

INFERMIERE

oggi

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

N°3-4

EDITORIALE
Assistenza 2.0
I protagonisti siamo noi!

FOCUS
Sanit e i nuovi
progetti del Cecri

CONTRIBUTI
Il telenursing nella
gestione dell'Alzheimer

L'AVVOCATO DICE
La sentenza del Tar
sul modello See&Treat

INFERMIERE

oggi



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXV - N. 3-4 - LUGLIO-DICEMBRE 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: EDS Roma
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno
Copertina: Ennio De Santis su foto di Mariagrazia Maioli

Finito di stampare: dicembre 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 Assistenza 2.0. I protagonisti siamo noi
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 SANIT 2016 E I NUOVI PROGETTI DEL CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

DICONO DI NOI

- 15 Infermieri angeli del terremoto in attesa dello sblocco dei contratti

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 18 Sì agli ambulatori *See&Treat*
20 Tutti i numeri del dossier statistico *Migrantes*

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 24 All'ospedale Sant'Andrea il IX Congresso nazionale Ait
25 Al Pertini premiati i migliori professionisti: due sono infermieri
26 La ricerca italiana sul *Self-care*
Successo per il convegno Cecri al Policlinico Gemelli di Roma
28 Gli infermieri laziali a Milano per il Congresso nazionale Cid

CONTRIBUTI

- 29 L'implementazione delle buone pratiche per la prevenzione
delle infezioni correlate a catetere venoso centrale.
Risultati dell'*audit* clinico condotto dal Cecri in tre Aziende sanitarie di Roma
*di Marina Palombi, Claudia Lorenzetti, Giuseppe Marchesani,
Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese*
- 35 Valutazione del *refill* capillare nella prevenzione del deterioramento clinico
Una revisione narrativa della letteratura
di Elena Cristofori, Pietro Marratzu
- 38 L'utilizzo della *Identification of Seniors at Risk (Isar)* o del *Triage Risk
Screening Tool (Trst)* può rappresentare uno *screening* per identificare i
pazienti anziani al Pronto Soccorso?
di Silvia Fiorillo, Valentina Papacci
- 43 L'efficacia degli interventi di *telenursing* nella gestione del paziente con
morbo di Alzheimer. Ridurre il declino cognitivo attraverso videochiamate,
telemonitoraggio e realtà virtuale
di Giovanni Gioiello, Emanuela Libro, Carmelo Migliore
- 48 Studio osservazionale sulle motivazioni della scelta del corso di laurea
in Infermieristica
di Roberta De Luca
- 55 "Le arti terapie" in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni
di Giuliana Covelli, Raffaella Musillo, Marco Soricetti, Josè Mannu

LETTO PER VOI

- 59 L'infermiere moderno e la web society
60 *Caring*: quando l'assistenza è anche filosofia

NOTIZIE DALL'ESTERO

- 61 Importante riconoscimento alla professoressa Sasso

L'AVVOCATO DICE

- 62 La recente sentenza del Tar Lazio:
il modello *See&Treat* negli ambulatori infermieristici

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Assistenza 2.0. I protagonisti siamo noi

di Ausilia M.L. Pulimeno

La salute non può prescindere dagli infermieri. Se al centro del sistema deve starci il cittadino, centrale è anche il ruolo di chi se ne occupa, lo assiste, lo segue, lo guida nel suo percorso terapeutico. Lo ha stabilito da tempo l'Unione Europea, lo recepisce finalmente anche l'Italia con il Decreto Legislativo 15/2016.

Anni di battaglie e rivendicazioni della nostra professione si materializzano in una norma che riconosce la straordinaria evoluzione della figura infermieristica alla quale viene delegata la responsabilità dell'assistenza generale. È il primo mattone per costruire un nuovo modello sanitario proiettato sul territorio, capace di curare, assistere, prevenire ed educare. Un modello più efficiente ed efficace, più vicino alle esigenze del cittadino, presente e operativo proprio dove questo vive, lavora, studia. Il territorio è la nuova sfida e l'infermiere è il professionista più attrezzato per vincerla. Forse per questo rifioriscono gelosie e paure che si oppongono al cambiamento.

Il Tavolo tecnico per la professione infermieristica insediato al Ministero della Salute ha prodotto il documento di sintesi che presto sarà all'esame delle Regioni. Il paziente e l'infermiere sono al centro del percorso di cura progettato attraverso l'integrazione professionale e la personalizzazione dell'assistenza, secondo un modello che la nostra professione propone ormai da anni e che oggi trova la sua rampa normativa per il decollo. L'assistenza di prossimità e la continuità assistenziale rappresentano i cardini della riorganizzazione delle cure primarie, con la definizione di percorsi integrati tra ospedale e territorio per poter rispondere ai crescenti bisogni di una popolazione sempre più anziana e portatrice di multipatologie croniche.

La previsione nel documento di sintesi dei quattro nuovi ambiti di competenza infermieristica proposti dall'Ipsavi (infermieri di famiglia-comunità, assistenza infermieristica domiciliare, assistenza infermieristica ambulatoriale, ospedali di comunità) ci

confirma che la strada è quella giusta. Del resto lo stesso Piano Nazionale per le Cronicità affida alla nostra professione il ruolo di care management per la gestione della continuità assistenziale e l'interazione con le altre professioni sanitarie. Un piano che è operativo e che dunque va applicato con urgenza anche a Roma e nel Lazio, dove i problemi non mancano.

Si tratta anche di superare gli anacronistici steccati che ancora resistono tra le professioni sanitarie coinvolte nella riorganizzazione del sistema. Ciascun operatore ha le sue competenze specifiche da offrire per completare in ogni sua componente la "rete della salute", così come suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con l'infermiere di famiglia o di comunità nel ruolo di coprotagonista insieme al malato e al medico. Le esperienze di questo tipo maturate sul campo dimostrano i vantaggi di un modello capace di prendere in carico il paziente, accompagnarlo in tutto il percorso di cura, ma anche informarlo sulla gestione della malattia ed educarlo a un corretto stile di vita. Esperienze che segnano con il rigore della ricerca scientifica validata l'efficacia sulla riduzione delle cronicità e sulla prevenzione.

Un anno fa il Centro di Eccellenza del Collegio Ipsavi di Roma ha presentato al Ministero della Salute un progetto di ricerca sull'infermiere di famiglia-comunità che sta facendo scuola. L'unico ad essere finanziato, adottato in via sperimentale in altre regioni con ottimi risultati, conferma l'antica e desolante massima secondo cui "nemo propheta in patria". Con grande caparbieta e non senza ostacoli insistiamo affinché anche la Regione Lazio sperimenti il modello dell'infermiere di famiglia a Roma e nel resto del territorio, un modello che mette in luce le competenze specifiche di questa figura e dimostra la sua efficacia nei dati clinici raccolti dalle esperienze maturate da ultimo in Piemonte e nel Friuli Venezia Giulia.

Scontiamo ancora, purtroppo, l'opposizione di chi tira il freno a mano al cospetto del cambiamento. Aleggia il timore che gli infermieri, forti delle loro competenze e della predisposizione al nuovo, possano "debordare" in ambiti altrui. Così l'istinto di conservazione dei confini del proprio orticello finisce col prevalere sui bisogni reali delle persone. È una vecchia storia che si ripropone ogni qual volta si tenta di introdurre una innovazione in un sistema che non funziona. E che produce una crescente insoddisfazione tra i cittadini.

Lo conferma la vicenda del See& Treat alla Asl Roma C. Il Tar del Lazio ha respinto il ricorso dell'Ordine dei Medici di Roma contro l'attivazione del servizio dichiarando la legittimità degli ambulatori infermieristici organizzati secondo il modello See& Treat. Si tratta d'altronde di una pratica ampiamente sperimentata in Italia, adottata in Toscana sin dal 2010 e in uso da decenni in altri Paesi a sanità avanzata come il Regno Unito e gli Stati Uniti d'America. Non sta in piedi perciò l'obiezione sollevata dall'Ordine dei Medici secondo cui sarebbe a repentaglio la sicurezza dei pazienti. Come potrebbe esserlo se proprio la sicurezza dell'assistito è il nostro obiettivo primario, se per questo ci prepariamo a lungo acquisendo competenze e abilità specialistiche?

Gli infermieri non intendono affatto invadere l'ambito dell'azione medica, sono già abbastanza impegnati a svolgere la propria, spesso sobbarcandosi per spirito di servizio anche ciò non competerebbe loro. Non è questo il punto. Perciò l'Ordine dei Medici di Roma può tranquillizzarsi e magari desistere dal procedere con l'annunciato ricorso contro la pronuncia del Tar

sul caso del See&Treat. Rivendichiamo solo il ruolo che l'Europa riconosce alle nostre competenze avanzate e al ruolo strategico che gli infermieri possono svolgere in un sistema sanitario più orientato alla centralità del cittadino e dei suoi bisogni.

Siamo portatori di un approccio nuovo, capace di accompagnare la persona malata lungo tutto il percorso di cura, gestire le cronicità e prevenirne le riacutizzazioni. Un sistema che funziona meglio e costa meno, più efficiente e rispondente alle attese dei cittadini. Il modello di sviluppo dell'assistenza territoriale che sosteniamo continua a ricevere consensi e la stessa Regione Lazio pare essersi convinta che la scommessa può essere vinta. Lo testimoniano le prese di posizione espresse pubblicamente a più riprese dai suoi rappresentanti politici e dal presidente Zingaretti in persona. Non si spiega allora l'exasperante lentezza con cui ci si muove, le lungaggini che frenano l'esordio effettivo di innovazioni importanti come i Dipartimenti Infermieristici o le Case della Salute, i concorsi per l'assunzione di infermieri che vanno a passo di lumaca, la riorganizzazione dei servizi territoriali che stenta a partire, la stabilizzazione dei contratti precari che procede col contagocce. È come se la macchina rispondesse al rallentatore ai comandi del guidatore.

Tempo prezioso sprecato e salute che se ne va. Il sistema è in crisi profonda e non c'è alternativa al cambiamento. Gli strumenti esistono e funzionano, ci sono anche i professionisti formati per adoperarli al meglio. E allora servono un colpo all'acceleratore e uno al freno: il primo sulla volontà politica di cambiare passo, il secondo sulle battaglie professionali di retroguardia che la scienza e la storia hanno già seppellito.

AVVISO IMPORTANTE

Al via la consultazione sul nuovo Codice deontologico



Le regole della professione degli infermieri si aggiornano: dopo sette anni da quello del 2009 è stata presentata ai presidenti dei 103 Collegi provinciali la prima stesura del nuovo Codice deontologico che farà da guida alla professione nei prossimi anni. Le sue caratteristiche sono massima trasparenza e condivisione, anche perché, come specificano le disposizioni finali, le norme contenute nel Codice sono vincolanti e negli ultimi anni sono state utilizzate anche come strumento giuridico dalla Magistratura. La loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale: avvertimento, censura, sospensione fino a sei mesi e radiazione sono i rischi per chi non rispetta le regole deontologiche della professione.

L'iter prevede, dopo la prima lettura da parte dei presidenti dei Collegi del testo predisposto dalla Commissione ad hoc della Federazione anche con il supporto di esperti esterni (avvocato, magistrato eticista), una consultazione pubblica con i 440mila iscritti nei primi mesi del 2017, secondo le regole (linee guida) e le raccomandazioni dettate dalla Funzione pubblica. I Collegi provinciali trasmetteranno poi alla Federazione la rielaborazione del materiale e dei suggerimenti pervenuti, per giungere all'approvazione definitiva e all'entrata in vigore delle nuove regole che governeranno i prossimi anni della professione infermieristica.

La prima stesura del nuovo Codice è disponibile sui siti istituzionali della Federazione e del Collegio di Roma. In questa prima fase di confronto, eventuali osservazioni possono essere già inviate via email o via PEC ai consueti indirizzi: collegio@ipasvi.roma.it e roma@ipasvi.legalmail.it

Focus

**Sanit 2016 e i nuovi progetti del
Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IL FORUM INTERNAZIONALE DI SALUTE E BENESSERE HA VISTO PROTAGONISTA ANCORA UNA VOLTA IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

A Sanit un approfondimento sul ruolo dell'infermiere nelle malattie croniche

Una giornata di approfondimento e confronto con uno sguardo internazionale sulla professione, sui suoi problemi e sulle sue straordinarie opportunità.

Si è conclusa il 20 novembre la XIII edizione di "Sanit", il forum internazionale di salute e benessere che quest'anno, per la prima volta, si è tenuto presso l'Archivio di Stato all'Eur.

Sanit rappresenta un importante momento di confronto politico sulle esigenze e le novità che coinvolgono il settore sanitario, un contenitore che mette insieme imprese pubbliche e private, ma anche un luogo dove presentare le proprie iniziative.

Durante le tre giornate sono stati proposti corsi di aggiornamento per operatori sanitari, ma anche eventi, sport, *check up*, convegni dedicati alla salute e alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Presenti un'area espositiva con prodotti e servizi per il benessere, controllo cardiovascolare con elettrocardiogramma, incontri con esperti e convegni Ecm, corsi di primo soccorso e di rianimazione cardiopolmonare, *show cooking* salutistici con chef noti e nutrizionisti.

La manifestazione si è conclusa domenica con la "Cardio Race", la corsa dedicata alla prevenzione cardiovascolare e alla lotta alla morte improvvisa tra i giovani.

Il Collegio Ipasvi di Roma, presente con un proprio stand, assieme a Cives, è stato protagonista come sempre della tre giorni.

In particolare, nella giornata di sabato 19 novembre, è stato organizzato un evento formativo gratuito dal titolo "*Malattie croniche ed impatto sociale: il contributo dell'infermiere*".

La transizione demografica che caratterizza tutti i Paesi avanzati è legata ad una transizione epidemiologica che ha portato sempre più persone ad avere molteplici patologie croniche.

La gestione di questa assistenza, della sua complessità, richiede un ripensamento dei modelli organizzativi di offerta delle cure in un'ottica di maggior valorizzazione della centralità del cittadino.

È in questo quadro di cambiamento sociale che si è inserito questo evento formativo che ha mirato a far risaltare le opportunità che si possono cogliere attraverso la valorizzazione dei modelli di presa in carico per la cronicità assistenziale come l'infermieristica di famiglia e di comunità e la valorizzazione del *self-care* del paziente, guidata da professionisti infermieri specialisti, gestori del caso.

Obiettivi dell'incontro sono stati, perciò: illustrare le transizioni epidemiologiche della società della globalizzazione; illustrare la presa in carico secondo modelli attenti alla centralità del cittadino; illustrare l'importanza del *self-care* nel gestire condizioni cliniche multiple.

A moderare i lavori della sessione mattutina, presidente e vicepresidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno** e **Stefano Casciato**.

Nella sua introduzione, Pulimeno è tornata a lanciare un forte appello per la rior-

ganizzazione della rete di assistenza con investimenti mirati per il potenziamento dei servizi territoriali. Un invito esplicito rivolto alla politica affinché adotti in concreto un modello più evoluto di assistenza come quello che responsabilizza l'infermiere di famiglia o di comunità, affidando a questa figura specialistica la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche oltre agli ambiti della prevenzione e dell'educazione sanitaria. "Il progetto di ricerca sull'infermiere di famiglia elaborato dal nostro Centro di eccellenza - ha ribadito a gran voce la presidente - è stato l'unico finanziato dal ministero della Salute ed è stato fatto proprio da altre Regioni, come il Piemonte, che lo sta sperimentando con successo. È paradossale che, nonostante le evidenze scientifiche positive sull'efficacia di questo modello e l'orientamento favorevole più volte espresso dalla nostra Regione, non si riesca ad adottarlo anche a Roma e nel Lazio".

Si è entrati dunque nel vivo del tema, ovvero sull'impatto sociale delle malattie croniche. Un attento e aggiornato sguardo sui cambiamenti dei cosiddetti "determinanti" della salute è stato offerto dal ricercatore **Alessandro Stievano**, che ha riassunto gli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs) creati e promossi dalle Nazioni Unite, validi per il periodo 2015-2030.

Nell'agosto 2015, 193 Paesi hanno concordato i 17 obiettivi seguenti:

Sconfiggere la povertà... Porre fine alla povertà in tutte le sue forme, ovunque.



La presentazione del progetto sull'infermiere di famiglia

Sconfiggere la fame... Porre fine alla fame, garantire la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile.

Buona salute... Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età.

Istruzione di qualità... Garantire a tutti un'istruzione inclusiva e promuovere opportunità di apprendimento permanente eque e di qualità.

Parità di genere... Raggiungere la parità di genere attraverso l'emancipazione delle donne e delle ragazze.

Acqua pulita e servizi igienico-sanitari... Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile di acqua e servizi igienico-sanitari.

Energia rinnovabile e accessibile... Assicurare la disponibilità di servizi energetici accessibili, affidabili, sostenibili e moderni per tutti.

Buona occupazione e crescita economica... Promuovere una crescita economica inclusiva, sostenuta e sostenibile,

un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti.

Innovazione e infrastrutture... Costruire infrastrutture solide, promuovere l'industrializzazione inclusiva e sostenibile e favorire l'innovazione.

Ridurre le disuguaglianze... Ridurre le disuguaglianze all'interno e tra i Paesi.

Città e comunità sostenibili... Creare città sostenibili e insediamenti umani che siano inclusivi, sicuri e solidi.

Utilizzo responsabile delle risorse... Garantire modelli di consumo e produzione sostenibili.

Lotta contro il cambiamento climatico... Adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze.

Utilizzo sostenibile del mare... Conservare e utilizzare in modo sostenibile gli oceani, i mari e le risorse marine per uno sviluppo sostenibile.

Utilizzo sostenibile della terra... Proteggere, ristabilire e promuovere l'utilizzo sostenibile degli ecosistemi terrestri, ge-

stire le foreste in modo sostenibile, combattere la desertificazione, bloccare e invertire il degrado del suolo e arrestare la perdita di biodiversità.

Pace e giustizia... Promuovere società pacifiche e inclusive per uno sviluppo sostenibile, garantire a tutti l'accesso alla giustizia e creare istituzioni efficaci, responsabili e inclusive a tutti i livelli.

Partnership per lo sviluppo sostenibile... Rafforzare gli strumenti di attuazione e rivitalizzare la partnership globale per lo sviluppo sostenibile.

Quale futuro per l'Infermieristica e le professioni sanitarie nel villaggio globale, alla luce di questi obiettivi?

Per Stievano, sarà fondamentale avere una voce globale sui "determinanti" della salute e gli obiettivi di sviluppo sostenibile; avere una *leadership* strategica e lungimirante così da creare un impatto sulle politiche che determinano i cambiamenti verso una maggiore equità sociale; sviluppare, infine, politiche e ricerca sul ruolo assistenziale nel promuo-

Determinanti ed indicatori della Fragilità



vere e favorire il raggiungimento degli obiettivi.

A seguire, il professor **Giuseppe Liotta** (associato di Igiene all'università Tor Vergata) ha calato nel contesto italiano e regionale il ragionamento sulle fragilità e sulla domanda assistenziale correlata.

Oggi si vive di più, è un dato innegabile, ma come è la vita per gli over 65, specie se vittime di una qualche disabilità? Il rischio è l'isolamento sociale che, unito a una situazione economica non ottimale, determina un costante ricorso al sistema sociosanitario, in una misura anche cinque volte superiore a quella tipica degli anziani definiti "robusti". Si determina così un terzo di ricoveri oltre soglia con relativi alti costi di ospedalizzazione. Il progetto per l'infermieristica di famiglia e di comunità nel Lazio è stato quindi sviscerato dalla segretaria del Collegio capitolino, **Maria Grazia Proietti**. Si è partiti da un'indagine qualitativa dei modelli

regionali di infermieristica di famiglia e di comunità mediante interviste per ciascuna tipologia di soggetto coinvolto: infermieri di famiglia e di comunità che lavorano sul territorio e/o che hanno partecipato a sperimentazioni, dirigenti infermieristici e medici di medicina generale. Tra le criticità emerse: carente rapporto infermieri/assistiti, selezione del personale in base a riorganizzazioni interne piuttosto che a capacità e motivazione, visione della formazione ancora molto legata alla prestazione tecnica, anziché a un approccio olistico e preventivo. Inoltre, per Proietti, manca un sistema informativo che consenta la condivisione delle informazioni tra tutti i professionisti e i servizi coinvolti nella presa in carico dei pazienti.

Uno sguardo dall'esterno, più precisamente da una realtà storicamente avanzata come il Friuli Venezia Giulia, è stato offerto da **Mara Pellizzari**, Dirigente Ser-

vizio Professioni Sanitarie AAS 2 Bassa Friulana-Isontina.

Una regione, il Friuli, piccola ma a crescita zero, e contraddistinta da un'alta incidenza di malattie croniche, nonché da casi di non autosufficienza.

Le relazioni di questa sessione si sono chiuse con l'esame dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali e malattie croniche a cura di Augusto Carpico, dottore di ricerca in Scienze infermieristiche a Tor Vergata.

La sessione pomeridiana, moderata dalla presidente Pulimeno e dalla segretaria Proietti, è stata incentrata principalmente sul tema del *self-care*, evidenziando i risultati della ricerca infermieristica italiana sulla scia dell'evento organizzato da Ispasvi e Cecri il 28 settembre al Gemelli di Roma (vedi servizio a pagina XX). Con *self-care* si indica il concetto di cura sanitaria personale. Si tratta di un'attività

svolta da un individuo, una famiglia o una comunità, con l'intento di migliorare o ristabilire le condizioni di salute, oppure di trattare o prevenire le malattie. Nella pratica, ciò può significare fare esercizio per mantenere la forma fisica e una buona salute mentale, seguire una dieta bilanciata, eseguire l'automedicazione, mantenere una buona igiene ed evitare rischi per la salute.

Ma *self-care* significa anche prendersi cura dei piccoli acciacchi, delle patologie a lungo termine o della propria salute personale dopo essere stati dimessi da strutture per la cura secondaria o terziaria.

Questa pratica, nel corso del convegno di Sanit, è stata declinata rispetto alle principali malattie croniche. Di scompenso cardiaco hanno parlato **Ercole Vellone** (ricercatore a Tor Vergata) e **Marco Paturzo** (dottorando di ricerca nello stesso ateneo); di broncopneumopatia cronica ostruttiva la professoressa **Maria Matarese** (associato di *Nursing* al campus Biomedico) con **Marco Clari** (dottorando di ricerca a Tor Vergata); di diabete mellito ha riferito **Michela Luciani** (dottoranda di ricerca sempre a Tor Vergata); di osteoporosi, infine, i dottorandi **Noemi Cittadini** ed **Emanuela Basilici Zannetti**, coordinate dalla professoressa associato di *Nursing* a Tor Vergata, **Rosaria Alvaro**.

Spazio, poi, all'innovazione tecnologica a supporto del *self-care* nelle malattie croniche, grazie al contributo di **Josiane Boyne**, ricercatrice dell'università di Maastricht (Olanda).

In particolare, sono stati presentati i risultati di uno studio prospettico di 90 giorni con 21 pazienti con scompenso cardiaco dotati di mini iPad o computer per rilevare autonomamente peso quotidiano, PA, FC, con un sistema di *reminder* in caso di dato rimane assente e di telefonata di *follow-up* in caso di parametri vitali fuori i range predefiniti. Tutti gli *alert* clinicamente rilevanti erano inol-

trati al cardiologo del paziente ed al team di assistenza. Al termine del percorso, il 35% dei pazienti era soddisfatto del sistema di *reminder*, il 70% dei *caregiver* era soddisfatto dei *follow-up*.

A chiudere la giornata, l'intervento di due infermieri *bed manager* presso l'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini: **Angelo Pochini** e **Raffaele Piccari**, che hanno edotto la platea su come garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nelle malattie croniche. Il *bed*

management è espressione di integrazione medico-infermieristica, ha lo scopo di facilitare il processo di ricovero urgente o programmato, promuovendo le competenze cliniche dei professionisti sanitari in rapporto ai criteri di: appropriatezza, ottimizzazione e razionalizzazione nella gestione logistica dei posti letto aziendali.

(Per le immagini si ringrazia Mariagrazia Maioli e Seadam)



Politici e manager a confronto sull'infermiere del presente e... del futuro

Sanit, quest'anno, ha rappresentato anche l'occasione per ospitare un'interessante tavola rotonda, moderata dal giornalista **Paolo Romano**, che ha affrontato il ruolo e il contributo dell'Infermieristica nell'approccio alle malattie croniche, con particolare riferimento alla nuova modalità sociosanitaria inaugurata dalla Regione Lazio, rappresentata dal presidente della commissione Politiche sociali e Salute, **Rodolfo Lena**. "Siamo coscienti - ha detto - delle difficoltà in cui gli infermieri e le professioni sanitarie, in generale, sono stati costretti a lavorare in questi anni. Con un grande sforzo di efficientamento, di razionalizzazione dei servizi e di riorganizzazione della sanità del Lazio, stiamo voltando pagina. La Commissione che ho l'onore di presiedere ha già incardinato un testo di legge regionale sulle professioni sanitarie, mentre numerosi decreti firmati dal presidente Zingaretti, in qualità di commissario ad acta per il piano di rientro, stanno producendo importanti novità sul profilo specifico di voi infermieri". Lena ha, quindi, citato il recente decreto che stabilisce che il personale delle strutture sociosanitarie residenziali, sia assistenziali sia riabilitative, con la qualifica di infermiere, fisioterapista, operatore sociosanitario, educatore professionale, tecnico sanitario o figure equivalenti e dedicate all'assistenza al paziente, deve avere un rapporto di lavoro di dipendenza regolato dal contratto nazionale. Una misura che la presidente del Collegio Ispasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno**, ha auspicato anche per le aziende ospedaliere, dove spesso il ricorso a cooperative e a esternalizzazioni non garantisce



salari equi agli infermieri. "Lo sappiamo bene - ha continuato Lena -: più infermieri significano più salute, servizi di qualità e più vicinanza ai cittadini. Avere infermieri più preparati e responsabilizzati significa garantire meglio i livelli essenziali di assistenza. Coinvolgere mag-

giormente il personale infermieristico nei percorsi di cura e nell'assistenza ospedaliera, anche con modalità innovative, vuol dire migliorare l'efficienza delle strutture sanitarie e rimettere al centro le esigenze dei malati".

È stata poi commentata la sentenza del Tar del Lazio che ha respinto il ricorso presentato dall'Ordine dei medici contro l'istituzione del "See&Treat" nella ex Asl Rm/C. "Abbiamo fatto bene noi, dunque, insieme a voi, a tracciare quest'innovativo percorso che vede, e vedrà, sempre più spesso gli infermieri protagonisti del cambiamento", ha concluso Lena.

Un percorso che sarà intrapreso anche in altre Asl?

La domanda è stata prontamente girata ad **Angelo Tanese**, neo direttore generale della Asl Roma 1, nata dall'accorpamento di tre preesistenti aziende: la Rm/A, la Rm/E e l'ospedale San Filippo Neri.



“Sicuramente, con il nuovo atto aziendale, ci apprestiamo a riorganizzare i servizi per ridurre le spese ed esaltare le professionalità che abbiamo al nostro interno”, ha detto Tanese, ricordando una situazione di partenza nella sua azienda in cui non esistono infermieri dirigenti a fronte dei più di duemila dirigenti medici. “Investiremo sugli infermieri, specie per affermare un nuovo modello di distretto sanitario capace di dialogare maggiormente con il territorio e intercettare meglio la domanda di salute e assistenza della popolazione sempre più anziana e problematica”, ha annunciato, citando il modello virtuoso della Germania, dove il numero di infermieri è doppio rispetto a quello italiano.

In particolare, Tanese ha annunciato la re-internalizzazione delle funzioni che in passato sono state impropriamente esternalizzate.

Di politiche di distretto e buone pratiche, non a caso, ha parlato **Rosario Mete**, presidente di Card Lazio, la sigla che riunisce le associazioni regionali di distretto, partendo dall’esperienza realiz-



zata nel distretto sanitario 12 (Eur), partendo dal *Chronic Care Model*, un modello che propone una serie di cambiamenti a livello dei sistemi sanitari utili a favorire il miglioramento della condizione dei malati cronici e suggerisce un approccio “proattivo” tra il personale sanitario e i pazienti stessi, con questi ultimi che diventano parte integrante del processo assistenziale.

Si è discusso, dunque, di medicina d’iniziativa e di team che già includono la figura dell’infermiere per la

presa in carico di malati di diabete e ipertensione. Un servizio che riscuote grandi consensi, con 1.800 persone seguite, e che si appresta ad essere replicato in altri distretti.

Infine, un caloroso saluto agli infermieri e agli studenti presenti è giunto da **Gianna Sangiorgi**, segretario provinciale, a Latina, di Cittadinanzattiva: “L’infermiere per noi resta la figura centrale del sistema sanitario regionale - ha detto con entusiasmo -, perché è quella che passa più tempo con il paziente. È lui il vero alleato del cittadino, fuori e dentro l’ospedale”.



Da sinistra, Tanese, Fabriani, Lena e la consigliera Ispasvi Bartolucci



Lo stand Ispasvi a Sanit

CECRI E COLLEGIO DI ROMA A TOR VERGATA PER PRESENTARE UNO STRUMENTO PIONERISTICO GIÀ ATTIVO AL POLICLINICO GEMELLI

Sviluppo e utilizzo di un Sistema informativo infermieristico

"Sviluppo e utilizzo di un Sistema informativo infermieristico", ovvero una giornata di studi particolarmente partecipata, l'8 novembre, all'Aula Fleming della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Tor Vergata.

Con il patrocinio della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi e l'Enpapi, l'evento organizzato da Cecri e Collegio Ipasvi di Roma ha visto avvicinarsi al tavolo tutti i maggiori protagonisti del Pai (*Professional Assessment Instrument*), un sistema informativo infermieristico.

Uno strumento quanto mai pionieristico, e flessibile, per l'intera professione che, una volta implementato in tutte le realtà sanitarie – del Lazio, prima e dell'Italia, dopo – riuscirà a documentare il reale impegno degli infermieri al fianco del malato.



La presidente Ipasvi Roma Ausilia Pulimeno e la professoressa Rosaria Alvaro

Attualmente, sia in Italia che nel resto del mondo, vi è una cronica carenza di dati riguardanti l'assistenza erogata dagli infermieri. L'idea di questo progetto di ricerca nasce, infatti, anche dall'esigenza di creare di un sistema informativo infermieristico da integrare all'interno del sistema informativo sanitario nazionale. "C'è una soddisfazione enorme nel constatare che un progetto, dalle linee dottorali degli atenei, riesca a trovare uno spazio nel concreto della realtà ospedaliera – ha detto ad inizio lavori, la presidente Ipasvi Roma, **Ausilia Pulimeno** -. Sul Pai il nostro Collegio ha puntato tanto perché crediamo nella necessità di migliorare costantemente la sicurezza legata all'assistenza; crediamo nel fatto che gli infermieri, oggi, siano capaci di applicare gli studi alla realtà quotidiana: passare dalla teoria alla pratica". "Il Pai viene studiato in seno alla nostra università - le ha fatto eco **Rosaria Alvaro**, professore associato di Nursing a Tor Vergata – e, oggi, al Policlinico Gemelli, è diventato attivo anche nella pratica clinica. Perché la ricerca deve avere come meta il benessere delle persone, specie di quelle che vivono un momento di fragilità".

Al momento, le informazioni sui bisogni sanitari e sull'appropriatezza delle prestazioni, nonché sui risultati di assistenza, provengono prevalentemente dalla condizione medica dell'assistito tramite il sistema di classificazione dei pazienti del DRGs (*Diagnosis Related Groups*). Vengono inevitabilmente tralasciate, dunque, tutte quelle informazioni riguardanti lo stato funzionale dell'assistito e la sua risposta alla condizione di salute, riscontrabile con l'elaborazione di una o più diagnosi infermieristiche.

"Ma noi non ci lasciamo spaventare neppure dalla mancanza di fondi – ha spiegato **Gennaro Rocco**, direttore scientifico Cecri, Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica e Coordinatore Enpapi -. Quando ci confrontiamo con gli esperti di altri Paesi ci rendiamo sempre più conto di quanto

poco si investa, in Italia, nella ricerca e di quanto larga parte del lavoro sia affidata semplicemente al volontariato. Poi, però nascono e 'diventano adulti' progetti come questo e ti convinci di non aver perso tempo; che il Cecri, in questi primi sei anni dalla fondazione, ha messo in essere cento progetti di ricerca, di cui qualcuno è diventato una linea dottorale e qualcun altro ha trovato un'applicazione concreta. Non si può non essere orgogliosi di questo cammino".

Fino ad oggi, la situazione sanitaria attuale nel nostro Paese vive di scelte politiche guidate da informazioni non esaustive sia per l'assistenza sanitaria erogata, sia riguardo i reali bisogni di salute della popolazione.

"E non è un caso che il Pai – ha spiegato **Maurizio Zega**, dirigente delle professioni sanitarie al Policlinico Gemelli – avrà delle ricadute positive sui costi della sanità pubblica, oltre, che sulla qualità dell'assistenza erogata".

