.676.058,60	€ -	€ 2.676.058,60	€ -	€ -	€ -	€ 2.541.300,61

## Protagonisti al XVII Congresso nazionale Ipasvi

*Un momento della cerimonia inaugurale con gli studenti romani*



**S**viluppo della figura dell'infermiere specialista e costruzione, nel rispetto reciproco dei ruoli, di un nuovo modello di cura e assistenza che integri le competenze specifiche di ogni professione sanitaria, a sostegno dei bisogni di salute dei cittadini in un sistema sanitario dove acquista sempre maggior peso la gestione della cronicità e della fragilità.

Sono questi i punti salienti della mozione conclusiva del XVII Congresso nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, approvata, per acclamazione, dagli oltre tremila infermieri presenti all'Auditorium Parco della Musica di Roma, dal 3 al 5 marzo scorso.

Gli infermieri si impegnano a stringere un nuovo patto per l'assistenza ai cittadini, per rispondere ai bisogni di salute con competenza, professionalità e umanità e sollecitano le istituzioni a garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure e all'assistenza su tutto il territorio nazionale, ad erogare servizi orientati alla centralità e qualità di vita dei cittadini e a monitorare la qualità delle prestazioni.

Senza dimenticare la valorizzazione del loro percorso accademico, affinché la formazione sia sempre più coerente con le funzioni e i ruoli gestionali e assistenziali che l'infermiere assume in ospedale, a domicilio e sul territorio per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'informazione e



*Lo stand del Collegio Ipasvi di Roma*

l'educazione sanitaria di tutti. Secondo il Sottosegretario al ministero della Salute, **Vito De Filippo**: "Il dibattito sulle nuove competenze infermieristiche è antico e con sedimentazioni troppo vecchie e va risolto definitivamente. È evidente che le competenze si sono già implementate nella pratica e consolidate anche nel percorso formativo sancito dagli ordinamenti. Sul territorio ci sono buone pratiche che hanno consentito, con un appassionato lavoro che non ha guardato con il centimetro alle competenze tra medici, infermieri, pediatri, specialisti e ospedale, di ottenere ottimi risultati finalizzati a rendere un miglior servizio ai cittadini".

A fare gli onori di casa, la presidente del Collegio ospitante di Roma, **Ausilia Pulimeno**. Ma spazio anche al Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica (Cecri), grazie alla relazione di **Alessandro Stievano** sui progetti in corso.

Il Collegio di Roma è stato presente alla manifestazione con un proprio stand a disposizione degli iscritti e dei congressisti.



**La relazione di Alessandro Stievano sulle attività del Cecri**

La cerimonia di inaugurazione, poi, ha visto protagonisti gli studenti dei corsi di laurea degli ospedali Forlanini e Spallanzani, afferenti all'università Sapienza di Roma.

In maglietta bianca e cappellini colorati, hanno creato un enorme tricolore che ha accolto, sulle note dell'inno di Mameli, tutti i partecipanti.

## Il testo della mozione finale

Gli infermieri, riuniti a Roma dal 5 al 7 marzo 2015 per il XVII Congresso Nazionale della Federazione dei Collegi IPASVI, orgogliosi del percorso professionale svolto nei 60 anni della loro storia, e consapevoli del loro ruolo nel sistema salute del Paese a favore della collettività,

convinti che è giunto per il nostro Paese il tempo delle scelte, confermano di sentirsi protagonisti del loro futuro e di voler assumere un ruolo più forte e di solida presenza dove si discute, si dibatte e si decide per l'organizzazione della sanità, per la formazione, per il lavoro e per l'assistenza ai cittadini.

Tenuto conto della necessità di un significativo e profondo cambiamento del paradigma curativo assistenziale in un sistema salute dove acquista sempre maggior peso la gestione della cronicità e della fragilità,

considerata la necessità di rendere sostenibile il sistema, nella consapevolezza che la salute dei cittadini rappresenta il bene primario per il futuro del nostro Paese, dicono:

- basta con la riduzione numerica dei professionisti infermieri,
- basta con l'ibernazione dei loro compensi,
- basta con i tagli lineari che minano alla base il livello e la qualità dell'assistenza, mettendo a rischio la salute dei cittadini,
- basta con le accuse di invasione di campo, che compromettono il lavoro d'équipe tra i professionisti della sanità.

Si impegnano:

- a stringere un nuovo patto per l'assistenza con i cittadini, per rispondere ai bisogni di salute con competenza, professionalità e umanità,

- a rinnovare il loro impegno per il sistema salute, sollecitando le Istituzioni a garantire ai cittadini l'equità di accesso alle cure e all'assistenza su tutto il territorio nazionale, a erogare servizi orientati alla centralità e qualità di vita dei cittadini e a monitorare la qualità delle prestazioni,
- a costruire, nel rispetto reciproco dei ruoli, un nuovo modello di cura e assistenza che integri le competenze specifiche di ogni professione sanitaria,
- a dare corso a quanto scaturito dal dibattito congressuale.

Chiedono:

- la valorizzazione delle funzioni, dei ruoli e delle competenze dei professionisti infermieri,
- lo sviluppo del ruolo dell'infermiere specialista nelle organizzazioni sanitarie,
- il riconoscimento per gli infermieri delle funzioni specialistiche, manageriali, di direzione e di coordinamento,
- la coerenza della formazione accademica con le funzioni e i ruoli gestionali e assistenziali che l'infermiere deve assumere per dare una migliore assistenza in ospedale, a domicilio, sul territorio e per garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'informazione e l'educazione sanitaria,
- l'ampliamento, in ambito accademico, del numero di infermieri ricercatori e professori di prima e seconda fascia,
- il coinvolgimento sistematico degli infermieri per la definizione e la realizzazione del Patto della salute e dei Lea, coerentemente al nuovo sviluppo dell'assistenza territoriale e dell'umanizzazione del sistema,
- l'elaborazione di linee guida, standard assistenziali, criteri per la definizione del fabbisogno di infermieri, indicatori di esito e risultato sia per l'ambito ospedaliero, sia per le strutture territoriali e per l'assistenza domiciliare, in cui siano considerati e valorizzati l'impegno e la professionalità degli infermieri.

