

# INFERMIERE

*oggi*

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

N°2

## EDITORIALE

Soffiamo insieme  
nella vela del cambiamento

## FOCUS

Le iniziative a Roma  
per la Giornata dell'Infermiere

## NOTIZIE DAL COLLEGIO

Primo convegno regionale  
degli Infermieri coordinatori

## CONTRIBUTI

L'uso della gomma da masticare  
per la riduzione dell'ileo post-operatorio

INNOVATIVE CONCORSI RIFORMA OPPORTUNITÀ



# INFERMIERE

oggi

 Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana  
Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma  
Anno XXV - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2016  
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma  
n. 90 del 09/02/1990

**Direzione - Redazione - Amministrazione**  
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

**Direttore responsabile**  
Ausilia Pulimeno

**Segreteria di redazione**  
Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano,  
Alessandro Stievano, Carlo Turci

**Comitato di redazione**  
Simonetta Bartolucci, Marinella Carnevale, Girolamo De Andreis,  
Maurizio Fiorda, Emanuele Lisanti, Roberta Marchini, Natascia Mazzitelli,  
Ilma Molinaro, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Cinzia Puleio,  
Francesco Scerbo, Marco Tosini, Maurizio Zega

**Coordinamento giornalistico**  
Tiziana Mercurio

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

Finito di stampare: luglio 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 **Soffiamo insieme nella vela del cambiamento**  
*di Ausilia M.L. Pulimeno*

### FOCUS

- 3 **LE INIZIATIVE PER LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE**

### DICONO DI NOI

- 15 **Roma vota la sua nuova classe dirigente. Cosa cambia per gli infermieri?**

### NOTIZIE DALL'ITALIA

- 18 **Assemblea nazionale elettiva di Cives. Maurizio Fiorda nuovo vicepresidente**  
20 **Infermieri delle Forze Armate e della Polizia a confronto con l'Ipasvi**  
21 **Partita la campagna #professioneinfermiere**

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 22 **Donazione di sangue, con l'estate torna l'emergenza in tutto il Lazio**  
23 **Tor Vergata premia la tesi migliore in Infermieristica della sede di Ostia**

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 24 **Primo convegno regionale degli infermieri coordinatori**  
26 **Miglioramento della pratica clinica**  
**Il Cecri e il corso di formazione della Joanna Briggs Collaboration**

### CONTRIBUTI

- 27 **Le modifiche degli stili di vita possono contribuire al trattamento dell'incontinenza urinaria nella popolazione adulta?**  
*di Lucia Mauro, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese*
- 31 **L'uso della gomma da masticare per la riduzione dell'ileo post-operatorio: sfide ed opportunità nell'applicazione di interventi *evidence based***  
**Uno studio di caso**  
*di Raffaella Di Maio, Natascia Mazzitelli*
- 34 **Il ruolo dell'infermiere nel trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato**  
*di Ione Moriconi, Federica Marra, Carlo Turci*
- 41 **Utilizzo e diffusione delle nuove tecnologie mobili per ridurre l'obesità**  
*di Marco Di Muzio, Cecilia Anastasia Esposito, Roberto Boggi, Massimo Napoli, Adelaide Landi, Concettina Maria Larcinese*
- 47 **Interventi non farmacologici nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer**  
**Comparazione della *Pet Therapy* con la Terapia della Reminiscenza**  
*di Chkairi Mohamm*
- 53 **Il ruolo dell'infermiere come educatore terapeutico nel miglioramento della qualità di vita del paziente con microinfusore**  
*di Alice Di Luigi*
- 56 **Competenze psicorelazionali nel contesto domiciliare e nei contesti organizzativi**  
*di Teresa De Paola, Calogera Tavormina*

### LETTO PER VOI

- 60 **Il rifiuto della sofferenza inutile:**  
**il primo libro italiano sull'assistenza in cure palliative**  
61 **Le ferite croniche e le diverse terapie di cura**

### L'AVVOCATO DICE

- 62 **L'obbligo di pagamento della tassa di iscrizione all'Albo anche per i pubblici dipendenti**

### 64 LA VIGNETTA DEL MESE



## Soffiamo insieme nella vela del cambiamento

di Ausilia M.L. Pulimeno

La nostra storia lo dimostra: abbiamo lo sguardo rivolto al futuro, ma non dimentichiamo i problemi di oggi. Perciò, come sempre, siamo pronti a fare la nostra parte fino in fondo, generosamente, con tutta la determinazione di cui gli infermieri sono capaci. Chiediamo solo le condizioni per procedere, per lasciarci alle spalle le criticità di un sistema troppo lontano dalle esigenze dei cittadini e degli stessi operatori.

La partita è aperta e il momento è decisivo. In gioco c'è la tenuta del Servizio Sanitario Regionale o la sua disgregazione. I segnali incoraggianti non mancano, ma neppure le resistenze al cambiamento. Lo sapevamo, le abbiamo previste e denunciate per tempo, rimanendo a lungo inascoltati. Ora però che gli effetti di questa emergenza sono evidenti a tutti, bisogna imbracciare a piene mani il coraggio e cambiare registro. Ora o mai più.

L'obiettivo strategico di una vera e profonda riforma del sistema sanitario è a portata di mano. Serve uno scatto. Per anni nella nostra Regione la spending review sanitaria ha prodotto effetti pesanti sui servizi e sul personale. Il perdurante blocco del turnover ha aperto voragini paurose negli organici, ha svilito molti servizi, umiliato i pochi professionisti rimasti, ridotto la qualità delle prestazioni, reso difficile l'accesso alle cure.

Un processo malgestito, molto concentrato sui tagli e poco sugli sprechi, che ha finito per scoraggiare i cittadini allontanandoli dalla sanità pubblica. Così, come sottolineano tutti i dati statistici di quest'anno, chi ha soldi si rivolge al privato e chi non ce li ha rinuncia alle cure. Indicativo e drammatico, in questo senso, è il dato che per la prima volta dal dopoguerra registra una riduzione dell'aspettativa di vita perché ci si cura meno e peggio. È un regresso antistorico che una professione come la nostra, protesa verso il futuro e aperta al cambiamento, non può tollerare.

Per questo battiamo i pugni con forza e con grande insistenza sui tavoli della Regione Lazio dove maturano (o si impantanano) le strategie per uscire dalle secche. E qualche risultato finalmente si scorge. L'agognato sblocco del concorso per l'assunzione di sessanta infermieri all'Azienda Ospedaliera Umberto I, atteso per nove lunghi anni, è un segnale concreto che sottolinea la volontà di cambiare e la possibilità di farlo davvero.

Ci aspettiamo molto da questo concorso e dalla graduatoria che ne scaturirà, dalla quale tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Lazio potranno attingere. Confidiamo che apra la strada ad altre selezioni pubbliche da troppo tempo bloccate. Una sanità che è andata avanti finora col freno a mano tirato, creando grosse sacche di disoccupazione e di precariato tra gli operatori, alimentando la "fuga" all'estero di molti professionisti amareggiati e disillusi. Un prezzo altissimo come quello pagato dai cittadini alle prese con le difficoltà organizzative di reparti e servizi spesso tenuti in vita solo dall'abnegazione e dal sacrificio degli infermieri.

Lo ripetiamo costantemente a tutti i nostri interlocutori istituzionali: controllo della spesa e qualità dei servizi sono concetti compatibili, anzi collegati e funzionali l'uno all'altro. Occorrono però scelte precise e razionali. Perciò ben venga la razionalizzazione delle spese, l'accorpamento di Asl e Dirigenze, ma non a discapito dell'arruolamento del personale che manca. La priorità resta l'avvio di tutti i concorsi banditi e di quelli programmati.

Finalmente anche quello per la Dirigenza Infermieristica si sta svolgendo e la Regione Lazio assicura che sarà chiuso entro l'estate. È quanto sollecitiamo da tempo, consapevoli che la riorganizzazione dei servizi assistenziali è urgente ma non può realizzarsi senza che le strutture coinvolte abbiano individuato e messo in condizione di operare i rispettivi dirigenti. Un altro macigno che sbarrava la via del cambiamento sta per essere ri-

## EDITORIALE

mosso. Sappiamo bene, tuttavia, che non basterà.

Insistiamo con tutte le nostre forze affinché si ponga mano concretamente e senza più indugi a una profonda riorganizzazione della sanità territoriale per disingolfare gli ospedali e il pronto soccorso attraverso lo sviluppo di modelli assistenziali già adottati con successo in altri Paesi a sanità avanzata e ormai anche in diverse Regioni italiane.

Chiediamo più coraggio alla Regione Lazio e alle singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere della capitale nell'aprirsi ad esperienze innovative quanto necessarie per salvare una baracca, quella della sanità pubblica, sempre più in difficoltà. Si può investire sul territorio, su figure professionali come l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, approntando i servizi delle nuove Case della Salute secondo le reali esigenze dei cittadini.

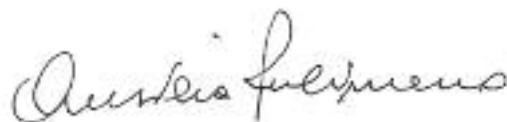
Se ben strutturato, lo sviluppo di una rete sanitaria di prossimità può davvero invertire la rotta e garantire più salute a tutti. Abbiamo professionisti preparati per gestire questo processo, manca ancora la volontà politica di rompere gli indugi ridimensionando qualche storico privilegio di casta. Non per questo ci arrendiamo. La nostra cocciutaggine è ben nota e le conquiste che negli ultimi anni hanno riempito la faretra professionale degli infermieri stanno lì a dimostrarlo. Ora abbiamo molte

frecce da scoccare e siamo ansiosi di poterlo fare.

Il cambiamento sta dentro la nostra mission, non ci spaventa, come forse accade ad altre categorie professionali, e anzi ci esalta. Tanto che studiamo, approntiamo, sperimentiamo e suggeriamo modelli innovativi, corroborati da risultati ed esperienze concrete. Ci sentiamo parte attiva del cambiamento e rivendichiamo la nostra parte assumendoci tutte le responsabilità del caso. Siamo una professione matura pronta a misurarsi con l'innovazione.

La virata politico-amministrativa sancita dalle ultime elezioni comunali della Capitale ci stimola a pensare in positivo nel segno del cambiamento. Roma ha voglia di voltare pagina e anche i suoi servizi sanitari e i suoi ospedali, affollati di pazienti provenienti da tutta Italia, non aspettano altro. Confidiamo anche che la Regione prosegua con decisione e speditezza sulla strada del risanamento dei conti e delle assunzioni necessarie.

Noi ci siamo, pronti ad impegnarci ancora per una sanità migliore, più equa e accessibile a tutti, solidale e capace di valorizzare le sue straordinarie eccellenze. Possiamo scrivere insieme un capitolo importante per Roma e per tutta la comunità. Facciamolo subito.



# Focus

**Le iniziative per la Giornata  
internazionale dell'Infermiere**



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

**NELL'AMBITO DELLE CELEBRAZIONI PER LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE, A ROMA OSPITI STRANIERI E RICERCATORI ITALIANI A CONFRONTO AL MINISTERO DELLA SALUTE**

# Workshop internazionale del Cecri "Condurre il cambiamento nel sistema salute"

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

Gli infermieri hanno fatto il punto della situazione e lanciato un preciso messaggio il 10 maggio scorso, a Roma: sono loro i candidati ideali per guidare il cambiamento che il sistema sanitario richiede con assoluta urgenza.

L'occasione l'ha offerta il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) del Collegio Ipasvi di Roma, con la giornata di studio sul tema: "Condurre il cambiamento e avanzare il sistema salute" a cui hanno preso parte alcuni dei più rappresentativi esponenti della professione a livello mondiale.

Un confronto internazionale per analizzare i fenomeni epocali che attraversano la società e la stessa professione infermieristica.

All'auditorium "Biagio D'Alba" del Ministero della salute, oltre 250 infermieri hanno ascoltato la presidente del Collegio Ipasvi, **Ausilia Pulimeno**, e il vicepresidente, **Stefano Casciato**, introdurre i lavori e salutare gli ospiti internazionali. Unanime la sottolineatura della necessità di condividere le esperienze fra i vari Paesi per migliorare l'assistenza e il sistema salute nel suo complesso. "Insieme possiamo incidere sulle scelte di politica sanitaria generale e sull'adozione di

nuovi modelli organizzativi", ha ribadito la presidente Pulimeno. "La nostra sanità vive una crisi profonda - le ha fatto eco il vice, Casciato - ma, paradossalmente, proprio nei momenti di crisi si possono trovare soluzioni innovative ed efficaci".

E su questo piano, gli infermieri dimostrano di avere molto da dire, con le loro competenze, la ricerca, la loro *mission* professionale.

Un forte incoraggiamento a perseguire questa strada è giunto da **Julie Fairman**, docente di Storia del Nursing al Barbara Bates Center dell'Università della Pennsylvania, che ha relazionato sul tema "Il futuro del nursing: condurre il cambiamento per migliorare la salute". Il punto sulla situazione in Spagna, invece, lo ha fatto **Raphael LLeget**, componente del Consiglio Generale di Infermieristica del Paese iberico, relazionando su: "Gli avanzamenti della pratica infermieristica in Spagna".

Uno sguardo a lungo raggio sui cambiamenti in atto nella professione lo ha fornito l'intervento di **Franklin Shaffer**, direttore generale della Commissione per le Lauree Infermieristiche negli Usa, sul tema: "Educazione e pratica come mezzi appropriati per assicurare la sicurezza dei pazienti. La migrazione degli infermieri a livello internazionale".

Il direttore scientifico del Cecri, **Gennaro Rocco**, ha chiuso il primo ciclo di rela-

zioni illustrando l'intensa attività di ricerca che il Centro di Eccellenza svolge con un gran numero di progetti ultimati, in corso e le pubblicazioni internazionali. Univoco l'impegno a sostenere nuovi modelli organizzativi per cambiare il 'sistema salute', garantendo, al contempo, l'universalità delle prestazioni.

In questa chiave, si è inserita la discussione sulla sanità territoriale e le figure professionali adeguate per assicurare una buona assistenza di prossimità, utile a ridurre le degenze ospedaliere e a contenere i costi.

La mattinata si è chiusa proprio su questo aspetto della professione, con la tavola rotonda sul tema: "Il ruolo dell'infermiere di Famiglia e di Comunità per migliorare l'applicabilità l'efficacia, la sicurezza e la qualità dell'assistenza ai pazienti e i percorsi organizzativi integrati per gestire le condizioni di cronicità".

Moderati dal ricercatore del Cecri, **Alessandro Stievano**, e dal giornalista Paolo Romano, sono intervenuti i relatori della mattinata: Franklin Shaffer, Julie Fairman, e Raphael LLeget, insieme alla vicepresidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Maria Adele Schirru**, alla presidente onoraria del Cecri, **Dyanne Alfonso**, alla professoressa **Rosaria Alvaro**, docente di Nursing all'Università di Roma Tor Vergata, e alla presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno. Chiaro il segnale lanciato dalla vicepresi-



dente Schirru: "Gli infermieri di famiglia rappresentano una risorsa a cui non si può rinunciare. Gli ospedali sono intasati e le risorse vengono spese male. Le soluzioni le abbiamo indicate molte volte alla politica: serve un investimento sugli infermieri generalisti ma anche sbloccare le specializzazioni cliniche degli infermieri, tra queste l'infermiere di famiglia, una figura che deve diventare strutturale nel processo di cura. Il medico di base non può farcela da solo. Non vogliamo togliergli il lavoro, non vogliamo fare diagnosi o impadronirci della prescrizione terapeutica. Il problema è rispondere ai bisogni delle persone rendendole responsabili del proprio stato di salute e del trattamento della malattia, accompagnando la cronicità con l'educazione alla salute. Serve però una programmazione in prospettiva, stabilire quali livelli di formazione e di aggiornamento occorrono e quanti infermieri specialisti".

"Negli Stati Uniti affrontiamo le stesse difficoltà nel passaggio dalle cure per acuti al trattamento territoriale dei pazienti - ha sottolineato Franklin Shaffer -

Il nostro programma di formazione prevede la figura dell'infermiere di comunità e negli ultimi anni questa specializzazione professionale è tornata in auge. Dobbiamo iniziare da una buona formazione infermieristica, ma anche all'educazione dei cittadini verso questo nuovo approccio, dando impulso agli infermieri che oggi sono concentrati soprattutto negli ospedali e che vogliono lavorare sulla comunità".

Una significativa testimonianza dell'interesse che, nel mondo, suscita la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità l'ha portata Julie Fairman: "Un gran numero di studenti che arrivano nelle facoltà infermieristiche hanno già una laurea: tra questi, molti avvocati che si occupano di sociale - ha spiegato -. Loro vedono l'Infermieristica come un complemento del lavoro. Cosa che non esiste nell'ambito delle cure per acuti. Oltre la metà dei nostri studenti ha una seconda laurea, spesso in Economia, Religione, Scienze sociali e altre materie. Loro stanno cambiando l'Infermieristica americana come non è mai accaduto prima

e si battono molto per poter esercitare la professione all'interno della comunità, seguendo da vicino i pazienti, a casa loro o attraverso un centro di assistenza territoriale. Hanno il compito di capire le esigenze di salute di quella comunità e di elaborare le risposte adeguate".

Come sempre, illuminante il consiglio di Dyanne Affonso: "Abbiamo bisogno di alcune linee-guida per segnare i passaggi fondamentali di questa evoluzione. Serve un modello semplice che porti l'assistenza più vicino ai cittadini, che sappia trattare pazienti con diverse culture e stili di vita. A questo scopo, dobbiamo raccogliere e condividere quanto più possibile i nostri dati, stabilire le priorità di azione per una specifica comunità ed indicare le risorse per realizzarle, stabilire quali sono le esigenze della comunità, modulare l'intervento a seconda della cultura della comunità da assistere. Molto importante è l'attenzione alle diversità, perciò occorrono anche competenze linguistiche e geografiche. A comunità diverse deve corrispondere un approccio diverso".



Ma in Europa c'è ancora molta strada da fare.

Lo ha sostenuto con grande schiettezza Raphael LLeget: "Questo è un tema che abbiamo molto a cuore, ma i politici non sono davvero convinti di questo progetto. Eppure le cifre parlano chiaro: nel 2015, si sono stimati 180 milioni di pazienti cronici nel mondo, la mortalità per malattie croniche è di 43 milioni di individui. Inoltre, il paziente cronico consuma tanto delle risorse sanitarie e il 60% dei pazienti cronici non aderisce alle terapie creando un sostanzioso spreco di spesa. In Spagna, abbiamo regolamentato la figura dell'infermiere di famiglia nel lontano 1987, ma, nella realtà questo ruolo non ci è mai stato riconosciuto da alcun governo. Purtroppo, i politici hanno un orizzonte di pochi anni: tanto, quanto dura il loro mandato. Invece, gli infermieri rappresentano la risorsa giusta per aggiustare il sistema. Numerose esperienze dimostrano che, dove l'assistenza territoriale è più sviluppata, le cose vanno meglio".

Il peso degli infermieri, nelle scelte stra-

tegiche, è ancora troppo scarso anche nelle università italiane. Lo ha detto a chiare note Rosaria Alvaro, rivendicando una maggiore autonomia: "In Italia abbiamo 224 sedi formative per infermieri ma solo 10 hanno un presidente infermiere. Vuol dire che chi gestisce la formazione non sono gli infermieri. Peraltro, si insegna a lavorare nell'ospedale, molto meno sul territorio. Eppure esistono molte esperienze valide in questo campo. Negli ultimi cinque anni, abbiamo registrato un boom di liberi professionisti, in maggioranza under trenta. Giovani che affrontano il mercato del lavoro e che molto potrebbero fare con la presa in carico dei pazienti dimessi, con le dimissioni protette, con la prevenzione. Purtroppo, però, non li formiamo abbastanza su questo. Così pure nei distretti sanitari possiamo e dobbiamo prenderci gli spazi che ci competono, anche in campo gestionale e organizzativo".

Da qui, la raccomandazione "etica" che gli infermieri devono fare politica, entrare nelle stanze dei bottoni e parteci-

pare attivamente alle scelte di politica sanitaria. "Noi le ricette valide ce le abbiamo: è ora che ci lascino decidere", ha concluso Alvaro.

Nel suo intervento finale, la presidente Pulimeno non ha nascosto che vi siano titubanze e incertezze sull'evoluzione dell'assistenza territoriale all'interno della stessa famiglia professionale infermieristica: "Sembrerà inverosimile, ma esistono delle resistenze culturali nella nostra stessa categoria per lo sviluppo e l'affermazione della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità - ha rimarcato -. Formiamo professionisti pronti per l'ospedale ma non per il territorio. È questo lo scatto culturale che ancora ci manca e che dovremmo attuare, avendolo a portata di mano. Abbiamo chiare le esigenze dei cittadini e sappiamo come fare per cambiare il modello di assistenza attuale, ma devono lasciarci fare. Per questo, serve un lavoro di squadra: dobbiamo agire uniti, senza divisioni fra noi, condividendo le strategie. I risultati, ne sono certa, non tarderanno ad arrivare".

La mattinata si è chiusa con un'opportunità di portata storica per il Cecri e per la ricerca infermieristica italiana: l'impegno degli ospiti internazionali affinché il Congresso Mondiale Icn (International Council of Nurses) del 2017, a Barcellona (dove parteciperanno 15mila infermieri), ospiti una sezione dedicata alle attività del Centro di Eccellenza del Collegio Ipasvi di Roma.

Seconda parte della giornata, invece, completamente dedicata alle esperienze maturate all'interno del Centro di Eccellenza.

Per l'occasione, infatti, diversi relatori hanno discusso con la platea di infermieri di alcuni progetti realizzati grazie al sostegno dell'organismo "figlio primogenito" del Collegio Ipasvi di Roma.

"Un momento necessario per tirare le somme di quanto fatto e di quanto c'è ancora da fare - ha detto in apertura il direttore del polo per la Formazione dei Ricercatori del Cecri, nonché segretario

del Collegio Ipasvi di Roma, **Maria Grazia Proietti** - Un'occasione di arricchimento per approfondire anche la qualità della ricerca, che è finalizzata alla pratica clinica. Per venire sempre più incontro alle esigenze degli utenti e di una società che invecchia sempre di più".

Moderati dalla stessa Proietti e dalla presidente Pulimeno, al microfono, ampio spazio ad una carrellata sugli studi più avanzati dei Poli della Pratica Clinica e della Ricerca del Cecri, tutti con l'auspicio di poterne applicare presto i risultati al maggior numero di pazienti.

"La rilevanza della Pratica clinica per la nostra professione è indiscutibile - ha commentato **Maria Matarese**, che ha relazionato su: "Il progetto di accreditamento del centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica presso il Joanna Briggs Institute" - I risultati ottenuti fino ad ora ci danno la misura di quanto sia efficace la ricerca infermieristica e di quanto ci sia necessità di revisioni della letteratura. Revisioni che dovrebbero essere rese fruibili a tutti per il prossimo anno e che - ci si auspica - siano inserite fra le altre del Briggs Institute, noto ente di sviluppo con un grosso patrimonio in questo settore, già presente in 53 Paesi, ma non in Italia. Per il Cecri - ha continuato - entrare a far parte della famiglia del Joanna Briggs Institute sarebbe un'occasione di maggiore visibilità internazionale, oltre che di avanzamento del sistema-salute verso i pazienti, nostri terminali, portato avanti per mezzo della formazione dei nostri infermieri".

Infermieri in continua formazione, come la dottoranda **Anna Marchetti** a cui è andato il compito di aggiornare la platea su: "Un modello per la valutazione del Core competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale".

Tutto, per cercare competenze certificate e riconoscibili ovunque in Europa. "La libera circolazione dei professionisti non è avulsa dal discorso della libera professione - ha spiegato -. La necessità di 'fare comunità' vale anche nel sapere, nelle conoscenze acquisite. Il Cecri ha fatto

proprio il progetto Tuning, ovvero un approccio d'istruzione centrato sullo studente. Un progetto da consigliare anche agli altri Paesi, in modo che le aspettative minime di un infermiere che opera in Italia e all'estero possano essere più o meno le stesse".

Nei test di valutazione degli infermieri, approccio olistico e quello per gestire in modo appropriato farmaci e terapie non mancano mai, ma dalla relazione è emersa l'alta difformità fra le sedi che fanno gli esami e la prevalenza della valutazione della performance cognitiva e non di quella *on the bed* (spesso del tutto assente). "Bisogna 'fare comunità' anche in questo senso - ha sottolineato Marchetti -. In futuro, la progettazione della prova pratica dovrà includere l'uso di un manuale condiviso. Ciò, senza mai mettere a rischio l'autonomia di ogni ateneo".

Dal Polo II del Cecri (Polo della Ricerca), Antonella Mottola e Marco Paturzo, coordinati dal professor Ercole Vellone, hanno aggiornato i presenti sui risultati di un progetto iniziato nel 2009: "Self-care e contributo al self-care nello scompenso cardiaco: studio con metodo misto sui pazienti e sui caregiver". E visto che si tratta di una patologia con un'enorme incidenza mondiale, i dati di studi di tale tipo risultano quanto mai necessari per una corretta gestione della malattia, specie da parte del malato e di chi lo segue. "I nostri dati sono affidabili? Sì, se i riscontri, in percentuale, sono superiori all'80% e se vi si sono dedicati almeno tre ricercatori - ha detto la prima -. Cerchiamo di acquisire conoscenze utili per la pratica clinica, per migliorarla. Abbiamo scoperto che il nostro paziente-tipo over 65, coniugato, con un titolo di studio medio-basso ed un problema di cuore. Non riesce a gestire i sintomi della malattia da solo (solo il 35% sì e viene seguito da qualcuno). "Questi ultimi - le ha fatto eco Paturzo - si interessano principalmente dell'aderenza alla terapia, all'eventuale dieta e a svolgere qualche attività o movimento.

Ma non si tratta di dati definitivi. Il nostro obiettivo futuro, infatti, è proprio di incrementarli, allargando le indagini proprio sui caregiver, sul loro contributo in famiglia".

**Immacolata Dall'Oglio** ha accompagnato la platea all'interno de "L'esperienza e soddisfazione dei genitori in Neonatologia. Risultati di uno studio multicentrico". Toccante perché investe tematiche riguardanti bambini molto piccoli e genitori che: "devono essere considerati come risorse preziose - ha spiegato Dall'Oglio -: sono loro a coadiuvare il lavoro dei sanitari. In futuro, bisognerà lavorare proprio sull'educazione di padri e madri. E, intanto continuare a fare ricerca. Importantissima per la pratica clinica perché attraverso di essa, si trovano le vie per esplicitare al massimo le potenzialità infermieristiche. Ovviamente, la soddisfazione e i ringraziamenti degli utenti ci fanno lavorare meglio, ma, per farlo, abbiamo soprattutto bisogno di infermieri con competenze avanzate che non dimenticano il lato umano della loro mission, camminando accanto ai pazienti, e rispettandoli in tutto, anche nella provenienza culturale che, oggi, non è un fattore irrilevante".

In conclusione, la relazione di **Michela Piredda** su: "Sviluppo e validazione di un questionario per la valutazione della percezione della dipendenza dall'assistenza in pazienti oncologici". E se è vero che la prima reazione del malato è di non voler essere un peso per gli altri, ci si è chiesti com'è possibile garantirne le volontà, magari quando non è più cosciente: "Le relazioni di cura possono sviluppare 'dipendenza' - ha spiegato -, ma non è necessariamente una cosa negativa. Sviluppare un'assistenza 'ad personam' equivale a prendersi carico del paziente in maniera olistica. Oggi, l'infermiere ha l'aspetto di un esperto che usa conoscenze e ricerca, non basa il suo operato solo su un sistema di pratiche diffuse ed imparate pedissequamente".

*Tiziana Mercurio*

# Il sottosegretario De Filippo dà gli auguri agli infermieri

**“**In occasione della Giornata internazionale dell'infermiere vorrei inviare i miei migliori auguri alle oltre 430mila infermieri che esercitano la professione più vicina di qualsiasi altra ai bisogni di salute degli individui di ogni età, sesso, confessioni religiose e nazionalità.

Non a caso, Papa Francesco ha solennemente affermato che se Dio avesse le sembianze umane avrebbe quelle di infermiere, così come l'altrettanto Papa più amato, Giovanni XXIII è stato infermiere prima di prendere i voti.