Il suo intervento, "*Il sistema Pai dalla sua nascita allo sviluppo e prospettive future*", ha dimostrato, per esperienza diretta, che "si può fare", si può trasformare un'idea una cosa concreta: "Perché – dobbiamo ammetterlo – anche noi infermieri ci dimostriamo più conservatori di quanto sembri, spesso opponendoci alle novità, anche a quelle necessarie. Questo progetto ha già incontrato l'interesse di altri: è la sfida del futuro e, tenuto conto del fabbisogno sanitario crescente, nonché dell'innalzamento dell'età dei malati, solo lavorando sempre in maggior sicurezza e documentando il lavoro infermieristico si riuscirà a fare bene, specie per i Collegi Ipasvi". Ed è in particolare alla difficoltà di valorizzare il lavoro dei professionisti che "Bisogna fare attenzione – ha continuato Pulimeno -. A ben guardare, nella cartella clinica, i medici scrivono poco: il resto consta delle prestazioni infermieristiche. Eppure, quanto siamo riusciti a far passare del nostro lavoro? Dobbiamo superare le resistenze, anche tra di noi. La paura di utilizzare nuovi strumenti è

comprensibile, ma non deve fermare il progresso. Il Collegio Ipasvi di Roma vorrebbe contare maggiori partecipazioni del Pai, oltre che al Gemelli e, a breve, al San Giovanni. Vorrei si sperimentasse ovunque, per ricavare sì dati utili, ma pure perché, in caso di contenziosi legali, per esempio, si potrebbe rispondere meglio e con dati alla mano. Insomma, è un modo per tutelare chi lavora, oltre le persone, rendendo visibile il percorso che l'infermiere compie con grande professionalità. Si tratta di aderire ad un programma che aiuterebbe i professionisti a lavorare meglio e bene".

Ad introdurre la folta platea nell'universo dei numeri in Sanità, **Massimo Maurici**, con "*Il Sistema Informativo Sanitario*", mentre per spiegare nel dettaglio, cos'è e come funziona il Pai, sono stati chiamati: **Fabio D'Agostino**, assegnista di ricerca, **Luca Di Sarra**, **Gianfranco Sanson** e **Chiara Bravetti**, dottorandi in Scienze Infermieristiche all'università Tor Vergata di Roma.

"Sviluppo di un sistema informativo infermieristico" per il primo che ha tenuto a sottolineare quanto "nei report la voce degli infermieri sia assente". Il team del Pai è multidisciplinare: tutti lavorano per superare questo gap. "Nell'ambito delle cure – ha spiegato – l'intensità dell'approccio infermieristico è tanto fondamentale quanto taciuto. Il nostro strumento rende visibile la pratica infermieristica, rende visibile l'assistenza; ed è determinante per il futuro della professione". Con "*Il Pai, uso all'interno del Policlinico Universitario Agostino Gemelli*", Di Sarra ha toccato anche la situazione dei dati pediatrici che, fors'anche per la delicatezza dell'argomento, risultano ancora in minor numero rispetto agli altri. "In questo caso, vista la tenera età dei pazienti, è necessario coinvolgere pure le famiglie nel Pai, facendo riferimento anche alle loro situazioni etniche e socio-economiche. Le diagnosi infermieristiche pediatriche sono molto poche, ma il sistema informativo così creato potrà tenere conto delle esigenze più disparate,

senza tralasciare di dar voce a tutti i protagonisti del percorso di cura".

Quindi, appare indispensabile, non solo per la professione infermieristica ma per l'intero sistema sanitario, lo sviluppo di sistemi informativi per la creazione di un *Nursing Minimum Data Set*, essenziale per valutare i risultati sugli assistiti, le risorse impiegate e per dare visibilità all'assistenza infermieristica prestata. "Perché – ha detto Sanson – in questo modo può venir fuori la 'parte intellettuale' della professione, spesso in ombra. Dalle diagnosi infermieristiche e dal Pai, con i pc interconnessi, si possono ricavare dati, milioni di dati, importanti per il futuro, sia nell'ambito delle cure che per la ricerca. Nonchè nell'approccio agli interlocutori politici: documenti e dati scientifici seri aiutano ad essere maggiormente credibili".

Quanto, poi, la complessità clinica e quella infermieristica combacino e se il "*Pai come strumento per la misura della complessità assistenziale*" sono stati l'argomento della relazione di Bravetti, che ha chiuso la prima parte della giornata.

Alla ripresa, nella sessione del pomeriggio dedicata alla: "*Applicazione e utilizzo di un Sistema Informativo Infermieristico*", hanno moderato: **Stefano Casciato**, direttore del Polo per l'Evidence Based Practice del Cecri, e **Alessandro Stievano**, ricercatore Cecri.

"Il Cecri si muove con progetti che interessano tutti, non solo i cittadini del Lazio – ha sottolineato Stevano – focalizzando la sua attenzione sulla pratica clinica. Il ruolo dell'infermiere esperto clinico, infatti, meriterebbe un endorsement maggiore in Italia. Non che il nostro Paese sia messo così male: sono poche le altre realtà europee all'altezza. Per esempio i risultati presentati in questa occasione: le Scienze Infermieristiche, da noi, stanno facendo passi da gigante, malgrado la mancanza di fondi. Con il Pai, che è suscettibile di modifiche grazie ai feedback degli infermieri che lo utilizzano, registrando le attività



infermieristiche, darebbe anche la misura della mole di lavoro e di personale necessario a ciascun reparto. Si tratta di uno strumento utilissimo sotto svariati punti di vista".

Come farlo? Con D'Agostino, Cocchieri e Di Sarra si è proceduto pure ad un'esercitazione in plenaria del Pai, per provarlo praticamente e testare le eventuali possibilità nelle strutture sanitarie dei presenti.

I commenti entusiasti ricevuti dal Pai non sono sfuggiti al vicepresidente del Collegio Ispasvi Roma, Casciato: "Ora dobbiamo testarlo, però, dobbiamo usarlo. Bisogna portare alla luce la voce degli infermieri che esplicano le istanze dell'utenza più di altri. Il Pai rende oggettiva una situazione sanitaria complessa; si può modificare a seconda delle esigenze a cui si sottopone. Non dobbiamo

tirarci indietro di fronte al cambiamento: quanto scritto sul Pai narra le cose fatte, il lavoro svolto: è un'assunzione maggiore di responsabilità che non deve spaventarci, perchè un professionista serio e preparato non ha nulla da temere".

Usare il Pai, insomma, nell'ambito della ricerca infermieristica, è un po' come passare dalla teoria alla pratica o come mettere in pratica la teoria. Da dove partire? Dalla documentazione: faldoni di dati lasciati a marcire o, al contrario, dati non registrati e, dunque, perduti per sempre, non aiutano certo la professione ad andare avanti.

"Il Pai incrementa la qualità con cui documentiamo l'assistenza e, con esso, l'impatto delle diagnosi infermieristiche nel Governo Clinico – ha detto **Antonello Cocchieri** – dirigente infermieristico al

Policlinico Gemelli –. naturalmente, per prepararsi al suo uso servono almeno un paio di mesi d'apprendimento culturale". Insomma, con il Pai, i concetti di "informazioni"; "responsabilità", "controllo" o anche di "pianificazione assistenziale" si fanno sempre più largo nel mondo infermieristico. In pratica, nell'ottica della cosiddetta continuità assistenziale, si sta discutendo di un nuova complessità riferita al paziente, che non è solo data dalla diagnosi medica. L'Epidemiologia non è solo più "medicocentrica", andrà quanto meno integrata con quella infermieristica.

Alla dirigente infermieristica dell'Italian hospital group, **Alessandra Mazzoli**, il compito di fare il punto su un setting privato, visto che il suo luogo di lavoro non

è un ospedale con: "Il contributo infermieristico nell'utilizzo del sistema informatico per la gestione del Pai. L'esperienza dell'Italian hospital group". "All'ex Santa Maria della Pietà, dove opero, il paziente è da tempo il cuore dell'organizzazione e l'infermiere è al centro della scena assistenziale assieme al medico; c'è una cartella clinica informatizzata e un diario infermieristico con tutte le news che vogliamo condividere con i colleghi ad ogni 'passaggio di consegne'".

L'assenza di un sistema informativo infermieristico ha ripercussioni sulla visibilità dell'assistenza infermieristica, sulla sua remunerazione, e sulla pratica quotidiana degli infermieri. Fino ad ora.

Ora, c'è il Pai, che è una proprietà intellettuale del Cecri, registrata alla Siae: "E

non abbiamo alcuna intenzione di venderne il copyright – ha concluso la presidente Ipasvi Roma, Ausilia Pulimeno –. Ci basta sapere che viene utilizzato sempre in più aziende sanitarie, a partire da quelle della Capitale. Presto, metteremo al corrente i colleghi anche di altri progetti in cantiere di questo genere. Bisogna 'fare rete' fra le aziende romane e regionali, condividendo le modalità operative e offrendo sostegno e risorse a chi ne necessita. Più dati avremo, più saranno accurati e incontestabili e più, anche a livello economico, riusciremo ad avere compensi adeguati. La giornata di oggi mi induce a credere che stiamo andando nella direzione giusta".

Tiziana Mercurio



Un momento del convegno

Rinnovata la dirigenza di Cives Maurizio Fiorda neo presidente

Il nuovo presidente Cives è **Maurizio Fiorda**, del nucleo di Roma. A eleggerlo l'Assemblea Nazionale dell'Associazione, che ha nominato il nuovo Comitato direttivo nazionale per il prossimo triennio.

"Daremo un segno di continuità con ciò che egregiamente è stato fatto per migliorarlo, iniziando dallo statuto, documento fondamentale per governare l'associazione in maniera trasparente democratica e libera - ha dichiarato il neo presidente -. Rifacendoci alle norme che regolamentano la nostra vita professionale e di volontariato, con la volontà e l'auspicio di trovare in tutti voi presidenti e soci una forte coesione e collaborazione, perché solo attraverso l'unione siamo forti. Durante le elezioni appena svolte, i rappresentanti delle due liste hanno dato prova della loro volontà di salvaguardare l'associazione e per questo sento di dover ringraziare tutti e

COMITATO DIRETTIVO NAZIONALE:

Maurizio Fiorda (Presidente Nazionale)
Fabio Cellini (Vice Presidente Nazionale)
Elvira Granata (Segretario Generale Nazionale)
Francesca Marfella (Direttore Generale Nazionale)
Carlo Riefoli (Tesoriere Nazionale)
Antonino Messina (Consigliere Nazionale)
Gabriele Ballerini (Consigliere Nazionale)

COMITATO DI GARANZIA NAZIONALE:

Barbara Mangiacavalli Presidente Nazionale
Mario Schiavon Componente Nazionale
Pierpaolo Pateri Componente Nazionale

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI NAZIONALE:

Salvatore Occhipinti Presidente Nazionale
Antonino Panebianco Componente Nazionale
Guido Amato Componente Nazionale

credo questo sia il momento da dove dover ripartire".

Costituita nel 1998, Cives è un'associazione di volontariato nazionale articolata su base provinciale formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai Collegi Ipasvi, in stretta collaborazione con Enti quali la Federazione nazionale

dei Collegi Ipasvi, l'Enpapi (ente previdenziale degli infermieri), il Dipartimento della Protezione civile (gli infermieri Cives sono infermieri di protezione civile), le Regioni e i Comuni con cui i nuclei provinciali possono gestire situazioni di necessità in piena autonomia.

Il progetto Cives, che si sviluppa nell'ambito delle attività di protezione civile ed emergenza sanitaria di massa in Italia e all'estero, offre uno strumento organizzativo che mette a disposizione conoscenze e competenze nel soccorso sanitario.

Dal 2010 ha una propria Colonia mobile nazionale che di anno

in anno si arricchisce di nuovi mezzi e attrezzature, che la rendono pienamente operativa, e dal primo agosto 2013 rientra a pieno titolo nell'Elenco nazionale della Protezione civile, attivo per ottimizzare la disponibilità dei professionisti infermieri.



Infermieri angeli del terremoto in attesa dello sblocco dei contratti

Un terribile filo rosso sangue lega la coda dell'estate all'avvento dell'autunno.

Un incubo infinito, spaventoso, che cancella secoli di storia e semina paura nei cuori della gente. Il terremoto diventa un fatto quotidiano, un assillo costante, un pensiero fisso. E, ancora una volta, gli infermieri sono chiamati a dare il meglio di loro stessi, con coraggio e spirito di sacrificio.

Ci sono anche loro tra gli "angeli del terremoto" che scuote il Centro Italia: i media raccontano le loro storie, riconoscono il ruolo cruciale degli infermieri in questa tragedia che pare non avere fine.

Storie di solidarietà e alta professionalità, di impegno e grande umanità.

Insomma, storie di infermieri.

Intanto, il pentolone della sanità ribolle in uno scenario piuttosto turbolento tra buone e cattive notizie.

LA STAMPA Finalmente, qualcosa si muove sul fronte delle assunzioni. **La Stampa** (10/09/16) titola: "Lo Stato vuole assumere: si parte con tremila medici". E scrive: "Sarà che nel campo della sanità l'emergenza è vera, che mancano migliaia di medici ed infermieri. Sarà che, nonostante gli sforzi delle Asl, se non riusciremo ad applicare la direttiva europea sui nuovi tetti d'orario degli ospedali rischiamo d'essere sanzionati. Sta di fatto che nella sanità si tornerà presto ad assumere. I piani del ministro della Salute Beatrice Lorenzin prevedono infatti esplicitamente il superamento del blocco del turn over".

E il ministro Madia annuncia nuove regole per i concorsi. Spiega ancora il quotidiano torinese: "Le novità saranno contenute nel suo testo unico sulla pubblica amministrazione che dovrebbe vedere la luce a inizio anno". "È previsto che le nuove assunzioni non vengano più decise in base alle vecchie piante organiche ma solo per rispondere a fabbisogni reali delle amministrazioni o per affrontare problemi contingenti. Con la stessa norma cambierà anche la struttura dei concorsi pubblici, che potranno essere sia nazionali, i famigerati 'concorsoni', che locali, avranno cadenza biennale e prevederanno tempi ridotti per le procedure (massimo 5-6 mesi)".



Qualcosa sembra finalmente muoversi anche sul fronte dei Livelli essenziali di assistenza. **Avenire** (8/09/16) titola: "Dopo 15 anni ecco i nuovi Lea". E spiega: "Arrivano i nuovi Lea, le cure e le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o pagando un ticket. Il via libera definitivo è stato dato ieri dalla Conferenza Stato-Regioni. I cittadini, ha assicurato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, potranno usufruire delle nuove pre-

stazioni (che vanno dai trattamenti per la fecondazione assistita ai nuovi vaccini, alle cure per oltre 110 malattie rare) 'entro l'anno' su tutto il territorio nazionale".

Migliorano anche i conti della sanità laziale, ora più vicina all'**CORRIERE DELLA SERA** l'uscita dal commissariamento. Il **Corriere della Sera** (10/09/16) annuncia: "Sanità del Lazio, calo del disavanzo sotto al 5%". Nel servizio si legge: "«Gli ultimi dati sui bilanci della sanità del Lazio confermano che il risanamento è consolidato. I conti a posto sono condizione fondamentale per guardare al futuro del sistema sanitario regionale in modo sereno e tornare a creare lavoro stabile». Lo ha detto il governatore del Lazio, Nicola Zingaretti, commentando i dati che registrano per il secondo anno consecutivo un calo del disavanzo annuale a consuntivo certificato dal tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti del piano Zingaretti".

IL TEMPO Il **Tempo** (12/9/16) parla di imminenti nuove assunzioni e titola "Al via 88 assunzioni negli ospedali". L'articolo spiega: "Autorizzate dalla struttura commissariale della sanità oltre 88 assunzioni a tempo indeterminato di medici, infermieri e tecnici nei ranghi del personale in servizio presso gli ospedali del Lazio. «Con questo provvedimento - spiega il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti - sale a 592 il numero delle assunzioni in pianta stabile autorizzato dalla Regione Lazio dall'inizio del 2016, oltre il doppio del 2015 e superiori a quelle complessivamente autorizzate nel triennio precedente e che sono state 468 nel 2013, 111 nel 2014 e 289 nel 2015. In totale dal 2013 le assunzioni sono 1.060»".

la Repubblica Intanto, va in scena quello che **la Repubblica** (10/09/16) definisce come il "Valzer di poltrone in Asl e ospedali". Si riferisce ai nuovi direttori generali di San Camillo e Ifo. Si legge: "Sarà Fabrizio D'Alba, figlio della ex direttrice regionale della Sanità, la potente Elda Melaragno, a dirigere il San Camillo. Raccoglierà il testimone da Antonio D'Urso che finirà agli Ifo (Regina Elena e San Gallicano). Da qui, Marta Branca sarà spostata allo Spallanzani. In pratica, da commissaria degli Ifo e dello Spallanzani, guiderà solo quest'ultimo ma con lo status di dg. Nella Asl dei Castelli, Narciso Mostarda, direttore sanitario in carica e commissario dell'ospedale Israelitico dal gennaio scorso, rimpiazzerà D'Alba come primo manager".

Novità importanti anche per i precari della sanità.

Italia Oggi **Italia Oggi** (15/09/16) titola: "Stop ai contratti a termine". Si legge: "La successione di contratti a termine nelle professioni sanitarie,

se non è finalizzata a far fronte a esigenze provvisorie di carenza del personale, ma diventa una modalità permanente di copertura degli organici, è illegittima. Lo ha stabilito la Corte di giustizia Ue in una causa (C-16/15) che ha visto un'infermiera spagnola contrapporsi all'ospedale universitario di Madrid. Ma il principio è destinato ad avere riflessi anche in Italia, data la strutturale precarizzazione di medici e infermieri".

Gli utenti restano alle prese con i problemi di sempre, a cominciare dalle lunghissime liste d'attesa. **IL TEMPO** (16/09/16) scrive: "Nel Lazio liste d'attesa fino a un anno". I dati parlano da soli: "Sono fin troppo 'pazienti' e restano in fila anche per un anno, come all'ospedale Pertini per una semplice ecografia dell'addome. Non è un caso isolato: questo mese nel Lazio ci sono altre 8 liste d'attesa che raggiungono i 12 mesi. Mentre ci sono altri 3 esami che sono proprio impossibili da eseguire entro i tempi previsti dalla legge (60 giorni) in tutte le strutture pubbliche della Regione: nessun ospedale, poliambulatorio o distretto sanitario del Lazio è in grado, infatti, di farli rispettare sia per le risonanze magnetiche che per le Tac del capo e l'esofagogastroduodenoscopia. Per il resto delle prestazioni erogate in regime di prenotazione ordinaria, vale a dire le richieste che non hanno carattere di urgenza, il Recup assegna 97 appuntamenti oltre i 100 giorni, 46 che superano i 200 giorni e 34 che debordano oltre i 300 giorni".

I servizi territoriali e le prestazioni ospedaliere soffrono soprattutto per la carenza di personale infermieristico. **IL TEMPO** (23/09/16) tira le somme e titola: "Mancano infermieri, sanità al collasso". E aggiunge che "la carenza di personale affligge quasi tutti gli ospedali pubblici del Lazio: negli ultimi 8 anni il sistema sanitario regionale ha infatti perduto 9.035 tra medici, infermieri, tecnici ed ausiliari. A fronte di soli 1.060 rimpiazzi arrivati negli ultimi 4 anni".

Numeri da scandalo non risparmiano i grandi ospedali della capitale.

Il Messaggero (6/10/16) scrive "San Camillo in tilt, 23 letti in una stanza". E spiega: "Nello stanzone ci sono 23 pazienti ammassati in letti uno addosso all'altro. È l'area delle emergenze dove i malati del pronto soccorso stazionano più ore, anche giorni a sentire la loro rassegnazione. Il pronto soccorso del San Camillo Forlanini è nell'occhio del ciclone dopo la lettera-denuncia del giornalista di Askanews Patrizio Cairoli, 38 anni, che ha visto morire il padre 'senza in briciolo di dignità', su uno dei letti ammassati nella stanza dei codici bianchi e verdi, sotto gli occhi di tutti. Quella stanza anche ieri era zeppa di pazienti, forse non c'erano malati terminali come il padre di Patrizio, Marcello Cairoli, 74 anni, ex rappresentante Henkel, ma era intasatissima". Un'emergenza che non è solo romana.

il Giornale (07/10/16) titola "Viaggio da incubo nei pronto soccorso. E il governo taglia un miliardo". Si legge: "Dopo la morte choc di un uomo abbandonato per 56 ore nel pronto soccorso del-

l'ospedale San Camillo di Roma, il ministro manda gli ispettori. Ma un monitoraggio che ha coinvolto 93 strutture di emergenza dimostra come le carenze siano diffuse in tutto il Paese. Per avere un ricovero i pazienti sono costretti ad aspettare oltre due giorni nel 20% dei pronto soccorso e nel 38% dei Dea".

IL TEMPO (12/10/16) stila addirittura "La classifica dei posti in piedi al pronto soccorso". Cita il monitoraggio dei Pronto soccorso italiani effettuato dal Simeu: "Sono state monitorate un totale di 93 strutture di emergenza-urgenza su tutto il territorio nazionale, di cui 11 nel Lazio. E 'in particolar modo pesa il dato della Regione Lazio - sottolinea il rapporto - In generale, si può attendere in media più di 240 minuti per un codice bianco, più di 300 per un codice verde e oltre 120 per un «codice giallo». I ricercatori hanno evidenziato il caso del Pertini che nonostante abbia un bacino di utenza di 450mila abitanti, ha soltanto 40 posti letto'. Posti letto falcidiati dalla stretta sui conti sanitari: 'Secondo i dati del Ministero della Salute - aggiunge il quotidiano romano - in 10 anni l'Italia ha visto sparire 24.155 posti letto (circa il 10% se si considera che nel 2010 erano 244.510), di cui 3.000 nel Lazio (2.177 nella sola Roma)'".

Ben altre cifre riecheggiano ai piani alti della sanità romana.

la Repubblica (6/10/16) titola "Sforbiciata ai compensi dei manager. Solo 4 a 155mila euro". L'articolo spiega: "La Regione ridefinisce contratti e compensi dei direttori generali di aziende ospedaliere e delle Asl del Lazio. Nessuno potrà guadagnare più di 155 mila euro, un tetto stabilito a livello nazionale e raggiunto solo da quattro figure: il direttore generale del San Camillo-Forlanini, quello del Policlinico Umberto I (strutture da mille posti letto circa) e i vertici apicali delle due principali Asl della capitale, la Roma 1 e la Roma 2, aziende frutto del recente accorpamento di quattro Asl che coprono un territorio di oltre un milione di abitanti. Dietro di loro, altre due fasce: una da 147 mila euro e una da 139 mila euro".

PANORAMA (1/10/16) dedica un bel servizio agli infermieri, rilanciando l'allarme dell'Ipsavi. Il titolo è: "Infermieri 'vit-time' dei tagli alla sanità". Si legge: "Un'emorragia di infermieri sembra aver colpito ospedali e ambulatori in Italia, soprattutto nel Mezzogiorno: ne mancano 47 mila 'per garantire sicurezza ed efficienza nei servizi'. Tra il 2009 e il 2014, gli operatori nelle strutture pubbliche sono passati da 276.612 a 269.149, ovvero 7.463 in meno, e da novembre 2015 le norme europee impongono riposi di 11 ore tra un turno e l'altro, vietando carichi eccessivi di lavoro. Una situazione limite che ha spinto l'Ipsavi, la federazione della categoria, a presentare un dossier sulle carenze e lanciare il disperato Sos".

Ma il Governo rilancia.

Il Messaggero (15/10/16) annuncia: "Settemila nuovi medici e infermieri". Si legge: "Il giorno prima del varo della legge di Bilancio nel consiglio dei ministri di oggi, Matteo Renzi ha sentito e

visto molti dei ministri del suo governo per dare le indicazioni finali sulla legge di Bilancio. Al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, chiamata a Palazzo Chigi, ha comunicato che il Fondo sanitario nazionale il prossimo anno salirà di soltanto un miliardo di euro, a 112 miliardi, a fronte dei due che invece erano previsti e che avrebbero dovuto spingerlo fino a 113 miliardi. A fronte di questo, però, il comparto della Sanità sarà quello maggiormente beneficiato dallo sblocco del turn over e che dovrebbe permettere l'assunzione di 10 mila statali. Ben settemila saranno medici e infermieri, attraverso la stabilizzazione dei precari". La via è quella giusta ma i numeri no.

Le assunzioni annunciate non bastano ad arginare la voragine degli organici infermieristici. Lo ribadisce a chiare note la presidente della Federazione Ipasvi, Barbara Mangiacavalli, intervistata da **Avvenire** (16/10/16). Il titolo è: "Dipendenti delle coop malpagati". La giornalista chiede: "L'Ipasvi ha chiesto l'assunzione di 47.000 nuovi infermieri: non vi pare una pretesa irrealistica?". La presidente risponde: "Il numero nasce da due fattori. Il primo è il rispetto delle norme Ue su orari di lavoro e turni di riposo. L'altro fattore è l'assistenza sul territorio a una popolazione che invecchia, con malattie croniche e non autosufficienza in aumento. Trentamila infermieri sono il fabbisogno di personale in base ai bisogni di salute di questa popolazione. Se nei Paesi Ocse la media di infermieri ogni mille abitanti è superiore a 9 e noi ci fermiamo a 6, lo 0,3 per mille in più (47mila, appunto) sembrano una richiesta ragionevole per un sistema tra i migliori del mondo".

I giornali si occupano diffusamente del caso "See&Treat" a Roma, dopo che il Tar del Lazio ha respinto il ricorso dell'Ordine dei medici contro l'avvio del servizio deciso dalla Asl Rmc.

Italia Oggi (21/10/16) titola "Infermieri modello UK". Nel servizio si

legge: "Legittimi e utili gli ambulatori infermieristici See and Treat. I professionisti del settore, infatti, sono formati adeguatamente, hanno esperienza, capacità e un livello tale di responsabilità, anche penale, che può accorciare le liste di attesa e soddisfare i bisogni dei cittadini. Il tutto senza entrare in conflitto con atti riservati ai medici abilitati". A stabilirlo, il Tar Lazio, che con la sentenza 10411/2016 del 19 ottobre scorso, ha respinto il ricorso dell'Ordine dei medici di Roma".

Sanità

Il Sole 24 Ore Sanità (25/10/16) presenta la sentenza come "La rivincita degli infermieri".

E nel merito della vicenda spiega: "La sentenza ricorda che anzitutto la delibera contestata s'inquadra nell'ambito del Piano strategico aziendale 2014-16 adottato con delibera n. 354/14 che ha istituito la cosiddetta Casa della Salute, verso la quale va spostata l'assistenza sul territorio per garantire livelli di cura più appropriati. Da qui l'esigenza di attivare una rete di ambulatori infermieristici sui quali far convergere le urgenze minori (codici bianchi), caratterizzati dalla presenza di personale munito di competenze certificate frutto di specifici percorsi formativi e di tutoraggio, allo scopo di dare ossigeno ai Pronto soccorso romani e garantire l'assistenza ai cittadini, evitando quelle pratiche di automedicazione che possono portare complicazioni". E aggiunge: "Il See&Treat nasce per dare risposta a problematiche cliniche di natura minore che non richiedono accertamenti diagnostici e strumentali di pronto soccorso ed è un modello ampiamente sperimentato dal 2010 in molte Asl della Toscana e in altre Regioni italiane e da quasi 40 anni in Gran Bretagna e Stati Uniti".

Un'altra battaglia vinta dall'Ipasvi, in attesa di eventuali ulteriori sviluppi. L'Ordine dei medici di Roma ha infatti annunciato appello. Gli infermieri attendono con fiducia l'esito di questo braccio di ferro forti delle loro ragioni e delle loro capacità.



Sì agli ambulatori *See&Treat*

Da oggi, nel Lazio, non solo saranno leciti, ma miglioreranno il servizio, venendo sempre più incontro ai bisogni dei cittadini.

Sono gli ambulatori infermieristici *See&Treat*, in cui professionisti adeguatamente formati potranno proporre un modello di assistenza che contribuirà anche a accorciare le liste di attesa. Questo, grazie alla sentenza 10411/2016 pubblicata il 19 ottobre del Tar Lazio che ha respinto il ricorso dell'Ordine dei medici di Roma che, nel 2015, aveva chiesto l'annullamento della determinazione n.384 del 20 marzo 2015, con cui l'Asl RM C ha disposto l'Attivazione ambulatori infermieristici sul modello *See&Treat*.

Le ragioni della richiesta, ritenute tutte infondate dal Tar, erano la "non presenza né vicinanza di medici agli ambulatori infermieristici", il fatto che "il medico non può validare a posteriori il percorso valutativo e terapeutico delineato dall'infermiere, perché la norma lo ritiene responsabile solo degli atti compiuti sotto la sua supervisione", che "con il *See&Treat* sono delegate alla diagnosi e alla cura degli infermieri alcune complicate patologie che sarebbe più opportuno affrontare con la supervisione medica".

Ma gli infermieri moderni hanno esperienza, capacità e un livello tale di responsabilità da potersi assumere questa ennesima responsabilità.

Il Tar ha sentenziato: "...al servizio si accede dopo il passaggio per il 'triage', svolto da personale infermieristico con il compito di 'definire la priorità di cura sulla base delle necessità fisiche, di sviluppo psicosociali, sulla base di fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l'andamento del flusso all'interno della struttura'. E se, fino dal 'triage' del paziente, è impegnato personale infermieristico che lo classifica secondo un codice di priorità assistenziale, l'obiezione - secondo i giudici - è contraddittoria nella contestazione della capacità e della competenza con il correlato livello di responsabilità che incombono agli infermieri assegnati al servizio *See&Treat*".

Inoltre, "...la responsabilità dell'infermiere è confermata dalla Cassazione penale che osserva come anche 'L'infermiere del pronto soccorso adibito ad attribuire i codici di priorità (c.d. 'triage') risponde di omicidio colposo qualora il paziente muoia per un ritardato intervento indotto da una sottovalutazione dell'urgenza del caso" (Cassazione penale, sezione IV, 1 ottobre 2014, n. 11601).

Il modello *See&Treat* prevede che, fin dall'individuazione dei casi più urgenti, vi provveda il personale "indifferentemente ri-

spetto alla professionalità medica e infermieristica" che può essere compensata dalla notazione che il sistema inglese, da cui il modello deriva, prevede che il personale dell'area *See&Treat* sia costituito "dagli operatori più esperti e che comunque abbiano ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza".

Il processo formativo degli infermieri ha avuto l'obiettivo "di implementare l'appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e di creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell'area Emergenza/Urgenza attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento della casistica con problemi di salute minori", oltre ad aver precisato che alcuni percorsi formativi sono stati integrati da specialisti;

E, ancora: dove il paziente rientra in uno dei casi elencati dall'atto che non possono essere assistiti nel *See&Treat*, viene mandato al Pronto Soccorso ordinario, come pure oltre precisato dalla memoria dell'Asl.

Nel caso in cui si individui la necessità di una preventiva visita medica, il paziente viene subito trattato dallo specialista competente presso il Pronto Soccorso.

Agli infermieri non è attribuita la funzione di diagnosi della malattia, ma esclusivamente di "discriminazione iniziale tra casi urgenti e casi non urgenti", così come effettuato nel 'triage' di un



La presidente Ispavi Roma Ausilia Pulimeno

Pronto Soccorso "ordinario" e di cura dei codici bianchi in base all'elenco delle patologie minori individuate dalla stessa delibera.

La competenza degli infermieri è espressamente prevista dalla legge n.251/2000, che, all'articolo 1, dispone che: *"Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle Scienze Infermieristiche e della professione sanitaria Ostetrica svolgono, con autonomia professionale, attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza"*.

Sempre secondo i giudici non vale nemmeno l'osservazione dell'Ordine dei medici che ipotizza la responsabilità per falso ideologico del medico che controlla l'operato dell'infermiere, smentita, secondo il Tar, dal fatto che il medico di Pronto Soccorso è sempre in contatto in via telematica col servizio *See&Treat* e che dunque tale supervisione è sempre diretta, costante e contestuale all'intervento infermieristico.

«Questa sentenza pone, finalmente, l'esigenza di collaborare per cambiare in meglio il sistema nella giusta considerazione - ha commentato la presidente del Collegio Ipasvi di Roma, **Ausilia Pulimeno** - e, d'altronde, il *See&Treat* è un modello ampiamente sperimentato in molte Asl della Toscana e in altre regioni, oltre che, da quasi 40 anni, in Gran Bretagna e Stati Uniti, dando ottimi risultati e fornendo una risposta efficace ai bisogni dei cittadini. I medici non temano di perdere potere: è necessario che siano più collaborativi nel processo di cambiamento di cui necessita la nostra sanità. Con il *See&Treat* potranno essere garantiti: maggiore rapidità d'intervento, la sua sicurezza e un minor costo per le aziende sanitarie».

«Il *See&Treat* è un tassello del nuovo modello che dovrà carat-



La presidente nazionale Ipasvi Barbara Mangiacavalli

terizzare il Servizio sanitario nazionale - ha spiegato il presidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli** -: le guerre di posizione tra professioni, le minacce giuridiche e gli attacchi mediatici non servono a nessuno, specie ai pazienti. Sarebbe meglio concordare le soluzioni più adeguate, valorizzando le peculiarità di entrambi le professioni. Il *See&Treat* è un percorso chiaro, che abbatte interventi impropri, liste di attesa, code al pronto soccorso».

Tutti i numeri del dossier statistico *Migrantes*

Il 27 ottobre scorso è stato presentato il "Dossier Statistico Immigrazione 2016", che, come sempre, raccoglie i dati Istat commentati dal Centro Studi e Ricerche Idos.