## Nuovo Comitato centrale della Federazione nazionale Ipasvi

**I**l nuovo Comitato centrale della Federazione nazionale Collegi Ipasvi si è riunito per distribuire, al suo interno, le cariche per il prossimo triennio 2015/2018.

Di seguito, l'organigramma completo.

La presidente del Collegio di Roma, Ausilia Pulimeno, è stata eletta presidente del Collegio dei Revisori dei Conti.

### **BARBARA MANGIACAVALLI**

#### **Presidente**

Ha condotto un iter formativo-professionale di prestigio, caratterizzato dal conseguimento della Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche e della Laurea magistrale in Amministrazione e politiche pubbliche. Laureata nel 2006 in Business administration



presso la Canterbury University (UK), ha conseguito nello stesso anno il certificato di formazione manageriale per direttori di struttura complessa di area ospedaliera e nel 2007 il certificato di formazione manageriale per direttori di azienda sanitaria. Dal novembre 2003 a oggi ricopre il ruolo di direttore del Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo (Sitra) presso la Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia.

### **MARIA ADELE SCHIRRU**

#### **vicepresidente**

Presidente del Collegio di Torino e del Coordinamento Ipasvi del Piemonte dal 2011. Infermiera dal 1974, laureata magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. È stata direttore del Sitra (Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo) presso l'azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - Presidio Cto, fino al 31 marzo 2013. Consigliere nazionale della Federazione Ipasvi dal 2012.



### **BEATRICE MAZZOLENI - segretaria**

Presidente del Collegio di Bergamo. Laureata magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Consigliere del Comitato centrale della Federazione nazionale Ipasvi dal 2012, è stata nominata segretaria nel 2014. Tutor del corso di laurea in Infermieristica, Sezione di corso azienda ospedaliera



Papa Giovanni XXIII di Bergamo - Università degli Studi di Milano Bicocca.

### **FRANCO VALLICELLA**

#### **tesoriere**

Presidente del Collegio di Verona. Ha già ricoperto l'incarico di tesoriere della Federazione nazionale dal 2000. Laureato magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, ha una laurea magistrale in Psicologia e nel 2015 ha ottenuto l'attestato rilasciato dalla Regione Lombardia per la direzione di struttura complessa. È direttore del Sitra dell'azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova. Componente del Comitato etico provinciale di Verona per molti anni.



### **CIRO CARBONE**

#### **consigliere**

Presidente del Collegio Ipasvi di Napoli. Laureato magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha conseguito il Master II livello in "Programmazione, organizzazione e gestione in Sanità". Direttore del Servizio infermieristico dell'azienda ospedaliera di rilievo nazionale Santobono-Pausilipon di Napoli.



### **PIERPAOLO PATERI**

#### **consigliere**

Presidente del Collegio di Cagliari dal 1994 e del coordinamento regionale della Sardegna dal 2012. Direttore della struttura complessa Servizio delle professioni sanitarie presso la Asl di



Sanluri. Laureato magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche. Presidente dei revisori dei conti della Federazione nazionale nell'ultimo triennio di cui è stato componente dal 2006

### **ANNALISA SILVESTRO**

#### **consigliere**

Da sempre in campo per la professione infermieristica. Infermiera dal 1973, ha contribuito a fondare l'Aniarti per poi impegnarsi nel Collegio Ipasvi di Udine e quindi nel Comitato centrale della Fe-



derazione Ipasvi: prima come consigliere, poi come segretaria nazionale e infine, come presidente dal 2000. Dal 2004 al 2006 è stata anche presidente della Federazione europea delle professioni infermieristiche (Fepi); dal 2008 componente del direttivo nazionale del Comitato unitario professioni (Cup) di cui è stata vicepresidente. Nel 2010 ha conseguito il Master di II livello in "Ricerca organizzativa nelle aziende sanitarie". È senatore della Repubblica dal 2012.

## COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI



### AUSILIA MARIA LUCIA PULIMENO Presidente

Presidente del Collegio di Roma e del Coordinamento regionale Ipasvi del Lazio. Laureata magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche. È stata dirigente dell'Area infermieristica ed ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma.

Insegna Infermieristica al corso di laurea presso l'università La Sapienza. È presidente del Centro di Eccellenza per la Cultura e la ricerca infermieristica e direttore del Polo per l'istruzione. È al suo primo incarico all'interno della Federazione nazionale.

### SALVATORE OCCHIPINTI

Presidente del Collegio di Agrigento dal 2006. Infermiere dal 1987. Dal 1998 lavora presso l'unità operativa di Rianimazione del presidio ospedaliero di Sciacca (Ag). Ha conseguito nell'anno



accademico 2006-2007 il Master universitario di I livello in "Management infermieristico per le Funzioni di Coordinamento". Da aprile 2012 eletto come revisore effettivo della Federazione nazionale Collegi Ipasvi. Da aprile 2014 è componente della Commissione regionale per la formazione continua.

### FLAVIO PAOLETTI

Presidente del Collegio di Trieste e del Coordinamento regionale Ipasvi del Friuli Venezia Giulia. È stato presidente regionale dell'Associazione italiana infermieri di camera operatoria (Aico). È dirigente di Struttura semplice dipartimentale nell'ambito della Direzione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica distrettuale. È professore a contratto al Dipartimento sanità Formazione continua di Stabio (Svizzera). È al suo primo incarico all'interno della Federazione nazionale.



### CRISTINA MAGNOCAVALLO supplente

Consigliere dal 1992 del Collegio Ipasvi di Campobasso-Isernia di cui è presidente. Per undici anni, ha ricoperto la carica di vice presidente del coordinamento regionale Ipasvi del Molise, divenendone presidente dal 5 dicembre 2014. È eddetta al

Servizio di prevenzione e protezione per l'ambito di Termoli/Larino e Territorio, Laureata Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha conseguito il Master di II livello di "Management sanitario".