Alla vostra Professione in questi anni lo Stato e le Regioni hanno chiesto tanto in termini di alto impegno ed ottenuto tantissimo e molto di più verrà chiesto di misurarsi con le nuove sfide di profonda innovazione nell'organizzazione del lavoro avviata dall'attuazione delle scelte strategiche del Patto per la Salute.

Il primo problema che si pone è quello di ridare la speranza di futuro professionale nel nostro Paese alle migliaia di giovani laureati degli ultimi anni che, se pur formati secondo la programmazione del loro fabbisogno professionale, o sono ancora in cerca di occupazione o sono utilizzati in modalità improprie, sottopagati con pochi diritti e molti doveri, oppure hanno scelto la strada dell'emigrazione, come i nostri nonni, in altri Stati, dove sono tra i professionisti più apprezzati. Anche se in forme non ancora adeguate alle attese, le procedure concorsuali sono state riattivate in moltissime Aziende Sanitarie, così come so-

no state avviate procedure di stabilizzazione per i precari: è un inizio positivo, è un'inversione di tendenza dopo anni di blocco delle assunzioni.

La Sanità in Italia sta realizzando un processo di trasformazione così profondo ed esteso che non ha pari in altro comparto pubblico e dei servizi: dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, come luogo solo per le acuzie alla sfida della costruzione reale del sistema territoriale sanitario e sociosanitario in grado di dare risposte ai nuovi e vecchi bisogni di salute in quadro epidemiologico completamente mutato, nel quale prevale la cronicità.

A questa sfida della nuova Sanità, alla professione infermieristica è richiesta un impegno da vero coprotagonista rivestendo un ruolo da primo attore, insieme ai colleghi medici e delle altre professioni sanitarie, che non ha precedenti nel recente passato: la prevista genera-

lizzazione dell'ospedale per intensità di cura che affida agli infermieri la gestione dei letti, all'ospedale di comunità a gestione infermieristica, alla generalizzazione, anche se ancora sperimentale dell'infermiere di famiglia, all'implementazione delle competenze sino all'istituzione dell'infermiere specialista, a iniziare dall'emergenza, ma non solo, sono alcune delle grandi sfide di innovazione discontinua avviate dalla programmazione nazionale e già in via di realizzazione in alcune Regioni.

Certamente, per realizzare ciò le Aziende Sanitarie dovranno mettere in essere tutte le iniziative affinché i laureati infermieri possano essere impegnati nelle competenze proprie della loro professione e non più deprofessionalizzati in quelle competenze non strettamente sanitarie che, da oltre 20 anni, Stato e Regioni hanno affidato ad altri operatori a iniziare dagli operatori socio-sanitari. Al raggiungimento di questi risultati potrà offrire un enorme contributo l'ormai prossimo rinnovo contrattuale, dopo anni di moratoria, se, come mi auguro, la parte pubblica e la parte sindacale facciano propria la sfida per la quale i rinnovi contrattuali diventino funzionali e strumentali ai processi di riorganizzazione in atto nel Servizio sanitario nazionale favorendo la partecipazione, la condivisione, la compartecipazione ed il protagonismo soggettivo e propositivo dei professionisti della salute e l'insieme degli operatori, dando vita ad un accordo che per la valenza che si vuol attribuire non potrebbe che, usando un'espressione forte ma adeguata, lanciare il cuore oltre l'ostacolo.



Il sottosegretario Vito De Filippo

lo per volare alto ed avere un grande e rilevante strategico respiro.

In questo quadro, va attuato quanto previsto sia dall'articolo 6 della legge 43/06 che istituisce la posizione di "professionista specialista" che quanto contenuto nei decreti istitutivi dei 22 profili professionali ex terzo comma dell'art.6 del dlgs 502/92 che già dal l'anno 1994 prevedevano l'istituzione di aree di formazione complementare post diploma.

In alcune Regioni ed in molte Aziende Sanitarie, per oculata e condivisa scelta programmatica, il percorso di attribuzione di ulteriori competenze avanzate e specialistiche agli infermieri ed alle altre professioni sanitarie è realtà consolidata da anni.

Perciò tale percorso virtuoso va valorizzato e normato all'interno del nuovo contratto nazionale anche al fine di mettere in condizione le altre Regioni di attuarlo, prevedendo un adeguato apprezzamento anche economico del personale appartenente alle professioni che acquisisca ulteriori competenze avanzate sulla base delle scelte aziendali e regionali, se del caso a seguito di percorsi formativi complementari e protocolli concordati con le loro rappresentanze e quelle mediche nonché delle altre professioni interessate.

È evidente che, con questa soluzione nazionale, verrebbe meno la leggenda metropolitana che con le competenze avanzate e specialistiche si avrebbero 21 modelli differenti e soprattutto si realizzerebbero nella sede naturale della identificazione di nuove competenze e della migliore loro collocazione normativa e contrattuale qual è la sede negoziale ed attuando così quello che prevede la nuova direttiva europea sulle competenze di infermiere, ostetrica ecc.

Concretizzando l'impegno assunto con la Presidente nazionale Ispasvi, Barbara Mangiacavalli, dopo aver ricevuto le designazioni della rappresentanza professionale e sindacale, delle Regioni, dell'Agens e delle competenti Direzioni Generali del ministero della Salute sto

per convocare il 25 maggio il Tavolo tecnico sulla professione infermieristica che riprenda il cammino interrotto con il precedente positivo del Comitato Ministeriale sulle scienze infermieristiche insediato dal Ministro Turco e costituisca l'organismo tecnico che permetta al "sapere infermieristico" di contribuire alla scelte di programmazione sanitaria ed al loro verifica.

Nel nostro Paese, così come accade a livello internazionale, l'istanza di garantire percorsi di cura in grado di offrire risposte appropriate ai bisogni emergenti di salute, nel rispetto dei vincoli economici imposti al Ssn, fa emergere la necessità di rimodulare in termini organizzativo - gestionali le attuali modalità di erogazione del servizio.

In tale, mutato contesto, assume valenza imprescindibile la valorizzazione delle competenze di tutti i professionisti coinvolti in tale ambito; in particolare, si evidenziano le competenze che la professione infermieristica ha raggiunto in ragione sia dei percorsi formativi sia dell'esperienza maturata e sviluppata nella realtà quotidiana in coerenza al vigente quadro normativo di riferimento, così come riformato in profondità dall'insieme delle norme e leggi che hanno attuato la riforma della professione infermieristica.

Purtroppo, per alcune di esse, non c'è stata integrale attuazione con effetti e ricadute negative nella realtà per i cittadini e per gli stessi operatori.

Alcune problematiche che saranno al centro del Tavolo tecnico per la professione infermieristica e per le quali elaborare le relative proposte:

- ♦ linee-guida relativamente all'assistenza residenziale: anziani, pazienti psichiatrici, rems;
- ♦ linee-guida relativamente agli standard ospedalieri/territoriali di riferimento per le dotazioni organiche comprensive di linee di indirizzo per la gestione delle risorse con prescrizioni.
- ♦ linee di indirizzo per l'appropriato utilizzo di risorse umane all'ingresso del

percorso e al termine dello stesso per i professionisti con età maggiore ai 55 anni o impegnato in attività ad elevata usura.

- ♦ linee-guida relativamente agli ambiti di competenza avanzata e delle conseguenti aree di prescrittività infermieristica;
- ♦ linee-guida per la definizione di attività dell'operatore socio sanitario (Oss) secondo quanto previsto dal vigente accordo in materia;
- ♦ linee di regolamentazione dello sviluppo dell'assistenza infermieristica nell'ambito di comunità, cure domiciliari, servizi ambulatoriali e territoriali;
- ♦ linee di indirizzo per la regolamentazione, negli ambiti socio assistenziale sanitario a regime privato convenzionato e non, dell'utilizzo e riconoscimento dell'infermiere;
- ♦ linee-guida per l'attuazione di quanto previsto dall'art.1, comma 3 della legge 251/00 e cioè "l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata";
- ♦ definizione/ridefinizione dei percorsi di studio degli infermieri e dei modelli formativi utilizzabili;
- ♦ sviluppo dell'attività di ricerca infermieristica;
- ♦ elaborazione di proposte per l'individuazione delle competenze degli infermieri specialisti in attuazione dell'articolo 6 della legge 43/06 nelle aree indicate dalla proposta di Accordo Stato-Regioni sulle competenze avanzate e specialistiche delle professioni infermieristiche.

È certamente una sfida e un impegno notevole che si richiederà a questo Tavolo tecnico ma costituisce un passaggio indispensabile per implementare la capacità ed il potenziale programmatico e organizzativo del Ssn in virtù anche delle conoscenze e delle idee della professione infermieristica".

## Collegio in piazza il 12 giugno Al gazebo Zingaretti e Lena

**U**na giornata speciale per celebrare insieme ai cittadini la nostra professione, la nostra missione, la nostra passione. Quest'anno, la "Giornata Internazionale dell'Infermiere", grazie al Collegio Ipasvi di Roma, è approdata in una delle piazze più belle e famose del mondo, piazza del Popolo, per rinsaldare il "Patto Infermieri-Cittadini" all'insegna del coinvolgimento e della conoscenza reciproca.

Il 12 maggio scorso, infatti, è stato allestito un gazebo per tutto il giorno, allo scopo di incontrare i romani, le loro fa-

miglie, i turisti che si sono intrattenuti per conoscere la professione e interagire con il nutrito gruppo di professionisti presenti.

Offerta a tutti gratuitamente la misurazione della pressione e informazioni preziose sulla prevenzione e il trattamento delle patologie più diffuse.

Un'ottima occasione per divulgare informazioni sui corretti stili di vita e sulla prevenzione sanitaria per contribuire a mantenere lo stato di salute ed evidenziare contestualmente le specifiche competenze che l'infermiere può mettere a di-

sposizione per migliorare le condizioni di vita della popolazione.

Tra le figure istituzionali che hanno testimoniato la propria presenza: il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, accompagnato dal presidente della commissione Politiche sociali e Salute del Consiglio regionale, Rodolfo Lena. "Le due buone notizie che ho da darvi sono queste - ha detto, per l'occasione, Zingaretti - la prima è che, dopo 16 anni, finalmente c'è il concorso in atto e tutti avranno il dirigente infermieristico nelle Asl; la seconda è che anche sul fronte



Zingaretti con la presidente Ipasvi Roma Pulimeno



Il presidente

del lavoro sta cambiando tutto. Siamo ancora sotto commissariamento, però, il disavanzo cala in maniera consistente. Era di circa 800 milioni nel 2013 e sarà di circa 250 quello del 2015. Il tavolo di rientro lo dovrà certificare, ma sarà comunque un ottimo risultato”.

Rispetto al quadro sanitario regionale, Zingaretti ha aggiunto: “Quanto fatto finora ci ha permesso di affrontare il blocco del turnover che, già oggi, non è più del 10%, ma è del 40%. Se manteniamo questo trend, sarà poi del 50%, del 60% e poi al 100%. Nel 2013, tutte le assunzioni nel Lazio furono circa 70, e a maggio del 2016 siamo già arrivati a 460. Nei bandi che stanno uscendo, il personale infermieristico sarà più degli altri. La strada è molto lunga però la fase di distruzione è finita, ora siamo nella fase della costruzione. Il nostro obiettivo è di creare un sistema sanitario regionale in cui gli ospedali sono soltanto una delle offerte messe in campo. Il modello ospedale-centrico non regge più”, ha concluso.



Il presidente della Regione Zingaretti



della commissione Salute Lena



I cittadini al gazebo Ipasvi

# All'Enpapi il Cecri dà lezioni di Storia dell'Infermieristica

**C**on il patrocinio dell'Enpapi, della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi e del Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing at the University of Pennsylvania, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) ha dato appuntamento, lo scorso 13 maggio, a docenti ed esperti del settore per una giornata di studi dal titolo: "Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute".

La storia del *nursing* è complessa e, tuttavia, per molte persone è una storia non ricchissima.

Gli eventi storici più comuni sono limitati agli eventi che segnano un avanzamento professionale o alla creazione di percorsi educativi formali o all'introduzione di regole e norme ordinistiche.

"Non è casuale che certe cose avvengano in un dato momento storico che è giusto, e si rivela tale, per indirizzare in avanti le politiche di salute", ha spiegato **Julie Fairman**, docente di Storia del Nursing al Barbara Bates Center dell'Università della Pennsylvania.

Durante il suo intervento ("La storia ha il suo peso: il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute"), Fairman ha sottolineato quanto la sanità pubblica "per essere alla portata di tutti ha bisogno di politiche adatte, scritte ad hoc; politiche che diano risposte efficienti. E per farlo, non ci si deve rivolgere sempre e solo ai medici – ha continuato –: è arrivato il momento di chiedere anche agli infermieri e di mettere in pratica le risposte già date e, per dire così, 'messe da parte' sin dagli anni '70. Perché i grandi cambiamenti nell'ambito

accademico hanno permesso agli infermieri di avere, non solo laurea e dottorato, ma anche una competenza sempre più avanzata, per offrire un'assistenza sempre più di qualità. Dagli anni '80, la categoria ha cominciato a fare breccia nel cuore degli assistiti, al punto che si sono affermati a tal punto da non essere più invisibili neppure per i media". Poi, negli Usa, nel 2010, il noto Report sanitario dall'Istituto di Medicina rivelò a tutti gli ammodernamenti subiti dalla professione e la diffusione di dati e opinioni di infermieri sui maggiori network contribuiscono a veicolare più messaggi, tanto da arrivare a far interessare sponsor privati che presero a cuore la questione infermieristica, infondendo denaro per sponsorizzare progetti di ricerca. "In qualche caso – ha concluso Julie Fairman –, perfino i medici ci hanno sostenuto. Perché una cosa è chiara: per raggiungere risultati importanti bisogna 'fare sistema' e l'infermiere non può, e non deve, sottrarsi più al suo ruolo autorevole nella rivoluzione sanitaria in atto". E se lo scopo precipuo della battaglia portata avanti dagli infermieri di questo millennio resta la salute del cittadino, allora è innegabile, come ha sottolineato il vicepresidente Ipasvi Roma e direttore del Polo della Pratica Clinica del Cecri, **Stefano Casciato**, che: "Gli infermieri protagonisti del cambiamento sanitario si alleano con la gente, stringono patti etici con tutti i protagonisti della storia e fanno venir fuori le idee, specie nei momenti di crisi. È l'infermiere – ha chiosato – la figura che, oggi come oggi, può davvero cambiare la sanità, perché tiene conto della complessità clinica dei pa-

zienti e della necessità di portare avanti il sistema sanitario tutto, forte della sua formazione avanzata e della sua operatività. Operatività che, in un futuro non troppo prossimo, dovrà incrementarsi anche sul territorio".

"Gli infermieri hanno compreso i cambiamenti in atto – ha detto **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del Cecri, nel suo intervento: 'Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute in Italia' – anzi li hanno cavalcati. Da italiani, i nostri infermieri hanno un passato importante impresso nel dna: sono figli di un sistema sanitario solidaristico che, però, negli ultimi anni, si sta sgretolando e per il quale bisogna, oggi, correre ai ripari. In effetti, ed essendo rimasti in pochi, come possiamo fare noi a non diventare un sistema sanitario privato come quello americano? Lottando assieme, ragionando in maniera integrata, anche nella formazione accademica; cercando di imparare dalla storia degli altri, e, possibilmente, dai loro errori. L'infermiere italiano, ora, è un professionista conscio del suo ruolo e della sua formazione, ma il dibattito resta aperto: tanto è stato fatto, ma tanto ancora c'è da fare".

Le due figure di "Florence Nightingale e Cristina Trivulzio di Belgiojoso: tra mito e realtà" sono state affidate alla dissertazione di **Loreto Lancia**, professore associato di Nursing dell'Università dell'Aquila. Due figure emblematiche per la professione infermieristica con tanti punti di contatto. Entrambe ricche, volitive, colte e coraggiose: l'una, mandata dal ministro della Guerra inglese, nel 1854, a sovrintendere gli ospedali nazio-



nali in Turchia; l'altra, da Mazzini, ad organizzare gli ospedali della Repubblica romana del 1849. Dalla Guerra di Crimea, Florence raccoglie dati e li analizza, creando, *in nuce*, il nursing moderno basato su prove di efficacia. Nel 1860, fonda la prima scuola per infermiere, annessa al Saint Thomas Hospital, che costituisce il primo centro di formazione infermieristica di tipo moderno, la Scuola Nightingale, con un percorso formativo delle infermiere, dalle regole ferree. Lancia ha discusso a lungo, e con partecipazione, delle maggiori analogie tra le due: avevano capito l'importanza dei determinanti e dei prerequisiti della salute e in particolare l'importanza delle condizioni socio-ambientali sullo sviluppo della salute individuale e collettiva; non sono sottostate alla condizione della donna dell'epoca; sono state animate da un forte spirito religioso; e, benché spesso malate, all'atto pratico si sono dimostrate infaticabili, devote e generose nell'assistenza. Inoltre, anche contrastate dagli uomini, hanno scritto moltissimo.

Poi, sul finire dell'intervento, lo spunto di riflessione: "Ma, viste come sono poi andate le cose, se all'inizio del '900 anche l'Italia avesse aderito al nursing alla maniera inglese, oggi si starebbe meglio?". "Il primo esempio italiano di scuola su modello Nightingale – ha risposto la presidente del Collegio Ispasvi di Roma, nonché direttore del Polo per l'Istruzione del Cecri, **Ausilia Pulimeno** – è stato il convitto Regina Elena della capitale, istituto laico in cui si formavano le infermiere professionali, una scuola di eccellenza, in cui io stessa mi sono diplomata e che avrebbe portato il 'modello inglese' anche altrove, nella penisola". "Lo studente di Infermieristica – ha quindi fatto notare Lancia – ha bene a mente che, alle spalle, ha secoli di storia di accoglienza. Ma forse, fra le nostre lacune più gravi, più che il non aver abbracciato il modello Nightingale, è che continuiamo a formare professionisti per l'ospedale e non per il territorio e la famiglia. Le competenze avanzate devono andare anche in questa direzione".

Tanti spunti approfonditi anche durante la tavola rotonda a cui ha partecipato, oltre a Rocco, Pulimeno, Fairman e Lancia, Cecilia Sironi, presidente Consociazione nazionale Associazioni Infermieri (Cnai) con un accorato intervento sulla necessità di scrivere la Storia del Nursing perché "è nella storia che si trovano le risposte giuste per affrontare meglio il futuro". Una tesi riscontrata anche nella proiezione del filmato dei primi 50 anni di Storia degli infermieri italiani. "Conoscere il passato – ha detto Rocco – significa comprendere meglio quanto verrà. Nel Cecri stiamo investendo parecchio sul tema, cercando di colmare il gap, dedicando alla storia ben tre filoni di ricerca. Confrontarsi e leggere criticamente i fatti ci consente di capire anche la direzione da imboccare oggi, quando, più che mai, bisogna riscoprire la figura dell'infermiere in famiglia e nelle scuole per educare anche la popolazione in tal senso".

"Per la storia che hanno alle spalle, gli infermieri indirizzano ancora poco le politiche della salute – ha aggiunto **Cecilia Sironi** –. Non sono negli organismi decisionali, anche se qualcosa si muove. Per progredire, però, è necessario avere una chiara identità professionale. Gli studenti che iniziano il loro percorso, i professionisti sul luogo di lavoro sanno a quale 'famiglia' appartengono e perché? Conoscere la propria storia serve anche ad essere orgogliosi di sé e di quanto si sta facendo. Capire le proprie radici per il nostro percorso di formazione, umana e professionale, non è cosa da sottovalutare. Non sono solo i grandi nomi a fare la storia: essa viene scritta ogni giorno, da quanti fanno bene il loro lavoro. Portare più avanti il nursing non significa dimenticare l'Infermieristica di base. La storia aiuta a non perdersi, a non confondersi".

Parole che trovano conferma nell'organizzazione, per il 2020, a Firenze, di una giornata di studi storici in occasione delle celebrazioni per i 200 anni della Nightingale.



Il Collegio Ipasvi di Roma ha sviluppato una propensione nella formazione e su "come ci si sente infermiere", perché: "l'identità professionale – ha detto la presidente Pulimeno – va interiorizzata prima dai docenti e poi dai discenti. I problemi interni devono passare in secondo piano, si dovrebbe smettere di autodistruggersi, se vogliamo ottenere risultati più significativi".

Sì, perché l'identità professionale passa anche per la dignità, che, a sua volta passa da se stessi per arrivare agli altri: Julie Fairman ha ricordato che, negli States, da un recente sondaggio, è emerso che gli infermieri sono i professionisti più rispettati del Paese, per cui: "Non è un caso, se gli sponsor anche privati non ci mancano; se veniamo supportati con importanti finanziamenti".

Da noi sarebbe lo stesso?

Qualche risposta è arrivata più tardi, attraverso gli interventi moderati dal ricercatore Cecri Alessandro Stievano, con i "Progetti di ricerca tra il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-Ipasvi Roma e il Barbara Bates Center per lo studio della Storia del Nursing-University of Pennsylvania", al centro dell'apertura dei lavori pomeri-

diani.

"Non ci siamo lasciati sfuggire l'occasione del giubileo voluto da Papa Francesco – ha spiegato Stievano –. Sarà la prima volta, in Italia, che una ricerca infermieristica sarà letta in chiave, diciamo così, 'sociologica'. Prevediamo grossi afflussi di fedeli e pellegrini, non ultimi quelli che avranno bisogno del supporto di infermieri volontari che accompagneranno quelli malati, i disabili cronici. A loro sarà indirizzato un questionario che pubblicheremo on line sul portale della Federazione. Il Collegio Ipasvi di Roma ed il Barbara Bates Institute lavoreranno assieme, in futuro, per sviluppare progetti comuni, magari anche quello di una revisione sistematica del ruolo degli enti regolatori nell'affrontare il fenomeno della, cosiddetta, 'migrazione infermieristica', visto che, specie negli ultimi tre anni, troppi giovani formati nel nostro Paese, hanno poi deciso di andare via". Intanto, Fairman sarà ospite in Italia, nel 2017, per tenere un seminario proprio sul Nursing e la Storia legata a questo. In chiusura, doppio intervento storiografico affidato, l'uno ad **Alessandro Fabbri**, ricercatore all'Università Alma Mater di Bologna, con: "La storia del nursing: l'in-

fermieristica italiana nell'età del Risorgimento" e l'altro a **Fatima Masucci**, dell'Irccs Bambino Gesù di Roma con: "Dall'assistenza all'infanzia all'infermieristica pediatrica: immagini e documenti di una professione in continua evoluzione in Italia e in Europa".

Probabilmente, più che mai, attraverso le loro sintesi, si è palesata più chiaramente la necessità di approfondire e diffondere la storiografia del nursing, la necessità di investire in una materia che, all'apparenza singolare, si riconosce poi estremamente radicata in quella più generale di un Paese, specie se riferita a taluni periodi o a certe fasce di popolazione.

"La celebrazione della Giornata dell'Infermiere è un momento importante in cui si tirano le somme di quanto fatto e ci si prepara al da farsi", ha detto il presidente onorario del Cecri, **Dyanne Alfonso**. "Nuove società equivalgono a nuovi saperi, e, con essi, aumenta la necessità di collaborare tra le associazioni di categoria per il bene ultimo: la salute delle persone. L'infermieristica può rispondere alle nuove esigenze sociali e la storia è fondamentale per guidarci verso il futuro. Gran parte del mondo infermieristico, anche per la congiuntura temporale legata alla 'questione migranti', guarda all'Italia, a come scioglierà i suoi nodi, come valuterà i bisogni delle persone. I politici chiedono un documento sanitario di sintesi che gli faciliti il compito di legiferare al riguardo, come accadde in America, nel 2010, con il Report. Le partnership del Cecri con le Università italiane e straniere sono una delle chiavi per il futuro, ma, intanto, bisognerà dare più fiducia ai giovani, più ascolto ai 'pionieri' della professione ed unire le forze in virtù di una visione comune; fare campagne pubblicitarie, farsi conoscere di più – ha concluso –. La cultura del nursing non è ancora abbastanza solida: è necessario portare avanti lo 'spirito' dell'Infermieristica, guardando alla modernità, senza dimenticare l'umanità".

*Tiziana Mercurio*

## Roma vota la sua nuova classe dirigente Cosa cambia per gli infermieri?

**D**opo gli incoraggianti annunci di nuove assunzioni e concorsi finalmente sbloccati, la primavera 2016 si annuncia ancora tempestosa per tanti infermieri.

I media registrano così l'addensarsi di nuove nubi sulla sanità romana, ma pure qualche squarcio di sereno. Note dolenti arrivano da una struttura sanitaria d'eccellenza come l'Idi.

**la Repubblica** (10/3/16) annuncia: "Cassa integrazione per duecento all'Idi". Il servizio spiega: "Duecento dipendenti dell'Idi finiscono in cassa integrazione, una scelta vissuta dai più come anticamera dei licenziamenti. All'origine del ricorso ci sarebbe il taglio di oltre dieci milioni ai budget del Dermopatico dell'Immacolata e di Villa Paola (1.180 addetti in tutto)".

Non è solo lo storico istituto a soffrire.

Lo stesso giorno **La Repubblica** titola "Fatebenefratelli a rischio esuberi. Incontro coi vertici". Si legge: "Ennesimo nodo da sciogliere nella sanità privata accreditata: è stato fissato per oggi un incontro tra sindacati e i vertici del Fatebenefratelli, sull'Isola Tiberina, per fare un punto sul piano di rientro e iniziare a buttare le basi per il rilancio della struttura. Su tutto, però, si allunga l'ombra dei 200 esuberi annunciati nel piano di rientro".

Ombre ma pure qualche luce sul rilancio della sanità romana.

**CORRIERE DELLA SERA** Il Corriere della Sera (12/3/16) scrive: "Riparte l'ospedale Israelitico". L'articolo spiega: "L'ospedale Israelitico torna ad offrire i servizi in convenzione con il Sistema sanitario nazionale. Il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, ha firmato ieri i primi due decreti per l'accreditamento delle sedi di via Fulda e di via Veronese, riducendo da 126 a 114 i posti letto tra degenza ordinaria e day hospital. Riparte così l'attività medico-chirurgica dell'ospedale dopo lo stop dovuto alla tempesta giudiziaria dello scorso ottobre su un presunto giro milionario di rimborsi per interventi mai eseguiti. Dopo la batosta che ha colpito i vertici dell'Israelitico, la Regione aveva sospeso l'autorizzazione sanitaria e revocato l'accreditamento". Il disagio degli operatori sanitari è forte e diffuso. Si fanno sentire anche le ostetriche.

**la Repubblica** **La Repubblica** (12/3/16) titola "Partorire a Roma costa troppo: la denuncia delle ostetriche". Il servizio riferisce: "«Per la gestazione, la nascita e il puerperio si arriva a pagare fino a 5 mila euro», denunciano Maria Vicario e Maria Lisa Coluzzi, presidente e segretaria della Federazione nazionale dei Collegi delle ostetriche. E se si va dai privati non accreditati con il Servizio sanitario l'importo raddoppia. Nella Regione si fa assistere dagli ospedali o dalle cliniche in convenzione l'83% delle gestanti, di fronte al-

l'88 della media nazionale".

Intanto, i cittadini e gli operatori sanitari romani assistono al degrado di un'altra struttura storica.

**IL TEMPO** Il Tempo (15/3/16) lancia l'allarme: "Servono 300 milioni per «curare» il Forlanini". Si legge: "La Regione a caccia di quattrini per il Forlanini: «C'è bisogno di un grande investimento pubblico di 250-300 milioni di euro per risistemarlo». Così, la cabina di regia della sanità laziale ha quantificato il budget per il recupero dell'ex ospedale, chiuso nel giugno scorso, 81 anni dopo la sua costruzione. Per sottrarre al progressivo degrado i 125 mila metri quadrati tra la Portuense e piazza Forlanini la Regione chiamerà a raccolta «il Comune e i Municipi per dare una nuova missione a questo pezzo di città», ha detto il responsabile della Cabina di regia della sanità, Alessio D'Amato. Per il quale, però, è da escludere un ritorno dell'immobile alla sua funzione sanitaria". Fa molto discutere il nuovo piano di riordino delle Asl del Lazio e i timori per il mega accorpamento annunciato non mancano.

