

INFERMIERE

oggi

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

N°1

EDITORIALE
Investite su di noi

FOCUS
Assemblea annuale
degli iscritti 2016

NOTIZIE DAL COLLEGIO
"The Best provider Ecm" in Italia
Infermieri romani al secondo posto


CONTRIBUTI
La percezione del rischio in
un reparto di Medicina interna



QUALE FUTURO PER GLI INFERMIERI?

INFERMIERE

oggi

 Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana
Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXV - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2016
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

Coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Finito di stampare: marzo 2016

Tiratura: 34.242 copie

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

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

Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

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

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

Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al."; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.

Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Investite su di noi**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI 2016**

DICONO DI NOI

- 22 **Troppi italiani curati ancora sulle barelle e il "tesoretto" del ministro Lorenzin annunciato in diretta tv**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 25 **Anche gli infermieri saranno *risk manager*. Approvato il Ddl**
27 **A Bologna la Conferenza nazionale delle politiche della professione**
29 **Celebrato l'VIII Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 31 **Targa Nightingale "svista" del Comune corretta solo in parte**
32 **Ospitalità in ospedale per il Giubileo dei Malati e dei Disabili**
33 **Al Bambino Gesù presentati i risultati di uno studio sull'assistenza alle famiglie supportato dal Cetri**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 35 **Memorial Riccelli per ricordare il cammino della "Scuola Diretta a Fini Speciali" "The Best Provider ECM" in tutt'Italia: Infermieri romani al secondo posto**
36 **Ecco la nuova Carta dei Servizi**
37 **Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec: servizio gratuito**

CONTRIBUTI

- 38 **Gli interventi conservativi efficaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria nei pazienti anziani e anziani fragili**
di Silvia Sferazza, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese
- 40 **La percezione del rischio clinico in un reparto di Medicina Interna**
di Virginia Ricciardelli, Carlo Catanesi, Francesco Scerbo, Giorgia Appicciutoli, Giuseppe Tortora, Matias Eduardo Diaz Crescitelli
- 46 **La formazione degli operatori come strumento per migliorare il prendersi cura delle persone affette da malattia di Alzheimer**
di Francesco Zaghini, Veronica Zaccari, Angela Infante, Alessandro Sili
- 52 **Prevenzione del morbo d'Alzheimer attraverso la dieta Una revisione della letteratura**
di Alessandra Brambati, Lidia Landi, Giuseppe Pozzessere
- 57 **L'utilizzo delle medicazioni avanzate nella cura del piede diabetico**
di Cristiano Abbati

LETTO PER VOI

- 61 **Tanti scambi conversazionali in inglese per un infermiere sempre più globalizzato**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **La disciplina dell'orario di lavoro alla luce della recente attuazione della legge n.161/2014**

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Investite su di noi

di Ausilia M.L. Pulimeno

Ci siamo chiesti per anni quando toccasse a noi, quando si sarebbe realizzata la riforma che ci pone finalmente al centro di una sanità nuova. Oggi, però, la domanda non è più quando ma quanto. Già, quanto potremo ancora resistere? Per quanto tempo e con quali forze il sistema sanitario pubblico potrà continuare a garantire i servizi, almeno quelli essenziali, in modo universale e gratuito a tutti i cittadini? L'impressione è di essere rimasti a metà del guado, partiti per una meta ma subito impantanati in un percorso accidentato, pieno di insidie, perfino paludoso.

Per esperienza diretta, noi infermieri sappiamo bene che dai programmi alla realtà c'è la stessa distanza che esiste tra le parole e i fatti. L'abbiamo sperimentato tante volte sulla nostra pelle e perciò siamo divenuti particolarmente sensibili alle promesse vane. Ci provocano l'orticaria e soprattutto minacciano un sistema, quello della sanità pubblica appunto, al quale siamo votati umanamente e professionalmente. Noi che siamo in prima linea e guardiamo in faccia ogni giorno la sofferenza e la malattia non possiamo tollerare che qualcuno resti indietro. Per questo insistiamo: più sanità territoriale, più servizi vicini al cittadino, più prevenzione, più educazione alla salute. Il che equivale a dire: più spazio agli infermieri.

È proprio questa la contraddizione che viviamo. E che vogliamo denunciare apertamente, senza tatticismi o particolari riguardi per nessuno. La Regione Lazio, finalmente proiettata verso l'uscita dal commissariamento della sanità, ci propone un modello di riforma molto sviluppato sul territorio, come del resto il Collegio reclama da tempo. Un modello in cui agli infermieri si riconoscono lo spazio e l'autonomia che meritano e che produce un miglioramento dei servizi accanto a una riduzione significativa dei costi che gravano sul bilancio sanitario e dunque sulla collettività. Gli atti conseguenti, però, non parlano la stessa lingua. Così la catena di trasmissione tra politici, tecnici e fun-

zionari diventa farraginoso e spesso s'incaglia vanificando tutto.

I paurosi vuoti negli organici infermieristici delle aziende sanitarie e ospedaliere di Roma ma anche nelle strutture di cura private convenzionate sono il sintomo più acuto di una situazione chiaramente emergenziale. Perché allora non si investe davvero e fino in fondo su questa figura professionale? Perché ancora tante resistenze e false partenze? Perché i concorsi non si sbloccano o restano impigliati per mesi nelle trame della burocrazia? Perché, nonostante qualche deroga minimale, il turnover non si sblocca?

Col tempo e con tanta pazienza abbiamo tessuto una valida rete di rapporti con la Regione Lazio che oggi ci ascolta e collabora volentieri con noi. Le buone intenzioni, insomma, ci sono tutte ma troppo di frequente rimangono tali. La carenza di infermieri negli ospedali e negli ambulatori è sotto gli occhi di tutti e minaccia pericolosamente la tenuta dell'intero sistema. I numeri hanno notoriamente la testa dura: a Roma e nel Lazio mancano all'appello almeno 3.700 colleghi per la copertura dei turni e il fabbisogno dei servizi. La nostra è la Regione italiana con il "buco" più consistente. Per questo insistiamo nel reclamare una decisa svolta: investire i fondi disponibili dove serve realmente, cioè sugli infermieri.

L'attuale stallo è rischiosissimo per i cittadini che infatti manifestano una crescente sfiducia verso il Servizio Sanitario Regionale. E sempre più persone, spesso anziane, rinunciano a curarsi. Una situazione che penalizza due volte gli infermieri: quei pochi in servizio costretti a sobbarcarsi turni e fatiche massacranti per garantire la sopravvivenza dei servizi e i colleghi disoccupati che vivono con angoscia la loro assurda condizione. Assurda perché senza lavoro anche se il lavoro c'è, con una domanda di salute mai così alta e pressante.

Come la Regione ha riconosciuto e secondo quanto essa stes-

EDITORIALE

sa ha legiferato, il bisogno di assistenza è in notevole aumento in tutti i distretti sanitari di Roma e del Lazio. Una necessità concentrata soprattutto sull'assistenza domiciliare e sugli anziani con bisogni complessi da gestire che tuttavia non richiedono necessariamente il ricovero in ospedale o in altre strutture. Parliamo quindi di servizi territoriali per le principali malattie croniche come il diabete o l'ipertensione e di molti altri ambiti a gestione infermieristica. Parliamo di unità di degenza infermieristica, di infermiere di famiglia e di comunità, dei presidi infermieristici in farmacia, tutti interventi che aumentano l'economicità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi.

Solo così può innescarsi un processo virtuoso per migliorare la qualità delle cure grazie a un maggior numero di professionisti impegnati (e a un costo minore in considerazione del gap retributivo con i medici), per ridurre il numero e la durata dei ricoveri ospedalieri, per disintossicare il Pronto soccorso dagli accessi impropri, per conseguire un notevole risparmio economico. Si può, basta volerlo. Eppure mille resistenze continuano a complicare tutto. Né i timidi segnali di superamento del blocco del *turn-over* nel Lazio possono bastare a riempire una voragine come quella che si è lasciata colpevolmente aprire in questi anni negli organici infermieristici.

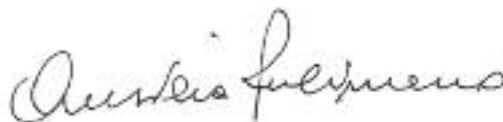
Apprezziamo gli sforzi compiuti dal presidente Zingaretti nella sua veste di commissario alla sanità per correre ai ripari, incalzato anche dalle stringenti necessità dettate dall'afflusso a Roma dei pellegrini per il Giubileo della Misericordia. D'accordo, ma non basta. Cinquecento o seicento assunzioni costituiscono una toppa troppo piccola per una falla tanto grande. Peraltro si tratta in buona parte di contratti a tempo determinato, destinati più a rinforzare le fila del precariato che alla soluzione del problema. Anche in questo caso, perciò, le risorse stanziare vanno concentrate laddove servono, sulla prima linea dell'accoglienza che vede gli infermieri protagonisti assoluti.

Così pure per il rinnovo dei tanti contratti dei colleghi precari senza una reale prospettiva di stabilizzazione in tempi ragionevoli. Un passo doveroso ma ancora una volta troppo timido. È in gioco il destino di professionisti (e delle loro famiglie) che garantiscono il funzionamento di molti servizi che altrimenti, senza il loro prezioso lavoro, non verrebbero più erogati.

Insufficiente è anche la quota fissata per lo sblocco parziale del *turn-over* nella nostra Regione, ben poca cosa rispetto alle necessità che viviamo ogni giorno nelle sale operatorie e nelle corsie ospedaliere, negli ambulatori e nei servizi territoriali. L'attuale carenza di infermieri non può essere arginata recuperando solo il 10-15% dei professionisti che lasciano il servizio. L'obiettivo dello sblocco totale va raggiunto al più presto per salvare i servizi sanitari essenziali.

In questa chiave, il decreto con cui il 29 febbraio scorso il presidente Zingaretti ha autorizzato l'Azienda Ospedaliera Umberto I a bandire un concorso per l'assunzione di sessanta infermieri ripaga i nostri sforzi e alimenta in noi la speranza che la rotta possa finalmente cambiare. Abbiamo atteso per nove lunghi anni prima di rivedere un concorso riservato agli infermieri e riconosciamo volentieri al presidente della Regione Lazio di aver mantenuto la parola quando, nell'ultimo incontro avuto con il Collegio, si è impegnato entro un mese a sbloccare la procedura della selezione pubblica.

Un segnale positivo che conferma come sia necessario più coraggio. E più determinazione nel perseguire l'obiettivo strategico di una riforma vera del sistema sanitario. Ben vengano tutte le iniziative che fruttano risparmi di spesa, come l'accorpamento delle Asl e delle Dirigenze, ma sull'arruolamento del personale bisogna accelerare subito e con forza. L'avvio rapido di tutti i concorsi banditi e la ripresa delle assunzioni rappresentano una priorità assoluta. Lo invocano gli infermieri con la voce dei cittadini.



Focus

**ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI
2016**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

Siamo un avamposto per la ricerca e la formazione: adesso avanti tutta!

Il 24 febbraio scorso, al Centro Congressi Cavour, si è svolta l'Assemblea annuale degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma. Approvati la relazione della presidente, Ausilia Pulimeno, e i documenti contabili. Ecco una sintesi dei contenuti.

La fase critica che il sistema sanitario attraversa ormai da anni continua a ripercuotersi negativamente sui cittadini assistiti e sugli operatori. I nodi organizzativi ancora irrisolti e la progressiva stretta sui bilanci delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere di Roma e del Lazio penalizzano oltremodo i servizi alimentando tra gli utenti una crescente sfiducia verso la sanità pubblica. Uno scenario a tinte fosche che, sebbene

con qualche significativo spiraglio aperti nelle ultime settimane, non risparmia gli infermieri.

La nostra comunità professionale vive una stagione di forte sofferenza alimentata dal perdurante blocco del turnover del personale sanitario, mitigato solo in minima parte dalle recenti aperture della Regione Lazio sui concorsi e le stabilizzazioni. Permangono perciò le condizioni di una diffusa crisi occupazionale che

spesso sfocia in fenomeni di sottoccupazione e sfruttamento dei professionisti. Allo status quo e alle sue contraddizioni è legata anche la migrazione professionale in altre regioni e all'estero da parte di un numero crescente di colleghi che non trovano in loco sbocchi adeguati alle loro aspettative.

S'innescano così un corto circuito pericoloso, del quale il Collegio non manca in ogni occasione di rimarcare i potenziali



La presidente Ausilia Pulimeno



rischi, tra un fabbisogno di assistenza sempre più incalzante e una disponibilità insufficiente di professionisti in grado di rispondere, per numero e competenze, alla crescente domanda di salute legata al rapido invecchiamento della popolazione in un quadro segnato dalla diffusione delle multi-patologie.

C'è bisogno di più infermieri ma anche di nuovi modelli di assistenza. L'aspetto organizzativo dei servizi, con il coinvolgimento diretto degli stessi operatori, è altrettanto decisivo per riformare il nostro Servizio Sanitario Regionale e renderlo più vicino alle esigenze dei cittadini. Apprezziamo gli sforzi che la Regione Lazio sta compiendo in questa direzione ma non i tempi con i quali si procede, segnati da continui contrappunti e da incomprensibili *stop and go* che impediscono alla riforma di concretizzarsi.

Gli infermieri credono nel modello pubblico e non vogliono rinunciare al carattere universale del servizio sanitario. Come hanno fatto in questi anni, sono pronti a spendersi giocando la partita

fino in fondo, mettendo a disposizione le loro capacità tecniche e organizzative per sviluppare e sfruttare sempre meglio e diffusamente le loro competenze avanzate.

Lo scenario demografico ed epidemiologico parla chiaro, con un'aspettativa di vita che in Italia supera gli 80 anni per gli uomini e sfiora gli 85 per le donne (ultimo dato disponibile OMS 2014) mentre aumentano le cronicità con oltre 24 milioni di italiani che soffrono di almeno una patologia cronica (dati ISTAT 2014). In questo quadro matura un diffuso senso di sfiducia da parte dei cittadini e un calo sostanziale del gradimento riferito ai servizi sanitari.

La distanza tra le attese dei cittadini e la qualità delle prestazioni risente fortemente della carenza di personale, specialmente di quello infermieristico. Nel 2015 il dato nazionale segna 6,2-6,3 infermieri in servizio per 1.000 abitanti, ben al di sotto della media OCSE che è di 9,1 infermieri per 1.000 abitanti. Al contrario, il rapporto medici-infermieri è

di 1 a 1,5 (peraltro sovrastimato dall'OCSE), lontano dalla media di 1 a 2,8. Nell'ottica della salvaguardia dei servizi e degli stessi livelli essenziali di assistenza, la situazione degli organici si fa drammatica con la prevista attuazione della Direttiva UE che stabilisce nuove regole europee sull'orario di lavoro. Per poter applicare la norma manca all'appello un esercito di colleghi. Stime prudenziali indicano che per la sola copertura dei turni servirebbero 17-18 mila infermieri in più, oltre 30 mila se si intende dare seguito al nuovo modello di assistenza integrata ospedale-territorio sancito dal Patto per la Salute, che prevede tra l'altro ospedali di comunità a gestione infermieristica e assistenza h24 sul territorio. Le caselle vuote negli organici infermieristici del Lazio (2.271 per copertura turni e 3.706 per copertura turni e fabbisogno servizi) rappresentano il 12,1% della carenza nazionale; tra le Regioni senza piano di rientro una situazione analoga si registra in Lombardia, mentre in Campania si sfiora il 10%, in



Il tavolo dei relatori. Da sinistra: la presidente dei Revisori dei Conti Carnevale, la segretaria Proietti, la presidente del Collegio Pulimeno, il vicepresidente Casciato e il tesoriere Turci

Sicilia l'8,4%, in Piemonte l'8%: quasi il 40% dei posti scoperti concentrati in sole quattro Regioni.

Nonostante le sofferenze che questa emergenza comporta per ciascun operatore, gli infermieri continuano a segnare tappe significative nell'albo d'oro delle loro conquiste professionali. Come quelle sancite nel Decreto Legislativo n. 15 del 28/1/2016 sulle competenze infermieristiche che ci consentono di individuare e valutare le cure infermieristiche necessarie nonché di pianificare, organizzare e prestare l'assistenza clinica in piena autonomia, sulla base delle conoscenze e delle abilità acquisite. La norma ci permette inoltre di lavorare efficacemente con altri operatori sanitari anche sulla formazione pratica del personale e ci consegna un importante ruolo di educatori sanitari per orientare individui, famiglie e gruppi verso stili di vita sani e per la pratica consapevole dell'autoterapia.

Altre novità positive sembrano potersi concretizzare con il "DDL Gelli" che fis-

sa nuove disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e con il "DDL Lorenzin" in ordine agli Ordini delle professioni sanitarie, mentre un riconoscimento importante arriva dalla Direttiva 2013/55/UE che, al pari di altre quattro professioni, ci assegna la Tessera Professionale Europea per poter operare in tutto il territorio dell'Unione come infermiere responsabile dell'assistenza generale.

Il mondo cammina con le sue gambe e segna il nostro tempo con fenomeni transnazionali come quelli migratori che coinvolgono necessariamente l'organizzazione dei servizi sanitari. Le cronache di quest'ultimo anno, disseminate di tragedie umane e sociali, pongono tutti noi davanti a scenari nuovi e problematici che il sistema sanitario non può ignorare.

Nell'Unione Europea vivono oggi 34 milioni di stranieri regolari (il 6,7% della popolazione totale), 5 milioni in Italia. Le autorità comunitarie sono in grande difficoltà nel far fronte alla portata degli attuali flussi forzati con politiche che non

siano di semplice contrasto. Peraltro, il nostro Paese deve misurarsi anche con l'aumento dei flussi in uscita, con i tanti giovani che vanno all'estero per lavorare. Così, se le ultime stime fissano a 5,4 milioni il numero degli stranieri regolari in Italia, i consolati calcolano che siano circa 5 milioni gli italiani residenti all'estero. Nel 2014, gli italiani residenti all'estero sono aumentati più degli stranieri residenti in Italia, nonostante la diffusa percezione contraria nell'opinione pubblica.

I dati sfatano anche il luogo comune della cosiddetta "invasione" di infermieri da oltre confine. Nel 2015 è proseguita la tendenza ormai consolidata da alcuni anni ad una progressiva diminuzione della presenza di colleghi stranieri. Dopo il boom registrato sul finire degli anni Duemila, oggi il numero degli iscritti stranieri nei Collegi IPASVI (27.320) è paragonabile a quello di dieci anni fa. E solo il 37% è costituito da cittadini non comunitari. Per contro, cresce la quota dei colleghi che vanno a lavorare fuori

dall'Italia. Nel corso del 2015 il Collegio di Roma ha ricevuto 360 richieste di trasferimento all'estero, quasi tutte per il Regno Unito e l'Irlanda. Il Collegio è molto impegnato a supportare e sostenere questi colleghi e ad accogliere i nuovi iscritti stranieri, nel segno di una professione che per sua natura non conosce frontiere ma solo competenze professionali e umanità.

L'impegno del Consiglio Direttivo e del personale è totale e crescente in tutti i settori di attività del Collegio. Nel corso del 2015 gli uffici hanno gestito una mole di lavoro davvero ragguardevole: 1.200 nuove iscrizioni, circa 3000 telefonate, oltre 200 tra appuntamenti e interventi dell'ufficio legale, quasi 150 verifiche di iscrizione all'Albo e altrettanti trasferimenti in entrata e in uscita, 15000 protocolli di posta. E poi la partecipazione assidua nelle commissioni di laurea abilitante, per gli esami ai colleghi stranieri, le decine di riunioni e di sedute del Consiglio Direttivo.

In linea con gli obiettivi del massimo coinvolgimento degli iscritti nelle attività del Collegio e per supportare tutti i colleghi in un momento di generale difficoltà economica, abbiamo confermato la gratuità di molti servizi, come per le pratiche di trasferimento, i certificati online, la PEC. Questo accanto a una meticolosa quanto rigorosa opera di recupero delle morosità, secondo il principio che pagare tutti significa pagare meno.

Nell'anno che ci lasciamo alle spalle l'attività è stata molto intensa per tutti noi. Nel predisporre questa relazione, ho contato più di cento partecipazioni del Collegio, attraverso la Presidente o i Consiglieri, a convegni, conferenze, tavole rotonde, *work shop* e altre iniziative formative realizzate in sedi esterne, organizzate dal Collegio e da associazioni o società scientifiche infermieristiche e non, istituzioni territoriali, università, Asl e Aziende Ospedaliere. Con la tenacia che ha caratterizzato le nostre battaglie professionali e dopo aver dimostrato non senza fatica quale sia il livello di compe-

tenze raggiunto dagli infermieri, raccogliamo oggi con grande favore le richieste di contributo che ci vengono rivolte dagli ambienti scientifici, sanitari e politici. Significativa in questa chiave è, da ultimo, la partecipazione del Collegio alla Consulta delle Professioni istituita presso la Camera di Commercio di Roma.

Il contatto diretto e quotidiano con i colleghi che si rivolgono al Collegio per avere consulenze e indicazioni dalla Presidente e dai Consiglieri fa emergere una serie di criticità legate soprattutto all'esercizio della libera professione, alle competenze e alle responsabilità dei ruoli ricoperti, agli eccessivi carichi di lavoro, alle attività improprie imposte a molti infermieri e ai tentativi di demansionamento. Numerose anche le richieste di pareri e consigli su questioni attinenti i rapporti tra colleghi e interprofessionali, come pure gli interventi attraverso lettere e comunicati stampa per tutelare la professione da pubblicazioni diffamatorie che ledono l'onorabilità della categoria.

I rapporti con la Regione Lazio e con le singole Aziende continuano ad essere costanti e collaborativi, ma anche puntellati di questioni irrisolte sulle quali il Collegio sta impiegando molte energie. Da qui il *pressing* insistito per l'adeguamento degli organici e il superamento della precarietà, lo sblocco del *turn-over* e l'espletamento dei concorsi pubblici. Continui sono anche gli interventi per la difficile situazione delle sedi formative convenzionate, sulla mancata applicazione delle linee guida degli Atti Aziendali circa la Dirigenza Infermieristica e i Dipartimenti delle Professioni Sanitarie, per l'istituzione delle Unità a Degenza Infermieristica e degli Ambulatori *See and Treat*.

Lo sforzo sostenuto dal Collegio per la pianificazione e la realizzazione del programma ECM è davvero straordinario e conferma la sua *leadership* a livello nazionale ed europeo per numero di corsi e per partecipanti. Durante il 2015 si sono svolti 52 eventi che hanno coinvolto

oltre 4.500 infermieri. Tutti corsi, ad eccezione di quelli di Inglese per i quali è chiesto un piccolo contributo per il materiale didattico, completamente gratuiti, che hanno distribuito in tutto il territorio provinciale più di 31 mila crediti formativi ECM. A questi si aggiungono 26 seminari, realizzati con l'aiuto della Federazione IPASVI e dell'ENPAPI, tenuti in altrettante sedi formative di Roma e provincia sulla percezione e la conoscenza da parte degli studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'esercizio libero professionale. E altre migliaia di colleghi iscritti (oltre 17.300) hanno potuto formarsi attraverso i corsi FAD accessibili gratuitamente dal portale della Federazione IPASVI con numero illimitato di iscrizioni.

L'attività frenetica del Collegio per l'ECM non rallenta per il 2016. Sono già programmati oltre 70 corsi sia in sede sia presso le università, gli ospedali, le Asl del territorio, anche con appuntamenti itineranti sui posti di lavoro. Un impegno che ha fruttato al Collegio di

I NUMERI

Nuovi iscritti: 1237

Trasferimenti in uscita: 80

Trasferimenti in entrata: 69

Cancellazioni: nessuna cancellazione per procedimento disciplinare e uno solo per titolo di studio non valido

Appuntamenti con il legale: 138

Lettere di interventi legali: 76

Convocazioni per articolo 39: 24

Consigli direttivi: 15

Esami comunitari: tre sessioni, 35 infermieri.

Esami extra comunitari: tre sessioni, 30 infermieri.

Commissioni di Laurea (sede Tirana compresa): 44

Rappresentanti di commissione designati dal Collegio: 86

Verifiche di iscrizione all'Albo richieste da strutture/Enti sanitari: 147

Protocolli di posta in uscita/entrata: 15.064

Roma il prestigioso riconoscimento di "The best provider ECM 2015" che gli ha assegnato il secondo posto nella classifica dei provider ECM per la categoria Ordini e Collegi.

La biblioteca con oltre 1.300 utenti e il centro di documentazione del Collegio sono stati tra i protagonisti assoluti nel rapporto quotidiano con gli iscritti. Nel 2015 sono stati rinnovati tutti gli abbonamenti alle banche dati (EBSCO, CINAHL, NRC, COCHRANE, OVIDSP, OVIDMEDLINE), compresa quella del progetto ILISI curato dal Collegio stesso, per il quale è in fase di test la nuova versione del software che prevede più livelli gerarchici per il Thesaurus; presto, inoltre, verrà sperimentato il funzionamento del nuovo THisi. Per questo sarà necessario allestire un apposito corso per formare nuovi indicizzatori ed assicurare il *turnover*.

E poi l'accesso alla biblioteca digitale con 7 mila testate *full text* di area biomedica consultabili. La fruizione gratuita di tali servizi, sempre più importanti per un infermiere che vuole affinare o semplicemente migliorare le sue competenze, ha incontrato il favore degli iscritti come testimonia l'utilizzo crescente di questi strumenti, con il significativo dato di quasi 19 mila documenti scaricati in lingua inglese. Proprio all'aspetto cruciale della ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale sono stati dedicati eventi formativi specifici in policlinici, ospedali, ASL e IFO di Roma.

Anche nel 2015 il Collegio ha profuso grandi energie nel campo della ricerca infermieristica con il suo Centro di Eccellenza che rappresenta ormai un punto di riferimento per i colleghi di tutto il mondo e un punto di orgoglio straordinario per l'intera comunità professionale romana. I progetti di ricerca realizzati dal 2010 al 2015 sono stati ben 130. Inoltre per il 2015 sono stati approvati 38 nuovi progetti. Attualmente sono in corso 48 studi che coinvolgono infermieri di ASL, ospedali, IRCCS, istituti penitenziari, cliniche e liberi professionisti. Con loro

sono impegnati sociologi, medici, biologi, psicologi, statistici e altri specialisti, in collaborazione con università italiane e straniere, scuole di dottorato, associazioni professionali, società scientifiche e associazioni di tutela dei cittadini.

In questi sei anni di attività il Centro di Eccellenza ha impegnato oltre 12.000 infermieri e coinvolto 6 atenei italiani e altrettanti stranieri, il Ministero della Salute, diverse associazioni e società scientifiche, producendo più di 50 articoli scientifici pubblicati prevalentemente su riviste internazionali e 8 libri sulle ricerche svolte. Un patrimonio di conoscenze ed esperienze da tutelare e sviluppare ancora per qualificare e rendere sempre più riconoscibile la nostra professione nell'ambito della ricerca scientifica internazionale. Da qui la ferma volontà del Consiglio Direttivo di sostenere e implementare anche nel 2016 l'attività del Centro con l'avvio di nuovi progetti di studio (8 per il Polo 1, 23 per il Polo 2, 8 per il Polo 3 e 6 per il Polo 4 quelli già programmati). Intanto si è concluso il progetto di ricerca sull'Infermiere di Famiglia patrocinato e finanziato dal Ministero della Salute per il 2014; i risultati sono in via di pubblicazione tramite report a livello nazionale. Infine un cenno ai grandi numeri che anche nel 2015 hanno contraddistinto il portale www.centrodieccellenza.eu con circa 12 mila accessi da tutto il mondo.

Il nuovo anno ci vede impegnati nella realizzazione di un fitto programma di azioni e iniziative. Perseguiamo in ogni sede istituzionale lo sviluppo della carriera clinica per gli infermieri e quello dei percorsi di carriera nelle cure primarie, l'implementazione della Dirigenza Infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse. Ci battiamo con tutte le nostre forze e la capacità di *moral suation* che abbiamo acquistato in questi anni per una decisa svolta nell'assistenza territoriale, con la creazione delle previste Case della Salute, degli Ambulatori Infermieristici e la promozione di figure come l'Infermiere di Famiglia e

di Comunità. I nostri sforzi si concentrano sulla creazione di nuovi spazi e opportunità per gli Infermieri Liberi Professionisti e sulla difesa della dignità professionale che passa anche per le condizioni di lavoro, divenute oggi inaccettabili senza una rapida inversione di tendenza nell'adeguamento degli organici. Per questo continuiamo a chiedere con forza alla Regione Lazio lo sblocco del *turn over* e della mobilità. Rivendichiamo con altrettanta determinazione la progressione di carriera legata alla pratica clinica, gestionale e alle competenze specialistiche, il potenziamento delle cattedre universitarie in campo infermieristico, la stabilizzazione della Dirigenza ai vari livelli, la diversificazione dei vari ruoli infermieristici tra *bed manager*, specialisti clinici, *case manager*, eccetera.

Stiamo progettando una mappatura aggiornata dei servizi sanitari e modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio. Lavoriamo inoltre, con il coinvolgimento delle Associazioni Infermieristiche, per sostenere le nuove forme di esercizio professionale e partecipiamo attivamente alle iniziative della Federazione IPASVI e degli altri gruppi professionali sanitari italiani e internazionali.

L'impegno del Consiglio Direttivo per il 2016 è dunque quello di proiettare nel futuro i traguardi fin qui faticosamente raggiunti e di ottimizzare sempre più le risorse per continuare a fornire servizi di qualità e gratuiti a tutti gli iscritti: dall'ECM alla FAD, dalla PEC alla consulenza legale, amministrativa e contabile. E ancora: lo sportello per la libera professione, l'accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura infermieristica, l'informazione professionale con la rivista "Infermiere Oggi", le conoscenze acquisibili attraverso le ricerche del Centro di Eccellenza.

Un ampio ventaglio di servizi capillari e gratuiti che continueremo a fornire agli iscritti grazie anche all'impegno e alla professionalità del personale del Collegio che ringrazio di cuore.

La Biblioteca digitale del Collegio Ipasvi fulcro ed estensione di quella in sede

È noto che, dal 2011, è disponibile in accesso remoto per tutti gli iscritti sul sito del Collegio la Biblioteca digitale, ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, collezioni di *journals* 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. Nel corso di questi pochi anni, è, inevitabilmente, diventata estensione e fulcro della stessa biblioteca di sede.

La biblioteca così, integrata del patrimonio bibliografico digitale, è apprezzata dal mondo accademico e dall'utenza 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 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 della ricerca infermieristica.

L'esperienza conferma 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 di frequentare la struttura per assistenze personalizzate, per il cartaceo italiano 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 ora 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 (è spesso il caso della produzione italiana).

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 legate alla lingua inglese.

Importanti sono anche i dati delle consultazioni in sede.

LA BIBLIOTECA DIGITALE

La biblioteca digitale è un portale implementato su interfaccia Ebsco, sino al 28 agosto 2015 si è trattato di *AtoZ*, da quella data è stato sostituito unilateralmente da Ebsco con *full text Finder* nuovo prodotto con funzioni simili.