## NOTIZIE IN PILLOLE

### **Al Policlinico Gemelli un ambulatorio dedicato alla dipendenza da cannabis**

*Presso il Policlinico Gemelli di Roma ha aperto un ambulatorio dedicato alla dipendenza psicologica da cannabis, rivolto a giovani e adulti, per i quali il consumo della sostanza rappresenta un problema, ormai, fuori controllo.*

*L'ambulatorio è inserito nell'attività clinica del day hospital di Psichiatria e Farmacodipendenze ed è coordinato dal dottor Federico Tonioni.*

*La terapia si avvarrà di colloqui individuali, riabilitazione di gruppo ed eventuale supporto farmacologico.*

*Si tratta del primo ambulatorio specifico per la dipendenza da cannabis, accanto al lavoro già svolto dai Dipartimenti di Salute Mentale distribuiti sul territorio correlati ai Ser.T.*

*La cannabis è la droga più utilizzata in Italia: secondo il **World Drug Report** dell'Onu l'ha sperimentata il 14,6% della popolazione di età compresa fra i 15 e i 64 anni, ma la percentuale sale molto fra gli adolescenti dove, secondo la relazione annuale 2013 e il primo semestre 2014 del Dipartimento politiche antidroga, ha una prevalenza che si attesta su valori superiori al 20%, registrando un incremento di 1,9% nel primo semestre del 2014.*

*Per accedere all'ambulatorio del Gemelli basterà prenotare una visita, telefonando, dalle 10 alle 14, dal lunedì al venerdì, al numero **06.30154122**.*

## Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec

**L**a 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.IPA-SVI.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 costrui-**



**ta a partire dagli indirizzi di Pec detenuti dalle migliaia di Ordini e Collegi professionali che svolgono la propria attività sul territorio italiano**, 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.

## Nasce la Biblioteca Medica Virtuale Bal



**N**el Lazio, è stata attivata Bal, la Biblioteca Medica Virtuale "Alessandro Liberati" del Servizio Sanitario Regionale.

Con questo progetto, la Regione e le aziende che partecipano scelgono di puntare sulla formazione e sull'aggiornamento dei propri professionisti che rappresentano il principale motore della sanità. I principi della medicina basata sulle prove e l'informazione indipendente sono i pilastri di questa iniziativa il cui successo dipende fortemente dal coinvolgimento di tutti gli attori del sistema.

Tra i contenuti della Bal spiccano: un glossario con circa trecento voci, *link* alle più prestigiose risorse internazionali, notizie con segnalazioni di articoli di particolare interesse interdisciplinare, *check list* per la valutazione critica della Letteratura scientifica, un motore di ricerca per le linee guida.

La Biblioteca "Alessandro Liberati" nasce, infatti, come strumento di supporto all'attività operativa quotidiana dei professionisti sanitari nell'attività assistenziale, nel lavoro amministrativo, nello studio, nell'educazione continua e nella ricerca.

Una verifica delle esperienze esistenti a livello nazionale ha identificato come possibile modello di riferimento la Biblioteca Medica Virtuale della provincia di Bolzano e la Biblioteca Virtuale per la Salute della regione Piemonte.

Questi progetti hanno dimostrato che è possibile ottimizzare l'uso delle risorse grazie alla razionalizzazione degli acquisti, mettendo a disposizione del personale sanitario uno spazio utile al monitoraggio, alla valutazione e interpretazione delle conoscenze medico-scientifiche che vengono prodotte quotidianamente a livello internazionale.

La Biblioteca "Liberati" si propone pertanto di:

- motivare gli operatori del sistema sanitario ad una frequentazione costante e razionale

- della letteratura medico-scientifica autorevole;
- facilitare l'accesso alle conoscenze scientifiche di qualità disponibili gratuitamente;
- sviluppare un luogo online di confronto e di scambio tra gli operatori e le operatrici della sanità, finalizzato in primo luogo all'approfondimento dell'approccio teorico e operativo della medicina, del nursing e della sanità basate sulle evidenze scientifiche;

- promuovere l'applicazione delle prove di efficacia nella pratica clinica e nella gestione dei servizi sanitari, anche attraverso progetti ed iniziative di formazione *evidence based*; stimolare l'interesse dei professionisti sanitari per le metodologie finalizzate all'*Health Technology Assessment*.

La Bal porta il nome di Alessandro Liberati, scomparso nel 2012 dopo una battaglia di anni contro il mieloma multiplo.

Pioniere della Medicina basata su prove di efficacia in Italia, Liberati ha fondato, e poi diretto, il Centro Cochrane Italiano, dal 1994 al 2010. Nei primi anni '90 è stato il primo responsabile del laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'Istituto Mario Negri. Per accedere alla Biblioteca Virtuale bisogna collegarsi all'indirizzo <http://bal.lazio.it>

Sulla *homepage* della piattaforma è, inoltre, possibile accedere alle risorse Ipvsi mediante l'apposito banner presente sulla sinistra (è necessaria l'autenticazione informatica attraverso il Collegio di Roma).