**Il Tempo** (17/3/16) titola: "Il piano della maxi-Asl che dovrebbe rivoluzionare l'assistenza sanitaria". L'articolo spiega: "Si articola in sei distretti sanitari territoriali e due Presidi Ospedalieri: il Sandro Pertini e il Sant'Eugenio/Cto. Sul territorio viene inoltre gestita, con proprio personale, l'attività assistenziale per le persone ristrette nel Polo Penitenziario Rebibbia. 2.092 i posti letto complessivi. Sul fronte della dotazione organica, l'azienda ha assorbito, al 1 gennaio 2016, 3.774 risorse dalla ex Asl RmB e 4.580 risorse dalla ex RmC per un totale di 8.354 unità. In applicazione delle linee guida regionali, viene applicato un taglio del 5% a tutte le unità operative su base territoriale e ospedaliera: da 371 a 353. E in bilico sarebbe il futuro dei quasi 300 lavoratori che, tramite le cooperative, facevano riferimento alla ex Asl RmC".

I quotidiani registrano una tregua per gli operatori delle Rsa alle prese con drammatici tagli e riduzioni di personale. **Il Tempo** (26/3/16) annuncia: "Rsa, raggiunta l'intesa. Salario salvato". E spiega: "Raggiunto l'accordo tra Regione Lazio, parti datoriali e organizzazioni sindacali per una nuova regolamentazione delle Rsa. La vertenza è iniziata a settembre con la minaccia da parte di Aris e Aiop di tagliare del 50% il salario di 10 mila lavoratori per poter far fronte alla crisi del settore".

Eppure, nonostante qualche segno di miglioramento, la sanità laziale è ancora malata.

Lo ribadisce la Corte dei Conti, calcolando il tasso di pendolarismo sanitario. E la stampa si scatena. **Il Tempo** (29/3/16) titola "Lazio, troppi ricoveri fuori Regione". Il quotidiano romano riferisce del "Rapporto 2016 sul coordinamento della Finanza pubblica" pubblicato dalla Corte dei Conti e scrive: "Il Lazio svetta

sul podio delle peggiori Regioni per «mobilità passiva»: è al terzo posto (dietro Campania e Calabria) con 201 milioni e 575 mila euro, per i rimborsi dovuti alle altre Regioni a causa delle prestazioni sanitarie erogate ai residenti laziali. Un «pendolarismo sanitario» che è quasi quadruplicato negli ultimi 4 anni”.

Sui media nazionali torna il solito “tiro al piccione” indiscriminato sulla professione infermieristica, con il caso della presunta infermiera killer di Piombino, accusata di aver ucciso 13 pazienti con iniezioni letali di eparina. Il caso si smonterà presto e i media torneranno ad ignorarlo.

Intanto, però, un altro po’ di fango mediatico sugli infermieri è stato gettato.

**la Repubblica** Buone notizie sul fronte dei conti sanitari della Regione. **La Repubblica** (5/4/16) annuncia: “Deficit sanitario: rimonta del Lazio, un caso virtuoso”. Si legge: “Qualcosa è cambiato nel Lazio, e ad attestarlo nel corso di un convegno che si è svolto nella sede della giunta regionale il ministro dell’Economia, Pier Carlo Padoan, che ha mostrato grande apprezzamento per l’operato dell’amministrazione locale, partita da una complessa situazione di dissesto ereditata dalle amministrazioni precedenti. Il disavanzo sanitario, che nel 2006 sfiorava i due miliardi, si è ridotto a 355 milioni nel bilancio 2014, una tendenza che continua”.

Cala il debito, ma diminuisce ancor di più il personale sanitario tanto da mettere a rischio la sussistenza di molti servizi a Roma

e nella provincia. **Il Tempo** (6/4/16) rilancia l’allarme con il titolo “Poco personale in corsia: «Sbloccare il turnover””. Il servizio riferisce: “Negli ultimi 8 anni il sistema sanitario regionale ha perduto 9035 tra medici, infermieri, tecnici ed ausiliari. E la «percentuale di autorizzazioni ad assumere in parziale deroga al blocco del turnover non è più in grado di soddisfare l’efficienza delle strutture, anche al fine di garantire la corretta erogazione dei Lea», ha ammesso il sub-commissario per l’attuazione del piano di rientro, Giovanni Bissoni, nel corso dell’audizione resa davanti alla Commissione Salute del Consiglio regionale sulle nuove linee di indirizzo dei programmi operativi del triennio 2016-2018. Bissoni ritiene ora «necessario uno sblocco progressivo del turnover, attribuendo, a ciascuna azienda, la programmazione delle assunzioni nell’ambito del budget concordato e degli obiettivi di riordino e miglioramento dei servizi, ferma restando la salvaguardia dell’equilibrio economico-finanziario». Che resta l’obiettivo dopo «la riduzione del costo personale (-269 milioni nel 2014, ossia -9,3% rispetto al 2004) e dell’effetto del blocco del turnover per gli anni 2007-2015 (riduzione di 9.035 unità)””.

Controllare il deficit non basta per tirare un sospiro di sollievo.

**la Repubblica** **La Repubblica** (7/4/16) titola: “Regione, deficit sotto controllo. Ma per sei ospedali c’è il rischio commissario”. Si tratta, scrive il quotidiano, di un “occhio preoccupato” al disavanzo di sei ospedali: i policlinici universitari Umberto I, Sant’Andrea e Tor Vergata, le aziende San Camillo e San Giovanni, gli Istituti fisioterapici ospitalieri (Regina Elena e San Gallicano), che da soli pre-

sentano un saldo negativo tra entrate e uscite di 660 milioni”. Ospedali romani in difficoltà anche sul fronte igienico.

**LEGGO**  
ROMA

**Leggo Roma** (13/4/16) titola “Ospedali, igiene a rischio per lo sciopero della fame”. E racconta della clamorosa protesta: “Dagli stipendi che saltano al licenziamento il passo è stato breve e decisamente allarmante. A rischio l’igiene negli ospedali. Prosegue la protesta infinita degli addetti alle pulizie di grandi ospedali come il Cto, il Sant’Eugenio e il Grassi di Ostia che ora tentano il tutto per tutto con uno sciopero della fame a oltranza. È la triste vicenda dei lavoratori della Ma.ca. Srl”.

Nel frattempo, l’infermiera di Piombino finita nel tritacarne mediatico per le morti sospette in ospedale esce dal carcere e torna libera. Ma, per un caso che si sgonfia, ce ne sono altri che gridano vendetta. Come per l’articolo pubblicato in cronaca di

**Il Messaggero**

Roma da **Il Messaggero** (22/4/16) con il titolo “Presenta tre certificati medici falsi: infermiere del San Camillo licenziato”. È la solita “bufala” che tira in ballo gli infermieri anche quando non hanno nulla a che vedere con i fatti. L’operatore licenziato non è affatto un infermiere. Il **Collegio Ispasvi di Roma** si risente e la presidente Pulimeno scrive al direttore del quotidiano romano. “Purtroppo - si legge nella lettera - tirare in ballo, senza alcun motivo, gli infermieri romani in squalificanti episodi di cronaca sembra divenuta una malsana quanto incomprensibile abitudine, tanto che negli ultimi mesi questo Collegio è dovuto intervenire più volte per ristabilire la verità sulle qualifiche professionali di soggetti che nulla hanno a che fare con la professione infermieristica”. E ancora: “Le ricordo che gli infermieri romani sono impegnati quotidianamente in una difficilissima battaglia per la sopravvivenza di servizi essenziali alla popolazione e che con grande abnegazione, a costo di enormi sacrifici personali, tengono in piedi il servizio sanitario. Dispiace doppiamente, perciò, essere denigrati senza che ve ne sia alcun motivo. Un comportamento che lede la dignità professionale di tutti gli infermieri e che il Collegio non intende più tollerare riservandosi ogni opportuna azione a tutela dell’onorabilità dei suoi iscritti”.

**IL TEMPO**

**Il Tempo** (24/4/16) tira le somme dei tagli che si sono abbattuti sul personale sanitario negli ultimi anni. “Medici e infermieri: emorragia nel Lazio”. “Lo stato di salute precario della sanità laziale, fiaccato dalla perdita di ben 9.035 operatori negli ultimi 8 anni, fa fatica a trovare una sua stabilizzazione - si legge nel servizio - Negli ultimi 10 anni l’organico dei servizi essenziali si è ridotto del 30%, a fronte della perdita di 3.600 posti letto (di cui 2.177 nella sola Roma), con una carenza di un migliaio di medici, 3.706 infermieri e altre migliaia di figure tra operatori socio-sanitari e tecnici di laboratorio. Oltre un terzo (il 35%) degli operatori sanitari ha un’età media di 54 anni, innalzata anche dal blocco del turnover che, fino al 2014, ha consentito alla Regione di assumere solo il 10% del personale andato in pensione. Da quest’anno la percentuale è stata incrementata fino al 30% e, dal febbraio scorso, la Regione ha annunciato 394 nuove assun-

zioni. Però la nuova trasfusione di camici bianchi non basta ad evitare il rischio-collasso”.

La stampa torna ad occuparsi di infermieri, una volta tanto per esaltarne il valore e il coraggio.

Lo scenario è quello del tragico incendio che ha colpito l'ospedale San Camillo il primo maggio scorso, causando la morte di un paziente. I quotidiani non mancano di sottolineare l'intervento provvidenziale degli infermieri e dei medici in servizio che ha evitato altre vittime.

**CORRIERE DELLA SERA** Il Corriere della Sera (3/5/16) titola “San Camillo, inchiesta sui soccorsi”. E riferisce: “Un rogo violento, divampato in pochi istanti, in una stanza con materiali ignifughi e con l'impianto antincendio perfettamente funzionante. È giallo al San Camillo sulla morte del paziente moldavo, la Procura indaga per omicidio colposo. Inchiesta anche sui soccorsi. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha elogiato medici e infermieri:

**Il Messaggero** «Bravissimi». Il Messaggero (4/5/16) aggiunge: “San Camillo, chiude due mesi l'ala del rogo”. E precisa: “Serviranno almeno due mesi per riaprire l'ala del reparto di medicina del San Camillo danneggiata dal rogo sviluppatosi nella notte tra sabato e domenica. Per ora i sedici posti letto inutilizzabili sono stati recuperati usando quelli del day hospital. I due mesi per i lavori andranno però conteggiati da quando la procura non riterrà più necessario il sequestro disposto per ragioni investigative”.

Infermieri romani protagonisti sui media anche per il successo dell'iniziativa messa in campo dal Collegio Ipasvi il 12 maggio in occasione della “Giornata internazionale dell'Infermiere 2016”. Il “Gazebo della salute” allestito in Piazza del Popolo è piaciuto subito al variegato mondo dell'informazione sin dal suo annuncio.

 Sul suo sito **Quotidianosanità.it** (11/5/16) spiega: “Per tutti informazioni sulla salute e misurazione della pressione. L'obiettivo è rinsaldare il 'Patto infermieri-cittadini', contribuire a mantenere lo stato di salute della popolazione ed evidenziare le specifiche competenze dell'infermiere”.

 Se ne occupa anche l'**Ansa** (12/5/16), la più importante agenzia di stampa italiana, che rilancia a tutte le testate con un dispaccio le dichiarazioni della presidente Pulimeno: “Controllo della pressione e dell'ossigenazione del sangue, campagna informativa sui corretti stili di vita e i principali problemi di salute. Così, il Collegio Ipasvi di Roma celebra, oggi, a Piazza del Popolo, la Giornata internazionale dell'Infermiere che si festeggia oggi in tutto il mondo mentre iniziative simili sono in corso in molte altre città italiane. Circa 460mila gli infermieri nel nostro Paese, di cui ben 32.000 sono iscritti all'Albo professionale del Collegio di Roma, il più grande in Italia. Stretti tra precariato e disoccupazione dettati dal blocco del turnover nelle regioni sottoposte a piani di rientro, hanno deciso oggi di far sentire la propria voce. «Abbiamo deciso di scendere in piazza con professionisti e studenti universitari del corso di Laurea in Infermieristica per essere vicini al cittadino», spiega Lia Pulimeno, presidente del Collegio Ipasvi di Roma e infer-

miera per oltre 40 anni. «Fino a stasera - aggiunge - saremo in piazza per offrire controlli gratuiti e per spiegare alle persone quale è il ruolo dell'infermiere nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e per rilanciare l'immagine della nostra professione ancora poco valorizzata nel nostro Paese»”.

Agenzie di stampa e giornalisti mobilitati anche per la visita al gazebo dell'Ipasvi di alcuni ospiti d'eccezione: il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, il presidente della Commissione Salute e Politiche Sociali del Consiglio Regionale del Lazio, Rodolfo Lena, il responsabile della cabina di regia per la Sanità del Lazio, Alessio D'Amato. Sottoponendosi al mini checkup, Zingaretti sottolineò gli sforzi della Regione per adeguare gli organici e lo sblocco del concorso per assegnare a ciascuna Asl un dirigente infermieristico. “Quanto fatto finora ci ha permesso di affrontare il blocco del turnover che già oggi non è più del 10%, ma è del 40% - ha aggiunto il governatore -. Se manteniamo questo trend, sarà poi del 50%, del 60% e poi al 100%. Nel 2013 tutte le assunzioni nel Lazio furono circa 70, e a maggio del 2016 siamo già arrivati a 460. E nei bandi che stanno uscendo, il personale infermieristico sarà più degli altri. Il nostro obiettivo è creare un sistema sanitario regionale in cui gli ospedali sono soltanto una delle offerte messe in campo. Il modello ospedale-centrico non regge più”.

C'è di più nei piani della Regione: un deciso investimento sulla sanità romana.

**IL TEMPO** L'occasione arriva dall'intesa con il Governo sulle opere strategiche. Il **Tempo** (21/5/16) titola: “Un miliardo e mezzo per il Lazio”. Si legge: “Tra gli interventi più significativi la ristrutturazione di tutti i reparti maternità del Lazio, il rifacimento dell'intera rete consultori, i lavori al policlinico Umberto I e il nuovo ospedale dei Castelli”.

Ora anche i soldi ci sono. Non resta che passare ai fatti. Anche il governo nazionale si dice pronto a fare la sua parte. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, cerca di spegnere l'allarme generale per altri possibili tagli. In primo piano c'è il caso Ostia. Il **Tempo** (2/6/16) titola “Il ministro Lorenzin: «Il Cpo non chiuderà»”. E scrive: “Quelle relative alla chiusura del Cpo e al ridimensionamento del Grassi di Ostia sono «voci completamente infondate». Ad assicurarlo è il ministro della Salute”.

La situazione, però, si fa sempre più difficile e le statistiche tratteggiano uno scenario a tinte fosche. Il **Sole24Ore** (9/6/16) pubblica i dati dell'ultimo Rapporto Censis titolando “Sanità, 11 milioni rinunciano alle cure”. Si legge: “Corsa al privato, spesa a 34,5 miliardi, 80 euro a testa in più in due anni fa. Undici milioni di italiani (erano 9 milioni nel 2012) che rinviando le cure o vi rinunciano del tutto perché non ce la fanno a pagarsele”.

Intanto, Roma va al voto e la campagna elettorale non risparmia la sanità capitolina. I media raccolgono e rilanciano dichiarazioni a più non posso di una miriade di candidati, tra impegni, programmi, promesse e veleni. Poi, finalmente parlano le urne: Virginia Raggi diventa sindaco. Una nuova stagione per Roma? Cittadini e operatori sanitari, ora, si aspettano molto.



## Assemblea nazionale elettiva di Cives Maurizio Fiorda nuovo vicepresidente

**P**er il triennio 2016-2018, riconfermati Michele Fortuna, Rosaria Capotosto e Claudio Quarta, rispettivamente: presidente, direttore generale e tesoriere.

Tra le new entry, Maurizio Fiorda, consigliere del Collegio Ipasvi di Roma, eletto vicepresidente nazionale Cives onlus, in sostituzione di Giuseppe Occhipinti (Fiorda era già revisore dei conti). Con lui, Elvira Granata, già membro del direttivo nazionale, eletta a nuovo segretario nazionale, nonché, gli ingressi di: Francesca Marfella (Livorno), Elisa Di Tullio (Pescara), Francesco Barbero, Guido Amato (Napoli) che passa nel Collegio dei revisori dei conti in cui Gennaro Viscariello (Livorno) è stato sostituito da Antonio Panebianco (Messina).

"Nel 2012 - spiega Maurizio Fiorda - quando mi chiesero di costituire ed occuparmi del nucleo provinciale Cives di Roma l'ho fatto con serietà e dedizione. Certo, il mondo del volontariato era nuovo per me, ma vi ho scoperto una dimensione della nostra professione diversa da quella, diciamo così, istituzionale e questo mi ha sempre più convinto ad impegnarmi nell'associazione. Secondo me, è fondamentale che la figura dell'infermiere si faccia conoscere anche al di fuori dell'ospedale, specie in momenti particolari come quelli legati alle emergenze, ed anche per fare educazione sanitaria. Oggi, sono presidente del nucleo

provinciale di Roma e vicepresidente nazionale: cariche che mi hanno investito di responsabilità, ma che, al contempo, mi rendono orgoglioso. Spero di esserne all'altezza! Per il futuro ho grossi progetti: sicuramente il più importante è quello di far diventare il nucleo Cives di Roma tra i più significativi dell'associazione, e, all'esterno, sia nella protezione civile regionale che romana. Vorrei essere capace di convincere altri colleghi ad abbracciare questo tipo di volontariato: qui, dove un infermiere può esprimersi con tutta la sua professionalità. Io ci credo, credo nel vero volontariato e credo nei professionisti infermieri", ha concluso il consigliere del Collegio Ipasvi di Roma.

All'assemblea, sono intervenuti anche: Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale Ipasvi; Pierpaolo Pateri, componente del Comitato centrale della Federazione Ipasvi e del Comitato di garanzia nazionale Cives onlus e Salvatore Occhipinti, componente del collegio dei Revisori dei conti della Federazione Ipasvi e presidente del collegio nazionale dei Revisori dei conti di Cives onlus.

Nonché, in rappresentanza di Enpapi, Laura Bove, componente del Consiglio di indirizzo generale, portando il saluto di Mario Schiavon, presidente Enpapi, eletto all'assemblea anche nel Comitato di garanzia nazionale di Cives, a fianco di Mangiacavalli





e Pateri.

Nella relazione introduttiva, Michele Fortuna ha sottolineato quanto sia cresciuta l'associazione negli ultimi anni e quanto si sia investito e si investirà in futuro per consolidare la presenza e l'operatività territoriale dei nuclei, riportando sempre e comunque l'azione territoriale del singolo nucleo ad un agire sinergico, per rendere ancor più evidente l'unitarietà associativa di Cives. Nella relazione di missione, Rosaria Capotosto, ha tracciato il percorso fatto dall'Associazione dal 2010 ad oggi, descrivendo i sei anni di operatività illustrandone le varie tappe e i momenti salienti dell'operatività sul territorio nazionale e la progettualità sviluppata che ha permesso a Cives di essere quello che oggi esprime.

La presidente Barbara Mangiacavalli ha molto apprezzato quanto Cives sta realizzando, sottolineando i risultati dell'ultima campagna realizzata e cioè in emergenza e non, "Infermieri sempre in campo", ponendo l'attenzione sul fatto di aver trovato l'idea di parlare ai bambini molto utile per avere risultati più importanti. Inoltre, ha sottolineato l'agire nel rispetto

dei principi e dei valori deontologici che contraddistinguono l'azione del professionista infermiere, anche nel contesto del volontariato, e delle responsabilità alle quali si è sempre assoggettati. Ciò, plaudendo all'entusiasmo ed alla passione che ha avuto sempre modo di riscontrare nei soci volontari Cives nelle tante occasioni in cui è stata presente.

Approvati anche i bilanci consuntivo 2015 e di previsione 2016. Per l'occasione, si è avviato l'iter per alcune modifiche allo Statuto nazionale per renderlo più attuale e adatto all'operatività dei Nuclei provinciali di Cives.

## Un infermiere volontario alla parata del 2 giugno

In occasione del 2 giugno, l'annuale festa della Repubblica italiana, Francesco Valente, un infermiere Cives del nucleo provinciale di Roma, ha sfilato nella parata, a bordo dei mezzi del dipartimento della Protezione civile nazionale.

"Il 'nostro' Francesco sfilava anche per tutti gli infermieri italiani nel 70esimo anniversario della Repubblica italiana - ha spiegato Rosaria Capotosto, direttore generale nazionale del Cives, che ha coordinato e preso parte a molte di queste occasioni - e lo fa ricordando proprio l'impegno della nostra professione nelle tante missioni umanitarie italiane ed estere". "Una presenza che ci ha onorato moltissimo", le ha fatto eco Michele Fortuna, presidente nazionale Cives. "Che ci porta col pensiero a Giovanni Senes, presidente del nucleo Cives di Firenze, scomparso ad aprile, che ha scelto di fare l'ultimo viaggio con indosso la nostra uniforme e con accanto le medaglie guadagnate sul campo in missione per lo Stato italiano".



## Infermieri delle Forze Armate e della Polizia a confronto con l'Ipasvi

“**L**a prima giornata sull’infermieristica delle Forze Armate e della Polizia di Stato vuole essere un momento di attenzione nei confronti degli infermieri che questa Federazione rappresenta ma soprattutto la volontà di intraprendere una collaborazione costruttiva finalizzata al miglioramento della condizione del professionista infermiere militare e della Polizia - oggi circa quattromila unità -, risorsa irrinunciabile per le Amministrazioni in cui è inquadrato ma non di meno per la società civile e per il cittadino in qualsiasi contesto”. **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale Ipasvi, ha aperto così a Roma il convegno “L’infermiere militare nelle Forze Armate e di Polizia. Uno sguardo al passato, una riflessione sul presente ed una considerazione sul futuro”, al quale sono intervenuti i rappresentanti delle Forze armate e della Polizia e dei ministeri che a diverso titolo costituiscono i riferimenti di questi professionisti.

Un mondo, ha sottolineato Mangiacavalli, che ha un doppio ruolo di difesa: quello della salute e quello dei cittadini e della loro libertà e che rappresenta un’eccellenza per il nostro Paese, come è emerso dal confronto con altri grandi paesi europei.

Le ricadute positive di una riorganizzazione con finalità di innalzamento della qualità, anche e soprattutto in chiave di integrazione, riguardano principalmente la formazione professionale on the job, di assoluta necessità, soprattutto per la pluralizzazione delle mansioni e dei contesti operativo-relazionali (assolutamente indispensabile per una componente sanitaria, come quella militare, impegnata nell’assolvimento di compiti in costante evoluzione).

Questo riguarda non solo le emergenze, ma anche l’ordinaria amministrazione, sia le modalità di trattamento sia la strumentazione impiegata. Il tutto in un contesto caratterizzato dall’estrema variabilità delle condizioni di salute e da caratteristiche socio-culturali dei destinatari degli interventi sanitari che tendono a cambiare più rapidamente rispetto al passato.

La spinta all’integrazione con il Ssn potrebbe assolvere un ruolo cruciale in tale possibile processo.

A questo riguardo, vanno però adeguatamente considerate le dinamiche che caratterizzano il Ssn. Esigenze anche in questo caso di natura in primo luogo economica hanno determinato nella sanità civile una innovazione che presenta evidenti risvolti inerenti la cultura organizzativa.

Il riferimento va soprattutto alla progressiva diffusione dei concetti di accuratezza e appropriatezza, ma soprattutto dell’esigenza di non applicarli in senso generico, bensì di documentarne, quantificarne e, quindi, valutarne (in itinere, attraverso opportune azioni di monitoraggio, o ex post) l’effettiva o la mancata applicazione.

Alla luce di tale nuovo approccio organizzativo e gestionale del Ssn, nel caso di una cooperazione strutturale avanzata (una autentica integrazione) sarebbe praticamente inevitabile per le strutture (e gli operatori) del Sistema sanitario militare l’erogazione di servizi anche a pazienti non militari. Tale caratterizzazione, risulterebbe peraltro perfettamente allineata - come abbiamo visto - a quella delle organizzazioni sanitarie militari dei principali Paesi occidentali e ispirata sia dalla consapevolezza della strettissima relazione esistente tra volume di attività e qualità delle prestazioni (che potrebbe invece essere messa a rischio da un impegno operativo troppo votato alla gestione dello

straordinario) sia dalla conoscenza delle concrete opportunità di attirare risorse economiche non direttamente attribuite al bilancio della Difesa.

Al di là di quelli di natura economica, i principali benefici saranno quelli formativi, di cui beneficiranno i professionisti del Sistema sanitario militare. La tavola rotonda è stata interrotta per alcuni minuti da un evento speciale: i **saluti in diretta dei medici e infermieri del contingente italiano in Afghanistan**. La presidente e il riconoscimento dei partecipanti che hanno a lungo applaudito il collegamento e i colleghi ha sottolineato che gli operatori sanitari militari nei luoghi di guerra rappresentano l’orgoglio italiano nei campi dove tutti i giorni vivono in maniera diretta il dolore, la sofferenza e la morte.

### Studenti infermieri partecipano a Ballarò

Un gruppo di studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica dell’ospedale Camillo Forlanini di Roma hanno preso parte ad una puntata di “Ballarò”, nota trasmissione in onda su Raitre, a cui ha partecipato anche il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin.



## Partita la campagna #professioneinfermiere

**P**artita, il 20 giugno scorso, la campagna nazionale istituzionale di comunicazione #professioneinfermiere sulla figura dell'infermiere, voluta dalla Federazione nazionale dei colleghi Ipasvi per ampliare la conoscenza sulle sue attività e sulla professionalità degli infermieri e fare in modo che siano confusi il meno possibile con altre figure professionali, come spesso accade oggi, associando le attività che svolgono con il reale miglioramento dello stato di salute del cittadino.

Dal 20 giugno (e fino all'inizio del mese di luglio) sono andati in onda oltre 2.500 spot radio, su oltre 43 emittenti nazionali e locali, e la pubblicazione di un annuncio stampa su testate nazionali e *free press*, che prendono spunto dallo slogan già lanciato il 12 maggio scorso in occasione della giornata internazionale dell'infermiere: "La salute mi aveva abbandonato. Gli infermieri mai".

Il concetto-chiave alla base della campagna, infatti, è: "L'infer-

miere è colui che si prende cura di te, in ogni momento della vita in cui la salute ti abbandona. Con competenze e professionalità uniche, specifiche, insostituibili".

Accanto agli spot radio e alla carta stampata, a partire da oggi e fino al mese di novembre, sono previste anche uscite via web, la diffusione di brochure sull'attività dell'infermiere e di una locandina multi-soggetto e, nel mese di ottobre, sono in programma 1.088 spot televisivi di 20 secondi in onda su oltre venti reti tv su tutto il territorio nazionale.

Locandine, infografiche, *banner* e contenuti testuali per i portali e i social *network*, saranno anche gli strumenti di diffusione di una campagna di comunicazione su *best practice* scelte in ospedale, sul territorio e per l'emergenza. Da settembre, sono previsti anche spot televisivi.

I risultati e gli effetti della campagna saranno poi illustrati pubblicamente in un evento conclusivo previsto a fine novembre.



## Donazione di sangue, con l'estate torna l'emergenza in tutto il Lazio

In questi ultimi anni, la Regione Lazio ha operato nel settore trasfusionale scelte innovative. È stata creata una Rete Trasfusionale che copre tutto il territorio regionale. Questo sistema è il risultato di un'importante sinergia tra Regione, Aziende sanitarie, Enti locali ed Associazioni di Donatori volontari.

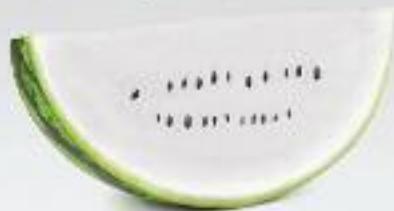
In tanti ospedali, la carenza di sangue rappresenta una vera e propria emergenza, in particolare nel periodo estivo. Per affrontare il problema, è necessario promuovere il più possibile la cultura della donazione.

Donare il sangue è importante ed è gratuito, perché il sangue è necessario e ce n'è sempre più bisogno: con questo gesto, individuale semplice, sicuro e utile si può salvare la vita di persone che ne hanno un assoluto bisogno.

Può donare chi ha dai 18 ai 65 anni (per il donatore periodico, dai 65 anni fino a 70, la donazione di sangue intero può essere consentita previa valutazione clinica). Il candidato donatore deve essere in buona salute e non avere malattie croniche con danni permanenti. Il peso non deve essere inferiore a 50 Kg, la pressione massima tra 110 e 180 mm, minima tra 60 e 100, le pulsazioni comprese tra 50-100 battiti/min. L'uomo può donare quattro volte all'anno, la donna in età fertile due.