Il portale è 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; attraverso il sistema "*linksource*" aggrega tutti i *fulltext* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche dati Cinahl e Pubmed.

PERIODICI DIGITALI DISPONIBILI

Le testate elettroniche sono in parte sottoscritte (**42**), in parte concesse per convenzione da Ebsco *Publishing*, in parte gratuitamente aggregate (*open access/free Journals*) per la comodità del ricercatore), le collezioni disponibili sono:

- Cinahl Complete (Ebsco *Publishing*)
- Ebsco Open Access Medical and He-

alth Collection

- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals; singoli *journals* (42 titoli sottoscritti)
- PubMed Central (Open Access).

Le collezioni sono in continuo divenire per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori ma si pu parlare indicativamente della disponibilità di complessive **7.000** testate di area biomedica.

LE BANCHE DATI

- **CINAHL**, prodotto Ebsco, è stato sottoscritto dal 2014 nella versione massima "**Cinahl Complete**", che offre, oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva a partire dal 1937, un incremento delle monografie disponibili (275), circa **1400** periodici *fulltext*, nonché *evidence-based care sheet* e *quick lessons*.

Per comprenderne le dimensioni, si può evidenziare che indicizza 5.414 *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: *evidence-based care sheets*, *quick lessons*, informazioni farmacologiche, linee-guida, documenti di educazione del paziente alla dimissione, documenti di competenze e procedure infermieristiche.

- **COCHRANE COLLECTION PLUS**, distribuita da Ebsco, sottoscritta dal

2013, la collezione di database è nota per l'eccellenza dei suoi documenti e revisioni, è per **consultabile solo presso la biblioteca della sede**.

- **PUBMED (Nlm)**, liberamente disponibile nel web, aggregato nella biblioteca digitale consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il *linksource (LS)*, 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 aggregata nell'area autenticata per la comodità del ricercatore che voglia svolgere ricerche sulla letteratura italiana.

I dati annuali sono di estrema soddisfazione ed incoraggianti, si registra un costante uso delle risorse internazionali con limitate flessioni, a questo punto poco significative (il portale Ebsco: AtoZ poi Full Text Finder **-10,21%**).

Il Cinahl registra comunque un incremento del **5,04%** negli accessi (ed anche nelle ricerche e negli abstract reperiti). Il dato che soddisfa il fine ultimo di tutto il sistema, il notevole *download* di articoli in lingua inglese, è lievemente in flessione, ma sempre importante: complessivamente, sono stati scaricati nel 2015 **14.053** documenti (Cinahl e OvidSP).

Se si pensa che gli articoli sono acquistabili *online* presso l'editore al costo medio di 30 euro, si pu dire che il Collegio abbia fornito ai propri iscritti un servizio del valore di 421.590 euro.

Ambiente OvidSP si registrano ugualmente incrementi di accessi (**+0,63%**) e di ricerche (**+12,35%**).

Eclatante il risultato di Ilisi, liberamente disponibile online, se considerato nella sua totalità di accessi e relativo al solo

periodo dei sette mesi indicati, registra infatti nel 2015 **14.218** accessi su tutto il territorio nazionale, doppiando abbondantemente la sua fruizione.

Tutti i dati, nel loro insieme, testimoniano che la piattaforma della Biblioteca Digitale è frequentata da un'utenza remota stabile e crescente negli anni, capace di utilizzare le diverse risorse disponibili per sopperire ai bisogni informativi delle proprie ricerche.

NELLO SPECIFICO:

PORTALE - Catalogo delle riviste e delle banche dati - AtoZ poi FULL TEXT FINDER

Dato il succedersi dei prodotti non è stato possibile recuperare direttamente dati comparabili sul sito Admin Ebsco, gli accessi e il numero delle ricerche sono stati forniti dal supporto tecnico Ebsco. Si nota una flessione del 10,21% negli accessi ed un incremento del 12,87% nelle ricerche.

IL CINAHL COMPLESSIVO

La banca dati nella versione massima

LE STATISTICHE

Statistiche d'insieme a confronto: gennaio/dicembre 2015 - gennaio/dicembre 2014

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Fulltext	Abstract	Anno	Accessi	Ricerche	Fulltext	Abstract
Portale AtoZ ^o Gen-ago	2015	2.905	6561	-	-	2014	4.799	7.015	-	-
Full Text Finder ^{o2} Ago-dic	2015	1404	1337	-	-	-	-	-	-	-
Totale		4.309	7918	-	-					
Cinahl Complete	2015	4.373	20.591	12.624	24.127	2014	4.163	19.712	13.663	22.216
NRC Nursing Reference Center	2015	582	2.097	4.611	1.758	2014	609	1.976	5.191	2.238
Cochrane Collection PLUS ^{**}	2015	438	2.853	258	679	2014	644	4.812	273	226
Cochrane Systematic Reviews ^{***}	2015	132	639	215	119	2014	160	954	166	96
Consumer Health Information [*]	2015	ND	ND	ND	-	2014	114	273	118	66
OvidSP	2015	3.629	16.199	1429	37.369	2014	3.606	14.418	1.627	39.531
OvidMedline	2015	961	5.349	-	-	2014	1.031	4.796	-	-
ILISI ^{****}	2015	14.218	-	-	-	2014	NP	-	-	-

Legenda:

- l'interfaccia Atoz è attivo sino al 28 agosto 2015, quando viene sostituito con Full Text Finder, i dati di accesso sono stati forniti dal servizio tecnico EBSCO;
- Sono evidenziati in giallo i valori crescenti;
- *La banca dati non è stata disponibile nel 2015;
- **Valori complessivi del pluridatabase Cochrane Collection PLUS consultabile solo in sede;
- ***specifico database di Collection PLUS.
- Per un problema tecnico-amministrativo le statistiche di ILISI riguardano il periodo 15/6/2015-31/12/2015, diversamente dal passato il dato registra tutti gli accessi alle diverse sezioni della banca dati, poiché è possibile che non tutti gli utenti transitino attraverso l'Homepage (p.e. link di pagina preferita al sottomenù Ricerca Veloce; accesso diretto dai sottomenù evidenziati dai motori di ricerca, p.e. Google).

Complete assicura all'utente e alla biblioteca la disponibilità di 1400 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 incremento del **5,04%** negli accessi e del **4,45%** delle interrogazioni, mentre è in lieve flessione il dato degli articoli scaricati che registra un decremento del **7,60%**. La consultazione in sede è pari al **7,70%** (mentre lo scorso anno era il 7,30%). Resta evidente, così, l'intenso uso che ne viene fatto in remoto.

2015: 4.373 accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **20.591** interrogazioni (query); **12.624** *fulltext* scaricati
 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

PIATTAFORMA OVIDSP

Per l'ambiente Ovid, l'anno 2015 è ancora prevalentemente positivo, si registra un incremento dello **0,63%** negli accessi, del **12,35%** nelle ricerche, un decremento del **12,16%** nel numero degli articoli scaricati.

Sessioni/accessi 2015: 3.629, ricerche 16.199, abstract recuperati 37.369
 Sessioni OVID/Medline: 961
 Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.668
Totale sessioni/accessi: 3.629

Ricerche per database:

Ricerche OVID/Medline: 5.349
 Ricerche Journals@Ovid Full text: 10.850
Totale ricerche: 16.199
Fulltext scaricati: 1.429

Sessioni/accessi 2014: 3.606, 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 Full text: 9.622
 Totale ricerche: 14.418
Fulltext scaricati: 1.627

ILISI

Ad oggi contiene 5.160 schede bibliografiche (4.760 nel 2014) relative a 31 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria, con un incremento di circa 400 record nel corso dell'anno. Utilizzata sul territorio nazionale e internazionale è di massima utilità per accedere alla letteratura infermieristica italiana.

I dati statistici generati da Google Analytics, nuovamente accessibili purtroppo solo dal 15/6/2015, sono quest'anno più complessivi.

Come anticipato, si rileva anche il dato che registra tutti gli accessi alle diverse sezioni della banca dati, poiché è possibile che non tutti gli utenti transitino attraverso l'*homepage* (per aver linkato come "preferita" la pagina di un sottomenù, o perché accedono direttamente dai sottomenù evidenziati dai motori di ricerca, p.e. Google).

Sono dunque entusiasmanti poiché per un periodo di circa sette mesi registrano una fruizione altissima. Considerando incompleti i dati degli anni passati è insensato calcolare decrementi o incrementi; sui dati di accesso del 2015 emerge che ben il 67,14%

Città	Accesso a homepage	Accesso a tutte le sezioni
Milano	544	1.163
Napoli	314	513
Torino	111	215
Firenze	104	148
Pescara	87	119
Padova	28	101
Palermo	56	84
Bologna	53	83
Monza	66	71
Como	28	69
Genova	36	61
Catania	25	53
Parma	29	46
Pisa	29	42
Brescia	29	41
Chieti	33	41
Modena	29	39
Cagliari	37	37
Reggio Emilia	25	29
Piacenza	27	28
Bergamo	24	27
Salerno	24	24
Bari	23	23
Trieste	19	23
Pistoia	16	22
Caserta	21	21
Cremona	21	21
Lecce	20	21

non transita dall'*homepage*.

2015 (15 giugno 2015/31 dicembre 2015)

14.218 accessi a tutte le sue sezioni;

142.262 visualizzazione di pagine;

72.726 visualizzazione di pagine uniche;

4.675 accessi attraverso *homepage*.

Per conoscere la distribuzione geografica del suo utilizzo è interessante leggere la seguente tabella che, esclusa Roma, evidenzia le principali città da cui accedono più numeri.

Non mancano, per accessi da note città internazionali (Tirana, Londra, Wycombe - UK -, Gerusalemme, Casablanca, Lugano, Zurigo, Rio de Janeiro, S. Paolo, Istanbul ecc. ecc.)

n.b. I dati di accesso da *homepage* sono già contenuti nei dati di accesso a tutte le sezioni.

UTENZA ALLA CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

La biblioteca della sede, come anticipato, in questa progressiva conversione digitale ha visto mutare le esigenze dell'utenza.

Per gli infermieri iscritti è il luogo in cui possono richiedere servizi complementari alla consultazione in remoto: assistenza personalizzata alla ricerca bibliografica, accesso al cartaceo italiano e internazionale, richiesta presso altre biblioteche di articoli non disponibili. Per coloro che non sono iscritti al Collegio è il luogo di accesso all'area digitale: frequentatori più numerosi sono allora gli infermieri iscritti ad altri Collegi che lavorano a Roma e gli studenti delle Scuole infermieristiche, già utenti tradizionali.

Questi ultimi si rivolgono inizialmente alla manualistica e alla letteratura italiana, per convergere poi sulle risorse internazionali nella 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* e articoli cartacei ricerche svolte su PubMed o sul Cinahl con

gli insegnanti.

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

Nell'anno 2015, 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 eventuali altre ritenute necessarie per la ricerca dell'utente.

Relativamente ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti si registrano dai moduli i seguenti numeri:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **870** utenti (rispetto ai 1010 utenti dello scorso anno si registra un decremento del **13,86%**);

- consultazione autonoma delle banche dati: **250** (rispetto ai 188 utenti dello scorso anno si registra un incremento del **32,97%**);

- consultazione assistita delle banche dati: **228** (rispetto ai 165 utenti dell'anno passato si registra un aumento del **38,18%**).

Per un totale di **1348** 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 del tutto stabili, confermando un'utenza fidelizzata che utilizza sempre più intensamente le banche dati. Utile aggiungere che la biblioteca di sede, oltre ad essere il *back office* della biblioteca digitale, presta assistenza telefonica o via mail agli infermieri che in accesso remoto abbiano difficoltà alla consultazione o a registrarsi o necessitino di recuperare le proprie credenziali di accesso, in quest'ultimo caso sono indirizzati al supporto tecnico Ispavi, il solo che può operare in tal senso.

L'incremento d'uso degli strumenti di indicizzazione (Ilisi, Cinahl e PubMed) è evidente: Ilisi, com'è noto, è propedeutica alla consultazione del cartaceo italia-

no e sono numerosissimi gli utenti che accedono con una bibliografia Ilisi, 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 **37,01%** di quanti hanno consultato il cartaceo (scorso anno, il 28,41%).

Più particolarmente, tra quanti hanno consultato i periodici italiani (490): il **65,71%** (322) si è espresso positivamente, il **3,26%** (16) si è espresso negativamente, il **31,02%** (152) non si è espresso.

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso alle risorse elettroniche, 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 e elettronico, presenti anche sul sito del Collegio nella pagina dedicata alla Biblioteca di sede.

La valutazione da parte dell'utenza è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile e per il servizio offerto.

LE POSTAZIONI INFORMATICHE

Le postazioni informatiche sono tre ed utilizzate esclusivamente per l'accesso alla Biblioteca digitale (Catalogo, banche dati Ilisi, Cinahl, Nursing Reference Center, Cochrane, PubMed, OPAC ACNP). Il modulo per la consultazione delle banche dati, consente di tracciare al meglio gli accessi degli utenti alle singole banche dati.

Ne è esclusa la Cochrane Collection PLUS, consultabile solo in sede, 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 quella svolta con il responsabile di biblioteca, prevalentemente il martedì mattina e per appuntamento, ma anche nei pomeriggi di consultazione quando possibile.

Per "autonoma" s'intende la ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotto ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso dell'interfaccia.

Dinanzi all'offerta variegata di banche dati, complessivamente, in sede, la banca dati Cinahl è stata consultata da 337 utenti, registrando un incremento rispetto allo scorso anno del **9,41%** e rappresentando comunque il **7,70%** delle statistiche d'uso totali del Cinahl. Interessanti gli incrementi di tutte le altre banche dati, particolarmente Ilisti: PubMed registra un incremento del **57,81%**, OvidSP del **138,88%**, Ilisti del **48,09%**.

NRC (103) rimane con un valore sostanzialmente identico che rappresenta il **17,69%** del totale (scorso anno 16,74%). 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.

Con 438 accessi si registra rispetto allo scorso anno un decremento del **31,98%**, mantenendo pur sostanzialmente simile il numero dei documenti scaricati (258) ed incrementando del **200,44%** gli *abstract* reperiti.

PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO CARTACEO

I PERIODICI

Come anticipato, l'attenzione ora è, ove possibile, di convertire il cartaceo in formato elettronico per ampliare l'accesso all'utenza remota e, non ultimo, per contingente i problemi di spazio. Rimane comunque significativa la presenza del

2015	Cinahl	NRC	PubMed	OvidSP	ILISI
Cons. Ass.	176	58	53	13	89
Cons. Aut.	161	45	48	30	105
Totale	337	103	101	43	194

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

Cochrane	Accessi	Ricerche	FullText	Abstract
2015	438	2.853	258	679
2014	644	4.812	273	226

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 (12-15-18 mesi), è il caso di *Journal of Clinical Nursing* e di *Journal of Advanced Nursing*.

Nel 2015, la lista dei titoli rimane invariata.

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

Per le monografie, la biblioteca ha acquisito, nel corso dell'anno, dieci, nuovi libri di Infermieristica (relativi alla pratica clinica, al diritto pubblico, all'apprendimen-

to della lingua inglese per la 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, sperimentalmente, ovvero in maniera informale, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di *Document Delivery* che richiede ad altre Biblioteche, in regime di scambio gratuito, 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: 14

Richieste evase per altre biblioteche: -

Anno	Tot. Abbonamenti Attivi Periodici cartacei	Abb. Periodici Internaz.	Abb. Periodici Italiani
2015	32	12	20
2014	32	12	20

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE E RICERCA

Nel 2015, la commissione ha continuato i suoi consueti lavori con le professionalità presenti in commissione arricchite di nuove entrate all'inizio dell'anno.

Il gruppo è così formato: Carlo Turci, tesoriere; Eleonora Bruno, Barbara Di Donato, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla.

Per l'aspetto informatico la commissione è supportata dal *webmaster* del Collegio. La commissione ha focalizzato la sua attività sulla preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica, con il corso itinerante di mezza giornata intitolato: "L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale", per il quale riceve continue e sempre numerose richieste.

Il corso 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.

Il corso, pur mantenendo le sue caratteristiche principali, è stato modificato per una nuova edizione nel suo *format*, per evidenziare ancor meglio agli infermieri l'importanza della ricerca infermieristica per la pratica clinica, diventando così: "La Ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle Banche dati online".

Per l'attività formativa la commissione, quindi, ha tenuto sul territorio i seguenti corsi itineranti, per un totale di cinque eventi formativi:

30/4/2015, Ospedale Figlie di San Camillo

16/5/2015, Asl Rm B

11/6/2015, San Camillo Forlanini

16/6/2015, Ifo

12/11/2015, Policlinico di Tor Vergata (nuova edizione)

PROGETTO ILISI

Progetto di costituzione ed ora cura della banca dati Ilisi, se ne ricordano organizzazione e 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: Presidente, M.L. Pulimeno e Tesoriere, C. Turci.

- Gruppo di progetto: E. Bruno, B. Di Donato, E. Fanfera, G. Finocchi, S. Martelli, M.R. Monaco, P. Nappini, C. Onofri, A. Pizzalla, A. Stievano, C. Turci.

- Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2014):

Teresa Compagnone, Paola Cortesini, Barbara Di Donato, Valentina Biagioli, Tiziana Di Giovanni, Tania Diottasi, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Mauro Iossa, Lorian Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Eleonora Pettenuzzo, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Silvia Sferrazza, Daniela Trinca. Sono usciti dal progetto, al termine del 2014, per sopraggiunti impegni personali: Barbara Gargano, Giulia Antonina Petrangeli, Pietro Vaccaro. L'occasione è perfetta per ringraziarli molto della loro estesa e proficua collaborazione.

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 presso la sede Ipasvi.
3. 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.

4. Indicizzazione in modalità remota di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse.
5. Revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione.
6. Presentazione del progetto e della banca dati in eventi significativi della comunità infermieristica.
7. Continua fruizione pubblica del database sul sito del Collegio www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi
8. Gestione materiale organizzativo: anagrafica, abbinamenti, annate pregresse ecc.
9. 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 territorio, 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 definizione (scope note). Ora terminato nella sua struttura definitiva, si è giunti finalmente alla revisione finale di *editing*. Sul piano del software utilizzato wikindx (open access), con il nuovo webmaster è in fase di test la nuova versione 3.8.2 che prevede più livelli gerarchici per il thesaurus, 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 di indicizzazione per formare nuovi indicizzatori ed assicurare il *turnover*.

Il plauso per quanto fatto e l'enorme progettualità futura

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) continua a far parlare di sé la comunità scientifica internazionale, grazie a quanto già fatto.

Ma, soprattutto, per la mole di lavoro prevista per il prossimo anno.

E l'occhio puntato alla Storia dell'Infermieristica.

I PROGETTI 2015

Nel 2015, i progetti attivati sono stati **38**, che, sommati a quelli degli anni precedenti, fanno un totale di **130** progetti all'attivo per il Cecri.

Ben **48**, sono quelli attualmente in corso che vedono coinvolti: infermieri di Asl, Ospedali, Irccs, Istituti penitenziari, cliniche, liberi professionisti, sociologi, medici, biologi, psicologi, statistici, nonché Università italiane e straniere; Scuole di dottorato; associazioni professionali; Società scientifiche e associazioni di tutela dei cittadini.

In questi sei anni di attività, sono stati coinvolti: oltre **12mila infermieri**; sei Università italiane e altrettante straniere; il Ministero della Salute e diverse associazioni e società scientifiche.

Per quanto concerne gli *outcome* dei progetti, dalle ricerche effettuate sono scaturiti oltre **50 articoli scientifici pubblicati** prevalentemente su riviste internazionali (per citarne alcuni: Simeone S, Savini S, Cohen M.Z, Alvaro R, Vellone E, *The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation*. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014 Feb 2; Vellone E, Savini S, Fida R, Dickson V.V, Melkus G, Carod-Artal F.J, Rocco, G, Alvaro R, *Psychometric Evaluation of the Stroke Impact Scale 3.0*. Journal of Cardiovascular Nursing. doi: 10.1097/JCN.000000000000145;

Cocchieri A, Riegel B, D'Agostino F, Rocco G, Fida R, Alvaro R, Vellone E, *Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care*. European Journal of Cardiovascular Nursing. Doi: 10.1177/1474515113518443. 2014), nonché la pubblicazione di **otto libri** sulle ricerche svolte.

Eccoli tutti, divisi per Poli di appartenenza.

POLO 1

- ◆ Costruzione di un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale VI fase.
- ◆ Gli *stakeholders* nella formazione universitaria: ruolo e coinvolgimento nei CdL in Infermieristica.
- ◆ Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto. Strumenti relazionali e professione infermieristica".
- ◆ Etica, deontologia, aspetti giuridico-professionali ed organizzativi.
- ◆ Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del III anno del CdL in Infermieristica della Regione Lazio.
- ◆ La cultura della sicurezza e la gestione del rischio clinico/assistenziale: aspetti organizzativi e strumenti operativi.

- ◆ Didattica e storia. Dall'assistenza all'infanzia all'Infermieristica pediatrica: immagini e documenti di una professione in continua evoluzione in Italia e in Europa.
- ◆ Didattica e storia. Il fondamento del pilastro del Cecri per la storia dell'Infermieristica in collaborazione con il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing-University of Pennsylvania.
- ◆ Formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio.

POLO 2

- ◆ "Mi prendo cura di me". Le esperienze di *self-care* delle persone affette da Bpco.
- ◆ La dignità professionale infermieristica negli ospedali Magnet e in quelli non Magnet. L'attuazione del modello Magnet in Italia.
- ◆ Salute organizzativa e infermieri: uno studio a livello multicentrico italiano.
- ◆ *Self-care* e contributo al *self-care* nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto su pazienti e sui *caregiver*.
- ◆ La documentazione infermieristica nelle aree di medicina e Rsa.
- ◆ Analisi dell'impatto del Cecri sul cambiamento culturale dell'Infermieristica in Italia.
- ◆ Errori di terapia a domicilio nei bambini

con patologia cronica: studio osservazionale e sviluppo di strategie preventive.

- ◆ Utilizzo del *nursing minimum data set* del Pai per descrivere l'assistenza infermieristica e valutare il suo impatto.
- ◆ Sodio bicarbonato per ripristinare la pervietà del lume del catetere venoso centrale in Oncoematologia pediatrica: studio retrospettivo.
- ◆ Stili di vita, salute e benessere degli infermieri e degli studenti infermieri italiani.
- ◆ *Self-care* e qualità di vita negli anziani con malattie croniche.
- ◆ Effetto dell'intervento educativo mirato per migliorare il *self-care maintenance* e qualità di vita nelle donne in post-menopausa.
- ◆ Valutazione della capacità del Ssn di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extra istituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.
- ◆ Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici.
- ◆ L'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita. Studio multicentrico sui centri di terapia del dolore della rete del comune di Roma.
- ◆ *Patient Centred Care*: il vissuto della persona con patologia respiratoria cronica.
- ◆ Assistenza centrata sulla famiglia in Neonatologia e soddisfazione dei genitori, nuovi metodi per la valutazione nel tempo.
- ◆ Apprendere dagli errori: uno studio sull'*error management* nel contesto infermieristico.
- ◆ La fragilità come determinante dell'uso dei servizi socio-sanitari.
- ◆ Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle Terapie Intensive. Uno studio multicentrico italiano.

POLO 3

- ◆ Formazione *blended on line* per l'Infermieristica.
- ◆ L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale.
- ◆ Corso di inglese scientifico per il *Nursing* (tre livelli).
- ◆ Parlare e comprendere l'inglese contemporaneo (tre livelli).
- ◆ La ricerca delle evidenze scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati *on line*.
- ◆ Servizio di consulenza per l'Infermieristica.

POLO 4

- ◆ Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*.
- ◆ *Evidence Based Practice* e pratica clinica: fantasia o realtà?
- ◆ Il processo infermieristico nella presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco dall'ospedale al territorio: opportunità nella Regione Lazio.
- ◆ Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto.

I PROGETTI 2016

POLO I

- ◆ La costruzione di un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale VII fase.
- ◆ Gli *stakeholders* nella formazione universitaria: ruolo e coinvolgimento nei CdL in Infermieristica.
- ◆ Etica, deontologia, aspetti giuridico-professionali ed organizzativi.
- ◆ Validazione e applicazione di uno strumento per la conoscenza libero professionale.
- ◆ Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel

percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del III anno del CdL in Infermieristica della Regione Lazio.

- ◆ *Risk management*.
- ◆ Didattica e storia. Dall'assistenza all'infanzia all'Infermieristica pediatrica: immagini e documenti di una professione in continua evoluzione in Italia e in Europa.
- ◆ Didattica e storia. Il fondamento del pilastro del Cecri per la Storia dell'Infermieristica in collaborazione con il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing-University of Pennsylvania.
- ◆ Formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio.
- ◆ "Mi prendo cura di me". Le esperienze di *self-care* delle persone affette da Bpco.
- ◆ La dignità professionale infermieristica negli ospedali Magnet e in quelli non Magnet. L'attuazione del modello Magnet in Italia.
- ◆ *Self-care* e contributo al *self-care* nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto su pazienti e sui *caregiver*.
- ◆ Salute organizzativa e infermieri: uno studio a livello multicentrico italiano.
- ◆ La documentazione infermieristica nelle aree di medicina e Rsa.
- ◆ Errori di terapia a domicilio nei bambini con patologia cronica: studio osservazionale e sviluppo di strategie preventive.
- ◆ Utilizzo del *nursing minimum data set* del Pai per descrivere l'assistenza infermieristica e valutare il suo impatto.

POLO 2

- ◆ Stili di vita, salute e benessere degli infermieri e degli studenti infermieri italiani.
- ◆ *Self-care* e qualità di vita negli anziani con malattie croniche.
- ◆ Effetto dell'intervento educativo mirato per migliorare il *self-care maintenance* e qualità di vita nelle donne in

post menopausa.

- ♦ Valutazione della capacità del Ssn di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extra istituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.
- ♦ Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici.
- ♦ L'impatto del dolore cronico non oncologico sulla qualità di vita. Studio multicentrico sui Centri di terapia del dolore della rete del comune di Roma.
- ♦ Assistenza centrata sulla famiglia in Neonatologia e soddisfazione dei genitori, nuovi metodi per la valutazione nel tempo.
- ♦ Apprendere dagli errori: uno studio sull'*error management* nel contesto infermieristico.
- ♦ Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle Terapie Intensive. Uno studio multicentrico italiano.
- ♦ Studio multicentrico sulla resilienza del *caregiver* in cure palliative. Progetto formativo per la diffusione dei primi risultati.
- ♦ Migliorare la qualità del lavoro nelle organizzazioni sanitarie: il rispetto della

dignità professionale infermieristica nei rapporti intra ed interprofessionali.

- ♦ Valutazione dei fattori di rischio e delle conseguenze della sarcopenia sulle persone anziane, uno studio sul campo.
- ♦ L'impossibilità a comunicare. L'esperienza comunicativa della persona tracheostomizzata (Epct) in ventilazione meccanica in Terapia Intensiva. Studio fenomenologico.
- ♦ Analisi del fabbisogno di assistenza infermieristica nei servizi sanitari e sociali nel Lazio.
- ♦ Modelli di organico infermieristico ed esiti assistenziali nella realtà ospedaliera italiana.
- ♦ Promuovere il self-care e migliorare la qualità di vita: percorsi innovativi di riabilitazione del paziente stomizzato attraverso il modello del *Case Management*. Uno studio multicentrico.

POLO 3

- ♦ Formazione *blended on line* per l'Infermieristica.
- ♦ Ricerca bibliografica *blended*.
- ♦ Servizio di consulenza per l'Infermieristica.
- ♦ La ricerca delle evidenze scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati *on line*.
- ♦ Corso di indicizzazione per Ilsi.
- ♦ Corso di inglese scientifico per il Nur-

sing (tre livelli).

- ♦ Parlare e comprendere l'inglese contemporaneo (tre livelli).
- ♦ Formazione in Metodologia della Ricerca.

POLO 4

- ♦ Ebp: l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà operativa attraverso la rete del Joanna Briggs Institute.
- ♦ *Evidence Based Practice* e pratica clinica: fantasia o realtà?
- ♦ Il processo infermieristico nella presa in carico del paziente affetto da scompenso cardiaco dall'ospedale al territorio: opportunità nella Regione Lazio.
- ♦ Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto.
- ♦ Formazione in Ebp per il miglioramento della pratica assistenziale.
- ♦ L'arteterapia in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni.

La novità del 2016 sarà la pubblicazione (tramite Report a livello nazionale e testo dedicato) del progetto di ricerca sull'**Infermiere di famiglia**, terminato il 20 febbraio 2015, primo, in Italia, ad essere finanziato dal Ministero per il 2014.