### Il Tar del Lazio respinge il ricorso dei medici della Cimo

Il Tar del Lazio ha respinto il ricorso presentato dai camici bianchi della Cimo Lazio che chiedevano la sospensione delle Linee d'indirizzo regionale in materia di "Unità di degenza a Gestione Infermieristica". Per i giudici amministrativi "il danno lamentato dalla parte ricorrente non riveste il carattere della attualità ed irreparabilità". Secondo gli infermieri, "la svolta impressa dagli ultimi provvedimenti della Regione può produrre solo benefici ad un sistema in profonda crisi come il nostro, segnato dall'insoddisfazione degli assistiti e degli stessi operatori, spremuto dalla spending review necessaria ad evitare il collasso finanziario e il blocco definitivo dei servizi", dice la neo Presidente del Collegio Ipvsi di Roma, **Ausilia Pulimeno**. "Non si comprende l'atteggiamento protezionistico di alcuni sindacati medici che tentano di impedire il decollo di una nuova strategia assistenziale", aggiunge, sottolineando come questi modelli, "dove sono già stati adottati, hanno prodotto risultati eccellenti, migliorando molto la qualità dell'assistenza e a costi notevolmente inferiori. Ecco perché insistiamo con i rappresentanti dei medici: la situazione è difficilissima e non è più il tempo di anteporre gli interessi di categoria e la difesa di piccoli potentati al bene comune". "Vogliamo dare risposte più efficaci alla cittadinanza e condividere soluzioni gestionali con tutti i medici di buona volontà. Per questo, nella condizione di grande criticità del nostro sistema sanitario - conclude la Presidente - respingiamo con forza ogni difesa corporativa che ostacoli il cambiamento solo per mantenere vecchie posizioni di rendita".

**Il Picc team dell'ospedale S. Eugenio di Roma è riuscito ad inaugurare un ambulatorio infermieristico per la gestione dei dispositivi vascolari. Complimenti e buon lavoro a tutti i colleghi!**

# La primavera porta con sé lo sblocco di 740 milioni per la Sanità e lo *steward* di Pronto soccorso

**I**l 2015 inizia con una bella notizia. E con un incubo che svanisce.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (2/1/15) anticipa il lieto fine di una vicenda che tiene tutti col fiato sospeso: la guarigione del medico italiano colpito dal virus Ebola. Il titolo recita: "Il medico di Emergency forse dimesso già oggi". Previsione centrata.

**24 ORE** Il giorno dopo **Il Sole24Ore** (3/2/15) annuncia: "Ebola, è guarito il medico italiano - «Ritournerò in Sierra Leone»". Lo Spallanzani e l'equipe che ha curato il medico guadagnano i titoli cubitali dei giornali.

**la Repubblica** **La Repubblica** (3/1/15) titola "Eccellenza Spallanzani: "Dopo la vittoria su Ebola, 4 milioni per il rilancio". E spiega: "L'annuncio del ministro Lorenzin: subito i fondi per il nuovo padiglione. L'ala pensata dopo l'11 settembre potrebbe aprire tra un paio di mesi".

Il Collegio Ipasvi di Roma è fra i primi a congratularsi con gli infermieri che hanno seguito il caso. Nella lettera di encomio che la neo presidente **Ausilia Pulimeno** invia ai colleghi della task force anti-ebola dello Spallanzani si legge: "Con il vostro encomiabile lavoro avete prospettato al mondo intero un modello di assistenza capace di suscitare l'interessamento di importanti organizzazioni sanitarie nazionali ed internazionali ad elevata qualificazione". E ancora: "Il vostro esempio ci inorgoglisce e ci fa guardare avanti con rinnovata fiducia, consapevoli che gli infermieri costituiscono sempre più l'avanguardia virtuosa della nostra sanità".

Ma se sul fronte scientifico le cose vanno benone, su quello finanziario la sanità regionale soffre maledettamente.

**la Repubblica** **La Repubblica** (2/1/15) scrive: "Caro-sanità, nel Lazio 200 euro in più della media". Si legge: "Il triplo della Campania, il 54,4% in più della media nazionale. È la spesa pro capite della Regione Lazio per la sanità, secondo un'agenzia che ha elaborato i dati del sito del governo, [soldipubblicid.gov.it](http://soldipubblicid.gov.it), incompleto e ancora da collaudare (a pochi giorni dal varo). Comunque, la spesa sanitaria per ogni residente nel Lazio, elevata com'è, alimenta il deficit".

È un momento difficile per la sanità anche sul fronte della trasparenza. E la Regione Lazio si attiva.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (10/1/15) titola: "Asl, arrivano le turnazioni per frenare i cor-

rotti". L'articolo spiega: "Nel tentativo di scoraggiare e rendere più difficile la corruzione, la turnazione tra impiegati e funzionari arriva anche nelle Asl. La Regione aveva preannunciato lo spostamento dei cinquanta ispettori Asl, alcune hanno già iniziato autonomamente ad applicarla".

Intanto, sul fronte bollente dell'emergenza la situazione non migliora. E gli infermieri restano i più esposti alla rabbia dei cittadini esasperati dalle lunghe attese.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (11/1/15) titola: "Caos al San Camillo, infermiera picchiata al pronto soccorso". Si legge: "Un'infermiera in servizio al box accettazione del pronto soccorso dell'ospedale San Camillo è stata aggredita ieri da una paziente furiosa per i lunghi tempi d'attesa".

I disservizi che mandano in bestia i pazienti travolgono anche il 118.

**CORRIERE DELLA SERA** Il **Corriere della Sera** (13/1/15) scrive: "Ospedali affollati: 42 ambulanze bloccate per ore". Il servizio racconta: "Quarantadue ambulanze sono rimaste bloccate ieri per ore nel pronto soccorso di alcuni ospedali romani per mancanza di personale e di posti letto. Solo ieri nei nosocomi c'erano circa 2 mila pazienti in attesa di essere visitati o trasferiti".

Accade anche di peggio e con l'incredibile sabotaggio al San Camillo la paura dilaga.

**la Repubblica** **La Repubblica** (14/1/15) titola: "Paura al San Camillo: sabotato l'ossigeno, malati gravi a rischio". Si legge nei sommari: "Manomesso un tubo nel reparto di terapia intensiva. Sventata una strage. Zingaretti: un atto gravissimo. Il dg D'Urso: chi l'ha fatto conosceva bene l'ospedale. Ricoverati in pericolo. Un medico: hanno rischiato grosso". E ancora: "Solo il pronto intervento dei medici e degli infermieri con bombole di emergenza ha scongiurato complicazioni ai pazienti".