Non può donare chi ha comportamenti a rischio, quali: assunzione di sostanze stupefacenti, alcolismo, rapporti sessuali ad alto rischio di trasmissione di malattie infettive, chi è affetto da infezione da virus Hiv/Aids o portatore di epatite B o C, chi fa uso di steroidi o ormoni anabolizzanti.

**D'ESTATE C'È MOLTO PIÙ BISOGNO DI SANGUE. DONA.**  
Con un piccolo gesto puoi salvare una vita.



Alcune condizioni patologiche o comportamentali non sono compatibili temporaneamente o definitivamente con la donazione in quanto dannose per il donatore e/o per il ricevente.

Non esistono categorie di persone escluse dalla donazione, ma nella selezione del donatore sono valutati i comportamenti individuali che possono risultare a rischio.

Il donatore si presenta presso un Servizio Trasfusionale o un'Unità di Raccolta, la mattina a digiuno (può prendere solo un caffè, un tè o un succo di frutta, zuccherati ma senza latte). Compila un questionario con i suoi dati anagrafici e la sua storia clinica, vengono effettuati la misurazione dell'emoglobina e il controllo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. Al termine della valutazione il medico formula il giudizio di idoneità alla donazione. Il set di prelievo è monouso e la donazione è di 450 ml di sangue. Il prelievo dura 10-15 minuti ed è sempre assistito da personale sanitario. Il medico rimane sempre a disposizione durante l'intero percorso della donazione, anche per rispondere alle domande del donatore. Dopo il prelievo, vengono garantiti al donatore un riposo adeguato e un congruo ristoro. I risultati relativi alle analisi effettuate vengono inviati al donatore.

### IL PERCORSO DEL DONATORE



## Tor Vergata premia la tesi migliore in Infermieristica della sede di Ostia

**S**i è svolta il 23 giugno, nella sede dell'azienda Asl Roma 3 (ex Rm/D) la cerimonia di premiazione per la Miglior tesi di laurea tra quelle elaborate dai neo-Infermieri laureatisi nell'anno accademico 2015/2016 presso l'università degli Studi di Roma Tor Vergata-sede di Ostia, intitolata alla memoria di Dino e Oddo Petrini, una coppia di imprenditori, pionieri del litorale romano.

Tre i candidati finalisti: Ilaria D'Onofrio, Sara Lazzari e Maria Luisa Semilia.

La commissione, guidata dalla presidente del corso di laurea Rosaria Alvaro, ha dichiarato vincitrice del premio la neo dottoressa Ilaria D'Onofrio.

Il progetto di ricerca premiato, dal titolo: *"Aiutare chi aiuta: le problematiche del caregiver con i familiari del paziente affetto*

*da Alzheimer"*, ha come obiettivo quello di evidenziare le criticità che vivono i caregiver della persona affetta da Alzheimer ed il ruolo di supporto che l'infermiere può offrire loro per la gestione dello stress e l'acquisizione di idonee strategie assistenziali.

"In questo difficile contesto socio economico, in cui le prospettive di crescita appaiono limitate – ha spiegato la professoressa Alvaro – appare importante valorizzare il merito come fattore incentivante per i futuri infermieri che si rendono disponibili ad impegnarsi per lo sviluppo della professione e dell'intera comunità".

Nella stessa mattinata, insieme alla famiglia Petrini e alla direttrice del CdL, Lorian Lattanzi, alla vincitrice è stata consegnata una targa celebrativa ed un contributo economico di duemila euro.



## Primo convegno regionale degli infermieri coordinatori

**S**i è svolto a Roma, presso il Centro Congressi Frentani, il I Convegno regionale sul: "Difficile ruolo dell'infermiere coordinatore nell'attuale Sistema Sanitario: aspetti giuridico-legislativi".

Qui, oltre 120 infermieri coordinatori, provenienti non solo dall'hinterland romano, hanno partecipato ai lavori della giornata, dove non sono mancati momenti di confronto e di dibattito tra pubblico e relatori.

L'attuale quadro economico-sanitario nazionale ed internazionale comporta un riassetto delle organizzazioni dei servizi sanitari ed una conseguente revisione e rivalutazione delle competenze e responsabilità di tutti i professionisti coinvolti nella salute.

L'infermiere coordinatore si pone come figura trasversale, necessaria per garantire efficacia, efficienza ed appropriatezza nella gestione di processi sempre più complessi ed integrati.

In questo nuovo assetto organizzativo, quest'evento ha avuto quale finalità, quella di affrontare le sfide manageriali offerte dalle recenti proposte legislative in ambito sanitario.

Analizzare il ruolo dell'infermiere coordinatore, nel contesto sanitario moderno; definire le nuove competenze specialistiche avanzate; identificare le strategie per la gestione delle risorse

nei nuovi modelli organizzativi ed assistenziali; approfondire gli aspetti legali inerenti la responsabilità del coordinatore analizzando casi giuridici e sentenze, sono stati solo alcuni dei temi affrontati per l'occasione.

Dopo la presentazione dell'Associazione Lic (Laboratorio infermieri coordinatori) da parte del presidente, Antonella Luzzi, ed i saluti dei rappresentanti delle principali organizzazioni professionali della categoria infermieristica (Federazione nazionale Collegi Ipasvi, Collegio Ipasvi di Roma ed il Comitato Infermieri Dirigenti), si è subito dato inizio ai lavori.

Nella prima sessione, i relatori, da Gennaro Rocco (direttore del Cecri-Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica) ad Ausilia Pulimeno (presidente Collegio Ipasvi Roma) hanno condotto l'attenzione dei partecipanti sull'attuale ruolo del coordinatore infermieristico, quale promotore di sviluppo di competenze avanzate e di garante delle applicazioni delle normative già esistenti, non perdendo mai di vista la necessità di garantire livelli di assistenza infermieristica qualitativamente adeguati, che, nel panorama europeo ed internazionale, sono comunque considerati molti alti (punto di orgoglio per il nostro Sistema Sanitario Nazionale).





La seconda sessione, invece, è stata la parte del convegno che ha particolarmente caratterizzato la giornata, poiché i partecipanti hanno avuto l'occasione di avere a disposizione infermieri dirigenti di strutture complesse pubbliche e private di Roma come: Carlo Turci (Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Andrea), Maurizio Zega (Policlinico universitario "Agostino Gemelli"), Antonella Leto (Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata) e Raffaella Gualandi (in sostituzione di Daniela Tartagliani del Policlinico Universitario Campus Biomedico), per confrontarsi e porre domande sulle possibili strategie organizzative e gestionali.

La responsabilità professionale e la letture di alcune sentenze hanno infine caratterizzato l'ultima sessione che, grazie alla

semplicità e chiarezza di Francesco Tontini, hanno dato spunto a momenti di dialogo.

Viva partecipazione anche nelle varie sessioni, moderate da: Lorenna Martini, Nicola Barbato, Gabriella Angeloni, Adriana Pignatelli, Emanuela Sampieri ed Elisabetta Del Giudice, che hanno saputo non far mai calare l'attenzione.

Il presidente della Lic ha, poi, concluso i lavori affermando che il Laboratorio Infermieri Coordinatori vuole essere una realtà professionale presente in varie strutture ospedaliere e territoriali. Ma ciò è realizzabile solo grazie ad una rete di collegamento fatta da colleghi che vogliono credere nel cambiamento e, soprattutto, in una realtà operativa che lavora sulle necessità e problematiche specifiche del posto di lavoro.

## La professoressa Sasso selezionata come Fellow dalla American Academy of Nursing



AMERICAN ACADEMY OF NURSING  
managing health policy and practice through nursing knowledge

La American Academy of Nursing ha reso noto di aver selezionato come Fellow 164 infermieri in tutto il mondo. Per l'Italia, l'unica personalità a ricevere il prestigioso riconoscimento il prossimo 22 ottobre a Washington sarà la professoressa Loredana Sasso, dell'università di Genova. Sasso è anche parte integrante, in qualità di esperto, del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica, nato in seno al Collegio Ispasvi di Roma, dove si occupa di formazione dei ricercatori.

I Fellow sono chiamati a contribuire insieme all'Accademia nella trasformazione del sistema sanitario degli Stati Uniti e in particolare la loro competenza è richiesta per:

- 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;
- rafforzare il sistema di cura e la salute in generale, a livello nazionale e internazionale.

## Miglioramento della pratica clinica Il Cecri e il corso di formazione della Joanna Briggs Collaboration

**I**l miglioramento della pratica clinica infermieristica, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è raggiungibile incoraggiando i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e stimolandoli ad applicare, ogni giorno, i risultati della ricerca. Varie strategie sono state suggerite per raggiungere tali obiettivi e la letteratura più recente si è soffermata a valutare quali di esse siano più efficaci per disseminare i risultati della ricerca nella pratica clinica ed ottenere i cambiamenti desiderati nel comportamento degli stessi professionisti sanitari.

Una revisione della letteratura della *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group* suggerisce che sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto dei professionisti nei processi di cambiamento, come, ad esempio, interventi di esperti esterni che incontrano gli infermieri nel loro ambiente di lavoro, incontri con *opinion leader* locali e seminari interattivi.

Per questo motivo, il Polo IV del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) ha previsto, già da oltre cinque anni, la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*, i *clinical nurse leader*, che possano guidare il cambiamento della pratica clinica all'interno delle organizzazioni sanitarie italiane.

Il progetto formativo ha previsto nel 2016 la partecipazione di un gruppo di infermieri esperti al corso di formazione offerto dalla Joanna Briggs Collaboration sulla "Formazione per le revi-



sioni sistematiche della letteratura" presso la sede del Collegio Ipasvi di Roma.

Due esperti internazionali di conduzione di revisioni sistematiche, Edoardo Aromataris e Raluca Stefcu, membri dello staff del Jbi dell'Università australiana di Adelaide, sono stati i docenti che per cinque giorni hanno condiviso la loro esperienza con 12 infermieri italiani.

La partecipazione a tale corso formativo rappresenta il requisito indispensabile per richiedere l'affiliazione del Cecri, attualmente l'unico centro in Italia, al *network* del *Joanna Briggs Institute*, che può vantare oltre 80 centri in oltre 35 Paesi del mondo.

Scopo del neonato centro affiliato Cecri-*Joanna Briggs Institute* sarà quello di creare una task force di infermieri clinici impegnati a implementare l'*Evidence Based Practice* nelle Scienze Infermieristiche e nelle politiche della salute.

La loro presenza capillare nei contesti clinici permetterà di individuare i maggiori problemi di pratica clinica per promuovere il miglior utilizzo della ricerca scientifica in tali ambiti di sviluppo professionale.

Se ciò verrà attuato in maniera sistematica, stabile e in tutti i contesti, l'appropriatezza delle cure infermieristiche sarà portata ad un livello di eccellenza a garanzia di sicurezza per tutti i cittadini.



# Le modifiche degli stili di vita possono contribuire al trattamento dell'incontinenza urinaria nella popolazione adulta?

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

Revisione critica dell'articolo: Imamura M, Williams K, Wells M, McGrother C, "Lifestyle interventions for the treatment of urinary incontinence in adults". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD003505. DOI: 10.1002/14651858.CD003505.pub5.

## INTRODUZIONE AL PROBLEMA

L'incontinenza urinaria è un problema di salute che comporta un notevole onere per gli individui che ne sono affetti e per la società.

Si stima che circa 200 milioni di persone nel mondo soffrano di incontinenza urinaria (Abrams et al., 2005) e secondo uno studio britannico ne soffrono il 29% degli uomini e il 34% delle donne con età superiore a 40 anni (McGrother et al., 2004), con un notevole impatto sulla loro qualità di vita.

Spesso, i professionisti sanitari raccomandano alle persone che soffrono di episodi di incontinenza dei cambiamenti nei loro stili di vita, in quanto rappresentano degli interventi a costo relativamente contenuto e con limitati effetti collaterali.

I consigli che comunemente sono suggeriti includono: la perdita di peso, i cambiamenti nella dieta, una regolazione del volume dei liquidi assunti, una diminuzione dell'assunzione di caffeina e alcol, l'evitare la stitichezza e lo sforzo nell'evacuazione delle feci, lo smettere di fumare, una maggiore attività fisica, limitare le attività eccessivamente pesanti che aumentano la pressione sul pavi-

mento pelvico come l'attività aerobica o il sollevamento pesi.

Sebbene tali raccomandazioni siano ampiamente utilizzate, non sempre è nota l'evidenza a loro supporto: per questo motivo, il *Cochrane Incontinence Group* ha deciso di effettuare una revisione sistematica della letteratura, proprio allo scopo di identificare l'efficacia delle raccomandazioni comportamentali che si basano sullo stile di vita nel trattamento dell'incontinenza urinaria.

## VALUTAZIONE CRITICA DELLA REVISIONE SISTEMATICA

### Quesito di ricerca

#### È dichiarato l'obiettivo specifico?

La revisione dichiara in maniera esplicita ed esauriente qual è l'obiettivo: determinare l'efficacia degli interventi che si basano sui cambiamenti dello stile di vita, quali la perdita di peso, la modifica della dieta, l'assunzione di liquidi, la riduzione della caffeina, di bevande gassate e di alcolici, la prevenzione della stitichezza, l'astensione dal fumo e la promozione della attività fisica, nella gestione dell'incontinenza urinaria nella popolazione adulta.

### Strategia della ricerca

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

#### È stata fatta una ricerca completa dei database appropriati e sono state esplorate le altre fonti potenzialmente importanti?

Sono state consultate le principali banche dati, quali il Cochrane Central Register of Controlled Trials (Central), Medline, ClinicalTrials.gov and Who Ictrp, in periodi differenti di tempo, per aggiornare continuamente la ricerca, e l'ultima ricerca è stata svolta nell'ottobre del 2014.

Una ricerca manuale è stata effettuata su riviste e atti di convegni, e sulla bibliografia degli articoli rilevanti. Non è stata impostata nessuna restrizione linguistica, né limiti di altro tipo.

### Criteria di inclusione

#### Come sono stati selezionati gli studi?

Popolazione: sono stati considerati gli adulti con diagnosi di incontinenza urinaria fatta sulla base della classificazione del sintomo (incontinenza urinaria da stress-SUI; incontinenza urinaria da urgenza; incontinenza urinaria mista) o mediante l'esame urodinamico (incontinenza da stress urodinamica; iperattività

idiopatica del detrusore). A causa del numero esiguo di studi disponibili gli autori della revisione hanno deciso di includere anche la popolazione con un problema clinico come le persone con vescica iperattiva (Abrams et al., 2002).

La revisione ha escluso gli studi in cui i partecipanti avevano la vescica iperattiva ma non presentavano sintomi di incontinenza urinaria.

**Tipo di studi:** sono stati inclusi gli studi clinici randomizzati (Rct) o quasi Rct, in cui il gruppo sperimentale era sottoposto a modifiche dello stile di vita a seguito di un protocollo standardizzato.

**Tipi di intervento.** Qualsiasi dei seguenti interventi di stile di vita, da solo o in combinazione, sono stati inclusi: perdita di peso, cambiamento della dieta alimentare, quantità o tipo di liquidi assunti, moderare il consumo di alcol, evitare la stitichezza, smettere di fumare, e di essere fisicamente più attivi, o limitare l'attività fisica intensa. Il gruppo di controllo poteva essere sottoposto ad interventi di tipo fisico, come esercizi per la muscolatura del pavimento pelvico e della vescica, o di tipo farmacologico.

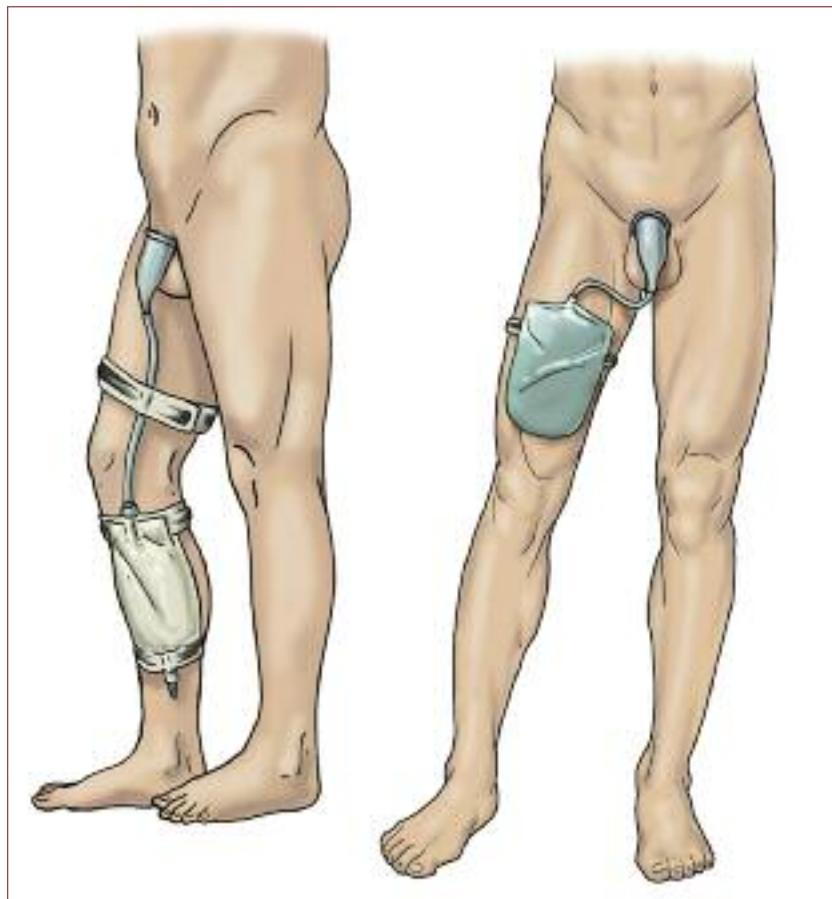
**Outcome.** Gli outcome considerati sono stati quelli suggeriti dall'*International Continence Society*: sintomi riportati, quantificazione dei sintomi (perdita di urina), osservazione del medico, la qualità della vita e misure socio-economiche (Mattiasson et al., 1998).

#### **Valutazione critica**

##### **È stata valutata la validità degli studi?**

Due revisori, in maniera indipendente, hanno valutato la qualità metodologica degli studi, utilizzando lo strumento della *Cochrane Risk of bias*, che tiene presente i seguenti aspetti: la randomizzazione; la cecità dei partecipanti, del personale e di chi elabora i dati; gli outcome incompleti; e altre fonti di bias. Eventuali divergenze di opinione sulla valutazione metodologica sono state risolte tramite confronto tra i revisori.

La qualità dell'evidenza per ciascun outcome è stata valutata usando il sistema *Grade (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)*, che identifica quattro livelli di qualità di evidenza: "alta", "moderata", "bassa" e "molto bassa".



#### **Sintesi dei dati**

##### **Come sono stati aggregati gli studi?**

È stata effettuata una sintesi quantitativa utilizzando un modello a effetti fissi per calcolare gli effetti del trattamento in tutti gli studi simili con il 95% d'intervallo di confidenza. Gli esiti dicotomici sono stati combinati usando il metodo del rischio relativo (Rr). Ove possibile, è stata calcolata una differenza delle medie nei singoli studi: quando possibile, i dati degli studi sono stati raggruppati secondo il tipo di incontinenza. Erano state previste analisi stratificate per età, genere, gravità dei sintomi, qualità metodologica, ma non si è potuto procedere a causa dei dati insufficienti. Infine, non è stata effettuata nessuna sintesi quantitativa per gli eventi avversi, perché gli studi inclusi hanno riportato i risultati sugli eventi avversi in modo narrativo e non numerico.

##### **Trattamento dei dati mancanti**

Ove possibile, sono stati utilizzati dati basati sull'analisi dell'*intention-to-treat*, includendo dati sui tassi di abbandono e

sulle ragioni del ritiro dallo studio.

##### **Omogeneità degli studi.**

È valutata l'eterogeneità tra gli studi mediante l'ispezione visiva dell'intreccio dei dati, il test  $\text{Chi}^2$  per l'eterogeneità e la statistica  $I^2$  (Higgins, 2003) esplorando le potenziali fonti di eterogeneità.

## **RISULTATI**

La revisione ha incluso un totale di 11 Rct: cinque con braccio parallelo (Brown et al., 2006b; Dowd et al., 1996; Phelan et al., 2012; Subak et al., 2005; Subak et al., 2009), quattro Rct *cross-over* (Hashim et al., 2008; Manonai et al., 2006; Swithinbank et al., 2005; Wells et al., 2011), e uno studio quasi-Rct (Bryant et al., 2002) e un Rct non pubblicato (Miller et al., 2007).

Gli studi hanno incluso un totale di 5974 partecipanti, prevalentemente di sesso femminile (5954 donne e 20 uomini). L'età media variava da 49 a 58 anni, fatta eccezione per due studi con una popolazione con una età media di 62,7 anni (Hashim et al., 2008) e di 70,25 anni

(Dowd et al., 1996). La dimensione del campione variava in tutti gli studi.

La maggioranza degli studi inclusi aveva meno 60 di partecipanti (sette studi), tuttavia, due studi avevano più di 1000 partecipanti e altri due ne avevano più di 100 (Brown et al., 2006b; Phelan et al., 2012; Subak et al., 2009; Swithinbank et al., 2005).

Quattro studi trattavano della perdita di peso, uno dell'introito di soia, tre della modifica dell'assunzione di liquidi, tre della riduzione della caffeina, uno degli interventi sugli stili di vita versus interventi non sugli stili di vita per la perdita di peso. Non sono stati trovati studi clinici randomizzati che hanno indagato come una riduzione delle bevande gasate e zuccherate o bevande dietetiche, o del consumo di alcol, l'evitare la costipazione, lo smettere di fumare, il limitare gli sforzi fisici, l'aumentare l'attività fisica, da soli o in combinazione rispetto ad altri interventi o terapie conservative farmacologiche, abbiano un effetto diretto sull'incontinenza urinaria.

La qualità dei risultati trovati è stata generalmente scarsa, le variabili studiate sono state misurate con differenti metodi rendendo difficile la loro comparazione.

La meta-analisi è stata effettuata solo per gli interventi relativi alla perdita di peso, mentre tutti gli altri risultati sono stati riassunti in modo narrativo.

#### Perdita di peso per adulti

#### obesi o in sovrappeso vs altro intervento

Quattro studi che hanno coinvolto 4701 donne hanno valutato l'effetto dei programmi per la perdita di peso versus un intervento di controllo (Brown et al., 2006; Phelan et al., 2012; Subak et al., 2005; Subak et al., 2009). Tutti e quattro gli studi hanno riportato che le donne assegnate al gruppo sperimentale, sottoposto ad un protocollo strutturato di una dieta a ridotto contenuto calorico e relativa attività fisica, hanno avuto una diminuzione statisticamente significativa del peso corporeo rispetto a quelli del gruppo di controllo.

Uno studio di bassa evidenza ha mostrato che una maggiore quantità di donne che avevano seguito il programma per la perdita di peso presentavano un

miglioramento dei sintomi dell'incontinenza a sei mesi (163/214 (76%) vs 49/90 (54%), *risk ratio* (Rr) 1.40, 95% CI= 1.14 to 1.71), e questo effetto era presente anche a 18 mesi (n=291, 75% versus 62%, Rr non stimabile, P =0.02). Un altro studio che ha coinvolto 1296 donne ha riportato un'evidenza molto bassa per la riduzione dell'incontinenza urinaria settimanale in seguito ad un programma per la perdita di peso che richiedeva una modifica dello stile di vita rispetto ad un programma per la riduzione del peso di tipo farmacologico.

#### Cambiamenti nella dieta rispetto a nessun cambiamento

È stato identificato solo uno studio che ha valutato l'effetto della dieta sull'incontinenza urinaria (Manonai et al., 2006). Gli autori hanno trovato che il cambiamento di dieta abbia innalzato i livelli sierici di daidzeina e genisteina durante il periodo di dieta ricca di soia. I dati hanno indicato che la percentuale di incontinenza urinaria da urgenza nelle donne del gruppo di controllo era aumentato (n=36, dall'11% al 22%), ma, a causa della limitata qualità metodologica dello studio, l'evidenza ricavabile era bassa.

#### Variazione di assunzione di liquidi rispetto a nessun trattamento

Sono stati identificati tre studi che hanno esaminato la variazione dell'assunzione dei liquidi (Dowd et al., 1996; Hashim et al., 2008; Swithinbank et al., 2005). La qualità della vita è migliorata quando l'assunzione di liquidi è stata ridotta in donne con incontinenza da stress urodinamica e iperattività idiopatica del detrusore, ma le donne non hanno riferito nessuna differenza significativa nell'incidenza di sintomi d'incontinenza urinaria sulla loro vita quotidiana, prima e dopo il trattamento.

Per quanto riguarda gli effetti negativi, la riduzione dei liquidi in modo decrescente ha comportato effetti collaterali come la stipsi e la sete (Swithinbank et al., 2005). In un altro studio i partecipanti hanno riferito sete, mal di testa, stitichezza e urina concentrata (Hashim et al., 2008). Il numero di episodi di incontinenza giornaliera è diminuito al diminuire dell'assunzione di liquidi ma non è stata trovata nessuna correlazione con l'assunzione o meno della caffeina.

#### Riduzione della caffeina vs l'assunzione di caffeina continua

Sono stati identificati tre studi che hanno valutato gli effetti di una riduzione dell'assunzione di caffeina sull'incontinenza urinaria (Bryant et al., 2002; Miller



et al., 2007; Wells et al., 2011).

Non è stata evidenziata nessuna differenza significativa negli episodi di incontinenza urinaria in relazione alla frequenza di assunzione di caffeina.

## **CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI**

### **I risultati della revisione vengono riassunti?**

Gli autori riassumono i risultati della revisione indicando che, sulla base degli studi disponibili, solo la perdita di peso in donne obese o moderatamente in sovrappeso potrebbe essere considerato come un trattamento iniziale per ridurre l'incontinenza urinaria prima di altri trattamenti standard, come ad esempio gli esercizi della muscolatura del pavimento pelvico o la chirurgia, anche se l'evidenza al riguardo è piuttosto bassa.

Per gli altri cambiamenti di stili di vita, le

evidenze sono insufficienti.

### **Sono proposte specifiche direttive per nuove ricerche?**

Gli autori invitano a condurre Rct rigorosi che abbiano come oggetto i meccanismi per la perdita di peso, come la riduzione di calorie, specifici prodotti alimentari o bevande, nonché il ruolo dell'attività fisica, in quanto su di essi esiste una evidenza anche se di grado basso.

Inoltre, la revisione ha identificato una completa mancanza di studi randomizzati su alcuni interventi sullo stile di vita, come ad esempio l'assunzione di alcool, bevande zuccherate, gassate o dietetiche, fumare, sforzi fisici, costipazione clinica o sforzi nell'evacuazione.

Gli autori consigliano pure di condurre studi in cui vengano analizzati singolarmente gli interventi per i cambiamenti di stile di vita e solo dopo vengano combinati tra loro i vari interventi.

### **Le conclusioni sono supportate dai dati?**

Sulla base dei risultati degli studi indentificati, gli autori della revisione concludono che esiste ancora un'evidenza insufficiente a sostegno dell'efficacia degli interventi di cambiamento di stile di vita per il trattamento dell'incontinenza urinaria.

### **AUTORI:**

Lucia Mauro, infermiera AO San Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del Cecri; Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del Cecri;

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

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

# L'uso della gomma da masticare per la riduzione dell'ileo post-operatorio: sfide ed opportunità nell'applicazione di interventi *evidence based*

## Uno studio di caso

di Raffaella Di Maio, Natascia Mazzitelli

*"Affidarsi alla tradizione può risultare deleterio quando l'infermiere si adegua passivamente a modalità di lavoro radicate nel tempo e non motivate da prove di efficacia, al solo scopo di evitare di pensare, riflettere o assumersi responsabilità di prendere decisioni diverse in base alla persona o alla situazione in cui si trova".*  
(Cecilia Sironi)

### ABSTRACT

L'ileo post-operatorio è una delle complicanze che si manifesta in una percentuale variabile tra il tre e il trentadue per cento nei pazienti sottoposti a differenti interventi chirurgici.

Per il suo trattamento numerosi studi di recente pubblicazione suggeriscono l'utilizzo della gomma da masticare, a partire dal primo giorno post intervento.

La masticazione della gomma, infatti, ha l'effetto di attivare la fase cefalica della digestione, stimolando l'attività intestinale propulsiva ed ormonale con effetto analogo alla assunzione di cibo. La masticazione della gomma potrebbe, quindi, rappresentare un metodo economico e di immediata applicazione nella pratica professionale dell'infermiere per ridurre i tempi di recupero della peristalsie agevolare il decorso post-operatorio.