Si tratta del primo annuario del genere in Italia, che, anche nel 2016, si è avvalso dell'apporto di esperti di diverse organizzazioni per favorire un livello adeguato di consapevolezza dei fenomeni migratori da parte dell'opinione pubblica, tuttora esposta al rischio di chiusure pregiudiziali. Una narrazione più equilibrata mostra, invece, che l'immigrazione dà un apporto, a livello mondiale, alla cooperazione e allo sviluppo e, a livello nazionale, alle esigenze demografico-previdenziali ed economico-occupazionali.

La situazione regionale

Nel Lazio, nel 2015, l'immigrazione è aumentata in tutte le sue province, a differenza di quanto avvenuto in altre regioni italiane: risultato minimo a Viterbo, superiore all'1% a Roma, Frosinone e Rieti, elevato (+5,4%) nella provincia di Latina, fortemente caratterizzata dall'agricoltura.

Il Lazio conta 645.159 residenti stranieri, ed è la seconda regione italiana ad ospitarne, dopo la Lombardia, con un aumento, dal 2007, del 65%.

Alla provincia di Roma spettano i quattro quinti (82,1%) degli stranieri residenti nel Lazio, a quella di Latina il 7,5% e a quella di Viterbo quasi il 5%. In valori assoluti: Roma 529.398, Latina 48.230, Viterbo 30.090, Frosinone 24.164 e Rieti 13.277. Rispetto al 2007, la provincia di Roma ha conosciuto un aumento del 64,5% e di 207.511 unità (gli stranieri erano allora 321.887). Roma, con 365.181 stranieri residenti, incide per quasi il 70% (69,0%) su tutti i cittadini stranieri della provincia, mentre Milano, con 254.522 stranieri residenti, incide a livello provinciale per meno del 60% (57,0%).

Nel Lazio l'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente è passata dall'11% (in provincia di Roma, 12,2%) e l'incidenza delle donne dal 53,8% al 52,4% (in provincia di Roma, 52,8%). A fronte di un continuo aumento dell'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente, vi è stata, negli ultimi anni, una leggera diminuzione percentuale delle donne.

È andata anche modificandosi la provenienza tra i residenti stranieri: Europa 57,1%, Asia 24,0%, Africa 10,7%, America 8,1%, Oceania 0,1%.

In Italia, nel 2015, la presenza straniera è diminuita, seppure di poco, in metà delle regioni e delle province autonome: Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Trento, Valle d'Aosta e Veneto.

Il Lazio attira l'attenzione per il numero complessivo degli immigrati residenti (645.159 alla fine del 2015), ma viene comunque dopo la Lombardia. In queste due regioni è complessivamente elevata anche l'incidenza dei cittadini stranieri sulla popolazione residente totale: 11% nel Lazio e 11,5% in Lombardia.

Comunque, è l'Emilia Romagna la regione con la massima incidenza di stranieri (12,0%), con un valore superiore nella provincia di Roma (12,2%), Firenze (12,7%) e in quella di Milano (13,9%).

Oltre al caso di Prato (prima provincia in Italia con il 16,0%), anche in Emilia Romagna è notevole l'incidenza degli stranieri: 14,2% a Piacenza, 13,6% a Parma, 13,1% a Modena, 12,7% a Reggio Emilia, 11,9% a Ravenna, 11,6% a Bologna (ad eccezione di Ferrara, dove l'incidenza è dell'8,5%). Non mancano gli estremi opposti: a Carbonia-Iglesias e nel Medio Campidano, in Sardegna, l'incidenza è appena dell'1%.

La Regione con il minor numero di immigrati è la Valle d'Aosta (8.480), mentre ne contano pochi di più il Molise (12.034) e la Basilicata (19.442); le province con il più basso numero di immigrati si trovano in Sardegna: Ogliastra 919, Medio Campidano 1.307 e Carbonia-Iglesias 1.859.

I casi di acquisizione di cittadinanza (178.035 a livello nazionale)



sono così ripartiti territorialmente: meno di 1.000 in Molise, Basilicata, Sardegna e Valle d'Aosta; 1.000 in Calabria; 2.000 in Abruzzo, Bolzano, Campania e Puglia; 3.000 in Sicilia, Umbria e Trento; 5.000 in Friuli-Venezia Giulia; 6.000 in Liguria; 8.000 nelle Marche; 11.000 nel Lazio; 14.000 in Toscana; 16.000 in Piemonte; 23.000 in Emilia Romagna; 26.000 in Veneto e 46.000 in Lombardia.

Il numero maggiore di nuovi nati figli di stranieri (in tutta Italia 72.096) si riscontra in Lombardia (18.703), Emilia Romagna (8.812), Veneto (8.161), Lazio (7.520), Piemonte (6.218), Toscana (5.378).

Immigrazione e criminalità

Non è affatto scontata la tesi secondo cui i cittadini stranieri delinquono più degli italiani.

Il Dossier Statistico Immigrazione 2016 ritorna su questo aspetto: l'aumento delle denunce dipende dall'incremento dell'attività criminale, da prendere in considerazione assieme all'eventuale aumento della popolazione di riferimento (così è stato per gli stranieri) o alla sua diminuzione (così è stato per gli italiani): in questo modo, è possibile verificare se l'andamento sia stato positivo o negativo.

Quest'analisi si può fare solo prendendo in considerazione i delitti con autore noto (circa un quinto del totale), gli unici che permettono di distinguere tra Italiani e stranieri. Tra il 2004 e il 2014, per gli stranieri, le denunce sono aumentate in misura più contenuta (34,3%), anche se, nel frattempo, questi sono più che raddoppiati.

Sulle denunce con autore noto, gli stranieri hanno inciso nel 2014 per il 31,4% (307.978 su un totale di 980.854): anche sotto questo aspetto, il confronto va a favore degli stranieri, mentre per il calcolo del tasso di criminalità valgono le precisazioni prima riportate.

L'incidenza delle denunce contro stranieri conosce notevoli variazioni a livello territoriale: Nord-Ovest (42,3%), Nord-Est (42,0%), Centro (39,3%), Sud (15,0%) e Isole (15,5%). Situazione che sembra dovuta sia alla diversa situazione economica che caratterizza il Centro-Nord rispetto al Meridione, sia al maggior controllo esercitato localmente dalle organizzazioni criminali. La regione con l'incidenza percentuale più alta di denunce è l'Emilia Romagna (43,7%). A Bologna l'incidenza delle denunce contro stranieri si ferma a un punto dal 50%), mentre tre province superano questo valore: Firenze (51,1%), Milano (56,2%) e Prato (58,3%). Superano il 40%: Bergamo, Brescia, Cremona, Genova, Imperia, Lodi, Modena, Monza-Brianza, Padova, Parma, Piacenza, Pisa, Ravenna, Rimini, Roma, Trento, Trieste e Udine.

Colpisce, tra gli immigrati, la maggiore ricorrenza dei furti e il rilevante peso delle denunce per ricettazione, mentre la percentuale è identica per quanto riguarda le lesioni dolose. Di contro, gli italiani sono più soggetti, rispetto agli stranieri, alle denunce per truffe e frodi informatiche.

Il nuovo contesto multireligioso in Italia

La presenza immigrata in Italia ha accentuato la percezione della multireligiosità, da riferire sia ai musulmani che alle diverse altre comunità di fede, che si rifanno per lo più a confessioni cristiane e a religioni orientali. Queste appartenenze, che prima non facevano parte del contesto italiano sono rese visibili da centinaia di luoghi di culto disseminati in tutta la penisola (oltre 300 solo a Roma).

Di norma sono luoghi umili, se si bada alle strutture (spesso vecchi fabbricati e garage dismessi), ma dalla forte capacità di aggregazione: non solo vi si prega, ma vi si pratica la solidarietà (specialmente in questo periodo di crisi), si insegna l'italiano e si organizzano altre iniziative funzionali a un positivo inserimento.

Contrariamente alle prospettive ipotizzate dal secolarismo, le fedi, così intensamente e visibilmente vissute dagli immigrati, stanno riportando la dimensione religiosa nello spazio pubblico delle società europee e anche in Italia.

La dimensione religiosa degli immigrati è un aspetto non meno importante di quelli economici e culturali. Il rispetto di questo diritto non è però di facile accettazione: si è determinato, così, un accresciuto sentimento di islamofobia, nonostante sia risaputo che, per questi terroristi, il discorso religioso sia usato strumentalmente come copertura "ideologica" e, come tale, sempre più sconfessato dalle autorità e dalle associazioni islamiche. Il paese più colpito è stata la Francia; ma pure Belgio e Germania. Le reali motivazioni degli attentatori sono state denunciate sempre più coralmemente anche in ambito musulmano, ma, intanto, si è ulteriormente alimentata l'islamofobia.

È stata così rinfocolata l'avversione degli europei verso gli immigrati, in quanto portatori di culture e religioni differenti. Si assiste a questa chiusura verso le confessioni non cristiane, mentre i cristiani sono diventati la maggioranza assoluta tra gli immigrati residenti in Italia.

Stando alla stima del Dossier, tra gli immigrati presenti in Italia i cristiani costituiscono il gruppo maggioritario. La comunità musulmana resta consistente tra gli immigrati. Le altre aggregazioni religiose presentano, in Italia, incidenze inferiori tra gli immigrati: ebrei 0,1%; induisti, buddhisti e altre religioni orientali, presi congiuntamente 6,8%; immigrati dell'area delle religioni tradizionali 1,1%; atei e agnostici 4,5%.

Bisognerebbe abituarsi a convivere con i credenti di altre fedi, sollecitando, al contempo, il rispetto delle leggi e delle tradizioni italiane, e garantire pure sul piano dell'ordinamento l'esercizio del culto, che ora incontra diversi ostacoli, aprendo anche ai musulmani le intese estese a induisti e buddhisti.

Immigrati ed economia

Secondo l'Istat, sono almeno 2.359.000 gli stranieri occupati e residenti in Italia (65 mila in più rispetto al 2014) e 456 mila i disoccupati (in leggera diminuzione: -2%).

L'incidenza dei lavoratori stranieri sull'occupazione è del 10,5%,



pur non considerando quelli regolarmente inseriti nel mercato del lavoro ma non registrati come residenti.

Il peso statistico degli immigrati nel mercato del lavoro è, dunque, più alto sia di quello registrato dagli stranieri sulla popolazione residente (8,3%), sia della media registrata nella Ue (dove gli stranieri sono il 7,3% degli occupati). Anche tra i disoccupati l'incidenza è elevata: in Italia 15,0%, in Ue 12,5%.

Continua a crescere l'iniziativa imprenditoriale degli immigrati in Italia, le cui imprese hanno raggiunto nel 2015 la cifra di 550.717, sono cresciute di un ulteriore 5,0% e incidono per il 9,1% sul totale delle aziende. Si tratta per lo più di ditte individuali avviate nel commercio, in edilizia e nella ristorazione e concentrate nel Centro-Nord.

Un inserimento economico e produttivo che, oltre ai singoli lavoratori e alle loro famiglie, giova ai sistemi locali del lavoro, al welfare italiano, ai Paesi di origine.

L'imprenditoria immigrata contribuisce a sostenere i sistemi locali del lavoro e i distretti produttivi; ha rafforzato soprattutto i sistemi del lavoro delle aree metropolitane: dal 2008 al 2014, le imprese individuali italiane sono diminuite del 6,5%, quelle immigrate (sempre individuali) sono cresciute del 5,8%, ma nelle aree metropolitane il loro incremento è stato superiore al 25%. Le aree metropolitane e i distretti industriali concentrano da soli il 60% dell'imprenditoria immigrata a carattere individuale, per lo più composta da imprese manifatturiere.

A crescere più di tutti sono gli imprenditori cinesi, aumentati del 24,0% in sei anni e primi in Italia per numero di imprese individuali: in media, rappresentano il 15,8% degli imprenditori

stranieri, ma nei distretti industriali raggiungono il 23,3%.

L'imprenditoria immigrata non cresce solo per numero delle aziende, ma anche per dimensione media delle stesse (superiore di 1/3 rispetto alle italiane) e per numero di addetti impiegati. La loro presenza è diventata strutturale non solo a Prato, dove gli immigrati gestiscono quasi la metà delle imprese, ma, in generale, nei distretti tessili, dell'abbigliamento, delle scarpe e nei distretti dell'industria meccanica (Padova, Bergamo, Brescia e Reggio Emilia).

Con la sua grande capacità di adattamento, l'imprenditoria immigrata contribuisce fortemente all'internazionalizzazione dell'economia italiana e all'integrazione dei migranti nel nostro sistema produttivo e socio-economico.

In Italia, molte funzioni del welfare e dell'assistenza sociale e sanitaria sono state sostituite dal lavoro svolto dalle donne immigrate nello spazio privato delle famiglie italiane. Nel 2015, su 886.125 lavoratori domestici, quelli stranieri sono 672.194, 303.914 dei quali con mansioni da badante.

Si stima, oltretutto, che il numero ufficiale degli stranieri impiegati nel settore domestico corrisponda a meno della metà di quello effettivo di questi lavoratori (molti dei quali senza contratto).

Stando ai dati ufficiali, comunque, il 75,9% dei lavoratori domestici è composto da stranieri, incidenza che, nel caso, delle badanti sale all'80,9%. Per la grandissima parte si tratta di donne: 86,5% in media. Senza loro, molte famiglie non potrebbero assicurare la cura e l'assistenza ai propri malati, anche perché solo una parte di esse potrebbe trovare un'alternativa nelle strutture residenziali specializzate, per lo più private e costose.

versante opposto, vi è la spesa pubblica destinata agli immigrati, le cui voci di costo principali sono i settori del welfare e della sicurezza. Queste incidono in misura inferiore al 2% sulla spesa pubblica complessiva (pari, nel 2014, a 835 miliardi di euro). Più precisamente, si stima che l'Italia nel 2014 abbia speso per la popolazione straniera 4 miliardi di euro nell'area della sanità, 3,7 nella scuola, 3,1 in trasferimenti monetari diretti, 0,6 nei servizi sociali, 0,3 nell'area della casa, a fronte di quasi 11 miliardi versati dagli immigrati solo in contributi pensionistici (escludendo il gettito fiscale). Crescono anche le pensioni percepite dagli immigrati, sia contributive (invalidità, vecchiaia, superstiti) che assistenziali (congedi parentali, maternità obbligatoria, assegni al nucleo familiare); tuttavia nel primo caso la loro incidenza sul totale dei beneficiari è di appena lo 0,3%, nel secondo i valori più alti si raggiungono nei congedi per maternità (8,4%) e negli assegni al nucleo familiare (11,5%), due delle voci grazie alle quali il Paese riesce ancora a contrastare il proprio invecchiamento.

L'apporto degli immigrati non è solo demografico di lungo periodo, ma anche economico a breve termine.

Il più grande contributo all'economia del paese di immigrazione, a quella del paese di emigrazione e al bilancio delle proprie famiglie gli immigrati lo danno con le rimesse.

Nel 2015, a livello mondiale, le transazioni monetarie verso l'estero rilevate dalla Banca Mondiale hanno raggiunto i 581,6 miliardi di dollari, 431,6 dei quali destinati ai cosiddetti Paesi in via di sviluppo (Pvs). Quest'ultima cifra da sola supera di quasi tre volte l'intera spesa sostenuta a livello mondiale per l'aiuto pubblico allo sviluppo. In Italia, nonostante i flussi di denaro inviati all'estero dagli immigrati siano diminuiti rispetto a qualche anno fa, le somme spedite nel 2015 hanno raggiunto dimensioni molto elevate (5,3 miliardi di euro, considerando solo i canali formali) e ben più alte di quanto investito dal paese per l'aiuto allo sviluppo (4,2 miliardi di euro nel 2015, che al netto delle spese destinate all'accoglienza dei rifugiati in Italia scendono, secondo ActionAid, a poco più di 3 miliardi). Quindi, non solo gli immigrati contribuiscono al Pil dell'Italia per una quota (8,6%) molto più alta di quella che l'Italia investe, del proprio Pil, in aiuti allo sviluppo (0,21%), ma le loro rimesse da sole rappresentano lo 0,32% del Pil italiano (pari a 1.636.372 milioni di euro a prezzo di mercato), a fronte di un impegno nazionale per il sostegno allo sviluppo e la lotta alla povertà nel mondo che, se si escludono le spese destinate all'accoglienza dei rifugiati in Italia, si riduce allo 0,15%.

Le rimesse spedite dall'Italia nei paesi di origine degli immigrati sono ad oggi la più grande politica di aiuto ai paesi di origine dei flussi migratori.

L'immigrazione nel 2015: un'altra Italia sotto traccia

Aspetti del Dossier 2016 evidenziano il fatto che il 2015 sembra un anno di tranquillità, fatta eccezione per le 154.000 persone sbarcate mentre, in realtà, sono diverse le novità.

L'Italia ha aumentato la sua quota di pertinenza sul numero totale dei migranti nel mondo (244 milioni), con cinque milioni di stranieri residenti in Italia e cinque milioni e 200mila cittadini italiani residenti all'estero (dato delle anagrafi consolari). Nel 2014, gli italiani all'estero e gli stranieri in Italia si equivalevano, mentre ora i connazionali al di fuori sono di più.

È anche rilevante il fatto che, in Italia, si trovi 1/7 dei 35 milioni di stranieri residenti nella Ue.

Sembrirebbe che i cittadini stranieri in Italia abbiano arrestato la loro crescita, ma anche nel 2015 la loro movimentazione è stata notevole: 250mila persone sono state registrate in provenienza dall'estero (tra ricongiungimenti familiari, persone venute per lavoro, per studio e altri motivi, nonché le persone sbarcate registratesi come residenti) contro 45.000 registrate in uscita. Bisogna poi tenere conto di 72.000 nuovi nati da entrambi i genitori stranieri e di 64.000 immigrati a cui non è stato rinnovato il permesso di soggiorno (a queste 431mila persone si aggiungono 178.000 stranieri diventati cittadini italiani, per un totale di oltre 600mila persone in movimento).

I cittadini italiani di origine straniera possono essere stimati pari a 1 milione e 150.000.

Rispetto al 2014, l'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente è aumentata solo di un decimo di punto (8,3%). Sono cambiate, invece: le compravendite immobiliari (8,7%, in aumento), le imprese attive (9,1%, in aumento), i matrimoni (9,2%, prendendo in considerazione i soli matrimoni misti e non quelli tra stranieri), gli iscritti a scuola (9,2%), gli occupati (10,5%, in valori assoluti 2.359.000 immigrati), i disoccupati (15,0%, in valori assoluti 456mila immigrati), i lavoratori assunti per la prima volta nel 2015 (28,9% i nati all'estero).

Nel paese è sempre più diffusa la preoccupazione generata dagli sbarchi, ma bisogna chiedersi come queste presenze possano essere collocate nel futuro. Secondo le proiezioni Istat (nella variante media e, quindi, quella più probabile), nel periodo 2011-2065, servirà un saldo migratorio annuale che, partendo da 300.000 unità l'anno, vada gradatamente a scendere a 175mila unità.

In particolare, il 2015 si è chiuso in maniera pesante per gli italiani: le morti sono prevalse sulle nuove nascite di 228mila unità e le cancellazioni anagrafiche per l'estero hanno superato i rientri dall'estero per 72mila unità. In prospettiva, nel periodo 2011-2065 il saldo naturale della popolazione residente sarà pesantemente negativo di ben 11,5 milioni di unità (28,5 milioni di nascite contro 40 milioni di decessi). Questo squilibrio potrà essere compensato dai flussi migratori, che saranno positivi per 12 milioni (17,9 milioni di ingressi contro 5,9 milioni di uscite). Dal punto di vista demografico, la presenza degli immigrati e dei profughi può tornare utile, ma le esigenze vanno accompagnate da interventi sui flussi, la loro accoglienza, l'inserimento occupazionale e l'integrazione nella società: in particolare, ottenendo un maggiore sostegno dalla Ue.

Tiziana Mercurio

All'ospedale Sant'Andrea il IX Congresso nazionale Ait

Con il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) e la collaborazione del Collegio Ipasvi di Roma, il 26 novembre scorso, si è svolto il IX Congresso nazionale dell'Associazione infermieristica transculturale (Ait). L'appuntamento all'azienda ospedaliera Sant'Andrea, dal titolo: "Assistenza infermieristica nel villaggio globale" ha avuto, fra gli obiettivi generali, l'idea di fornire un quadro programmatico della situazione immigratoria nella zona di Roma e provincia, focalizzandosi sull'accoglienza all'altro in situazione di bisogno assistenziale. Questo, senza dimenticare elementi sulla vulnerabilità di persone in situazione di difficoltà.

In tale linea di ragionamento, questo corso intende, nel concreto, far acquisire quegli elementi teorici e quegli aggiornamenti sul tema della vulnerabilità per analizzare i complessi bisogni di salute di una società diseguale e spesso vessatoria nei confronti delle minoranze etniche, delle marginalità sociali e dei diversi generi.

Per l'occasione, è stato distribuito ai partecipanti il "Dossier Statistico Immigrazione 2016" (di cui diamo notizia nelle pagine precedenti), presentato da **Franco Pittau**, e il volume "Le Migrazioni qualificate in Italia. Ricerche, statistiche, prospettive", a cura del Centro Studi e Ricerche Idos e dell'Istituto di Studi Politici "San Pio V".

A seguire, **Filippo Gnoifo** (Asl Roma 1) ha affrontato il tema della salute dei migranti, mentre alla professoressa **Ersilia Buonomo** (Tor Vergata) è stata affidata un'analisi sullo stato dell'accoglienza nei servizi sanitari della popolazione rom. La prima sessione si è quindi conclusa con l'intervento dell'infermiere e sociologo **Giordano Cotichelli** su "villaggio globale e risorse dell'infermieristica". Il concetto di "villaggio globale" è stato espresso nel 1962 (Mc Luhan) descrivendo uno spazio fisico planetario dove le differenze culturali, etniche, degli stili di vita e dei linguaggi, delle tradizioni e delle distanze fisiche tendono ad annullarsi, assumendo la valenza appunto di un piccolo villaggio... nonostante sia su scala mondiale. Assumere il problema dell'iniquinà supporrà per l'infermieristica enormi cambiamenti. Vorrà dire prendere coscienza di un orientamento al-



Da sinistra: Cotichelli, Borri, Stievano, Bruno, Lombri



fetta da Alzheimer (con il ricercatore Cnr **Matteo Borri**), quindi sulla violenza di genere nel contesto internazionale, grazie alla relazione della psicologa e psicoterapeuta **Teresa Bruno**. Le rilevazioni dell'Istituto Nazionale di Statistica del 2015 evidenziano come in Italia il 31,3% delle donne italiane e il 31,5% delle donne immigrate, tra i 16 e 70 anni, hanno subito qualche forma di violenza. Ciò dimostra l'incidenza e la diffusione di un fenomeno del quale s'incomincia ad acquisire consapevolezza solo di recente.

A chiudere il congresso, **Marinella Lombri** (infermiera esperta nell'assistenza alle popolazioni migranti) con il suo racconto delle esperienze sul campo. In particolare, il Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) con la sua équipe composta da personale socio sanitario del Centro Astalli e della Asl, nel luglio 2015 ha ottenuto il riconoscimento della Regione Lazio come «Struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza ai migranti forzati». La portata innovativa del servizio che sta nell'integrazione di risorse e competenze del privato Sociale e del servizio pubblico rende il SaMiFo un modello di interesse nazionale.

Il Congresso è stato un evento gratuito, accreditato Ecm, coordinato dalla presidente Collegio Ipasvi Roma, **Ausilia Pulimeno** e da **Alessandro Stievano**, ricercatore Cecri e presidente dell'associazione. I lavori sono stati moderati da **Loredana Fabriani** e **Paolo Tarantino**, rispettivamente vice presidente e consigliere Ait.

Al Pertini premiati i migliori professionisti: due sono infermieri

Venerdì 15 novembre, all'ospedale Sandro Pertini, si è svolta la premiazione dei professionisti che più hanno dato lustro all'Azienda Asl RM B, nell'ambito dei festeggiamenti per il XXV anniversario dell'inaugurazione dell'ospedale.

Dopo il ricordo di Sandro Pertini, partigiano, politico, uomo di grandi ideali, ateo dichiarato, ma dai comportamenti di uomo di fede, si è proceduto ad attribuire i riconoscimenti e, tra i sei premiati, spiccano due infermieri: **Maria Bernardini**, in servizio presso l'Utic, e **Marco Soricetti**, in servizio presso il Dipartimento di Salute Mentale.

Di Maria Bernardini sono state lodate non solo le competenze tecniche, molto apprezzate in Azienda, ma anche le competenze relazionali, soprattutto in un ambito in cui non è sufficiente curare solo la malattia, ma è indispensabile ridare sicurezza e dignità alle persone colpite da cardiopatie gravi.

Marco Soricetti è l'infermiere dell'Area di Salute Mentale della ex Asl Rm/B, ideatore di "Musica in Cammino", il gruppo co-

stituito da ragazzi in cura presso il Centro Diurno e dal personale del Dipartimento di Salute Mentale appartenenti a varie categorie (dai medici agli psicologi, agli infermieri ed educatori sanitari, dagli operatori ai volontari). Il sodalizio ha partecipato al Festival nazionale delle *Psychiatric Band* del 23 luglio a Cellere (Viterbo) e al convegno "Artiterapia in salute mentale, camminare insieme per costruire relazioni", svoltosi il 24 settembre proprio al Pertini.

Un ringraziamento particolare a padre Carmelo e ad Andrea Maccari per l'organizzazione e per i momenti di commozione che ci hanno regalato con le foto-testimonianze dell'ospedale Pertini e dei suoi dipendenti, tra i quali ci fa piacere ricordare l'indimenticabile Luigi Patrizi, collega prematuramente scomparso e rimasto nei cuori di tutti quanti l'hanno conosciuto.

A Maria Bernardini e Marco Soricetti, i più sinceri ringraziamenti da parte dei colleghi del Collegio Ipasvi di Roma per il riconoscimento ricevuto, segno tangibile della stima che l'Azienda nutre non solo per loro, ma per tutta la categoria infermieristica.



Bernardini e Soricetti con il vicepresidente Ipasvi Roma Casciato

La ricerca italiana sul *Self-care* Successo per il convegno Cecri al Policlinico Gemelli di Roma

Al Policlinico Gemelli di Roma, il Cecri (Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica) ha organizzato un incontro per discutere di "Self-care nelle malattie croniche: otto anni di ricerca italiana".

Con "self-care" si indicano, in genere, le norme comportamentali che vanno seguite per mantenere e migliorare la propria salute, compresi gli interventi sanitari primari che la persona stessa o i suoi familiari possono attuare.

Le azioni con cui si esplica la cura di sé sono indispensabili: in caso di persone totalmente dipendenti, l'infermiere può essere chiamato ad occuparsi della cura della persona in maniera permanente; in altri, l'infermiere fornisce solo un aiuto, svolgendo direttamente alcuni compiti, guida e sorveglia altre persone che assistono il soggetto o educa quest'ultimo affinché progredisca gradualmente verso l'autonomia.

L'evento ha costituito l'occasione per incontrare gli esperti del settore per definire il *self-care* nelle malattie croniche; diffondere i risultati raggiunti dalla ricerca italiana nello studio, ed illustrare i progetti futuri nello studio del *self-care* stesso.

Tre quarti della popolazione italiana, tra i 65 e 74 anni, infatti, è affetto da almeno una malattia cronica e recenti stime indicano che il 55% della popolazione anziana, nei Paesi occidentali, soffre di cinque o più malattie croniche.

E sono proprio queste ad avere un impatto rilevante sulla qualità di vita delle persone e dei *caregiver* (spesso familiari), nonché sui costi sostenuti dai sistemi sanitari.

Per questo motivo, strategie assistenziali per ridurre il carico delle malattie croniche rappresentano una priorità da sviluppare; priorità a cui non si possono sottrarre i professionisti della salute.

Il Cecri, sin dal 2009, ha investito molto nello studio del *self-care*: inizialmente, focalizzandosi su quello

nello scompenso cardiaco, ma dopo, questo studio ha coinvolto altri ambiti, quali la Bpco, il diabete e lo scompenso cardiaco, fino al *self-care* nelle persone portatrici da stomia intestinale o urinaria.

La giornata si è aperta con il saluto delle autorità e dei vertici aziendali del Policlinico Gemelli, seguiti da quelli di **Gennaro Rocco**, direttore scientifico Cecri e di **Rosaria Alvaro**, professore associato Università Tor Vergata di Roma.

La prima sessione, moderata da **Ausilia Pulimeno** e **Stefano Casciato**, rispettivamente presidente e vicepresidente del Collegio Ispasvi di Roma, ha registrato gli interventi di: **Maria Matarese-Ercole Vellone** ("Self-care e patologie croniche: teorie situazionali e a medio raggio"), **Antonello Cocchieri** ("Self-care e scom-



penso cardiaco: studio descrittivo sui pazienti italiani"), **Marco Clari** ("Self-care e BPCO: studio qualitativo sui comportamenti di *self-care* nella popolazione italiana"), **Davide Ausili-Michela Luciani** ("Self-care nel diabete mellito"), **Marco Paturzo-Ercole Vellone** ("Self-care e mortalità nello scompenso cardiaco"), **Michela Piredda** ("Il non *self-care*: studio sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche"), **Gianluca Pucciarelli** ("Il non *self-care*: studio dei pazienti con ictus cerebrale"), **Marco Paturzo-Ercole Vellone** ("L'interdipendenza tra pazienti e *caregiver* nel *self-care* dello scompenso cardiaco"), **Antonella Mottola-Marco Paturzo** ("Self-care nei pazienti e *caregiver* con scompenso cardiaco: studio con metodo misto").

La sessione pomeridiana, moderata da **Maria Grazia Proietti** e **Alessandro Stievano**, invece, è stata dedicata alle prospettive future del *self-care*.

A confrontarsi con la vasta platea sono stati, nell'ordine: **Gabriella Angeloni-Giulia Villa** ("Promuovere il *self-care* e migliorare la qualità di vita"), **Antonio Petruzzo-Federica Dellafiore** ("Miglioramento del *self-care* nello scompenso cardiaco con il colloquio motivazionale"), **Maddalena De Maria-Davide Ausili** ("Self-care e qualità di vita nelle persone con malattie croniche multiple"), **Alessio Conti** ("Self-care nelle persone con lesione midollare"), **Barbara Bassola** ("Self-care nelle persone con malattia del motoneurone"), **Dhurata Ivziku-Maria**

Matarese ("Contributo dei *caregiver* al *self-care* delle persone con BPCO"), **Angela Durante** ("I bisogni dei *caregiver* delle persone con scompenso cardiaco"), **Michela Luciani-Davide Ausili** ("Self-care nelle persone con diabete mellito"), **Michele Virgolesi** ("Aderenza terapeutica dei pazienti dimessi dal SPDC"), **Maria Ymelda Tolentino Diaz-Annarita Pazzagliani** ("Aderenza terapeutica del paziente colpito da ictus").



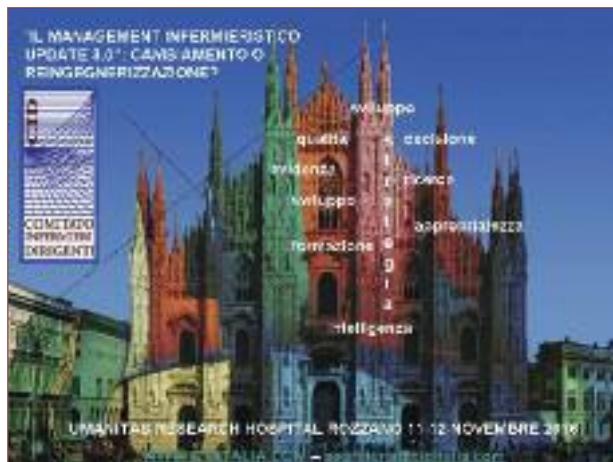
Gli infermieri laziali a Milano per il Congresso nazionale Cid

Il Collegio Ipasvi di Roma è stato presente, a Rozzano (Milano), al XXII Congresso del Comitato Infermieri Dirigenti (Cid), in programma l'11 e 12 novembre scorsi.

Al termine dei lavori, è stato ribadito l'impegno del direttivo Cid nel promuovere e valorizzare le diverse realtà regionali in cui sono in atto le reingegnerizzazioni e i cambiamenti dei sistemi organizzativi sanitari per riconoscere e valorizzare l'istituzione della direzione infermieristica e delle professioni sanitarie con unica definizione di nome e di collocazione rispetto alle altre direzioni.

Il documento finale, illustrato dal presidente, **Nicola Barbato**, è stato approvato e consegnato alla Federazione nazionale Ipasvi, per divenire

oggetto di condivisione. "La funzione manageriale - ha affermato la presidente della Federazione, **Barbara Mangiacavalli**, non è un titolo accademico e non si caratterizza solo per i contenuti e le competenze apprese. È capacità di risolvere ed affrontare i problemi, è volontà di portare risultati con una visione attenta al cittadino e alle dinamiche sociali che lo circondano. Il ruolo che ogni infermiere dirigente ha, all'interno delle aziende sanitarie, la complessità organizzativa affrontata quotidianamente e il numero di risorse gestite, ci autorizza ad essere riconosciuti quali interlocutori forti, di partecipare attivamente ai grandi cambiamenti che a vario titolo si realizzeranno, di assumere la responsabilità della decisione e dei risultati attesi. In particolare, riconosciamo e crediamo che gli aspetti formativi e la realizzazione di percorsi di specializzazione potranno essere concretizzati solo con una collocazione all'interno dei processi di prevenzione, cura, riabilitazione, post acuzie, cronicità e palliazione; non potranno essere solo accademici, dovranno pre-



vedere docenti e tutorato nelle realtà operative degli infermieri".