Info: www.centrodieccellenza.eu



Collegio Provinciale IPASVI di Roma



Ministero della Salute



Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

10 Maggio 2016

Ministero della Salute • Auditorium Biagio d'Alba - Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Con il patrocinio di:

Ministero della Salute - Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi -
Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing at the University of Pennsylvania -
Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) - Consejo General de Enfermeria - Regione Lazio

Condurre il cambiamento e avanzare il sistema salute

PROGRAMMA

8,00-8,30 Registrazione partecipanti
8,30-9,00 Saluti istituzionali e introduzione ai lavori

PRIMA SESSIONE:

Condurre il cambiamento e avanzare il sistema salute

Moderatori: Ausilia Pulimeno - Stefano Casciato

9,00-9,30 Il futuro del nursing: condurre il cambiamento per migliorare la salute

Julie Fairman

9,30-10,00 Gli avanzamenti della pratica infermieristica in Spagna

Maximo Gonzalez Jurado

10,00-10,30 Educazione e pratica come mezzi appropriati per assicurare la sicurezza dei pazienti. La migrazione degli infermieri a livello internazionale

Franklin Shaffer

10,30-11,00 I progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e Ricerca Infermieristica: condurre il cambiamento e avanzare il sistema salute

Gennaro Rocco

11,00-11,30 **Coffee break**

11,30-13,30 **TAVOLA ROTONDA:** Il ruolo dell'infermieristica di famiglia e di comunità per migliorare l'applicabilità, l'efficacia, la sicurezza e la qualità dell'assistenza ai pazienti e migliorare i percorsi organizzativi integrati per gestire le condizioni di cronicità

Moderatori: Paolo Romano - Alessandro Stievano
Barbara Mangiacavalli
Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Ausilia Pulimeno

Presidente IPASVI Roma

Franklin Shaffer

Direttore Generale Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli USA (CGFNS)

Julie Fairman

Professore Barbara Bates Center per la storia del nursing Università della Pennsylvania

Dyanne Affonso

Presidente Onorario Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica Ipasvi Roma

Maximo Gonzalez Jurado

Presidente Consiglio Generale di Infermieristica di Spagna

Rosaria Alvaro

Professore associato di nursing - Università Tor Vergata - Roma

13,30-14,30 Lunch

SECONDA SESSIONE:

I progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e Ricerca Infermieristica

Moderatori: Ausilia Pulimeno - Maria Grazia Proietti

14,45-15,15 Il progetto di accreditamento del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica presso il *Joanna Briggs Institute*
Stefano Casciato - **Angela Peghetti** - **Maria Matarese**

15,15-15,45 Un modello per la valutazione del Core Competence Infermieristico nell'esame di abilitazione professionale

Maria Grazia De Marinis - **Anna Marchetti**

15,45-16,15 Self-care e contributo al self-care nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto su pazienti e sui caregiver

Ercole Vellone - **Marco Paturzo**

16,15-16,45 Assistenza centrata sulla famiglia in neonatologia e soddisfazione dei genitori, nuovi metodi per la valutazione nel tempo

Immacolata Dall'Oglio

16,45-17,15 Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici

Maria Grazia De Marinis - **Michela Piredda**

17,15-18,00 Discussione con i partecipanti sull'impatto dei progetti del Cecri sulle politiche sanitarie

18,00-18,15 Prolusione conclusiva

Dyanne Affonso

18,15-18,30 Consegna attestati di partecipazione

Responsabili scientifici: Ausilia Pulimeno - Gennaro Rocco

Segreteria Scientifica: Stefano Casciato, Natascia Mazzitelli, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Carlo Turci, Maurizio Zega

Segreteria Organizzativa: Marco Tosini, Simonetta Bartolucci, Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Claudia Lorenzetti, Ilma Molinaro, Matilde Napolano, Cinzia Puleio, Francesco Scerbo

Partecipanti: 250



Collegio Provinciale IPASVI di Roma



Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

13 Maggio 2016

Enpapi • Aula Florence Nightingale - Via Alessandro Farnese 3 - 00192 Roma Italia

Con il patrocinio di:

Enpapi

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing at the University of Pennsylvania

Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute

PROGRAMMA

8,00-8,30 Registrazione partecipanti
8,30-9,00 Saluti istituzionali e introduzione ai lavori
(Presidente Enpapi)
Mario Schiavon

PRIMA SESSIONE:

Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute

Moderatori: Ausilia Pulimeno - Stefano Casciato

9,00-10,00 La storia ha il suo peso: il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute
J. Fairman
10,00-10,30 Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute in Italia
G. Rocco
10,30-11,00 Florence Nightingale e Cristina Trivulzio di Belgiojoso: tra mito e realtà
L. Lancia
11,00-11,30 *Coffee break*
11,30-13,00 **TAVOLA ROTONDA: Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute**

Moderatore: Paolo Romano

A. Pulimeno

Presidente IPASVI Roma

J. Fairman

Ex-Direttore Barbara Bates Center per la storia del nursing University of Pennsylvania

R. Alvaro

Professore associato di nursing - Università Tor Vergata - Roma

C. Sironi

Presidente Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri (CNAI)

13,00-14,00 *Lunch*

SECONDA SESSIONE:

I progetti storici del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Moderatori: M.G. Proietti - A. Stievano

14,00-14,30 Progetti di ricerca tra il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica - Ipasvi Roma e il Barbara Bates Center per lo studio della storia del nursing - University of Pennsylvania
G. Rocco - A. Pulimeno
14,30-15,00 Proposte per una linea di ricerca storica
J. Fairman
15,00-15,30 Dall'assistenza all'infanzia all'infermieristica pediatrica: immagini e documenti di una professione in continua evoluzione in Italia e in Europa
G. D'Elpidio - F. Masucci
15,30-16,00 La storia del nursing: l'infermieristica italiana nell'età del risorgimento
A. Fabbri
16,00-16,30 Conclusioni finali
D. Affonso
16,30-17,00 Discussione con i partecipanti sull'impatto dei progetti di storia infermieristica nel nursing italiano
17,00-17,30 Consegna attestati di partecipazione

Responsabili scientifici: Ausilia Pulimeno - Gennaro Rocco

Segreteria Scientifica: Stefano Casciato, Natascia Mazzitelli, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Carlo Turci, Maurizio Zega

Segreteria Organizzativa: Marco Tosini, Simonetta Bartolucci, Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Claudia Lorenzetti, Ilma Molinaro, Matilde Napolano, Cinzia Puleio, Francesco Scerbo

Partecipanti: 70

Troppi italiani curati ancora sulle barelle e il "tesoretto" del ministro Lorenzin annunciato in diretta tv

Lo ha ripetuto la presidente nazionale Ispasvi, Barbara Man-
giacavalli, anche nella puntata di **Ballarò** (9/2/2016) che
l'ha vista tra i protagonisti: "per risollevare il Servizio Sa-
nitario Nazionale dal baratro dei conti e riscattare la fiducia dei
cittadini non basta l'appropriatezza delle cure,
serve anche appropriatezza organizzativa.
Che passa soprattutto per gli infermieri, per il loro numero, per
il loro ruolo, per la loro sicurezza".

In questo senso, il 2015 si chiude con una buona notizia.

Italia Oggi (16/12/15) titola "Sanità, ri-
schii ai raggi x". Si legge: "Tutte le
strutture sanitarie devono attivare un'adeguata funzione di mo-
nitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario oltre a
percorsi di audit finalizzati allo studio dei processi interni. Lo pre-
vede un emendamento del governo al ddl stabilità 2016: si tratta
in sostanza dell'articolo sul risk management contenuto nella
legge sulla responsabilità professionale appena approvata nella
Commissione affari sociali della Camera". E inoltre: "Il governo
ha presentato alla legge di stabilità un emendamento che ri-
solve anche il problema delle nuove assunzioni di medici e in-
fermieri dovute all'entrata in vigore dei nuovi orari di lavoro. Le
nuove assunzioni di medici e infermieri verranno finanziate gra-
zie alle disposizioni previste in stabilità quali quelle sulla centra-
lizzazione degli acquisti, i piani di rientro previsti per enti pubblici
e aziende ospedaliere che erogano prestazioni di ricovero e cura
e, appunto, l'applicazione delle norme sul risk management".
Contestualmente, un ruolo importante lo reciteranno le Regioni.
Il **Quotidiano economico** spiega che: "dovranno adottare i nuovi
standard ospedalieri che comportano una riduzione dei posti
letto e, inoltre, avranno il compito di predisporre un piano stra-
tegico sul personale sanitario per una più efficiente allocazione
delle risorse umane disponibili. I risultati di questi piani strategici
saranno trasmessi, entro il 29 febbraio, al tavolo di verifica degli
adempimenti, al comitato permanente per l'erogazione dei Lea
e al tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del decreto sugli
standard ospedalieri che dovranno analizzare i dati ottenuti entro
il 31 marzo 2016. Se i risultati evidenzieranno problematiche re-
lative al personale, gli enti del Servizio sanitario nazionale po-
tranno indire, entro dicembre 2016, procedure concorsuali straor-
dinarie per l'assunzione di personale medico ed infermieristico".
Per la sanità di Roma c'è anche un'altra buona notizia che lascia
sperare nell'agognato sblocco delle assunzioni per riempire le
voragini aperte in questi anni negli organici infermieristici.

Il Messaggero (16/12/15) titola
"assistenziali, Regione promossa: «Verso la fine del commissariamento»". Nel servizio si leg-

ge: "Le verifiche svolte dal Ministero della Salute sono quelle
dei Lea e misurano ogni anno l'appropriatezza e l'efficacia dei
servizi sanitari garantiti da ogni Regione. Bene, sulle rilevazioni
riferite al 2014 la Regione Lazio arriva a 168 (sopra dunque al
punteggio di 160 soglia minima per garantirsi lo sblocco di nuovi
fondi). Supera anche una Regione virtuosa come l'Umbria e si
piazza al nono posto". E ancora: "Ha sottolineato il presidente
della Regione, Nicola Zingaretti: 'La fase del commissariamento
si sta chiudendo'".

Anche il nuovo anno comincia sotto buoni auspici.

Il Messaggero (2/1/2016) riferisce una notizia che restituisce un
po' di fiducia alla sanità privata romana in profonda crisi. "Co-
mune, debiti fuori bilancio: 30 milioni a strutture sanitarie" è il
titolo. Nell'articolo si legge: "Il commissario Francesco Paolo
Tronca, come ultimo atto del 2015, ha firmato la delibera che
prevede 'il riconoscimento della legittimità del debito fuori bilan-
cio, che l'amministrazione aveva contratto negli anni precedenti
nei confronti di strutture sanitarie assistenziali e centri di riabi-
lizzazione accreditati presso la Regione Lazio - si legge in una nota
del Campidoglio - Tale riconoscimento, che comporterà la liqui-
dazione di fatture emesse per un valore complessivo di circa 30
milioni di euro, darà nuova linfa alle strutture che svolgono servizi
assistenziali essenziali a tutela delle categorie più deboli'".

Il giorno dopo, sempre **Il Messaggero** (3/2/2016) informa del
dramma sfiorato nelle strutture sanitarie dei Castelli: "Asl, rin-
novato il contratto a 300 precari". E spiega: "Rinnovato in ex-
tremis il contratto di lavoro di 305 precari storici della sanità
pubblica. Evitato il rischio di tagliare servizi e reparti ospedalieri
per mancanza di medici, infermiere e di personale sanitario".

Con il 2016, parte l'annunciata riorganizzazione delle Asl romane.
Il Messaggero (3/1/2016) titola: "Rivoluzione Asl: ne restano
solo tre". Il servizio spiega: "Dimenticate le aziende sanitarie
qualificate con una lettera - A, B, C, D, E - abituatevi ad usare la
classificazione con i numeri. Non solo: su Roma non ci sono più,
dal primo gennaio, cinque aziende sanitarie, ma tre. In sintesi:
dall'unione della A con la E è nata l'Asl Roma 1; dall'unione della
B con la C l'Asl Roma 2; la D ora si chiama Asl Roma 3. Cosa
cambia? Secondo la Regione questa razionalizzazione garantirà
un risparmio annuo di oltre 60 milioni di euro. E sarà offerto al
cittadino un servizio più razionale, perché tre anni fa cambiarono
i confini dei municipi (da 19 a 15), ma non quelli delle Asl". E
ancora: "Quelle dell'hinterland si chiameranno Asl Roma 4, 5 e
6. Nel 2017 resteranno solo due Asl a Roma, con la 3 - che com-
prende anche Ostia - che sarà assorbita in parte dalla 1, in parte
dalla 2. Sui futuri confini c'è una riflessione in corso e sul tavolo
c'è anche l'ipotesi di creare una Asl del litorale che comprenda

Ostia e Anzio”.

Intanto, però, la situazione nei Pronto soccorso della capitale si fa sempre più esplosiva e i riflettori mediatici si riaccendono d'incanto.

IL TEMPO Il *Tempo* (7/1/2016) titola: “Tredici Pronto soccorso al collasso”. Il servizio fa il punto al giorno prima, quello della Befana: “Pronto soccorso romani ridotti letteralmente ‘in barella’, con ben 263 pazienti (Umberto I, San Camillo, Gemelli e Pertini i più congestionati con 49, 45, 39 e 25 in attesa di un posto letto). E affollati da altre 181 persone riversate nelle estenuanti sale d’attesa, con 372 pazienti in trattamento ed altri 136 ricoverati in osservazione breve o intensiva”.

la Repubblica La *Repubblica* (10/1/2016) torna sull'emergenza titolando “Roma, letti per terra al Pronto soccorso”. Il servizio rivela: “Pazienti in barella, che aspettano un letto in reparto anche da otto giorni, malati psichiatrici legati che urlano disperati da una settimana, una settantina di persone, anche loro in lettiga, ammassate in uno stanzone a pochi centimetri l’una dall’altra. Non è un ospedale in una zona di guerra ma il Pronto soccorso del San Camillo, il più grande della capitale. E ora spuntano anche foto di pazienti sui materassi in terra. Ma i dirigenti di Regione e ospedale smentiscono”.

IL TEMPO Il *Tempo* (10/1/2016) rincara la dose, con il titolo “Sanità folle, 300 pazienti in attesa di ricovero”. Si legge: “Nei Pronto soccorso romani pazienti curati a terra, con infermieri e medici chinati sopra i sospetti di infarto sui materassi, in attesa che si liberi un posto letto. Barelle appiccicate senza spazio per il personale per poter assistere il paziente. E constatazioni di decesso dei morti accanto ai vivi. Non in uno ma in dieci ospedali, dal San Camillo al Pertini, ieri è stata una giornata d’inferno”. E si prova a fare qualcosa...

Il Messaggero Il *Messaggero* (28/1/2016) titola “Mai più barelle nel Pronto soccorso, all’Umberto I nasce la Holding area”. Il quotidiano romano la spiega così: “Una struttura - realizzata anche grazie ai fondi straordinari della Regione Lazio per il Giubileo - di fatto intermedia tra il Pronto soccorso e i vari reparti del più grande ospedale universitario romano, che corre in aiuto dei pazienti e punta a contrastare l’annoso problema del sovraffollamento nell’area delle emergenze. Un nuovo reparto a degenza diurna - circa 700 metri quadrati di superficie, nove stanze ognuna dotata di un bagno, per 21 posti letto complessivi - che esaurirà la propria attività con il trasferimento dei pazienti nei reparti entro le 19 della medesima giornata”.

La delusione degli infermieri per gli annunci e le assicurazioni non ancora seguite da fatti concreti fa il paio con l’allarme lanciato dall’Ipsavi e pubblicato con

Italia Oggi salto da *Italia Oggi* (8/1/2016) con il titolo “Personale sanitario, assunzioni a rischio beffa”. Si legge: “Non c’è pace per il personale del Servizio sanitario nazionale. Se è vero, infatti, che le assunzioni di medici e infermieri per coprire l’orario secondo le regole Ue saranno fatte sulla base dei risparmi di spesa che riusciranno a mettere in atto le Regioni, è

pur vero che data la lentezza della procedura all’orizzonte si sta affacciando l’ipotesi di attingere a risparmi su voci contrattuali oggi destinate a premialità, servizi e incentivazioni. A lanciare l’allarme è stata la Federazione italiana dei collegi degli infermieri, tramite la presidente Barbara Mangiacavalli”.

L’Europa è lontana ma qualcosa si muove e almeno la tessera c’è.

L’Unità L’*Unità* (18/1/2016) titola: “Giù le barriere del lavoro per infermieri e farmacisti”. L’articolo spiega: “Via le barriere lavorative per i professionisti italiani davanti ai quali si allarga un mercato di ambito europeo. Entra infatti in vigore oggi la tessera professionale Ue, una sorta di ‘passaporto’ che per ora interessa cinque categorie di professionisti: infermieri, farmacisti, fisioterapisti, guide alpine e agenti immobiliari. Per loro sarà più facile ottenere il riconoscimento delle proprie qualifiche professionale da parte degli altri Paesi, con un taglio di tempi e di costi burocratici”.

Qui da noi, invece, si discute di poltrone.

24 ORE Il *Sole24Ore* (21/1/2016) titola “I manager di Asl e ospedali scelti in un albo”. Il servizio spiega: “Per i direttori generali di Asl e ospedali cambiano le regole d’ingaggio. Al prossimo giro, ma tra non pochi mesi, in attesa che si definiscano tutti gli atti attuativi, si ricomincia dall’albo (o elenco) unico nazionale. E anche per le altre due figure della triade di comando degli enti sanitari - i direttori sanitari e amministrativi - ripartirà un nuovo percorso di scelta. Lontani dalle clientele politiche o sindacali, è l’auspicio. È il filo conduttore della riforma per la selezione dei manager delle aziende del Ssn sbarcata ieri sera in Consiglio dei ministri nel grappolo dei decreti delegati della Legge Madia sulla Pa”.

Intanto, dalla Regione arrivano novità importanti e un segnale atteso da tempo.

Il Messaggero Il *Messaggero* (30/1/2016) riferisce dell’annuncio del presidente Zingaretti: “Svolta nella sanità, assunte 400 persone”. Si legge: “Nuovi medici, infermieri e ancora operatori socio-sanitari, tecnici e ostetriche. La Regione Lazio rimette in moto la macchina della sanità pubblica grazie all’assunzione di 394 professionisti che, a partire dal prossimo primo febbraio, prenderanno servizio, con contratti a tempo determinato, negli ospedali nonché nelle Asl e nell’Ares 118. Una boccata d’ossigeno ma soprattutto una certezza in più contro gli effetti del commissariamento che dal 2007, a causa del blocco del turnover, aveva portato alla perdita in tutta la regione di oltre 8 mila professionisti”.

Ai media piace concentrarsi sulle cose che non vanno. Talvolta, però, sono pronti a sottolineare anche l’eccellenza della sanità romana e dei suoi professionisti, come per la notizia rilanciata da *Il Tempo* (4/2/2016) con il titolo “Multitrapianto contemporaneo in tre pazienti al Bambino Gesù”. Il servizio riferisce: “Un fegato e due reni per tre pazienti, di cui uno di appena otto mesi. Una maratona trapiantologica di 17 ore al Bambino Gesù, che ha richiesto l’uso in parallelo di 3 sale operatorie e l’impiego di 24 specialisti tra chirurghi, infermieri e anestesisti. Uno sforzo giustificato dalla necessità di preservare al massimo l’integrità

e la funzionalità degli organi”.

Ma è solo un breve raggio di sole sulla buona sanità che annuncia una nuova tempesta.

Stavolta, l'attenzione della stampa si concentra su un terribile scandalo che coinvolge alcuni operatori sanitari di un centro di riabilitazione neuropsichiatrica di Grottaferrata.

Il Messaggero (9/2/2016) titola “Lager per disabili, dieci arresti: botte e sevizie anche su minori”. E racconta: “Orrore in un centro di riabilitazione neuropsichiatrica di Grottaferrata. Sedici giovani, tra i quali anche bambini, venivano maltrattati dagli operatori, presi a schiaffi e ginocchiate, segregati in camera e trascinati per i capelli lungo i corridoi. Nei confronti dell'assistente socio-sanitario il Gip ha disposto la custodia cautelare in carcere e per altri nove gli arresti domiciliari”. Sui tg e sul web impazza, in modo ossessionante, il filmato delle sevizie e tutt'Italia inorridisce.

Si parla anche di infermieri coinvolti e il Collegio Ipasvi interviene con una nota stampa esprimendo “sconcerto e riprovazione per gli odiosi reati appurati in sede di indagine dalla Procura della Repubblica di Velletri grazie alle investigazioni dei Carabinieri del Nas di Roma”. Si legge ancora: “Qualora, all'esito delle verifiche in corso, tra gli operatori coinvolti in questa orribile storia risultassero degli infermieri, a tutela dell'immagine pubblica della categoria e della professionalità dei suoi iscritti, questo Collegio non esiterà a procedere con provvedimenti disciplinari adeguati alla gravità del caso. La comunità infermieristica non può accettare che il comportamento criminale di qualcuno offuschi l'impegno di tanti professionisti che, con coscienza e umanità, svolgono ogni giorno un lavoro difficile nel rispetto del codice deontologico”. Ci pensa il ministro della Sanità a riportare un sorriso di speranza sulla bocca degli operatori sanitari, annunciando di aver scovato un “tesoretto” da destinare al personale.



Avenire (11/2/2016) titola “ministro Lorenzin: trovato un tesoretto”. Nel servizio si legge: “Metti un tesoretto della sanità. E non qualche briciola: un miliardo e mezzo di euro in più, spuntati all'improvviso grazie ai miglioramenti dell'economia e alla crescita del Pil. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, è soddisfatta: ‘Abbiamo fatto dei calcoli con la Ragioneria dello Stato: sono cifre ancora non ufficiali, ma se non succede niente di drammatico abbiamo al netto del budget già deciso nella Stabilità per il 2017 circa 1,5 miliardi in più da spendere’”. L'annuncio, fatto in tv martedì sera, secondo la Lorenzin, dovrebbe cogliere persino il premier Renzi di sorpresa: “Ancora non lo sa. Ora cerchiamo di non farcelo portare via”, continua sorridendo. Il ministro pensa di agire ‘sul turn over del personale sanitario e sui farmaci innovativi’. Speriamo sia davvero così.

Intanto, a Roma, si avvera un sogno a lungo inseguito dal Collegio. Finalmente, dopo quasi un decennio, si sblocca il concorso al policlinico Umberto I.

IL TEMPO Il Tempo (1/3/2016) annuncia: “Zingaretti: assumiamo sessanta nuovi infermieri”. E spiega: “Il presidente della Regione Lazio Nicola Zin-

garetti ha annunciato 60 assunzioni di infermieri all'ospedale Umberto I tramite l'indizione di un nuovo concorso pubblico”.

Il Messaggero Il Messaggero (1/3/2016) titola: “Umberto I, concorso pubblico: «Assunzione per 60 infermieri»”. Nel servizio si legge: “La Regione ha autorizzato il bando per l'assunzione di 60 infermieri a tempo indeterminato al Policlinico Umberto I. Non avveniva da nove anni. Si tratta del primo concorso pubblico di queste dimensioni da quando la sanità del Lazio è soggetta al commissariamento - spiegano in Regione - ed è significativo che ciò avvenga proprio al Policlinico Umberto I che in questi anni è ricorso all'utilizzo maggiore di forme di esternalizzazione rispetto

la Repubblica ad altre aziende sanitarie”. **La Repubblica pubblica** (1/3/2016) aggiunge: “È una delle prime tappe dello sblocco del turnover e un ritorno, per l'Umberto I, alla gestione diretta del personale sanitario. Dopo nove anni la Regione dà il via libera a un concorso pubblico per l'assunzione di infermieri e lo fa attraverso un decreto firmato ieri governatore del Lazio, Nicola Zingaretti che di fatto autorizza l'azienda ospedaliera a bandire un concorso per 60 infermieri attraverso una procedura di selezione in modo da stilare una graduatoria definitiva. Il primo concorso pubblico nel Lazio con numeri così alti”.

Buone notizie anche sul fronte delle Case della salute.

La Repubblica (4/3/2016) titola: “Case della Salute, dalla Regione 5,5 milioni alle Asl”. “Ora sono nove - spiega l'articolo - ma il progetto è di portarle a 19 entro la fine del 2016. Le Case della salute, nate per offrire una rete territoriale di cure primarie e di continuità assistenziale, raddoppiano. Partite oltre un anno fa in sordina, nei weekend di febbraio hanno avuto oltre 55 mila accessi. Un dato non certo trascurabile per la Regione che ora per allargare la rete ha messo a disposizione delle Asl cinque milioni e mezzo di euro”. E ancora: “Il progetto prevede che le nuove case della salute vengano distribuite tra Roma, area metropolitana, nella provincia di Viterbo e in quella di Frosinone e ad Aprilia. Nella Capitale ne verranno aperte tre”.

IL TEMPO Il Tempo (9/3/2016) è più scettico: “Uno strano caso sulle Case della salute si apre in Regione - scrive il quotidiano romano - che annuncia 10 nuove strutture, con le quali perfezioniamo il primo anello della rete che prevedeva una Casa per ogni distretto. Ma i Distretti socio-sanitari nel Lazio sono 48, di cui 19 solo a Roma, mentre le Case della salute aperte finora sono soltanto 9. I Programmi operativi 2013-2015 avevano previsto di ‘attivare nell'area romana 5 case della salute entro il 31.12.2014’. Ma, 15 mesi dopo, a Roma ne sono attive solo 3: in via Fra' Albenzio, in via Tenuta di Torrenova e l'altra sul lungomare di Ostia. Ora la Regione non lascia, ma raddoppia con l'annuncio di altre 3 nuove case romane: ‘Una a Labaro, presso il Poliambulatorio Clauzetto, con un investimento di 200 mila euro; una in via Circonvallazione Nomentana 498, con una spesa di 650 mila euro, e una in via Tuscolana, presso il Poliambulatorio Don Bosco di via Antistio 12, con un investimento di 600 mila euro’”.

Anche gli infermieri saranno *risk manager* Approvato il Ddl

Coordinatori del *risk management* non saranno più solo dei medici specializzati in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti o con comprovata esperienza almeno triennale nel settore, come prescrive la legge di stabilità 2016 che ha accolto lo stralcio di un articolo del Ddl anticipandone l'entrata in vigore, ma potrà essere svolto anche dai medici legali e da altro personale dipendente delle strutture sanitarie con adeguata formazione ed esperienza almeno triennale.

A prevederlo è il disegno di legge sulla responsabilità professionale ("Delega al Governo per la modifica della disciplina in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e per la riduzione del relativo contenzioso", AC 259) approvato dall'Aula della Camera il 27 gennaio scorso.

Per gli infermieri, quindi, il Ddl apre le porte anche alla possibilità di assumere nuove responsabilità nella gestione del rischio, per-

ché, come ripetuto da numerosi deputati durante l'esame in aula, quello sul paziente è un atto sanitario, senza esclusività e le responsabilità vanno a chi in un determinato momento e per un determinato processo assistenziale assiste il paziente.

La modifica, introdotta in Aula a Montecitorio prima del voto finale sul provvedimento anche grazie al precedente intervento sul relatore (Federico Gelli, Pd) della senatrice **Annalisa Silvestro**, non è la sola rispetto al testo uscito dalle commissioni.

Tra le altre, l'ambito di intervento della responsabilità professionale viene estesa anche alle strutture socio sanitarie, viene esclusa la possibilità di effettuare segnalazioni anonime al garante per il diritto alla salute, è rimandata a un decreto del ministero dello Sviluppo economico l'individuazione dei requisiti minimi e delle caratteristiche di garanzie per le polizze assicurative delle strutture sanitarie, che dovranno essere individuati





anche per le forme di auto-assicurazione e per le altre misure di assunzione diretta del rischio.

Sulle azioni di rivalsa, un emendamento del relatore Gelli ha previsto che quelle nei confronti dell'esercente la professione sanitaria possano avvenire solo per dolo e colpa grave ed è confermato il tetto massimo di tre annualità lorde per agevolare la stipula di assicurazioni a prezzi calmierati. Infine, è escluso dall'iter il possibile intervento della Corte dei Conti.

Un'altra modifica prevede che i verbali e gli atti legati all'attività di gestione del rischio clinico non possano essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari e sempre in materia di responsabilità, quella di tipo extracontrattuale, con il ribaltamento dell'onere della prova e prescrizione dimezzata a cinque

anni, è stata estesa anche ai medici di medicina generale. Infine, il ruolo delle linee-guida: varranno come raccomandazione e dovranno essere indicate dalle società scientifiche e dagli istituti di ricerca individuati da un decreto del ministro della Salute e iscritti in un apposito elenco richiesta. Prima di essere pubblicate dovranno avere la "bollinatura" dell'Istituto superiore di Sanità, che le inserirà nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg).

Il Ddl conferma l'obbligo di assicurazione per tutti - aziende Ssn, strutture ed enti privati operanti in regime autonomo o di accreditamento con il Ssn che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi e per gli operatori sanitari - ma nella versione finale approvata alla Camera si estende la copertura anche per i professionisti che vanno in quiescenza, di cui le polizze dovranno tenere conto nella formulazione delle polizze. *«In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa - è scritto - deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa anche agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta».* In ogni caso, a tutela del paziente, *«la garanzia assicurativa è estesa anche agli eventi accaduti durante la vigenza temporale della polizza e denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo».*

Su questo tema, il 14 dicembre del 2015, si era tenuto a Roma, a Palazzo Valentini, un incontro pubblico sul Ddl Gelli, al quale ha partecipato anche la presidente del Collegio provinciale Ipa-svi, **Ausilia Pulimeno**, che ha commentato positivamente il provvedimento, evidenziando criticità sugli audit e sul fatto che l'attività di gestione del rischio sanitario non sia solo prerogativa dei camici bianchi: "Ci sono esperti anche non medici".

A Bologna la Conferenza nazionale delle politiche della professione

Si è svolta a Bologna l'VIII edizione della Conferenza nazionale delle politiche della professione infermieristica dal titolo "La mappa di un percorso. La dirigenza infermieristica gestionale e professionale: focus sullo stato dell'arte e prospettive di sviluppo".

Ai lavori ha preso parte una nutrita delegazione di infermieri, dirigenti e non, provenienti dal Lazio e rappresentanti del Collegio Ispavi di Roma.

"Gli infermieri dirigenti puntano, grazie alla loro sempre maggiore qualificazione professionale, a contribuire a disegnare una riorganizzazione delle strutture e di appropriatezza non solo delle prestazioni, ma anche dei percorsi di cura e dei modelli organizzativi - ha dichiarato la presidente nazionale della Federazione, **Barbara Mangiacavalli**, nella sua relazione introduttiva -. Per farlo, c'è bisogno di attivare un confronto sugli ambiti in cui l'azione può essere svolta. Infatti oltre alla questione 'normativo-regolamentare' c'è anche la questione del significato e dell'opportunità di avere un livello manageriale e di governo delle risorse assistenziali nei nostri sistemi complessi: quali risultati assistenziali, organizzativi, di sistema, realizza la dirigenza infermieristica? Quali sono gli elementi di forza e di valore che la presenza dell'infermiere dirigente dà al sistema salute?"

A dare risposte sono stati esponenti di spicco accademici, della Pubblica amministrazione, delle Regioni, del Governo e della professione.

"La legge Madia di riforma della Pubblica amministrazione deve rivedere i modelli - ha sottolineato **Carlo Mochi Sismondi**, pre-

sidente Forum Pa - non per lasciare tutto come è ora, ma per rivoluzionare la visione e il ruolo della Pa che deve essere soprattutto agile, nel senso di dare un po' meno attenzione all'efficienza e un più all'efficacia, rispondendo alla necessità di semplificazione che i cittadini richiedono. E a proposito di dirigenza, vanno rivisti i termini del concetto stesso che deve essere analoga a quella che l'Ocse riconosce e non con le anomalie italiane in cui intere categorie sono definite tali, ma dirigenti non sono".

"Per gli infermieri il concetto di dirigenza parte da lontano - ha spiegato la senatrice **Annalisa Silvestro**, membro del Comitato centrale Ispavi -, ma il suo punto di arrivo deve essere quello che va oltre il concetto di gestione e rende applicabile alla clinica e all'assistenza le capacità della categoria. A partire dalle nuove competenze che devono svilupparsi lungo i due assi, manageriale e clinico, appunto, - perché nel lavoro pubblico ciò che conta realmente è la qualità della prestazione professionale e quella degli infermieri deve essere ed è a tutto tondo".

Silvestro ha sollecitato gli infermieri a manifestarsi in maniera sempre più incisiva nel sistema, cercando anche il confronto con il legislatore "per fare in modo che impostazioni legislative tengano conto delle esigenze rappresentate dalla comunità". Un atteggiamento che, però, ha evidenziato Silvestro, non va confuso con la difesa dell'esistente: "A volte si pensa che chiudersi in se stessi e nell'esistente rappresenti un modo per mettersi al riparo dalle criticità, ma è proprio restando chiusi e immobili in uno spazio delimitato che si rischia di fare la fine del

topo". La senatrice ha quindi sollecitato gli infermieri ad essere sempre più "aperti, sensibili e permeabili al cambiamento". Cambiamento che, ha evidenziato Silvestro, "è richiesto con forza dal contesto sociale, economico e culturale, ma anche dalla domanda di salute dei cittadini".