**CORRIERE DELLA SERA** Scatta l'indagine. Il **Corriere della Sera** (15/1/15) scrive: "Sabotaggio al San Camillo, fascicolo in Procura". E spiega: "I carabinieri della stazione Monteverde consegneranno stamattina in procura l'informativa che aprirà ufficialmente l'inchiesta sul presunto sabotaggio di lunedì all'impianto di ossigenazione del reparto di terapia intensiva del San Camillo. Die-

ci pazienti hanno rischiato la vita e l'ipotesi del dolo nella manomissione resta in piedi anche dopo il nuovo sopralluogo nell'ospedale, dove sono stati ascoltati i dirigenti e i tecnici addetti all'impianto e alla sicurezza. Nessuna ipotesi finora sui presunti autori, ma il direttore generale ha disposto di rinforzare la protezione dell'area".

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (17/1/15) aggiunge: "San Camillo, il pm: 'Atto doloso'". In sanità le buone notizie non sono mai troppe.

**la Repubblica** **La Repubblica** (20/1/15) annuncia con enfasi: "Sanità, via al più grande polo per i tumori del sangue. Eccellenza per il Centro-Sud". L'articolo spiega: "Inaugurato al San Giovanni-Addolorata l'Oncoematologico, costo 30 milioni di euro. Finanziato dalla Regione, era fermo dal 2001. Ripresi i lavori e terminati in 6 mesi". È la conferma che le cose possono essere fatte bene e rapidamente. Ma c'è un nuovo allarme in agguato nell'inverno dei romani. È una nuova emergenza.

I quotidiani della Capitale se ne occupano diffusamente.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (23/1/15) titola: "Influenza, 800 posti nelle cliniche private. È emergenza nei pronto soccorso". Si legge: "Il picco influenzale che ha già messo a letto 40 mila romani, con un incremento del 30% rispetto al 2014, sta portando al collasso la già precaria capacità assistenziale degli ospedali. Le cliniche aderenti all'Aipo, fino al 15 gennaio hanno già accolto più di 800 malati".

**IL TEMPO** Tuttavia, la situazione non sembra migliorare e la tensione, specie nei Pronto soccorso, sale alle stelle. **Il Tempo** (26/1/15) titola: "Pazienti esasperati. Una rissa al giorno". E scrive: "Tor Vergata nel caos, aggressioni continue, personale in agitazione. L'ultimo caso: ferita una guardia giurata intervenuta per difendere un'infermiera". Ancora: "'Episodi tanto frequenti che ormai non li contiamo neanche più - confermano i sanitari dell'ospedale - passiamo tra i corridoi a testa bassa per evitare che i pazienti, da ore o giorni su una barella in attesa di una sistemazione, possano prendersela con noi'".

Qualcosa finalmente si muove.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (6/2/15) titola: "È allarme influenza: altri 100 infermieri nei Pronto soccorso", spiegando che: "La Regione ha messo a disposizione 100 infermieri, che si andranno ad aggiungere a quelli già in servizio, per potenziare la rete dell'emergenza. Una risposta alle criticità del sistema, ma anche al vero e proprio allarme influenza nel Lazio, lanciato dai medici di base secondo cui il picco influenzale ha fatto registrare il record di visite dal 1999".

Intanto, si profila una nuova stangata sui posti letto.

**Il Messaggero** (16/2/15) annuncia: "Tremila posti in meno negli ospedali". Il servizio spiega: "Sono 3 mila i posti letti in meno negli ospedali d'Italia con l'applicazione dei nuovi standard secondo l'accordo Governo-Regioni".

Nel Lazio, invece, la cinghia soffocante del commissariamento per deficit sembra allentarsi un po'.

Bastone e carota, il metodo è quello. Così, ad una frustata segue lo zuccherino.

Pochi giorni dopo, **Il Messaggero** (21/2/15) annuncia: "Sanità, nuove assunzioni e un piano per rafforzare la rete dei pronto soccorso". "Grazie all'approvazione degli atti aziendali, annuncia Zingaretti, 'Nel secondo semestre del 2015 sarà possibile il progressivo sblocco della assunzioni e la stabilizzazione dei primi 200 contratti a tempo determinato'. Dopo sette anni, ha aggiunto il presidente, partirà il primo concorso pubblico per reperire 132 unità a tempo indeterminato e 28 a tempo determinato per tre anni tra medici, infermieri e tecnici della riabilitazione psichiatrica". Interviene subito il **Collegio Ispasvi di Roma** con un comunicato stampa che riporta il commento della presidente Ausilia Pulimeno: "Ci incoraggiano molto le parole del presidente Zingaretti. Confidiamo però che lo sblocco dei concorsi non si fermi qui e che, presto, sia possibile arginare a Roma e nel Lazio la gravissima carenza di infermieri".

Ma se la sanità pubblica romana è in grave sofferenza, quella privata non se la passa certo bene.

A rischio, nella capitale, ci sono migliaia di posti di lavoro.

**la Repubblica** **La Repubblica** (24/2/15) titola: "Sanità in convenzione, crisi e proteste nei grandi gruppi". Il servizio spiega: "La crisi della sanità privata in convenzione si vede, attraversa piazze e strade. Ieri a Montecitorio c'è stato un funerale (simulato) con tre bare (vere), una per ciascuna clinica del gruppo Garofalo (Aurelia Hospital, Città di Roma ed European Hospital) che ha avviato le procedure per 160 licenziamenti. Nelle stesse ore, in piazza Inrnerio, duecento dei 1.400 del gruppo Idi ("Dermopatico", San Carlo, Villa Paola, Idi Farmaceutici e due Rsa), hanno animato un sit in contro l'annuncio di possibili esuberi".

Tagli di budget e blocco del turnover non funzionano.