Il Congresso ha ricordato anche i 60 anni di storia dell'Associazione, nata nel 1956 come comitato delle direttrici delle scuole convitto per Infermieri: la professoressa e teorica italiana del Nursing, Marisa Cantarelli, classe 1930, ha magistralmente ripercorso quegli anni e l'entusiasmo con cui fu fondata l'associazione e gli scopi indicati

nel primo statuto. Il viaggio illustrato fino agli anni 1980 è stato contestualizzato con lo sviluppo della professione e la normativa che, in quegli anni, vedeva nascere l'accordo di Strasburgo sulla formazione degli infermieri europei. Dagli anni '80 fino alle soglie degli anni 2000, Marcello Bozzi, *past president* del Cid, ha ricordato le importanti battaglie della professione e la presenza del Cid al fianco della Federazione e degli infermieri per il Profilo professionale, l'ingresso all'università, la legge 251/2000 sulla dirigenza.

Il prossimo appuntamento nazionale è per il 10 e 11 ottobre 2017 a Trieste, un congresso all'insegna della dirigenza infermieristica europea che vedrà il Cid impegnato nel board del comitato organizzativo dell'Enda (*European Nurse Directors Association*) e con la collaborazione dell'Esno (*European Specialist Nurses Organizations*) per il congresso, dal 12 al 14 ottobre, in Croazia, dal titolo "Nursing: costruirlo e costruire insieme, viverlo e dividerlo".

L'implementazione delle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni correlate a catetere venoso centrale

Risultati dell'*audit* clinico condotto dal Cecri in tre Aziende sanitarie di Roma

di Marina Palombi, Claudia Lorenzetti, Giuseppe Marchesani, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

Partecipanti al gruppo di lavoro: Eleonora Tavernese, Alessandro Cinque, Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Francesca Masone, Sergio Boi, Francesca Romana Blasi, Maria Desimio, Anna Di Meglio, Anna Little, Patrizia Secondi, Anna Maria Vellucci, Doriana Bauzulli, Laura Costa, Simonetta Felicetti, Maria Letizia Simoni, Massimo Spallato.

ABSTRACT

Le infezioni correlate all'assistenza sono spesso associate all'uso di dispositivi invasivi che infrangono le normali difese dell'organismo.

Tali infezioni possono essere causate dalla scarsa conoscenza e aderenza del personale sanitario alle buone pratiche raccomandate dalle linee-guida per la prevenzione delle infezioni, comportando un aumento della mortalità e dei costi sanitari. Quest'ultime sono numerose e vengono sviluppate da vari organismi e società scientifiche internazionali proprio per la prevenzione delle infezioni correlate ai dispositivi medici invasivi.

Per le infezioni correlate ai cateteri intravascolari, le principali raccomandazioni sono state prodotte dai Centers for Disease Control di Atlanta nel 2011.

Basandosi esattamente su tali raccomandazioni, sono stati condotti degli *audit* clinici in tre aziende ospedaliere romane, allo scopo di implementare le buone pratiche assistenziali per la gestione del catetere venoso centrale e per ridurre il rischio di complicanze infettive, incrementare la performance pro-

fessionale, e per migliorare le strategie di governo nelle aziende sanitarie.

Anche se sono stati ottenuti risultati differenti nelle tre aziende, tutte le aziende hanno apportato, nel loro sistema organizzativo, dei cambiamenti strutturali e di processo importanti per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate a dispositivi vascolari.

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza (Ica) sono associate alla complessità dell'assistenza, alle politiche e procedure adottate nelle istituzioni sanitarie, alle attitudini e conoscenze degli operatori e alle barriere nell'implementazione delle buone pratiche. Comportano un aumento dei costi, sia in termini di salute che economici.

Negli ultimi 15 anni, si è assistito ad un calo delle infezioni del tratto urinario, insieme a quelle della ferita chirurgica, ma sono in aumento le batteriemie e le polmoniti. Inoltre, si sta registrando un incremento delle Ica da germi multiresistenti agli antibiotici, a causa dell'effetto della pressione antibiotica, della circola-

zione di microrganismi in ambito assistenziali, e della ridotta produzione degli antibiotici.

I pazienti ricoverati nelle Unità di terapia intensiva (Uti), a causa della loro criticità, sono esposti a un rischio di contrarre Ica da 5 a 10 volte superiore alla media delle altre aree unità ospedaliere.

In Italia, si è osservato un trend in drammatico aumento degli isolamenti dei germi multiresistenti: infatti, mentre nel 2009, solo l'1,3% dei ceppi di *Klebsiella pneumoniae* era antibiotico-resistente, questa percentuale è salita al 16% nel 2010 e al 26,7% nel 2011 (Circolare del Ministero della Salute, 2012).

La frequente manipolazione dei dispositivi vascolari da parte del personale di assistenza rappresenta una delle principali cause di contaminazione del dispositivo. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia degli interventi di prevenzione e controllo delle infezioni vascolari correlate a catetere vascolare. Ad esempio, lo studio di Pronovost et al. (2006) ha dimostrato una riduzione del tasso delle infezioni superiore al 66% durante i 18 mesi di implementazione di un progetto di mi-

glioramento.

Già nel 2009, il Consiglio Europeo aveva divulgato delle raccomandazioni e richiesto un impegno costante dell'*European Centers for Disease Control (Ecdc)* sul tema delle Ica e dell'antibiotico-resistenza. Le linee-guida (lg) del 2011 dei *Centers for Disease Control and Prevention (Cdc)* americani sono, ad oggi, le raccomandazioni di riferimento per la prevenzione delle infezioni correlate a cateteri intravascolari.

Tale documento ha introdotto nuove raccomandazioni per l'utilizzo di *devices* per il fissaggio dei cateteri venosi centrali (*sutureless*) e dei feltrini a rilascio di clorexidina per la medicazione del sito, per l'inserimento del catetere venoso centrale attraverso l'utilizzo di nuove tecniche, come, ad esempio, la venipuntura ecoguidata, e per l'adozione di *bundle* (con questo termine è indicato un gruppo limitato di interventi, 3-5 al massimo, di efficacia dimostrata relativi al processo di cura che, quando utilizzati insieme, risultano più efficaci rispetto al loro singolo utilizzo).

Il Ministero della Salute, nel 2012, attraverso la circolare sulla Sorveglianza nazionale delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi, ha emanato le raccomandazioni per il controllo e monitoraggio delle infezioni derivanti dai dispositivi intravascolari.

Un documento prodotto congiuntamente dalla *Society for Healthcare Epidemiology of America* e dalla *Infectious Disease Society of America*, nel 2014, ha suggerito l'utilizzo della clorexidina gluconato al 2% in soluzione acquosa per le cure igieniche giornaliere nel paziente ricoverato in Uti per la prevenzione delle Ica, anche se gli studi finora condotti nella prevenzione delle infezioni catetere correlate mostrano risultati discordanti. Nel 2012, il Ministero ha elaborato due documenti importanti: il Manuale sull'*Audit* clinico, nel quale è presentato il metodo dell'*audit* clinico per diffonderne l'utilizzo tra gli operatori sanitari per l'implementazione di azioni di miglioramento e la valutazione delle iniziative intraprese e il Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori in cui sono state date

delle linee comportamentali per la gestione del rischio delle Ica e per il trasferimento nella pratica di misure assistenziali efficaci per ridurre il rischio infettivo attraverso interventi specifici come l'implementazione di *bundle*.

L'esperienza che è presentata in questo articolo è stata promossa dal Polo 4 del Centro di Eccellenza per la Pratica Clinica e la Ricerca Infermieristica (Cecri). All'interno dei percorsi di formazione sul campo (Fsc) rivolti agli infermi esperti in *Evidence based practice (Ebp)*, sono stati condotti degli *audit* clinici in alcune aziende ospedaliere romane per l'implementazione delle buone pratiche assistenziali per la gestione del catetere venoso centrale (Cvc) al fine di ridurre il rischio di complicanze infettive e di eventi avversi nei pazienti portatori di Cvc.

Di seguito, le fasi in cui sono stati articolati gli *audit* clinici e i risultati ottenuti.

MATERIALI E METODI

Il gruppo di lavoro degli infermieri esperti in Ebp partecipanti al corso di Fsc ha individuato tre aziende ospedaliere che si sono rese disponibili a partecipare al progetto degli *audit* clinici, suddividendosi in tre sottogruppi per ciascuna azienda. Sono stati scelti i criteri e gli in-

so di identificare le inapproprietezze (sia in eccesso sia in difetto) e verificare i risultati conseguiti in termini di processo e, se possibile, di esito. Quindi, sono state individuate le percentuali di accettabilità e di eccellenza dei risultati da raggiungere, basandosi sulle possibilità concrete di raggiungimento degli obiettivi preposti.

In seguito, il gruppo di lavoro ha richiesto l'autorizzazione alle singole direzioni sanitarie per la raccolta dei dati su fonti documentarie (cartella clinica informatizzata o cartacea) e la conduzione degli *audit*.

È stato poi progettato un corso di formazione Ecm, coinvolgendo l'Ufficio Formazione Aziendale. Sono stati elaborati dei questionari per la valutazione delle conoscenze degli infermieri appartenenti alle unità operative interessate prima dell'inizio dell'*audit* clinico (tempo 0), prima dell'avvio del corso di formazione accreditato Ecm (tempo 1), post-corso Ecm (tempo 2) ed infine sulle conoscenze re-*audit* (tempo 3). Questo ha dato modo ai diversi gruppi di fare un'attenta riflessione sugli scostamenti dagli standard predefiniti, permettendo di individuare i punti di forza e di debolezza dell'*audit* e le cause degli scostamenti (la popolazione e le

| | |
|-----------------------|---|
| AZIENDA OSPEDALIERA A | 125 infermieri 7 Unità operative: rianimazione, Nicu, Utipo, Utic, Sub Utic, Chir. D'urgenza, Medicina d'urgenza Periodo: aprile-ottobre 2013 |
| AZIENDA OSPEDALIERA B | 126 infermieri 6 Unità operative: Rianimazione, Utic A, Utic B, Utipo Nch, Utipo Cch, trapianti d'organo Periodo: febbraio-ottobre 2014 |
| AZIENDA OSPEDALIERA C | 78 infermieri 4 Unità operative: Rianimazione, Utipo Cch, Utipo toracica, Uti ematologica Periodo: febbraio 2014-gennaio 2015 |

Tabella 1. Descrizione della popolazione e Uu.Oo reclutate per gli *audit* clinici

dicatori di processo e di esito ricavandoli dalle linee guida sulla gestione dei dispositivi vascolari dei Cdc di Atlanta (2011), in base alle caratteristiche e procedure presenti nelle tre aziende. In alcuni casi, sono stati utilizzati anche indicatori strutturali per la revisione e l'aggiornamento della procedura aziendale già esistente. Per pianificare e condurre gli *audit* clinici è stata confrontata l'assistenza erogata con standard definiti, che hanno permes-

sino unità operative coinvolte nell'*audit* sono specificate nella Tabella 1).

I gruppi hanno utilizzato delle *check list* per confrontare la pratica erogata con gli indicatori identificati. Sono stati definiti e condivisi dal gruppo degli standard affinché si potesse valutare il livello di prestazione rispetto agli obiettivi preposti per ogni criterio/indicatore individuato. I dati rilevati sono stati elaborati su Excel® rispettando la normativa sulla *privacy*.

RISULTATI

Il progetto *audit* clinico si è svolto nelle tre aziende in archi temporali diversi (6, 8 o 11 mesi); sono stati individuati alcuni indicatori comuni ed altri specifici per le singole aziende, ma le fasi di conduzione sono state le medesime.

Di seguito, i risultati degli *audit* secondo la classificazione di Donabedian (1990).

Risultati di struttura

I criteri e gli indicatori di struttura hanno ricercato nella strategia di governo aziendale l'esistenza di Ig, protocolli e procedure.

Dalla verifica è emerso che due aziende avevano un protocollo basato su Ig prodotte nel 2008, mentre la terza aveva un protocollo basato su Ig del 2002.

Solo in un'azienda è stato valutato l'indicatore di struttura relativo alla presenza di un protocollo per la gestione degli accessi venosi e per la presenza della scheda di monitoraggio (*checklist*) della medicazione del Cvc, considerando uno standard del 75%. L'esito dell'*audit* ha avuto un'implementazione del 100% nelle aree prese in considerazione.

Tutte le aziende hanno revisionato o implementato le Ig aziendali.

Risultati di processo

a) Processo organizzativo

Il miglioramento delle conoscenze sugli argomenti trattati nell'*audit*, acquisite attraverso i corsi di formazione, è stato valutato confrontando i risultati dei questionari sulle conoscenze osservate e quelle attese in diversi momenti (T0 vs T3). Lo standard di accettabilità definito inizialmente, pari al 75%, è stato superato da tutte le aziende, e, rispettivamente, si è riscontrato un aumento delle conoscenze dal 78% all'88% nell'Azienda A, dal 62% all'85% nell'azienda B e dal 49% all'88% nell'azienda C.

b) Processo professionale

I criteri e gli indicatori di appropriatezza relativi alle decisioni inerenti la gestione del catetere venoso centrale hanno presentato risultati diversi nei contesti studiati. (Tab. 2)

Il primo indicatore ha considerato la della medicazione con garza del sito di inserzione dopo 24 ore dall'impianto del Cvc. I risultati migliori sono stati raggiunti nell'azienda A (75%) rispetto alla B (21%).

| | | |
|--|--------------------|--|
| 1 Indicatore: Sostituzione medicazione con garza del sito di emergenza dopo 24 ore dall'impianto CVC, salvo medicazione bagnata o staccata. | Numeratore | N° medicazioni con garza sterile o pellicola di polietilene a 24 ore dall'impianto |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | N° di nuovi impianti di CVC |
| | Denominatore (oat) | N° CVC rimossi entro 24 ore dall'impianto + CVC presenti al ricovero in UD + CVC impiantati sottocute |
| 2 Indicatore: Sostituzione medicazione del sito di inserzione del catetere ogni qual volta esso sia bagnato, staccato o sporco | Numeratore | Numero di medicazioni sostituite prima del tempo indicato perché bagnate o staccate |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | N° pz. Portatori di CVC con medicazione in garza o in pellicola di polietilene |
| | Denominatore (oat) | |
| 3 Indicatore: Sostituzione trasduttori, set di infusione e dispositivi aggiuntivi ogni 72/96 ore | Numeratore | n° di set infusione sostituiti a 72/96 h |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | n° pz con CVC collegato al set infusione |
| | Denominatore (oat) | n° pz con infusione che necessitano di sostituzione a tempo inferiore |
| 4 Indicatore: Sostituzione medicazione in garza ogni 48 ore salvo medicazione bagnata o staccata | Numeratore | N° medicazioni in garza sostituite ogni 48h |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | N° pz. Portatori CVC medicato con garza |
| | Denominatore (oat) | N° pz. Portatori con CVC medicato con garza rimossa prima perché bagnata o staccata |
| 5 Indicatore: Sostituzione medicazione film trasparente ogni 7 gg salvo medicazione bagnata o staccata | Numeratore | N° medicazioni in pellicola di polietilene sostituite ogni 7 gg |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | N° pz. Portatori di CVC con medicazione in pellicola di polietilene |
| | Denominatore (oat) | n° pz con CVC con medicazione in pellicola di polietilene rimossa prima del 7 gg perché bagnata o staccata |
| 6 Indicatore: Ispezione del sito di emergenza del catetere ad ogni cambio di medicazione o palpazione alternativa in medicazione intatta con regolarità, in funzione della situazione clinica di | Numeratore | N° di ispezioni o palpazioni del sito di inserzione CVC ad ogni cambio medicazione |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | N° paz. portatori di CVC con medicazione in pellicola di polietilene |
| | Denominatore (oat) | |
| 7 Indicatore: disinfezione della cute con soluzione a base di Clorexidina >0,9% in soluzione alcoolica durante la medicazione dell'exit site del CVC | Numeratore | Dati non disponibili |
| | Fonte dati | |
| | Denominatore (n) | |
| | Denominatore (oat) | |
| 8 Indicatore: bagni quotidiani con soluzioni di clorossidina al 2% | Numeratore | N° bagni quotidiani con clorossidina gluconato 2% |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |
| | Denominatore (n) | n° pz sottoposti a igiene quotidiana |
| | Denominatore (oat) | n° pz con ridotta sensibilità alla clorossidina gluconato 2% |
| | Fonte dati | Documentazione sanitaria |

Tabella 2. Indicatori e criteri di processo

Il secondo indicatore ha considerato la sostituzione della medicazione del sito d'inserzione del catetere quando bagnata, staccata o sporca. Nell'azienda C, in cui è stato valutato, è stato riscontrato

un risultato del 90% rispetto allo standard considerato accettabile del 75%. Per il terzo indicatore - sostituzione dei trasduttori, set di infusione e dispositivi aggiuntivi ogni 72/96 ore - si è avuto un

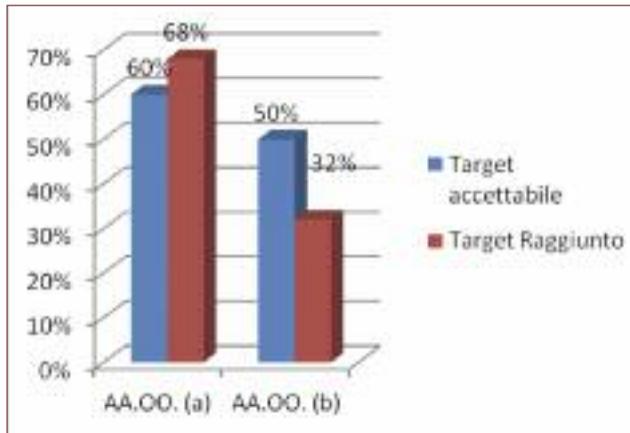


Figura 1. Indicatore 3: sostituzione della medicazione del sito d'inserzione del catetere quando bagnata, staccata o sporca.

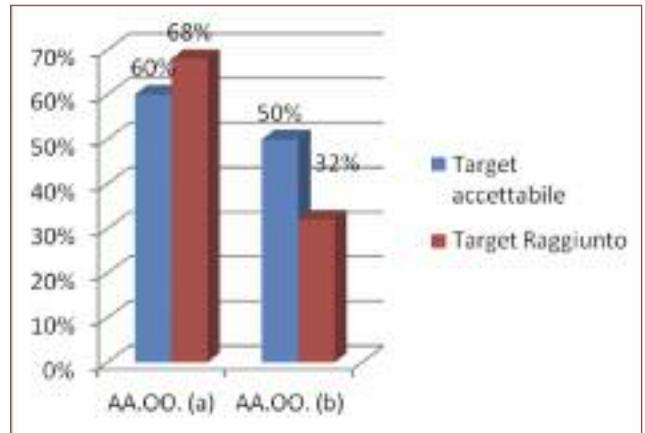


Figura 2. Indicatore 4: sostituzione della medicazione in garza ogni 48 ore, salvo per medicazione bagnata o staccata.

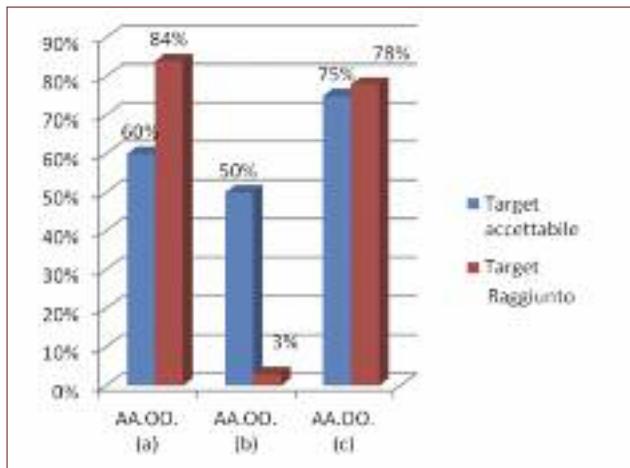


Figura 3. Indicatore 5: sostituzione medicazione film trasparente ogni 7 giorni, fatta eccezione per le medicazioni bagnate o staccate.

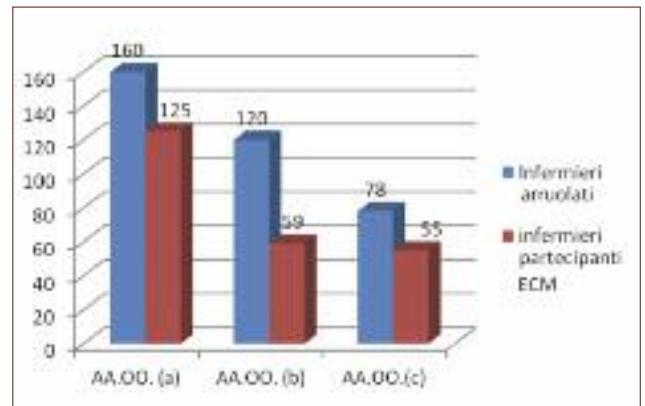


Figura 4. Indicatore: educare il personale sanitario sulle indicazioni dei cateteri intravascolari, sulle procedure corrette per l'impianto e la gestione dei cateteri intravascolari e sulle misure di controllo per la prevenzione delle infezioni correlate a catetere intravascolare.

risultato soddisfacente solo in una azienda su due. (Figura 1)

Il quarto indicatore ha considerato la della medicazione in garza ogni 48 ore, salvo i casi di medicazione bagnata o staccata.

I risultati sono stati diversi nelle tre aziende, con una sola azienda in cui si è superato il livello di accettabilità. (Figura 2)

Il quinto indicatore, sostituzione della medicazione in film trasparente ogni 7 giorni, fatta eccezione per le medicazioni bagnate o staccate, ha raggiunto il risultato fissato in due aziende su tre. (Figura 3)

Il sesto indicatore ha considerato l'ispezione del sito di emergenza del catetere ad ogni cambio di medicazione e/o palpazione attraverso la medicazione intatta con regolarità, in funzione della situazione clinica di ogni singolo paziente.

Nell'azienda C, in cui tale indicatore è stato valutato, è stato raggiunto un risultato leggermente inferiore allo standard fissato (72% vs 75%).

Il settimo indicatore, antisepsi della cute con soluzione a base di Clorexidina >0,5% in soluzione alcolica durante la medicazione del sito di uscita del Cvc, non è stato valutato in quanto i dati non erano rilevabili dalla documentazione sanitaria.

L'ottavo indicatore - utilizzo di bagni quotidiani con soluzioni di clorexidina al 2% - è stato valutato in una sola azienda in cui tale procedura era presente, con il mancato raggiungimento dello standard (18% vs 50% atteso).

Risultati di esito

I risultati di esito hanno preso in considerazione due aspetti: la formazione del personale (partecipazione e impatto del-

la formazione) e la presenza di infezione dei Cvc (sistemica o *exit site*).

Riguardo alla partecipazione alla formazione continua, su 358 infermieri che lavoravano presso le aree critiche investigate, ha frequentato il corso di aggiornamento professionale il 67%, con percentuali diverse nelle tre aziende. (Figura 4)

È stato considerato come indicatore di esito anche il mantenimento delle conoscenze a distanza di tempo (re-audit, T3). L'indagine ha considerato i cambiamenti specifici verificatisi nel contesto professionale in seguito al processo formativo. (Figura 5)

In particolare, nell'azienda B è stata critica l'adesione a tre comportamenti: sostituzione della medicazione in garza, ispezione del sito di inserzione e sostituzione del set di infusione negli inter-

valli indicati.

Per quanto riguarda l'indicatore "presenza di infezione del sito di inserzione", calcolato sulla base del numero di pz con infezione del sito di inserzione rispetto ai pz con Cvc, nell'azienda A si è passati da un 15% a tempo 0 al 13% a tempo 3, senza raggiungere lo standard previsto del 10%.

Per quanto riguarda, invece, l'indicatore relativo alla presenza di batteriemia correlate al Cvc, esso è stato valutato in un'azienda che disponeva dei dati epidemiologici nel periodo considerato conseguente all'implementazione di una *bundle-checklist* in un reparto-pilota.

Si osserva che, durante e in seguito, al periodo di effettuazione le infezioni correlate a Cvc sono diminuite. (Figura 6)

DISCUSSIONE

I risultati degli *audit* nelle tre aziende interessate sono stati influenzati dalla mancata tracciabilità delle attività svolte e da carenze organizzative.

Le difficoltà riscontrate sono state legate ai tempi richiesti per le procedure amministrative-organizzative, alla percezione di messa in discussione delle competenze ed abilità degli operatori e alla percezione da parte degli operatori di un aumento del carico di lavoro.

La valutazione degli esiti conduce ad una interpretazione dei risultati alquanto positiva in quanto il miglioramento è stato riscontrato sia in termini di struttura che di processo.

Dopo aver condiviso i risultati con le direzioni sanitarie, esse hanno avviato cambiamenti sia strutturali che di processo: revisione del protocollo per la prevenzione delle infezioni catetere-correlate esistente o implementazione ove inesistente; implementazione delle buone pratiche assistenziali e dei *care bundle* attraverso il protocollo; miglioramento nella tracciabilità della gestione del Cvc attraverso l'utilizzo della scheda di monitoraggio della medicazione dei Cvc; appropriato approvvigionamento di presidi farmaceutici; introduzione della sorveglianza epidemiologica mediante un reparto pilota per la valutazione dell'efficacia del *care bundle* e della *checklist*. È mancata la partecipazione alla forma-

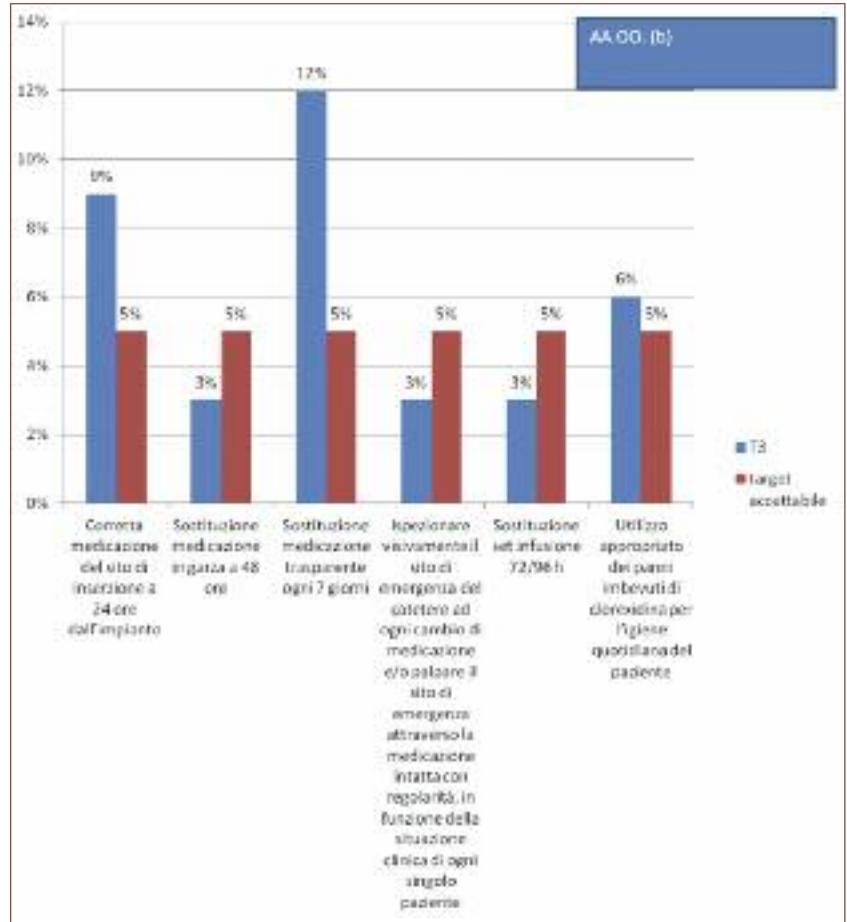


Figura 5. Impatto nel tempo della formazione nell'azienda B

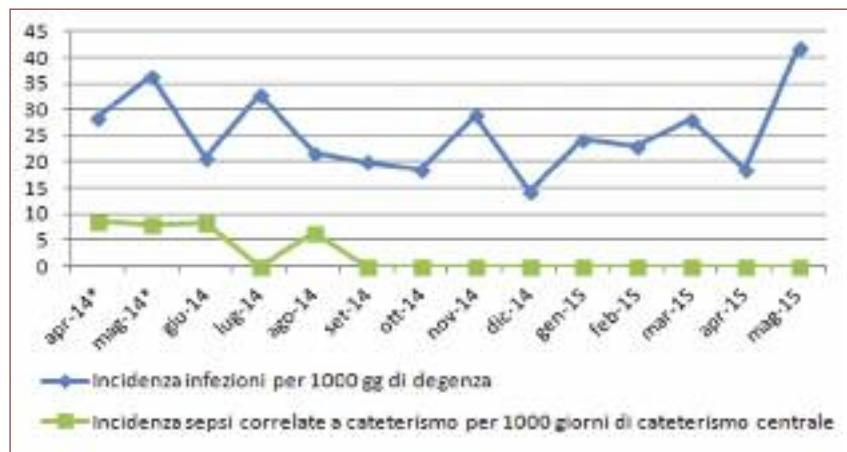


Figura 6. Incidenza infezioni correlate a Cvc nell'azienda B dopo implementazione di *bundle-checklist*

zione di tutto il personale interessato dovuta alla presenza di personale *out sourcing* in una delle tre aziende e alla carenza di organico nei reparti arruolati nell'*audit*.

Nonostante la moderata affluenza, i risultati dell'impatto della formazione ha-

dato buoni risultati, poiché gli infermieri che hanno frequentato il corso di aggiornamento sono riusciti a trasmettere le loro acquisizioni ai colleghi di lavoro. Un miglioramento dell'efficacia è stato ottenuto con la riduzione delle batteriemia primarie e delle infezioni del sito di



uscita del Cvc, mediante l'utilizzo della *checklist*, a dimostrazione che **il cambiamento del comportamento organizzativo e professionale conduce, anche a distanza dall'intervento formativo, a un miglioramento della performance professionale.**

CONCLUSIONI

La formazione per la conduzione di *audit* clinici, promossa nell'ambito del corso di Fsc rivolta agli esperti di Ebp, ha portato a risultati soddisfacenti.

In un clima di fiducia fra pari, l'implementazione della buona pratica assistenziale attraverso l'*audit* clinico ha determi-

nato, nelle aziende sanitarie coinvolte, l'attuazione di strategie comportamentali più appropriate derivanti da un miglioramento delle conoscenze e competenze, per la promozione della cultura della qualità e della sicurezza.

Le aziende, di fatto, hanno apportato dei cambiamenti strutturali e di processo importanti per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate ai dispositivi vascolari nel loro sistema organizzativo.

Autori:

Marina Palombi, coordinatore infermieristico Uti Cardiochirurgica, Ao Policlinico Umberto I, Roma-Cecri Roma;

Claudia Lorenzetti, coordinatrice infermieristica di Direzione Aos San Camillo-Forlanini, Roma-Cecri Roma;
Giuseppe Marchesani, coordinatore infermieristico di Direzione Aos San Giovanni Addolorata, Roma-Cecri Roma;
Angela Peghetti, dirigente, Ufficio infermieristico, casa di cura polispecialistica Solatrix, Rovereto-esperta Cecri Roma;
Stefano Casciato, direttore Polo della Pratica Clinica, Centro di Eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica-Cecri, Roma;

Maria Matarese, professore associato MED/45, Università Campus Bio Medico di Roma-esperta Cecri Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Consiglio Europeo, *Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections; 2947th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs*. Council meeting, Luxembourg, 9 June 2009.
- Donabedian A, *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA 1988; 260(12):1743-8.
- Flodgren G, Conterno L.O, Mayhew A, Omar O, Pereira C.R, Shepperd S, *Interventions to improve professional adherence to guidelines for prevention of device-related infections (Review)*. The Cochrane Library 2013, Issue 3.
- Istituto Superiore Sanità. *EpiCentro: Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, 2005. disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Cap2-Indicatori.pdf
- Istituto Superiore Sanità, *EpiCentro: Infezioni correlate all'assistenza*, disponibile all'indirizzo [www.epicentro.iss.it/malattie-infettive/infezioni correlate all'assistenza](http://www.epicentro.iss.it/malattie-infettive/infezioni-correlate-all-assistenza).
- Ministero della Salute, *Circolare "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)"*, 2012.
- Ministero della Salute. *Manuale sull' "Audit clinico"*, 2012.
- Ministero della Salute, *Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori*, 2012.
- O'Grady N.P, Alexander M, Burns L.A, Dellinger E.P, Garland J, Heard S.O et al, *Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Am J Infect Control, 2011; 39(4 Suppl 1), S1-34.
- Pronovost P et al. *An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the Icu*. N Engl J Med 2006; 355:2725-32.
- Yokoe D.S, Anderson D.J, Berenholtz S.M, et al, *A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates*. Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 Sep; 35 Suppl 2:S21-31.

Valutazione del *refill* capillare nella prevenzione del deterioramento clinico

Una revisione narrativa della letteratura

di Elena Cristofori, Pietro Marratzu

ABSTRACT

Il presente lavoro nasce dall'evidenza che la valutazione del *refill* capillare è utile nella prevenzione del deterioramento clinico, nello specifico sulle strategie di prevenzione mirate alla riduzione della mortalità nei pazienti con shock traumatico. Studi analizzati hanno mostrato come i pazienti con anormale perfusione periferica (Crt, *Capillary refill time* > due secondi) hanno probabilità significativamente più elevata di peggioramento di insufficienza d'organo rispetto a pazienti con normale perfusione periferica (Lima, Jansen et al, 2009).