Federico Lega, professore associato dell'Università Bocconi, ha confermato il ruolo crescente dell'infermiere, descrivendone una responsabilità trasversale e multidisciplinare, inserendolo nel ciclo strategico delle aziende e trasformandolo nella "quarta gamba" del-



la responsabilità aziendale. Secondo Lega, infatti, la professione di infermiere è quella che di più conosce cosa fare per i servizi alla persona. E in questo i professionisti non si devono limitare ad agire secondo indicazioni altrui, ha detto, ma presentare idee e proposte, con maggiore responsabilità e titolarità, nella consapevolezza di essere obbligati a fare bene.

Tuttavia, ci sono ancora ostacoli da superare.

“Il primo è la revisione di una legislazione complessa che - ha spiegato **Grazia Corbello**, dirigente alla direzione generale delle Risorse umane e delle professioni del ministero della Salute -

ha realizzato norme che innescano forme di dirigenza quasi in contrasto tra loro e che dovrebbero essere rese trasparenti e uniformi per consentire di sapere di chi si parla e cosa fa rispetto al Servizio sanitario nazionale. La revisione dei contratti potrebbe, anzi dovrebbe, essere l'occasione per chiarire le situazioni e dare certezze. Quello dei contratti, tuttavia, non è un settore facile”.

Sergio Gasparrini, presidente dell'Aran, parla chiaro: per rinnovarli e per sedersi a un tavolo valido servono risorse che non ci sono. Gasparrini ha detto chiaramente che i 300 milioni stanziati dal Governo servono a coprire lo 0,25% di un rinnovo che per raggiungere aumenti del 2,5% dovrebbe prevedere almeno 2-3 miliardi di disponibilità economiche. Così, le condizioni per una trattativa economica non ci sono e il presidente dell'Aran ha spiegato di averlo ben chiarito al Governo. L'altro scoglio per l'apertura dei tavoli è la revisione delle aree contrattuali che, secondo Gasparrini, va assolutamente conclusa prima dell'avvio della trattativa, prevedendone anche una specifica per la sanità. Gasparrini ha concluso che per il contratto saranno essenziali quattro presupposti spesso dimenticati o fraintesi: partecipazione, relazioni sindacali, comunicazione e confronto. Solo così, secondo il presidente Aran, sarà possibile rivedere ruoli e com-



petenze, definendo il vero assetto della componente essenziale della sanità: le risorse umane

Massimo Garvagalia, assessore al Bilancio della Regione Lombardia e presidente del Comitato di settore Regioni-Ssn ha sottolineato, in questo senso, che, se è vero che non c'è copertura per i contratti, per ottenere risultati tangibili nella riforma della Pa e nel nuovo modello di Servizio Sanitario Nazionale che si vuole disegnare, è necessario capire chi c'è che ci lavora e cosa fa - e anche in questo senso andrà il monitoraggio richiesto alle Regioni da effettuare nei primi mesi 2016 sulle piante organiche -, infermieri compresi che stanno assumendo, anche per la nuova demografia della popolazione, un ruolo e una posizione sempre più di primo piano. “Basterebbe la capacità che avete di stare accanto alle persone, che il tecnicismo non dà, per rendere indiscussa la vostra leadership”.

Così, a conclusione dei lavori, **Francesco Bevere**, direttore generale dell'Agenas, ha quindi, sottolineato il nuovo ruolo che gli infermieri devono assumere nel Servizio Sanitario Nazionale, sia alla luce della formazione che il protocollo Agenas-Ipasvi sta percorrendo, sia nell'ottica di un miglioramento del sistema, della ricerca di una “reputazione” del professionista che supera anche la qualifica e il ruolo.

Celebrato l'VIII Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale

A novembre, al Policlinico Sant'Andrea, l'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait), in collaborazione con il Collegio Ipasvi di Roma ed il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica (Cecri), ha celebrato l'VIII Congresso nazionale, con un convegno dal titolo: *"Infermieristica globale: i cambiamenti in atto nella società multiculturale e multi-etnica italiana"*.

Un momento di riflessione sulle nuove direttive europee e su competenza e responsabilità a cui ha preso parte anche la presidente nazionale Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli** il cui intervento si è soffermato soprattutto sui punti salienti del decreto legislativo di recepimento della direttiva 2013/55/UE sulla tessera professionale europea.

Nel testo, tra l'altro, sono individuate le competenze che la normativa Ue prevede per gli infermieri. Un tema "caldo", per così dire, e dibattuto a livello nazionale e professionale: *"In un momento in cui nazioni come l'Inghilterra dichiarano di voler diventare autosufficienti dal punto di vista del personale sanitario -*

ha detto Mangiacavalli - in Italia dobbiamo presidiare con attenzione il recepimento della direttiva, garantendo ai nostri cittadini un servizio sempre all'altezza, sia da un punto di vista della conoscenza della lingua italiana, sia da un punto di vista di curriculum universitario dell'infermiere comunitario che approda sul nostro mercato. Le competenze che il decreto legislativo richiede e che sono quelle previste nell'Ue per gli infermieri potrebbero già di per sé chiudere la partita delle polemiche aperte contro la naturale crescita della nostra professione. Il decreto legislativo chiede agli infermieri 'responsabili dell'assistenza' di essere autonomi e avere competenze per individuare le cure infermieristiche necessarie, pianificarle, organizzarle e prestarle ai pazienti, di orientare famiglie e gruppi verso stili di vita sani, di intervenire, sempre 'autonomamente', per il mantenimento in vita e in situazioni di crisi e catastrofi, di fornire consigli, indicazioni e supporto a chi ne ha bisogno e a chi si cura di loro, di garantire e anche valutare la qualità delle cure infermieristiche. E chiede inoltre che gli infermieri partecipino, con altre profes-

sioni, alla formazione pratica del personale sanitario e di lavorare tutti a stretto contatto. Cioè, quello che, da tempo, ribadiamo e chiediamo con forza".

I lavori presentati sono stati particolarmente ricchi di contenuti e apprezzati per il loro taglio scientifico e il Congresso Ait è stata anche la cornice ideale per la presentazione del Dossier Statistico Immigrazione 2015, a cura di Idos.

Le ondate migratorie, infatti, rendono più che mai necessaria, anche in campo sanitario, una strategia di comprensione del fenomeno che integri diversi livelli e aree di conoscenza per ri-



(da sinistra) Pittau, Fabriani, Vattakottayil, Mangiacavalli, Pulimeno, Stievano

spondere alle sfide dell'integrazione in società multietniche, caratterizzate da nuove forme di solidarietà, di condivisione, di corresponsabilità.

*"Con questa giornata - ha spiegato il presidente Ait, **Alessandro Stievano** - abbiamo voluto condividere valori e progetti tra gli infermieri e gli altri operatori sanitari che, oggi più che mai, si trovano di fronte a nuove sfide deontologiche ed etiche, che coinvolgono persone di differenti etnie, lingue, culture e religioni".* I dati sull'immigrazione sono stati illustrati dal past president del Dossier Statistico per l'Immigrazione, **Franco Pittau**.

A livello nazionale, nel Dossier si evince che la popolazione immigrata (allocata prevalentemente al nord e al centro della Penisola) è composta da oltre cinque milioni di persone: oltre il 7% di tutta la popolazione italiana.

La presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno** ed **Alessandro Stievano** hanno illustrato alcuni dati infermieristici sulla presenza di infermieri stranieri a Roma e nelle macro-aree italiane (nord, centro, sud); mentre all'infermiere e sociologo **Giordano Cotichelli** è toccato mettere in luce le grandi disuguaglianze rispetto alla tema "salute" che si rilevano in alcuni Paesi



soprattutto africani, facendo l'esempio dell'Uganda.

Al tavolo dei relatori anche **Loredana Fabriani**, direttore corso di Laurea magistrale all'università La Sapienza, Roma, Sede San Camillo-Forlanini, vice presidente Ait; ed i consiglieri **Paolo Tarrantino** e **Philip Joseph Vattakottayil**.

L'ESPERIENZA

"Polvere Rossa" un libro per aiutare i volontari

Fra gli interventi molto apprezzati dell'VIII Congresso Ait va annoverato quello della collega **Nadia Monari** che ha presentato un'esperienza di missione sanitaria presente, da alcuni anni, in Kenya (Chaarria Mission Hospital).

Qui, medici ed infermieri italiani (tra cui la stessa Monari) prestano la loro opera di volontariato fra la popolazione più indigente.

A tal proposito, è stato proiettato il video di presentazione del libro "Polvere Rossa" (di fratel Beppe Gaido e Mariapia Bonanate, edizioni San Paolo), che ha tenuto tutta la platea in silenzio ed ha rapito l'attenzione dei partecipanti con la storia di un piccolo centro che, "per volere della gente" è diventato un presidio sanitario che offre 160 posti letto.

La polvere del titolo "... è diventata il simbolo di una condizione umana, di un popolo, di un'epopea meravigliosa..." ed è col ricavato delle vendite del libro che si potrà aiutare la missione stessa, visto che ogni acquisto sarà devoluto in beneficenza.

L'esperienza dei volontari in Africa ha anche un blog dedicato: chaariahospital.blogspot.it

Targa Nightingale "svista" del Comune corretta solo in parte

Sull'ultimo numero della rivista abbiamo dedicato uno spazio alla clamorosa "svista" del Comune di Roma che, all'interno di Villa Doria Pamphili (in una rete di strade dedicate a donne che si sono distinte nella storia per la loro attività e per i risultati della loro professionalità), ha intitolato un viale a Florence Nightingale, fondatrice della moderna ed efficiente istruzione infermieristica, con un errore madornale: indicandola, cioè, come "medico".

Insomma, l'ennesima occasione sprecata per essere ancora più orgogliosi della professione...

Ma, chiaramente, non è mancata l'immediata replica a firma della presidente Fnc Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, e di quella del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno, che hanno inviato una lettera al sindaco di Roma e al presidente del XII Municipio della Capitale di cui Villa Pamphili fa parte. L'errore, non a caso, era stato prontamente segnalato al Collegio e alla Fe-

derazione da un numero elevatissimo di infermieri e di loro associazioni, indignati nel vedere un pezzo della "loro" storia confuso con un altro, con estrema leggerezza, visto che sarebbe bastata una banale ricerca per reperire le giuste attribuzioni demografiche e professionali.

E a voler essere precisi, non solo la Nightingale non è stata, ovviamente, un medico, ma non è nata neppure nel 1823 (com'era stato scritto), ma nel 1820 (a Firenze, appunto).

Da allora, dunque, cos'è successo? L'intervento correttivo (come mostrano le foto in pagina) c'è stato, ma semplicemente eliminando la dicitura "medico" e del tutto la data di nascita e di morte, mentre nella missiva veniva esplicitamente richiesto che fosse rimossa l'"*indicazione stradale scorretta, sostituendola con quella corretta: viale Florence Nightingale-Infermiera (1820-1910)*".



DOPO



Ospitalità in ospedale per il Giubileo dei Malati e dei Disabili

La bolla di indizione del Giubileo è incentrata sulla "Misericordia" e sull'idea-guida che l'evento debba essere decentrato a livello delle singole diocesi.

La quarta virtù corporale - "Alloggiare i pellegrini", sul piano operativo, dunque, può essere connessa alla seconda virtù spirituale: "Insegnare a chi non sa".

L'ospitalità per i pellegrini e, attualizzando il messaggio della Chiesa, per le nuove popolazioni internazionali mosse dalla motivazione di conoscere le tradizioni cattoliche locali per integrarsi nelle comunità locali (turisti culturali e migranti, in particolare) è da considerarsi, pertanto, una virtù corporale per inculcare la fede all'interno della nuova evangelizzazione indotta dalle intense mobilità umane.

Il binomio ospitalità-mobilità costituisce, quindi, un ambito in cui operare: in particolare, dal 10 al 12 giugno si svolgerà, a Roma, il Giubileo dei Malati e dei Disabili che prevede di ospitare decine e decine di migliaia di malati e di diversamente abili accompagnati da parenti, e organizzati dalle associazioni cattoliche del Terzo settore operanti nella sanità.

Da vari studi risulta che il personale infermieristico, medico e amministrativo, specie chi è a contatto con il pubblico di pazienti e di parenti, richiede di potenziare le loro competenze professionali in termini relazionali e organizzativi per poter "personalizzare" le prestazioni.

In particolare, le metodologie e le buone pratiche dell'ospitalità commerciale e di quella extra alberghiera (offerta dalle case per ferie degli istituti religiosi), possono essere connesse a tale potenziamento per creare una rete interorganizzativa e soddisfare meglio le esigenze di malati e disabili.

L'ospedale ospitale è quello che migliora la gestione dei servizi di pernottamento, il *day hospital*, la ristorazione, il sistema informativo, anche in funzione dell'accoglienza dei parenti dei malati provenienti da città lontane, in occasione di cure più o meno lunghe o periodiche.

Anzi, quanto più un ospedale romano o laziale è un "magnete" di eccellenza nazionale tanto più si porrà la questione dell'ospitalità, per migliorare la qualità della vita dei lavoratori, dei malati-disabili e dei *caregiver*.

In occasione del Giubileo dei Malati e dei Disabili si possono portare a casa i primi risultati di una ricerca scientifica che faccia

il punto sui seguenti temi:

- diagnosi sistemica di com'è attualmente strutturata la rete organizzativa e inter-organizzativa di un campione di 20 ospedali ospitali per delineare la rete sociale che connette lavoratori, malati-disabili e organizzazioni del turismo sociale che già operano con buone pratiche;
- rilevazione dei possibili miglioramenti, sia sul piano delle competenze generali del personale che su quello di progetti speciali innovativi realizzabili nei tempi brevi e lunghi, utili a rinnovare i network esistenti o per realizzarne di nuovi.

Questo, attraverso uno studio comparativo sull'ospedale ospitale nei Paesi ad economia avanzata, utilizzando banche dati e riviste scientifiche in lingua italiana, inglese e francese.

Indispensabile per il *benchmarking* e per ricevere idee innovative già sperimentate.

O anche una ricerca empirica mediante il metodo dei *case-studies* delle attività che già vengono svolte dalle associazioni professionali e del Terzo settore operanti nel network dell'ospedale ospitale.

Verranno svolte almeno 100 interviste semi-strutturate ad opinion leader impegnati nelle interdipendenze settoriali tra lavoratori, malati-disabili e accoglienza dei parenti e raccolta di dati su fonti primarie fornite dagli intervistati.

Utili per definire un *position paper* della situazione così com'è, attualmente, a Roma e nel Lazio.

Il *focus group* sarà composto da almeno 10 elementi fra manager degli ospedali, infermieri, medici, amministrativi, personale religioso, che hanno avuto o hanno in corso contatti diretti con i malati-disabili e i loro parenti, dopo aver presentato e fatto circolare la ricerca precedente.

Un modo per individuare i punti deboli dell'offerta e migliorare la qualità dei servizi in generale e, in modo puntuale, alcune criticità dei singoli ospedali.

E per quanto concerne le implicazioni pratiche, i risultati intermedi e finali della ricerca verranno messi a disposizione dei decision maker affinché possano prendere motivate decisioni di carattere strategico e operativo.

A tal fine, verrà redatto un manuale estremamente pragmatico ispirato alla "Problematologia turistica" che individua, tramite una domanda, una questione, fornendo quelle che, allo stato attuale, appaiono le soluzioni migliori, più efficaci ed efficienti.



Al Bambino Gesù presentati i risultati di uno studio sull'assistenza alle famiglie supportato dal Cecri

Quali sono le politiche e l'organizzazione che sottendono l'Assistenza centrata sulla Famiglia nelle Terapie Intensive Neonatali (Tin) in Italia? Qual è l'orientamento dei professionisti rispetto all'Assistenza centrata sulla famiglia: percepiscono l'importanza del modello e ne mettono in pratica i principi? Come possiamo migliorare la relazione con i pazienti e le loro famiglie?

A queste domande si è cercato di rispondere in occasione della conferenza "Assistenza centrata sulla famiglia e orientamento alla Relationship-Based Care" tenutasi presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù il 22 maggio 2015.

L'evento, organizzato dalla Struttura per la Formazione e la Ricerca Infermieristica, in collaborazione con il Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica, ha coinvolto anche la Scuola di dottorato in Scienze Infermieristiche dell'Università di Tor Vergata.

L'argomento del corso ha riguardato l'Assistenza centrata sulla famiglia in Neonatologia e come questa sia vissuta - e percepita - dai genitori e dai professionisti impiegati, nonché su come sia orientata la struttura sanitaria e la sua organizzazione in tal senso.

Per l'occasione, è stato illustrato il processo di validazione del questionario Empathic-N, uno strumento efficace per misurare la soddisfazione dei genitori in Tin.

Lo studio di validazione, coordinato dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, ha coinvolto nove Tin italiane durante lo scorso anno ed è stato supportato da un finanziamento del Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica del Collegio Ispasvi di Roma. Non a caso, in apertura e a moderare, sono intervenuti il vicepresidente Ispasvi Roma, **Stefano Casciato**, ed il direttore scientifico del Cecri, **Gennaro Rocco**.

Il questionario in questione ha chiesto ai genitori di esprimere il loro giudizio su diversi punti considerati importanti e alla base dell'assistenza centrata sulla famiglia relativi a: l'informazione, l'assistenza e il trattamento, la partecipazione dei genitori, l'organizzazione, e l'attitudine dei professionisti (per es. informazione regolare e condivisione delle decisioni; accessibilità al reparto; proposta, educazione e partecipazione all'assistenza al proprio bambino, preparazione alla dimissione, tempestività delle cure fornite,

igiene dell'ambiente e dell'incubatrice, disponibilità dell'équipe, etc.). Hanno risposto al questionario 162 genitori, esprimendo un giudizio complessivamente positivo: infatti, il punteggio dato dai genitori alle singole "affermazioni" proposte era, in media, superiore a 5 (valore massimo 6). Anche alle due domande di carattere generale ("Potremo raccomandare questo reparto/sezione di Tin a chiunque si dovesse trovare in una situazione simile alla nostra" e un'altra analoga) hanno risposto in modo altrettanto positivo. Infine, il voto superiore a "9" (punteggi da 1 a 10) dato ai medici e agli infermieri: dimostrazione evidente del tanto lavoro che viene fatto quotidianamente e con passione per i pazienti.

Alcuni rappresentanti delle Tin che hanno partecipato allo studio di validazione hanno descritto la loro esperienza e come hanno orientato alcuni cambiamenti nella loro Uo in relazione a quanto riportato dai genitori, apportando così un notevole contributo dimostrando la ricaduta nella pratica di questo percorso.

Inoltre, sono stati presentati i risultati preliminari di uno studio multicentrico in corso, a cui partecipano numerose Tin italiane che mira ad approfondire il tema dell'Assistenza centrata sulla famiglia in Tin, esplorando le possibili relazioni tra la soddisfazione dei genitori, il punto di vista degli operatori e l'orientamento della struttura e dell'organizzazione rispetto all'Assistenza centrata sulla famiglia.



I risultati preliminari erano relativi ad una survey condotta sulle Tin italiane allo scopo di identificare le priorità per il cambiamento e il miglioramento dell'organizzazione verso l'Assistenza centrata sulla famiglia. Dieci, i temi esplorati dallo strumento: leadership, definizione di qualità/filosofia dell'assistenza, familiari come consulenti e leader, modelli di assistenza, informazioni/educazione per le famiglie, grafiche e documentazione, supporto alle famiglie e al bambino, miglioramento della qualità, pratiche del personale, ambiente e struttura. I risultati indicano una forte necessità di cambiamento.

D'altro canto, alcuni ambiti sembrerebbero ritenuti meno prioritari per il cambiamento, come il miglioramento della qualità, l'informazione/educazione, le famiglie come consulenti/leader.

Infine, sono stati presentati anche i risultati preliminari relativi a 257 questionari somministrati ai professionisti sanitari in servizio presso le Tin (medici, infermieri ed altre professionalità).

Per tutti gli ambiti esplorati dal questionario (la famiglia è una costante, la collaborazione tra genitori e professionisti, il riconoscimento dell'individualità della famiglia, la condivisione delle informazioni, il bisogno di sviluppo del bambino, il supporto tra genitori, il supporto emotivo e finanziario, la struttura del sistema di cura, il supporto emotivo al personale che assiste) si è evidenziata una differenza tra la necessità percepita nella teoria e la pratica quotidiana, a conferma del fatto che, nonostante l'importanza dell'Assistenza centrata sulla famiglia sia riconosciuta dagli operatori, alcune difficoltà ne ostacolano ancora la piena messa in pratica.

Dalle risposte è emersa l'importanza fondamentale della qualità della comunicazione e la necessità di supporto, tanto per i genitori quanto per i professionisti.



Proprio per la crescente attenzione che riceve l'aspetto comunicativo all'interno della relazione assistenziale, soprattutto in un ambito così peculiare come quello della Tin, il professor **Jos Latour** (della Plymouth University, UK) ha tenuto una lezione magistrale sul modello della *Relationship-based Care*.

Latour ha illustrato la cornice generale del modello e come questo si integra come parte dell'Assistenza Centrata sulla famiglia, aggiungendo all'attenzione per la relazione con le famiglie, quella trasversale tra gli operatori. Un buon clima tra gli operatori che prendono in carico i bambini e le loro famiglie, dunque, rende più efficace l'assistenza.

La conferenza ha visto la partecipazione di un grande numero di infermieri e altri professionisti provenienti da tutt'Italia, confermando l'interesse che questo tema suscita tra gli operatori e l'importanza che riveste nella pratica clinica. Si è trattata di un'importante occasione di condivisione di esperienze, in un clima di supporto reciproco orientato al miglioramento della qualità assistenziale.

Memorial Riccelli per ricordare il cammino della "Scuola Diretta a Fini Speciali"

A 50 anni dall'avvio del primo percorso formativo universitario, non si può non tributare un omaggio di profonda ammirazione e riconoscenza alla splendida figura infermieristica di Italia Riccelli, emblema iconografico della professione declinata all'italiana. La Riccelli aveva messo a servizio dell'Infermieristica la sua stessa vita; sua è la lungimiranza nel ritenere maturi i tempi per cominciare a guardare "oltre la siringa", avviando una formazione universitaria ricca di contenuti assistenziali, ma anche di lavoro organizzato. Di ritorno da realtà professionali esplorate oltre confine rispetto alla formazione delle infermiere, aveva riportato con sé idee e proponimenti di grande forza innovativa. Iniziò così il cammino della "Scuola Diretta a Fini Speciali" per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica (Dai). Nel 1965, Italia Riccelli precorre addirittura i moti rivoluzionari del '68 istituendo un percorso formativo di più largo respiro, allo scopo di andare oltre la mera esecuzione di compiti imposti; che diversificasse, dunque, aree di interesse ben precise da perseguire, ossia: l'organizzazione del lavoro (il management infermieristico); la cura del rapporto contrattuale di lavoro; la formazione. Erano queste le idee su cui fondava i temi cruciali della crescita professionale. Oggi, da allora, molte frecce scoccate hanno raggiunto il traguardo, ma non bisogna dimenticare, visto che altre categorie professionali temono la competenza e la professionalità infermieristica e tentano di arrestarne l'ascesa. Non è un caso, infatti, se i Dirigenti dei Servizi Infermieristici, attualmente in carica con funzioni dichiarate nell'inquadramento giuridico dall'art. XV septem o in Po (come da ultimo Ccnl) non risultano decisionisti nelle strategie organizzative della struttura di appartenenza: forse conservano un ruolo consultoriale, ma sicuramente non decisivo. Invece, nel rapporto contrattuale, invece, l'impegno del professionista in-

fermiere nel farsi carico della cura degli aspetti giuridici che attendono alla carriera lavorativa, ha fatto passi da gigante nel combattere e posizionarsi sul podio dei dirigenti o quadri, molto spesso a capo di Uoc di grande prestigio, ma le difficoltà generali del Paese in fatto di economia hanno prodotto, anche in questo settore, battute d'arresto e per questo bisognerà impegnarsi di più, evitando gli scambi clientelari e tutelando la professione.

Infine, la formazione. Italia Riccelli volle differenziare la formazione post-base, ma chi può negare la necessità sempre più impellente di differenziare sul campo le competenze degli infermieri già nelle attività di base? Oggi non è più accettabile pensare a ruoli e funzioni per un infermiere "tuttofare". Ci sono saperi nascenti - i neo laureati - che si incanalano in specialità assistenziali a seconda delle necessità organizzative e che, dopo esperienze prolungate e significative in un determinato settore, non si possono più prelevare attraverso famigerati "ordini di servizio" per colmare lacune o vuoti di personale in organico. Oggi, anche sul piano dell'offerta formativa, ci sono tante varianti, per una più pertinente e peculiare risposta ai bisogni assistenziali: si tratta di una rosa di opportunità che ammiccano all'operatore di base per l'ampliamento delle competenze, ma che ancora nascondono le gravi incongruenze organizzative e di mercato del lavoro. L'infermiere laureato - spesso anche il laureato magistrale - è calato in una realtà lavorativa in cui il sistema gli chiede sempre di più, ma gli riconosce sempre di meno. Le nuove sfide per il futuro dell'Infermieristica? Le specializzazioni e il loro riconoscimento giuridico ed economico e l'appropriatezza di ruolo e di funzioni, perché il professionista preparato e competente deve essere al posto giusto per dare il meglio di sé.

"The Best Provider ECM" in tutt'Italia: Infermieri romani al secondo posto

Il Collegio Ipasvi di Roma si è classificato al secondo posto tra i migliori *Provider* formativi per attività prodotta nel 2015 nella categoria Ordini e Collegi professionali, nell'ambito dell'iniziativa "The Best Provider ECM 2015", che caratterizza la IV edizione dell'Annuario della Formazione in Sanità, attualmente in distribuzione. Un dato ancora più significativo, considerando che la prima posizione vede non un Ordine o un Collegio, ma una Federazione nazionale come la FNOMCeO. La rilevazione riguarda gli eventi accreditati dal mese di dicembre 2014 al mese di novembre 2015 ed è stata realizzata attraverso la Banca dati pubblica dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. In un "universo" di oltre mille *Provider*, risultare tra i più produttivi significa infatti aver saputo analizzare e interpretare meglio di altri la domanda di formazione del mercato in termini di contenuti, tipologie e metodologie formative. Al Collegio Ipasvi di Roma sarà per questo dedicata un'apposita sezione dell'Annuario della Formazione in Sanità 2016.



Annuario
della Formazione
in Sanità 2016

Una Guida ragionata al mondo della Formazione in Sanità



Agli oltre 4.000 operatori, alle 37.000 informazioni e ai 5.000 nomi della formazione diretta al mondo sanitario, si accompagneranno interventi ed approfondimenti sullo Stato dell'Arte e sugli indirizzi del settore a cura dei referenti istituzionali, professionali e scientifici. Il tutto organizzato in 700 pagine e 15 sezioni di facile consultazione e ricerca.

Accanto agli Organi di governo della formazione, l'Annuario presenta le Associazioni di categoria, i *Provider* ECM a livello nazionale e regionale, le Società ed associazioni scientifiche, gli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali, gli Uffici formazione delle strutture sanitarie, le Facoltà, i Dipartimenti e gli Istituti di alta formazione in campo sanitario, le Imprese di servizi e tecnologie a supporto della formazione, le Location, i Centri congressuali e i *Convention bureau*.

Sul sito www.ecmlink.it è possibile approfondire contenuti e novità della nuova edizione. Per riceverlo gratuitamente: <http://www.ecmlink.it/come-averlo.html>

Ecco la nuova Carta dei Servizi

Da sempre attento alla "missione" di servizio ai cittadini ed agli iscritti, il Collegio ha attuato una revisione della propria Carta dei Servizi, per adeguare le sue offerte alle mutate modalità di comunicazione. Oltre che per una più immediata fruizione.

Ma che cos'è la Carta dei Servizi?

Sicuramente, non un opuscolo informativo in senso stretto.

Sì, perchè, fin dall'inizio, abbiamo cercato di accogliere in pieno lo spirito dei decreti che l'hanno emanata:

- la direttiva del presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994: "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" (direttiva istitutiva per il servizio pubblico in generale);
- il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995: "Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari" e che obbligano tutte le strutture pubbliche che forniscono servizi a redigere una carta di impegno sulla qualità dei servizi stessi.

In sintesi, è una forma di tutela per i cittadini/utenti che hanno la possibilità di "misurare" gli standard qualificanti di ogni singolo servizio.

Ovviamente, la forma brochure/comunicazione non è stata scelta a caso; ed anche qui la Carta del Collegio crediamo contenga tutte le informazioni necessarie per i destinatari, privilegiando la praticità e l'immediatezza.

Cosa cambia nella nuova edizione?

L'edizione della Carta targata 2016, fermo restando l'aderenza ai Decreti istitutivi (che non è stata modificata), cerca di adeguarsi alle mutate condizioni della comunicazione che, dalla prima edizione, ha reso superate le modalità stesse di erogazione/fruizione dei servizi.

Basti pensare alla diffusione dell'utilizzo del web da parte della Pubblica Amministrazione che ha mandato in soffitta parole e strumenti quali "Televideo" e anche "fax".

Ora, i moduli per la gestione dell'Albo si scaricano, si compilano e si inviano on line solo per citare i più diffusi e la Carta proprio, per il mutato impegno, si è evoluta, adeguata.

Non è dunque un documento scritto sul mar-

mo: la nostra Carta dei Servizi sarà aggiornata e revisionata periodicamente, per restare al "passo coi tempi".

Un'ultima annotazione, ma non per questo meno importante: ne esisterà "solo" la versione on line, decisione che consentirà sì di risparmiare tra stampa e spedizione, ma che viene incontro anche alle auspiccate istanze di tutela dell'ambiente.

La Carta dei Servizi del Collegio Ipasvi di Roma è reperibile all'indirizzo: www.ipasvi.roma.it/_carta_dei_servizi



Obbligo per i professionisti di dotarsi della casella Pec: servizio gratuito

Si avvisano tutti gli iscritti al Collegio Ipa-svi di Roma che la certificazione dei crediti formativi di tutti gli eventi accreditati Ipa-svi dal primo ottobre 2015 sarà spedita



esclusivamente tramite POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (Pec). Pertanto si invitano gli iscritti a comunicare esclusivamente alla segreteria Ecm del Collegio (segreteriaecm@ipasvi.roma.it) il proprio indirizzo di posta elettronica certificata o di attivare gratuitamente una casella Pec utilizzando il servizio messo a disposizione dal Collegio stesso accedendo dal portale istituzionale <http://www.ipasvi.roma.it> (banner in alto a destra).

COMUNICATO STAMPA

Maltrattamenti in casa di cura, l'indignazione degli infermieri

A seguito del clamore mediatico relativo ai maltrattamenti subiti dagli ospiti di una casa di cura laziale, il Collegio Ipasvi di Roma, presieduto da Ausilia Pulimeno, ha deciso di diffondere un comunicato stampa, sia per stigmatizzare quanto accaduto, sia per tutelare il buon nome degli infermieri, dal momento che molte testate hanno riportato la notizia citando questi ultimi come principali artefici dei maltrattamenti. Nove dipendenti del Centro di Riabilitazione neuropsichiatrico "Eugenio Litta" sono attualmente ai domiciliari e uno è in carcere dopo l'operazione dei carabinieri del Nas. Dalle indagini è emerso che i degenti (16 ragazzi con gravi disabilità) venivano picchiati, ingozzati di cibo a forza, umiliati, insultati, segregati nelle loro stanze, come testimoniato dall'acquisizione di immagini e video di telecamere poste nella struttura dagli inquirenti. Le principali figure coinvolte nella vicenda - un educatore professionale e un assistente socio sanitario con funzioni educative - avevano atteggiamenti particolarmente autoritari e violenti, tanto da creare un clima di terrore nei giovani ospiti.