**CORRIERE DELLA SERA** Lo riferisce il **Corriere della Sera** (1/3/15) titolando: "Diminuisce il personale ma la spesa aumenta". Si legge: "Il blocco del turnover del personale sanitario, utilizzato per contenere i costi, li ha fatti invece lievitare, almeno nell'area dell'emergenza territoriale 118. È quanto emerge dallo studio pilota realizzato dal Laboratorio della Fiaso, Federazione di Asl e ospedali pubblici, in collaborazione con l'Università di Trento, che ha analizzato in questa prima fase i costi delle attività di soccorso con autoambulanze e autovetture in quattro Regioni campione (Lazio, Lombardia, Basilicata, Emilia Romagna), per un totale di oltre 20 milioni di potenziali utenti". Finalmente, però, qualcosa si muove.

**ItaliaOggi** Il quotidiano economico **Italia Oggi** (4/3/15) scrive: "Sanità, posti vacanti ai precari". E spiega: "La metà dei posti vacanti nel Servizio sanitario nazionale andrà ai precari. Con un Dpcm appena firmato, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, tenta di stabilizzare una parte degli oltre 32 mila precari che da anni affollano le

strutture ospedaliere. Certo il provvedimento, che aspetta solo la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, non riuscirà per ora a salvarli tutti, ma rappresenta comunque una decisa boccata di ossigeno per le aziende con gli organici ormai ridotti all'osso dal blocco del turnover". Non ci sono risorse da destinare ai servizi e al personale, ma, al contempo, gli sprechi non si fermano. Lo riconosce lo stesso ministro.

Il **Quotidiano Nazionale** (13/3/15) titola: "Sanità sprecona, esami inutili per 13 miliardi". Nel servizio si legge: "Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, in stato interessante, si scaglia contro gli sprechi nel settore sanitario. Una voce di bilancio che, se razionalizzata, disarmerebbe le mani di forbice che tagliano prestazioni e servizi ai cittadini per far quadrare i conti. 'Costano all'Italia 13 miliardi di euro l'anno, altro che manovre finanziarie - ha scandito la Lorenzin - per questo il Ministero lavora a protocolli stringenti per le direzioni generali, a partire dagli esami che si fanno in gravidanza'".

**Libero** Sulla stessa lunghezza d'onda la denuncia di **Libero** (15/3/15) con il titolo: "La spesa pubblica aumenta. I tagli sono solo al Welfare". Si legge: "Nonostante l'allungamento dell'età lavorativa, il blocco degli statali, la centralizzazione degli acquisti, i tagli alla sanità, la nostra spesa pubblica continua ad aumentare. Tra il 2010 e il 2014, le uscite di parte corrente al netto degli interessi sul debito pubblico sono salite di 27,4 miliardi di euro".

E se la spesa aumenta, aumentano i tagli. Il circolo vizioso della sanità è servito. Tanto più che piove sul bagnato e la nuova legge di stabilità promette un'ulteriore sforbiciata alla spesa sanitaria.

**la Repubblica** **La Repubblica** (17/3/15) riferisce della reazione del governatore del Lazio e titola: "Zingaretti, colpo durissimo al Lazio: dal governo 700 milioni in meno". L'articolo spiega: "Nicola Zingaretti fornisce le cifre delle risorse di cui il Lazio dovrà fare a meno dopo la legge di stabilità approvata dal Governo a fine 2014: 'Sull'esito dell'accordo tra Regioni sulla manovra fatta a dicembre dall'esecutivo - sottolinea il governatore - si parla di più di 700 milioni di eu-

ro in meno tra trasferimento e riduzione dell'imponibile Irap'". «Un colpo» di cui da tempo si parlava senza però conoscere l'entità precisa dei milioni a cui il Lazio (insieme agli altri enti locali) dovrà rinunciare.

Dei 700 milioni, più della metà (circa 400) verranno a mancare sul capitolo Sanità che rappresenta l'80% della spese delle Regioni". Sembrano prepararsi tempi ancor più bui.

Intanto, a Roma esordisce la figura dello *steward* di Pronto soccorso.

**IL TEMPO** **Il Tempo** (21/3/15) titola: "Da lunedì *steward* in servizio in otto pronto soccorso".

E spiega: "Da lunedì nei del Pronto soccorso di Roma saranno in servizio i primi 24 assistenti di sala. Il progetto della Regione nasce dalla collaborazione della Regione con Lazio Service che ha come capofila la Asl Roma B. Sono, infatti, 24 i dipendenti della società che dopo aver seguito uno specifico corso di formazione e una settimana di stage nei Ps con un tutor saranno da lunedì operativi al San Camillo, Policlinico Umberto I, Grassi, Tor Vergata, Pertini, San Giovanni, Sant'Eugenio, Sant'Andrea, per svolgere funzioni di accoglienza, assistenza".

Riusciranno gli *steward* a far "decollare" i Pronto soccorso della capitale?

La primavera porta con sé buone notizie per la sanità del Lazio. Ad annunciarle, proprio il presidente della Regione.

**la Repubblica** **La Repubblica** (26/3/15) titola: "Sanità, sbloccati 740 milioni. Zingaretti: fatto storico".

Si legge: "Durante il dibattito alla Pisana sulle dimissioni del suo capo di Gabinetto, il governatore annuncia che 'Per la prima volta dopo dieci anni, il tavolo del Mef ha certificato che, per il primo anno del biennio, siamo sotto il 5% del rapporto spesa/debito. Per questo, sono stati sbloccati 740 milioni di euro. Soldi che, insieme alla sottoscrizione degli atti aziendali, ci permetteranno di sbloccare il turnover in sanità, di riaprire la politica delle assunzioni e certamente la stabilizzazione dei precari che sta diventando realtà'".

Parole che risuonano nelle orecchie degli infermieri romani, spezzati nella svolta ma anche stanchi di aspettare.