· Non sono stati rilevati studi condotti in Italia;

· È stato elaborato un protocollo di studio necessario per condurre uno studio di caso e far conoscere al personale infermieristico e ai pazienti la nuova strategia *evidence based*.

### INTRODUZIONE

L'ileo post-operatorio rappresenta una delle principali complicanze del periodo post-operatorio e consiste in una temporanea riduzione o paralisi delle funzioni e della motilità intestinale. Clinicamente, il paziente manifesta segni e sintomi simili a quelli di un'occlusione intestinale di natura meccanica, quali nausea, vomito, dolore e distensione addominali, alvo chiuso a feci e gas, assenza di borborigmi, ma anche intolleranza alla dieta per via orale e disagio per il paziente che spesso conduce all'insorgenza di un quadro di ansia. Questa condizione di ritardata canalizzazione non fa altro che prolungare la durata del ricovero, ritardare la ripresa dell'alimentazione, aumen-

tare la morbilità, il rischio di sviluppo di infezioni nosocomiali e soprattutto incrementare i costi della spesa sanitaria.

Da un'attenta analisi e revisione dei principali risultati riportati nella letteratura scientifica più recente ed accreditata è emerso che l'uso della gomma da masticare, nell'immediato periodo post-operatorio, rappresenti un metodo sicuro ed efficace per trattare l'ileo post-operatorio, poiché riduce i tempi di recupero della peristalsi.

Nonostante la comprovata efficacia terapeutica, la sua applicazione in ambito clinico, però, è ancora poco nota; dato deducibile dai numerosi studi presenti in letteratura che non trovano ambientazione nelle strutture italiane.

Per poter trasferire i risultati della letteratura scientifica nella pratica clinica quotidiana è stato elaborato, dunque, un protocollo di studio necessario a fornire risposte ai seguenti quesiti:

1. qual è il motivo della mancata applicazione, in ambito clinico, della gom-



ma da masticare nonostante sia risultata efficace, ben tollerata e autonomamente gestibile dal paziente?

2. Quali sono i benefici percepiti dai pazienti con l'assunzione della gomma da masticare?

## MATERIALI E METODI

Il percorso empirico è stato realizzato presso l'Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia del Polo Ospedaliero di Tivoli dell'Azienda Sanitaria Locale RM/G, nel periodo compreso tra il 18 maggio e il 23 settembre 2015.

Il disegno di studio adottato è stato di tipo quali-quantitativo ed esplorativo, coinvolgendo dieci infermieri afferenti all'unità operativa presa in esame e 63 pazienti maggiorenni sottoposte all'intervento di taglio cesareo eseguito sia in regime di elezione che di urgenza, sia in anestesia subaracnoidea che generale, includendo anche quelli con precedenti interventi sull'addome e/o con pregressa gravidanza, capaci a masticare la gomma e fornire il consenso informato.

Per la raccolta dei dati sono stati adottati due strumenti quali l'intervista semi-strutturata per gli infermieri e il questionario di gradimento per le pazienti (quest'ultimo, preceduto dalla consegna di un opuscolo informativo e gomme da masticare: "VigorSol" senza zucchero e quelle commerciali al sapore di frutta nei soli casi di dichiarata intolleranza allo Xilitolo). L'intervista è stata strutturata in dieci domande e preceduta dalla firma del consenso informato, necessaria per poter trattare i dati e poter registrare l'intero colloquio su un supporto audio.

Il questionario di gradimento è stato organizzato in 20 domande, suddivisibili in tre sezioni per raccogliere i dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche, i benefici derivanti dalla somministrazione della gomma da masticare e il gradimento delle informazioni contenute nell'opuscolo. L'opuscolo informativo, redatto sia in italiano che in inglese, con immagini di neonati per aumentare la compliance delle pazienti e renderne gradevole la lettura, è stato necessario per rendere noto sommariamente alla paziente i risultati degli studi condotti sull'utilizzo della gomma da masticare nel post-ope-



ratorio nonché le modalità di masticazione della gomma (entro tre/sei ore dall'intervento, per tre volte al giorno, per almeno trenta minuti ogni volta) e le controindicazioni alla masticazione stessa, qualora vi volesse partecipare allo studio.

## RISULTATI E DISCUSSIONI

Dalle interviste raccolte, trascritte ed analizzate, è emerso che, su un totale di dieci infermieri intervistati, nessuno fosse a conoscenza della possibilità di consigliare la gomma dopo l'intervento chirurgico per migliorare la peristalsi. Per molti vale ancora la regola tradizionale del "nulla per bocca" fino alla canalizzazione a feci e gas come espressione della ripresa certa della funzionalità intestinale. Questo nuovo intervento, sebbene non conosciuto dagli infermieri, è stato valutato come "soddisfacente per quello che riferiscono le pazienti" o ancora "interessante perché ha aumentato la nostra conoscenza". Nessuno infermiere, infatti, ha dubitato della sua efficacia: al contrario, tutti hanno collaborato al progetto di ricerca.

È proprio con quest'atteggiamento di spontanea collaborazione che gli infermieri hanno mostrato apertura e disponibilità al cambiamento, se non all'aggiornamento delle proprie conoscenze. Tutti gli infermieri sono conformi nel ritenere che sia proprio una scarsa conoscenza delle evidenze scientifiche il prin-

cipale motivo della mancata applicazione, in ambito clinico, del suddetto trattamento. L'altro ostacolo dell'*evidence based practice* (Ebp) è rappresentato dalla scarsa collaborazione del medico nel trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica. La ricerca infermieristica migliora sì l'assistenza al paziente, ma solo se vi è collaborazione e soprattutto il riconoscimento, da parte dei medici, dell'importanza dei risultati scientifici conseguiti. Altri ostacoli sono stati riscontrati nella formazione ricevuta (fra gli intervistati, solo il 13% era in possesso della laurea di I livello), nella mancata conoscenza della lingua inglese, fondamentale per la consultazione delle banche dati, nei turni di lavoro e dal routinario "ciò che esce fuori dal routinario diventa complesso, si ha paura del cambiamento[...]".

Tutti gli intervistati ritengono che la strategia migliore per incrementare l'Ebp siano gli Ecm, perché sono visti come uno strumento di crescita, specie per quella fetta di infermieri che non ha le basi per fare ricerca e la considerano, non solo come necessaria per fornire un'assistenza di qualità, ma anche per elevare la propria professione.

Relativamente alle pazienti, dall'analisi dei dati ricavati dal questionario è emerso che, su un totale di 63 pazienti coinvolti, il 62% è di nazionalità italiana (dato di fondamentale importanza poiché rappresenta un elemento di diversità rispet-

to al campione coinvolto negli studi revisionati, di provenienza asiatica).

Tra tutte le domande formulate con il questionario, si è ritenuto opportuno selezionarne solo tre relative alla modalità di masticazione della gomma.

Alle pazienti si chiedeva di indicare il momento in cui iniziavano a masticare la gomma: il 61% ha iniziato a farlo già a partire dalle prime ore dopo l'intervento, il 19% dopo sei ore e solo il 10% ha preferito ritardare la masticazione e spostarla al giorno successivo all'intervento. (Grafico 1)



**Grafico 1. Risposta all'item "dopo quanto tempo dall'intervento ha iniziato a masticare"**

Alla domanda successiva, si andava ad indagare sulla frequenza della masticazione.

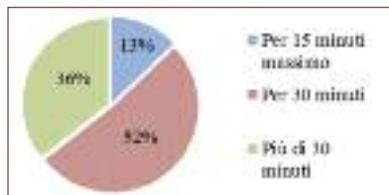
Su 63 pazienti, solo il dieci per cento ha masticato in maniera casuale, il 14% per meno di tre volte al giorno e il 76% per non meno di tre volte al giorno. (Grafico 2)



**Grafico 2. Risposta all'item: "Con quale frequenza ha masticato la gomma"**

Alla domanda "per quanto tempo ha masticato la gomma ogni volta", il 13%

ha masticato per un tempo massimo di 15 minuti, il 36% per più di 30 minuti e più della metà, pari al 52%, ha masticato per 30 minuti, così come era riportato all'interno dell'opuscolo.



**Grafico 3. Risposta all'item "Per quanto tempo ha masticato la gomma ogni volta"**

Solo in una percentuale molto bassa le pazienti non hanno rispettato i tempi di masticazione riportati all'interno dell'opuscolo: al contrario, più della metà dei soggetti intervistati ha mostrato interesse e rigore nel rispettare i tempi della masticazione riportati, espressione di un'elevata compliance al trattamento.

Alle pazienti che avrebbero accettato di masticare la gomma dopo l'intervento si chiedeva di annotare il giorno e l'ora in cui avrebbero percepito il primo passaggio di flato.

Confrontando quest'ultimo dato con il giorno e l'ora in cui è stato eseguito l'intervento, è emerso che le pazienti che hanno iniziato a masticare la gomma subito dopo l'intervento per più di 30 minuti e per più di tre volte al giorno hanno percepito il primo passaggio di flato prima, rispetto alla pazienti che hanno iniziato a masticare la gomma in maniera casuale. Si ritiene opportuno specificare che il risultato così interpretato deriva dalla percezione del paziente: il primo passaggio di flato non è stato rilevato accuratamente con l'utilizzo del fonendoscopio, ma è stato semplicemente riferito dalla paziente. Poiché la paziente era anche a cono-

scenza dello scopo dello studio, non è da escludere l'ipotesi che abbia potuto lasciarsi suggestionare falsando il dato riferito. Rimane un dato certo, però: tutte le pazienti intervistate hanno dichiarato di aver gradito la gomma da masticare e tutte pensano che sia utile per migliorare il bisogno di alimentazione.

La possibilità di poter masticare la gomma dopo l'intervento, senza temere gli effetti legati al suo utilizzo ha reso piacevole il decorso post-operatorio e meno stressante l'attesa per la ripresa dell'alimentazione dopo un prolungato digiuno. In 59 su 63 hanno risposto che masticarebbero nuovamente la gomma in un successivo intervento chirurgico.

## CONCLUSIONI

Lo studio di caso, benché sommario e condotto in tempi ristretti, sembra confermare i dati provenienti dalla letteratura scientifica. La gomma da masticare potrebbe rappresentare un valido intervento dalla natura innocua, economica e piacevole da adottare nella pratica clinica ed assistenziale in aggiunta alle cure standard per migliorare il decorso post-operatorio del paziente.

Il suddetto studio potrebbe, quindi, essere considerato dagli infermieri un "punto di partenza" per condurre qualche ulteriore studio più accurato e con un campione più esteso e in cieco, al fine di confermare i benefici derivanti dall'atto della masticazione nel post-operatorio.

## AUTORI:

Raffaella Di Maio, laureata presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata";

Natascia Mazzitelli, tutor, responsabile Uos ASL ROMA/5.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bashankaev B, Daniel M, Khaikin M, Wexner S.D, *Postoperative ileus: an algorithm for prevention and management*. Pharmacy Practice News 2009; 36(10):71-8.
2. Dello Russo C, *Ileo post operatorio*. Quesiti Clinico-Assistenziali. Anno III, n.13, agosto 2011.
3. Johnson M.D, Walsh R.M, *Current therapies to shorten postoperative ileus*. Cleveland Clinic Journal of Medicine 2009; 76 (11): 641-8.
4. Kronberg U, Kiran R.P, Soliman M.S, Hammel J.P, Galway U, Coffey J.C, Fazio V.W, *A characterization of factors determining postoperative ileus after laparoscopic colectomy enables the generation of a novel predictive score*. Annals of surgery 2011, 253(1): 78-81.
5. Leier H, *Does chewing gum help prevent impaired gastric motility in the postoperative period?* Journal of the American Academy of nurse practitioners.19(3),133-136.2007.
6. Schuster R, Grewal N, Greaney GC, Waxman K, *Gum chewing reduces ileus after elective open sigmoid colectomy*. Archives of Surgery 2006;14(2):174-6.

# Il ruolo dell'infermiere nel trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato

di Ione Moriconi, Federica Marra, Carlo Turci

## ABSTRACT

I pazienti psichiatrici autori di reato costituiscono una popolazione di pazienti (spesso negletta perché esigua) il cui trattamento abbraccia sia il bisogno di cura che quello di custodia: un trattamento che, in passato, ha subito delle pesanti mancanze, in conseguenza di un connubio mal equilibrato fra sistema sanitario e giuridico.

La promulgazione della legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e del Decreto Legge n. 52 del 31 marzo 2014, finalmente, ha sancito la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg), esclusivo luogo di cura, ma soprattutto di reclusione, per questi pazienti.

Attraverso il confronto con altre realtà europee, l'articolo esplorerà come il concetto di Psichiatria forense stia cambiando anche al di fuori dei confini nazionali, ponendo un accento sulla figura dell'infermiere e su come la sua attività, anche all'interno dell'equipe multi-professionale, possa dare un importante contributo ad un trattamento olistico dei pazienti psichiatrici autori di reato, in un'ottica di "presa in carico" che tenga in considerazione i bisogni di cura dell'individuo e ne preservi la qualità della vita.

**Parole-chiave:** Opg; Rems; pazienti psichiatrici autori di reato; *mentally ill offenders*; riforma medicina penitenziaria; *forensic unit long-stay*; team multidisciplinare; infermiere psichiatrico forense; bioetica; sicurezza; assistenza olistica; fattori di rischio; fattori protettivi; qualità della vita forense.

## INTRODUZIONE

Probabilmente, buona parte della società avrà sentito parlare anche superficialmente di Opg o dei pazienti psichiatrici autori di reato, specie nel clima di riforma che sta affrontando il nostro Paese, da vari anni. Riforma iniziata in risposta all'esigenza di chiudere definitivamente le porte di queste strutture. Certo, si tratta di una questione spinosa, lasciata per lunghi anni, nell'ombra, forse perché di scarso interesse politico, poiché coinvolge una piccolissima parte di popolazione (in Italia solo 1015). Anche la società, conseguentemente, argina la questione, perché la teme e ne diffida.

Per questi, ed altri motivi, si è preferito ignorare a lungo la realtà degli Opg e le flebili voci di denuncia di chi viveva relegato in quel mondo.

Questo articolo nasce dall'intenzione di parlare dei pazienti psichiatrici autori di reato, accennando a come i loro diritti vengano tutelati a livello internazionale e a come l'Europa stessa abbia abbracciato, di recente, il trattamento di queste persone, entrando nella situazione italiana attraverso un breve excursus storico che interessa la chiusura degli Opg a favore dell'apertura delle innovative strutture Rems, per poi focalizzare l'attenzione sull'infermiere coinvolto in un contesto di cura dedicato ai pazienti psichiatrici autori di reato, su quali siano le principali difficoltà percepite e su come la sanità psichiatrica forense stia svolgendo verso una presa in carico non più esclusivamente incentrata sull'efficacia dei sistemi di sicurezza, ma volta a rico-

noscere il paziente nella sua totalità (anche qui, presentando alcune delle innovazioni riscontrate in letteratura che confermano lo sviluppo di quest'ottica più olistica e umanistica in Psichiatria forense).

## MATERIALI E METODI

Abbiamo strutturato l'articolo seguendo, anzitutto, il processo di riforma della Psichiatria forense italiana, avvalendoci della ricerca dei Decreti e delle Leggi che hanno diretto il percorso.

In secondo luogo si è fatto riferimento ai documenti internazionalmente riconosciuti per la tutela della salute e dei diritti delle persone con sofferenza mentale ed a pubblicazioni di enti, nazionali e non. Terzo, la ricerca si è aperta attraverso numerosi articoli, per la maggior parte derivanti da banche dati internazionali.

### I limiti dell'Opg

L'inadeguatezza dei sei Opg presenti sul territorio nazionale ad accogliere la particolare categoria di persone per i quali erano stati ideati è stata ribadita anche dalla denuncia ricevuta da parte del Cpt (Comitato europeo per la Prevenzione della tortura e delle pene o Trattamenti inumani e degradanti), un organo che ha la facoltà di visitare carceri, centri di detenzione minorile, commissariati di polizia, istituti psichiatrici ecc, che, nel settembre del 2008, andando a verificare le condizioni di vita dell'Opg di Aversa, mise in evidenza le scadenti condizioni della struttura e la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti, oltre che a denunciare il fenome-

no degli "ergastoli bianchi", cioè i soggetti che avevano espletato la loro misura di sicurezza, ma continuavano a permanere negli ospedali per il mancato reperimento di un'ideale collocazione esterna. Anche nel 2011, a seguito di un'inchiesta sull'efficacia e efficienza del Ssn, la Commissione parlamentare ha portato alla luce la gravità delle condizioni di vita e di cura all'interno degli Opg, giudicate: *"incompatibili con le disposizioni costituzionali in materia di diritto alla salute, libertà individuale e umanità del trattamento, nonché con la disciplina di livello primario e secondario relativa alla sanità penitenziaria"*. A parere della Commissione, le caratteristiche di queste strutture erano ricollegabili sia alle prigioni che ai manicomi. Infatti, in esse le persone venivano internate con criteri minimi di selezione fra intensità di sicurezza, di cura, di riabilitazione, oltre che in condizioni precarie di sovraffollamento. I pazienti vivevano dietro le sbarre, spesso a centinaia di chilometri da casa, rigidamente subordinati ai ritmi delle strutture dettati principalmente da personale penitenziario, in cui scarsamente compariva, o meglio agiva attivamente, personale sanitario, non rispondendo dunque neppure di lontano ai bisogni di cura di queste persone. Ricordiamo che esse, sebbene abbiano violato la legge, sono prima di tutto persone sofferenti di patologia psichiatrica, il cui atteggiamento violento, nella maggior parte dei casi, non deriva dalla malattia mentale in sé, ma da innumerevoli mediatori: l'*American Psychological Association* ha pubblicato, nel 2014, i risultati di uno studio che ha analizzato 429 reati che vedevano la responsabilità di 143 persone con patologia psichiatrica, evidenziando come, solo il 7,5% di queste azioni erano direttamente causate dai sintomi della malattia mentale, mentre il restante dei reati era legato a condizioni come la povertà, la disoccupazione, la mancanza di un tetto, l'abuso di sostanze. Del resto, anche i dati riportati dal rapporto dell'Istituto superiore di Sanità nel 2013, a seguito di una ricerca conoscitiva dei pazienti psichiatrici autori di reato in Italia, ha dimostrato come l'eventualità che il reato commesso sia la prima manifesta-

zione di un disturbo psichiatrico è poco frequente e come ben il 75% dei pazienti aveva effettuato precedenti trattamenti per un disturbo mentale(1).

Com'è tutelato da testi appositamente creati (quali quelli decretati nel 1983 dal Comitato dei Ministri del Consiglio Europeo, nel 1991 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite e nel 2000 dal Consiglio Europeo), sono diritti irrinunciabili anche di queste persone quello a: *"non essere discriminati, a ricevere cure personalizzate quanto più possibile vicine nell'ambiente familiare, in una misura che non leda l'integrità e la dignità del paziente e soprattutto quello di essere protetti dallo Stato"*.

Pare chiaro come nessuno di questi principi era stato rispettato all'interno degli Opg. Eppure, proprio questi sono stati l'esclusivo luogo di "cura" per i pazienti fino al 2003, a seguito della Sentenza della Corte costituzionale n. 253 del luglio 2003, che ha definito illegittimo l'articolo 222 del Codice Penale che regolamentava tale intervento.

#### La nascita delle Rems

Successivamente a questo provvedimento, si può considerare ufficialmente "aperta" la questione di superamento degli Opg che, tra decreti, leggi e proroghe si è delineato come un percorso lento e farraginoso, lungo il quale i cambiamenti introdotti sulla carta hanno raramente avuto un riscontro sul campo pratico. E anche oggi, la questione non può dirsi definitivamente risolta.

Alla base di questo percorso di riforma risiede il principio di **riconoscere, finalmente, l'individualità del singolo all'interno di questo gruppo** (seppur esiguo) e, in secondo luogo, dalla volontà di far prevalere l'interesse del diritto alla salute di queste persone, individuando una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente, distinguendo fra livelli di intensità riabilitativa e assistenziale, secondo un'ottica più vicina a quella europea, in cui si riconoscono, ad esempio, strutture definite: *forensic unit*, suddivise per "gradiente di sicurezza" in: *low, medium e high*.

Secondo le caratteristiche proprie del Ssn, anche qui, gli interventi indirizzati al superamento degli Opg sono ricollega-

bili a criteri di regionalizzazione e sanitarizzazione.

Per esempio, il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1 aprile 2008 ha sancito un programma per cui ogni regione che ospitava un Opg avrebbe dovuto collaborare con il Dipartimento di Salute mentale per definire un programma operativo finalizzato alla dimissione degli internati che avevano concluso la misura di sicurezza, attraverso interventi terapeutici e riabilitativi che potevano anche avvalersi dell'affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, quanto più vicini alla realtà di provenienza del soggetto interessato.

Inoltre, la legge n. 9 del 17 febbraio 2012, riprendendo il criterio di territorializzazione proprio del Decreto sopra citato, affidava ad ogni Regione l'incarico di presentare programmi per il superamento degli Opg, contenenti la descrizione del progetto, la valutazione e le modalità di reperimento delle risorse umane necessarie oltre che l'esposizione di indicatori sull'aspetto strutturale e sull'attivazione e la conduzione dei programmi terapeutici riabilitativi individuali. Per ultimo, il Decreto Legge n. 52 del 31 marzo 2014 ha introdotto l'onere, per ogni Regione, di organizzare progetti terapeutici riabilitativi non solo per la categoria dei pazienti dimissibili, ma anche per tutti gli utenti degli Opg (intervento finalizzato ad evitare il rischio della perpetuazione del fenomeno degli "ergastoli bianchi" prima citati).

A cambiare l'assetto del panorama trattamentale dei pazienti psichiatrici autori di reato è stata l'introduzione delle cosiddette Rems (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza), strutture a carattere ricettivo gestite esclusivamente da personale sanitario, riservati a quei pazienti non dimissibili dagli Opg. Secondo la legge n. 9 del 2012 ne sono previste due tipologie: una di valutazione e stabilizzazione (in cui si pone la diagnosi e si imposta il programma di cura) e una di mantenimento a vocazione riabilitativa e psicosociale.

#### Un'iniziativa comunitaria: nasce il progetto Cost

Alla luce di questi cambiamenti, risulta utile un confronto con la realtà europea,

che, nel complesso, può definirsi molto più avanzata dell'Italia, sebbene numerosi fonti evidenzino una sostanziale povertà in letteratura scientifica concernente il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato e, in particolare, una mancanza di interventi *evidence based* da adottare all'interno delle strutture psichiatriche forensi, dal momento che la pratica, in questi contesti, si struttura principalmente su competenze che si sono rafforzate negli anni con la pratica.

L'Europa, recentemente, ha preso atto di questo limite, avviando, nel 2014, un progetto *Cost is 1302 (European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research)*, un *network* che vede la collaborazione di 19 Paesi dell'Unione Europea a cui collaborano ricercatori e professionisti sanitari, con l'obiettivo di favorire il confronto e la conoscenza di esperienze cliniche nell'ambito del contesto di cura psichiatrico forense a lungo termine, al fine di individualizzare le migliori pratiche da adottare basate sull'evidenza e sul rapporto costo-efficacia.

La ricerca si apre a tre filoni:

il primo vuole conoscere la popolazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Nello specifico, andando ad individuare le caratteristiche psicopatologiche relative alla storia clinica, al reato indice, al rischio di comportamento violento ecc. che determinano la permanenza a lungo termine nelle strutture forensi psichiatriche;

il secondo si concentra sui fattori esterni che possono contribuire a ridurre il fenomeno del *long stay*, interessandosi sia all'analisi del contesto giuridico dello Stato preso in considerazione che del contesto organizzativo dei servizi psichiatrici forensi, oltre che ad una revisione degli interventi considerati validi nel favorire il recupero dei pazienti e quindi il loro rientro in comunità;

il terzo viene incontro alla conoscenza



dei bisogni di cura dei pazienti e della valutazione soggettiva della qualità di vita nelle strutture psichiatriche forensi, aprendo un campo che finora è sempre stato sottovalutato per questi pazienti.

Ogni filone è dispiegato da un gruppo di lavoro che risolve le implicazioni teoriche, metodologiche ed empiriche nel cuore di queste aree. In ognuno di essi collaborano ricercatori e professionisti che vengono da diverse professioni e diversi Stati.

Anche l'Italia ha preso parte di questo progetto, avendo un rappresentante in ciascuno dei tre gruppi di lavoro della Cost Action, con l'auspicio che il patrimonio di conoscenze e competenze derivate dal network possa contribuire positivamente all'importante percorso di riforma che il nostro Paese sta attraversando, con la diffusione di iniziative formative e di buone pratiche (12).

Con l'introduzione delle Rems, infatti, si è aperta una nuova frontiera per la sanità nazionale: la sfida è quella di garantire assistenza sanitaria, attuare il percorso terapeutico individuale prestabilito, in risposta al soddisfacimento dei bisogni di cura specifici per ogni paziente, rispettando al contempo l'attuazione della misura di sicurezza.

Di pari passo, è necessario puntare anche ad un inserimento positivo della struttura residenziale nella comunità lo-

cale: il rischio a sottovalutare questo aspetto sarebbe quello di rafforzare i già forti allarmismi di chi sente minata la sicurezza della società (atteggiamento influenzato dalla disinformazione, dall'ignoranza, dalla paura e dalle rappresentazioni sensazionaliste dei media).

#### Una presa in carico multidisciplinare

Come sancito dalla legge 9/12, così come nei contesti psichiatrici riabilitativi europei, istituzionali e non, la presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato è nelle mani di un team multidisciplinare, in cui si riconoscono le figure professionali di medici, psichiatri, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica e operatori socio-sanitari.

Quella dei pazienti psichiatrici autori di reato, infatti, è una popolazione dalle caratteristiche eterogenee, con una serie di problematiche relative all'area psicologica, alla cura di sé, alla gestione dell'ambiente, alla competenza relazionale, alle abilità sociali.

Tutto, influenzato da situazioni di comorbilità, come storie di dipendenza, e una difficoltà ad aderire agli interventi terapeutici (12).

Per l'attuazione di un proficuo processo riabilitativo è fondamentale, quindi, adottare un approccio multidisciplinare che, avvalendosi di un'ampia base teorica che nasce dalle conoscenze e dalle competenze proprie di ogni professione, otti-

mizzi il processo dinamico della valutazione, formulazione, attuazione e valutazione del trattamento e dell'assistenza (14).

### **Il ruolo e i limiti dell'infermiere**

Anche l'infermiere ricopre un ruolo fondamentale all'interno dell'equipe multidisciplinare: eroga assistenza infermieristica e si interfaccia con il sistema giudiziario penale e quello della salute mentale (14).

In Italia, i decreti fanno riferimento alla figura del "semplice" infermiere professionale, appositamente formato secondo programmi organizzati da ogni Regione anche attraverso il supporto del Dap (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), mentre nella letteratura internazionale si riconoscono infermieri che seguono un percorso specifico per poter operare in questi contesti, specializzandosi come infermiere psichiatriche forensi.

L'enorme contributo che può dare un professionista della salute qual è l'infermiere, però, qui è minato dalla difficile, delicata e immatura realtà delle Rems. Le difficoltà maggiormente percepite possono essere ricondotte a due principali scogli: lo stigma e la dicotomia custodia/cura.

Naturalmente, l'essere umano, per soddisfare il suo bisogno di sicurezza, è portato a farsi un'idea di un individuo ancor prima di conoscerlo, talvolta, pregiudicandolo, influenzato da alcuni loro attributi o da etichettature per cui sono conosciuti.

Anche nei contesti sanitari, vi è una crescente evidenza che le etichette possano notevolmente influenzare la pianificazione dell'assistenza o l'applicazione degli interventi e, sebbene nel mondo della salute mentale è facile che si utilizzino etichette diagnostiche come malattia mentale, psicopatia e disordini della personalità, è forse quella di "pericolosità" che ha più influenza nella pratica professionale, rafforzata dall'evidenza che, per quanti strumenti esistano, rimane un concetto nebuloso difficile da definire (17).