La Regione Lazio ha annunciato che si costituirà parte civile nel procedimento.

Riportiamo il testo integrale della nota diffusa dal Collegio Ipasvi di Roma:

"In relazione ai gravissimi fatti emersi a carico di alcuni operatori sanitari in servizio presso la casa di cura e riabilitazione 'Villaggio Eugenio Litta' di Grottaferrata, il Collegio Ipasvi di Roma e Provincia esprime sconcerto e riprovazione per gli odiosi reati appurati in sede di indagine dalla Procura della Repubblica di Velletri grazie alle investigazioni dei Carabinieri del Nas di Roma.

Le immagini dei maltrattamenti subiti dai giovani pazienti della struttura, diffuse in queste ore con grande clamore mediatico da tutti i mezzi d'informazione, colpiscono al cuore gli infermieri romani che ogni giorno, con abnegazione e spirito di sacrificio, dedicano le loro energie alla cura e all'assistenza di chi vive la fragilità della malattia o della disabilità.

Le responsabilità fin qui emerse a carico dei dieci indagati destinatari delle ordinanze di custodia cautelare risultano ancor più abiette e ripugnanti in quanto perpetrate ai danni di bambini e ragazzi particolarmente fragili e indifesi, con un quadro clinico segnato da patologie neuropsichiatriche gravi come ritardo mentale, epilessia e sindromi genetiche.

Qualora, all'esito delle verifiche in corso, tra gli operatori coinvolti in questa orribile storia risultassero degli infermieri, a tutela dell'immagine pubblica della categoria e della professionalità dei suoi iscritti, questo Collegio non esiterà a procedere con provvedimenti disciplinari adeguati alla gravità del caso.

La comunità infermieristica non può accettare che il comportamento criminale di qualcuno offuschi l'impegno di tanti professionisti che, con coscienza e umanità, svolgono ogni giorno un lavoro difficile nel rispetto del codice deontologico".

Gli interventi conservativi efficaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria nei pazienti anziani e anziani fragili

di Silvia Sferrazza, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Stenzelius K, Molander U, Odeberg J, Hammarström M, Franzen Ka, Midlöv P, Samuelsson E, Andersson G, "The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review". *Age and Ageing* 2015; 0: 1–9. doi: 10.1093/ageing/afv070.

INTRODUZIONE AL PROBLEMA

L'incontinenza urinaria (IU), definita dall'*International Incontinence Society* (Ics) come "una qualsiasi perdita urinaria", è un problema che si manifesta con maggiore frequenza tra le persone anziane over 65, con una prevalenza che va dal 30 al 40% in quelli residenti a domicilio. Tale prevalenza aumenta ulteriormente nei pazienti fragili ricoverati in case di riposo o Rsa.

L'IU comporta, nelle persone anziane che ne sono affette, una ridotta qualità di vita, dipendenza nelle attività di vita quotidiana (Adl), disturbi del sonno e dell'umore.

Alcuni studi clinici randomizzati (Rct) hanno dimostrato l'efficacia di alcuni trattamenti, come ad esempio gli esercizi del pavimento pelvico, la terapia farmacologica e la chirurgia, su individui giovani affetti da IU. Pochi Rct sono stati condotti su pazienti anziani e anziani fragili, e questi hanno valutato prevalentemente gli effetti dei trattamenti di tipo conservativo, come l'addestramento vescicale (*bladder training*), le minzioni secondo le abitudini (*habit training*), la minzione sollecitata (*prompted voiding*) e la minzione a tempo fissato (*timed voi-*

ding).

Alcune revisioni della letteratura erano state condotte in precedenza per valutare l'efficacia di alcuni interventi conservativi: Stenzelius et al., con la presente revisione, hanno voluto aggiornare i risultati delle precedenti, nonché confrontare l'efficacia di differenti trattamenti conservativi.

VALUTAZIONE CRITICA DELLA REVISIONE SISTEMATICA

Quesito di ricerca

È dichiarato l'obiettivo specifico?

La revisione intende ricercare l'evidenza scientifica relativa all'efficacia dei trattamenti conservativi per l'incontinenza urinaria utilizzati nella popolazione anziana e anziana fragile e gli effetti di tali trattamenti sulla qualità di vita.

Strategia della ricerca

Sono stati usati metodi completi di ricerca per individuare gli studi?

Sono state consultate le principali banche dati biomediche: Pubmed, Embase, Cochrane Library, Cinahl, includendo gli studi pubblicati dal 1 gennaio 1966 al 1 novembre 2013 in lingua inglese.

La revisione è stata completata, inoltre, dalla consultazione di libri di testo, siti

web e dalla bibliografia degli articoli reperiti.

Criteria di inclusione

Come sono stati selezionati gli studi?

Popolazione: nella revisione sono stati inclusi studi che valutavano l'efficacia di interventi conservativi su una popolazione anziana e anziana-fragile over 65 con IU.

Tipo di studi e di intervento: sono stati presi in considerazione gli studi clinici randomizzati e controllati (RCTs), i non randomizzati (Nrs) e gli studi prospettici, indicati per valutare l'efficacia dei trattamenti.

Il gruppo di controllo (Gc) veniva sottoposto alle normali cure standard e il gruppo sperimentale (Gs) ad uno o più trattamenti conservativi di tipo comportamentale o di stimolazione elettrica.

I trattamenti di tipo conservativo includevano esercizi della muscolatura pelvica e del pavimento pelvico (Pfe), attività fisica, *stretching*, programmi di terapia comportamentale, cura all'incontinenza integrata con fitness, aiuto nelle attività Adl, assistenza alle cure igieniche. Gli *outcome* considerati sono stati: episodi di incontinenza, perdita di urine, eventi avversi e qualità di vita.

Valutazione critica

È stata valutata la validità degli studi?

Due revisori, in maniera indipendente, hanno valutato la qualità degli studi reperiti.

Il rischio di bias è stato analizzato utilizzando una procedura strutturata di valutazione stabilita dal *Swedish Council of Health Technology Assessment (Sbu)* e ad ogni studio è stato assegnato un punteggio di rischio di *bias* che andava da "basso a moderato e fino a alto". Solo gli studi con rischio di *bias* da "basso a moderato" sono stati inclusi nella revisione.

Sintesi dei dati

Come sono stati aggregati gli studi?

È stata effettuata una sintesi qualitativa e una meta-analisi degli studi sulla base degli interventi conservativi valutati usando il programma *Review Manager 5.1* della *Cochrane Collaboration*.

Gli *endpoints* dicotomici sono stati misurati come differenza di rischio (Rd) e quelli continui come differenza media (Md) con un intervallo di confidenza del 95%.

Omogeneità degli studi

Gli studi hanno valutato tempi di *follow-up* diversi, differenti interventi conservativi anche combinati tra loro, e diversi *setting* (domiciliare o istituzione).

La meta-analisi è stata possibile solo su tre studi che hanno valutato gli effetti degli esercizi del pavimento pelvico associati all'esercizio fisico, e è stato utilizzato il *random effect model* a causa dell'eterogeneità degli studi.

RISULTATI

Gli articoli identificati sono stati 23, di cui solo nove (e uno pubblicato in due articoli differenti) sono stati considerati di "alta e/o moderata qualità metodologica" ed inclusi nella revisione, con una popolazione totale di 895 persone anziane.

Le ragioni di alto rischio di *bias* nei 14 studi esclusi erano da imputare all'elevata percentuale di *dropout*, alle differenti caratteristiche di base dei gruppi

valutati, ai criteri di selezione dei partecipanti poco chiari, alla mancanza di ceccità negli studi, a campioni piccoli e poco rappresentativi della popolazione.

I risultati sono stati presentati distinguendo gli interventi sulla base della popolazione-*target*, anziani residenti a domicilio e anziani fragili.

Tre studi, comparati in una meta-analisi (Kim et al., 2007, Kim et al., 2011, Sherburn et al., 2011), hanno valutato l'efficacia degli esercizi della muscolatura pelvica combinati con l'attività fisica in un gruppo di donne che vivevano a casa (età media 77-82 anni); la meta-analisi ha mostrato una significativa riduzione delle perdite urinarie e un miglioramento della qualità di vita correlata ai sintomi, anche se le evidenze a supporto dei risultati sono di "grado moderato".

L'educazione strutturata su anziani residenti a domicilio, valutata in un unico studio, ha mostrato una bassa evidenza nella riduzione delle perdite urinarie e sul miglioramento della qualità di vita (McFall et al., 2000).

Un programma di addestramento e aiuto nell'andare in bagno, abbinato ad esercizi funzionali, effettuato su pazienti fragili con incontinenza urinaria e fecale residenti in case di cura, valutato in due differenti studi, ha mostrato di ridurre gli episodi di incontinenza, ma l'evidenza a sostegno di tali risultati è bassa (Schnelle et al., 200; Schnelle et al., 2010).

Due studi hanno valutato, invece, l'efficacia di esercizi fisici in combinazione con un *training* nelle Adl su pazienti anziani fragili che vivevano in istituti o in casa con il supporto di un'assistenza diurna. I risultati non hanno mostrato alcun effetto sulla frequenza degli episodi di perdite urinarie e sulla qualità di vita (Van Houten et al., 2007; Vinsnes et al., 2012).

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Gli autori riassumono i risultati della re-

visione indicando che negli anziani residenti a domicilio gli esercizi del pavimento pelvico, associati a programmi di attività fisica, sono in grado di ridurre la IU e aumentare la qualità di vita.

Per ridurre gli episodi di perdite urinarie, sono risultati efficaci, negli anziani fragili, l'addestramento e l'aiuto a raggiungere il bagno in combinazione con l'esercizio funzionale.

Altri interventi effettuati su anziani fragili, come il *training fisico* associato all'assistenza nelle Adl, non hanno mostrato di avere effetto.

È importante che i professionisti sanitari che assistono le persone anziane, gli anziani stessi e i loro familiari (*caregiver*) conoscano quali sono i trattamenti conservativi efficaci nel caso di IU in modo che possano essere inseriti nei piani di cura.

Gli autori pongono l'accento sulla necessità di condurre ulteriori studi per confermare con evidenze forti i risultati evidenziati dagli studi identificati.

Inoltre, segnalano le criticità legate alla conduzione degli studi su una popolazione fragile anziana che può presentare caratteristiche di fragilità diverse, e che va più facilmente incontro a un'alta percentuale di *dropout* a causa del grado severo di comorbilità e ai frequenti casi di morte, determinando un alto rischio di bias.

AUTORI:

Silvia Sferrazza, infermiera AO San Giovanni Addolorata, Polo Pratica Clinica del Cecri;

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

Angela Peghetti, Governo clinico e Centro Ebp Sant'Orsola Malpighi, componente Polo Pratica Clinica del Cecri;

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

La percezione del rischio clinico in un reparto di Medicina Interna

di Virginia Ricciardelli, Carlo Catanesi, Francesco Scerbo, Giorgia Appicciutoli, Giuseppe Tortora, Matias Eduardo Diaz Crescitelli

INTRODUZIONE

In ambito internazionale, i primi studi sugli eventi avversi risalgono agli anni Cinquanta, ma quello più rilevante, nel mondo sanitario, è l'Harvard Study, che stimò come il 3,8% dei pazienti riportasse danni a seguito di un ricovero ospedaliero e, di questi, il 14% portasse alla morte.

L'Institute of Medicine (Usa), con il documento del 1999 *"To err is human"*¹, ha riportato come gli errori medici sarebbero responsabili di una quota tra 44mila e 98mila decessi l'anno nei soli Stati Uniti. Il documento *"An organization with a memory"*² (2000) del Dipartimento della Sanità inglese riporta un'incidenza di eventi avversi in pazienti ospedalizzati del 10%, circa 850mila eventi avversi all'anno.

*"The quality in Australian Health Care Study"*³ (QAHCS, 1995) elenca un tasso di eventi avversi nei pazienti ospedalizzati del 16,6%.

Nel 2000, l'*Hospitals for Europe's Working Party on Quality Care in Hospitals* evidenzia come un paziente ospedalizzato su dieci subisca un danno prevenibile⁴. Altri studi neo zelandesi e canadesi hanno calcolato che l'incidenza degli eventi avversi è pari a circa il 10%.

Nel 2005, la *National Patient Safety Agency* (NPSA) ha pubblicato i dati relativi all'Inghilterra e al Galles e nel periodo novembre 2003 e marzo 2005: sono sta-

ti segnalati 85.342 incidenti che hanno interessato 86.142 pazienti: il 68% senza danni, a fronte di un 1% che ha riportato danni o, addirittura, è morto⁵.

In Italia, i dati che il ministero della Salute rende disponibili riguardano le segnalazioni di eventi-sentinella.

In via sperimentale, nel 2005, lo stesso Ministero ha avviato il monitoraggio degli eventi-sentinella, avvalendosi di un protocollo per la raccolta e l'analisi degli stessi sul territorio nazionale.

Nel monitoraggio sono stati considerati tutti quelli segnalati, in maniera totalmente anonima, dalle strutture sanitarie nazionali fra il settembre 2005 ed il 31 dicembre 2011.

Gli eventi-sentinella segnalati sono stati validati dai tre livelli: Aziende, Regioni e P.A. e ministero della Salute.

Nel periodo considerato, sono pervenute 1723 segnalazioni. Di queste, 1442 valide ai fini della produzione della reportistica, di cui alcuni dati riportati nel protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella (rapporto settembre 2005 - dicembre 2011) prodotto dal ministero della Salute, dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale (2013)⁶.

Da questo rapporto, l'evento con il maggior numero di segnalazioni (22,26%) è *"Morte o grave danno per caduta di paziente"*. La seconda categoria, per nu-

merosità di segnalazioni, è rappresentata dall'evento *"Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale"* (15,67%); la terza è: *"Atti di violenza a danno di operatore"* (9,02%).

Si è riscontrata la morte del paziente nel 36,8% dei casi, mentre si è verificato un trauma grave nel 14,4% e un nuovo intervento chirurgico nel 10,3% dei casi, cronicizzazioni nel 4,74%, disabilità permanenti nel 1,77% e coma 1,25%.

Gli eventi avversi sono avvenuti soprattutto nei reparti di degenza (38,4%) e nelle sale operatorie (19,6%), ma sono stati segnalati anche in ambienti come i bagni (6,78%) e gli ambulatori (5,42%).

Le degenze maggiormente interessate sono Medicina Generale (13%), Ostetricia e ginecologia (11,2%), Chirurgia generale (11%), Psichiatria (7,84%) e Ortopedia e traumatologia (6,31%).

Le cause e i fattori contribuenti individuati nel monitoraggio sono: ambientali, legati alla comunicazione, alle tecnologie sanitarie, ai farmaci, alle linee-guida, ed alle barriere ed umani.

Il numero dei fattori contribuenti risulta maggiore rispetto al numero di analisi effettuate (994), poiché, per ogni evento, è stato possibile individuare più fattori contribuenti.

I fattori legati a tecnologie sanitarie, farmaci, linee-guida e barriere sono quelli più frequentemente identificati e, per-

¹ Iom, *To err is human. Building a safer Health System.* 1999.

² Donaldson L. *An organisation with a memory.* Clin Med (Lond). 2002 Sep-Oct;2(5):452-7

³ Wilson RM et al. *The Quality in Australian Health Care Study.* Med J Aust. 1995 Nov 6;163(9):458-71

⁴ Standing Committee of the Hospitals of the EU. *The quality of health care/hospital activities: report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination.* September 2000.

⁵ National Patient Safety Agency: *Seven steps to patient safety.* London, National Patient Safety Agency, 2005

⁶ Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. IV Rapporto Settembre 2005 Dicembre 2011, Ministero della Salute. Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III Ex Dgprogs; febbraio 2013.

tanto, sono stati dettagliati in: linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure, barriere, farmaci, dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali.

Il numero dei fattori contribuenti all'interno dell'area "tecnologie sanitarie, farmaci, linee guida e barriere" risulta maggiore (653 volte), in virtù del fatto che, all'interno della macro-area indicata, per ogni evento si è potuto individuare più di un fattore contribuente.

Inoltre, sul totale degli eventi censiti il numero di piani d'azione trasmessi dalle strutture è pari al 66%.

I dati presentati mettono in luce il fatto che oltre l'80% delle Regioni si sono dotate di programmi, strutture e referenti per la prevenzione del rischio clinico, ma che solo il 44% ha individuato gli indicatori per valutare la sicurezza delle cure e nel 17% dei casi i cittadini sono stati informati sull'argomento.

Va sottolineato, infine, che solo nel 39% dei casi sono stati predisposti specifici programmi regionali per l'addestramento del personale in materia di sicurezza e nel 22% dei casi è stata attuata una valutazione dell'efficacia dei corsi di formazione.

ABSTRACT

La Struttura Complessa considerata è una degenza ordinaria mista, cioè che ospita due unità operative strutturalmente unite: Medicina Generale ed Endocrinologia Diabetologia e Malattie del Metabolismo. Essa ha 36 posti letto, più tre aggiuntivi. La gestione medica è divisa in due: due équipe mediche (una per l'Endocrinologia Diabetologia e Malattie del Metabolismo, che gestisce nove posti letto, e una per la Medicina Interna che ne gestisce 27/29).

Le équipe mediche sono formate da 13 medici per l'Endocrinologia Diabetologia e Malattie del Metabolismo e otto per la Medicina Generale.

La Medicina Interna è una medicina universitaria a cui lavorano diversi medici specializzandi che collaborano con le due équipe mediche e che, quindi, collaborano anche con il medico strutturato nelle guardie interdivisionali.

Il personale infermieristico e Oss è uni-

co per tutta la degenza.

Per quanto riguarda la gestione infermieristica troviamo un'organizzazione simile al modello organizzativo per piccola équipe, pertanto vi si vede la corsia divisa in tre aree, ognuna delle quali con 13 pazienti, tutti affidati ad un solo infermiere.

La divisione in aree si realizza solo nel turno del mattino (7-15) e del pomeriggio (15-23) perché è solo durante questi turni che sono presenti almeno tre infermieri, diversamente dalla notte (23-7), quando, invece, gli infermieri scendono a due, saltuariamente affiancati da un Oss.

Il numero totale degli infermieri in organico è di 17, di cui 14 a contratto full-time e i restanti tre part-time. Per gli Oss, il lavoro è organizzato per funzione; ruotano prevalentemente su due turni (cioè, mattino: 7-15 e pomeriggio: 15-23) e sono, mediamente, quattro: cinque di mattina e due di pomeriggio; raramente, uno di notte; per un totale di 12 Oss in organico.

MATERIALI E METODI

Lo scopo di questo studio è di indagare quale sia la percezione del rischio clinico di un'équipe multidisciplinare di area medica composta da medici, infermieri e Oss e verificare se esistono correlazioni tra le variabili socio-demografiche e la percezione del rischio degli operatori.

Allo scopo è stato adottato uno studio di tipo descrittivo quali-quantitativo correlazionale, effettuando un campionamento casuale stratificato semplice e, per lo studio quantitativo, un campionamento di convenienza in un'Azienda ospedaliera universitaria del nord Italia.

L'indagine è stata condotta tramite un *focus group* ed una successiva somministrazione di un questionario all'interno di una struttura complessa di Medicina Interna.

Al *focus group* hanno partecipato tre medici, tre infermieri e tre Oss scelti con l'utilizzo del modello Dreyfus descritto da P. Benner (2003), che individua cinque livelli di competenza: novizio; principiante avanzato; competente; abile ed esperto. Il questionario è stato som-

ministrato agli infermieri, ai medici e agli Oss dell'intera struttura di riferimento.

Entrambi gli strumenti hanno permesso di valutare la percezione del rischio clinico legato alle variabili organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro, a fattori umani (sia individuali che interpersonali) e ai fattori legati alla complessità clinico-assistenziale e all'intensità di cura.

STRUMENTI

Al *focus group* hanno preso parte un moderatore, che ha introdotto il tema da affrontare, posto domande e regolato gli interventi, sottolineando gli aspetti della discussione che possono essere spunto di confronto tra i partecipanti; un segretario che ha documentato gli interventi e un osservatore che ha coadiuvato gli altri due nella guida della discussione.

La discussione è stata registrata (usando un registratore) per una durata complessiva di 58 minuti. Lo stile usato per l'intervista è stato di tipo "amichevole e diretto".

Prima della discussione è stata preparata una traccia di 20 domande divise in:

- *opening questions* (per delineare il *background* di ogni partecipante e favorire la discussione rispetto al tema trattato);
- *introductory questions* (per presentare l'argomento e favorire la conversazione);
- *transition questions* (per approfondire l'argomento);
- *key questions* (per permettere di rilevare le informazioni necessarie a rispondere agli obiettivi preposti);
- *ending questions* (con cui si è proposto di indicare eventuali punti non affrontati o quelli ritenuti più importanti).

La registrazione del *focus group* è stata ascoltata e trascritta dai tre moderatori in un incontro in cui sono stati estrapolati i principali interventi dei partecipanti, che hanno toccato aspetti del tema suscitanti maggior interesse e partecipazione alla discussione.

Successivamente, si è proceduto alla stesura delle domande per la costruzione del questionario da somministrare all'intera équipe, formulate in modo da approfondire i principali aspetti del tema affrontati durante la discussione di gruppo.

Quindi, mediante una revisione della letteratura, è stata effettuata una validità di contenuto del questionario rafforzata da un pre-test somministrato a sei operatori di un'altra Medicina Interna della stessa Azienda ospedaliero universitaria.

Il pre-test è stato utile anche per convalidarne la comprensione.

Dopo aver effettuato le opportune modifiche, è stato formulato il questionario definitivo, composto da quattro parti:

1. fattori socio-demografici (età, sesso, qualifica professionale, tipo di contratto, anni di lavoro svolti in ambito ospedaliero e anni di lavoro svolti in Medicina);
2. la percezione del rischio clinico;
3. la percezione degli operatori verso l'aspetto psicologico e morale del paziente;
4. l'angoscia di incorrere in errore.

Il questionario è composto da 15 *question*, di cui 12 formulate secondo il modello Lickert, due a scala numerica, dove 1 indica "per nulla" e 10 "tantissimo" e una aperta.

Dopo il *focus group* e la formulazione del questionario, a maggio 2014, sono stati somministrati 47 questionari nella Medicina oggetto di indagine.

Durante la somministrazione del questionario, agli operatori coinvolti è stato spiegato l'argomento ed è stata data la possibilità di contattarci per eventuali chiarimenti su quesiti che potevano risultare poco chiari.

La somministrazione dei questionari è

stata compiuta in condizioni di consenso informato volontario da parte degli infermieri.

La compilazione del questionario è stata effettuata in maniera anonima, tutelando i dati sensibili e descrivendo, nella pagina iniziale, l'obiettivo che si voleva raggiungere con tale strumento, informando gli infermieri che i dati raccolti sarebbero stati elaborati e descritti esclusivamente per scopi didattici e di ricerca nel rispetto della normativa sulla privacy (L. 675/96 e D.lgs. 196/03).

ANALISI DEI DATI

I dati sono stati analizzati utilizzando SPSS 20.0, usando una statistica descrittiva per raccogliere informazioni sul campione attraverso il calcolo delle frequenze assolute, della media, della deviazione standard e una statistica non parametrica utilizzando il coefficiente di correlazione rho di Spearman per misurare la correlazione esistente tra i fattori socio-demografici e la percezione del rischio clinico.

In tutte le analisi effettuate livelli di significatività uguale $p < 0.05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

RISULTATI

Il tasso di risposta globale è stato del 78,3%, pari a 47 questionari compilati correttamente dei 60 somministrati.

L'età dei partecipanti allo studio è stata compresa tra i 37-50 anni (37%), 23-36 anni (32,6%) e maggiore di 51 (30,4%),

con un range tra 23 e maggiore di 51, un margine di errore di +2,1% e una deviazione standard di +0,802.

I partecipanti allo studio sono stati per il 62,2% di sesso femminile e per il 37,8% di sesso maschile, con un margine di errore di +4,3%; per quanto riguarda la qualifica professionale il 42,2% risultava medico; il 33,3% infermiere e il 24,4% Oss, con un margine di errore del +4,3%. (Tabella 1)

Il 93,3% dei partecipanti allo studio ha un contratto a tempo pieno, il 6,7% un part-time, con un margine di errore del $\pm 4,3\%$ e una deviazione standard del $\pm 0,252$.

Gli anni di lavoro in ambito ospedaliero dei partecipanti allo studio sono per il 36,6% dei partecipanti >di 15 anni, per il 29,8% compresi tra 5 e 9 anni, per il 25,5% <di 4 anni e per il 8,5% compresi tra i 10 e i 14 anni, con una deviazione standard del 1,230.

Il 36,2% lavora in ambito medico da meno di 4 anni; il 27,7% dai 5 ai 9 anni, il 23,4% da più di 15 anni, mentre il 12,8% dai 10 ai 14 anni, con una deviazione standard di $\pm 1,183$.

Per quanto riguarda la percezione del rischio clinico nella propria realtà lavorativa, è stato chiesto agli operatori partecipanti allo studio di esprimerla con una croce uno dei seguenti *item*: "per nulla", "poco", "abbastanza", "molto". Il 53,2% ha detto di percepire il rischio clinico "abbastanza", il 38,3% "molto", l'8,5% "poco", mentre nessuno ha scelto l'*item*



Tabella 1. Qualifica professionale

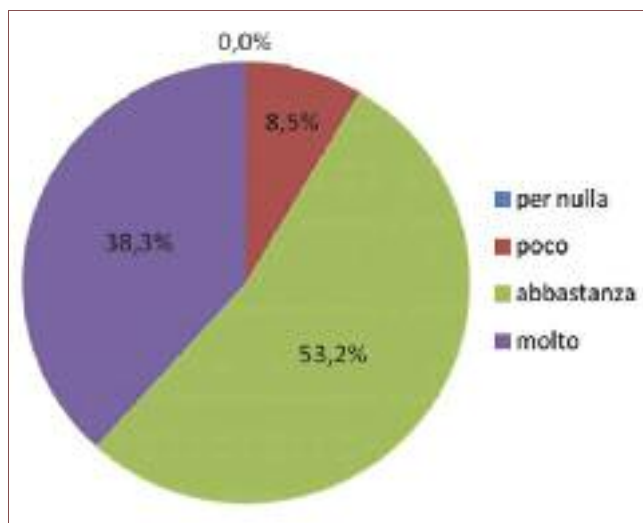


Tabella 2. Percezione del rischio nella realtà lavorativa dei rispondenti

“per nulla”, con una deviazione standard $\pm 0,623$. (Tabella 2)

È stato chiesto quanto lo scambio di informazioni (clinico/assistenziali) tra le varie figure professionali interne alla realtà lavorativa fosse efficace da consentire una riduzione del rischio clinico. Il 41,3% ha risposto “molto”, il 34,8% “poco”, il 23,9% “abbastanza”, mentre nessuno ha risposto “per nulla”, con una deviazione standard di $\pm 0,879$. (Tabella 3)

Per quantificare la percezione dell'aumento del rischio legata a fattori strutturali, organizzativo-gestionale, individuali e dell'equipe, gli operatori hanno compilato una scala numerica con valori da 1 a 10, dove 1 indica “per nulla” e 10 “tantissimo”.

Per quanto riguarda i fattori strutturali media delle risposte è stata 8,40 mentre la deviazione standard è $\pm 1,826$. (Tabella 4)

Per i fattori organizzativo-gestionali, la media delle risposte è stata di 8,15 e la deviazione standard $\pm 1,615$. (Tabella 5)

La media delle risposte riguardanti i fattori individuali è stata di 6,98 e la deviazione standard $\pm 2,279$. (Tabella 6)

In fine, per quanto riguarda i fattori dell'equipe la media delle risposte è stata di 7,19 e la deviazione standard $\pm 2,300$. (Tabella 7)

Agli operatori partecipanti allo studio è stato chiesto di esprimere quanto, secondo loro, viene considerato l'aspetto psicologico e morale del paziente.

La domanda è stata posta con scala di likert a quattro punti che sono: “per nulla”, “poco”, “abbastanza”, “molto”.

Il 48,9% ha risposto “abbastanza”, il

Punteggi	Percentuale
5	12,8
6	8,5
7	4,3
8	19,1
9	10,6
10	44,7

Tabella 4. Percezione dell'aumento del rischio clinico legato ai fattori strutturali della struttura complessa oggetto d'indagine (in percentuale)

Punteggi	Percentuale
4	4,3
5	4,3
6	4,3
7	14,9
8	29,8
9	17,0
10	25,5

Tabella 5. Percezione dell'aumento del rischio clinico legato ai fattori organizzativo-gestionali della struttura complessa oggetto d'indagine (in percentuale)

36,2% ha risposto “poco”, 10,6% “molto” e il 4,3% “per nulla”, con una deviazione standard di $\pm 0,731$.