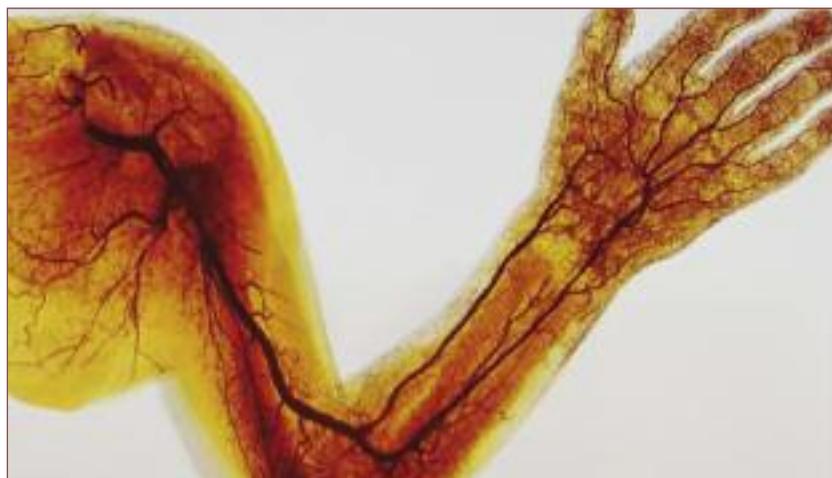
La revisione raccoglie una serie di studi ottenuti mediante consultazione del database PubMed. Gli articoli inclusi nella revisione sono 22.

Il tempo di riempimento capillare ha mostrato una significativa associazione con la mortalità a breve termine. Un monitoraggio non invasivo della perfusione periferica può essere un approccio complementare che permette un'applicazione precoce di terapia di compenso.

La misurazione del tempo di *refill* capillare però, deve tenere conto di variabili (età, genere, temperatura ambientale, temperatura corporea) che possono alterare il risultato di questo rendendo difficile il corretto monitoraggio.

Nonostante questo, è stata documentato un elevato peggioramento di insufficienza d'organo nei pazienti che avevano un aumento del tempo di perfusione capillare (>2sec) rispetto ai pazienti con normale tempo di perfusione.

La risposta alla prima domanda della re-



visione è che *“la prevenzione attuata mediante il monitoraggio del refill capillare permette una precoce individuazione di deterioramento clinico in pazienti con shock traumatico e grazie ad esso è possibile un'azione tempestiva nella somministrazione delle terapie di compenso”*. La sua validità è correlata alla conoscenza delle variabili di questo parametro e al modo corretto di rilevazione di quest'ultimo.

La risposta alla seconda domanda di ricerca è che *“l'infermiere ha un ruolo fondamentale all'interno del team multidisciplinare perché un infermiere esperto di trauma può migliorare la qualità dell'assistenza al paziente e ridurre il costo delle cure”*.

La cooperazione tra infermieri e gli altri membri dell'equipe multidisciplinare deve essere sempre garantita ed è essenziale che le figure professionali debbano mantenere una formazione continua,

nonché l'adozione di specifici protocolli basati sulle più recenti linee-guida.

Parole-chiave: *capillary refill time, peripheral perfusion, hypovolemic shock, multiple trauma, prognostic value, nurse, nurse role* e trauma team.

INTRODUZIONE

Il *refill* capillare è un indicatore che contribuisce alla prevenzione del deterioramento clinico, in particolare nei pazienti con shock traumatico.

L'infermiere è inserito nella gestione clinica di questi pazienti con una funzione importante in termini di sopravvivenza legata al monitoraggio del tempo di riempimento capillare.

Il tempo di riempimento capillare è uno strumento non invasivo e rapido per valutare la perfusione sistemica (Anderson, Kelly et al, 2008).

La metodica si basa sull'azione di com-



pressione attraverso la digitopressione del letto capillare ungueale e successiva immediata valutazione del tempo per il ritorno di flusso con l'indicatore della colorazione cutanea.

Vari report hanno mostrato come i pazienti con anormale perfusione periferica (Crt > due secondi) avevano probabilità significativamente più elevata di peggioramento di insufficienza d'organo rispetto ai pazienti con normale perfusione periferica (Lima, Jansen et al, 2009).

MATERIALI E METODI

Sono stati definiti i seguenti problemi:

1. la prevenzione dello shock attuata attraverso il monitoraggio del *refill* capillare può influire positivamente sull'incidenza di deterioramento clinico? Il tempo di *refill* capillare ha effettiva validità come parametro da monitorare?

Qual è il ruolo dell'infermiere nel team multidisciplinare nella prevenzione del deterioramento clinico?

Il seguente Pico è stato una guida per la valutazione:

P: pazienti con shock traumatico

I: valutazione del *refill* capillare

C: pazienti valutati senza *assessment* del Rct in caso di shock-traumatico

O: valorizzazione del Crt come parte integrante dell'*assessment* infermieristico dei segni clinici come prevenzione del

deterioramento clinico.

Le parole-chiave ricercate su PubMed (*capillary refill time, peripheral perfusion, hypovolemic shock, multiple trauma, prognostic value, nurse, nurse role* e trauma team) sono state combinate in stringhe di ricerca con applicazione dei limiti alla ricerca in termini temporali di 10 anni, di tipologie di studi quali revisioni della letteratura, meta-analisi, studi osservazionali, sperimentazioni, studi prospettici, e con *setting* di Terapia Intensiva e dipartimenti di Medicina d'urgenza.

Sono stati definiti i criteri di esclusione quali documenti poco specifici rispetto alle domande di ricerca e documenti con o senza abstract non pertinenti alla ricerca.

Gli articoli oggetto di analisi sono stati complessivamente, 14.

RISULTATI

Alcuni studi hanno messo in luce come la valutazione non invasiva della perfusione periferica possa prevenire lo stato di ipoperfusione nei pazienti traumatizzati (Lima, Bakker, 2005).

Altri ancora si sono focalizzati sul rapporto tra il tempo di riempimento capillare (CRT) e la mortalità a breve termine (Morgan, Rytter et al, 2013).

Due studi mettono in relazione la consapevolezza da parte degli operatori di de-

terminati parametri tra cui il tempo di riempimento capillare (Crt) e la gestione di un evento acuto (Di Saverio, 2013; Smith, Poplett, 2004).

Altri hanno focalizzato la loro attenzione sui parametri che permettono un monitoraggio continuo non invasivo della perfusione periferica (Otieno et al, 2014). Due studi danno rilievo al tempo di riempimento capillare (Crt) come rapido indicatore dello status circolatorio evidenziando anche i fattori che influenzano il risultato di questo parametro (Anderson, Kelly et al, 2008; Lewin, Maconochie, 2008).

Due studi hanno valutato la validità del Crt nel bambino critico, mettendo in discussione l'affidabilità del test e il controllo di routine (Crook, Taylor, 2014; Fleming, Gill et al, 2014).

Altri studi hanno esaminato il ruolo del *nursing* all'interno di un trauma team (Smith, Poplett, 2004; Sise et al, 2011). Uno studio ha analizzato se la valutazione personale della perfusione periferica potesse aiutare a identificare i pazienti critici con disfunzione d'organo o disfunzione metabolica utilizzando la *Sequential Organ Failure Assessment* (Sofa) score e i livelli di lattato (Lima, Jansen et al, 2009).

Infine, uno studio ha valutato la variabilità interosservatore all'interno di una

equipe infermieristica nella rilevazione del tempo di riempimento capillare e l'effettiva validità come parametro (Bra-brand, Husbond et al, 2011).

DISCUSSIONE

Vari report hanno mostrato come i pazienti con anormale perfusione periferica (Crt>2 sec) avevano probabilità significativamente più elevate di peggioramento di insufficienza d'organo rispetto ai pazienti con normale perfusione periferica (Lima, Jansen et al, 2009).

Un monitoraggio non invasivo della perfusione periferica può essere un approccio complementare che permette un'applicazione precoce di terapia di compenso.

Tuttavia, la sua idoneità come test clinico affidabile è dubbia, poichè varia in relazione a fattori ambientali all'età e al genere, sottolineando che i bambini e gli uomini adulti hanno un Crt significativamente più breve rispetto alle donne adulte e agli anziani (Anderson, Kelly et al, 2008). In aggiunta, i tessuti periferici sono altamente sensibili alle alterazioni della perfusione: un monitoraggio della perfusione periferica potrebbe essere uno dei primi indicatori di ipoperfusione tis-

sutale (Lima, Bakker, 2005).

Si riscontra una significativa associazione tra il Crt in monitoraggio continuo e mortalità variabile a breve termine (Morgan, Rytter et al, 2013).

Una valutazione tempestiva con un trauma team multidisciplinare è essenziale per facilitare la diagnosi e il trattamento rapido (Jelinek, Fahje et al, 2014).

CONCLUSIONI

I segni clinici di scarsa perfusione periferica consistono in cute fredda, pallida e umida, associata ad un aumento del tempo di riempimento capillare.

In particolare, la temperatura cutanea e il Crt sono stati sostenuti come valida misura di perfusione periferica. Il Crt è stato introdotto nella valutazione del trauma con un valore normale se inferiore a due secondi.

Questo si basa sul presupposto che il ritardato ritorno di un colore normale dopo lo svuotamento del letto capillare da compressione sia dovuto alla diminuzione della perfusione periferica.

Il Crt è stato convalidato come una misura di perfusione periferica con una significativa variazione nei bambini e negli adulti.

I risultati della revisione narrativa della letteratura mostrano che la temperatura cutanea, unita alla valutazione del Crt, sono un complemento prezioso per il monitoraggio emodinamico durante uno stato di shock, e dovrebbe essere considerato come il primo approccio per valutare un paziente critico.

Nella pratica clinica una valutazione più completa dell'ossigenazione dei tessuti può essere ottenuta con l'aggiunta di una valutazione non invasiva della perfusione nei tessuti periferici come approccio complementare alle nuove tecnologie attuali. Sebbene questi metodi possano riflettere variazioni della perfusione periferica con una certa precisione, sono necessari ulteriori studi per definire il ruolo preciso di tali metodi nella gestione dei pazienti critici (Lima, Bakker, 2005) e come valore predittivo non invasivo di ipoperfusione nei reparti di area critica (Morimura, Kohei Takahashi et al, 2014).

AUTORI:

Elena Cristofori, tutor didattico CdL in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;
Pietro Marratzu, infermiere clinico ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson B, Kelly AM, Kerr D, et al., *Impact of patient and environmental factors on capillary refill time in adults*. Am J Emerg Med., 26:62-5. 2008.
- Brabrand M, Husbond S, Folkestad L, *Capillary refill time: a study of interobserver reliability among nurses and nurse assistants*. Eur J Emerg Med., 18:46-9. 2011.
- Crook J, Taylor R, *The agreement of fingertip and sternum capillary refill time in children*. Arch Dis Child., 98(4):265-8. 2013.
- Di Saverio S. et al, *Changes in the outcomes of severe trauma patients from 15-year experience in a Western European trauma ICU of Emilia Romagna region (1996-2010). A population cross sectional survey study*, Langenbecks Arch Surg., 339(1): 109-26. 2013.
- Fleming S, Gill P, Jones C, Taylor J.A et al, *Validity and reliability of measurement of capillary refill time in children: a systematic review*, Arch Dis Child., 2014.
- Jelinek L, Fahje C, Immermann C, Elsbernd T, *The trauma report nurse: a trauma triage process improvement project*. J Emerg Nurs, 40(5): 111-7. 2014.
- Lewin J, Maconochie I, *Capillary refill time in adults*. Emerg Med J, 25:325-6. 2008.
- Lima A, Jansen T.C, Van Bommel J, Ince C, Bakker J, *The prognostic value of the subjective assessment of peripheral perfusion in critically ill patients*. Crit Care Med., 37(3): 934-8. 2009.
- Lima A, Bakker J, *Non invasive monitoring of peripheral perfusion*. Intensive Care Med., 31(10):1316-26. 2005.
- Morgan M, Rytter D, Brabrand M, *Capillary refill time is a predictor of short term mortality for adult patients admitted to a medical department: an observational cohort study*. Emerg Med J., 2013.
- Morimura N, Kohei Takahashi, Tomoki Doi, Takahiro Ohnuki et al, *A pilot study of quantitative capillary refill time to identify high blood lactate levels in critically ill patients*, Emerg Med J., 2014.
- Ottieno H, Were E, Ahmed I, Charo E, Brent A, Maitland K, *Are bedside features of shock reproducible between different observers?*, Arch Dis Child., 89(10): 997-9. 2004.
- Sise C.B et al, *Resource commitment to improve outcomes and increase value at a level I trauma center*. J Trauma, 70(3):560-8. 2011.
- Smith G.B, Poplett N, *Impact of attending a 1-day multi-professional course (Alert) on the knowledge of acute in trainee doctors*. Resuscitation, 61(2): 117-22. 2004.

L'utilizzo della *Identification of Seniors at Risk* (Isar) o del *Triage Risk Screening Tool* (Trst) può rappresentare uno *screening* per identificare i pazienti anziani al Pronto Soccorso?

di Silvia Fiorillo, Valentina Papacci

INTRODUZIONE

Il tema del percorso assistenziale dei pazienti in età geriatrica che viene adottato nell'ambito del Pronto Soccorso (PS) ha assunto, soprattutto negli ultimi decenni, una notevole importanza.

La definizione stessa di "anziano" recita così: "Anziana viene considerata la persona con più di 65 anni di età [...], con riferimento, in particolare, alle seguenti fasce di età: 65-75 (anziano giovane); 75-85 (anziano); 85 ed oltre (grande anziano)" (Senin, Cherubini, Mecocci, 2010). Secondo il Dipartimento degli Affari Sociali ed Economici dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (2012), nel 2012, gli ultra 65enni, nel mondo, erano 810 milioni. Ma tale numero è destinato ad aumentare a circa 2 miliardi nel 2050.

Da questi dati, si può facilmente dedurre che l'affluenza di tali utenti al bacino di PS tenderà ad aumentare nel corso degli anni: è importante, quindi, che il servizio sanitario sia in grado di fornire prestazioni adeguate e di un certo livello.

L'equipe infermieristica del Dipartimento di Emergenza, in particolare quella di "triage", riveste un ruolo fondamentale nell'accoglienza del paziente e durante la raccolta delle informazioni: **è il ponte che fa da tramite tra la struttura ospedaliera e lo stesso** (Gruppo Formazione

Triage [Gft], 2010).

La valutazione del paziente geriatrico è resa spesso difficoltosa a causa di alcune caratteristiche legate all'invecchiamento fisiologico, tra cui si annoverano: la presentazione clinica atipica della malattia, la comorbidità, la polifarmacoterapia, la presenza di deficit cognitivi, le difficoltà comunicazionali e la fragilità (Senin et al., 2010).

Nel tempo, è nata, perciò, l'esigenza di

ideare e di implementare nuovi strumenti adatti ad una valutazione - il più rapida possibile - di questa tipologia di utenti, dal momento che i ritmi di lavoro del PS sono così veloci da non permettere l'esecuzione di una Valutazione Multidimensionale Geriatrica (Vmg) completa. Nel presente lavoro, ne sono stati analizzati due in particolare: il "Triage Risk Screening Tool" (Trst) e l'"Identification of Seniors at Risk" (Isar).

Triage Risk Screening Tool (TRST)

fonte: Mussi C, Pinelli G, Annoni G, "L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage"

| Triage Risk Screening Tool (TRST) | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Presenza di deterioramento cognitivo (es. disorientamento, incapacità di eseguire semplici comandi, precedente diagnosi di demenza o delirium) |
| <input type="checkbox"/> | Il soggetto vive da solo / impossibilità di reperire un caregiver |
| <input type="checkbox"/> | Difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute |
| <input type="checkbox"/> | Ospedalizzazione / accesso in PS negli ultimi 30 giorni |
| <input type="checkbox"/> | Assunzione di 5 o più farmaci |
| <input type="checkbox"/> | Valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di: - abuso / negligenza; - non aderenza farmacologica - sospetto di abuso di sostanze - problemi nelle IADL o ADL (es. assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti) - altro (specificare) |
| * Paziente ad alto rischio se: deterioramento cognitivo o presenza di 2 o più altri criteri | |

Allegato 1

Lo scopo è stato quello di verificare se la valutazione del paziente anziano, eseguita con tali scale, potesse essere predittiva riguardo outcome avversi, quali ri-accesso in PS, declino funzionale ed ospedalizzazione, che rappresentano grandi problematiche per la sanità. Questo, procedendo ad una revisione della letteratura sulle maggiori banche dati bibliografiche, selezionando tutti gli studi in cui sono stati utilizzati "Trst" ed "Isar" (allegato 1 e 2).

MATERIALI E METODI

Problema di ricerca

Verificare se l'utilizzo del Trst o del Isar rappresenti uno *screening* nell'identificazione dei pazienti over 65 a rischio di declino funzionale, ospedalizzazione o ritorno a visita dopo un ricovero all'interno del Pronto Soccorso.

Metodologia di ricerca

La metodologia che è stata utilizzata ai fini dell'analisi del problema di ricerca è stata la Pico. (Tabella 1)

Per raggiungere tale obiettivo sono state adottate le seguenti strategie di ricerca :

- ♦ individuazione di termini "MeSH" per identificare correlazioni per la ricerca;
- ♦ indagine con parole-chiave sulle banche-dati elettroniche per individuare articoli, studi e revisioni bibliografiche di cui sono stati richiesti poi i *full-text*;
- ♦ utilizzo di operatori di ricerca booleani "AND" e "OR" per restringere o ampliare la ricerca, combinando tra loro le parole-chiave e i relativi sinonimi;
- ♦ Sono state consultate le seguenti banche dati: PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>; The Cochrane Library, <http://www.cochranelibrary.com/>; <https://www.scopus.com>; Cinahl, <http://web.b.ebscohost.com>

L'elenco rispecchia l'ordine di consultazione durante la ricerca (mentre l'ac-



Identification of Seniors At Risk

fonte: Mussi C, Pinelli G, Annoni G, "L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage"

| Identification of Seniors At Risk (ISAR) | | |
|---|---|-------------|
| 1. | Prima della patologia acuta che l'ha portata in PS, doveva essere aiutato regolarmente da qualcuno? | 0: no 1: si |
| 2. | Pensa che avrà bisogno di più aiuto del solito in seguito alla patologia che l'ha condotta in PS? | 0: no 1: si |
| 3. | È stato in ospedale per più di una notte negli ultimi 6 mesi? | 0: no 1: si |
| 4. | In generale, ci vede bene? | 0: no 1: si |
| 5. | In generale, ha seri problemi di memoria? | 0: no 1: si |
| 6. | Prende più di 3 medicine al giorno? | 0: no 1: si |
| * Lo screening è positivo se il punteggio è superiore a 2 | | |

Allegato 2

cesso a PubMed, Cochrane e Scopus è libero, la consultazione degli articoli presenti all'interno del Cinahl è stata resa possibile grazie al sito del Collegio Ispasvi di Roma, che offre, fra i servizi agli iscritti, l'accesso).

Parole-chiave: *elder, emergency department, functional decline, re-admission, hospitalization.* tra loro con operatori booleani e associate alle due, ulteriori *keywords* "Trst" e "Isar" in due ricerche separate.

Limiti imposti alla ricerca

Dati pubblicazione: nell'arco degli ultimi 10 anni (dal 1 gennaio 2006 ad oggi); età: maggiore di 65 anni; lingua di pubblica-

zioni: anglosassone e italiana; *search fields:* *title/abstract.*

Criteri di inclusione e di esclusione degli studi

Gli articoli inclusi sono di ricerca, con la conseguente esclusione di tutte le altre tipologie (letteratura grigia ed articoli non indicizzati).

Sono stati presi in considerazione solo articoli in lingua inglese: esclusi gli altri. Inclusi tutti gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, esclusi quelli con data precedente al 2006; esclusi gli studi che coinvolgevano pazienti con un'età inferiore ai 65 anni. Inclusi gli studi inerenti l'utilizzo del "Trst" e dell'"Isar"; esclusi, invece, tutti gli studi che prevedevano l'utilizzo di strumenti differenti.

| Popolazione | Intervento | Confronto | Outcome |
|-------------------------------------|--|------------------|--|
| Pazienti over65 anni dimessi dal PS | Somministrazione del <i>Triage Risk Screening Tool</i> (Trst) e dell' <i>Identification of Seniors at Risk</i> (Isar) all'accesso in PS del paziente anziano | Nessun confronto | Valutare la predittività di tali strumenti riguardo declino funzionale, ri-accesso ed ospedalizzazione dopo la dimissione dal PS |

Tabella 1. Facet analysis

RISULTATI

| Banca Dati | Key words | Articoli trovati | Articoli selezionati |
|------------------------------------|--|------------------|----------------------|
| PubMed 02/07/2016 | TRST OR ISAR AND Elderly AND Emergency Department AND functional decline AND hospitalization | 8 | 8/8 |
| The Cochrane Library 02/07/2016 | TRST OR ISAR AND Emergency Department | 3 | 1*/3 |
| CINAHL 02/07/2016 | TRST OR ISAR AND Emergency Department | 16 | 8*/16 |
| Scopus 02/07/2016 | TRST OR ISAR AND Emergency Department | 6 | 6*/6 |
| TOTALE ARTICOLI SELEZIONATI | | | |

* Alcuni degli articoli selezionati sono già stati inclusi nella ricerca sulle banche dati precedenti

Tabella 2. Risultati della revisione della letteratura

DISCUSSIONE

Provvedere ad un'assistenza geriatrica olistica in un reparto particolare quale è il PS è una nuova sfida.

La stratificazione del rischio è necessaria perché non tutti i pazienti hanno bisogno di un'assistenza multi-disciplinare (Foo, Siu, Ang, Phuah, Ooi, 2014). Utile a questo scopo potrebbe essere, quindi, l'utilizzo di scale valutative ideate in modo specifico per l'utente over 65.

Nella revisione condotta da Sutton, Somers e Jeffries (2008) sono stati individuati cinque strumenti di screening per identificare i pazienti anziani a rischio di eventi avversi dopo le dimissioni dal PS, tra cui anche la "Isar" e il "Trst".

Nessun, singolo strumento ha raggiunto un valore da giustificare la sua raccomandazione.

Ancor prima di questa revisione, Fan, Worster, e Fernandes (2006) conclusero che il "Trst" era un test diagnostico povero nel predire i ri-accessi in PS e le ospedalizzazioni a causa della bassa significatività dei valori statistici calcolati. Invece, in uno studio successivo (Hustey, Mion, Connor, Emerman, Campbell, Palmer, 2007) lo stesso, con punteggio superiore a due, risultò moderatamente predittivo nel declino delle Adl e Iadl dopo 30 giorni e ancor più dopo 120. L'associazione tra "Trst" e valutazione delle Adl è stata eseguita anche dal *trial* controllato di Foo et al. (2014) ed è emerso quanto il primo sia un indicatore significativo nella valutazione del declino funzionale del paziente dopo dimissione dal PS: i pazienti del gruppo di intervento (che hanno ricevuto interventi geriatrici, domiciliari e non, mirati alle loro problematiche) hanno persino migliorato significativamente le proprie Adl nell'arco dei 12 mesi, mentre nel gruppo

di controllo queste sono peggiorate.

Ben tre studi reperiti hanno messo a confronto "Trst" ed "Isar": il primo, in ordine cronologico, (Geyskens, De Ridder, Sabbe, Braes, Milisen, Flamaing et al., 2008) ha paragonato diversi strumenti e ha concluso affermando che la seconda è risultata essere la più sensibile e predittiva tra quelli considerati, più del "Trst"; i risultati del confronto ad opera di Braes, Moons, Lipkens, Sterckx, Sabbe, Flamaing et al. (2010) fra tre scale valutative, tra cui Isar e versione fiamminga del "Trst", suggeriscono che questi strumenti non hanno la raffinatezza necessaria per cogliere la complessità delle riammissioni (non pianificate) dopo dimissione dal PS; l'ultimo studio (Salvi, Morichi, Lorenzetti, Rossi, Spazzafumo, Luzi et al., 2012) afferma che la stratificazione del rischio dei pazienti anziani in PS eseguita con la Isar o il "Trst" è quasi sovrapponibile, con la "Isar" che ha dimostrato maggiore sensibilità, ma minore specificità, rispetto al "Trst".

Così come Braes et al. (2010), anche in uno studio tedesco (Singler, Heppner, Skutetzky, Sieber, Christ, Thiem, 2014) si è leggermente modificata una delle scale di valutazione, cioè la "Isar": al termine dello stesso, la versione tedesca della Isar è stata definita "accettabile nella valutazione dei rischi legati al ricovero del paziente anziano nel dipartimento di emergenza".

Altri due studi precedenti avevano tratto conclusioni affini: Salvi, Morichi, Grilli, Spazzafumo, Giorgi, Polonara et al. (2009) definendo l'Isar come un predittore affidabile e valido nel PS per identificare tutti gli anziani che potrebbero ricavare vantaggio da un sistema integrato geriatrico; Salvi, Grilli, Lancioni, Spazzafumo, Polonara et al. (2012) concludono che

l'"Isar" rappresenti un valido strumento di screening nei pazienti fragili per identificare i soggetti più a rischio di ricadute e ri-ospedalizzazione.

Il "sistema integrato geriatrico" cui fa riferimento lo studio di Salvi et al. (2009) è sostenuto anche da Foo et al. (2014), che affermano il bisogno di una più grande integrazione tra le varie discipline sanitarie e tra i servizi ospedalieri e quelli di comunità. Foo et al. (2014) sostengono anche che gran parte dei soggetti a cui sia stato richiesto di far parte dello studio abbiano deciso di rifiutare probabilmente a causa del *setting* particolare del PS.

A questa considerazione va aggiunta anche quella di Braes et al. (2010), secondo cui uno dei fattori che avrebbe scoraggiato di più i pazienti dalla partecipazione sarebbe stata la lunga attesa, anche di ore, prima di essere visitati e ricevere il trattamento adeguato. Per questo, il numero dei soggetti coinvolti nella maggior parte degli studi presi in esame risulta esiguo.

Una possibile soluzione per incrementare il numero del campione potrebbe essere quella di condurre gli studi in *setting* con bacini di utenza al PS più ampi (Braes et al., 2010).

Un'attenta valutazione geriatrica risulta fondamentale anche ai fini di una sensibilizzazione del paziente e della sua famiglia nei confronti delle problematiche legate all'invecchiamento.

In uno studio (Foo et al., 2014) la maggior parte dei pazienti e dei parenti sono stati grati del tempo extra impiegato per la valutazione.

Anche gli stessi Fan et al. (2006), nonostante nel loro studio il "Trst" sia risultato fallace, affermano la necessità di continuare a migliorare e sviluppare validi strumenti di misurazione al fine di pre-

| AUTORE/ANNO | TITOLO | OBBIETTIVO | CAMPIONE | METODO | STRUMENTI | RISULTATI |
|-----------------------------|---|--|--|---|---|---|
| Braun, T. et al 2019 | "Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: predictive accuracy of three instruments" PAESI: Belgio | Paragonare la predittività dell'ISAR, del TRST e del Variable Indicative of Placement Risk (VIP) circa i ri-accessi imprevisti tra i pazienti ospedalizzati dopo un ricovero in PS. | 213 pazienti over-65 ospedalizzati dopo ricovero in PS. | | | |
| Font, J. et al 2005 | "Predictive validity of the Triago Risk Screening Tool for elderly patients in a Canadian emergency department" PAESE: Canada | Verificare la validità predittiva del TRST circa il ritorno a visita in PS e le ospedalizzazioni a 30 giorni e a 120 giorni. | 120 pazienti over-65 rivolti al PS. | | | |
| Dunlop, F.M. et al. 2007 | "A brief risk stratification tool to predict functional decline in older adults discharged from emergency department" PAESI: USA | Determinare l'efficienza del TRST a 6 items nel predire il declino funzionale negli anziani dimessi dal PS | 650 pazienti over-65 rivolti al PS | | | |
| Solvi, F. et al. 2012 | "Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the identification of seniors at risk and triago risk screening tool" PAESI: Italia, Marche | Confrontare l'ISAR e il TRST attraverso la valutazione dei pazienti giunti in PS. | 2057 pazienti over-65 rivolti al PS | | | |
| Foo, C.L. et al. 2014 | "Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial" PAESI: Singapore | Determinare se una stratificazione del rischio seguita da un rapido screening geriatrico in un PS riduce il declino funzionale, il ritorno a visita e l'ospedalizzazione | 500 pazienti nel gruppo di controllo 280 pazienti nel gruppo di intervento | | | |
| AUTORE/ANNO | TITOLO | OBBIETTIVO | CAMPIONE | METODO | STRUMENTI | RISULTATI |
| Gyapontó, A. et al. 2010 | Prediction of functional decline in elderly patients discharged from the Accident and Emergency department PAESI: Belgio (L'Espresso) | Esaminare la validità predittiva di 5 strumenti di screening, tra cui la ISAR, rispetto al declino funzionale nelle persone anziane nel reparto di pronto soccorso. | 83 anziani dimessi dal pronto soccorso di Leffeu con declino funzionale derivato dal Katz scale di 14 gg prima del ricovero. | Studio prospettico di coorte quantitativo. | ISAR, TRST, questionario di Raschius, questionario di Rendell e VIP (Voorkeijpige Indicator Planning) | Dei 5 strumenti di screening messi a confronto nello studio la ISAR può facilmente identificare il declino funzionale a 90 gg dalle dimissioni con conseguente rischio di ricoveri frequenti a causa del buon rapporto tra la sensibilità e il valore predittivo negativo. |
| Solvi, F. et al. 2009 | Predictive validity of the ISAR screening tool in elderly patients presenting to two Italian ED. PAESE: Italia (Marche) | Esaminare la validità predittiva della ISAR nei pazienti anziani per l'identificazione di quelli a rischio di ricoveri frequenti dal primo mese dalle dimissioni. | 250 pazienti anziani con declino funzionale. | Studio prospettico osservazionale di coorte. | Interviste con pazienti e un membro della famiglia | La ISAR può segnalare pazienti ad alto rischio come predittore affidabile e valido nel reparto di emergenza per identificare tutti gli anziani che riceverebbero vantaggio da un sistema integrato geriatrico e un tempo di osservazione più lungo e un rinvio del caso al medico di base. |
| Solvi, F. et al. 2012 | Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the identification of seniors at risk (ISAR) PAESI: Italia (Marche) | Studiare la validità della ISAR al posto della CGA (Comprehensive geriatric assessment) associata alla IAD (deficit accumulation index) per identificare i soggetti anziani fragili a rischio di ricoveri frequenti. | 200 pazienti anziani con declino funzionale. | Analisi secondaria di uno studio prospettico osservazionale di coorte (studio precedente Solvi, F. et al (2009) | Breve questionario sullo stato mentale, indice di Charlson, Katz scale e ADL. | La ISAR utilizzando un valore di cut off di 2 ha mostrato il 94% di sensibilità e il 67% di specificità. È quindi un valido strumento di screening nei pazienti fragili per identificare i soggetti più a rischio di ricadute e riospedalizzazione. |
| Wagler, K. et al. 2014 | Predictive validity of the identification of seniors at risk screening tool in a German emergency department setting PAESI: Germania | Esaminare la validità predittiva della ISAR come strumento di screening per valutare eventi avversi come la ricommissione nel reparto d'emergenza. | 520 pazienti con età > 75 anni | Studio prospettico osservazionale di coorte. | ISAR (Identification of Senior at Risk), TRST (Triago Risk Screening Tool), follow up con questionario ad intervista | Non essendoci nessun "GOLD STANDARD" per l'identificazione dei pazienti a rischio di eventi avversi lo strumento ISAR, nella versione tedesca, rappresenta uno screening accettabile per l'argomento con un valore di cut off di 3 anziché del cut off originario di 2. |
| Solvi, M. et al. 2008 | Screening tools to identify hospitalised elderly patients at risk of functional decline: a systematic review PAESE: Australia | Identificare e valutare criticamente gli strumenti di screening per i pazienti a rischio di declino funzionale presenti al pronto soccorso. | Popolazione di entrambi i sessi con età superiore ai 65 anni. | Revisione della letteratura. | Revisione sistematica con inclusione di tutti i tipi di studi quantitativi e qualitativi primari presenti in letteratura dal 1990 al 2007 sulle banche dati Medline, Cinahl, AgeLine, Embase, Psichinfo, Cochrane | La revisione ha identificato 5 strumenti di screening per identificare i pazienti anziani a rischio di eventi avversi dopo le dimissioni. Nessun singolo strumento ha raggiunto un valore da giustificare la sua raccomandazione. La mancanza di prove sufficienti e lo scarto potenziale dei test rendono l'identificazione basata esclusivamente sui risultati di questi strumenti discutibile. |

Tabella 3. Dati estratti dagli articoli

dire gli *outcome* funzionali, poichè aiuterebbero i professionisti sanitari ad individuare le giuste risorse per il paziente.

CONCLUSIONI

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha condotto ad un aumento della richiesta di interventi sanitari da parte dell'utenza anziana.

I pazienti geriatrici accedono con sempre più frequenza ed intensità al Dipartimento di Emergenza, che, pertanto, risulta essere il Dipartimento più interessato da tale fenomeno.

È stata questa la motivazione fondamentale su cui è andato a svilupparsi in modo progressivo il presente lavoro.