Ma un infermiere, professionalmente competente e bioeticamente corretto, dimostra rispetto per l'umanità del pa-

ziente, indipendentemente dal suo passato. Un concetto regolamentato anche nell'art. 4 del Codice Deontologico, per cui l'infermiere deve agire secondo: *"principi di equità e giustizia"*, e nell'art. 5, secondo il quale: *"il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per poter prestare assistenza"*. È importante, dunque, per un infermiere essere consapevole dei limiti e degli effetti che lo stigma e la discriminazione esercitano su di sé e sul paziente, ma anche all'interno del team lavorativo e in società (14).

Un altro, grande limite per l'attuazione del processo assistenziale infermieristico è collegato al duplice aspetto che contraddistingue il ruolo dell'infermiere in un contesto residenziale forense: da un lato, un dovere di assistenza, dall'altro, quello di custodia.

Ricordiamo come la legge 81/14 abbia disciplinato il passaggio della custodia dal Dap al Dipartimento di salute mentale, affidando, conseguentemente, le misure di sicurezza all'interno delle Rems totalmente a carico del personale sanitario.

Anche nelle strutture psichiatriche forensi al di fuori dei confini nazionali esiste questa **dicotomia custodia/cura**, motivo per cui è difficile, per un infermiere, riconoscersi nella propria figura professionale: secondo il profilo professionale, ha l'obbligo di prendersi cura dell'assistito, non di custodirlo e di vigilarlo, imponendo limiti sulla sua libertà. Secondo queste condizioni diventa ancora più importante e difficile per l'infermiere fare un buon uso delle proprie capacità personali e interpersonali; infatti, pur mantenendo un atteggiamento di vigilanza, deve riuscire ad integrare questi requisiti di sicurezza con gli interventi clinici previsti dal piano terapeutico, e ciò ha bisogno di una costante valutazione dei processi organizzativi e del rapporto infermiere-paziente (14).

Certamente, l'efficacia dei sistemi di sicurezza è una delle prime grandi questioni della pratica professionale infermieristica all'interno di un'unità in cui risiedono soggetti psichiatrici autori di reato. I comportamenti aggressivi da parte

dei pazienti nelle unità forensi compromettono seriamente la salute e il benessere sia dello staff che degli utenti, hanno inoltre un impatto molto negativo sull'atmosfera dell'unità. Conseguentemente, la maggior parte delle ricerche sul campo si focalizzano sulla valutazione del rischio e sul *management* di situazioni violente: gli stessi infermieri hanno dato, nel tempo, un considerevole contributo allo sviluppo di strumenti basati sull'evidenza per guidare la valutazione del rischio di comportamento aggressivo.

Molti autori sottolineano, però, come il focalizzarsi troppo sull'identificazione dei fattori di rischio possa danneggiare lo sviluppo della relazione terapeutica che giace nel cuore della pratica infermieristica, anche perché le stesse misure, quando eccessivamente restrittive, potrebbero scatenare un comportamento aggressivo, qualora il paziente vi reagisse negativamente.

### **I cambiamenti sul piano internazionale**

Negli ultimi anni invece, l'Infermieristica psichiatrica forense sembra trovarsi ad un punto di svolta (18), sensibilizzata da un'incrementata presa di coscienza culturale del settore, come lo dimostra la nascita del progetto Cost in Europa nel 2014.

La letteratura mette in luce dei cambiamenti che stanno interessando l'Infermieristica psichiatrica forense europea: i professionisti della salute si stanno spostando da una "vecchia", precedentemente accettata pratica basata su una cultura prettamente di custodia ad una "nuova" prospettiva umanistica e interpersonale (18).

La nuova Infermieristica forense si basa su principi di interventi terapeutici e di riabilitazione e provvede a fornire un'assistenza individualizzata, centrata sul paziente, sulla promozione della salute, in un'ottica molto più olistica rispetto al vecchio modello.

Quest'*ottica olistica della "presa in carico" del paziente* ha interessato anche la formulazione delle scale di valutazione del rischio di comportamento violento.

I principali strumenti di valutazione tuttora utilizzati sono focalizzati esclusivamente sull'individuare i fattori di rischio, ponendo poca, o nessuna, considerazione

ne sui punti di forza o sui fattori protettivi. I punti di forza sono dei beni a disposizione di un individuo (come la famiglia di supporto, la presenza di un hobby, di un credo), che diventano fattori protettivi nel momento in cui esso riesce a utilizzarli per ridurre o per gestire il suo rischio di violenza.

Alcune ricerche (39,40) hanno evidenziato come l'inclusione dei fattori protettivi nella valutazione del rischio incrementi l'accuratezza nel prevedere la recidività nella violenza. In altre parole, la ricomparsa di un comportamento violento è più facile da predire se, nella valutazione del rischio, si includono i fattori protettivi. Inoltre, il rafforzamento dei fattori protettivi lungo il percorso terapeutico è associato ad una riduzione della possibilità di una recidiva nel comportamento violento anche dopo il trattamento.

Il contributo che potrebbe dare l'infermiere sarebbe quello di approfondire anch'egli la presenza di questi punti lungo tutto il percorso terapeutico, aiutando anche con interventi specifici mirati al loro rafforzamento, in maniera coesa con l'attività dell'intero staff.

Uno strumento mirato all'inclusione dei fattori protettivi è lo Start (*Short-term Assessment of Risk and Treatability*), ampiamente utilizzato a livello internazionale, ben diverso da quello più conosciuto in Italia: *Simply Triage and Rapid Treatment*.

Sviluppato in Canada da un team che includeva anche un infermiere psichiatrico, è costituito da 20 elementi dinamici ed è da ripetere ogni 90 giorni da un team multidisciplinare, in maniera che ogni professionista contribuisca alla valutazione con la sua conoscenza specifica (26). Per ciascuna voce, il valutatore deve attribuire un valore su una scala di tre punti, dove 1 indica la presenza del "fattore di rischio", 2 quella parziale e 0 la non presenza. Inoltre, include istruzioni per fare considerazioni speciali riguardo le voci che sono particolarmente rilevanti per il singolo paziente: si può indicare, cioè, se ciascuna voce rappresenta una "forza" per il paziente e, dopo il completamento, ciascun paziente avrà un punteggio da 0 a 40 per i "fattori di

rischio" e da 0 a 40 per i "punti di forza" (23, 27). Uno strumento flessibile poiché permette l'aggiunta di fattori di rischio specifici per il paziente oltre ai 20 inclusi nello schema; molto vicino al concetto di pratica centrata sulla persona e rivolta al recupero, ma, ovviamente, da non utilizzare come unico strumento di valutazione: va inteso come base su cui porre un giudizio clinico (26).

Un altro strumento ideato per aumentare l'accuratezza e la completezza della valutazione del rischio è il Saprof (*Structured Assessment of Protective Factors for Violent Risk*); progettato in Olanda per essere utilizzato, in combinazione con altri strumenti di valutazione, come l'HCR-20 (Guida per la valutazione del rischio di comportamento violento) o l'SVR-20 (Manuale per la valutazione del rischio di violenza sessuale) durante tutto il percorso terapeutico, per valutare i progressi del paziente, ma anche per aiutare a pianificare il piano assistenziale e il trattamento, identificare gli obiettivi, facilitare la comunicazione del rischio (24).

Il Saprof è costituito da 17 fattori protettivi organizzati in tre scale: cinque fattori interni (es. empatia, coping e autocontrollo), sette fattori motivazionali (es. lavoro, attività nel tempo libero, obiettivi di vita) e cinque fattori esterni (es. rete sociale, ambiente di vita, controllo esterno).

Questi fattori sono valutabili con un punteggio da 0 a 2, dove il punteggio più alto indica la presenza del "fattore protettivo". Inoltre, si possono marcare le voci più importanti per il soggetto, evidenziandole come "fattori-chiave" (che procurano una protezione vitale) o "fattori obiettivo" (elementi che risultano più importanti da raggiungere come obiettivi nel futuro prossimo). Dopo di ciò, viene effettuato un "Giudizio di protezione finale" su una scala di cinque punti con il quale si definisce il livello di protezione esistente per il paziente nel contesto in cui è stato valutato (basso-alto). Infine, i risultati derivanti dal Saprof e quelli dall'altro strumento di valutazione del rischio cui è stato integrato vengono associati, ottenendo un giudizio finale di rischio di comportamento violento nel fu-

turo (25).

### La qualità della vita

Un altro cambiamento, anche culturale se vogliamo, nel trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato è il riconoscimento dell'importanza che può avere il punto di vista dei pazienti, per troppo tempo ignorato in Psichiatria, a causa del pregiudizio secondo cui: "i malati di mente non sono in grado di giudicare le cure che ricevono" (9).

In tempi recenti, invece, è aumentata la consapevolezza secondo cui le opinioni dei pazienti sono estremamente utili per cogliere proprio quegli aspetti dell'interazione fra utenti e servizi che normalmente sfuggono all'osservazione degli operatori e che hanno un ruolo d'enorme rilevanza nel determinare lo stile d'interazione con il servizio e l'efficacia dei progetti terapeutici (9). **L'opinione dei pazienti ospitati è necessaria** per valutare un altro importante indicatore, enormemente utilizzato in psichiatria per la valutazione dell'efficacia dei trattamenti, ovviamente sottovalutato in Psichiatria forense (28): la qualità della vita.

Per qualità di vita (QoL) si intende: "un generale senso di benessere e soddisfazione vissuta da persone sotto le loro attuali condizioni di vita". Questo aspetto è necessario da tutelare, non come concessione ma come mezzo per tutelare la dignità propria di ogni essere umano. Inoltre, alcune ricerche evidenziano come gli indicatori soggettivi della valutazione della qualità della vita siano associati alla recidiva criminale: pazienti soddisfatti delle loro vite hanno meno probabilità di commettere atti violenti. E poi, la soddisfazione della propria salute è un valore ancora più predittivo di un comportamento violento, dal momento che i pazienti insoddisfatti hanno la probabilità di commettere reati sei volte maggiore rispetto ai pazienti soddisfatti.

La qualità della vita è un concetto multidimensionale che comprende sia fattori oggettivi che soggettivi; esso è enormemente utilizzato per valutare i risultati dei trattamenti e l'assistenza nella psichiatria generica e, nonostante la sua rilevanza clinica e scientifica rimane rara nella Psichiatria forense e sono state condotte poche ricerche a proposito (28).



L'inadeguatezza degli strumenti già esistenti rispetto a un contesto psichiatrico forense (28) è stata la motivazione per creare una scala di misurazione più adatta, la FQL (*The Forensic inpatient Quality of Life Questionnaire*), psicometricamente valida (28), costituita da 114 voci soggettive e 17 oggettive. Gli elementi soggettivi coprono la valutazione di 15 domini: attività, libertà, residenza, nutrizione, igiene, salute, sessualità, relazioni sociali, altri residenti, staff quotidiano, affetti, autonomia, auto realizzazione, finanze e religione.

Dal momento che i pazienti sono costretti a risiedere in una struttura a lungo termine, la scala contiene una voce anche riguardo l'accettazione della permanenza.

Le voci sono valutabili su una Scala analogica visiva (Vas) di 100mm, dove ogni paziente indica il livello di accordo rispetto a ciascuna voce: 0 indica "disaccordo totale", 100 "il completo accordo". Questa scala è ampiamente utilizzata in Olanda, dove, nelle strutture forensi a lungo termine, ciascun membro dello staff infermieristico viene assegnato ad uno specifico paziente (*case manager*). Qui, oltre ad essere utilizzato il questionario dal 2003, se n'è formulata una versione proxy rivolta allo staff infer-

mieristico, che contiene le stesse domande ma riformulate, alle quali ogni infermiere risponde nella maniera in cui pensa che risponderebbe il paziente assegnatogli (30).

## DISCUSSIONE

Dall'analisi proposta si percepisce una comunanza nel clima di riforma nel campo della Psichiatria forense, sia sul piano nazionale che non.

Se, da una parte, l'Italia sta vivendo una riforma della sanità penitenziaria, regolamentata da vari Decreti e Leggi, dall'altra, anche l'Europa sta rivalutando il concetto di trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato, pur non alterando le strutture adibite allo scopo.

## CONCLUSIONI

Appare evidente, però, come l'infermiere professionale italiano debba sapersi integrare in questo processo di riforma, come, tra l'altro, espresso in un articolo da un infermiere: si tratta di riuscire ad operare nel rispetto del proprio profilo professionale anche in questo nuovo e difficile contesto, conciliando nuove responsabilità pur continuando a seguire i principi dettati dal nostro Codice Deontologico.

Una sfida che fa paura e confonde, spe-

cie in una situazione quale quella italiana, in cui la riforma è ancora in fase di maturazione: il rischio, per l'infermiere operante nelle Rems, sarebbe quello di ritrovarsi in una condizione di subalternità nei confronti di altre professioni, riducendo il proprio ruolo a quello di custode, tipico del periodo pre-Basaglia. Eppure, considerata l'evoluzione e i nuovi traguardi che la figura professionale dell'infermiere ha vissuto e sta continuando a vivere, questi cambiamenti potrebbero essere una rinnovata occasione per ampliare i confini della nostra professione, avvalendosi anche del confronto con le realtà internazionali e della letteratura scientifica, in maniera tale da riuscire a riconoscersi come veri professionisti della salute anche in questo nuovo mondo.

## AUTORI:

Ione Moriconi, laurea magistrale presso Università Sapienza di Roma, P.O. Responsabile Assistenza Infermieristica Dsm Asl RM/A, docente a contratto presso il CdL triennale in Infermieristica Università Sapienza di Roma can C e J; Federica Marra, laureata presso l'Università Sapienza di Roma can C; Carlo Turci, dirigente infermieristico Ospedale Sant'Andrea.

## BIBLIOGRAFIA

- Progetto OPG-ISS. *Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo*, documento scaricabile all'indirizzo [www.ristretti.it/commenti/2015/maggio/pdf10/progetto\\_opg.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2015/maggio/pdf10/progetto_opg.pdf) [ultimo accesso 10/09/15 h. 10:52].
- Nasso M, Custodire o curare? *Una scelta di diritto: la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la presa in carico del paziente giudiziario*. Tesi di laurea magistrale in diritto penitenziario, anno 2013-2014, scaricabile dal sito <http://www.ristretti.it/>, ultima data di accesso 3/10/15 h.10.14.
- Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011, in Atti Senato, Doc.XII-bis n.4:6-10.
- Cupello G, *Modelli di intervento sul malato mentale autore di reato: situazione attuale e sviluppi potenziali*, Adunata dei refrattari.it, 2010; disponibile alla pagina <https://adunataref.wordpress.com/> [ultimo accesso 3/10/15 h.10.07].
- Peterson J.K, Skeem J, Kennealy P, Bray B, Zvonkovic A, *How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?* Law and Human Behavior, 2014. DOI: 10.1037/lhb0000075.
- European Commission, *Placement and Treatment of Mentally Ill Offenders*. Legislation and Practice in EU Member States. Mannheim, Germany, 2005.
- Mental Health Commission, *Forensic Mental Health Services For Adults in Ireland-Discussion Paper*. Dublin: February 2006.
- European Council, *"White Paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment*. Strasbourg: 2000.
- Lega I et al, *Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014.
- Roberton T, *De-escalation and limit-setting in forensic mental health units*. Journal of forensic nursing, 2012; 8:94-101.
- European Cooperation in the field of Scientific and Technical Research. *Memorandum of Understanding*. Bruxelles: 24 May 2013.
- Progetto OPG-ISS, *Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo*. Documento scaricabile all'indirizzo [http://www.ristretti.it/commenti/2015/maggio/pdf10/progetto\\_opg.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2015/maggio/pdf10/progetto_opg.pdf) [ultimo accesso 10/09/15 h.10.52].
- Ferracuti S et al, *Opg. Il futuro sono le Rems?* Quotidianosanità.it, 2014; disponibile all'indirizzo [http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=22563](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=22563) [ultimo accesso 26/11/15 alle h.9.16].
- Victorian Institute of Forensic Mental Health. *Forensic Mental Health Nursing*. Standard of Practice, 2012.
- Bollettino Ufficiale della Regione Lazio. *Decreto del Commissario ad Acta*. Roma: 14 Maggio 2015, n.U00188.
- Kent-Wilkinson A, *Forensic Psychiatric/Mental Health Nursing: Responsive to Social Need*. Issues in Mental Health Nursing, 2010; 31: 425-431.
- Mason T. et al, *Perceptions of diagnostic labels in forensic psychiatric practice: a survey of differences between nurses and other disciplines*. Issues in Mental Health Nursing, 2010; 31:336-344.
- Koskinen L. et al, *The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014; 21:320-326.
- Daffern M & Howells K, *Psychiatric inpatient aggression: a review of structural and functional assessment approaches*. Aggression and violent behavior. A review journal, 2002; 7: 477-497. Daffern M. et al, *What's the point? Towards a methodology for assessing the function of psychiatric inpatient aggression*. Behaviour Research and Therapy, 2006; 45: 101-111.
- Khuroy R. et al, *Use and perceived utility of structured violence risk assessments in English medium secure forensic units*. Psychiatric Bulletin, 2009; 33:129-131.
- Dickens G.L, *Re-focusing risk assessment in forensic mental health nursing*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2015; 22: 461-462.
- Chi Meng Chu, *The predictive validity of the short-term assessment of risk and treatability (Start) in a secure forensic hospital: risk factors and strengths*. International journal of forensic mental health, 2011; 10: 1-9.
- Michiel de Vries R. et al, *Protective factors for violence risk: the value for clinical practice*. Psychology, 2012; 3: 1259-1263.
- De Vogel V. et al, *Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: predicting reductions in postdischarge community recidivism*. Law and human behavior, 2014, disponibile alla pagina [link.springer.com/journal/10979](http://link.springer.com/journal/10979) [ultimo accesso 20/09/15 h.11.24].
- Webster C.D et al, *Short-term assessment of risk and treatability (Start)*. St Joseph's Healthcare, Hamilton and British Columbia Mental Health and Addiction Services, 2004.
- Gray N.S et al, *The short-term assessment of risk and treatability (Start): a prospective study of inpatient behavior*. International Journal of forensic mental health, 2011; 10: 305-313.
- Vorstenbosch E et al, *Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care*. Health Psychology and Behavioral Medicine, 2014; 2:335-348.
- Bouman Y, *Quality of life in forensic psychiatry*. European Psychiatry, 2012; 27.
- Schel S.H.H et al, *Quality of life in long-term forensic psychiatric care: comparison of selfreport and proxy assessments*. Archives of psychiatric nursing, 2015, 29, 162-167.
- Virgolesi M, *Rems: Rischio o opportunità per l'infermieristica?* Infermiere oggi, 2015; 2: 8-12.

# Utilizzo e diffusione delle nuove tecnologie mobili per ridurre l'obesità

di Marco Di Muzio, Cecilia Anastasia Esposito, Roberto Boggi, Massimo Napoli, Adelaide Landi, Concettina Maria Larcinese

## ABSTRACT

Questo studio nasce per evidenziare nuove strategie capaci di contrastare l'obesità.

In molti si evidenzia che il consumo di cibo in eccesso e la diffusione di stili di vita sedentari aumentano il rischio di obesità.

Utilizzando i dati del progetto Passi (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) della Asl Roma A, la revisione ha evidenziato il ruolo delle nuove tecnologie per prevenire l'obesità e favorire stili alimentari corretti.

La metodologia usata è una ricerca bibliografica e revisione della letteratura sulle banche dati che affrontano il problema obesità ed educazione alla salute; quindi, l'analisi dei dati emersi sia dalla letteratura scientifica che dal progetto Passi della Asl Roma A.

I dati del progetto Passi della Asl Roma A evidenziano come i giovani obesi (18-34 anni) hanno maggiore probabilità di diventare degli adulti obesi (50-69 anni) e come i problemi economici abbiano un impatto negativo sulla salute alimentare. La letteratura internazionale evidenzia come le tecnologie mobili possano aiutare al controllo del peso e all'educazione alimentare.

Oggi, i professionisti sanitari, grazie alle nuove tecnologie, possono intervenire sui problemi alimentari della popolazione "sana".

Cellulari, smartphone e tablet sono dispositivi portatili in grado di connettere

ogni persona ovunque si trovi, permettendo, con pochi gesti, di utilizzare applicazioni che possono contribuire sia all'educazione alla salute che a quella alimentare.

**Parole-chiave:** telefoni cellulari, comportamenti verso la salute, promozione della salute, obesità, sms, messaggi di testo, perdita di peso.

## INTRODUZIONE

La prevenzione risulta essere un espediente insostituibile per contrastare le patologie cronicodegenerative (1), che, oggi, rappresentano un'importante causa di mortalità, morbidità e disabilità nei Paesi ad elevata aspettativa di vita (2).

**Le malattie croniche rappresentano un'emergenza sociale ed economica tra costi sanitari diretti, relativi alle cure e indiretti, riguardanti la compromissione della produttività e della qualità di vita (3).**

Lo studio dei fattori eziologici alla base delle patologie cronicodegenerative permette di mettere in atto interventi per ridurre la loro incidenza e i relativi costi.

I fattori di rischio sono suddivisi in "classici" ed "emergenti" secondo l'epoca di identificazione; "modificabili" e "non modificabili" per la possibilità di intervenire.

I fattori modificabili sono: alimentazione, attività fisica, fumo, obesità, ipertensione, diabete, dislipidemia. Questi sono correlati all'insorgenza delle malattie cardiovascolari, tumori, disturbi respiratori

cronici ed eventi cerebrovascolari.

I fattori di rischio modificabili sono, principalmente, conseguenze di comportamenti errati, abitudini tipiche dei Paesi industrializzati; agire su di esse significa, quindi, modificare gli stili di vita (4).

Per pianificare interventi che agiscano sui fattori di rischio individuali bisogna identificare dapprima la loro distribuzione.

Nasce così un sistema di "sorveglianza della salute": Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (Passi) allo scopo di tener d'occhio la popolazione adulta in modo continuo, con la possibilità di reperire dati che possano essere confrontati in ambito territoriale nazionale e in ambito temporale, per monitorare eventuali progressi acquisiti, oppure insufficienze e carenze di programmi di prevenzione già in atto. Passi permette di confrontare le abitudini di vita che influiscono sulla salute e gli effetti degli interventi di prevenzione (5).

**L'infermiere svolge un ruolo primario nel progetto Passi,** collaborando nella valutazione della diffusione dei fattori di rischio in modo diretto, somministrando questionari per via telefonica agli utenti e collaborando all'individuazione di strategie ed interventi di educazione e sensibilizzazione del cittadino.

La breve revisione del presente lavoro focalizza l'attenzione sullo stato nutrizionale, in occasione anche della recente esposizione universale di Milano 2015 che ha avuto come tema centrale pro-



prio la nutrizione.

Per obesità si intende: *“la condizione clinica identificata da un eccesso di tessuto adiposo”*.

Vari studi epidemiologici indicano che la morbilità e la mortalità per tutte le cause, metaboliche e cardiovascolari, iniziano ad aumentare (anche se lentamente) quando il Bmi (*Body Mass Index*) è superiore a 25, suggerendo la necessità di rivedere i limiti utilizzati per la definizione di obesità (6).

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale per la sua prevalenza in costante e preoccupante aumento, soprattutto nei Paesi ad economia emergente.

In totale, il sovrappeso e l'obesità rappresentano il quinto fattore di rischio per mortalità globale e i decessi attribuibili all'obesità sono almeno 2,8 milioni/anno nel mondo (7).

L'obesità, in particolare quella centrale, è il motore principale di un gruppo di alterazioni note come sindromi metaboliche (caratterizzata da adiposità centrale o intra-addominale, iperinsulinemia, intolleranza al glucosio, ipertensione, ipertrigliceridemia e bassi livelli di colesterolo HDL).

Nelle persone obese si riscontra una ridotta distensibilità della gabbia toracica, aumento del lavoro respiratorio, aumento della ventilazione a causa dell'aumen-

to del metabolismo basale, riduzione della capacità polmonare con ridotta capacità funzionale residua (8). E sia nell'uomo che nella donna ci sono evidenti ripercussioni sulla sfera riproduttiva. L'ipogonadismo maschile è associato ad un eccesso di tessuto adiposo. Vi è una riduzione di testosterone e *sex hormone-binding protein*, con un importante incremento dei livelli di estrogeni, con possibile ginecomastia (6).

A livello epatico, conseguenza comune di uno stato di obesità, è l'accumulo di lipidi, denominato *“steatosi epatica”* (Nafld), che può poi evolvere verso una steatoepatite non alcolica (Nash).

Ci sono evidenze forti riguardo l'associazione tra obesità e malattia da reflusso gastroesofageo (anche per l'associazione con l'ernia iatale) con esofagite e/o esofago di Barrett, così come tra obesità e calcolosi biliare (8).

Diversi studi epidemiologici hanno chiaramente illustrato come le malattie in maggior aumento e più caratteristiche del terzo millennio siano quelle psichiatriche e quelle correlate ad un'alimentazione errata.

Si pensa, quindi, che obesità e depressione siano correlate.

Ciò sembra essere certo soprattutto in età adolescenziale, secondo quanto affermano diversi studi, tra cui uno dei più significativi è stato condotto dai ricerca-

tori della Rutgers University-Camden degli Stati Uniti (9).

Lo studio, pubblicato sulla rivista *International Journal of Obesity*, ha analizzato la natura di questa associazione, cercando di identificarne le modalità di funzionamento.

Il disturbo depressivo maggiore e l'obesità sono stati valutati su tre diverse fasce di età: prima adolescenza (fino ai 14 anni), tarda adolescenza (tra i 14 e 20) e prima età adulta (età 20-24). Attraverso un'intervista strutturata, e misurazioni di peso e altezza, è stato verificato come, in particolare per le ragazze, l'adolescenza sia un periodo ad alto rischio per lo sviluppo contemporaneo di obesità e depressione.

Cause di tali disturbi sono: il peggioramento della qualità della vita, coinvolgente qualsiasi aspetto, anche il più banale; l'incapacità di perdere peso; le insoddisfazioni sociali e sessuali; l'essere lontani dagli stereotipi di bellezza e normalità; l'emarginazione.

Circa il 4% delle neoplasie maligne negli uomini e il 7% nelle donne è associato all'obesità (10), alla produzione di adipochine infiammatorie che causano uno stato di infiammazione cronica predisponente alla patologia tumorale. Anche l'iperproduzione ormonale nel tessuto adiposo, e gli stimoli iperproliferativi paracrini sembrano avere alcuni acidi grassi (8).

Nell'uomo è stato dimostrato l'incremento del rischio per tumore dell'eso-fago, del colon-retto, del pancreas, del fegato e della prostata.

Nella donna vi è una maggiore mortalità per cancro della mammella, delle vie biliari, dell'endometrio, della cervice e dell'ovaio.

Interventi mirati risultano fondamentali per interrompere la catena degenerativa e sensibilizzare i cittadini nel condurre uno stile di vita sano.

I progressi nella tecnologia della telefonia mobile hanno reso auspicabili per la promozione della salute e della prevenzione delle malattie, incluse quelle cardiovascolari, metodi completamente nuovi (11).

Molteplici studi hanno riportato i vantaggi di utilizzare la tecnologia per migliorare gli interventi per perdere peso. In particolare, è riportato che l'uso della tecnologia (siti web ed e-mail) è facilmente integrabile nella vita dei partecipanti e permette una migliore flessibilità ai medici e altri operatori sanitari nel fornire consulenza e assistenza ai pazienti (12). Nel complesso, lo scopo di questa breve revisione narrativa della letteratura è di evidenziare le migliori strategie per sollecitare una buona alimentazione.

Attraverso la presente revisione è stata analizzata la possibilità dell'efficacia di interventi di prevenzione sull'obesità attuati tramite l'utilizzo di *smartphone*, *tablet* e telefonia mobile. Lo scopo è dimostrare che c'è una correlazione tra perdita di peso corporeo e utilizzo di *smartphone* e/o telefonia mobile.

Lo scopo dell'utilizzo dei dati del progetto Passi è documentare l'impatto delle condizioni di obesità e sovrappeso in una popolazione di riferimento, per sottolineare l'utilità di interventi mirati in tali ambiti.

È stata richiesta l'autorizzazione all'utilizzo dei dati del progetto Passi della Asl Roma A.

## MATERIALI E METODI

Studio retrospettivo dei dati riguardanti lo stato nutrizionale, raccolti dal progetto Passi all'interno dell'Asl Roma A e breve revisione narrativa della letteratura scientifica nazionale e internazionale.

La popolazione oggetto degli studi Passi è quella tra i 18-69 anni, iscritta all'anagrafe delle varie Asl costantemente aggiornate.

Per la selezione del campione è stato scelto un campionamento stratificato e la popolazione è stata suddivisa in base all'età e al sesso. Le fasce d'età sono state 18-34, 35-49, 50-69.