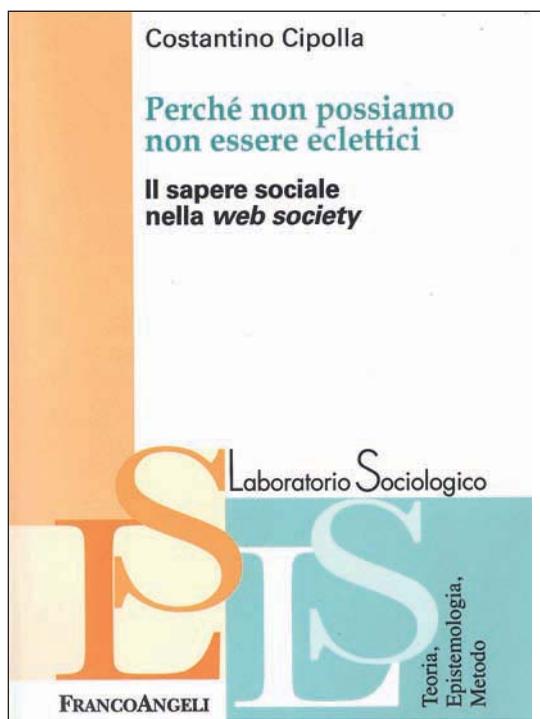
## Essere eclettici nella *web society*

**Q**uesto libro non teorizza e non vuole neppure teorizzare l'eclettismo sociologico. Di contro, la tesi di fondo sostiene che nella *web society*, la società in cui siamo sempre più costretti a vivere, l'eclettismo è una sorta di obbligo metodologico imposto dalle sue caratteristiche uniche e distintive che sono inedite rispetto al passato, né moderne, né postmoderne, ma intensamente comunicazionali.

Il volume è diviso in due parti (e si articola per 18 capitoli, nove per volta): la prima è dedicata ai fondamenti e ai presupposti storici e filosofici del pensiero e della prassi eclettica (a partire dalle fondamenta e dai presupposti fra Storia e Sociologia e fino al riconoscimento dell'impossibilità della standardizzazione) e la seconda collocata, appunto,

dentro la *web society* per una Sociologia obbligata a svelare se stessa, a mostrare i suoi travestimenti teorici, a fornire i suoi criteri metodologici, onde compiere il suo lavoro scientifico fra ricerca empirica e spendibilità progettuale.

Assumiamo, dunque, come eclettismo un metodo di taglio filosofico che consiste nel selezionare, dai vari sistemi teorici disponibili, quelle componenti e quelle tesi che appaiono accet-



tali del sapere sociologico (a cura di, 2011); La devianza come sociologia (a cura di, 2012).

tabili o maggiormente condivisibili e, nel riorganizzarle o strutturarle in una nuova dottrina, secondo dati criteri metodologici.

L'ecletticità è la versione laica, operativa, non integralista di tale approccio, che, però, presenta infiniti volti e si presta a moltissimi travisamenti, rendendosi così oltremodo duttile e capace di fornire innumerevoli servizi o rendimenti in ambito teorico, empirico, applicativo.

Costantino Cipolla è professore ordinario di Sociologia presso l'Università di Bologna, presidente del Corso di laurea magistrale in Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza. Tra le sue oltre quattrocento pubblicazioni segnaliamo: Epistemologia della tolleranza; La spendibilità della Sociologia fra teoria e ricerca (con Agnoletti V., a cura di, 2011); I concetti fondamentali

*Costantino Cipolla*

**Perché non possiamo non essere eclettici.  
Il sapere sociale nella *web society***

FrancoAngeli editore, 2013 pagg 363 (40,00 euro)

## La posizione di garanzia dell'infermiere coordinatore alla luce della recente sentenza n. 2192/2015 della Corte di Cassazione

In questo numero, voglio sottoporre alla vostra attenzione una recentissima sentenza con cui la Corte di Cassazione, tornando ad affrontare il tema della responsabilità professionale degli infermieri, ha confermato la condanna per omicidio colposo nei confronti di un infermiere coordinatore a seguito del decesso di un paziente cagionato da allergia ad un farmaco. Questi, in sintesi, i fatti da cui ha tratto origine la vicenda.

Un paziente era deceduto dopo la somministrazione di un farmaco in sala operatoria, nonostante nella preliminare fase di anamnesi svolta dal medico incaricato, in presenza anche dell'infermiere coordinatore, fosse emersa la peculiare allergia del paziente ad uno specifico principio attivo.

All'infermiera in servizio presso la sala operatoria veniva contestato di aver somministrato imprudentemente il farmaco nel corso della fase pre-operatoria, cui era conseguito, nel giro di pochi giorni, il decesso del paziente.

All'infermiere coordinatore in servizio veniva, invece, contestato di non aver rilevato, per negligenza o imperizia, il contrasto tra la prescrizione medica del farmaco e l'allergia del paziente al principio attivo, e di aver omesso di segnalare tale circostanza al personale medico.

I due imputati venivano assolti in primo grado, avendo il Tribunale ritenuto l'insussistenza del nesso di causalità tra il decesso del paziente e le condotte ascritte al coordinatore, e che la condotta posta in essere dall'infermiera di sala operatoria non costituisse reato.

La Corte di Appello di Milano, chiamata a pronunciarsi su ricorso del Pubblico Ministero, in parziale riforma della sentenza di primo grado, confermava l'assoluzione della infermiera somministrante, mentre riconosceva responsabile del reato di omicidio colposo l'infermiere coordinatore, sul presupposto che, in capo a quest'ultimo, sussistesse *"una specifica posizione di garanzia in relazione all'incolumità del paziente, tenuto conto, in particolare, della qualifica professionale di vertice rivestita dall'imputato, onerato di precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione"*.

In particolare, in considerazione della partecipazione del coordinatore alla "intervista" preparatoria all'intervento (da intendersi come attività di anamnesi), in cui il medesimo era venuto a conoscenza dell'allergia sofferta dal paziente, la Corte di Appello ha sottolineato la *"trascuratezza dello stesso [coordinatore] nell'omettere di procedere alle dovute segnalazioni ai fini*

*della correzione degli errori contenuti nella documentazione clinica riguardante il paziente, e nell'omettere di sottoporre a una nuova verifica o a un più accurato controllo, detta documentazione clinica, così incorrendo nella condotta antidoverosa contestatagli"*.