Il paziente anziano, privato della propria quotidianità, vive il ricovero in maniera sicuramente più drammatica e spesso arriva all'accettazione in ospedale già con uno stato cognitivo/funzionale alterato.

È importante, quindi, che, alla dimissione, non ci siano ricadute e che, per quanto possibile, vengano mantenute le capacità di provvedere a se stessi posedute all'entrata.



Dopo la revisione della letteratura in oggetto, possiamo dire che esistono diversi strumenti di *screening* per identificare la possibilità di ri-ospedalizzazioni precoci, morte e declino funzionale.

Una di questa è la "Isar", che viene ampiamente utilizzata in vari paesi con valori di *cut off* differenti e che prevede un'accettabile sensibilità all'argomento è utilizzata per identificare i pazienti a rischio di eventi avversi nei reparti di emergenza, ma, da sola, non è così predittiva da essere raccomandata.

Discorso simile vale per il "Trst", che, in alcuni studi, è stato considerato utile per la predittività riguardo il ritorno a visita in PS, declino funzionale e ospedalizzazione, in altri invece è stato dichiarato non

significativo.

Tali controversie riguardo sia la "Isar" che il "Trst" possono farci dedurre che andrebbero utilizzate come strumenti coadiuvanti ad un'attenta valutazione geriatrica e strumentale in base ai vari casi clinici e non come strumenti indipendenti.

In conclusione, sostenendo quanto affermato da Salvi, Morichi, Lorenzetti et al. (2012), nonostante la mancanza di specificità del "Trst" e dell' "Isar" dovrebbero entrambi essere considerati clinicamente utili, perché le sindromi geriatriche sono poco riconosciute all'interno del Pronto Soccorso, e questo è associato ad un alto tasso di *outcome* dopo le dimissioni dal PS.

AUTORI:

Silvia Fiorillo, laureata in Infermieristica, iscritta al Cdl Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma;

Valentina Papacci, laureata in Infermieristica, iscritta al Cdl Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Braes T, Moons P, Lipkens P, Sterckx W, Sabbe M, Flamaing J et al, *Screening for risk of unplanned readmission in older patients admitted to hospital: predictive accuracy of three instruments*. Aging clin exp res, 22(4): 345-351. 2010.
- Fan J, Worster A, Fernandes C.M, *Predictive validity of the Triage Risk Screening Tool for elderly patients in a Canadian emergency department*. Am J emerg med, 24(5): 540-544. 2006.
- Foo C.L, Siu V.W, Ang H, Phuah M.W, Ooi C.K, *Risk stratification and rapid geriatric screening in an emergency department - a quasi-randomised controlled trial*. BMC Geriatr., 30, 14:98. 2014.
- Geyskens K, De Ridder K, Sabbe M, Braes T, Milisen K, Flamaing J. et al, *Prediction of functional decline in elderly patients discharged from the accident and emergency department*. Tijdschr Gerontol Geriatr., 39(1):16-25. 2008.
- Gruppo Formazione Triage, *Triage infermieristico*. Milano: Mc Graw Hill. 2010.
- Hustey F.M, Mion L.C, Connor J.T, Emerman C.L, Campbell J, Palmer R.M, *A brief risk stratification tool to predict functional decline in older adults discharged from emergency departments*. J Am Geriatr Soc. 55(8):1269-74. 2007.
- Mussi C, Pinelli G, Annoni G, *L'anziano e il Pronto Soccorso: il Triage*. G Gerontol, 56, 109-117. 2008.
- Onu-Dipartimento degli Affari Sociali ed Economici, *Population ageing and development*. Disponibile in: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdfhttp://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf . 2012.
- Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S et al, *Predictive validity of the Identification of Senior at Risk (Isar) Screening Tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Department*. Aging Clinical and Experimental Research, 21(1), 69-75. 2009.
- Salvi F, Morichi V, Grilli A, Lancioni L, Spazzafumo L, Polonara S. et al, *Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the identification of senior at risk (Isar)*. The Journal of Nutrition Health and Aging 16(1), 313-318. 2012.
- Salvi F, Morichi V, Lorenzetti B, Rossi L, Spazzafumo L, Luzi R et al, *Risk stratification of older patients in the emergency department: comparison between the identification of seniors at risk and triage risk screening tool*. Rejuvenation Research, 15(3): 288-294. 2012.
- Senin U, Cherubini A, Mecocci P, *Paziente anziano, Paziente geriatrico e medicina della complessità. Fondamenti di Gerontologia e Geriatria*. Edises. 2010.
- Singler K, Heppner H.J, Skutetzky A, Sieber C, Christ M&Thiem U, *Predictive validity of the identification of senior at risk screening tool in a German emergency department setting*. Gerontology, 60(5), 413-419. 2014.
- Sutton M, Grimmer-Somers K&Jeffries L, *Screening tools to identify hospitalised elderly patients at risk of functional decline: a systematic review*. International Journal of Clinical Practice, 62(12), 1900-1909. 2008.

L'efficacia degli interventi di *telenursing* nella gestione del paziente con morbo di Alzheimer

Ridurre il declino cognitivo attraverso videochiamate, telemonitoraggio e realtà virtuale

di Giovanni Gioiello, Emanuela Libro, Carmelo Migliore

ABSTRACT

Le patologie neurodegenerative rappresentano condizioni altamente invalidanti tali da rappresentare nel XXI secolo una delle più importanti emergenze che i sistemi sanitari devono affrontare.

Nei prossimi anni, infatti, la richiesta di supporto per i pazienti colpiti da demenza aumenterà drasticamente.

L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria favorendo l'integrazione dei servizi ospedalieri con il territorio.

Questa revisione della letteratura si propone di verificare l'efficacia di tre interventi di *telenursing* (telemonitoraggio, *virtual reality* e videochiamate) nel ridurre il declino cognitivo nei pazienti affetti da Alzheimer.

Attraverso una revisione bibliografica sulle seguenti banche dati scientifiche: Pubmed, Scopus, Cochrane e Cinahl, abbiamo analizzato un totale di 11 articoli. Cinque studi riguardano le videochiamate per ridurre il declino cognitivo; due articoli valutano l'utilizzo del telemonitoraggio e quattro prendono in considerazione l'applicazione della realtà virtuale. Fra gli interventi analizzati, l'applicazione clinica delle videochiamate nella riabilitazione cognitiva dei soggetti affetti da Alzheimer rappresenta una valida soluzione; mentre non si è verificata una reale

efficacia nell'utilizzo del telemonitoraggio e della *virtual reality*.

Sebbene questi temi non siano stati trattati ampiamente in letteratura (come prova il numero limitato di studi), si può concludere affermando che l'utilizzo di questi interventi, in un futuro prossimo, potrebbe rappresentare una valida alternativa nell'assistenza del paziente colpito da Alzheimer.

INTRODUZIONE

La malattia di Alzheimer rappresenta, oggi, la causa più comune di demenza con circa il 50-75% dei casi. Non vi è, attualmente, alcuna cura risolutiva.

Infatti, i pazienti sono soggetti ad un declino cognitivo anche dopo una terapia di tipo farmacologico di "successo" (Alzheimer's Disease International [ADI], 2015).



Tuttavia, per rallentare questo processo infausto sono stati introdotti anche altri tipi di approcci non-farmacologici che consistono, prevalentemente, in interventi comportamentali, di supporto psicosociale e di *training* cognitivo (Bianchetti & Trabucchi, 2010).

A tal proposito, e per la stesura di questo articolo, sono stati presi in considerazione l'utilizzo di strumenti di *telenursing*, definito da Schlachta e Sparks (1998) come: "*l'uso della tecnologia per fornire assistenza infermieristica*" (p. 558) e, in particolar modo, abbiamo ricercato l'efficacia di tre interventi: le videochiamate, il telemonitoraggio e la realtà virtuale.

I suddetti interventi rappresentano dei metodi alternativi, non-farmacologici, per la gestione del declino cognitivo che, in larga parte, sono ancora in via di sperimentazione (in particolar modo, la realtà virtuale che rappresenta un nuovo approccio che utilizza strumenti di alta tecnologia: caschi, schermi stereoscopici, cuffie, guanti etc...) per replicare un ambiente e/o esperienze sensoriali.

La maggior parte di queste simulazioni sono destinate ad essere interattive, in modo che la persona possa muoversi all'interno di ambienti tridimensionali in cui possa agire o eseguire attività.

In medicina, realtà virtuali vengono utilizzate per varie terapie, tra cui quella fisica e mentale, per esempio per formazione sportiva, riprendere il controllo di parti del corpo dopo un ictus o per il trattamento di fobie (Rothbaum & Hodges, 1999).

Lo scopo di questa revisione è quello di valutare l'efficacia di questi interventi nel ridurre il declino cognitivo nei pazienti affetti da Alzheimer, identificando le lacune e i punti di forza degli studi presenti in letteratura ma soprattutto di valutarne le implicazioni per la pratica clinica.

MATERIALI E METODI

Al fine di indagare l'efficacia delle videochiamate, del telemonitoraggio e della realtà virtuale nel ridurre il declino cognitivo nei soggetti affetti da Alzheimer è stata effettuata una ricerca sulle seguenti banche dati scientifiche: Pubmed, Scopus, Cinahl e Cochrane Library.

| Popolazione | Intervento | Confronto | Risultati |
|-------------|------------------|-----------|-----------|
| Alzheimer | videochiamate | ----- | ----- |
| Demenza | Telemonitoraggio | | |
| | Realtà virtuale | | |

Tabella 1. *Facet Analysis*

| Popolazione | Intervento | Confronto | Risultati |
|-------------|-------------------------------|-----------|-----------|
| Alzheimer | "Video phone" or "videophone" | ----- | ----- |
| Dementia | Telemonitor* | | |
| | "Virtual reality" | | |
| | Tele* | | |

Tabella 2. Parole-chiave (in inglese)

Il metodo utilizzato per elaborare il nostro quesito di ricerca è stato il Pico: popolazione-pazienti affetti da morbo di Alzheimer; intervento: videochiamate, telemonitoraggio e realtà virtuale; comparazione e *outcomes*, riduzione del declino cognitivo.

Individuata la domanda di ricerca sono stati esplicitati i concetti principali di nostro interesse da prendere in considerazione, provvedendo così all'individuazione delle parole-chiave.

In questa fase, è stato molto utile usare il sistema della "*facet analysis*". (Tab. 1) Successivamente, si è provveduto con la traduzione dei vocaboli in lingua inglese e la ricerca di eventuali sinonimi. (Tab. 2) Tali parole-chiave sono state opportunamente combinate tramite gli operatori booleani "or e and", in modo da ottenere una ricerca che presentasse un buon equilibrio tra specificità e sensibilità. È necessario effettuare più ricerche per ogni singolo intervento nelle diverse banche dati, in modo da soddisfare in maniera più mirata il nostro quesito di ricerca.

Vi sono subito due considerazioni da fare:

1. nel caso in analisi, le parole-chiave utilizzate sono ben poche, ma così specifiche che già dalla prima ricerca abbiamo ottenuto la gran parte dei risultati. Bisogna, infatti, prendere in considerazione il numero esiguo di articoli scientifici attualmente disponibili relativi all'argomento in questione. Pertanto, onde evitare la

perdita di qualche articolo utile, abbiamo preferito non inserire fra le parole chiave l'*outcome* (nel nostro caso, la riduzione del declino cognitivo);

2. per descrivere l'impiego di tecnologie informatiche e della comunicazione, in ambito medico, si utilizza in genere il termine "telemedicina", che per molti autori include tutti gli aspetti del processo di cura. Durante la nostra ricerca, abbiamo dovuto tener conto del carattere polisemico della nozione di telemedicina. Per questo motivo, non è stato semplice reperire materiale specifico sul *telenursing*: nella traduzione spesso veniva utilizzato il termine generico di "telemedicina". Per ovviare a questo problema nelle parole-chiave abbiamo inserito la parola Tele* utilizzando il carattere jolly (*) in modo da cercare le diverse parole con la stessa radice che includessero in qualche modo la gran parte dei tipi di telecomunicazione.

RISULTATI

La ricerca condotta sulle diverse banche dati ha portato ad analizzare un totale di 11 articoli, che valutano l'efficacia di questi tre interventi di *telenursing*.

Cinque studi (Hori et al., 2014; Hori et al., 2009; Jelcic et al., 2014; Kiyoshi et al., 2013; Mochizuki-Kawai et al. 2008;) si sono avvalsi delle videochiamate per ridurre il declino cognitivo; due articoli hanno valutato l'utilizzo del telemonitoraggio (Galante, 2009; Jagan & Aaron, 2014) e quattro hanno preso in conside-

razione l'applicazione della realtà virtuale (Inserisci APA Cherney & van Vuuren, 2012; Flynn et al. 2003; Hofmann et al., 2003; Widmann, Beinhoff & Riepe, 2012).

Per quanto riguarda le **videochiamate**, due studi si sono avvalsi di Skype, famoso software gratuito di messaggistica istantanea, per mettere in video-comunicazione pazienti ed infermieri (Hori et al., 2014; Hori et al., 2009).

Nel primo studio, condotto da Hori et al. (2009), un gruppo costituito da sei coppie di pazienti-caregiver, hanno comunicato, per un periodo di 12 settimane, una volta a settimana, per 30 minuti con un infermiere. Prima e dopo il periodo di studio, sono state valutate le dimensioni cognitive dei pazienti e i livelli di stress nei caregiver, misurandoli attraverso la "Hierarchy Dementia Scale-Revisited" (HDS-R) e la "Depression Scale" (SDS), sia nel gruppo di intervento che in quello di controllo (sette coppie). Per quanto riguarda i pazienti, i risultati del gruppo di intervento, hanno mostrato segni di miglioramento a livello cognitivo accompagnati da una riduzione dei livelli depressivi nei loro caregiver.

Nel loro secondo studio, Hori et al. (2014) hanno integrato le video-sessioni con interventi di musicoterapia che prevedevano l'utilizzo di cd musicali contenente musica rappresentante le preferenze di ogni singolo partecipante. I risultati, anche in questo caso, hanno evidenziato segni di miglioramento cognitivo, in particolare del comportamento, misurati attraverso la *Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* (BEHAVE-AD).

Nello studio-pilota di Jelcic et al. (2014) sono stati confrontati gli effetti della stimolazione lessicale-semanticale sia attraverso sistemi di telecomunicazione (LSS-tele), sia di persona (LSS - diretto) o attraverso un trattamento cognitivo non strutturato (UCS). In particolare, 27 pazienti con Alzheimer (Mini-Mental-State Examination [MMSE].26/30) sono stati suddivisi in tre gruppi, uno per ogni intervento. I trattamenti consistevano in due sessioni settimanali di stimolazione lessicale-semanticale (tramite teleconferenza o faccia a faccia a seconda del

gruppo di appartenenza) o esercizi UCS somministrati per un periodo di tre mesi. Le prestazioni globali cognitive sono state misurate attraverso il *Mini-Mental-State Examination* (MMSE). I risultati hanno evidenziato un miglioramento significativo dei punteggi medi dell'MMSE nei pazienti che avevano ricevuto una stimolazione lessicale-semanticale in entrambi i modi, attraverso la telecomunicazione ($P=0.03$) o di persona ($P=0.01$). Per concludere, studi effettuati su pazienti affetti da demenza hanno dimostrato che è possibile attraverso le videochiamate migliorare la stabilità psicologica e cognitiva dei soggetti e determinarne un miglioramento delle prestazioni quotidiane (Kiyoshi Y. et al. 2013) permettendo di raggiungere, in qualche caso, migliori *outcome*, sviluppando ad esempio capacità verbali dopo conversazioni a distanza condotte per via videotelefonica (Mochizuki-Kawai et al. 2008). Per quanto concerne il **telemonitoraggio**, il primo articolo analizzato è stato una revisione della letteratura sull'importanza di rilevare e monitorare il deterioramento cognitivo nelle prime fasi della malattia di Alzheimer per proseguire con una terapia adeguata ed efficace (Jagan & Aaron, 2014). Questo, potrà essere possibile attraverso l'*Information and Communications Technology* (Ict) per catturare, nel tempo, i marcatori di cambiamenti individuali, fondamentali per valutare le relative disabilità funzionali e cognitive. Alcuni degli RCT recensiti sono stati limitati all'uso dell'actigrafia, utile a quantificare l'agitazione motoria in casi particolari o a quantificare il ritmo attività-riposo e il sonno. Altri studi hanno utilizzato gli *activwatch*, dei contapassi o i cardiografimetri. In conclusione, sebbene l'uso corrente di questi dispositivi sia limitato all'actigrafia, nel futuro i dispositivi ICT, potrebbero aiutare a superare i limiti del lungo intervallo di tempo necessario per una buona valutazione neuropsicologica e rilevare tempestivamente variazioni funzionali di un soggetto affetto da Alzheimer, permettendo, così, di agire con una terapia più mirata e specifica per quel soggetto.

Il secondo articolo analizzato è stato un progetto di ricerca il cui obiettivo era di

proporre una valida alternativa quale, appunto, il telemonitoraggio, come trattamento non farmacologico per i pazienti affetti da Alzheimer (Galante, 2009). Tale progetto prevedeva l'associazione di trattamenti farmacologici e non farmacologici da affiancare al programma di telemonitoraggio della durata di 12 mesi. Per quanto concerne i pazienti, ci si attendeva un rallentamento nella progressione del declino cognitivo, un miglior controllo dei disturbi comportamentali ed un ritardo nella istituzionalizzazione. Non essendo a disposizione i risultati, si è ritenuto opportuno chiamare direttamente il centro di ricerca italiano Ircos Istituto Scientifico di Castel Goffredo di Milano che ha proposto tale progetto. Lo studio, in realtà, è stato avviato, ma, per cause interne, non è stato ancora oggi portato a termine, rimandando la conclusione in futuro.

Negli ultimi articoli valutati, è stata presa in considerazione l'applicazione della realtà virtuale a supporto del progressivo decadimento cognitivo. Nella ricerca condotta da Hofmann et al. (2003), dieci pazienti affetti da Alzheimer sono stati comparati a nove soggetti con depressione maggiore e dieci sani in un'indagine controllata in cieco. Tutti hanno eseguito esercizi basati sulla *virtual reality* durante i quali, attraverso un monitor collegato ad un computer, dovevano visitare diversi negozi virtuali e comprare gli oggetti presenti nelle rispettive liste; il realismo dell'ambiente virtuale era esaltato dall'incorporazione di fotografie digitali. I soggetti hanno eseguito il compito tre volte alla settimana (per sette settimane) e, anche se i soggetti affetti da depressione e quelli sani eseguivano il compito con più accuratezza e in minor tempo, i risultati hanno dimostrato un significativo miglioramento delle prestazioni nel gruppo AD durante il corso della ricerca.

Nel secondo studio (Widmann et al., 2010) sono stati selezionati due campioni: uno composto da 31 soggetti sani, l'altro da 15 pazienti con diagnosi di Alzheimer. L'ambiente virtuale rappresentava la città di Philadelphia attraverso immagini foto-realistiche proiettate su uno schermo (Epson EMP 7600/5600).

Lo scopo dello studio è stato di stimolare i soggetti a ricordare tramite l'utilizzo di immagini a ripetizione, i nomi dei negozi della città. Inoltre, la memoria dei partecipanti è stata allenata attraverso l'attuazione di un percorso specifico da compiere. Da tale ricerca, si è potuto notare come le capacità mnemoniche nei soggetti affetti da Alzheimer siano passate da 0.7 ± 1.2 a 2.9 ± 2.6 , dimostrando così un modesto beneficio. Un ulteriore studio, effettuato da Cherney et al. (2012), ha previsto, per i pazienti affetti da demenza, un trattamento di circa due ore a settimana (per sei mesi) attraverso l'innovativo utilizzo di "terapisti virtuali" con il compito di far eseguire ai pazienti, comodamente a casa, degli esercizi lessicali attraverso un computer. Tale percorso ha dimostrato miglioramenti significativi nella combinazione "parola-recupero", con un senso di maggiore autonomia sulla comunicazione.

Anche l'ultimo articolo da noi analizzato (Flynn et al., 2003) si poneva l'obiettivo di esaminare l'efficacia della realtà virtuale applicata a persone affette da Alzheimer.

In particolare, sono stati reclutati sei pazienti che hanno vissuto delle esperienze in un ambiente virtuale: in questo caso, un parco recintato. Durante questo

studio, si sono considerati aspetti riguardanti la sfera fisica e il benessere psicologico del paziente, attraverso delle valutazioni oggettive, rilevando la frequenza cardiaca durante la sessione di *Virtual reality* e delle valutazioni soggettive, somministrando dei questionari; inoltre sono stati valutati tramite dei test di qualità assegnati successivamente i sintomi riferiti dal paziente associati al simulatore. Attraverso il compimento di attività funzionali (effettuare una chiamata, smaltire rifiuti, trovare un luogo per riposare) si è dimostrato che i pazienti affetti da demenza oggetto di studio, hanno percepito realisticamente gli oggetti virtuali spostandoli naturalmente, sentendo il controllo dell'interazione e dimostrando limitata difficoltà nell'utilizzo del *joystick* per la navigazione. Tale esperienza è stata utile per valutare e migliorare il comportamento e l'orientamento spazio-temporale in questi pazienti, che non hanno riferito un aumento significativo dei sintomi né tanto meno un peggioramento del benessere psico-fisico.

Concludendo, tutto ciò ha dimostrato che **applicare terapeutamente una realtà virtuale in pazienti affetti da demenza rappresenta una valida alternativa che può permettere di migliorare la qualità di vita di chi ne è affetto.**

LIMITI DELLO STUDIO

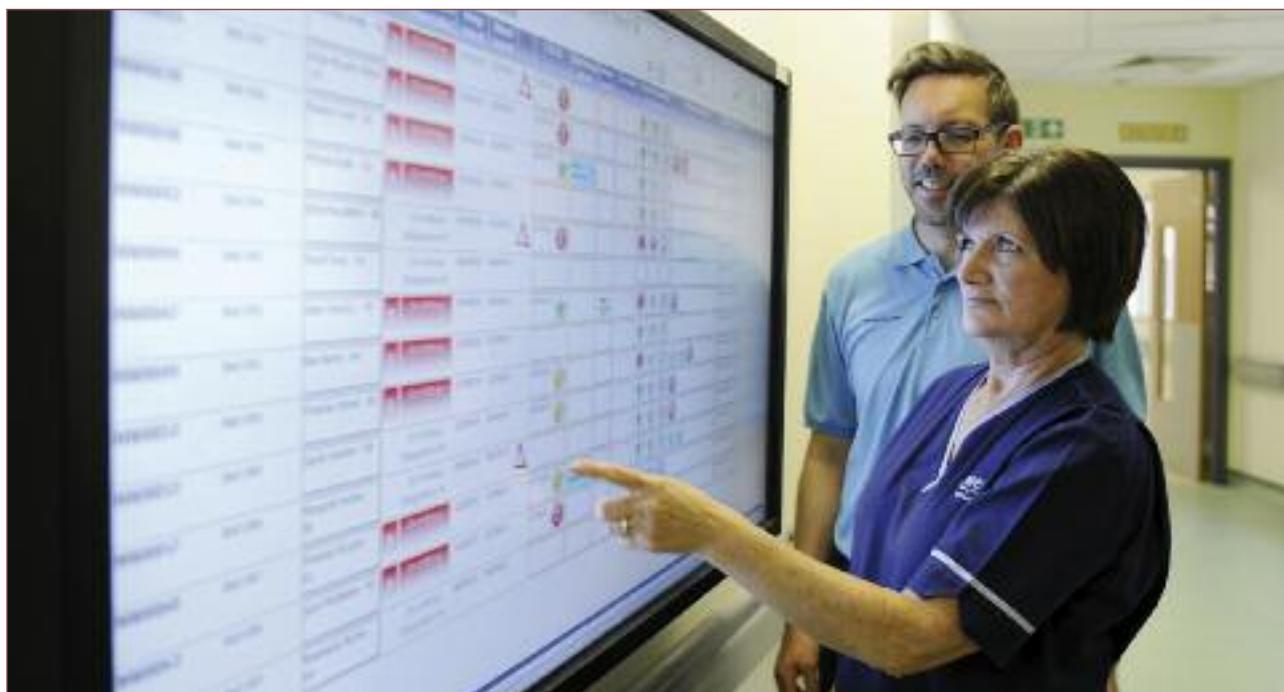
La nostra revisione presenta limiti legati perlopiù ai diversi tipi di strumenti utilizzati e di *setting* proposti nei differenti protocolli di studio.

Anche i diversi tipi di campionamenti effettuati rappresentano un fattore limitante che non permette di effettuare un'analisi d'insieme.

Nello studio di Jelcic et al, (2014) i pazienti del gruppo LSS-tele erano leggermente più anziani rispetto ai pazienti del gruppo LSS-diretto: questa caratteristica demografica evidenzia un possibile *bias* di selezione, per il quale i pazienti più anziani potrebbero avere ottenuto risultati minore dopo l'intervento LSS-tele.

Negli studi che sfruttavano le videocchiate Skype (Hori et al., 2014; Hori et al., 2009), problemi d'udito o di vista, anche se minimi, possono aver interferito con alcuni aspetti logistici della telecomunicazione, come l'apprezzamento del suono, la qualità visiva o la chiarezza. Tutti questi fattori potrebbero essere stati un'importante causa di distrazione, soprattutto per le persone anziane, che hanno una scarsa confidenza nell'uso di tale tecnologia. I campioni erano piccoli negli studi di Kiyoshi Y. et al., 2013 e Mochizuki-Kawai et al., 2008.

La maggioranza dei lavori pubblicati sul



virtual reality ha ottenuto risultati attraverso studi non-randomizzati e poco rappresentativi come nel caso di Flynn et al., 2003 o con campioni di numerosità ridotta (Hofmann et al., 2003; Widmann et al., 2012; Cherney et al. 2012, Flynn et al., 2003) e, quindi, non ha fornito un'evidenza così solida in merito all'uso dei tale strumento nella routine clinica.

DISCUSSIONE

Fra gli interventi analizzati, solo uno si è rivelato, al momento, effettivamente utile per la gestione dei pazienti affetti da Alzheimer.

L'applicazione clinica delle videochiamate nella riabilitazione rappresenta una realtà fattibile: i diversi studi, infatti, dimostrano dei miglioramenti nelle prestazioni cognitive globali (Hori et al., 2014; Hori et al., 2009; Jelcic et al., 2014; Kiyoshi et al., 2013; Mochizuki-Kawai et al. 2008). Per quanto riguarda il telemonitoraggio, la letteratura è ricca di studi, tuttavia, sono pochissime le ricerche condotte sui pazienti affetti da patologie neurodegenerative.

Nessuno studio, finora, ha dimostrato, sperimentalmente, che interventi di questo genere possano ritardare effettiva-

mente il declino cognitivo nella popolazione oggetto del nostro studio, ciò non toglie che in un futuro prossimo l'utilizzo di tali apparecchiature possa essere introdotto per l'assistenza a distanza.

Stesso discorso vale per l'applicazione della *virtual reality*, metodo innovativo ma che purtroppo al momento presenta non pochi limiti che ne impediscono la reale applicazione nella pratica clinica.

I costi elevati, caratteristici di tale tecnologia, infatti, rappresentano un grosso ostacolo da prendere in seria considerazione specie nell'attuale panorama sanitario, complesso e pieno di oggettive difficoltà economiche. Un altro punto di svantaggio è rappresentato dalla tipologia di pazienti in questione, ovvero soggetti colpiti da un demenza degenerativa, progressivamente invalidante, per i quali la poca manualità verso tali dispositivi rappresenta un vero e proprio fattore limitante.

CONCLUSIONI

Gli attuali cambiamenti demografici, in associazione alle modifiche dei bisogni di salute della popolazione, richiedono un impellente e necessario cambiamento nell'approccio organizzativo e struttu-

rale della rete dei servizi.

L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso strumenti assistenziali innovativi. Ci auspichiamo che la nostra indagine sia considerata un punto di partenza, pretesto per avviare una serie di ricerche ed approfondimenti che possano ampliare le conoscenze in questo campo o essere fonte di nuove evidenze scientifiche.

AUTORI:

Gioiello Giovanni, laureato in Infermieristica, iscritto al CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma;
Emanuela Libro, laureata in Infermieristica, iscritta al CdL magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma, master di I livello in Management per le Funzioni di Coordinamento nelle professioni sanitarie;
Carmelo Migliore, laureato in Infermieristica, iscritto al CdL magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma, in servizio presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer's Disease International, *The global voice of dementia*. Disponibile da: <http://www.alz.co.uk><http://www.alz.co.uk> . 2015.
- Bianchetti A, Trabucchi M, *Alzheimer*, Il mulino, Bologna. 2010.
- Cherney L.R, Van Vuuren S, *Telerehabilitation, virtual therapists, and acquired neurologic speech and language disorders*. In *Seminars in speech and language* 33(3), 243-57. 2012.
- Flynn D, Van Schaik P, Blackman T, Femcott C, Hobbs B, Calderon C, *Developing a virtual reality-based methodology for people with dementia: a feasibility study*. *CyberPsychology & Behavior*, 6(6), 591-611. 2003.
- Galante E, *Rehabilitation project and tele-monitoring of patients with mildly deteriorating cognition and their caregivers*. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 31(1 Suppl A), A64-7. 2008.
- Hofmann M, Rösler A, Schwarz W, Müller-Spahn F, Kräuchi K, Hock C, Seifritz E, *Interactive computer-training as a therapeutic tool in Alzheimer's disease*. *Comprehensive psychiatry*, 44(3), 213-219. 2003.
- Hori M, Iizuka M, Nakamura M, Aiba I, Saito Y, Kubota M, Kinoshita A, *At-Home Music Therapy Intervention Using Video Phone (Skype) for Elderly People with Dementia*. *Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy*, 41(Suppl 1), 33-35. 2014.
- Hori M, Kubota M, Ando K, Kihara T, Takahashi R, Kinoshita A, *The effect of videophone communication (with skype and webcam) for elderly patients with dementia and their caregivers*. *Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy*, 36, 36-38. 2009.
- Jelcic N, Agostini M, Meneghello F, Bussè C, Parise S, Galano A, Cagnin A, *Feasibility and efficacy of cognitive telerehabilitation in early Alzheimer's disease: a pilot study*. *Clinical interventions in aging*, 9, 1605. 2014.
- Mochizuki-Kawai H, Tanaka M, Suzuki T, Yamakawa Y, Mochizuki S, Arai M & Kawamura M, *Elderly adults improve verbal fluency by videophone conversations: a pilot study*. *Journal of telemedicine and telecare*, 14(4), 215-218. 2008.
- Pillai J, Bonner-Jackson A, *Review of Information and Communication Technology Devices for Monitoring Functional and Cognitive Decline in Alzheimer's Disease Clinical Trials*. *Journal of healthcare engineering*, 6(1), 71-84. 2015.
- Rothbaum B.O, Hodges L.F, *The use of virtual reality exposure in the treatment of anxiety disorders*. *Behavior Modification*, 23(4), 507-525. 1999.
- Schlachta L, Sparks S, *Definitions of telenursing, telemedicine*. *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer Publishing, Inc, 558-59. 1998.
- Widmann C. N, Beinhoff U, Riepe M.W, *Everyday memory deficits in very mild Alzheimer's disease*. *Neurobiology of aging*, 33(2), 297-303. 2012.
- Yasuda K, Kuwahara N, Kuwabara K, Morimoto K, Tetsutani N, *Daily assistance for individuals with dementia via videophone*. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 28(5), 508-516. 2013.

Studio osservazionale sulle motivazioni della scelta del corso di laurea in Infermieristica

di Roberta De Luca

ABSTRACT

È stata condotta una ricerca su quali siano i fattori motivanti che possono influenzare e indirizzare gli studenti del V anno di scuola secondaria superiore nella scelta della carriera infermieristica.

Si è indagata la percezione che gli stessi hanno di tale professione, che, nonostante gli avanzamenti sul piano formativo e pratico, continua ad essere sottovalutata.

Lo studio è stato svolto presso le scuole medie superiori di Anagni (Fr) nel mese di giugno 2014. Sono stati intervistati 220 studenti del V anno, di cui 145 femmine e 75 maschi. La raccolta dati è avvenuta utilizzando un questionario costruito *ad hoc*. Dall'indagine è emerso che, alla professione infermieristica, viene sì attribuito il riconoscimento di un alto valore sul piano culturale, formativo e sociale, ma solo un'esigua percentuale del campione (3,18%: cinque femmine e due maschi) pensa di considerarla come futura carriera.

In breve, nonostante un generale apprezzamento, l'Infermieristica non rappresenta la scelta primaria degli studenti che si avvicinano all'università.

Parole-chiave: Infermieristica, percezione, attrattiva, motivazione, scelta, carriera.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, si è assistito ad un calo della domanda di iscrizione ai corsi di

laurea in Infermieristica e conseguentemente, tra i giovani, anche della sua preferenza come prospettiva occupazionale (Mastrillo A., 2014, Lauree triennali delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell'A.A. 2014-15, relazione alla Conferenza nazionale dei Corsi di Laurea Professioni Sanitarie, Università di Bologna 12-13 settembre, dal sito internet: <http://consultatsrm.altervista.org/wp-content/uploads/2014/10/Relazione-Mastrillo-Lauree-sanitarie-2014.pdf> - data di consultazione: 30/10/2014).

A tale riguardo, pertanto, si è ritenuto rilevante indagare su quali siano i motivi attuali di tale fenomeno.