Questo studio prevede che ci sia una dimensione minima del campione (25 unità per Asl), per garantire una significatività statistica.

Le interviste sono state raccolte nei diversi mesi dell'anno, ad eccezione di luglio e agosto che sono considerati come unica mensilità, per un totale di circa 275 intervistati l'anno. Per raggiungere la dimensione minima del campione sono previste precise modalità di sostituzione delle persone non eleggibili o irraggiungibili o che non desiderano partecipare all'indagine.

Le interviste vengono effettuate telefonicamente, da personale specificamente formato, utilizzando un questionario, standardizzato per evitare discrepanze nelle risposte tra le diverse Asl e validato, ovvero è dimostrata la loro utilità da un punto di vista scientifico. I questionari indagano degli aspetti relativi allo stato di salute, alle abitudini di vita della popolazione, la loro adesione ai programmi di screening già attuati dal Ssn, la carta del rischio cardiovascolare, l'adesione ai programmi di vaccinazione, s'indaga inoltre su altri possibili fattori di rischio per patologie intese anche in senso traumatico (es. sicurezza stradale, sicurezza domestica).

I dati vengono raccolti senza l'effettuazione di misure dirette da parte degli operatori sanitari, non vengono cioè misurati dall'intervistatore che si deve limitare a basarsi sulla risposta del soggetto. È possibile che vi sia un margine di errore legato alla riluttanza ad ammettere determinate situazioni da parte degli intervistati.

I dati raccolti vengono trasferiti in forma anonima, in modo da aiutare il soggetto ad aprirsi riguardo le proprie abitudini, e vengono raccolti in un unico archivio nazionale tramite una connessione internet protetta.

La rilevazione dei dati è partita nell'aprile 2007 nella regione Lazio, seguita poi da altre regioni. Dal 2009, la sorveglianza è attiva in tutte le 21 Regioni o Province autonome italiane. In base ai dati del progetto Passi all'interno dell'Asl Roma A è stata effettuata una ricerca della letteratura nelle banche dati.

Da Pubmed è stato selezionato l'RcT di Allen et al. sull'efficacia dell'utilizzo di nuove tecnologie per interventi di prevenzione primaria (13).

Le banche dati utilizzate sono state: CINAHL, PubMed, Embase, Medline, e PsycInfo. In questi database, sono stati analizzati gli studi condotti tra gennaio 2005 e agosto 2015. La ricerca è stata limitata a pubblicazioni in lingua inglese.

Sono state utilizzate le seguenti parole-chiave e termini MeSH: coronarica o cardiache o cardiovascolare "and" *smartphone* o telefono cellulare o un telefono cellulare "and" promozione della salute o comportamento di salute.

Ci si è limitati a disegni di studio quasi sperimentali e studi randomizzati controllati.

Un totale di 223 *abstract* sono stati esaminati per determinare se sono stati rispettati i criteri di inclusione ed esclusione. Dei 223, si è riscontrato che 36 hanno bisogno di un ulteriore riesame.

Degli articoli reperiti, sette sono stati selezionati.

Le principali cause di esclusione sono state: articoli che trattavano fattori diversi dalla perdita di peso o attività fisica; articoli che trattavano della gestione di un processo patologico (insufficienza cardiaca e diabete) anziché prevenzione; articoli che non utilizzavano le tecnologie mobili per la gestione dell'obesità.

## RISULTATI

Dall'analisi dei dati del progetto Passi della Asl Roma A è stato possibile identificare i fattori responsabili dell'aumento ponderale di un campione di cittadini residenti presso l'Asl Roma A nel periodo 2009-2012.

Il campione è rappresentato da 1067 cittadini della Asl Roma A reclutato negli anni 2009-2012 e dalla Figura 1 è possibile osservare come il campione è distribuito abbastanza equamente negli anni.

(Figura 1)

Lo stato nutrizionale del campione è caratterizzato dal 60,54% normopeso, il 4,97% è risultato sottopeso, ben il 34,5% del campione risulta obeso/sovrappeso. (Figura 2)

I dati dimostrano che il problema della non corretta alimentazione è presente nel circa 35% della popolazione del territorio della Asl Roma A.

Si evidenzia come nei Paesi sviluppati, dove la disponibilità alimentare è in eccedenza, le patologie che hanno come concausa un'errata alimentazione (in particolare, le patologie cronico degenerative come le patologie cardiovascolari e il cancro) sono le più comuni cause di morte precoce e, sulla base delle attuali proiezioni, sembrano destinate a diventare il problema sanitario più grave in quasi tutti i Paesi del mondo (15).

**Parte fondamentale di una vita sana è, quindi, una corretta alimentazione assieme ad un adeguato stile di vita.**

Dall'analisi della letteratura, sono stati selezionati solo due studi che hanno coinvolto partecipanti più giovani di 18 anni e solo uno che ha considerato una popolazione pediatrica.

Nessuno degli studi riportati aveva incluso partecipanti di età superiore ai 65 anni. L'86% degli stessi ha incluso sia gli uomini che donne, anche se solo uno studio ha riportato i risultati divisi per sesso.

La maggioranza (57%) degli studi è stata condotta al di fuori degli Stati Uniti.

Un intervento di messaggistica testuale è stato attuato in cinque dei sette studi, (12; 17; 18; 19; 20) con i rimanenti due studi di attuazione che li sostituivano con un'applicazione per *smartphone* (21; 22). Questi due studi hanno esaminato gli effetti di un'applicazione per *smartphone* valutandola come intervento singolo.

Tre degli studi esaminavano gli sms come intervento primario, ma supportati da una corretta istruzione, in persone normopeso. Invece, gli altri due hanno esaminato gli effetti dei messaggi di testo all'interno di un intervento più ampio ed erano associati ad un determinato programma di gestione del peso.

Tutti gli studi misuravano la soddisfazione dei pazienti o l'accettazione degli in-

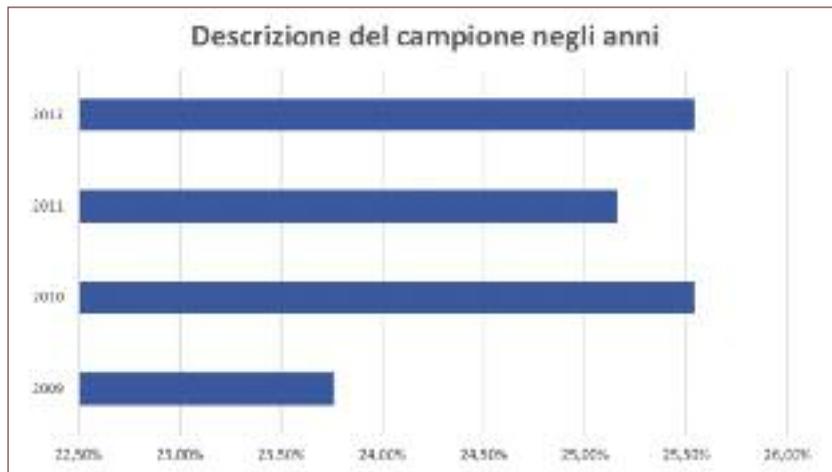


Figura 1. Descrizione del campione negli anni (Fonte: Pass-Asl Roma A)



Figura 2. Stato nutrizionale del campione negli anni (Fonte: Pass-Asl Roma A)

terventi, insieme ad altri parametri.

Gli *outcomes* più frequentemente misurati sono stati: il cambiamento di peso (57%); l'attività fisica (43%); la variazione dell'indice di Bmi (29%); la variazione della circonferenza della vita (29%); l'alimentazione o dieta aderenza (29%); la variazione della massa grassa (14%); l'assunzione di bevanda dolcificata con zucchero (14%) e il tempo dello schermo (14%).

Dei sette studi, cinque hanno riportato risultati statisticamente significativi in almeno un outcome.

La durata degli studi variava da quattro settimane a un anno. Solo due studi hanno avuto un periodo più lungo di *follow-up*. Gli studi sui messaggi di testo variano con la frequenza di messaggi di testo inviati durante il periodo di intervento. Il minimo è stato uno a settimana, il massimo di una quantità illimitata, che ogni

partecipante poteva ricevere al giorno.

Due studi sono stati guidati dal partecipante (cioè, il partecipante ha inviato un messaggio e poi ha ricevuto un risposta immediata); altri non hanno permesso ai partecipanti di inviare messaggi.

Nessuna relazione è stata osservata tra quantità di messaggi di testo ricevuti e il cambiamento nei risultati.

Tuttavia, in entrambi gli studi partecipante-guidati sono stati riportati risultati statisticamente significativi in almeno un *outcome*.

I due studi che hanno esaminato i messaggi di testo come parte supplementare di un più grande intervento (programma di perdita di peso) ha riportato risultati significativi per il peso, Bmi e la circonferenza addominale evidenziando l'importanza dei messaggi di testo per aiutare la perdita di peso.

I tre studi che hanno esaminato i mes-

saggi di testo come intervento primario, con l'aggiunta di altri elementi (istruzioni, incontri di gruppo, ecc.) hanno prodotto un *outcome* significativo in relazione alla perdita di peso.

Tutti gli studi hanno misurato la soddisfazione degli utenti e l'accettabilità legate all'intervento o programma.

Due hanno esaminato le differenze di soddisfazione degli utenti tra i programmi: nessuno studio aveva differenze significative nel gruppo di telefonia mobile contro altri gruppi (ad esempio utilizzo di giornali o siti internet).

Cinque studi hanno valutato il grado di soddisfazione in termini di percentuali di partecipanti che raccomandavano gli interventi ad amici e parenti per aiutarli a raggiungere obiettivi di peso. Questi cinque studi hanno riportato che oltre il 50% dei partecipanti sono stati soddisfatti dell'intervento di 1 o più di queste categorie.

Due studi hanno esaminato l'uso di un'applicazione per *smartphone*.

Le *app*, in entrambi i casi, avevano la capacità di registrare apporto calorico giornaliero, consumo calorico, livelli esercizio quotidiano e di dimostrare i risultati quotidiani.

Tra le molte *app* disponibili, per questo lavoro è stata considerata l'applicazione *SmartDiet* che ha la capacità di fornire ai partecipanti una dieta sottoforma di gioco e di costruire un avatar il cui aspetto si modifica con il peso del paziente.

L'altra interfaccia *smartphone* riesce a segnalare come i membri del team stavano agendo, a visualizzare risultati della squadra avversaria, inviare messaggi e promemoria, e questionari di risposta.

La *SmartDiet* *app* ha prodotto nei partecipanti diminuzioni significative in massa grassa, peso e Bmi.

## CONCLUSIONI

Nel 2015, si sono svolte alcune importanti iniziative che hanno evidenziato il ruolo dell'infermiere nella promozione della salute e nel rispetto di stili di vita sani.

La Consociazione nazionale Associazione Infermieri (Cnai), le associazioni aderenti al Gruppo permanente delle Associazioni Infermieristiche nazionali

(Gpain), i Collegi Ipasvi della Regione Lombardia, con il sostegno del Comitato Expo Village 2015, si sono fatti promotori di varie iniziative con il logo di *Nurses4expo* (14).

Anche il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) ha organizzato, a Roma, il IV *Workshop* internazionale dedicato al tema della salute alimentare, in linea con gli obiettivi dell'Expo 2015 di Milano.

Il *workshop*, patrocinato dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, è stato inserito nel programma *Nurses4expo* (14).

Il ruolo degli infermieri, come quello di molti professionisti della salute, è fondamentale per promuovere la salute e prevenire, così, le grandi malattie sociali della nostra epoca, dall'obesità alle patologie cardiovascolari, dai tumori alle epidemie più diffuse.

Promuovere la ricerca in campo medico ed infermieristico, educando ad una corretta alimentazione per favorire nuovi stili di vita, significa, quindi, migliorare la vita di milioni di persone per affrontare le difficoltà quotidiane e per vivere una vita di qualità.

Il progetto Passi evidenzia il problema del peso corporeo (obesità) e le fonti bibliografiche ci suggeriscono che le nuove tecnologie forniscono un supporto sia al controllo del peso che sulla corretta alimentazione da seguire.

Questa breve revisione narrativa della letteratura rivela che i messaggi di testo o le *app* per *smartphone* hanno un impatto positivo dei partecipanti e possono produrre effetti migliorativi sulla riduzione del peso, circonferenza della vita così come una riduzione del Bmi, della massa grassa, aumento dell'attività fisica, diminuzione dell'assunzione di bevande zuccherate, e incoraggiare abitudini alimentari più sane.

Dei quattro studi che hanno misurato come *outcomes* la variazione del peso corporeo, tutti hanno riportato una riduzione statisticamente significativa di peso nei soggetti delle ricerche. Inoltre, tutti gli studi che hanno misurato girovita e Bmi hanno dimostrato risultati significativi. Pertanto, i risultati mostrano che il peso, girovita e Bmi possono essere gli *outcomes* su cui dovrebbero focalizzarsi i pro-

grammi o gli interventi che utilizzano questo tipo di tecnologia.

Dalla letteratura da noi consultata ancora non è chiaro se interventi tecnologici, che agiscono da soli, siano più efficaci di interventi combinati con altri strumenti per il cambiamento dei comportamenti finalizzati al miglioramento della salute, come, ad esempio, attività di formazione o sessioni di gruppo.

Tuttavia, sembra che gli interventi di messaggistica di testo sono efficaci se supportati da altri metodi o sono incorporati in un programma già esistente.

Non ci sono prove che suggeriscano che i messaggi di testo siano efficaci come intervento autonomo.

In aggiunta, la generalizzazione dei risultati degli studi è limitata a causa di campioni di piccole dimensioni, campioni omogenei, mancanza di risultati separati per maschi e femmine, e sotto rappresentazione delle minoranze etniche.

Solo uno studio ha riportato un calcolo della potenza per determinare l'opportuna dimensione del campione; quindi, si deve usare cautela quando si interpretano i risultati statistici di questi studi.

Molti studi non hanno menzionato l'affidabilità e la validità degli strumenti hanno usato per misurare i risultati.

Un altro fattore importante da considerare è la forza delle evidenze risultanti da tali studi. Non tutti gli studi sono stati *trial* randomizzati controllati (RcT's), introducendo potenziali pregiudizi, compresi *bias* di selezione del campione e *bias* di strumenti. Quelli, invece, randomizzati controllati avevano limitazioni che dovrebbero essere tenute in considerazione nell'esaminare i risultati.

Ad esempio, gli studi condotti da Patrick et al. (18) e Shapiro et al. (20) avevano altri fattori incorporati nel progetto dell'intervento, oltre alla tecnologia in recensione in questo articolo.

Questi altri fattori comprendevano visite di persona, chiamate da un operatore sanitario, e *mailing*. Pertanto, non è possibile stabilire quale parte dell'intervento ha permesso di conseguire i risultati finali. Va, inoltre, considerato che ci sono elevate differenze nelle caratteristiche dei partecipanti che sono stati seguiti negli studi.

Sebbene studi randomizzati controllati forniscano le migliori evidenze scientifiche da cui trarre conclusioni, i limiti di ogni studio vanno considerati.

La maggior parte dei trials ha dimostrato un impatto positivo dei messaggi di testo o *app* per *smartphone* come interventi per la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare, tra cui l'inattività fisica e sovrappeso/obesità.

Questi studi sottolineano come la diffusione di interventi preventivi attraverso l'utilizzo di tecnologie mobili possa aiutare gli operatori sanitari ad avvicinarsi maggiormente all'utente e aiutare que-

st'ultimo a condurre uno stile di vita sano che permetta di ridurre l'insorgenza di malattie espressamente correlate ad un'alimentazione scorretta.

#### AUTORI:

Marco Di Muzio, docente di Discipline Infermieristiche; direttore didattico, CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Università La Sapienza, Roma;

Cecilia Anastasia Esposito, laureata in Infermieristica presso Università La Sapienza, Roma;

Roberto Boggi, coordinatore Passi e Passi d'Argento, Asl Roma 1;

Massimo Napoli, vice-coordinatore Passi, Asl Roma 1;

Adelaide Landi, vice-coordinatore Passi d'Argento, Asl Roma 1;

Concettina Maria Larcinese, direttore didattico, CdL in Infermieristica "J" – Asl Roma 1, facoltà di Farmacia e Medicina, Università La Sapienza, Roma.

*Gli autori ringraziano il Dipartimento di prevenzione della Asl Roma A che ha permesso di collaborare al progetto Passi.*

## BIBLIOGRAFIA

World Health Organization, *Noncommunicable diseases country profiles 2011*.

Disponibile alla pagina: [www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles\\_report.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf) [Data ultimo accesso: 24/09/2015].

Istituto nazionale di Statistica, *Salute*. Disponibile alla pagina: [www.istat.it/it/files/2013/03/1\\_Salute.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/03/1_Salute.pdf) [Data ultimo accesso: 22/09/2015].

Health Communication, *Rapporto malattie croniche 2010*. Disponibile alla pagina: [www.telemeditalia.it/it/ej-salute/content/detail/0/179/1883/rapporto-2010-sulle-malattie-croniche-in-italia-.html](http://www.telemeditalia.it/it/ej-salute/content/detail/0/179/1883/rapporto-2010-sulle-malattie-croniche-in-italia-.html) [Data ultimo accesso: 21/08/2015].

Commissione europea, *Malattie croniche e malattie principali*. Disponibile alla pagina: [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/policy/index\\_it.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/policy/index_it.htm) [Data ultimo accesso: 23/09/2015].

Epicentro, il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica. *Passi*. Disponibile alla pagina: [www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/infoPassi/infoGen.asp) [Data ultimo accesso: 24/06/2015].

Fauci A.S, Kasper D.L, Hauser S.L, Longo D.L, Jameson J.L, Loscalzo J.H, *Manuale di Medicina interna*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2012. ISBN 978-88-08-18257-9.

World health organization, *Obesity and overweight*; Fact sheet n.311-Updated January 2015 Disponibile alla pagina: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311) [Data ultimo accesso: 24/10/2015].

Kumar V, Abbas A.K, Fausto N, *Patologie ambientali e nutrizionali* (capitolo IX). In: Kumar V, Abbas A.K, Fausto N (a cura di): Robbins & Cotran, *Le basi patologiche delle malattie* (VIII edizione). Elsevier-Masson, Milano, 2010. 391-438.

Marmorstein N.R, Iacono W.G, Legrand L, *Obesity and depression in adolescence and beyond: reciprocal risks*. Int J Obes (Lond). 2014 Jul;38(7):906-11.

Polednak A.P, *Estimating the number of U.S. incident cancers attributable to obesity and the impact on temporal trends in incidence rates for obesity-related cancers*. Cancer Detect Prev. 2008;32(3):190-9.

Cole-Lewis H, Kershaw T, *Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management*. Epidemiol Rev. 2010;32:56-69.

Haapala I, Barengo N.C, Biggs S, Surakka L, Manninen P, *Weight loss by mobile phone: a 1-year effectiveness study*. Public Health Nutr. 2009 Dec;12(12):2382-91.

Allen J.K, Stephens J, Dennison Himmelfarb C.R, Stewart K.J, Hauck S, *Randomized controlled pilot study testing use of smartphone technology for obesity treatment*. J Obes. 2013;2013:151597.

Consociazione nazionale associazione infermieri. Disponibile su: [www.cnai.info/index.php/cnai/progetti-e-iniziativa/nurses-expo](http://www.cnai.info/index.php/cnai/progetti-e-iniziativa/nurses-expo) [Data ultimo accesso: 14/09/2014].

Oms, *Alimentazione corretta*. Disponibile alla pagina: [www.salute.gov.it/portale/salute/p1\\_5.jsp?id=108&area=Vivi\\_sano](http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=108&area=Vivi_sano) [Data ultimo accesso: 14/09/2014].

Istituto nazionale di statistica. *Le principali cause di mortalità*. Disponibile alla pagina: <http://www.istat.it/it/archivio/140871> [Data ultimo accesso: 18/09/2014].

Joo N.S, Kim B.T, *Mobile phone short message service messaging for behaviour modification in a community-based weight control programme in Korea*. J Telemed Telecare. 2007;13(8):416-20.

Patrick K, Raab F, Adams M.A, Dillon L, Zabinski M, Rock C.L, Griswold W.G, Norman G.J, *A text message-based intervention for weight loss: randomized controlled trial*. J Med Internet Res. 2009 Jan 13;11(1):e1.

Gerber B.S, Stolley M.R, Thompson A.L, Sharp L.K, Fitzgibbon M.L, *Mobile phone text messaging to promote healthy behaviors and weight loss maintenance: a feasibility study*. Health Informatics J. 2009 Mar;15(1):17-25.

Shapiro J.R, Bauer S, Hamer R.M, Kordy H, Ward D, Bulik C.M, *Use of text messaging for monitoring sugar-sweetened beverages, physical activity, and screen time in children: a pilot study*. J Nutr Educ Behav. 2008 Nov-Dec;40(6):385-91.

Lee W, Chae Y.M, Kim S, Ho S.H, Choi I, *Evaluation of a mobile phone-based diet game for weight control*. J Telemed Telecare. 2010;16(5):270-5.

Gasser R, Brodbeck D, Degen M, Luthiger J, Wyss R, Reichlin S, *Persuasiveness of a mobile lifestyle coaching application using social facilitation*. Lecture Notes Comput Sci. 2006;3692:27-38.

# Interventi non farmacologici nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer

## Comparazione della *Pet Therapy* con la Terapia della Reminiscenza

di Chkairi Mohammed

### ABSTRACT

Quello della gestione dei sintomi comportamentali e del miglioramento della memoria nei pazienti affetti da Alzheimer, rappresenta uno dei temi maggiormente discussi e affrontati nella letteratura, sia per l'incidenza del disturbo che per le conseguenze negative a livello individuale e interpersonale.

Visto il crescente numero di pazienti affetti da demenza e vista la mole di effetti collaterali che i farmaci utilizzati per il trattamento dei Bpsd (*Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia*) possono determinare, vi è stata, negli ultimi anni, una crescente richiesta di interventi alternativi ai trattamenti farmacologici. Diverse le terapie complementari utilizzate: la Rot (*Reality Orientation Therapy*), la *Music Therapy*, l'*Occupational Therapy*, la *Reminiscence Therapy* e la *Pet Therapy*. È proprio su queste ultime due che si è focalizzata la nostra attenzione, per verificarne l'efficacia nel controllo dei sintomi comportamentali e nel miglioramento della memoria.

Da una ricerca condotta sulle banche dati di Cinhal, Scopus, Pubmed e Cochrane, sono emersi articoli riguardanti l'impiego della *Reminiscence Therapy* e della *Pet Therapy* nella gestione dei malati di Alzheimer. La ricerca ha prodotto un totale di 277 articoli, di cui 87 reperiti su PubMed, 189 da Scopus e 1 da Co-

chrane Library.

**Parole-chiave:** *Alzheimer disease, Pets Therapy, Reminiscence Therapy, Quality of Life, Behavioural symptoms.*

### INTRODUZIONE

Oggi, una delle conseguenze di una maggiore longevità della popolazione mondiale è l'aumento dell'incidenza del Morbo di Alzheimer.

Si stima che **nel mondo circa 36 milioni di persone siano affette da demenza** ed entro il 2030 si arriverà a contarne circa 66 milioni (Lazar, A., Thompson, H., & Demiris, G., 2013): per questo motivo l'Alzheimer viene definito una vera e propria "epidemia del Ventunesimo Secolo".

La malattia, o Morbo di Alzheimer, è una patologia neurodegenerativa che colpisce le cellule del cervello causandone il lento e progressivo disfacimento.

Recenti studi ne associano l'eziologia alla presenza, nell'encefalo, di placche amiloidi e ammassi neurofibrillari, ma

non è ancora chiara la causa primaria.

Fino a qualche anno fa, il Morbo di Alzheimer era conosciuto anche con il nome di "demenza pre-senile", poiché la fascia di età della popolazione colpita si aggirava intorno ai 65 anni. Oggi, però, sono sempre meno rari i casi di pazienti di età compresa tra i 50 e i 60 anni, tanto da essere considerata una patologia "ad esordio precoce".

Progressivamente invalidante, l'Alzheimer segue un decorso clinico proprio per ogni paziente, manifestandosi, nella maggior parte dei casi, con perdita della memoria a breve termine, disturbi dell'umore e afasia.

Lievi in un primo momento, i sintomi si fanno, man mano, più evidenti con l'avanzare della malattia, fino a quando il declino cognitivo, il disorientamento spazio temporale, i disturbi comportamentali e l'incapacità del *self-care* arrivano ad interferire con le normali attività quotidiane e con le relazioni sociali: per questo, l'Alzheimer viene considerato, a tutti gli effetti, una patologia terminale (Nordgren, L. & Engström, G., 2014b).

Sia per l'importanza concettuale e clinica che per l'elevata incidenza, i sintomi comportamentali rappresentano un aspetto dell'Alzheimer che non può essere ignorato, ma che, al contrario, deve essere tenuto nella massima considerazione, necessitando di un attento monitoraggio



e di interventi mirati che si propongano di assicurare ai malati una qualità di vita accettabile in ogni stadio della malattia. In questo ambito, pertanto, si fanno strada le terapie complementari che, affiancate alla tradizionale terapia farmacologica, rappresentano uno strumento efficace nel combattere questo disturbo. Le terapie farmacologiche oggi disponibili non sono però risolutive; i trattamenti utilizzati offrono piccoli benefici e possono solo parzialmente rallentare il decorso della patologia: antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, ansiolitici, antipsicotici o gli inibitori della colinesterasi sono i farmaci più utilizzati in questi campi, i quali, tuttavia, possono arrecare seri effetti collaterali. Per questo motivo, negli ultimi anni, stiamo assistendo ad un crescente interesse per gli interventi non farmacologici - o "terapie complementari" - che agiscono sulla sfera cognitiva, relazionale ed emotiva dei pazienti nei quali le funzioni sensoriali non sono significativamente compromesse e la memoria remota è ancora parzialmente conservata (Maji, Gutzmann, Heinz, Lang & Rapp, 2013).

Terapie come la Rot, la *Memory Training*, la *Music Therapy*, l'*Occupational Therapy*, la *Reminiscence Therapy* e la *Pet Therapy* si pongono come obiettivo quello di ridurre il grado di disabilità, migliorare la qualità di vita e potenziare le residue funzioni intellettive.

La *Reminiscence Therapy* è uno dei più popolari interventi psicosociali per la cura della demenza e consiste nel parlare di attività, eventi ed esperienze passate servendosi dell'ausilio di fotografie o oggetti familiari, allo scopo di stimolare la rievocazione di ricordi.

Può prevedere incontri di gruppo o sedute individuali, a cadenza settimanale, durante le quali la persona è guidata cronologicamente nel rivivere esperienze passate (Lazar, A., Thompson, H., & Demiris, G., 2014).

Per *Pet Therapy* si intende, invece, una terapia complementare che si serve degli animali per migliorare lo stato emotivo dei pazienti in numerosi ambiti assistenziali.

Condotta da professionisti in possesso di un'adeguata certificazione, essa con-

sta di tre interventi distinti: "*Animal-Assisted Activities*" (Aaa); "*Animal-Assisted Therapy*" (Aat) e "*Animal Assisted Interventions*" (Aai): le tre azioni possono rivolgersi ad un singolo paziente oppure ad un piccolo gruppo e prevedono il contatto fisico con l'animale che si esplica portandolo a passeggio, giocandoci e accudendolo. La *Pet Therapy* si fonda sulla capacità dell'animale di agire sui sintomi fisici, comportamentali e psicologici (Bpsd) del paziente: in particolare, nei pazienti affetti da demenza, agiscono riducendo stati di ansia, aggressività e agitazione (Swall, A., Ebbskog, B., Lundh Hagelin, C., & Fagerberg I., 2015). Numerose sono le specie di animali utilizzate in questa pratica: i cavalli, anche a supporto dei bambini down, ma anche gli uccelli, i pesci, i gatti, i delfini.

Tuttavia, sono i cani gli animali più frequentemente utilizzati, sia per il loro carattere socievole che li rende più gestibili, sia per il legame che, da secoli, li vede accanto all'uomo (Dimitrijevi, 2009).

Questa ricerca si è focalizzata sulla comparazione di questi ultimi due interventi (*Reminiscence Therapy* e *Pet Therapy*), con il proposito di individuarne l'efficacia nel miglioramento e nel controllo dei sintomi comportamentali e nella memoria dei pazienti affetti da Morbo di Alzheimer.