È stato, poi, chiesto se, secondo loro, vengono considerate anche le conseguenze psico/sociali che il paziente potrebbe subire in una situazione di errore o omissione le risposte sono state: il 41,3% ha risposto “abbastanza”, 34,8% “molto”, 21,7% “poco” e 2,2% ha risposto “per nulla”; con una deviazione standard di $\pm 0,812$. (Tabella 8)

Per quanto riguarda la paura di incorrere in denunce, è stata data ugualmente la

Punteggi	Percentuale
1	2,1
3	6,4
4	4,3
5	17,0
6	6,5
7	14,9
8	19,1
9	10,6
10	17,0

Tabella 6. Percezione dell'aumento del rischio clinico legato ai fattori individuali degli operatori della struttura complessa oggetto d'indagine (in percentuale)

Punteggi	Percentuale
2	6,4
3	4,3
5	6,5
6	17,0
7	12,8
8	19,1
9	12,8
10	15,1

Tabella 7. Percezione dell'aumento del rischio clinico legato ai fattori dell'equipe che opera nella struttura complessa oggetto d'indagine (in percentuale)

possibilità di risposta a quattro punti: “per nulla”, “poco”, “abbastanza”, “molto” per cui: il 51,1% ha risposto di sentirsi “abbastanza” influenzato dalla paura delle denunce, 36,2% si sente “poco” influenzato, l'8,5% si sente “molto influenzato” dalla paura di incorrere in denunce, mentre il 4,3% “per nulla”. La deviazione standard è di $\pm 0,705$. (Tabella 9)

Ai partecipanti è stato chiesto se hanno

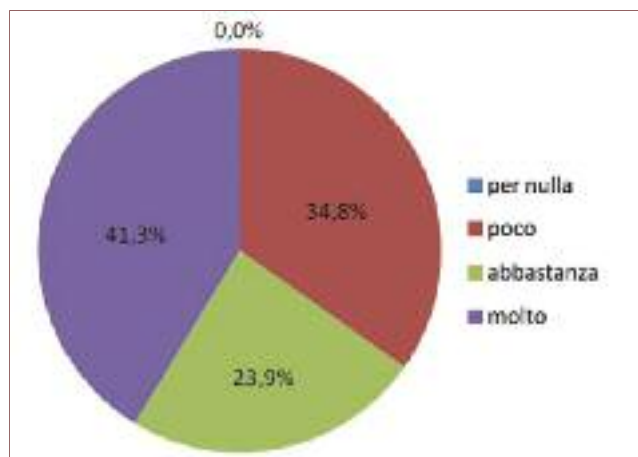


Tabella 3. L'efficacia della comunicazione tra le figure professionali

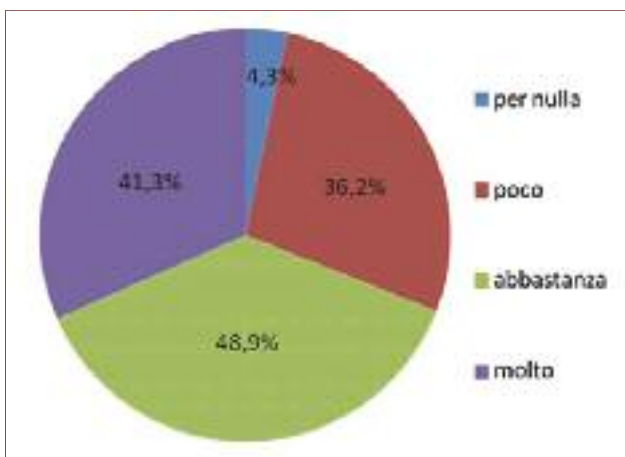


Tabella 8. Considerazione dell'aspetto psicologico/morale del paziente

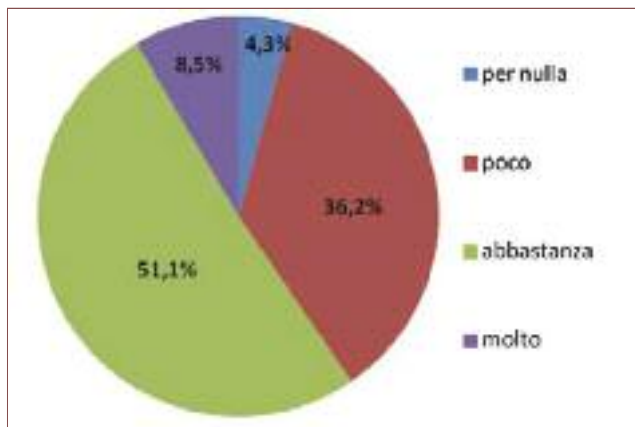


Tabella 9. L'influenza della paura delle denunce

frequentato corsi aventi per argomento il rischio clinico.

Gli è stata data possibilità di risposta a quattro punti: "mai", "una volta da quando lavoro", "una volta nell'ultimo anno", "più volte".

Il 60,9% ha detto di non aver "mai" partecipato a corsi sul rischio clinico, il 26,1% vi ha partecipato "una volta da quando lavora", l'8,7% ha partecipato a corsi sul rischio clinico "più volte" mentre il 4,3% vi ha partecipato "una volta nell'ultimo anno". (Tabella 10)

Con l'utilizzo di una scala numerica è stato chiesto ai partecipanti di esprimere la loro paura di sbagliare nello svolgere l'attività lavorativa.

Sono stati dati dei valori da 1 a 10, dove 1 indica "per nulla" e 10 "tantissimo".

Infine, è stata proposta una domanda aperta per dare la possibilità a tutti gli operatori che hanno partecipato allo studio di esprimere eventuali suggerimenti o proposte. A questa domanda hanno ri-

Punteggi	Percentuale
1	2,2
2	6,5
3	6,5
4	6,7
5	6,7
6	10,9
7	13,0
8	21,7
9	15,2
10	6,5

Tabella 11. Paura di sbagliare nello svolgere la propria attività lavorativa (in percentuale)

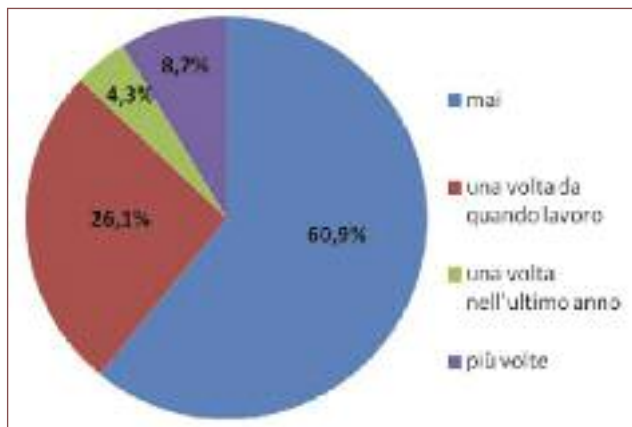


Tabella 10. Partecipazione a corso di aggiornamento aventi per argomento il rischio clinico

sposto il 6,38% e sono infermieri e Oss. Le proposte sono state: "Meno tagli alla Sanità, incentivare chi lavora in ambito ospedaliero, aumentare le assunzioni in modo da rendere meno stressante il lavoro e di conseguenza ridurre la possibilità di fare errori per il personale infermieristico"; "Essenziale un lavoro collaborativo fra le varie figure assistenziali, assicurazione della privacy del paziente, informazioni cliniche a tempo debito"; "No pazienti in sovrannumero, più corsi di formazione, più passaggi di consegne tra i vari ruoli, ristrutturare il reparto. P.S. Certe cose non potranno cambiare mai se non cambiano le teste delle persone". Sono state eseguite delle correlazioni e descritte quelle maggiormente significative:

- Esiste una moderata associazione positiva tra l'aumento del rischio clinico attraverso i fattori strutturali della realtà lavorativa del rispondente e l'età del rispondente ($r = 0,460$, $p < 0,01$), ossia avere un'età maggiore è positivamente correlato all'aumento della percezione del rischio clinico legato ai fattori strutturali della realtà lavorativa dei rispondenti.
- Esiste una moderata associazione positiva tra l'aumento del rischio clinico attraverso i fattori strutturali della realtà lavorativa del rispondente e la qualifica professionale dei rispondenti ($r = 0,417$, $p < 0,01$).
- Esiste una moderata associazione positiva tra l'aumento del rischio clinico attraverso i fattori strutturali della realtà lavorativa del rispondente e gli anni di attività svolti in ambito medico ($r = 0,428$,

$p < 0,01$), ovvero aver lavorato più anni in ambito medico è positivamente correlato con l'aumento della percezione del rischio clinico legato ai fattori strutturali della realtà lavorativa dei rispondenti.

- Esiste una moderata associazione negativa tra l'influenza della paura delle denunce e l'età dei rispondenti ($r = -0,406$, $p < 0,01$), ossia avere un'età maggiore si correla negativamente con l'influenza della paura delle denunce.
- Esiste una moderata correlazione positiva tra la percezione del rischio clinico nella realtà lavorativa del rispondente e la partecipazione a corsi aventi come argomento il rischio clinico ($r = 0,399$, $p < 0,01$), cioè aver partecipato a corsi sul rischio clinico si correla positivamente con la percezione del rischio.

DISCUSSIONE

L'obiettivo dello studio è stato di indagare la percezione del rischio clinico e le criticità degli operatori di area medica e verificare se esistevano correlazioni tra le variabili socio-demografiche e la percezione del rischio degli intervistati.

I partecipanti allo studio hanno confermato che la sicurezza dei pazienti è uno dei fattori che determina la qualità delle cure e che, per attuare una corretta gestione del rischio clinico, bisogna comprendere sia le criticità delle organizzazioni e sia i limiti individuali.

È stato rilevato che gli operatori con più anni di servizio in ambito medico, hanno un'elevata percezione del rischio, soprattutto in quei fattori di tipo strutturale e organizzativo-gestionale del loro con-

testo lavorativo.

Da questo si deduce che una maggiore consapevolezza del proprio setting lavorativo può essere ricondotta ad una maggiore esperienza degli operatori in ambito organizzativo-gestionale, individuale, dell'equipe e a livello strutturale. Il 50% degli intervistati ha dichiarato di essere influenzato dalla paura di ricorrere in denunce durante l'attività lavorativa e, dalle correlazioni effettuate, questa consapevolezza è maggiore negli operatori con un minor numero di anni di servizio. Questo risultato può essere spiegato dal cambiamento rivoluzionario che sta caratterizzando gli utenti del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Ormai, il malato è definito "l'esigente", cioè colui che ha coscienza dei propri diritti, che pensa la cura come auto-cura, che è molto informato e soprattutto che non delega più, ma vuole partecipare direttamente alle scelte che riguardano la salute.

Rafforzare le competenze dei professionisti in questo ambito è essenziale e la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure e ridurre al minimo i rischi.

La percezione del rischio clinico è fondamentale nella quotidiana attività lavorativa e, aumentare la sicurezza del proprio setting lavorativo, dipende dall'acquisizione di conoscenze e competenze dei fattori intrinseci ed estrinseci del rischio,

volti al continuo miglioramento.

Quindi, l'obiettivo è di offrire a tutti gli operatori sanitari, indipendentemente dal ruolo, dall'ambito professionale e dal setting assistenziale, un'opportunità di formazione, nello specifico ambito, sulla sicurezza dei pazienti e sulla gestione del rischio clinico.

Limiti

I limiti dello studio stanno innanzitutto nel campione estremamente ridotto per cui poco rappresentativo che comporta una scarsa generalizzabilità dei risultati, inoltre, il campionamento di convenienza, con il quale sono stati reclutati gli operatori partecipanti allo studio, può aver portato ad eventuali bias di campionamento. Questa indagine descrittiva non ha permesso di usare interrelazioni tra variabili significative per cui ha permesso solo di descrivere sistematicamente l'argomento oggetto di studio. Infine il questionario somministrato alla popolazione oggetto di studio necessiterà, in futuro, di un'ulteriore validità essendo stato sottoposto solamente ad una validità di contenuto e non a un'analisi fattoriale statistica di validità, affidabilità e riproducibilità.

CONCLUSIONI

Con questo studio, si è notato un forte interesse verso questa tematica, probabilmente dovute allo stato attuale in cui versa il nostro Sistema Sanitario Nazio-

nale che, soffrendo di carenza di risorse umane ed economiche, non può garantire interventi come, la ristrutturazione dei locali o l'assunzione di nuovo personale che, sommati ai ritmi frenetici e all'alta intensità di cura, costanti del lavoro in Medicina Interna, rendono il setting lavorativo impervio a ridurre al minimo il rischio clinico.

Studi futuri potranno indagare eventuali incrementi o decrementi dell'interesse verso il tema della sicurezza a seguito di programmi formativi e informativi e l'eventuale cambiamento della percezione del rischio in merito ai fattori strutturali, organizzativo-gestionali, individuali e dell'equipe. Si potrà provare ad introdurre una metodica poco costosa ovvero il "briefing sulla sicurezza" nella pratica quotidiana verificando eventuali cambiamenti sull'incidenza e la prevalenza degli eventi avversi sia nelle singole unità operative che all'interno delle aziende.

AUTORI:

Virginia Ricciardelli, infermiera, S.C. Medicina 5, Presidio Molinette;
Carlo Catanesi, infermiere, S.C. Ematologia 2, Presidio Molinette;
Giorgia Appicciutoli, infermiera;
Giuseppe Tortora, infermiere, S.C. Medicina 1, Presidio Molinette;
Matias Eduardo Diaz Crescitelli, infermiere;
Francesco Scerbo, PhD Student in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica.

BIBLIOGRAFIA

- Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari.* Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, ufficio III. Iom, *To err is human. Building a safer Health System.* 1999.
- Donaldson L, *An organisation with a memory.* Clin Med (Lond). 2002 Sep-Oct;2(5):452-7.
- Wilson R.M et al, *The Quality in Australian Health Care Study.* Med J Aust. 1995 Nov 6;163(9):458-71.
- Standing Committee of the Hospitals of the EU, *The quality of health care/hospital activities: report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination.* September 2000.
- National Patient Safety Agency, *Seven steps to patient safety.* London, National Patient Safety Agency, 2005.
- Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella. IV Rapporto Settembre 2005 dicembre 2011, ministero della Salute. Dipartimento Della Programmazione e Dell'ordinamento Del Servizio sanitario nazionale. Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria Ufficio III Ex Dgprogs; febbraio 2013.
- Reason J, *Human error.* New York: Cambridge University Press, 1990.
- Reason, *Vulnerable System Syndrome,* 2001.
- Rasmussen K Duncan & J Leplat, Thomas E, Studdert J, Burstin D.M, Helen R. et al, *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado;* march 2000; Med Care forthcoming.
- Bailey K.D, *Metodi della ricerca sociale.* Bologna, Il Mulino, 1995.
- Fain J.A, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla ed applicarla.* Milano, McGraw Hill, 2004.
- Acocella I, *Il focus group: teoria e tecnica.* Franco Angeli, 2008.
- Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica, manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali.* McGraw-Hill.

La formazione degli operatori come strumento per migliorare il prendersi cura delle persone affette da malattia di Alzheimer

di Francesco Zaghini, Veronica Zaccari, Angela Infante, Alessandro Sili

ABSTRACT

Nel mondo, oltre 35 milioni di persone sono affette da demenza.

Di queste, il 60-70% è affetta da malattia di Alzheimer: la compromissione delle modalità di pensiero e di comportamento, e, in particolare, la perdita della percezione del passaggio del tempo sono solo alcuni dei problemi che affliggono questi malati.

Nelle fasi avanzate della patologia, il malato perde anche la capacità di recepire, decodificare ed organizzare frasi in un discorso fornito di significato, rendendo improbabile - se non impossibile - la comunicazione con gli altri.

In quest'ottica, risulta fondamentale il contributo dell'infermiere, che, attraverso una formazione specifica, può aumentare le competenze comunicativo-relazionali per l'interazione e la comunicazione con i malati in stadio avanzato di malattia di Alzheimer.

Per verificare tale ipotesi, è stata valutata l'efficacia di un evento formativo specifico rivolto ad un campione di operatori sanitari.

Le risposte fornite dai partecipanti hanno mostrato una sostanziale modifica nelle competenze e conoscenze circa l'assistenza al malato di Alzheimer.

Alla luce dei risultati prodotti è auspicabile che i dirigenti delle professioni sani-

tarie e i responsabili dei servizi di formazione implementino percorsi specifici rivolti agli operatori sanitari volti a far acquisire le competenze per la gestione di queste particolari categorie di malati.

Parole-chiave: Alzheimer, formazione, infermieri.

INTRODUZIONE

Le demenze costituiscono sempre più un rilevante problema di sanità pubblica, rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario.

Nel mondo, oltre 35 milioni di persone sono affette da demenza: di queste, il 60-70% soffre di malattia di Alzheimer. I sintomi cominciano a presentarsi, generalmente, dopo i 60 anni e rendono la malattia una delle principali cause di disabilità negli anziani.

La malattia di Alzheimer è caratterizzata dalla progressiva degenerazione delle cellule cerebrali, che determina l'incapacità di un soggetto a portare a termine le più semplici attività di vita quotidiana, la compromissione delle modalità di pensiero e di comportamento, e, in particolare, la perdita della percezione del passaggio del tempo.

Non esiste ancora una cura ed è possibile far poco per migliorare la prognosi e

l'evoluzione dei disturbi legati alla malattia, anche se, di recente, la ricerca ha individuato due strade percorribili: la diagnosi precoce e la prevenzione, processi molto complessi - e lenti - che richiedono molto impegno da parte della comunità scientifica. Pertanto, attualmente, ci si è concentrati sul miglioramento della qualità di vita dei malati e delle loro famiglie.

Proprio in quest'ottica, risulta, perciò, fondamentale il contributo dell'**infermiere, il professionista della salute che si prende cura dei malati e delle loro famiglie** nel soddisfacimento dei bisogni a cui questi, in virtù dello stato patologico, non riescono più ad assolvere autonomamente.

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa ha carattere tecnico, educativo e relazionale, perciò, nel prendersi cura dei malati di Alzheimer, l'infermiere non può prescindere dal bisogno d'instaurare una buona relazione con il paziente (che si basa su un efficace canale comunicativo).

Ma, nelle fasi avanzate della patologia, il malato di Alzheimer perde anche la capacità di recepire, decodificare ed organizzare frasi in un discorso fornito di significato, rendendo improbabile, se non impossibile, la comunicazione.

È a questo punto, dunque, che risulta



necessario trovare “nuove forme di espressione”.

Da un’analisi della letteratura, è emerso che la formazione sulla relazione e la comunicazione prevista nei corsi di laurea di Infermieristica è sì accurata, ma non contempla un percorso specifico che fornisca agli infermieri le competenze nell’approccio specifico a questa tipologia di pazienti. Infatti, nella pratica quotidiana la relazione di aiuto tra l’operatore sanitario e il malato di Alzheimer viene instaurata utilizzando le pregresse esperienze e la sensibilità individuale dell’operatore.

Inoltre, l’organizzazione per turni delle strutture sanitarie porta il malato ad interfacciarsi con operatori sempre diversi: cosa che determina un ulteriore stato di instabilità nella fragile mente del malato di Alzheimer, che, essendo sottoposto a continue sollecitazioni e approcci relazionali differenti, può cadere in un ulteriore stato di confusione e disorientamento anche peggiore.

In virtù di queste considerazioni, ci siamo chiesti se, attraverso una formazio-

ne specifica e mirata degli infermieri, si possa migliorare anche la relazione di aiuto e l’approccio comunicativo con i malati di Alzheimer.

Se esista un modo per uniformare i comportamenti professionali che portano ad un’assistenza più specifica e personalizzata.

In particolare, abbiamo voluto concentrare il percorso formativo sulla reale comprensione del problema della perdita della memoria e della perdita della percezione del passaggio del tempo.

A tale scopo, è stato avviato uno studio pilota descrittivo correlazionale cross-sectional, allo scopo di verificare il cambiamento di conoscenze e comportamenti degli operatori a seguito della frequenza di un percorso formativo specifico intitolato “L’orologio del mio tempo”.

L’obiettivo del corso è stato di fornire agli infermieri conoscenze mirate per migliorare e sviluppare le capacità comunicativo-relazionali per l’interazione e la comunicazione con i malati in stadio avanzato di malattia di Alzheimer.

MATERIALI E METODI

Il corso ha previsto cinque incontri a tema, con cadenza settimanale, in cui i partecipanti hanno avuto la possibilità di approfondire le conoscenze scientifiche della patologia, le principali manifestazioni cliniche e nuovi approcci comunicativi relazionali.

La metodologia utilizzato ha previsto lezioni magistrali e laboratori esperienziali che hanno portato gli operatori a sperimentare e cimentarsi anche in attività pratiche di *fotocollage* e di scrittura riflessiva. Per cercare di far comprendere fino in fondo il disturbo dei pazienti affetti da malattia di Alzheimer, sono stati visionati dei filmati tematici evocativi con cui hanno potuto riflettere e verificare le ripercussioni della perdita della capacità di comunicazione e di memoria (tipica dei pazienti malati di Alzheimer). Successivamente, con laboratori artistici di *fotocollage* e scrittura riflessiva hanno avuto la possibilità di ripensare, ricostruire, ricontestualizzare la propria memoria storica, cosa che ha consentito di apprendere, da un lato, le competenze per

riconoscere e comprendere le difficoltà dei malati che sono vittima di Alzheimer, dall'altro, di favorire un percorso di acquisizione di nuovi strumenti comunicativo-relazionali per l'approccio al paziente mentalmente deteriorato e tecniche che potrebbero essere spese con i malati in percorsi ludico-ricreativi realizzati ad *hoc*. Nello specifico, ad ogni incontro, i partecipanti guidati dai facilitatori del laboratorio venivano introdotti ai temi delle giornate che consistevano in attività di vita quotidiana ("Riposo e sonno"; "Lavarsi e vestirsi"; "Mangiare"; "Svago e tempo libero") e costituivano l'argomento attorno al quale si sviluppavano le pratiche del laboratorio riflessivo esperienziale di *fotocollage*.

Nei laboratori, i partecipanti, in un primo momento, utilizzando fotocopie di proprie fotografie personali ed immagini ritagliate da riviste e quotidiani, avevano, così, la possibilità di recuperare la propria memoria e la propria storia personale allo scopo di dare un nuovo corso ai ricordi. Il prodotto finito consisteva in un'opera di *fotocollage* tematica in cui erano ricontestualizzate le proprie immagini personali in un nuovo *setting* e con nuovi soggetti per far acquisire un nuovo senso alle fotografie fatte di ricordi, di proposti e, a volte, di rimpianti.

Sostanzialmente, durante il laboratorio il partecipante aveva modo di rigenerare la propria memoria integrandola con l'emozione vissuta durante la sollecitazione, in modo da sviluppare e acquisire nuove competenze comunicative non verbali (utilizzando le immagini di *fotocollage*), sperimentando il problema del recupero/perdita della memoria.

I *fotocollage*, rappresentanti temi di attività di vita quotidiana realizzati durante le prime quattro giornate del corso, sono stati rielaborati nel laboratorio del quinto incontro per realizzare un personalissimo "orologio del tempo".

Infatti, i manufatti sono stati ulteriormente ritagliati come a settore e riassemblati in un orologio dotato di lancette che, invece, di scandire le ore, detta i tempi delle attività di vita quotidiana da mettere in atto durante la giornata, e, quindi, i momenti in cui: mangiare, lavarsi, vestirsi, dormire e dedicarsi al tempo libero.

L'ipotesi di fondo risiede nel fatto che l'orologio realizzato da un malato di Alzheimer in fase iniziale di malattia, potrebbe risultare utile nelle fasi avanzate: lì dove il malato perderà la stessa cognizione del tempo.

Le fasi della giornata sono associate ad immagini piacevoli e personali, evocative e molto stimolanti, che vanno a toccare corde molto più profonde, ricordi e sensazioni particolari che possono stimolare al compimento dell'attività anche chi, come accade ai malati di Alzheimer in fase più avanzata, non ne riconosce più la reale utilità. Ciò consentirebbe di rendere il paziente più partecipativo e collaborante con i *caregiver*, i familiari e (se ricoverato) con il personale sanitario. Il corso si è svolto al Policlinico di Tor Vergata, all'interno di un percorso formativo per l'educazione continua in medicina.

I dati per la valutazione dell'impatto formativo sono stati raccolti mediante un questionario creato *ad hoc*, somministrato all'inizio del corso e poi, nuovamente, a distanza di circa dieci giorni dalla fine. Lo strumento, compilato in forma anonima, è stato creato partendo da una scala già presente in letteratura (validata e affidabile) ed è stato somministrato in forma cartacea al campione.

Il questionario risulta composto da 21 domande, in cui si chiedeva al partecipante di rispondere attraverso una scala di Likert a 5 passi (in cui 1= "del tutto d'accordo"; 5= "per nulla d'accordo") il loro grado di accordo con le affermazioni fatte nell'*item*.

Per lo studio, è stato selezionato un campione di comodo, composto da tutti i professionisti sanitari del Policlinico di Tor Vergata che si sono iscritti al corso di formazione "L'orologio del mio tempo". Sono state condotte delle analisi di tipo descrittivo per i dati socio-demografici e lavorativi dei partecipanti, mentre, per il confronto tra le medie delle risposte alle domande poste prima e dopo la frequenza del corso, è stato utilizzato il test *t student*.

I dati sono stati elaborati attraverso il pacchetto statistico SPSS® Ver 22.

RISULTATI

Caratteristiche del campione



Immagine 1

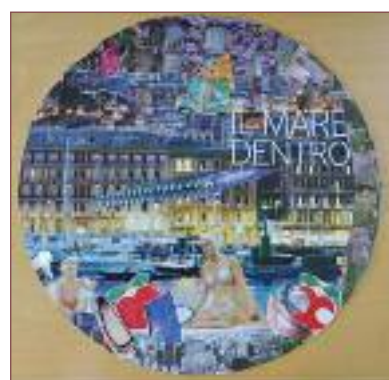


Immagine 2

Il campione selezionato per lo studio si compone di 12 soggetti, di cui il 92% (N=11), donne.

Età media di 41,75 anni (DS=6,68), il 92% (N=11) è in possesso della laurea in Infermieristica. Inoltre, il 33% (N=4) dei partecipanti ha conseguito un diploma di specializzazione, il 25% (N=3) dei soggetti un Master di I livello, un altro 25% del campione (N=3) ha acquisito altri titoli dopo la laurea (es. diploma di dirigente dell'assistenza infermieristica o altra laurea) e il 17% (N=2) ha conseguito la laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

I soggetti provengono da diverse realtà lavorative, il 25% (N=3) lavora nell'ambito della medicina, il 17% (N=2) proviene da unità operative di Chirurgia, un altro 25% (N=3) è impiegato presso gli ambulatori, un 25% (N=3) lavora nel *day hospital*, il restante 8% (n=1) proviene dalla Pediatria.

Prodotti realizzati

Al termine del corso, ogni partecipante ha realizzato un personale "orologio del suo tempo", per un totale di 12 orologi,



Immagine 3



Immagine 4

con rappresentazioni varie ed articolate di cui si riportano alcune immagini. (immagine 1, immagine 2, Immagine 3, Immagine 4)

Come è possibile vedere, invece, nella tabella 1, le medie delle risposte dei partecipanti cambiano per quasi tutti gli *item* sottoposti, attraverso il questionario, ad indicare che l'evento formativo ha comunque avuto un impatto.

In particolare, alla domanda numero 8 si è riscontrato un cambiamento nella media delle risposte statisticamente significativo ($p < 0,05$), al test *t* student.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio è stato di verificare se la partecipazione all'evento formativo "L'orologio del mio tempo" da parte degli operatori sanitari abbia aumentato le conoscenze e modificato la loro strategia d'aiuto e di relazione con i malati di Alzheimer.

In generale, anche se è stata trovata un'unica differenza statisticamente rilevante tra le medie delle risposte fornite dai partecipanti, il *trend* dei risultati fa ri-

<i>Item</i>	N	Pre Media	DS	Media	Post DS	t	p
Una delle componenti più importanti del rapporto con i pazienti affetti da demenza è la comprensione del loro stato emotivo e di quello delle loro famiglie	11	4,09	0,83	4,64	0,67	1,69	0,11
Porre l'attenzione sulle esperienze personali dei pazienti con deterioramento cognitivo è irrilevante per l'efficacia del trattamento	11	1,64	1,21	1,64	1,29	0,00	1,00
Penso che la comunicazione sia un importante fattore terapeutico	11	4,27	0,65	4,45	1,21	0,44	0,67
Credo che le emozioni dei professionisti sanitari non debbano interferire con il piano di cura del paziente	11	3,09	1,30	2,45	1,29	1,15	0,26
Cerco di immedesimarmi nei pazienti al fine di rendere migliore l'assistenza	11	2,55	0,69	2,45	1,04	0,24	0,81
Il mio metodo di approccio ai pazienti con demenza è molto più legato alle mie esperienze passate e/o alla mia sensibilità personale piuttosto che derivante da una formazione specifica	11	2,82	1,54	2,45	1,21	0,62	0,55
Ritengo che capire il linguaggio del corpo dei pazienti sia importante tanto quanto la comunicazione verbale nelle relazioni infermiere/paziente	11	4,73	0,47	4,27	0,79	1,65	0,12
Reputo che informarmi su quanto stia accadendo nella vita dei pazienti affetti da demenza non sia un fattore importante	11	2,36	1,69	1,18	0,60	2,19	0,04*
Mi è ben chiaro come avvicinarmi ai pazienti con disturbo della memoria	10	2,30	0,68	3,00	0,89	2,01	0,06
Trovo molto difficile immedesimarmi nei pazienti che mostrano disturbi psicologici e comportamentali derivanti da deficit cognitivo dal momento che i pazienti sono diversi tra loro	10	2,80	0,92	3,18	1,08	0,87	0,40
Ritengo che la creatività possa essere una soluzione che permetta di ridurre al minimo gli errori che solitamente si commettono nella relazione d'aiuto con persone affette da demenza	11	2,18	0,75	2,00	0,89	0,52	0,61
Le manifestazioni cliniche della malattia dei pazienti affetti da demenza possono essere attenuate solo con terapie farmacologiche	11	2,36	1,69	1,73	1,01	1,07	0,30
Penso che lavorare sul recupero della memoria nei pazienti con deterioramento cognitivo non sia rilevante ai fini terapeutici	11	1,45	0,93	1,45	0,93	0,00	1,00
La relazione è una competenza terapeutica senza la quale il mio successo come professionista sanitario sarebbe limitato	11	3,82	1,17	4,40	0,52	1,45	0,16
Non mi piace leggere/studiare argomenti il cui ambito di interesse vada al di fuori dell'ambito clinico	11	1,64	1,29	1,09	0,30	1,37	0,19
È difficile per me vedere le cose dalla prospettiva dei pazienti	11	2,09	0,95	2,09	0,94	0,00	1,00
Penso che rievocare situazioni che ci fanno percepire il trascorrere del tempo sia molto importante per entrare in comunicazione con pazienti affetti da demenza	11	4,00	0,78	4,45	0,93	1,24	0,23
La mia attuale formazione professionale mi permette di entrare facilmente in relazione con pazienti con deficit di memoria	11	2,64	1,12	3,00	1,10	0,77	0,45
Reputo di non essere adeguatamente informato sui metodi di approccio efficaci per i pazienti con demenza	11	3,36	1,03	3,00	1,27	0,74	0,47
Sono in grado di comprendere pienamente la percezione del tempo che hanno i pazienti con deterioramento cognitivo	11	2,27	1,10	2,36	1,03	0,20	0,84

Tabella 1. Analisi delle risposte fornite al questionario prima e dopo l'intervento formativo

tenere che l'evento formativo abbia avuto un impatto sugli operatori, aumentando le conoscenze e migliorando gli atteggiamenti ed i loro comportamenti.

In particolare, i partecipanti riferiscono di aver maturato la consapevolezza che il vissuto dei pazienti è una parte fondamentale per instaurare il giusto percorso di cura.

Infatti, hanno dichiarato che informarsi su quanto sta accadendo nella vita dei pazienti affetti da demenza sia un fattore importante, contrariamente a quanto ritenevano in passato.

Con l'evento formativo, quindi, è stato appreso quanto il recupero della relazione e della co-costruzione di una storia di malattia con il malato siano fondamentali. Inoltre i partecipanti, dopo aver frequentato il corso, riferiscono che il loro approccio ai pazienti con demenza, in passato, era molto più legato alle loro esperienze passate e/o alla loro sensibilità personale, piuttosto che da una formazione specifica, e di avere più chiaro, dopo aver frequentato il corso, come approcciarsi ai pazienti con disturbo della memoria, dimostrando la positività dell'impatto formativo.

Questi, inoltre, ritengono che la creatività possa essere una soluzione che permetta di ridurre al minimo gli errori nella relazione d'aiuto con persone affette da demenza: questo dato è particolarmente rilevante poiché fornisce informazioni sul fatto che il gruppo, dopo aver sperimentato in prima persona approcci alternativi al problema, ha preso in considerazione l'opportunità di utilizzare la creatività quale strategia per superare gli ostacoli alla comunicazione. Questo dato è stato ulteriormente confermato in quanto, se prima del corso i partecipanti erano convinti che le manifestazioni cliniche della malattia potessero essere attenuate solo con terapie farmacologiche, dopo, sono diventati consapevoli dell'esistenza di terapie e strategie terapeutiche altre, mediante le quali intervenire nel prendersi cura dei malati affetti da demenza di Alzheimer.