Il lavoro di ricerca, infatti, non solo ha avuto l'obiettivo di verificare il riscontro, o meno, di una possibile scelta motivata degli studenti verso gli studi infermieristici, ma anche quello di appurare la reale conoscenza di "chi sia l'infermiere" e cosa gli venga "riconosciuto" sul campo. In riferimento a questo, c'è, comunque, da tenere in considerazione che, da più di 20 anni, i ruoli dei professionisti infermieri sono notevolmente mutati, in parte per gli avanzamenti scientifico-tecnologici della medicina, in parte per una modifica della domanda di salute, tanto da comportare, nel nostro Paese, una serie di riforme legislative, che hanno influenzato la pratica professionale e il percorso formativo.

Ciò ha determinato una rappresentazio-

ne molto variegata della figura infermieristica nell'immaginario collettivo: ma, malgrado tali trasformazioni abbiano prodotto notevoli riflessi positivi, si deve prendere atto che, allo stato attuale, l'Infermieristica non ha ancora avuto il giusto riconoscimento nella società, anche per quel che concerne il raggiungimento di una meritata identità professionale, attesa da molto ma in tanti casi ancora teorica.

Ad ogni modo, un altro aspetto sfavorevole, e soprattutto poco piacevole, che la nostra professione si trova a fronteggiare è l'esistenza di concezioni comuni distorte e stereotipate, che ne minano la visione, alterandone la percezione.

Oggi, quindi, siamo in una fase in cui l'impegno per riqualificare, nell'ambito della collettività, il ritratto dell'infermiere è determinante, specie per favorire un ulteriore sviluppo dell'Infermieristica nella sua globalità.

MATERIALI E METODI

La conduzione dell'indagine è stata preceduta dal reperimento del materiale bibliografico utile alla comprensione delle tematiche oggetto del lavoro e per la composizione del questionario.

Si è ritenuto essenziale consultare un'ampia letteratura, effettuando una ricerca, tramite il web, attraverso libri di testo, ma soprattutto utilizzando la banca dati biomedica PubMed, mediante cui è stato possibile esaminare numerosi articoli



scientifici. Considerando che, nella realizzazione dello studio, sono stati posti quesiti riguardanti le motivazioni alla base di determinate scelte degli studenti, si è ritenuto altresì interessante e proficuo consultare alcune teorie "motivazionali", tra cui la Teoria della "Hierarchy of Needs" (ovvero, "della gerarchia dei bisogni o necessità") di Abraham Maslow (1954, 1977, 2010), quella "Motivazionale di contenuto dei tre bisogni" di David McClelland (1961, 1987) e quella dell' "Autodeterminazione" ("Self-determination theory", Sdt) di Deci e Ryan (1985, 2000).

Strumento della ricerca

Entrando nello specifico dello strumento utilizzato per condurre lo studio, è necessario specificare che esso si costituisce da domande a risposta chiusa, alcune ad alternativa prefissata, altre a scelta multipla.

Il metodo deciso per la raccolta delle informazioni è consistito nella compilazione in forma anonima di un questionario costruito *ad hoc*. Procedendo in tal modo, è stato garantito il rispetto della

privacy e facilitata l'intervista.

La struttura del questionario si compone di tre parti:

- 1) indicazione dei dati socio-demografici, nella quale è stato chiesto agli studenti di specificare anche il titolo di studio posseduto dai propri genitori;
- 2) aspetti motivazionali e socio-economici alla base della scelta di carriera, articolata in cinque blocchi di assunti e quesiti, numerati in sequenza, di cui è stata prevista l'indicazione di quelli più appropriati (ovviamente, secondo il pensiero degli studenti), seguendo una "Scala Likert" riportata per ogni blocco ("Molto in disaccordo"; "in disaccordo"; "indeciso"; "d'accordo"; "molto d'accordo");
- 3) ulteriori domande e affermazioni (a ciascuna delle quali sono state associate delle risposte, la cui scelta poteva essere singola o plurima), relative alle motivazioni che hanno indotto gli studenti alla scelta della carriera infermieristica.

È stato preventivamente effettuato anche un Try out (Studio pilota) del

questionario su 20 studenti che ha permesso di valutare la formulazione linguistica dello strumento e la sua capacità di fornire i risultati attesi.

Modalità di conduzione dell'indagine

L'indagine quantitativa di tipo osservazionale, è stata eseguita nel mese di giugno 2014, previa autorizzazione dei dirigenti scolastici.

Dopo un'accurata illustrazione sulle modalità di compilazione, sono stati consegnati i questionari, unitamente ad una spiegazione scritta.

Agli studenti, inoltre, sono stati forniti anche chiarimenti in merito alle finalità del lavoro di ricerca, per consentire la decisione individuale e consapevole di parteciparvi.

Descrizione del campione

Si è scelto un campionamento di convenienza, coinvolgendo gli studenti del V anno, meglio rappresentativi ai fini dell'indagine, in quanto più prossimi alla scelta della loro futura professione, di cinque istituti di scuola secondaria superiore di Anagni, in provincia di Frosinone, con indirizzo formativo differente (liceo

| DOMANDE | COEFFICIENTE DI CORRELAZIONE | | | | SIGNIFICATIVITÀ A 2 CODE |
|--|------------------------------|----------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| | SESSO | ISTITUTO | TITOLO DI STUDIO PADRE | TITOLO DI STUDIO MADRE | |
| Scegliresti Infermieristica ottenendo alla Maturità un voto: a) migliore del previsto b) che non ti aspettavi | 0,909 | 0,909 | 0,878 | 0,878 | 0,000 |
| Scegliresti Infermieristica ottenendo alla Maturità un voto: a) eccellente; b) basso | 0,851 | 0,851 | 0,851 | 0,851 | 0,000 |
| Infermieristica come scelta di carriera: a) in assoluto; b) in mancanza di meglio in campo medico | 0,714 | 0,714 | 0,714 | 0,714 | 0,000 |
| Infermieristica come scelta di carriera: a) in mancanza di meglio in campo medico; b) se non potrà scegliere altro | 0,846 | 0,846 | 0,846 | 0,846 | 0,000 |

Tabella 1. Correlazioni bivariate di Pearson

classico e scientifico, liceo socio-psico-pedagogico e linguistico, tecnico commerciale e per geometri, istituto statale d'arte).

Per il motivo opposto, si è deciso di escludere quelli appartenenti a classi precedenti. Ovviamente, sono stati estromessi anche gli studenti non motivati a compilare il questionario oggetto della ricerca. In totale, sono stati distribuiti 220 questionari, pari al numero degli studenti presenti in aula al momento della somministrazione e che, quindi, hanno scelto di partecipare. Tale numero corrisponde all'82,70% del totale degli studenti iscritti al quinto anno degli istituti presi in considerazione (266).

Tutti i questionari distribuiti sono stati restituiti.

Riguardo al genere degli intervistati, è stato rilevato come prevalente quello femminile: del totale del campione (220 informatori), il 65,91% (145) sono donne, il 34,09% (75) uomini.

Rispetto all'età, la stessa è risultata compresa tra un minimo di 18 anni (un maschio) ed un massimo di 23 (una femmina).

Elaborazione dei dati

L'elaborazione, l'analisi statistica, nonché la gestione dei dati rilevati, è stata effettuata utilizzando il foglio elettronico Excel 2010, il software applicativo Spss versione 22 (anche attraverso la costruzione di grafici).

RISULTATI

Prima di procedere ad elencare, nello specifico, i risultati dello studio, si è rite-

nuto opportuno riportare quanto è conseguito dopo aver effettuato l'analisi statistica dei dati.

In particolare, per quanto riguarda l'analisi di affidabilità (coerenza interna), si nota che i valori dell'Alfa di Cronbach per i blocchi e sezioni del questionario vanno da "buono" a "ottimo" [BLOCCO 1 (Sezione 2)=0,738; BLOCCO 2 (Sezione 2)=0,933; BLOCCO 3 (Sezione 2)=0,969; BLOCCO 4 (Sezione 2)=0,971; BLOCCO 5 (Sezione 2)=0,949; SEZIONE 3=0,953].

Sono state effettuate anche "Correlazioni bivariate di Pearson" tra il sesso

degli studenti, l'istituto di appartenenza, il titolo di studio della madre e del padre, con tutti gli *item* del questionario.

In riferimento al titolo di studio posseduto dai genitori, gli studenti, hanno indicato un'opzione tra: licenza elementare, licenza media, diploma di scuola superiore e laurea. Per quanto concerne il titolo di studio del padre, si evidenzia che: nove (4,09%) sono in possesso della licenza elementare; 76 (34,55%) della licenza media; 98 (44,55%) del diploma di scuola media superiore; 24 (10,91%) della laurea. Riguardo il titolo di studio della madre, invece, si evince che: cin-

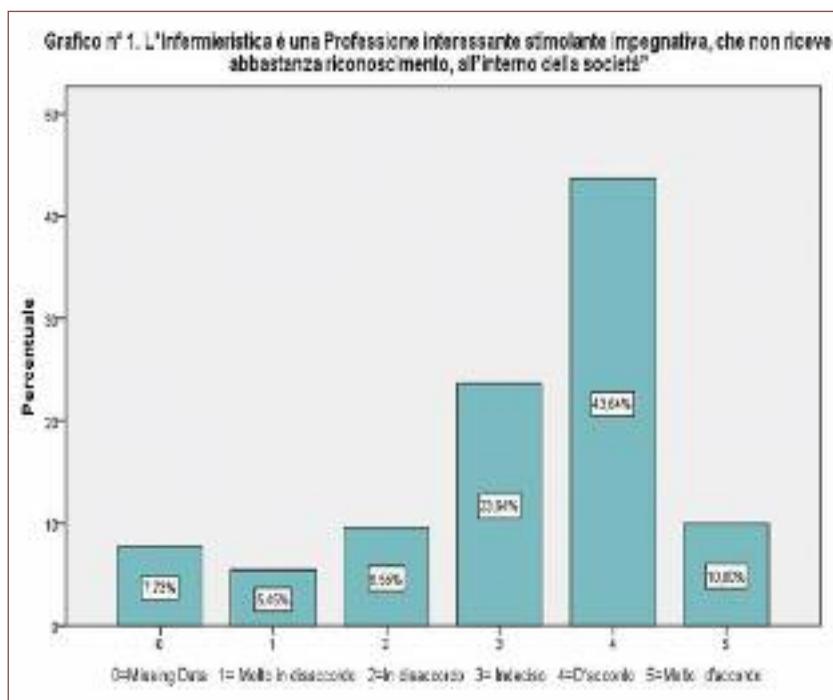


Grafico 1

que (2,27%) possiedono la licenza elementare; 64 (29,09%) la licenza media; 109 (49,55%) il diploma di scuola media superiore; 34 (15,45%) la laurea.

Tra le variabili appena citate e molti quesiti-assunti sono state individuate numerose forti correlazioni.

Nella tabella 1 si possono rilevare quelle con una maggiore "forza" di relazione e che risultano più significative riguardo ai risultati dello studio. (Tabella 1)

Di seguito, vengono riportati, nel particolare, i dati che si ritengono più significativi ai fini dei risultati dello studio.

Riguardo alle motivazioni che supportano i giovani studenti intervistati nella scelta della loro futura carriera, affrontando lo specifico della professione, il risultato che emerge nelle risposte all'assunto "L'Infermieristica è una professione dignitosa e rispettabile" (Afsar e Shomail, 2012; Al Jarrah, 2013), si attesta a tali percentuali: 40,91% "d'accordo" e 27,73% "molto d'accordo".

In riferimento al valore che gli studenti attribuiscono alla professione infermieristica da un punto di vista culturale e formativo, inoltre, sull'*item* "Penso che il valore di una laurea in Infermieristica sia inferiore alle altre" (Mwini Nyaledzigbor et al., 2014), ampia è l'area di quanti "non concordano" (71,36%) rispetto alla formulazione negativa dell'assunto.

In merito al fatto che "L'Infermieristica possa essere una professione interessante, stimolante, impegnativa, che non riceve abbastanza riconoscimento, all'interno della società" (Afsar e Shomail, 2012), l'area del consenso supera la metà del campione. (Grafico 1)

Nell'*item* che recita: "L'Infermieristica offre una grande opportunità di miglioramento e di crescita personale. È in grado di facilitare la realizzazione di se stessi" (Onder et al., 2014), prevale nettamente l'area della concordanza. (Grafico 2)

Nell'assunto "La certezza di avere una carriera e un lavoro sicuro è fondamentale" (Diomidous et al., 2013), si può riscontrare un risultato netto, in riferimento all'attenzione del campione focalizzata sul valore di una vita futura che abbia, appunto, lavoro e carriera sicuri, nonostante la percentuale dei casi che segna-

lano dubbi. (Grafico 3)

Di fatto, anche nell'affermazione "Il denaro/alto reddito è un fattore importante quando si effettua una scelta di carriera (Onder et al., 2014)", il campione intervistato manifesta il proprio assenso con un'elevata percentuale complessiva pari al 70,45, essendo per il 56,36% "d'accordo" e nel 14,09% dei casi "molto d'accordo".

Nel risultato del quesito: "Scegliere la carriera infermieristica è un modo per godere della sicurezza economica e di avere un lavoro stabile" (Mwini Nyaledzigbor et al., 2014), erito propriamente alla professione infermieristica, invece, pur denotandosi una significativa indecisione nelle risposte fornite, prevale l'andamento di ritenere che la stessa non dia sicurezza del posto di lavoro, né econo-



Grafico 2



Grafico 3

mica. (Grafico 4).

Nell'item "Sono a mio agio con l'idea di diventare un Infermiere" (Mistri Kinjal, 2013), poco meno della metà degli intervistati "non sarebbe a proprio agio" pensando di vestire la divisa da infermiere, con una discreta percentuale di indecisi. (Grafico 5)

Il risultato che emerge dall'assunto "Praticare la professione infermieristica stanca" (Potts e Gaulrapp, 2013), inoltre, presenta le seguenti percentuali di risposte: il 37,27% del campione si dichiara "d'accordo" e il 15,45% "molto d'accordo". Nel risultato dell'indagine rispetto all'item "Gli infermieri lavorano molto manualmente" (Al Mahmoud, 2013), si riscontra altresì che, l'area dei "d'accordo" raggiunge in frequenza percentuale il 48,18 e quella dei "molto d'accordo" tocca il 16,82. Minimo il dissenso.

Sulla stessa linea è da considerarsi l'affermazione "Gli infermieri devono lavorare anche di notte e nei fine settimana" (Al Jarrah, 2013), con una percentuale di chi si dice "d'accordo" che si attesta al 40,91, e dei "molto d'accordo" al 10,45. La percentuale degli studenti che si dichiarano "in disaccordo", 35,91 "molto in disaccordo", 24,55, si rileva invece nell'assunto "Gli infermieri sono uguali ai medici" (Mwini Nyaledzigbor et al., 2014). L'orientamento degli intervistati nell'item "È necessario migliorare la retribuzione e gli incentivi agli Infermieri" (Diomidous et al., 2013), si palesa con una percentuale dei "d'accordo" che raggiunge il 36,82%, e dei "molto d'accordo" che è pari all'8,64%. Le opzioni scelte rispetto all'affermazione: "È necessario incrementare il Personale Infermieristico" (Onder et al., 2014), presentano una frequenza percentuale dei giovani che sono "d'accordo" del 46,36, e dei "molto d'accordo" del 15,45.

Nel quesito "Se non otterrai il voto che ti aspettavi per il tuo esame di maturità, opteresti per l'Infermieristica come una scelta di carriera?" (Onder et al., 2014), si riscontra un'alta percentuale di "no" (78,64), contro il 15% dei "sì".

Nell'item, invece, chiede a ciascuno studente: "Pensi di considerare l'Infermieristica come una tua scelta di carriera?" (Afsar e , 2012), potendo scegliere una

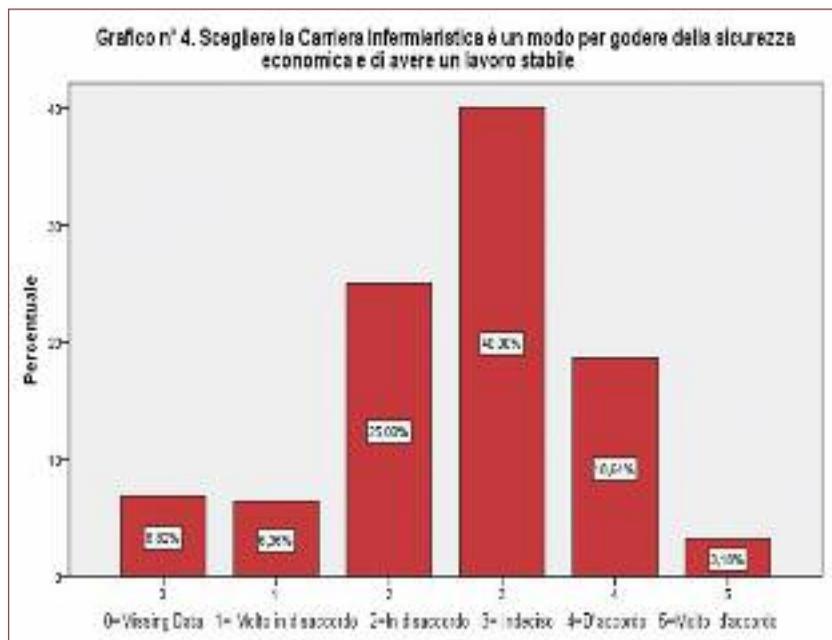


Grafico 4

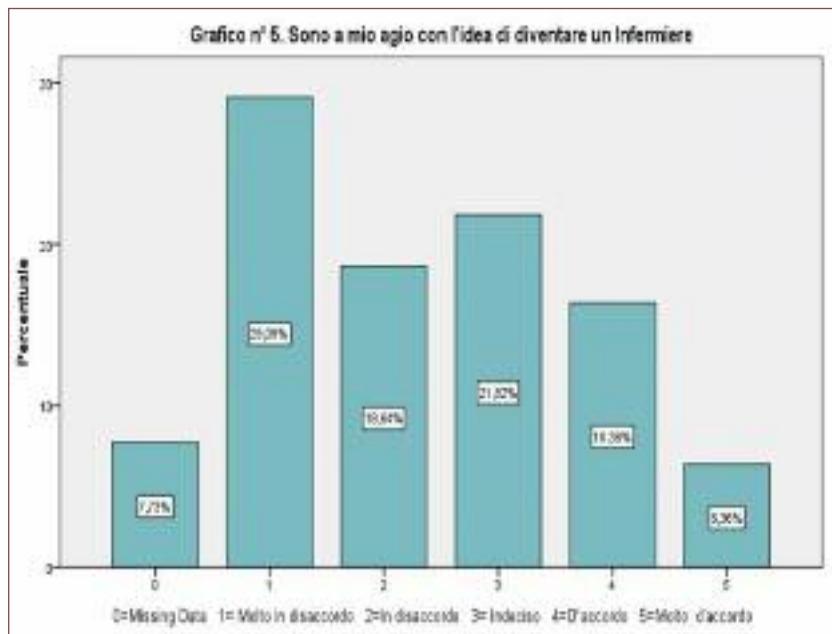


Grafico 5

sola risposta tra le cinque presentate ("sicuramente sì"; "probabilmente sì", "forse"; "probabilmente no"; "sicuramente no"), più della metà degli intervistati si orienta sul "sicuramente no". "sicuramente sì" una esigua percentuale, 3,18 (con una frequenza assoluta di 7 unità, di cui 5 femmine e 2 maschi).

I valori praticamente non cambiano in modo significativo sul quesito conclusivo dell'indagine. "Sceglierò l'Infermie-

ristica come mia carriera futura in quanto non avrò la possibilità di scegliere altro (l'Infermieristica come un'ultima risorsa)", con un 12,73% degli intervistati che opta per il "sì" e il 79,55% che risponde "no".

DISCUSSIONE

I concetti più salienti emersi dalla ricerca, in riferimento alla motivazione che influenza la scelta professionale, sono ca-

ratterizzati dal valore conferito al lavoro, cioè dal peso attribuitogli dalla società; dal reddito; dal condurre una vita lavorativa e sociale in grado di dare serenità oltre che sicurezza economica e dal raggiungimento della realizzazione personale.

L'indagine ha mostrato anche quanto e cosa gli studenti conoscono concretamente sul lavoro dell'infermiere, se l'opinione pubblica ne ha una congrua informazione, quale valore e quali giudizi vengono dati alla sua attività, come si inseriscono (o sono viste) la qualifica e l'immagine dell'infermiere nel contesto della società.

Lo studio ha, altresì, evidenziato che una buona percentuale di studenti attribuisce il giusto riconoscimento alla professione infermieristica, ma si rivela un decremento nella motivazione alla sua scelta, in quanto - dato rilevante - pur apprezzandola nel complesso, non la reputano sostanzialmente adatta ad essere intrapresa come loro futura carriera.

Ciò si manifesta, ovviamente, nelle preferenze fornite dal campione intervistato in merito al fatto che l'infermieristica sia una professione "impegnativa", che determina stanchezza, in quanto deve essere praticata mettendo in atto molte "attività manuali", svolta anche in turni di notte e nei fine settimana; non abbia un'adeguata retribuzione; nonché debba essere esercitata con difficoltà, a causa della carenza di organico.

In particolare, quest'ultimo dato emerge dalle risposte all'assunto che chiede agli studenti di rispondere in merito alla necessità di incrementare il personale infermieristico.

Da quanto appena affermato, pertanto, si denota un'inadeguata considerazione di questo specifico ambito professionale (spesso, anche a ragion veduta), a causa delle difficoltà che i professionisti infermieri si trovano ad affrontare nello svolgimento dell'attività quotidiana lavorativa e che sono percepite dalle giovani generazioni.

Si ravvede, pertanto, la necessità, da parte dei formatori, di farsi carico di trasmettere agli studenti il reale valore dell'Infermieristica, che, nel variegato quadro della società moderna, nonostante



le difficoltà, è attualmente caratterizzata da un miglioramento e arricchimento sia culturale che professionale, avvenuto a seguito dell'acquisizione di sempre più nuovi e complessi saperi, anche grazie alla ricerca scientifica.

CONCLUSIONI

Nei risultati dello studio riguardo alle risposte fornite alle parti iniziali del questionario, si denota la buona considerazione dei giovani verso la professione infermieristica, in aspetti generali o specifici come quelli formativo-culturali e sullo status sociale.

Il quadro si fa più grigio nella parte finale, di fronte alla richiesta di esprimere la propria intenzione in merito alla scelta dell'Infermieristica come futura carriera: qui, solo sette studenti rispondono "sicuramente sì".

Il dato trova conferma in alcune risposte sul condizionamento di tale scelta al livello della votazione ottenuta con l'esame di maturità, che fissa a non più del 15% circa gli studenti che prediligerebbero questa strada, qualunque sia il giudizio finale.

Il divario è spiegabile con le risposte a quesiti che saggiano il parere su alcuni

possibili ostacoli riferiti alla scelta della professione.

Emergono difficoltà che vanno dall'ineadeguata retribuzione alla scarsa sicurezza economica, dal fatto che sia un lavoro troppo impegnativo a quello di non essere altrettanto di rilievo come quello del medico.

Da ciò deriva che, **nonostante i giovani attribuiscono alla professione infermieristica un alto valore sul piano culturale, formativo e sociale, in pratica non rappresenta la loro scelta per il futuro.**

Il dato, infatti, in linea con quanto pubblicato nella Conferenza nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie, tenutasi a Bologna il 12 e 13 settembre 2014, conferma un calo della domanda delle iscrizioni ai medesimi CdL (Mastrillo, 2014). In conclusione, dunque, appare necessaria una riflessione.

Sarebbe interessante, in futuro, condurre altre indagini, anche su più ampia scala, soprattutto nel momento in cui dovesse realizzarsi un auspicabile, migliore e dettagliato orientamento degli studen-

ti di scuola media superiore, finalizzato a favorire una maggiore consapevolezza nella scelta universitaria del Corso di Laurea in Infermieristica.

AUTORE:

Roberta De Luca, infermiera, laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università "Sapienza", Roma, in servizio presso l'Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata di Roma, U.O.C. III Medicina

BIBLIOGRAFIA

- Afsar J, Shomail S, *Perceptions of high school students about nursing as a career choice*. Rawal medical journal, 37(1): 13-17. 2012.
- Al Jarrah I, *Associate nursing students' perceptions toward nursing profession in Jordan*. European Scientific Journal, edition vol.IX, N.6 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431. 2013.
- Al Mahmoud S, Mullen P.M, *The commitment of Saudi nursing students to nursing as a profession and as a career*. Life Science Journal, 10(2):591-603. 2013.
- Ben Natan M, Becker F, *Israelis' perceived motivation for choosing a nursing career*. Nurse Education Today, Volume XXX, Issue 4, pp. 308–313. 2010.
- Deci E.L, Ryan R.M, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum. 1985.
- Deci E.L, Ryan R.M, *Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, social development and well-being*. American Psychologist, 55: 68-78. 2000.
- Diomidous M, Mpizopoulou Z, Kalokairinou A, Mprokalaki I, Zikos D, Katostaras T, *Descriptive Study of Nursing Students' Motives to choose nursing as a Career*. Hellenic Journal of Nursing Science, Issue 2, Vol. V. 2013.
- Maslow A, *Motivation and personality*. New York, 1954; trad. it.: Motivazione e personalità, (1977). Roma.
- Maslow A, *Motivazione e personalità*. Nuova Edizione, Roma. 2010.
- Mastrillo A, *Lauree triennali delle professioni sanitarie. Dati sull'accesso ai corsi e programmazione posti nell'A.A. 2014-15*, relazione alla Conferenza Nazionale dei CdL Professioni Sanitarie, Università di Bologna 12-13 settembre, dal sito internet: <http://consultatsrm.altervista.org/wp-content/uploads/2014/10/Relazione-Mastrillo-Lauree-sanitarie-2014.pdf> - data di consultazione: 30/10/2014). 2014.
- McClelland D, *The achieving society*. Princeton, NJ: Van Nostrand. 1961.
- McClelland D, *Human motivation*. Cambridge University Press. 1987.
- Mistri Kinjal S, *Perception of higher secondary students regarding nursing as a career*. International Journal of Innovative Ideas & Research And Development, Vol. I, Issue 1, pp.25-26. 2013.
- Mwini Nyaledzigbor P.P, Atindanbila S, Agbakpe G.F, Abasimi E, *Psychosocial factors influencing the perception and choice of nursing as a profession: a study at Korle-Bu nurses' training college*. Psychology and Behavioral Sciences, Vol. III, n.1, pp. 25-32. 2014.
- Önder E, Önder G, Kuvat Ö, Ta N, *Identifying the importance level of factors influencing the selection of nursing as a career choice using Ahp: survey to compare the precedence of private vocational high school nursing students and their parents*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, Vol. CXXII, pp. 398–404. 2014.
- Potts A, Gaulrapp A, *High School student's perception of nursing*. Proceedings of the National Conference On Undergraduate Research, University of Wisconsin, april 10-13. 2013.

“Le arti terapie” in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni

di Giuliana Covelli, Raffaella Musillo, Marco Soricetti, Josè Mannu

Il 24 settembre 2016, all'ospedale Perini di Roma, si è svolto un evento organizzato dal Collegio Ipasvi di Roma dal titolo “Le arti terapie in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni”.

L'ambito era, dunque, la salute mentale, anche se le arti terapie non sono una sua peculiarità.

Per “arti terapie”, infatti, intendiamo “l'insieme delle tecniche e delle metodologie che utilizzano attività artistiche come strumenti terapeutici (pittura, fotografia, musica, danza, teatro, narrazione, terapia del sorriso etc.) per migliorare la sfera emotiva, affettiva e relazionale, nonché l'autostima e la resilienza della persona”.

Le arti terapie debbono, tuttavia, essere condotte da personale formato e, nel caso della schizofrenia, da personale esperto nel trattamento della malattia.

L'intervento dovrebbe essere condotto in gruppo, nonostante le possibili difficoltà che possono sorgere promuovendo l'espressione creativa, spesso presente in maniera non strutturata nella persona.

Secondo la Nice inglese, le arti terapie dovrebbero:

rendere capaci le persone di sperimentarsi in maniera diversa e di sviluppare nuove modalità di relazionarsi; aiutare le persone a esprimere se stesse e organizzare la loro esperienza in una forma esteticamente soddisfacente;



aiutare le persone ad accettare e comprendere le emozioni che possono emergere durante il percorso creativo.

L'obiettivo dell'incontro, rivolto al personale infermieristico, è stato di iniziare a confrontarsi con un concetto diverso di sanità; soprattutto con un concetto diverso di “prassi infermieristica”.

La sanità sta andando verso una sempre maggiore “territorializzazione”: processo che richiede un ripensamento nell'organizzazione dei servizi e delle professioni sanitarie.

La territorializzazione implica un'attenzione maggiore non solo verso la malat-

tia, ma anche per il benessere psicofisico della persona.

Nel convegno si è discusso del diverso concetto di “mente” introdotto dalle ricerche nell'ambito delle Neuroscienze.

Il cervello è una rete dinamica mutabile.

Peculiarità che gli permette di aggiornarsi continuamente in funzione delle necessità comunicative e computazionali. A chi andava a scuola 20 o 30 anni fa, veniva insegnato che i circuiti del cervello sono permanenti, ovvero che, raggiunta l'età adulta si hanno un certo numero di cellule cerebrali organizzate in schemi o circuiti neurali fissi, che, man mano, in-

vecchiando, si perdono. Pensavamo che, sotto molti punti di vista, saremmo inevitabilmente diventati come i nostri genitori, poiché potevamo usare solo alcuni schemi neurali ereditati geneticamente. Oggi, invece, sappiamo che non è così: **ciascuno di noi è un lavoro in corso per tutta la vita.**

Non solo: oggi, sappiamo che il contatto umano stimola la crescita dei circuiti neurali. I bambini cui manca questo contatto sono incapaci di organizzare i movimenti primitivi *in pattern* complessi come il gattonare o camminare e trovano sollievo da movimenti ripetitivi come il dondolarsi, battere le mani, scuotere la testa, che rispecchiano la naturale tendenza del corpo ad essere in attività.

“L’idea che la mente umana si è evoluta soprattutto mediante il processamento dell’informazione sociale, è chiamata l’ipotesi della mente sociale” (Bentall, 2003).

La mente emerge dalle attività del cervello, le cui strutture e funzioni sono direttamente influenzate dalle esperienze interpersonali (Siegel, 1999).

In un esperimento rimasto celebre: *“London taxi drivers and bus drivers: a structural Mri and neuropsychological analysis”* (Maguire et al.), gli autori confrontarono i conduttori di taxi londinesi, che dovevano conoscere a memoria tutte le strade per districarsi nel traffico, con i conduttori di autobus, che seguivano meccanicamente itinerari prestabiliti e ripetitivi. Trovarono che i conduttori di taxi avevano una ipertrofia della parte posteriore dell’ippocampo cerebrale rispetto a quelli di autobus. Questa parte del cervello, infatti, è responsabile della memoria spaziale, per cui gli autori hanno argomentato come l’esperienza lavorativa (nel caso specifico) possa modificare, in maniera strutturale, il nostro cervello.

Da qui, il concetto di “mente estesa”: *“L’idea di mente e di estensione di sé che voglio introdurre attraverso la nozione di Sé esteso è quella di un Sé che non è localizzabile né dentro né fuori il cervello/corpo, ma è costantemente rappresentato (enacted) in-tra cervelli, corpi, oggetti ed è irriducibile a ciascuno di questi tre elementi presi isolatamente”* (Malafouris, 2009).

L’ipotesi di “mente estesa” nasce dalle ricerche nell’ambito delle Neuroscienze e porta da affermare che i processi cognitivi sono: *“il risultato di interazioni tra la persona e il mondo circostante”*.

Un esempio può essere fatto a partire da una celebre osservazione di un filosofo francese (Merleau-Ponty, 1962) sul ruolo che ha il bastone nella percezione di una persona cieca. Il bastone è un oggetto della percezione o un veicolo della percezione della persona?

La domanda corretta, dunque, è: dove avviene la percezione?

Quando il bastone tocca un oggetto di fronte, in parte, il cieco lo sente nel cervello, ma, in parte, anche nel corpo e, in maniera cruciale, nel bastone e nell’interazione del bastone con il mondo. Il bastone è, quindi, parte della percezione del mondo per la persona cieca. Ciò, ovviamente, ha implicazioni in termini di regole di relazione interumana. Per esempio, per consentire un’adeguata interazione, occorre che le relazioni siano costruite su aperture relazionali.

Questo vuol dire che i componenti principali dell’attività di pensiero sono il: proporre, coinvolgere, conversare e che, invece, il comandare, classificare, ignorare, manipolare, rimandare, eseguire, non producono un pensiero che si evolve (Laden, 2012). Sapere ascoltare, interagire senza bloccare il pensiero dell’altro, ri-

chiede capacità e, quindi, formazione al dialogo, alla gestione delle emozioni, alla percezione delle emozioni, in funzione del contesto in cui si sviluppa la relazione. Ma c’è ancora un’altra importante scoperta nell’ambito delle Neuroscienze: i neuroni specchio. *“I neuroni specchio sono adiacenti ai neuroni motori e si attivano quando il soggetto si limita ad osservare il comportamento di un’altra persona che, per esempio, allunga una mano per prendere un bicchiere. Lo schema di eccitazione indotto nell’osservatore imita esattamente lo schema motorio che egli stesso attiverebbe per raggiungere il bicchiere. In altri termini, le informazioni visive che riceviamo quando osserviamo le azioni degli altri vengono schematizzate, nel nostro cervello, in rappresentazioni motorie equivalenti, grazie all’attività di questi neuroni specchio”* (Rizzolatti, 2006).