Ad avviso della Corte di Appello, in buona sostanza, l'infermiere coordinatore, nel rispetto delle "regole dell'arte infermieristica", non appena accortosi dell'errore medico, avrebbe dovuto segnalarlo e sottoporre la documentazione clinica del paziente a nuovo controllo.

Con ricorso per Cassazione, il coordinatore ha contestato la ricostruzione fattuale compiuta dalla Corte di Appello che, nel valutare il suo comportamento, avrebbe, a suo avviso, omesso di considerare alcune specifiche circostanze. In particolare: la mancata disponibilità della cartella clinica da parte dell'imputato nel giorno dell'intervento chirurgico; l'assenza dell'imputato dall'ospedale nei due giorni precedenti l'intervento (in cui era di riposo), durante i quali il personale medico avrebbe dovuto provvedere alla verifica e ai necessari controlli sulla correttezza delle prescrizioni terapeutiche disposte sul paziente; altresì, la successiva modifica dell'originaria (erronea) prescrizione del farmaco eseguita da altro medico (con conseguente piena legittimità dell'affidamento riposto sulla competenza di quest'ultimo, dei cui eventuali profili di colpa l'infermiere non avrebbe potuto essere chiamato a rispondere); infine, il fatto che la somministrazione materiale del farmaco fosse avvenuta all'interno di una sala operatoria dove esercitavano le proprie funzioni altri due caposala responsabili.

La IV Sezione penale della Suprema Corte di Cassazione ha confermato la sentenza di condanna per omicidio colposo emessa dalla Corte di Appello di Milano in ragione della ritenuta violazione degli obblighi giuridici connessi alla posizione di garanzia rivestita dall'imputato, concernenti la tutela della salute e la complessiva salvaguardia dell'integrità dei pazienti affidati alle cure del personale infermieristico.

Appare utile, a tal proposito, ricordare come, in base ad un costante orientamento giurisprudenziale sempre della Suprema Corte: *"Gli operatori di una struttura sanitaria sono tutti portatori 'ex lege' di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex articoli 2 e 32 della Carta fondamentale, nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne mi-*

nacci l'integrità; e l'obbligo di protezione dura per l'intero tempo del turno di lavoro" (Cassazione penale, sez. IV, sentenza 11.3.2005 n.9739).

La Cassazione, quindi, ha sottolineato la correttezza della pronuncia di appello che aveva evidenziato: da un lato, che l'imputato fosse venuto a conoscenza, in termini inequivocabili, della allergia della persona offesa e dell'iniziale, erronea prescrizione del principio attivo da parte del medico, avendo preso parte alle attività di anamnesi eseguita da quest'ultimo sul paziente in occasione del relativo ricovero; dall'altro, che in occasione della somministrazione al paziente di



un anticoagulante in previsione dell'intervento chirurgico poi rimandato, il coordinatore avesse omesso di riesaminare, con attenzione, la scheda su cui era già stata erroneamente riportata la prescrizione del farmaco, omettendo, di conseguenza, di segnalare al personale medico e infermieristico interessato la chiara incompatibilità con l'allergia del paziente.

Con specifico riferimento alla figura professionale del coordinatore, poi, i Giudici della Cassazione hanno osservato come: *"in considerazione della qualità e del corrispondente spessore contenutistico della relativa attività professionale, non possa non ravvisarsi l'esistenza, in capo all'infermiere, di un preciso dovere di attendere all'attività di somministrazione dei farmaci in modo non meccanicistico (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intendere l'assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici; e tanto, non già al fine di sindacare l'operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell'efficacia terapeutica dei farmaci prescritti) bensì allo scopo di richiamare l'attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di condividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all'ipotesi soggetta a esame..."*.

La Suprema Corte, infine, ha sottolineato la correttezza della sentenza di appello nella parte in cui aveva escluso l'applicabilità, nella specie, del cosiddetto "principio dell'affidamento", in base al quale, il soggetto titolare di una posizione di garanzia (e, quindi, giuridicamente tenuto ad impedire la verificazione di un evento dannoso) può andare esente da ogni responsabilità quando l'evento dannoso possa ricondursi alla condotta esclusiva di altri, anch'essi titolari di una posizione di garanzia, sulla correttezza del cui operato il primo abbia fatto, appunto, legittimo affidamento.

Nel caso in esame, infatti, la Suprema Corte ha osservato che *"non può parlarsi di affidamento quando colui che si affida sia in colpa per avere violato determinate norme precauzionali o per avere omesso determinate condotte e, ciononostante confidi che altri, che gli succede nella stessa posizione di garanzia, elimini la violazione o ponga rimedio alla omissione, con conseguenza che qualora, anche per l'omissione del successore, si produca l'evento che una certa azione avrebbe dovuto e potuto impedire, esso avrà due antecedenti causali, non potendo il secondo configurarsi come fatto eccezionale, sopravvenuto, sufficiente da solo a produrre l'evento"*.

In conclusione, possiamo certamente affermare che la sentenza esaminata costituisce un importante punto di svolta sul tema della responsabilità professionale dell'infermiere, avendo la Cassazione ben chiarito in materia, riassumendo:

- che grava sull'infermiere coordinatore una posizione di garanzia nei confronti del paziente in conseguenza della qualifica di vertice rivestita, da cui conseguono, come si è visto, *"precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione"*;
- che l'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita dall'infermiere in modo non meccanicistico e meramente esecutivo, ma in collaborazione con il personale medico, nell'intento, non di sindacarne l'operato sotto il profilo dell'efficacia terapeutica – che, in fattispecie analoghe a quella in esame, non può invocarsi il legittimo affidamento nel comportamento altrui quando colui che si "affida" abbia agito con colpa, per avere violato specifiche norme precauzionali o per aver omesso determinate condotte, non potendo confidarsi nel fatto che il soggetto che gli succeda nella posizione di garanzia elimini la violazione commessa o ponga rimedio alla propria omissione.

**Avv. Nicoletta Galli**