La frequenza del corso ha consentito ai partecipanti di riscoprire l'importanza dell'instaurare una efficace relazione con il malato di Alzheimer, competenza sen-

za la quale il loro successo come professionisti sanitari sarebbe limitata.

Il gruppo si è, dunque, trovato a rivalutare il grado di accordo riguardo il valore della relazione, confermando quanto, per loro, sia una competenza essenziale ed importante.

Rievocare situazioni che fanno percepire il trascorrere del tempo è molto importante per entrare in comunicazione con pazienti affetti da demenza, e la rivalorizzazione di quest'attività viene riferita dai partecipanti come una nuova consapevolezza.

Infatti, il globale declino delle funzioni intellettive incide anche sul deterioramento della vita di relazione e il recupero dei ricordi legati alla percezione del trascorrere del tempo diventa un valido aiuto nel rapporto con i pazienti con Alzheimer. Allo stesso modo, il gruppo riferisce di aver maturato la consapevolezza che la formazione professionale posseduta prima del corso non gli permetteva di entrare pienamente in relazione con pazienti con deficit di memoria, e di non essere adeguatamente informato sui metodi di approccio efficaci per i pazienti con demenza.

Questo dato conferma la nostra ipotesi: la formazione specifica consente di acquisire metodi efficaci e *ad hoc* per l'assistenza dei pazienti affetti da demenza.

CONCLUSIONI

Le persone malate di Alzheimer presentano disturbi mnesici che, in genere, sono i primi a comparire, spiccando in modo evidente rispetto a tutti gli altri eventuali deficit cognitivi.

Spesso, i malati di Alzheimer sono pazienti pluripatologici, cosa che li rende assidui utenti del sistema sanitario, entrando in contatto con diverse figure professionali (senza dimenticare che questi malati vengono gestiti a domicilio dai familiari e da *caregiver*: persone che non hanno una formazione specifica nell'assistenza).

I comportamenti assistenziali divengono, perciò, i più differenti e fantasiosi e sono più o meno efficaci, trasportando il malato in un turbinio di sollecitazioni spesso più confondenti che utili.

Con il presente studio si è voluto dimo-

strare che, attraverso una formazione specifica e mirata degli operatori sanitari, è possibile migliorare la relazione di aiuto tra questa tipologia di pazienti e le varie figure professionali e non che si troveranno nella condizione di prendersene cura.

I risultati del nostro studio dimostrano che, prima dell'intervento formativo, i partecipanti non avevano ben chiaro come approcciarsi ai pazienti con disturbo della memoria e si basava soprattutto sulle proprie esperienze passate e sulla propria sensibilità personale.

Sebbene avessero qualche nozione sul fatto che la comunicazione fosse un importante fattore terapeutico, reputavano di non essere adeguatamente informati sui metodi di approccio efficaci per i pazienti con demenza, e la loro passata formazione professionale non gli permetteva di entrare facilmente in relazione con tale tipologia di malato. Dal corso di formazione, quindi, i soggetti hanno appreso che capire il linguaggio del corpo dei pazienti è tanto importante quanto la comunicazione verbale.

I risultati prodotti dallo studio, anche se con le dovute eccezioni, confortano l'obiettivo di partenza, ovvero che **la formazione specifica e la sensibilizzazione degli operatori riguardo l'approccio ai malati di Alzheimer migliora la percezione e l'importanza che gli infermieri attribuiscono alla relazione con tali pazienti**, offrendo ai partecipanti al corso l'opportunità di utilizzare la creatività come strategia per il superamento degli ostacoli che possono esserci durante la comunicazione.

L'esperienza nel gruppo, infatti, ha aperto ai soggetti le porte su orizzonti in cui il tentativo di entrare in rapporto con una persona malata di Alzheimer prevede l'utilizzo dei ricordi e il recupero della memoria.

Alla luce dei risultati ottenuti, ci sentiamo di poter consigliare a quanti si occupano della formazione degli operatori sanitari, professionisti o non, di prendere in seria considerazione la metodologia utilizzata e di prevedere dei programmi specifici di miglioramento delle competenze, in modo da poter offrire le migliori cure possibili a malati molto fragili e, pur-



troppo, in continua crescita in tutto il territorio nazionale.

Ovviamente, i risultati del presente studio-pilota, seppur confortanti, debbono essere considerati alla luce dei suoi limiti, vale a dire la selezione del campione (che è avvenuto per comodo dei ricercatori), il numero molto ristretto dei soggetti arruolati nel campione (N=12), che il campione fa parte di un'unica realtà territoriale. Pertanto, sono da intendersi come una tendenza, e la loro generalizzabilità è da escludersi.

Alla luce dell'esperienza formativa e at-

traverso la riflessione critica sui risultati della ricerca, auspichiamo che vengano indirizzati gli operatori verso un unico approccio assistenziale nei confronti dei pazienti affetti da demenza di Alzheimer. Auspichiamo, inoltre, che venga costruito un unico modello che standardizzi i comportamenti dei vari operatori, che si ritroveranno, in questo modo, a fondare il proprio operato su un corpo teorico comune. Tutto ciò consentirà di garantire la continuità assistenziale, contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali che sono fondamen-

tali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

AUTORI:

Francesco Zaghini, infermiere tutor clinico, studente di Dottorato, Università Tor Vergata, Roma;

Veronica Zaccari, infermiera, laureata c/o Università di Tor Vergata, Roma;

Angela Infante, counselor, Direzione Sanitaria, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma;

Alessandro Sili, Uoc Direzione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie, Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

Stanfield C.L, Germann W.J, *Fisiologia*. III Ed. Edises editore, 2009.

D.M. 739/94, *Profilo Professionale dell'infermiere*.

Martini F.H, Timmons M.J, Tallitsch R.B, *Anatomia umana*. IV Ed. Edises editore, 2010.

Norton S, Matthews F.E, Barnes D.E, Yaffe K, Brayne C, *Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data*. The Lancet Neurology 2014; 13(8):788-94 doi:10.1016/S1474-4422(14) 70136.

Prevenzione del morbo d'Alzheimer attraverso la dieta

Una revisione della letteratura

di Alessandra Brambati, Lidia Landi, Giuseppe Pozzessere

ABSTRACT

Questo articolo argomenterà le ipotesi sulla prevenzione del Morbo d'Alzheimer (d'ora in poi, AD dall'anglosassone "Alzheimer Disease") attraverso la dieta e, se quest'ultima, rappresenti davvero una misura che sia preventivamente efficace o semplicemente una mera illusione.

La revisione della letteratura, utilizzando come principale motore di ricerca "PubMed", ha evidenziato un ampio riscontro positivo in merito alle argomentazioni sostenute, restituendo un gran numero di articoli in merito alla prevenzione attraverso la dieta ed, in particolare, all'importanza di alcune vitamine specifiche.

Le pubblicazioni hanno evidenziato che un trattamento efficace dell'AD con la sola dieta non è ancora disponibile, ma che si tratta di un'ottima forma di prevenzione.

Infatti, l'evidenza scientifica suggerisce che, attraverso una dieta sana, un regolare stile di vita ed un costante e moderato esercizio fisico, potrebbero essere prevenuti molti casi di malattia d'Alzheimer. In sintesi: le linee-guida per la pre-

venzione dell'AD si compongono di alcune regole in cui vengono contemplati i punti cardine per una corretta nutrizione e per un salutare stile di vita.

Parole-chiave: *Alzheimer prevention, Alzheimer prevention nutrition, vitamin E in nutrition Alzheimer, antioxidant in nutrition Alzheimer, mediterranean nutrition Alzheimer*

INTRODUZIONE

Il Parlamento europeo, con la Dichiarazione Scritta 80/2008, si è impegnato a riconoscere l'AD quale priorità per la salute pubblica ed a sviluppare un piano d'azione comune con l'obiettivo di promuoverne la ricerca, la prevenzione, la cura delle cause, la semplificazione della diagnosi precoce, nonché il miglioramento della qualità di vita dei malati e di coloro che li assistono, nonché di sostenere il ruolo delle associazioni che se ne occupano.

L'Europa, attualmente, si trova di fronte ad un'emergenza socio-sanitaria: sono 6,1 milioni le persone già colpite da de-

menza, con 1,4 milioni di nuovi casi ogni anno (dato destinato a raddoppiare entro il 2050).

I fattori di rischio identificati si distinguono in quelli normalmente presenti, ma sui quali è impossibile agire: l'età, i precedenti casi d'AD in famiglia e taluni fattori genetici, nonché su altri fattori di rischio sui quali è, invece e per fortuna, possibile intervenire: il rischio cardio-vascolare, lo stress e la dieta alimentare (Colombo, Perotta, Pettenati, Salvini 2009). Il morbo dell'AD ha una lunga gestazione ed i primi segni di deterioramento si manifestano, in genere, almeno 20 anni prima della diagnosi: un'alimentazione errata ed uno stile di vita stressante, sembrano essere i fattori di rischio che contribuiscono alla degenerazione cerebrale.

METODI E STRUMENTI

È stata condotta una ricerca sul *database* di PubMed, impostando i seguenti, identici "criteri di inclusione": pubblicazioni inerenti articoli in versione *full text* con pubblicazione inferiore a 10 aa ed articoli

POPOLAZIONE	INTERVENTI	COMPARAZIONE	OUTCOME	METODO
Popolazione tra i 50 e i 70 anni	Dieta povera di Ω_6 , ricca di Ω_3 , ricca vit b6 e b12, ricca di vitamina E e vitamina c	Altre Diete	Previene l'insorgenza di AD	Rct

Tabella 1. Il metodo Pico

in lingua inglese o italiana. (Tabella 2)
 La struttura del quesito è stata costruita attraverso il modello Pico. (Tabella 1)
 La ricerca è stata ampliata consultando il sito inglese del *Brain bio Center* e il libro per la prevenzione attraverso la nutrizione dell'Alzheimer (Holford, 2012) che mette in evidenza come l'ansia e lo stress, correlati ad un'alimentazione errata, sono dei fattori negativi per il be-

nessere del nostro cervello. (Tabella 2)
 Inoltre, sono stati, cercati gli spunti per ipotizzare un possibile intervento infermieristico.

RISULTATI

La ricerca ha portato ad analizzare un totale di 56 articoli e due libri inerenti all'argomento.

In particolare, possiamo riassumere i ri-

sultati in sei articoli e in una ricerca inglese. (Tabella 3)

DISCUSSIONE

Il processo patologico può manifestarsi con la comparsa dei primi sintomi anche tra i 40 ed i 50 anni. Essendo il morbo dell'AD causa di danno cerebrale, sono in corso degli studi su come il cervello sia in grado di "autoripararsi", anche se ciò non avviene istantaneamente.

Viviamo in una società in cui l'errata alimentazione è ampiamente diffusa, creando degli squilibri dei nutrienti: i cosiddetti "cibi spazzatura", ricchi di conservanti e grassi saturi, ne sono l'emblema. Parallelamente, per i costi e il poco tempo si assiste all'aumentata tendenza al minor consumo di pesce e verdura. Infatti, le persone molto spesso soffrono di patologie legate a semplici carenze ali-

BANCADATI	PAROLE-CHIAVE	DOCUMENTI RILEVATI
Pubmed	<i>Alzheimer prevention nutrition;</i>	43
	<i>Vitamina E in nutrition</i>	9
	<i>Alzheimer; antioxidant in nutrition</i>	16
	<i>Alzheimer</i>	
	<i>Mediterranean nutritions Alzheimer</i>	4

Tabella 2. Parole-chiave e griglia di ricerca

AUTORE	TIPO DI STUDIO	PAZIENTI	INTERVENTO	RISULTATI
Barnard, 2014	Revisione della letteratura di Studio di prospettico di coorte	Pazienti adulti di qualsiasi età	Valutare la relazione tra assunzione di grassi saturi e trans-saturi e il rischio di disturbi cognitivi associati ad AD, MCI, o col declino cognitivo	Molti, anche se non tutti gli studi prospettici indicano le relazioni tra l'assunzione di grassi saturi e trans-saturi e il rischio di problemi cognitivi
Squitti, 2014	Studio prospettico	Popolazione adulta	Ricerare i percorsi che regolano l'omeostasi del rame, e il meccanismo patogenetico che causa l'AD	Dallo studio si è visto che individui con un alto livello ematico di rame sono più a rischio di sviluppare l'AD
Morris M.S, 2012	Revisione della letteratura di studi epidemiologici	Popolazione adulta	Valutare se l'acido folico e la vitamina B12 siano legati alle funzioni e al declino cognitivo	Bassi livelli di vitamina B12 sono stati collegati sia a una lenta elaborazione delle informazioni sia alla funzione di scarsa memoria. Correggendo i bassi livelli di folati si è visto che si ha un miglioramento delle facoltà cognitive.
Morris M.C, 2014	Studio clinico randomizzato	Veterani di guerra con diagnosi di possibile o probabile AD	Valutare se la vitamina E rallenti i sintomi di AD	È stato scoperto che un dosaggio di 2000 UI/die di alfa-tocoferolo è stato efficace nel rallentare il declino funzionale dell' AD
Erickson, 2012	Studio epidemiologico	Popolazione adulta	Valutare se l'attività fisica, il fitness e il cardiofitness abbiano un effetto benefico sulla salute del cervello e se possono essere usate come cure endogene per la prevenzione AD	I risultati dello studio evidenziano che sia l'attività fisica che il fitness contribuiscono alla salute del cervello, aiutandolo a rimanere plastico e a non atrofizzato. In particolare, l'ippocampo sembra essere sensibile agli effetti del fitness e dell'attività fisica. Anche se si inizia in età matura, si ottengono comunque effetti benefici come l'aumento del volume prefrontale e un miglioramento del livello cognitivo.
Holford, 2012	Studio clinico epidemiologico	Popolazione tra i 50 e i 70 d'età	Valutare se una dieta con giusto equilibrio di nutrienti (fosfolipidi, vitamina B, E e C e acido folico, niacina e basso contenuto di grassi), esercizio fisico, riduzione dello stress attraverso il thai chi, yoga e meditazione e gli esercizi per mantenere allenata la mente riducano il rischio di AD	Dallo studio si è visto che la dieta, l'attività sportiva e la riduzione dello stress agiscono a livello neuronale, diminuendo la perdita di memoria e il rischio di AD

Tabella 3. Sinossi degli articoli reperiti

mentari le quali, se prolungate, possono causare anche dei danni cognitivi.

Il cervello ha circa 40 neurotrasmettitori, ma cinque di questi sono particolarmente importanti per la memoria e l'umore; l'equilibrio tra questi ha un profondo effetto su ciò che si prova, su ciò che si pensa o si fa.

I neurotrasmettitori determinanti per il campo della mente, della memoria e dell'umore sono: acetilcolina, serotonina, dopamina/adrenalina/noradrenalina, glutammato e i Gaba.

L'acetilcolina è associata al pensiero, alla memoria e all'apprendimento e i suoi livelli sono alti durante la veglia e anche durante l'attività onirica, mentre risultano bassi durante il sonno profondo; i livelli di questo neurotrasmettitore risultano bassi anche negli adulti che soffrono di declino della memoria e di demenza. L'acetilcolina è prodotta a partire dal nutriente colina, che abbonda nelle uova e nel pesce e un deficit di questo neurotrasmettitore può rendere probabile un deterioramento della memoria e della immaginazione.

La serotonina influenza profondamente l'umore e, se è insufficiente, ci si può sentire insignificanti e depressi. I livelli tendono a salire la sera, ma il cervello smette di rilasciarlo quando si sogna.

La serotonina stessa può essere trasformata in melatonina, un neurotrasmettitore prodotto nella ghiandola pineale e che viene rilasciato durante il salutare sonno, agendo come antiossidante e aiutando a "riparare" il cervello mentre si dorme (Holford, 2012).

La dopamina/adrenalina/noradrenalina sono associati con lo stato di veglia e questo trio di sostanze, tutte derivate dalla dopamina, ci mantengono motivati, entusiasti e desiderosi di vivere pienamente la vita. Mentre la dopamina e la noradrenalina si occupano del nostro benessere, l'adrenalina è maggiormente associata allo stress: l'azione e il suo deficit possono portare a non riuscire a mettersi in moto e ad affrontare le difficoltà della vita. Questi tre neurotrasmettitori derivano dagli amminoacidi dl-fenilalanina e tirosina. Questi, dapprima si trasformano in dopamina, poi, in noradrenalina, quindi, in adrenalina. Gli enzimi

necessari per questa trasformazione dipendono dalle vitamine del gruppo B, specialmente la B₆, l'acido folico, la B₁₂ e la niacina.

Il glutammato è un amminoacido e un neurotrasmettitore che stimola le cellule cerebrali ad "accendersi". Ha una particolare importanza nella collazione dei ricordi e nella collocazione dei neuroni in aree diverse della corteccia cerebrale. Infatti, sono i neuroni che utilizzano il glutammato quelli che muoiono nel lobo temporale mediale dei malati di Alzheimer. Questi neuroni possono essere sintonizzati finemente da altri neurotrasmettitori, in particolare il Gaba e l'acetilcolina (Levanthal, 2003).

Il Gaba deriva dall'amminoacido glutammato ed è anch'esso associato alla memoria: mantiene calmi e sereni e facilita la registrazione dei ricordi nelle cellule. Il soggetto con un deficit di Gaba trova difficile raggiungere un normale stato di rilassatezza e vive in uno stato d'ansia permanente; è facilmente irritabile, manifesta improvvisi scoppi di rabbia e si abbandona facilmente all'autocritica esagerata.

La maggior parte delle persone manifesta deficit e squilibri di questi cinque neurotrasmettitori quando inizia a sperimentare lo scadimento dell'acutezza mentale e della concentrazione, della motivazione e dell'umore.

Sono quattro le cause che possono generare l'insufficienza dei neurotrasmettitori:

1. la carenza degli amminoacidi specifici che si trovano nelle proteine, più alcune vitamine e minerali necessari ad assemblare questi "mattoni da costruzione" facendoli diventare neurotrasmettitori;
2. un elevato livello di omocisteina potrebbe essere la causa di una metilazione inadeguata, insufficiente a fabbricare in modo efficace i neurotrasmettitori;
3. uno stile di vita incongruo e le modalità con le quali reagiamo agli eventi tali da creare una domanda eccessiva di neurotrasmettitori, fino ad abusare del nostro sistema adrenergico rendendolo meno capace di affrontare lo stress;

4. poiché molti neurotrasmettitori sono prodotti dal cervello, se i nostri neuroni iniziano a morire, la conseguenza sarà che ne produrremo sempre di meno.

È, pertanto, comune riscontrare bassi livelli di questi neurotrasmettitori in chi soffre di AD o di altre forme di demenza. Tutto ciò si aggrava se la persona, vivendo in un costante stato di ansia, entra in un "loop" stressogeno e, così facendo, non riuscirà più a gestire la forte pressione psicologica indotta dalla reazione ancestrale di "attacco/fuga".

Questo stato di iperattività induce un progressivo aumento dei livelli di cortisolo e ciò risulta estremamente dannoso per la nostra memoria: se non si correrà ai ripari, trovando un sistema per diminuire i suoi livelli ematici, i danni al cervello aumenteranno, portando gradualmente all'atrofia dell'ippocampo.

Dobbiamo imparare a volerci bene ed a salvaguardare il nostro cervello poiché, se mancheranno i nutrienti necessari, esso non sarà più in grado di "autoripararsi" (Holford, 2012).

Con l'invecchiamento, poi, sopraggiungerà anche il fisiologico decadimento cognitivo il quale, oltretutto con una corretta alimentazione, potrà anche essere rallentato nel suo naturale decorso mantenendo la mente sempre attiva, stimolandola con molteplici interessi culturali e salvaguardandola con esercizi mnemonici adatti.

Seguire una corretta alimentazione, educandoci, al contempo, a saper ascoltare il nostro corpo nel momento in cui presenta i primi segnali di squilibrio dei nutrienti, è fondamentale.

In particolare, si dovranno mantenere bassi i livelli di omocisteina attraverso una dieta ricca di alimenti contenenti le vitamine del complesso B e limitando l'eccessiva assunzione di carne rossa ed i formaggi grassi, perché ne alzano i valori nel sangue.

Con l'età, il metabolismo si modifica ed occorre fare attenzione alle carenze alimentari perché la capacità di sintesi proteica si affievolisce, mentre il catabolismo proteico rimane intatto.

Il principale ormone incaricato di regolare il tasso di zucchero nel sangue, l'in-

ulina, presenta un ritardo di secrezione: ciò provoca, frequentemente, picchi di glicemia dopo i pasti, che si accentuano in caso di infezioni. Inoltre, diminuisce la sensibilità all'insulina: il glucosio ha maggiori difficoltà ad entrare nei muscoli e, di conseguenza, le riserve glucosiche muscolari, sotto forma di glicogeni, si formano più lentamente.

Una nutrizione equilibrata dipende anche da altri fattori quali: l'isolamento, la depressione, patologie digestive insidiose, sottostimate ulcere che conducono lentamente verso un apporto alimentare insufficiente.

Talvolta, la persona, attraverso la pratica dell'autodiagnosi, intraprende in maniera autonoma delle diete non idonee e altamente sbilanciate che creano danni all'organismo (Peyronette, 2013).

Compito dell'infermiere è intervenire in queste situazioni e, se formato adeguatamente attraverso corsi avanzati, può essere in grado di utilizzare i più idonei questionari, quali ad esempio il *Mini Nutritional Assessment*, potendo così effettuare una prima valutazione dello stato nutrizionale della persona. Se, mediante quest'ultima, non sarà possibile fornire una risposta adeguata, l'infermiere potrà rispondere alle domande restanti in base ai dati anamnestici della cartella clinica o in base al proprio giudizio professionale e alla capacità di cogliere dati clinici dall'aspetto della persona (es. unghie fragili sono sintomo di una carenza delle vitamine del gruppo B, mentre una eccessiva caduta dei capelli può sottendere una carenza di ferro).

Successivamente, attraverso l'anamnesi familiare il fattore di rischio genetico non modificabile, deve valutare, attraverso domande precise e mirate, i fattori di rischio modificabili, ovvero: livello di istruzione basso; essere fumatori; soffrire di ipertensione; avere livelli di cortisolo elevati; obesità; soffrire di depressione; non svolgere attività

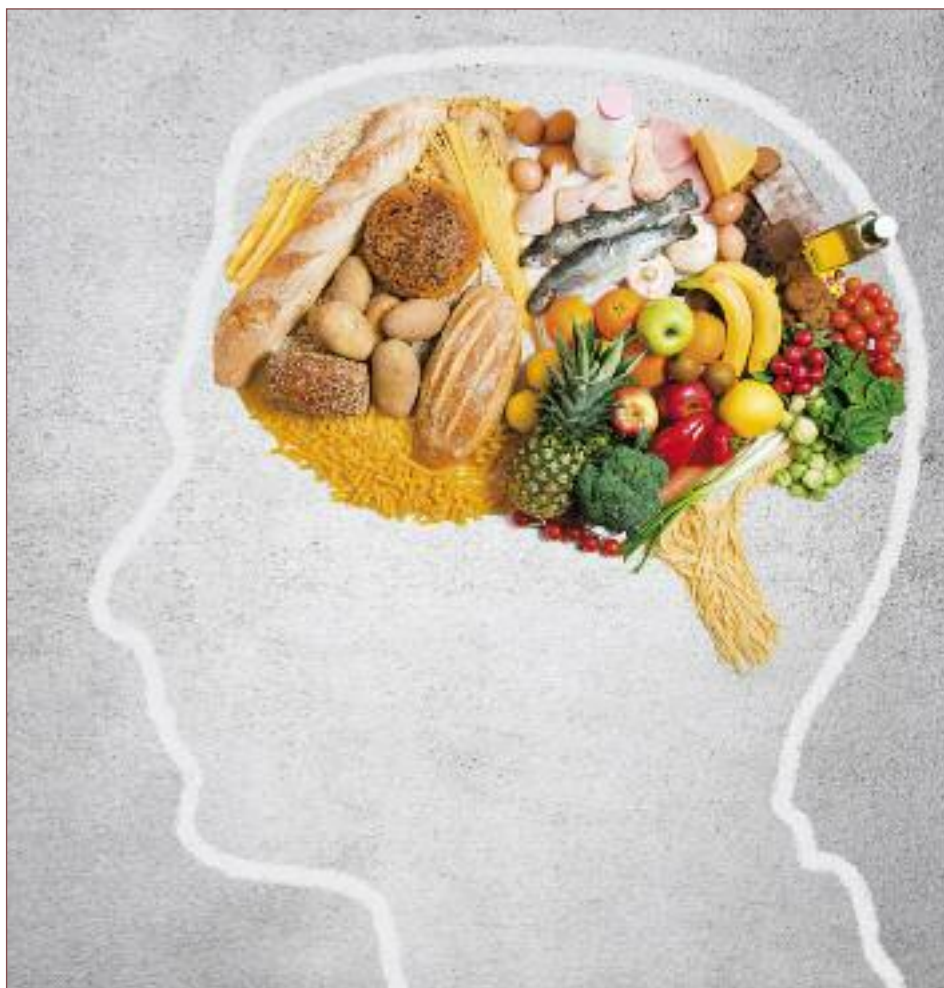
fisica; soffrire di diabete; assunzione bassa di acidi grassi Ω_3 e alta di Ω_6 ; avere livelli alti di omocisteina nel sangue.

L'assistenza infermieristica, grazie anche ad un approccio empatico, potrà essere funzionale nella prevenzione e nell'educazione alimentare e dello stile di vita, in modo da correggere i fattori di rischio che possono contribuire alla comparsa dei sintomi destinati gradualmente a degenerare nell'AD, aiutando così a ritrovare il benessere psicofisico.

Tramite la somministrazione dei test e di esami ematici mirati, i sanitari verranno anche guidati verso la giusta valutazione per la creazione di una corretta dieta atta a: correggere quegli squilibri alimentari causati da un mancato apporto dei nutrienti utili al cervello per l'auto-riproduzione dei neurotrasmettitori; abbassare i livelli di omocisteina particolarmente dannosi per il benessere e controllare lo

stress il quale è una delle maggiori cause dell'eccessiva produzione di cortisolo che, se cronicizzata, induce compromissione e morte cellulare a livello dell'ipotalamo, danneggiando la memoria e riducendo le facoltà cognitive.

Dopo aver visionato la cartella clinica ed aver valutato lo stato generale della persona, l'infermiere consulterà il medico per la valutazione degli esami ematici da effettuare compreso la ricerca dei neurotrasmettitori attraverso la ricerca di quest'ultimi nelle piastrine, i livelli della glicemia, dell'omocisteina, del colesterolo, dell'acido folico e lo stato vitaminico. Una volta ottenuti i dati, l'infermiere, dopo un consulto incrociato con un nutrizionista e un medico, può educare la persona a prendersi cura del suo corpo attraverso una dieta equilibrata e priva di tutto ciò che è "veleno" per il cervello e una moderata attività fisica che serve ad aiutare a rendere i neuroni più reattivi ed



evitare che si atrofizzino, dandogli così la possibilità di mantenere la capacità di "autoripararsi" grazie all'aiuto di una giusta dieta.

I principi cardine della dieta per la prevenzione dell'Alzheimer si basano sulle sette linee-guida scritte al termine della "International Conference and Nutrition on the Brain" che si è svolta a Washington nel luglio 2013 e, successivamente, pubblicate sulla rivista "Neurobiology of Aging" (Barnard, Bush, Ceccarelli, 2014): ridurre al minimo l'assunzione di grassi saturi e trans-insaturi (Barnard, 2014); consumare alimenti di origine vegetale (Morris M.S., 2012); assumere 15 mg di vitamina E al giorno (Morris M.C., 2014); assumere un integratore con vitamina B₁₂ (Morris M.C., 2012); evitare integratori complessi multivitaminici nei quali sono presenti ferro e rame oltre la dose giornaliera consigliata pari a 8 mg nell'uomo e 18 mg nelle donne, ed assumerli solo quando prescritti da un medico; queste linee guida sono rivolte ad adulti e a persone che presentino un alterato metabolismo del rame non ceruloplasminico (si consiglia di controllare prima di tutto il livello ematico di questo metallo con il test C4D). Solo le persone che presentano un valore alterato devono limitare l'assunzione di rame, evitando integratori e

cibi ad alto contenuto di rame, come il fegato di bovino adulto e frutti di mare (Squitti, Siotto, Polimanti, 2014); scegliere prodotti privi di alluminio, anche se l'effetto tossico dell'alluminio nella malattia di Alzheimer non è stato ancora ben definito (Squitti, Simonelli, Ventriglia, 2014); fare 120 minuti di esercizio fisico ogni settimana. Introdurre esercizi aerobici nella routine e 40 minuti di camminata veloce tre volte a settimana. Ciò aumenta il trofismo dei neuroni, ovvero la loro capacità di resistere ad eventi di degenerazione scatenate da alcune malattie. Come l'AD (Erickson, 2012); importante è lo stretto binomio "alimentazione" e "buona salute" come sottolineato dall'Oms, che considera nutrizione adeguata e salute diritti umani fondamentali.

La prevenzione, a nostro avviso, dovrebbe essere iniziata in età pediatrica, perché è proprio in quel periodo, così delicato per la formazione della persona, che si instaurano le cattive abitudini alimentari.

L'infermiere, una volta adeguatamente formato attraverso corsi avanzati, potrà insegnare all'interno delle scuole primarie, tenendo dei corsi di prevenzione su un corretto stile di vita e sull'alimentazione più idonea al mantenimento di un giusto equilibrio dei nutrienti.

CONCLUSIONI

Una dieta bilanciata, congiuntamente all'esclusione dei cosiddetti "cibi spazzatura", avrà certamente un effetto protettivo, perché incrementerà le naturali capacità del cervello di "autoripararsi" e potrà attenuare gli stati infiammatori prodotti dai momenti di stress facilitandone la gestione; così facendo, manterrà bassi i livelli di cortisolo.

Quindi, gli effetti benefici di tale dieta, oltre a quelli conseguenti da un'appropriata attività mentale derivante da uno stile di vita ricco di interessi (sia dal punto di vista sociale che culturale), saranno assicurati se verranno escluse anche le abitudini di vita particolarmente sedentarie, stressanti o che inducano all'isolamento sociale, anziché alla vita di relazione (Brambati, 2014).

AUTORI:

Alessandra Brambati, infermiera, iscritta albo del Collegio Ispasvi di Viterbo;

Lidia Landi, infermiera magistrale, professore a contratto Università di Roma La Sapienza - sede di Civitavecchia e Bracciano;

Giuseppe Pozzessere, ricercatore del Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche-sez.Neurologia, Università di Roma La Sapienza.