La scoperta dei neuroni specchio ha implicazioni pratiche sia sul piano relazionale, fornendo un correlato anatomico/funzionale all’“empatia” (basti pensare a come è contagioso il vedere l’altro che prova disgusto o sta manifestando dolore), sia sull’apprendimento: noi impariamo guardando l’altro mentre compie un’azione (finalizzata). Ciò ha avuto una ricaduta in riabilitazione motoria in cui è stato chiesto a un gruppo di persone di allenarsi ad allargare con l’indice e il



medio un elastico e a un altro gruppo di guardare il movimento. I risultati hanno mostrato che la forza aumenta in entrambe le mani del gruppo che esegue l'allenamento (50% nella mano allenata e 33% nell'altra), ma anche nel gruppo degli osservatori (30% in entrambe le mani).

Oggi, i protocolli di riabilitazione tentano di indurre gli effetti di un reale allenamento in persone che hanno difficoltà di movimento. L'intervento richiede, quindi, un "addestramento all'attenzione" da parte di chi osserva.

Lavorare per la salute della persona non può più prescindere dalla sua psiche.

Da tempo, sappiamo che la depressione post-infarto aumenta di quattro volte il rischio di morte, sappiamo che un umore buono migliora e accelera i tempi di guarigione da malattie fisiche, sappiamo che il benessere sociale significa un migliore stato di salute, una migliore resilienza e, soprattutto, non solo aggiunge anni alla vita ma anche "vita agli anni".

"Il concetto di resilience (resilienza), ossia di 'flessibilità', di 'adattamento positivo' in risposta ad una situazione avversa, è da intendersi sia come condizione di vita sfavorevole sia come evento traumatico ed inatteso" (Masten, Best e Garmezy 1990, Masten e Coatsworth, 1998).

Un buona immagine del significato di "resilienza" lo troviamo in questa diapositiva:

Le "arti terapie" le possiamo collocare al primo piano della "casita": esse aiutano a riscoprire le attitudini, migliorano la stima di sé, introducono finanche un modo diverso di approcciarsi alla vita.

Durante l'incontro è stato proiettato un video costruito da un ospite della Comunità, V., dal titolo: "La Rinascita". Un lavoro in cui V. ha espresso il suo talento come regista, organizzatore e cineasta. Abbiamo anche visto la costruzione di un murales nella Comunità, il percorso di "dipingere insieme" e il risultato finale è stato, per certi aspetti, spettacolare. L'incontro si è concluso con un concerto condotto dall'infermiere Marco Soricetti che è riuscito a coniugare l'operatività professionale di infermiere alla sua passione.

Uno spazio va dedicato agli studi sulla musica "Il nostro primo linguaggio": la musica evoca emozioni "prima" che possano essere "messe in parole".

Gli studi neuronali sulla musica riportano nella formazione dell'ippocampo anteriore, l'area del sistema nervoso che è attivata dalla stessa.

L'ipotesi è che l'ippocampo sia una struttura importante per la generazione del senso di benessere, simpatia e felicità cioè di quelle emozioni che giocano un ruolo importante nell'attaccamento. Kolesch (2013) ha definito queste emozioni "tender emotions" ("emozioni della tenerezza").

È importante differenziare queste emozioni da quelle che fanno parte del "circuitto della ricompensa" (attivato dal cibo, l'attività sessuale, dal gioco etc.).

Queste si differenzerebbe dalle "emozioni della tenerezza" per il fatto che si satura (dopo un pò che si mangia, scompare il piacere di continuare a farlo), mentre le seconde, connesse all'attaccamento e alla cognizione sociale, non si saturano.

È, infatti, dimostrato che persone affette dallo Spettro Autistico risultano sorprendentemente competenti nella cognizione sociale all'interno del dominio musicale (Allen et al. 2009).

Il mediatore tra i due circuiti sembra essere l'ossitocina (Panksepp, 1998).

Tornando all'evento musicale, il coro e i solisti sono persone seguite dai Centri di Salute Mentale, ospiti in Comunità Residenziale del Dipartimento di Salute Mentale della Asl RM 2.

Il concerto rappresenta un percorso condotto, da alcuni anni, sia nei laboratori di arte terapia nella Comunità che presso la "Fondazione Don Luigi Di Liegro".

Si è trattato di un momento emozionante per tutti. Ognuno ha condiviso il lavoro fatto e gli esiti ottenuti: suonare insieme, divertirsi, essere orgogliosi del gruppo.

Tutto questo è terapia.

La prospettiva futura è di introdurre la professione infermieristica nell'ambito delle "arti terapie" e di promuovere una formazione che introduca, nella professione, la possibilità di crescita e di arricchimento professionale.

Nella tavola rotonda voluta per l'incontro al Pertini questa possibilità è stata ben descritta dalla dottoressa Porcelli, responsabile Uoc Psiao (Professioni Sanitarie Infermieristica Ostetrica-ex Asl RM B) per la quale: "Si va incontro ad una Asl, la Roma 2, molto estesa, e, pertanto, dobbiamo ripensare l'assistenza. L'infermiere, oggi, è in prima linea di fronte a questo cambiamento".

La presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno, invece, ha sottolineato quanto, in questo contesto, il contributo infermieristico sia importante per le sue peculiarità professionali; ma anche che è necessario fare particolarmente



te attenzione, nella formazione di base e post-base dell'infermiere, alla competenza relazionale dell'infermiere, rafforzandone la resilienza. "Tutte queste peculiarità – ha detto – contribuiscono a rendere un professionista completo sotto diversi aspetti, nonché sempre più in linea con le esigenze anche di quei grup-

pi di persone con problemi socio-sanitari come quelli affrontati per questa iniziativa".

AUTORI:

Giuliana Covelli, Cpsi Collaboratore professionale sanitario infermieristico-Dsm-Asl RM 2;

Raffaella Musillo, educatore professionale sanitario-Dsm-Asl RM 2;
Marco Soricetti, Cpsi Collaboratore professionale sanitario infermieristico-Dsm-Asl RM 2;
Josè Mannu, psichiatra responsabile Uosd Residenze Salute Mentale-Dsm-Asl RM 2.

BIBLIOGRAFIA

- Allen R, Hill E, Heaton P, *Hath charms to soothe...: an exploratory study of how high-functioning adults with ASD experience music*. In "Autism" vol.13(1) pp.21-41. 2009.
- Bentall R, *Madness Explained*, ed. Allen Lane, 2003, London.
- Koelsch S, *Brain and Music*. Wiley-Blackwell; Oxford (UK) 2013.
- Laden A.S, *Reasoning-A social picture*. Oxford U.P.; UK; 2012.
- Maguire E. A, Woollett K, Spiers H.J, *London taxi drivers and bus drivers: a structural MRI and neuropsychological analysis*. Hippocampus: 2006;16(12):1091-101.
- Malafouris L, *Between brains, bodies and things: tectonoetic awareness and the estende self*. In C.Renfrew,C.Frith,L.Malafouris (eds): The Sapient Mind, ed Oxford, 2009, NY.
- Masten A, Best K, Garnezy N, *Resilience and development. Contributions from the study of children who overcome adversity*. In Development and Psychopathology; vol II, pp 425-444. 1990.
- Masten A, Coatsworth .JD, *The Development of competence in favorable and unfavorable environments*. In American Psychologist; vol. LIII; pp: 205-220. 1998.
- Merleau-Ponty M, *The Phenomenology of Perception*, Routledge, 1962.
- Nice Clinical Guidelines, n. 82. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; 2009 Mar.
- Panksepp J, *Affective Neuroscience: the Foundations of Human and Animal Emotions*; Oxford University Press; USA; 1998.
- Rizzolati G, Sinigaglia C, *So quel che fai*; Raffaello Cortina, Milano. 2006.
- Siegel D, *La mente relazionale*. Raffaello Cortina, Milano. 2001.
- Vanistendael S, Lecomte J, *Le Bonheur est toujours possible*; Bayard, Paris, 2000.

Il contributo Ipasvi al V Congresso nazionale Senior Italia

Dal 18 al 20 novembre, presso il Palacongressi di Rimini, si è tenuto il V Congresso Nazionale di Senior Italia, al quale siamo stati invitati a partecipare in qualità di rappresentanti della professione infermieristica. L'evento patrocinato dal ministero della Salute e da vari Enti pubblici e privati era rivolto ad una assemblea di cittadini "senior" con la partecipazione di vari professionisti della salute riuniti in tavoli di discussione e Commissioni Tecniche Nazionali. Per il Collegio Ipasvi di Roma hanno partecipato ai tavoli di lavoro la Dott.ssa **Maria Grazia Montalbano** nel Dipartimento Distretto e Cure Primarie, la Dott.ssa **Cinzia Puleio** e la Dott.ssa **Erika Funaro** nel Dipartimento Medicina Generale e Territorio. I due Dipartimenti avevano l'obiettivo di discutere su nuovi modelli organizzativi e di presa in carico degli anziani dell'assistenza distrettuale nelle *primary care*, implementando i percorsi diagnostici terapeutici nel territorio ed in rete con il team multidisciplinare. I lavori svolti dai Dipartimenti sono stati presentati e discussi nella assemblea generale dei Senior alla presenza di vari rappresentanti istituzionali; la manifestazione ha ospitato migliaia di partecipanti sopraggiunti da tutta Italia e molto interessati allo sviluppo di un modello di sistema sanitario proattivo e attento ai bisogni di salute dell'anziano cronico. L'esperienza è stata molto interessante e costruttiva, occasione per future collaborazioni finalizzate a implementare nuovi progetti per gli anziani con il contributo di tutti i professionisti della salute.



L'infermiere moderno e la web society

L'emergere della web society ha accelerato il processo di mutamento sociale in modalità inedite rispetto al passato, ponendo nuove sfide per la professione infermieristica in termini di capacità di rispondere alle nuove esigenze di salute, di rinnovate competenze professionali ed esigenze di intensificare gli scambi inter-professionali.

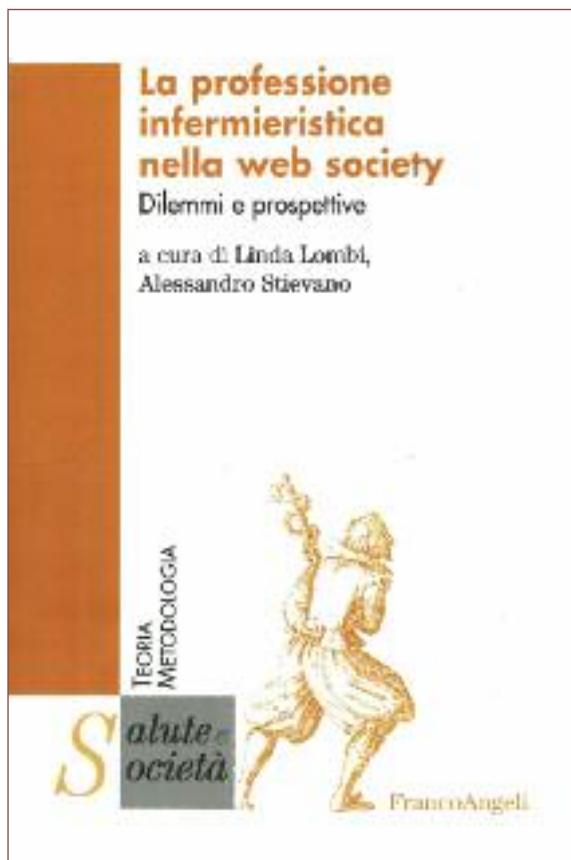
In una prospettiva microsociologica, i mutamenti riguardano il rapporto con i pazienti, i quali sono sempre più informati e impegnati in modo attivo nella presa in carico delle decisioni che riguardano la propria salute, spesso attraverso il ricorso a strumenti nuovi, come i Social Media e le App.

Dal punto di vista macro-sociologico, le trasformazioni riguardano i sistemi sanitari e il sistema normativo che li disciplina.

Infine, in una logica di connessione, l'infermiere deve affrontare

sfide che riguardano la prospettiva organizzativa, come, ad esempio, i mutamenti legati al rapporto intra e inter-professionale derivanti dall'evoluzione tecnologica.

Il volume cerca di fornire strumenti operativi e pratici per chiarire lo scenario e le prospettive future della professione infermieristica in una società sempre più interculturale, digitalizzata e globalmente articolata. L'infermiere dell'oggi e del futuro, dunque, deve cogliere il cambiamento societario per essere pronto alle sfide assistenziali in scenari complessi.



Questo testo (diviso in 12 capitoli e glossario a margine) ambisce a descrivere il processo in corso non solo cogliendo il nuovo framework nel quale l'infermiere agisce, ma cercando di fornire strumenti operativi e pratici al fine di chiarire lo scenario e le prospettive future della professione infermieristica in una società sempre più interculturale, digitalizzata e globalmente articolata.

Attraverso la concettualizzazione di importanti costrutti come quelli di "salute" e "malattia" o quello di "teoria", si vuole far entrare il professionista infermiere in una società in cui la digitalizzazione e la comunicazione sono parti costitutive della stessa.

Il manuale vuole sottolineare l'importanza di comprendere il contesto fluido del presente e interpretarlo non solo come fonte di preoccupazione economica, ma anche come un'opportunità di lavoro e di crescita in scenari sempre più caratterizzati dal supera-

mento dei confini nazionali, pur in presenza di una più diffusa e diversa attenzione al locale.

Linda Lombi, Alessandro Stievano, *a cura di*
La professione infermieristica nella web society.
Dilemmi e prospettive
 FrancoAngeli, 2016, 244 pagg (30 euro)

Caring: quando l'assistenza è anche filosofia

Che cosa è lo *Human Caring*?

Jean Watson lo espone in questo testo, edizione rivista della prima opera che, nel 1979, esponeva il suo pensiero: una filosofia dell'assistenza che si fonda sulla centralità della persona e che, pur nascendo in ambito infermieristico, si apre a tutte le professioni.

L'elaborazione teorica originale di Jean Watson, professore all'Università del Colorado fino al giugno 2012, è fondata su un paradigma etico che si traduce in prassi operativa di natura clinica, educativa e manageriale a tutti i livelli.

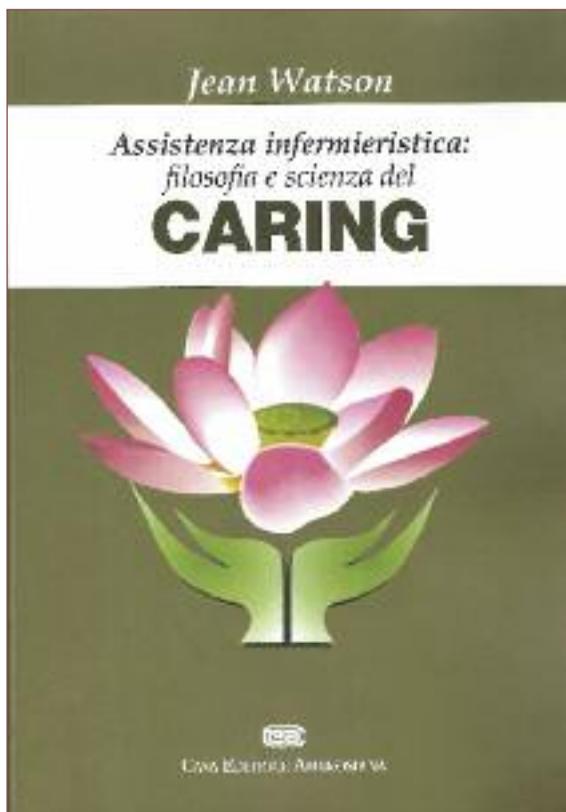
Le caratteristiche dello *Human Caring* sono tali da connotarsi, quindi, come un modello di riferimento per l'assistenza nel nuovo millennio. E, proprio per le sue caratteristiche, il modello o teoria del *Caring* può essere considerato il fondamento filosofico, morale ed etico della professione

infermieristica e una componente centrale delle Scienze Infermieristiche che comprende sia l'arte sia la scienza.

Leggere questo testo fa riflettere su ciò che è, ora, l'assistenza nel nostro Paese, su chi svolge attività assistenziali, non solo nei servizi socio-sanitari, ma nel tessuto familiare e sociale italiano.

Diviso in sei parti, con appendici, dati delle ricerche internazionali sul *Caring*, nonché glossario, citazioni bibliografiche e indice analitico.

L'assistenza inizia con l'essere presenti, aperti alla compassione, alla gentilezza, alla serenità anzitutto verso e con se stessi. Questo lavoro, infatti, invita al ritorno al proprio centro intimo per riconnettersi ai fondamenti collettivi e senza tempo, all'anima stessa di questa antica, pionieristica e nobile professione. È auspicabile che risvegli il ricordo dei motivi per cui sei entrato in questo campo di attività, ricollegandoti con ciò che ti fa rima-



nere coinvolto e con la conoscenza, i valori e le pratiche di cura che acquistano ancor più grande importanza se il professionista infermiere, gli altri infermieri e la professione stessa sosterranno il duraturo ed eterno dono di offrire servizi di *human caring-healing* aggiornati, morali, validi e compassionevoli per sostenere l'umanità.

Tradotto da Cecilia Sironi, il libro della Watson va letto facendo caso ad andare oltre le parole: solo così servirà come importante contributo per gli infermieri italiani, la professione e le Scienze Infermieristiche in Italia.

Esso include la visione ampliata della scienza dell'assistenza (*caring science*) che orienta la filosofia, l'etica e la teoria e che, a sua volta, influenza e trasforma l'assistenza infermieristica professionale e le pratiche di assistenza clinica, la formazione e la ricerca.

Oggi, che la situazione della professione infermieristica in Italia sembrerebbe ancora invisibile, è importante non far emergere il concetto che l'invisibilità degli infermieri implichi la svalutazione di ognuno di loro come persona, del loro "prendersi cura".

L'Infermieristica è una disciplina scientifica autonoma, con una precisa e riconosciuta struttura epistemologica; riconosciuta in tutto il mondo e non solo in quello occidentale, sostenuta da 100 anni di evidenze scientifiche.

L'analisi dei dati scientifici, della misura degli esiti degli interventi infermieristici si misurano accanto - e in armonia - con la tenerezza di un sorriso e la dolcezza di una carezza, un tocco del cuore e della mente.

Jean Watson

Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del *Caring*
Cea, 2013, 320 pagg (31,40 euro)

Importante riconoscimento alla professoressa Sasso

Lo scorso 22 ottobre, l'American Academy of Nursing, ha premiato l'infermiera italiana **Loredana Sasso** con il riconoscimento di "Fellow", che rientra così tra i 164 infermieri, in tutto il mondo, a potersi fregiare di tale titolo.

La professoressa Sasso, in qualità di esperto, è anche parte integrante del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma, dove si occupa del Polo per la formazione dei ricercatori.

Sasso è professore associato MED 45 all'Università degli Studi di Genova-Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche presso il Dipartimento di Scienze della Salute (DISSal). È presidente del corso di laurea in Infermieristica, presidente del master in "Infermieristica in Area Critica" e di quello in "Coordinamento", nonché componente della Commissione didattica della laurea magistrale in Scienze infermieristiche. Nel 2006 ha istituito la Scuola di Dottorato in Nursing (PhD) presso il Centro di Scienze e Tecnologie Bio Mediche (Crebs) dell'Università di Genova e, oggi, presiede l'indirizzo in Nursing presso il Dottorato in "Metodologie innovative applicate a malattie trasmissibili e cronico-degenerative: epidemiologia, statistica, prevenzione, management e nursing".

Vanta una vastissima produzione di pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali, è autore e co-autore di testi di Infermieristica e di ricerca; è referente scientifico di progetti di ricerca finanziati, a livello nazionale, europeo ed internazionale. Nel triennio 1997-2000 è stata eletta consigliera presso la Federazione nazionale Ipasvi Roma dal 2000 al 2003 e dal 2003 al 2005 alla Segreteria nazionale e dal 2006 al 2009 Consigliera. Nel 2004 è stata co-fondatore della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (Fepi) con sede a Bruxelles: ne è stata presidente dal 2006 al 2009 e vice dal 2009 al 2012; nel 2010 è stata co-fondatore del Centro interfacoltà Medical Education dell'Università degli Studi di Genova e ne è diventata direttore scientifico. Il riconoscimento ritirato a Washington consiste nel contribuire,

insieme all'Accademy of Nursing, alla trasformazione del sistema sanitario statunitense e, in particolare, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: migliorare la qualità della salute e l'assistenza infermieristica; promuovere un invecchiamento sano; ridurre le disparità di salute e le disuguaglianze; integrare la salute mentale e fisica e rafforzare il sistema di cura e la salute in generale, a livello nazionale e internazionale. "Sono fiera di aver rappresentato il nostro Paese negli Stati Uniti - ha spiegato Sasso -. Voglio ringraziare tutti i colleghi con cui ho condiviso larga parte della mia vita professionale".



insieme all'Accademy of Nursing, alla trasformazione del sistema sanitario statunitense e, in particolare, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: migliorare la qualità della salute e l'assistenza infermieristica; promuovere un invecchiamento sano; ridurre le disparità di salute e le disuguaglianze; integrare la salute mentale e fisica e rafforzare il sistema di cura e la salute in generale, a livello nazionale e internazionale. "Sono fiera di aver rappresentato il nostro Paese negli Stati Uniti - ha spiegato Sasso -. Voglio ringraziare tutti i colleghi con cui ho condiviso larga parte della mia vita professionale".

"È mia opinione - ha aggiunto - che una delle sfide più importanti sia l'emancipazione dall'auto-referenzialità da parte di tutta la professione. Perseguendo l'eccellenza nella formazione, nella ricerca e nella pratica clinica, il Nursing deve rendere visibile e misurabile la propria azione in termini di risultati prodotti sul benessere e sulla salute dei cittadini".

Sempre sul tema di riconoscimenti internazionali, l'infermiera **Silvia Marcadelli** ha vinto il premio per la "Migliore presentazione poster a un importante convegno" all'università del Kent, a Canterbury, per mano dell'International Collaboration for Community Health Nursing Research (Icchnr) sulla ricerca dedicata all'"Infermiere di famiglia e di comunità" che ha visto la luce proprio grazie al sostegno del Cecri.

Icchnr è una charity di primo livello, presieduta da Fiona Ross e affiliata con varie università internazionali; la rivista di riferimento è la prestigiosa testata "Primary Health Care Research & Development".

(Si ringrazia Marina Vanzetta per la collaborazione)

La recente sentenza del Tar Lazio: il modello *See&Treat* negli ambulatori infermieristici

In questo numero, voglio sottoporre alla Vostra attenzione il contenuto di una recentissima sentenza con cui il Tribunale Amministrativo Regionale (Tar) per il Lazio ha rigettato il ricorso con cui l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Roma ha impugnato, chiedendone l'annullamento, la deliberazione del Direttore Generale Asl Roma C n. 384 del 20/03/2015.

Con la predetta deliberazione n.384 del 20 marzo 2015, la Asl Roma C aveva disposto in via sperimentale l'"Attivazione di ambulatori infermieristici sul modello *See&Treat*", ed in particolare, a decorrere dal successivo 23 marzo 2015, aveva attivato, presso il presidio integrato Santa Caterina della Rosa in Roma, il primo ambulatorio territoriale in fase di sperimentazione, con riserva di attivazione di altri analoghi presidi.

In particolare, la deliberazione descriveva gli ambulatori oggetto di attivazione come caratterizzati dalla presenza di professionisti infermieri aventi competenze certificate frutto di specifici percorsi formativi e di tutoraggio, svolgenti attività (sul modello anglosassone *See&Treat*), volte alla trattazione di urgenze minori (i c.d. codici bianchi), secondo modalità e procedure disciplinate da protocolli clinici assistenziali condivisi con medici specialisti ospedalieri e territoriali in servizio presso la medesima Asl.

Ciò, nell'intento di consentire la risoluzione immediata di piccole emergenze, di determinare una riduzione dei carichi di lavoro e delle lunghe attese dei pazienti in Pronto Soccorso, oltre che di ridurre il numero di abbandoni dello stesso, cui spesso consegue il ricorso a pratiche di automedicazione o autocura non sempre funzionali alla risoluzione dei problemi.

Avverso tali previsioni ha proposto ricorso il richiamato Ordine professionale, lamentando, in primo luogo, che in applicazione del suddetto modello organizzativo l'infermiere sarebbe chiamato a compiere atti tipicamente rientranti nelle competenze mediche, per il cui svolgimento sarebbe, per l'effetto, necessaria l'iscrizione all'albo dei medici e la relativa abilitazione professionale.

Inoltre, il nuovo servizio ambulatoriale, ammettendo, nella fase sperimentale, che il percorso valutativo e terapeutico delineato dall'infermiere debba essere validato ex post da un medico, si porrebbe in contrasto con i principi in tema di responsabilità del medico; principi in base ai quali il medico può essere ritenuto responsabile soltanto degli atti compiuti sotto la propria supervisione.

L'Ordine ricorrente ha censurato, altresì, che in virtù del modello adottato dalla Asl Roma C verrebbero delegate alla dia-

gnosi e alla cura degli infermieri alcune complicate patologie che sarebbe invece più opportuno affrontare sotto la supervisione medica, nonché patologie che, anche laddove qualificate come minori richiederebbero, comunque, una diagnosi differenziale per escludere quadri clinici più gravi e complessi.

Con sentenza n.10411/2016 depositata il 19 ottobre 2016 la sezione III[^] quater del Tar del Lazio ha respinto integralmente il ricorso, inquadrando la delibera in parola nell'ambito del Piano Strategico aziendale 2014-2016 istitutivo della c.d. Casa della Salute, verso la quale va spostata l'assistenza sul territorio al fine di garantire livelli di cura più appropriati.

Il Giudice amministrativo ha rigettato, innanzitutto, le censure dell'Ente ricorrente secondo cui il personale infermieristico non sarebbe competente sotto il profilo della responsabilità delle scelte di cura. E ciò, per la semplice ragione che a tale servizio si accede, in realtà, dopo il passaggio per il *triage*, ovvero di un'attività svolta - anche essa - da personale infermieristico, cui è demandato il compito di *"definire la priorità di cura sulla base delle necessità fisiche, di sviluppo psicosociali, sulla base di fattori che determinano il ricorso alle cure e compatibilmente con l'andamento del flusso all'interno della struttura"*.

Di qui, pertanto, la contraddittorietà delle contestazioni dell'Ordine dei Medici circa le capacità e le competenze degli infermieri assegnati al servizio *See&Treat*, posto che è il personale infermieristico che, sin dal *triage*, è impegnato ad occuparsi del paziente, essendo chiamato a classificarlo secondo un codice di priorità assistenziale.

La sentenza, altresì, ha riconosciuto come la Asl abbia mostrato di essere ben consapevole che il modello *See&Treat* si caratterizza, rispetto ai modelli di pronto soccorso vigenti in Italia, per il fatto che chi vi accede *"è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, medico o infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine"*. In forza di ciò, il Tribunale ha respinto le doglianze dell'Ente ricorrente concernenti la dedotta irragionevolezza ed irrazionalità delle scelte aziendali, osservando come, viceversa, la Asl, dopo avere indicato gli obiettivi del servizio, nel provvedimento impugnato abbia affrontato proprio il tema della Formazione del personale, rilevando come *"il processo formativo abbia avuto l'obiettivo di implementare l'appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e di creare un modello omogeneo per migliorare le prestazioni erogate nell'area Emergenza/Urgenza attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento della*



casistica con problemi di salute minori", precisando, altresì, che alcuni percorsi formativi sono stati integrati da specialisti.

Che non vi sia alcun esercizio abusivo della professione medica da parte del personale infermieristico addetto, ha proseguito il Tar., trova conferma nel fatto che la Asl, sempre nella deliberazione in questione, oltre all'elenco delle patologie minori delegate al servizio *See&Treat*, abbia elencato espressamente i casi di esclusione; di talché, laddove il paziente rientri in uno dei casi elencati dall'atto stesso verrebbe, in ogni caso, indirizzato al pronto soccorso per le più opportune valutazioni da parte dei medici presenti.

E ciò, a maggior ragione tenuto conto, altresì, che nella delibera in parola agli infermieri non viene mai attribuita la funzione di diagnosi della malattia, bensì esclusivamente quella di "discriminazione iniziale tra casi urgenti e casi non urgenti", al pari di quanto viene eseguito durante la *triage* di un pronto soccorso "ordinario" e di cura dei codici bianchi in base all'elenco delle patologie minori individuate, nel dettaglio, dalla delibera stessa. Infine, e con specifico riferimento al Presidio di Santa Caterina delle Rose, ove è attivo il servizio di *See&Treat*, il Tribunale ha disposto come nell'ambito di tale servizio non sia in alcun modo configurabile il reato di falso ideologico in capo ai medici che sarebbero chiamati a certificare ex post l'attività degli infermieri. E ciò, in quanto, nel caso in cui si ravvisasse la necessità di una preventiva visita medica, il paziente verrebbe immediatamente trattato dal competente medico in servizio presso la medesima struttura, facendo parte il Servizio *See&Treat* della medesima Casa della Salute, ove prestano servizio 50 medici specialisti. Appare evidente come le motivazioni della pronuncia in esame rivestano una particolare importanza per ciò che concerne la

possibile diffusione anche nella Regione Lazio di un modello organizzativo ampiamente sperimentato nella Regione Toscana ed Emilia Romagna, ed in uso da decenni nel sistema sanitario anglosassone.

Un modello, quello ispirato al *See&Treat*, che, come si è visto, ha lo scopo di fornire immediata risposta alle urgenze minori, opportunamente classificate e definite in ragione dell'incidenza, della gravità, nonché degli interventi terapeutici necessari, nonché di ridurre i tempi di risposta e di attese dei pazienti al pronto soccorso.

E ciò, mediante l'affidamento della gestione autonoma di tali minori problematiche al personale infermieristico adeguatamente formato, così da consentire nel contempo, nell'ottica di ottimizzare l'impiego delle risorse e dei tempi a disposizione nei servizi, al personale medico di potersi concentrare su fattispecie clinicamente più complesse.

Per completezza, occorre, tuttavia, precisare come la sentenza sopra richiamata, di recente pubblicazione, potrebbe ancora oggi essere impugnata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Roma dinanzi al Giudice Amministrativo di secondo grado, non essendo ancora spirato il termine per la proposizione dell'appello.

Con la conseguenza che, sebbene ad oggi quanto affermato dal Tar trovi pienamente applicazione, stante la provvisoria esecutività della sentenza in oggetto, tali prescrizioni potrebbero essere soggette a riforma da parte del Consiglio di Stato in caso di accoglimento di un eventuale ricorso in appello.

Avv. Nicoletta Galli



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.



COLLEGIO
IPASVI DI ROMA

CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA
E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Congresso

ICN Barcellona

27 maggio-01 giugno 2017

Gli infermieri in prima linea per migliorare la salute dei cittadini

Il congresso quadriennale dell'**International Council of Nurses (ICN)** si svolgerà in Spagna e precisamente nella meravigliosa **Barcellona** tra il **27 maggio e il 1 giugno 2017!**

Questo evento infermieristico a livello mondiale riunirà più di 10.000 infermieri in varie sessioni, simposi e tavole rotonde ed analizzerà il contributo del nursing nel migliorare la salute dei cittadini con un particolare focus sull'obiettivo della salute per tutti e dei Sustainable Development Goals elaborati dall'ONU nel 2015. Il congresso fornirà a tutti gli infermieri grandi opportunità per costruire partnership a livello internazionale e per diffondere la cultura del nursing nelle varie specialità, culture e Paesi. Uno splendido scenario farà da cornice al programma scientifico e allo scambio di esperienze e pratiche significative.

E' in questo quadro che il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma organizza la partecipazione a tale evento di portata globale.

Il programma è valido per 7 giorni e 6 notti e comprende il volo e soggiorno a Barcellona e i trasferimenti da e per l'aeroporto e una visita di mezza giornata di Barcellona.

L'iscrizione al congresso è a carico di ogni singolo partecipante e NON è compresa in questo pacchetto.

Visita il sito:

<http://www.icnbarcelona2017.com/en/registration/registration-fees>

Preventivo Conferenza ICN Barcellona 26/05/2017 - 2/06/2017

- Volo di linea Alitalia Roma - Barcellona - Roma
- Tasse aeroportuali
- Operativo voli da riconfermare:
 1. AZ 74 26 MAY FCO BCN 0905 1055
 2. AZ 79 02 JUN BCN FCO 1825 2010
- Transfer a/r Aeroporto Barcellona - Hotel
- Visita mezza giornata città di Barcellona
- Hotel Parc Guell*** o similare 7 notti con formula di pernottamento e prima colazione.

Quota individuale di partecipazione euro **945.00** in camera doppia in hotel 3* Supplemento singola euro **550.00**

La tassa di soggiorno sarà da saldare in loco e varia a seconda della categoria di hotel prescelta.

La presente quotazione non costituisce proposta contrattuale ed è soggetta a riconferma, sia nei prezzi che nei servizi, in base alla disponibilità al momento della conferma della presente proposta.

Per **informazioni e prenotazioni** si può contattare Arianna Romani al 0685301301 opzione (3) oppure alla e-mail: arianna@viaggidelpergeo.it (un acconto di 200 Euro deve essere versato improntabilmente entro il 31/01/2017, per confermare i voli aerei, presso la Banca di Sanrfo); IT11P0559603208000003247X88