BIBLIOGRAFIA

- Barnard N.D, Bunner A.E, Agarwal U, *Saturated and trans fats and dementia: a systematic review*. Neurobiol. Aging, 2014.
- Barnard N.D , Bush A.I , Ceccarelli A , Squitti R at al, *Dietary and life style guidelines for the prevention of Alzheimer's disease*. Neurobiol Aging suppl.II. 2014.
- Brambati A, *La prevenzione del morbo d'Alzheimer attraverso la dieta: realtà o illusione?* (Tesi di laurea), Università La Sapienza, sede di Bracciano. Corso di laurea Infermieristica N; Relatore, Landi L, correlatore, Pozzessere G. A.A 2013-14.
- Erickson K.I, Weinstein A.M, Lopez O.L, *Physical activity, brain plasticity, and Alzheimer's disease*. Arch. Med. Res, 43: 615-621. 2012.
- Holford P, Heaton S e Colson D, *Come prevenire la perdita memoria e l'Alzheimer: 10 modi efficaci per ridurre il rischio delle malattie degenerative della mente*, Antonio Vallardi. 2012.
- Levanthal A.G et al, *Gaba and its agonist improved visual cortical function in senescent monkeys'*. Science, 300: 812-815. 2003.
- Morris M.S, *The role of B vitamins in preventing and treating cognitive impairment and decline*. Adv. Nutr. 3: 801e812. 2012.
- Morris M.C, *Vitamina E, memantine, and Alzheimer disease*. Jama, 2014.
- Peyronnet M, *Prevenire e curare l'Alzheimer: i sintomi, le cure attuali e future, la comunicazione con il malato*. Red. 2013.
- Salvini Porro G, Colombo A, Perotta D, Pettenati C, Possenti M, *Il progetto Eu-DEMcare*, Alzheimer Italia, n. 37, disponibile su <http://alzheimer.it/notiz37.pdf>, consultato il 5 giugno 2009.
- Squitti R, Siotto M, Polimanti R, *Low-copper diet as preventive strategy to decrease the risk for copper phenotype in Alzheimer's disease*. Neurobiol. Aging in press, 2014.
- Squitti R, Simonelli I, Ventriglia M, Siotto M at al, *Meta-analysis of serum non-ceruloplasmin copper in Alzheimer's disease*. J. Alzheimers Dis. 38, 809 e 822. 2014.

L'utilizzo delle medicazioni avanzate nella cura del piede diabetico

di Cristiano Abbati

ABSTRACT

Il piede diabetico riveste un aspetto di grande impatto in termini clinici, sociali ed economici e richiede, perciò, un'organizzazione delle cure che sia in grado di affrontare adeguatamente l'attuale emergenza, la riduzione delle recidive e delle amputazioni.

Il diabete mellito è una patologia cronica che richiede interventi sui livelli glicemici e sui fattori di rischio cardiovascolare, nonché una terapia educativa mirata al paziente, che gli consenta di acquisire le competenze necessarie all'autogestione della malattia.

Per la costruzione di un percorso di cura ideale, sono fondamentali le raccomandazioni delle linee-guida e le evidenze della letteratura scientifica che, attraverso l'azione del team diabetologico, permettono di definire la migliore sequenza temporale delle attività da svolgere per ottenere gli obiettivi prefissi.

Parole-chiave: *piede diabetico, medicazioni avanzate, neuropatia diabetica.*

INTRODUZIONE

Si parla di piede diabetico quando la neuropatia diabetica o l'arteriopatia degli arti inferiori compromettono la funzione o la struttura del piede.

I due quadri clinici "piede neuropatico" e "piede ischemico" sono profondamente diversi fra di loro, tuttavia, in molti pazienti le due problematiche coesistono, tanto che non è raro parlare di "piede neuroischemico". È stato calcolato che circa il 30% dei pazienti con età superiore a 40 anni soffre di patologie a carico

degli arti inferiori ed il *lifetime risk* di avere un'ulcera ad un piede è del 15%. Questa complicanza rappresenta la prima causa di amputazione atraumatica nel mondo occidentale e la più frequente di ospedalizzazione tra i pazienti diabetici, contribuendo, in maniera significativa, ai costi assistenziali legati alla malattia.

Si stima che un paziente diabetico abbia un rischio 20 volte maggiore di andare incontro ad un'amputazione rispetto ad un paziente non diabetico. I più colpiti sono i soggetti di sesso maschile, quelli con maggior durata della malattia e di basso livello socio-economico.

Il piede neuropatico

La *neuropatia sensitiva* si manifesta con un'iniziale riduzione della sensibilità vibratoria a cui segue la perdita della sensibilità tattile, dolorifica e termica fino alla completa insensibilità.

La *neuropatia motoria* determina una modifica dei rapporti tra i muscoli flessori ed estensori delle piccole articolazioni metatarso-falangee, favorendo la comparsa di lussazioni e sub-lussazioni con sviluppo di deformità delle dita, accentuazione dell'arco plantare e sviluppo di ipercheratosi.

La *neuropatia autonoma* è caratterizzata dalla scomparsa della sudorazione, secchezza cutanea, alterazioni strutturali, che culminano negli stadi più avanzati nell'osteopatia di Charcot.

Il piede ischemico

Il piede ischemico si manifesta a seguito della riduzione del lume vasale per effetto di placche lipidiche; l'arteriopatia può essere rapida e progressiva e può colpire entrambi gli arti inferiori.

Una caratteristica del piede ischemico è la cosiddetta "claudicatio", ossia il dolore che insorge al polpaccio o alla coscia dopo un certo numero di passi: il numero dei passi che il paziente riesce a compiere senza che insorga il dolore è variabile da poche unità fino a qualche centinaio di metri e risulta strettamente correlato alla gravità dell'arteriopatia.

Il piede infetto

È possibile, in base alle caratteristiche di gravità, distinguere il piede diabetico in acuto (*limb-threatening infection*) che mette a repentaglio la "sola" gamba, e il piede diabetico cronico (*life-threatening infection*) che mette a repentaglio addirittura la vita.

L'infezione di un'ulcera diabetica può dar luogo ad un quadro di osteomielite che, nella maggior parte dei casi, può evolvere verso l'amputazione del distretto interessato.

È importantissimo iniziare tempestivamente una terapia antibiotica mirata al ceppo batterico isolato tramite l'esame colturale della ferita (tamponi).

Il trattamento della lesione

La cura dell'ulcera si basa, fondamentalmente, su tre momenti terapeutici:

1. la cura locale della lesione;
2. il trattamento di eventuali infezioni;
3. lo scarico della lesione ulcerativa.

La cura della lesione prevede l'irrigazione della ferita con soluzione fisiologica per allontanare gli agenti patogeni, il tessuto devitalizzato ed eventuali corpi estranei in eccesso che possono contribuire allo sviluppo o al peggioramento delle infezioni.

Dopo aver eseguito l'irrigazione, si pas-



sa alla pulizia della ferita mediante il *debridement* chirurgico (che consiste nell'eliminare tutti i tessuti necrotici fino ad arrivare a quelli vitali): questa fase è indispensabile perchè l'ipercheratosi tende a soffocare i tessuti vitali sottostanti, ostacolando la guarigione della ferita.

A causa della patologia predisponente delle lesioni croniche, spesso è necessario un continuo *debridement* di mantenimento per eliminare la formazione ininterrotta dei tessuti necrotici e ridurre il carico batterico.

Esiste, poi, un *debridement* chimico che può essere effettuato per mezzo di prodotti in forma di unguenti e risulta particolarmente utile in quei pazienti per i quali il *debridement* chirurgico non può essere effettuato per il rischio di sanguinamento.

A questo punto si procede alla medicazione della ferita dove possono essere utilizzate le "medicazioni avanzate" che presentano caratteristiche di biocompatibilità, garantiscono un ambiente umido, consentono lo scambio gassoso di ossigeno, anidride carbonica e vapore acqueo, hanno un'elevata capacità assorbente, un maggiore benessere per il paziente, una

riduzione degli effetti collaterali ed un miglior rapporto costo-beneficio.

Le medicazioni con argento sono indicate per lesioni con essudato "moderato" o "elevato", in presenza o a rischio di infezione, sfruttano la tecnologia *hydrofiber*, ossia quelle capaci di rilasciare ioni d'argento in modo controllato, via via che la medicazione assorbe l'essudato della lesione.

Sono medicazioni che si adattano ad ogni tipo di lesione, mantengono un ambiente umido, vanno sostituite dopo tre-quattro giorni, ma possono essere lasciate in situ fino ad un massimo di sette.

Le medicazioni con argento e alginato combinano la potente azione antimicrobica dell'argento all'elevato potere assorbente delle fibre di alginato; vengono utilizzate su lesioni infette o fortemente colonizzate, sia superficiali che profonde; possono essere lasciate dove sono per un tempo massimo di sette giorni.

In questi ultimi tempi, sono state immesse in commercio medicazioni "non-adherent", in grado di consentire un cambio atraumatico per il paziente.

Le medicazioni con carbone e argento sono ideali per assorbire i cattivi odori e

forti quantità di essudato, creano un ambiente favorevole alla guarigione della ferita e, al contempo, la proteggono dalle infezioni. All'inizio, vanno cambiate ogni 24/48 ore, ma poi possono permanere in situ fino ad una settimana.

Le medicazioni con iodio-povidone sono indicate nel trattamento di ferite superficiali, ulcerose ed ustioni. Nelle fasi iniziali, possono essere cambiate anche due volte al giorno, ma non devono essere utilizzate in pazienti con ipersensibilità all'iodio (in caso di insufficienza renale e nelle donne in gravidanza). Le medicazioni con "matrice modulante delle proteasi" consentono di bilanciare e modulare le condizioni patologiche, inattivando in maniera irreversibile le proteasi in eccesso e proteggendo i fattori di crescita. Si tratta di medicazioni riassorbibili, per cui non necessitano di rimozione, ma, in caso di forte infezione, non se ne consiglia l'utilizzo.

Comunque, qualsiasi medicazione si decide di utilizzare, è importante che la ferita sia valutata regolarmente e mantenuto un microambiente umido per velocizzare il tempo di guarigione e favorire la formazione di tessuto di granulazione

e neovasi sanguigni.

Dopo aver applicato la medicazione più idonea al tipo di lesione si procede, quindi, all'applicazione di una fasciatura che protegga la lesione dall'ingresso di eventuali batteri o da traumi esterni.

La cura di un'ulcera plantare prevede non solo che sia curata la lesione, ma che sia eliminata l'iperpressione plantare: un passo indispensabile è, pertanto, lo scarico della lesione che si può ottenere tramite uno scarico temporaneo, un apparecchio di scarico oppure una scarpa ortopedica.

Ogni anno, oltre un milione di persone affette da diabete mellito perdono una gamba come conseguenza della loro condizione. Per il paziente, l'amputazione è un evento che altera la qualità e la durata della vita e, da un punto di vista economico, i costi di un'amputazione sono particolarmente ingenti, visti i prolungati periodi di ospedalizzazione e riabilitazione, la richiesta di assistenza domiciliare e servizi sociali. (I dati dell'ambulatorio di Tivoli rispetto al piede diabetico: tabelle 1-4)

MATERIALI E METODI

La popolazione di riferimento presa in esame è costituita dal 38,7% da pazienti di sesso maschile e dal 61,3% da pazienti di sesso femminile, con età compresa tra i 37 ed i 92 anni, tutti residenti nel territorio della Asl Roma 5.

Il 72% dei pazienti è in trattamento insulinico intensivo, mentre il restante 28% è in trattamento con ipoglicemizzanti orali ed insulinosensibilizzanti.

La durata dell'indagine è stata di cinque anni (2010-2015) e sono stati ricavati i seguenti dati:

- medicazioni 10.733
- nuovi accessi 804
- recidive 221
- amputazioni 35

L'indagine retrospettiva ha evidenziato l'efficacia delle medicazioni avanzate nella cura delle ulcere del piede diabetico, la riduzione delle recidive (grazie anche all'aiuto della terapia educativa) ed un numero di amputazioni in costante diminuzione rispetto all'aumento dei pazienti trattati.

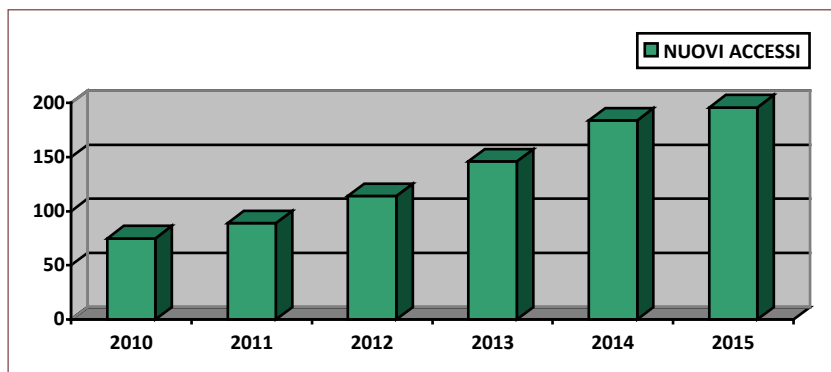


Tabella 1

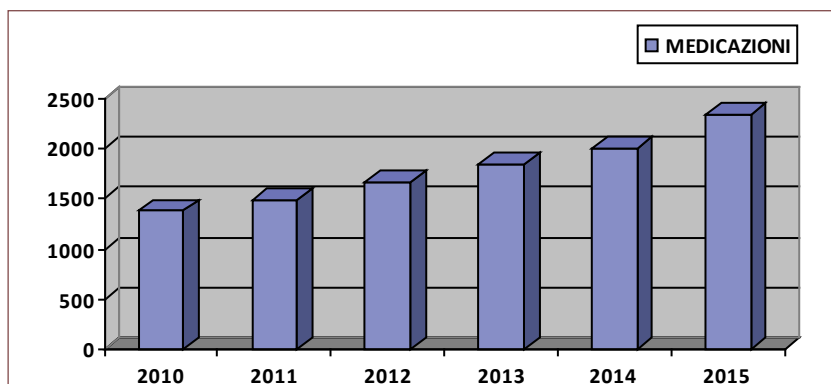


Tabella 2

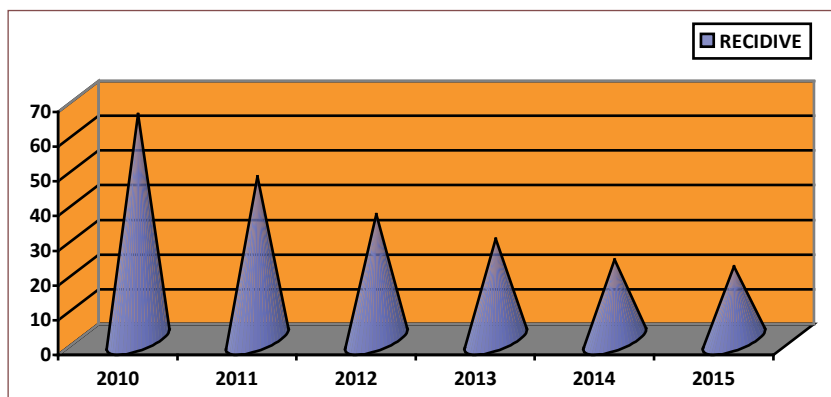


Tabella 3

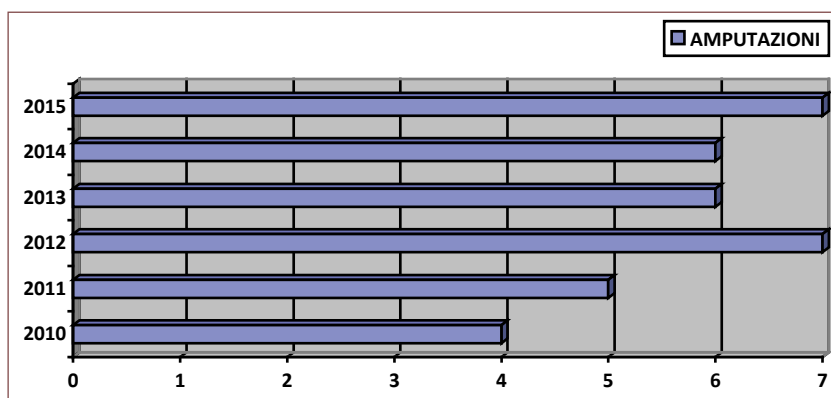


Tabella 4

CONCLUSIONI

L'organizzazione del lavoro infermieristico fonda i suoi principi su un disegno specifico, seguito da un'adeguata attuazione e da una corretta registrazione dei dati (che, analizzati periodicamente attraverso indicatori di qualità, di processo e di esito, ci permettono di valutare il percorso, di correggerlo e talvolta di migliorarlo).

Il raggiungimento di questi obiettivi è stato possibile grazie ai progressi ottenuti in campo vascolare e radiologico, all'utilizzo delle medicazioni avanzate, ma, soprattutto, al prezioso lavoro di tutto il team del piede diabetico.

Va ribadita, ancora una volta, l'importanza della prevenzione che si attua mediante la correzione degli stili di vita (eliminazione di fumo ed alcool, soprattutto), un'adeguata igiene corporea, un'attività fisica costante, il ricorso periodico ad un podologo, l'adesione alla dieta e alla terapia e l'automonitoraggio glicemico, strumento terapeutico essenziale per migliorare la qualità di vita del paziente.

AUTORE:

Cristiano Abbati, infermiere, master in Management per le funzioni di coordinamento presso l'Università di Tor Vergata, Roma; Accademia del piede diabetico presso l'ospedale Multimedica, Milano.



BIBLIOGRAFIA

- Apelqvist J, *Diagnostics and treatment of the diabetic foot*. Endocrine 2012; 41(3): 384-397.
- Younes N.A, Albsoul A.M, Awad H, *Diabetic heel ulcers: a major risk factor for lower extremity amputation*. Ostomy Wound Manage 2004; 50(6): 50-60.
- Sicuro J, Bondonio P.V, *L'impatto del diabete mellito sulle economie mondiali: ricerca di soluzioni di cura e terapie costo-efficaci in differenti realtà globali*. G.It. Diabetol Metab 2011; 31: 1-4.
- Boulton A.J.M, Vileikyte L, Ragnarson-Tennvall G, Apelqvist J, *The global burden of diabetic foot disease*. Lancet 366: 1719-1724, 2005.
- Annali AMD 2009, *Analisi prospettica degli indicatori di qualità dell'assistenza del diabete in Italia (2004-2007)*. A cura di Cimino A, de Bigontina G, Fava D, Giorda CB, Meloncelli I, Nicolucci A, Pellegrini F, Rossi MC, Vespasiani G. AMD 2009. http://www.infodiabetes.it/annali/pdf/2009/Pubblicazioni_ANN_ALI.pdf
- Vinik A.I, Nevoret M.L, Casellini C et al, *Diabetic neuropathy*. Endocrinol Metab Clin N Am 2013;42:747-87. 3 Hsu WC, Chiu SY, Yen AM, et al.
- Rogers L.C, Bevilacqua N.J, *The diagnosis of Charcot foot*. Clin Podiatr Med Surg 2008;25:43-51.
- Muir R.L, *Peripheral arterial disease: Pathophysiology, risk factors, diagnosis, treatment, and prevention*. J Vasc Nurs 2009;27:26-30.
- Bonham P.A, *Swab cultures for diagnosing wound infections: a literature review and clinical guideline*. J. Wound Ostomy Continence Nurs 2009; 36(4): 389-395.
- Berchicci R, Giannone S, *Il piede diabetico: trattamento e gestione delle medicazioni* (2008). Disponibile su: <http://www.nefropiemonte.org>. Ultimo accesso: 07/10/2013.
- Lombardo F, Spila Alegiani S, Maggini M, Raschetti R, Avogaro A, Ferranini E et al, *Prevalenza e incidenza delle complicanze del diabete: studio DA1*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2007 (Rapporti ISTISAN 07/25).
- Jeffcoate W.J, Van Houtum W.H, *Amputations as a marker of the quality of foot care in diabetes*. Diabetologia 47:2051-2058, 2004.
- Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingozi O, Scondotto S et al, *Risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2007 (Rapporti ISTISAN 07/10).
- Browna A, *Does social support impact on venous ulcer healing or recurrence?* Br J Community Nurs 2008; 13(3): s 6-s10.

Tanti scambi conversazionali in inglese per un infermiere sempre più globalizzato

Questo volume è una raccolta di esempi di scambi conversazionali che possono intercorrere tra professionisti della salute e pazienti, o tra gli stessi professionisti, in un contesto anglofono o dove viene utilizzato l'inglese come lingua franca. Il volume si compone di due parti: una più generica, la prima, dove si analizza la lingua in situazioni quali, per esempio, l'accettazione del paziente e le dimissioni dello stesso; il fornire informazioni al cliente circa i reparti presenti all'interno di un ospedale; il rilevamento dei sintomi.

E un'altra, la seconda, più specifica, che tratta, invece, di contesti come, ad esempio, la cura delle lesioni, l'alimentazione e l'idratazione, la cura del cancro, l'igiene personale, la diagnostica per immagini.

Ogni conversazione, che può essere considerata come un'unità a sé, è analizzata da tre punti di vista diversi: fonetico, sintattico, e lessicale.

Il testo comprende anche un'appendice con alcuni esempi di frasi da utilizzare nelle conversazioni al telefono e durante una presentazione orale.

Scritto in una logica conversazionale, il testo è arricchito da clip sonore scaricabili gratuitamente dal sito dell'editore. In ogni analisi conversazionale presentata, inoltre, i termini tecnici e le espressioni particolari sono sottolineati ed evidenziati per una loro migliore comprensione.

Ogni conversazione è trascritta foneticamente, utilizzando i simboli dell'Alfabeto Fonetico Internazionale (IPA) e tale arricchimento fonetico rende il testo unico nel panorama mondiale di settore.



“Questo testo - ha scritto la presidente del Collegio Ipsavi di Roma, Ausilia Pulimeno - è destinato ai professionisti sanitari e agli studenti di tutti gli ordini e gradi di studio che si avvicinano, o già si sono avvicinati, alla lingua inglese. Esplora in maniera dettagliata, con acribia sintattica e fonetica, alcuni temi sanitari fondamentali per erogare un’assistenza di qualità sia in contesti franchi che propriamente anglofoni”.

Oggi, è necessario rispondere ai diversificati bisogni di assistenza ed è imprescindibile, dunque, che si debba possedere competenze linguistiche d'avanguardia, specie in inglese.

Nel mondo globalizzato, comunicare in lingua inglese è una dimensione sempre più rilevante delle pratiche sanitarie: fatto che costituisce un valore aggiunto alle pratiche professionali di assistenza.

Il testo di Rotatori, agile e facilmente fruibile, rappresenta un'innovazione rispetto ai libri tradizionali in lingua inglese e per i nuovi scenari che si prospettano per il futuro dell'Infermieristica italiana; è di fondamentale utilità per chi vuole assistere l'altro, sempre più cittadino globale, e diventa imprescindibile per sviluppare un sapere scientifico comune a tutti gli infermieri del mondo.

Ciò permettendo di aver sempre più competenze e, quindi, opportunità di affermazione professionale nell'arena planetaria.

Alessandro Rotatori
Health care professionals speaking:
Conversazioni in ambito sanitario
per i professionisti della salute
 Edises editore, 2015 (22,00 euro)

La disciplina dell'orario di lavoro alla luce della recente attuazione della legge n.161/2014

Considerato l'elevato numero di quesiti che, sull'argomento, vengono rivolti al Collegio, in questo numero voglio sottoporre alla Vostra attenzione le principali novità legislative intervenute in materia di orario di lavoro e di riposi giornalieri.

Lo scorso 25 novembre 2015 ha avuto attuazione l'art. 14, comma 1, della l. n.161/2014 (Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione Europea - Legge Europea 2013-bis), che ha disposto l'abrogazione del comma 6bis dell'art.17 d.lgs 66/2003.

Attraverso l'art. 17, comma 6bis, d. lgs 66/2003 era stata, infatti, prevista una deroga alla disciplina comunitaria di cui alla direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, coordinate dalla direttiva 2003/88/CE, concernenti l'organizzazione dell'orario di lavoro.

Recitava, testualmente, tale norma: *"Le disposizioni di cui all'articolo 7 non si applicano al personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale, per il quale si fa riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori"*.

Con tale norma, pertanto, si era previsto che le disposizioni di cui all'art.7 del d. lgs 66/2003, emanato in attuazione delle citate direttive europee, non si applicassero al personale del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale, rispetto al quale dovesse invece continuare a farsi riferimento alle vigenti disposizioni contrattuali in materia di orario di lavoro, nel rispetto dei principi generali della protezione della sicurezza e della salute dei lavoratori.

Dal 25 novembre 2015, perciò, non sarà più ammessa alcuna deroga all'art.7 del d.lgs 66/2003, che stabilisce che il lavoratore ha diritto ad 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, e che il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo, fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità.

Dal riallineamento della normativa nazionale a quella comunitaria, nell'ottica di conciliare le esigenze di servizio con il dovere di tutelare la salute psico-fisica dei lavoratori, discende che a decorrere sempre dal 25 novembre 2015, hanno cessato di avere efficacia anche le norme contrattuali, sia collettive nazionali, che aziendali, in contrasto con la direttiva comunitaria sopra



richiamata.

Ad oggi, pertanto, la disciplina dell'orario di lavoro dei sanitari dipendenti tanto del settore privato che del S.Ssn, va rinvenuta nel d. lgs 66/2003, il quale dispone i seguenti principi:

- l'orario normale di lavoro è fissato in 40 ore settimanali (art. 3 comma 1);
- i contratti collettivi di lavoro possono stabilire, ai fini contrattuali, una durata minore e riferire l'orario normale alla durata media delle prestazioni lavorative in un periodo non superiore all'anno (art. 3 comma 2);
- i contratti collettivi di lavoro stabiliscono la durata massima settimanale dell'orario di lavoro;
- la durata media dell'orario di lavoro non può in ogni caso superare, per ogni periodo di sette giorni, le 48 ore, comprese le ore di lavoro straordinario, e tale durata media deve essere calcolata con riferimento ad un periodo non superiore a 4 mesi, (elevabili a 6 o 12 mesi a fronte di ragioni obiettive, tecniche o inerenti l'organizzazione del lavoro, specificate negli stessi contratti collettivi) (art. 4 commi 2, 3 e 4);
- il ricorso al lavoro straordinario deve essere contenuto e le modalità di esecuzione dello stesso, fermi i limiti sopra esposti, sono regolamentate dai contratti collettivi di lavoro (art. 5 commi 1 e 2);
- in difetto di disciplina collettiva applicabile, il ricorso al lavoro straordinario è ammesso soltanto previo accordo tra datore di lavoro e lavoratore, per un periodo che non superi le 250 ore annuali (art. 5 comma 3);
- il lavoro straordinario deve essere computato a parte e compensato con le maggiorazioni retributive previste dai contratti collettivi di lavoro, i quali possono consentire che in alternativa, o in aggiunta, a tali maggiorazioni, i lavoratori usufruiscano di riposi compensativi (art. 5 comma 5);
- il lavoratore ha diritto, ferma restando la durata normale dell'orario di lavoro, di 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, da calcolarsi dal momento dell'inizio della prestazione lavorativa e da fruirsi in modo consecutivo, fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata o da regimi di reperibilità (in tale ultimo caso, le chiamate in reperibilità possono interrompere la consecutività del riposo giornaliero, con la conseguenza che le ore di lavoro effettuate in reperibilità dovranno essere recuperate per arrivare almeno alle 11 ore di riposo previste dalla legge) (art.7);
- eventuali deroghe all'arco temporale per il calcolo dell'orario di lavoro medio settimanale, alle pause e alla durata minima del riposo continuativo giornaliero possono essere introdotte solamente mediante contratti collettivi o accordi raggiunti a li-



vello nazionale (limitatamente peraltro alle sole attività caratterizzate dalla necessità di assicurare la continuità del servizio, con particolare riferimento quando si tratti di servizi relativi alla "accettazione, al trattamento o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi, comprese le attività dei medici in formazione, da case di riposo e da carceri") e non anche mediante accordi sottoscritti a livello regionale o aziendale" (art. 17 comma 2);

- l'orario di lavoro notturno non può superare le 8 ore in media nelle 24 ore, salva l'individuazione da parte dei contratti collettivi, anche aziendali, di un periodo di riferimento più ampio sul quale calcolare come media il suddetto limite (art. 13).

Dall'applicazione di tali principi discende l'obbligo in capo alle strutture sanitarie di ristrutturare l'organizzazione del servizio attraverso una opportuna programmazione e una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di servizio, se del caso anche ridefinendo i propri obiettivi aziendali, al fine di renderli perseguibili in ottemperanza alle disposizioni sopra richiamate.

In mancanza, in caso di violazioni alla normativa in oggetto, le aziende datrici di lavoro potranno incorrere nella applicazione di sanzioni economiche da parte delle competenti Direzioni Territoriali del Lavoro, da determinarsi, nel quantum, in base al numero dei lavoratori coinvolti nelle infrazioni accertate.

Ulteriore rilevante conseguenza del mancato rispetto della normativa in materia di durata di orario di lavoro e di riposi è, altresì, la concreta possibilità che le Compagnie Assicuratrici non garantiscano la copertura di sinistri conseguenti a condotte poste in essere da sanitari in condizioni di manifesta inosservanza della normativa di riferimento.

Avv. Nicoletta Galli

SONO FINITI I TEMPI IN CUI
PARTIVAMO "CON LA VALIGIA DI
CARTONE" PER CERCAR LAVORO..

OGGI SI VA CON
IL TROLLEY E LA
LAUREA IN TASCA..



© Bto '16

NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

PARTECIPA ALL'INDAGINE CONOSCITIVA SULL'INFORMATIZZAZIONE DELLA RIVISTA

Alla luce dell'informatizzazione dei processi comunicativi delle P.A. e della valorizzazione delle risorse disponibili in formato digitale, si propone la possibilità del passaggio della rivista dal formato cartaceo a quello informatizzato con l'obiettivo di garantire contestualmente anche un approccio orientato alla green economy.

Sul sito internet del Collegio www.ipasvi.roma.it è disponibile un questionario creato per dare ascolto all'opinione degli iscritti rispetto a questo percorso di cambiamento.

Ti invitiamo a partecipare quanto prima e a fornirci il tuo prezioso punto di vista!

Indagine conoscitiva sull'informazione della rivista

* Nome

* Cognome

* N° iscrizione albo

* 1. Riceve la rivista "Infermiere Oggi"?


SI
 NO
 Non regolarmente

* 2. Alla luce del processo di dematerializzazione dei servizi, sarebbe favorevole al passaggio della rivista cartacea "Infermiere Oggi" a quella digitale? (Consultabile gratuitamente sul sito Istituzionale).

SI
 NO

* Se la risposta è "NO", perché?

Ho risposto SI
 Non ho l'opportunità di consultare la rivista digitale
 Preferisco la lettura in formato cartaceo
 Altro (specificare)



**COLLEGIO PROVINCIALE
IPASVI DI ROMA**

viale Giulio Cesare, 78
00192 Roma - metro Ottaviano
Tel. 06.37511597 r.a.
Fax 06.45437034
Email: collegio@ipasvi.roma.it
www.ipasvi.roma.it

Orari apertura uffici:
Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17
Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30