## MATERIALI E METODI

La prima tappa del nostro studio è stata

l'identificazione delle facet analysis sulla base del Pico, che ha consentito di definire la popolazione presa in esame, le tipologie di intervento e l'*outcome*. (Tabella I)

La ricerca è stata condotta sulle banche dati di Medline, Scopus, Cinahl e Cochrane Library.

I termini utilizzati per la costruzione della stringa di ricerca sono stati: "*Alzheimer disease*" [MeSH]; "*Dementia*" [Mesh]; "*Alzheimer's Disease*"; "*Alzheimer Syndrome*"; "*Animal Assisted Therapy*" [Me-sh]; "*Animal-Assisted Therapy*"; "*Animal-assisted intervention*"; "*Pets Therap\**"; "*Reminiscence Therapy*"; "*Quality of Life*" [Mesh]; "*Behavioural symptoms*" e "*Memories*", correlati per mezzo degli operatori booleani: "*or*" e "*and*".

L'unico limite imposto alla ricerca è stato la data dei documenti presi in esame: non antecedenti al 1 gennaio 2004, per considerare pubblicazioni non più vecchie di dieci anni. I criteri di inclusione ed esclusione sono visionabili nella Tabella II.

## RISULTATI

La ricerca ha prodotto un totale di 277 articoli, di cui 87 reperiti su PubMed, 189 da Scopus e uno da Cochrane Library. La ricerca su Cinahl non ha prodotto risultati significativi: 10 articoli non rispondenti ai criteri di inclusione; non è stato inoltre possibile reperire il *full text* dell'articolo rinvenuto su Cochrane. La

P	I	C	O
Pazienti affetti da Morbo di Alzheimer	<i>Pet Therapy</i>	<i>Reminiscence Therapy</i>	Miglioramento e controllo dei sintomi comportamentali e della memoria

Tabella I. Metodo Pico

CRITERI DI ESCLUSIONE	
C.E. 1 = popolazione affetta da demenza secondaria a danni cerebrovascolari.	C.I. 1 = pazienti affetti da Morbo di Alzheimer e da forme di demenza lieve, moderata e severa.
C.E. 2 = popolazione affetta da patologie psichiatriche.	C.I. 2 = <i>Pet Therapy</i> e <i>Reminiscence Therapy</i> combinate con l'utilizzo di farmaci;
C.E.3 = <i>Pet Therapy</i> e <i>Reminiscence Therapy</i> impiegate in concomitanza con altre terapie complementari	
C.E. 4 = articoli non attinenti con l' <i>outcome</i> stabilito nella domanda di ricerca	

Tabella II. Criteri di inclusione ed esclusione

ricerca si è, dunque, limitata all'analisi dei soli documenti reperiti su Pubmed e Scopus. Una prima scrematura è stata eseguita sulla base del solo titolo: 84 articoli, poi, sono stati selezionati in base all'abstract e dei 30 rimanenti è stata effettuata un'ulteriore selezione dopo la lettura del testo. Gli articoli presi in considerazione ai fini della ricerca sono stati un totale di 18: nove sulla *Pet Therapy* (di cui cinque Rct, uno studio prospettico e tre revisioni della letteratura); nove articoli riguardanti la *Reminiscence Therapy* (di cui sei Rct, due studi-pilota e una revisione della letteratura). Tutti i documenti hanno offerto un quadro generale della *Reminiscence Therapy* e della *Pet Therapy* e delle rispettive applicazioni, per poi focalizzarsi sugli interventi specifici e sui risultati ottenuti. (Tabella III e IV)

## DISCUSSIONE

Come già accennato, tra i sintomi più comuni della Malattia di Alzheimer, oltre alla perdita della memoria, vengono annoverati i Bpsd, ovvero dei sintomi comportamentali e psicologici che si caratterizzano per depressione e stati di angoscia, ansia e aggressività.

Tradizionalmente trattati con farmaci antidepressivi, ansiolitici o stabilizzatori dell'umore, soprattutto per l'elevato numero di effetti collaterali, negli ultimi anni, per la cura di questi, stanno prendendo piede terapie complementari che vanno ad affiancare, se non a sostituire, la terapia tradizionale.

Lo scopo della nostra ricerca, è stato di verificare l'efficacia di due terapie non farmacologiche - la *Reminiscence Therapy* e la *Pet Therapy* -, nel controllo e nel miglioramento della memoria e dei sintomi comportamentali: dall'analisi dei documenti, si è visto che, in realtà, ciascuno di questi interventi si focalizza su un aspetto specifico della malattia.

La *Reminiscence Therapy* sembra avere risultati efficaci nel recupero e nel controllo della memoria a lungo termine. Tra i tanti, lo studio di Pöllänen S.H. & Hirsimäki, R.M (2014), condotto utilizzando oggetti di uso quotidiano familiari ai pazienti, dimostra come questi si siano rivelati dei *trigger* utili nella rievocazione

di ricordi passati.

Ancora, De Vreese (2012) documenta l'efficacia di questa terapia nel miglioramento di competenze e abilità residue, agendo soprattutto sulla memoria e sulla comunicazione verbale.

Un ulteriore studio dimostra come operatori sanitari, adeguatamente formati, siano in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti includendo la Rt nelle normali attività di cura (O'Shea, et al. 2014). Il progresso scientifico, inoltre, ha consentito alla Rt di avvalersi di strumenti tecnologici all'avanguardia, utili sia agli operatori, per la pianificazione degli interventi e la documentazione e l'analisi dei dati, sia ai pazienti, poichè consente loro di interagire con persone lontane attraverso l'utilizzo di fotocamere, video, registrazioni audio e interfaccia multimediali (Lazar, A., Thompson, H. & Demiris, G, 2013).

Al contrario, l'unico studio in cui la *Pet Therapy* sembra aver apportato benefici cognitivi, è stato quello condotto da Swall et al. (2015), dal quale è emerso che la compagnia dei cani è riuscita a stimolare la rievocazione di ricordi, legati soprattutto al contatto con gli animali, nel periodo dell'infanzia, in cinque pazienti residenti in una casa di cura svedese.

L'idea di affiancare alla tradizionale terapia farmacologica la vicinanza di cani o altri animali con il ruolo di "mediatori emozionali" risale al 1960, e ne fu artefice lo psichiatra Boris Levinson, che, per primo, intuì gli effetti benefici degli animali da compagnia sul comportamento dei suoi pazienti. Oggi, questa pratica ha perso quasi del tutto la sua connotazione "sperimentale" e, come dimostrano i tre articoli sui nove reperiti, la Svezia risulta essere il Paese più all'avanguardia da questo punto di vista, essendo il primo ad aver introdotto scuole specifiche di formazione per istruttori Dai (*Dog-Assisted Intervention*) (Nordgren et al., 2014b).

La *Pet Therapy* poggia i suoi fondamenti sulla straordinaria capacità naturale che hanno gli animali di stimolare amore e sicurezza in chi ha il privilegio di averli accanto, sentimenti preziosi per migliorare la qualità dell'umore nei pazienti afflitti da disagio psicologico.

In entrambi i studi condotti in Svezia,

la sintomatologia comportamentale risultava essere significativamente migliorata, e i pazienti si mostravano più calmi e sereni dopo l'incontro con i cani (Swall et al., 2015; Nordgren et al. 2014a).

Ancora, lo studio caso-controllo che ha confrontato gli esiti del classico trattamento farmacologico con la terapia combinata con Aat, in pazienti con demenza in stadio avanzato, ha dimostrato l'ottima capacità di questa nel controllare stati di agitazione e aggressività (Maji et al., 2013).

I cani utilizzati possiedono una certificazione riconosciuta da società accreditate che ne attesti la buona salute e il temperamento mansueto. Prima di essere introdotti nei reparti, vengono sottoposti a rigidi controlli veterinari e ad un addestramento particolare da parte di comportamentisti animali, che insegnano loro la condotta adeguata all'ambiente nosocomiale e il modo in cui approcciare con determinati pazienti (Nordgren et al. 2014b; Mosello E. et al., 2011).

Nonostante ciò, nella sua affermazione come terapia complementare, la *Pet Therapy* incontra non poche difficoltà: paura da parte dei pazienti e opposizioni da parte del personale sanitario, preoccupato per la possibile trasmissione di infezioni o malattie e per l'intralcio alle attività lavorative.

Per questi motivi, da un punto di vista pratico, la *Reminiscence* risulta di più semplice attuazione.

Va detto, però, che, nonostante i risultati positivi riscontrati in tutti gli studi, nella maggior parte di questi, il campione preso in analisi era costituito da un numero esiguo di pazienti, troppo piccolo per poter estendere i risultati ad una popolazione più ampia.

Inoltre, per stessa ammissione degli autori, in quasi tutti gli studi manca un *follow up* a lungo termine: i controlli si sono limitati al periodo immediatamente successivo all'intervento o per un periodo massimo di un anno, termine oltre il quale non si conoscono i benefici prodotti dalle terapie.

Nonostante ciò, sia la *Reminiscence* che la *Pet Therapy* si sono dimostrate ausili validi e graditi ai pazienti nel migliorarne le loro condizioni.

AUTORE/ ANNO	TITOLO	METODO- LOGIA DI RICERCA	CAMPIONE	TRATTAMENTO/ FOLLOW UP	STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	RISULTATI
I. Serrani A. Serrani A. Serrani A. (2015)	A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial.	RCT	135 pazienti Gruppo di controllo attivo n = 45; gruppo di controllo passivo = 45; gruppo di intervento n = 45	Pazienti valutati al basale (T0), 12 settimane (T1), e sei mesi (T2) dopo l'intervento	The Social Engagement Scale (SES) e Self Riferito qualità della vita Scale (SRQoL)	Il test di Wilcoxon ha evidenziato differenze significative nel gruppo di intervento tra il T2 e T0, e tra T1 e T0 in SES, e c'erano differenze significative tra T0 e T1 (effetto intervento size = 0,267) e T1 e T2 (intervento effect size = 0,450) nel SRQoL. I punteggi di regressione logistica univariata ha mostrato che i predittori di variazione del SRQoL sono stati associati con un minor numero di sintomi di ansia basale e punteggi di depressione più bassi.
II. Lancioni, G.E., Singh, N.N., O'Reilly M. F., Sigafos, J., D'Amico, F., Ferlisi, G., Denitto, F., De Vanna, F., Belardinelli, M.O. (2010)	Patients with moderate Alzheimer's disease engage in verbal reminiscence with the support of a computer-aided program: a pilot study.	Studio pilota	16 pazienti  Gruppo di intervento (n=10); gruppo di controllo (n=6)	Con sei pazienti è stata utilizzata la versione del software tradizionale, il gruppo di 10 ha invece usufruito di una versione modificata che consente di interagire con l'operatore	La valutazione è stata effettuata per mezzo di un software	In 15 pazienti è stato evidenziato un miglioramento delle capacità verbali e cognitive
III. Wu, L.F... Koo, M... , (2014)	Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual wellbeing in elderly with mild and moderate dementia.	RCT	103 pazienti affetti da demenza lieve e moderata reclutati in un centro medico di Taiwan Randomizzazione casuale Gruppo di studio (n = 53); gruppo di controllo (n = 50)	Follow up eseguito prima dell'intervento e dopo 6 settimane	Herth Hope Index, Life Satisfaction Scale, "Spirituality Index of Well-Being".	Il benessere e lo stato emotivo dei pazienti risulta essere notevolmente migliorato dopo l'intervento di reminiscenza spirituale.
IV. Sok, S.R... 2015	Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone.	RCT	Studio quasi sperimentale con disegno di studio pretest post-test 78 pazienti soli in casa reclutati attraverso un campionamento di convenienza. Sesso: donne; Età media: 65 anni; Gruppo di studio (n = 40); Gruppo di controllo (n = 38)	Sedute individuali della durata di un'ora con cadenza settimanale, per 4 settimane.	Valutazione della demenza attraverso il Mini Mental State Examination	Nel gruppo di intervento sono stati rilevati dei miglioramenti nella memoria a breve termine e nella qualità di vita.
V. Pöllänen S.H., & Hirsimäki, R.M., (2014)	Crafts as memory triggers in reminiscence: a case study of older women with dementia.	RCT	3 pazienti residenti in case di cura affetti da Alzheimer con difficoltà di comunicazione Sesso: donne Range età: 84 - 87 anni	I familiari sono stati intervistati per raccogliere informazioni sulla vita passata dei pazienti. Sulla base dei racconti sono stati pianificati i temi degli incontri e scelti determinati oggetti che fungessero da "trigger" per stimolare dei ricordi. Tre sessioni della durata di 55-56 minuti ciascuna. Sessione 1 (8 trigger) Sessione 2 (13 trigger) Sessione 3 (33 trigger) Follow up a 12 mesi	Realizzazione di video attraverso i quali è stata possibile l'acquisizione di espressioni verbali e non	L'uso di oggetti di uso quotidiano nel passato sono utili per richiamare alla memoria ricordi lontani.
VI. O'Shea, E., Devane, D., Cooney, A., Casey, D., Jordan, F., Hunter, A., Murphy, E., Newell, J., Connolly, S., and Murphy, K., (2014)	The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care	RCT	304 soggetti con Alzheimer residenti in strutture per lungo tempo Gruppo di intervento (n = 153) Gruppo di controllo (n = 151)	Durata intervento: dal 2010 al 2011. Operatori sanitari, adeguatamente formati da attraverso un corso di Dementia Education Programme Incorporante Reminiscence, hanno incluso la terapia della reminiscenza durante l'escione delle normali attività assistenziali. Follow up a 18 e 22 settimane. Non sono stati indagati gli effetti a lungo termine.	Quality of Life Alzheimer's Disease Instrument.	Gli interventi eseguiti da personale sanitario adeguatamente formato determinano significativi miglioramenti nella qualità di vita dei pazienti.
VII. Van Bogaert P., Van Grinsven, R., Tolson, D., Wouters, K., Engelborghs, S. & Van der Musselle, S.(2013)	Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study.	Studio Pilota	82 pazienti  Gruppo di intervento (n=41); Gruppo di controllo (n = 41)	6 - 8 sessioni per un per quattro settimane	Mini Mental State Examination (MMSE); Geriatric Depression Scale (GDS)	Miglioramento dei sintomi depressivi e cognitivi
VIII. Lazar, A., Thompson, H., & Demiris, G., (2013)	A systematic review of the use of technology for reminiscence therapy.	Revisione della letteratura	308 studi presi in esame: dal 1996 al 2013	Negli studi analizzati gli interventi prevedevano l'uso di fotografie o oggetti familiari per stimolare il recupero di ricordi	ACM Guide to Computing Literature (gen. 1954 - sett. 2013); PubMed (gen. 1996 - sett. 2013); PsycInfo (gen. 1998 - sett. 2013)	La maggior parte degli studi suggeriscono l'importanza dell'impiego della tecnologia durante la reminiscence therapy: i pazienti possono beneficiare di registrazioni audio, video e interfaccia multimediali.
IX. De Vreese, L.P., Mantesso, U., De Bastiani, E., Weger, E., Marangoni, A.C. & Gomiario, T. (2012)	"Non pharmacological Intervention Procedures on cognition and behavior in older adults with intellectual disabilities: A 3year Follow-up Study"	RCT	14 pazienti	Durata dello studio: 3 anni		Nel gruppo di intervento il programma di Reminiscenza ha determinato un miglioramento del comportamento e delle abilità residue.

Tabella III. Reminiscence Therapy - Dati estratti dagli studi

AUTORE/I ANNO	TITOLO	METODOLOGIA DI RICERCA	CAMPIONE	TRATTAMENTO/FOLLOW UP	STRUMENTI DI RACCOLTA DATI	RISULTATI
I. Swall A., Ebbe-skog B, Lundh Hage-lin C... & Fagerberg I (2014)	Can therapy dogs evoke awareness of one's past and present life in persons with Alzheimer's disease?	Studio osservazio-nale	5 pazienti residenti in casa di cura svedese con AD ad uno stadio mediogrovo (MMSE = 1-17p). Range di età: 89-95 anni. Sesso: 4 donne e 1 uomo. Criteri di inclusione: diagnosi di AD, assenza di precedenti visite di animali; Criteri di esclusione: reazioni negative al contatto con il cane	Incontri con i cani effettuati una volta a settimana per 10 settimane. Video visionati ed analizzati al termine di ogni sessione.	Realizzazione di video attraverso i quali è stata possibile l'acquisizione di espressioni verbali e non	I pazienti si sono mostrati più sereni e calmi dopo l'incontro con gli animali. Il contatto ha stimolato la rievocazione di ricordi legati al periodo dell'infanzia.
II. Nordgren L.... & Engström G... (2014b)	Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia	Studio quasi sperimentale con disegno di studio pre-test / post-test	Campionamento mirato condotto da marzo 2011 ad agosto 2012 33 pazienti residenti in 8 case di cura svedesi affetti da demenza di grado moderatamente grave (MMSE 10-14) e severa (MMSE <10); Gruppo di intervento: 20, gruppo di controllo 13; Range di età: gruppo di intervento: 63-91 anni; gruppo di controllo: 71-94 anni. Sesso: gruppo di intervento: 8 uomini, 12 donne; gruppo di controllo: 3 uomini, 10 donne;	Trattamento eseguito sulla base di un protocollo individuale creato in base alle esigenze dei singoli partecipanti: camminare, giocare, accarezzare, spazzolare l'animale. Ogni protocollo ha previsto 10 sedute della durata di 45 - 60 minuti ciascuna. I dati sono stati raccolti in tre momenti: al momento basale, al termine di ogni sessione, 3 mesi dopo il termine dell'intervento;	Cohen-Mansfield Agitation (CMAI) e il Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS);	Punteggi della CMAI e della (MDDAS) risultano diminuiti rispetto al gruppo di controllo, in cui invece sono rimasti invariati (CMAI da 18,5 a 15,3; MDDAS da 15,3 e 13,5)
III. Maji T., Gutzmann H..., Heinz A, Lang U.E. & Rapp M.A. (2013)	Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: matched case-control trial.	Studio caso controllo	65 pazienti reclutati in 8 case di cura. Gruppo di intervento: 30; gruppo di controllo 35 Età media: 82 anni Sesso: 47 uomini, 18 donne	Trattamento con terapia farmacologica e AAT comparata al solo uso di farmaci (antipsicotici, benzodiazepine, antidepressivi) per 10 settimane. Valutazione eseguita quattro settimane prima dello studio e dopo il completamento di questo	Demenza Mood Assessment Scale e Cohen-Mansfield Agitation Inventory	Nel gruppo di controllo i BPSD sono aumentati, rispetto al gruppo di studio per cui sono rimasti invariati: aggressività: p <0,05; depressione p <0,001.
IV. Nordgren L., & Engström G. (2014a)	Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life	Studio pilota con disegno di studio pre-test / post-test	Campionamento da marzo 2011 a ottobre 2011. 20 pazienti affetti da demenza residenti in 4 case di cura svedesi. MMSE: tre partecipanti demenza di grado lieve (range 21-26), sette demenza moderata (range 12-17), 10 demenza grave (range 0-9); Range di età: 58-88 anni; Sesso: 12 donne, 8 uomini; Post-test condotto su 9 pazienti: 4 partecipanti deceduti prima del completamento dello studio, 4 trasferiti in altre case di cura, 3 questionari non sono stati compilati dal personale infermieristico.	10 incontri effettuati una o due volte la settimana, della durata di 45-60 minuti ciascuno  Raccolta dati eseguita prima dello studio e al termine di esso.	Comportamenti e stati emotivi dei pazienti valutati nel pre-test e nel post-test da parte del personale infermieristico attraverso il QUALID: questionario progettato per la valutazione dei pazienti istituzionalizzati con demenza in fase avanzata	Una settimana dopo il termine dello studio, il QoL dei partecipanti risultava migliorato (QUALID: p = 0.35)
V. Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., Negretti, F., Sacchetti, C. & Atti A. (2009)	Pet therapy in elderly patients with mental illness	Studio quasi sperimentale	21 pazienti affetti da demenza residenti in una casa di cura di Bologna. Gruppo di intervento: 10; gruppo di controllo 11. Età media 84 anni. Sesso: gruppo di intervento: 9 donne, 1 uomo; gruppo di controllo: 11 donne; Criteri di inclusione: età >65 anni; istituzionalizzazione per un periodo di almeno 2 mesi; affetti da Alzheimer, demenza, disturbi dell'umore; Criteri di esclusione: impossibilità di interagire con il personale per deficit fisici (sordo, cieco)	Pet Therapy effettuata una volta a settimana per 6 settimane. Ogni incontro, della durata di 90 minuti, prevedeva il contatto dei cani con gli appartenenti al gruppo di intervento: alle donne facenti parte del gruppo di controllo era consentito vedere gli animali, ma non interagire con loro. Dati raccolti prima dell'intervento (T0) e al termine delle sei settimane (T1)	La valutazione dei dati è stata effettuata per mezzo del MMSE e della Geriatric Depression Scale - GDS, insieme con un questionario sulla percezione della qualità di vita.	Riduzione del 50% dei sintomi depressivi a sei settimane dall'AAT; Miglioramento della qualità di vita riferito dalla maggior parte dei partecipanti
VI. Mossello, E., Ridolfi, A Mello, A., Lorenzini, G., Mugnai, F., Piccini, C., Barone, D., Peruzzi, A., Masotti, G. & Marchionni N. (2011)	Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care	Studio esplorativo non randomizzato	10 pazienti con deficit cognitivo grave Range di età: 69 - 85 anni Sesso: 4 femmine; 6 maschi	Terapia eseguita due settimane con cani di peluche CA e tre settimane con AAA. Ogni sessione della durata di 100 minuti tre volte alla settimana, dalle ore 10 alle ore 12 circa. Ogni sessione, guidata dallo stesso operatore, prevedeva il contatto con il peluche o nutrire, spazzolare, portare a spasso l'animale. Dati raccolti durante ogni sessione	Valutazione cognitiva eseguita al basale e al termine di ogni sessione mediante: CSDD, BPSD, NPI, CMAI, OERS, ABMI	I pazienti hanno tratto beneficio dal contatto tattile con l'animale: i punteggi della cognizione e NPI sono rimasti invariati; l'ansia è diminuita (CA 3.1 2.3, AAA 1.5 2.7, p= 0,04) così come la tristezza diminuita (p=0,002); Piacere e vigilanza aumentati: (p= 0,016) e (p = 0,003) tre ore (p = 0,002). Attività motoria aumentata significativamente durante AAA.
VII. Filan, S.L., & Llewellyn, R.H. (2006)	Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature	Revisione della letteratura	13 articoli esaminati	L'AAT può essere eseguita in gruppo o individualmente e prevede l'utilizzo di animali domestici.	Medline, PsychInfo e CINAHL banche dati (1960-2005)	La letteratura corrente suggerisce che l'AAT con i cani ha un effetto calmante e di socializzazione, tuttavia i benefici a lungo termine debbono ancora essere indagati.
VIII. Bernabei, V., De Ronchi, D. & La Ferla, T. (2013)	Animal-Assisted Interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review	Revisione della letteratura	18 articoli esaminati		Pubmed, PsychInfo, Embase, National Library of Medicine & National Institutes of Health	La AAT determina positivi sui BPSD, la cui durata, tuttavia, è ancora sconosciuta.
IX. Dimitrijevi I. (2009)	Animal-assisted therapy - a new trend in the treatment of children and adults	Revisione della letteratura	24 articoli: dal 1988 al 2006			L'AAT induce cambiamenti positivi non solo sull'umore del paziente, migliorandone la concentrazione, l'ansia e la solitudine, ma incide anche sulle abilità motorie

Tabella IV. Pet Therapy - Dati estratti dagli studi

## CONCLUSIONI

Stando a quanto emerso dal vaglio dei documenti, si può concludere che sia la *Reminiscence* che la *Pet Therapy* rappresentano promettenti alternative per la gestione dei Bpsd.

Tuttavia, gli studi in merito all'efficacia di questi interventi risultano essere ancora troppo pochi e condotti su campioni troppo limitati. I motivi sono forse da ricercare nello scetticismo che, ogni volta, manifestano non solo i pazienti, ma gli

stessi operatori sanitari, ancora oggi troppo legati ad una visione "farmacologica" delle cure. Sarebbe bene, invece, aprirsi a nuovi orizzonti e consentire alla ricerca di spaziare su altre vie oltre a quella farmacologica: gli interventi alternativi andrebbero incentivati, non solo perché meno dispendiosi, ma soprattutto perché privi di effetti collaterali, evitando così l'abuso di farmaci psicotici spesso fin troppo utilizzati.

## AUTORE:

Chkairi Mohammed, infermiere e coordinatore infermieristico in una clinica privata di Roma; master in "Coordinamento in management infermieristico"; studente magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università di Tor Vergata, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Bernabei V, De Ronchi D, La Ferla T, Moretti F, Tonelli L, Ferrari B, Forlani M, Atti A.R, *Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review*. Journal of Psychiatric Research, 47, 762-773. 2013.
- De Vreese L.P, Mantesso U, De Bastiani E, Weger E, Marangoni A.C. & Gomiero T, *Impact of Dementia-derived Nonpharmacological Intervention Procedures on Cognition and Behavior in Older Adults With Intellectual Disabilities: a 3-year follow-up study*. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 9, 92-102. 2012.
- Dimitrijevi I, *Animal-assisted therapy - A new trend in the treatment of children and adults*. Psychiatria Danubina, 21, 236-241. 2009.
- Filan S.L. & Llewellyn-Jones R.H, *Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature*. International Psychogeriatrics, 18, 597-611. 2006.
- Lancioni G.E, Singh N.N, O'Reilly M.F, Sigafoos J, D'Amico F, Ferlisi G, Denitto F, De Vanna F & Belardinelli M.O, *Patients with moderate Alzheimer's disease engage in verbal reminiscence with the support of a computer-aided program: a pilot study*. Front Aging Neuroscience, 2015.
- Lazar A, Thompson H. & Demiris G, *A Systematic Review of the Use of Technology for Reminiscence Therapy*. Health Education & Behavior, 4, 51-61. 2014.
- Maji T, Gutzmann H, Heinz A, Lang U.E & Rapp M.A, *Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched casecontrol trial*. Am J Geriatr Psychiatry, 21, 1052-9. 2013.
- Moretti F, De Ronchi D, Bernabei V, Marchetti L, Ferrari B, Forlani C, Negretti F, Sacchetti C. & Atti A.R, *Pet therapy in elderly patients with mental illness*. Psychogeriatrics, 11, 125-9. 2011.
- Mossello E, Ridolfi A, Mello A.M, Lorenzini G, Mugnai F, Piccini C, Barone D, Peruzzi A, Masotti G. & Marchionni N, *Animal-assisted activity and emotional status of patients with Alzheimer's disease in day care*. International Psychogeriatrics, 23, 899-905. 2011.
- Nordgren L. & Engström G, *Animal-assisted intervention in dementia: effects on quality of life*. Clinical Nursing Research, 23, 7-19. 2014.
- Nordgren L & Engström G, *Effects of dog-assisted intervention on behavioural and psychological symptoms of dementia*. Nursing Older People, 26, 31-8. 2014.
- O'Shea E, Devane D, Cooney A, Casey D, Jordan F, Hunter A, Murphy E, Newell J, Connolly S. & Murphy K, *The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care*. International Journal Geriatric Psychiatry, 29, 1062-70. 2014.
- Pöllänen S.H & Hirsimäki R.M, *Crafts as memory triggers in reminiscence: a case study of older women with dementia*. Occupational Therapy in Health Care, 28, 410-30. 2014.
- Serrani A.D.J, *A reminiscence program intervention to improve the quality of life of long-term care residents with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial*. Rev Bras Psiquiatr. 34, 422-33. 2012.
- Sok S.R, *Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone*. International Nursing Review, 19. 2015.
- Swall A, Ebbeskog B, Lundh Hagelin C& Fagerberg I, *Can therapy dogs evoke awareness of one's past and present life in persons with Alzheimer's disease?* International Journal of Older People Nursing, 10, 84-93. 2014.
- Van Bogaert P, Van Grinsven R, Tolson D, Wouters K, Engelborghs S. & Van Der Mussele S, *Effects of SolCos model-based individual reminiscence on older adults with mild to moderate dementia due to Alzheimer disease: a pilot study*. Journal of the American Medical Directors Association, 14. 2013.
- Woods R.T, Bruce E, Edwards R.T, Hounsome B, Keady J, Moniz-Cook E.D, Orrell M.& Russell I.T, *Reminiscence groups for people with dementia and their family carers: pragmatic eight-centre randomised trial of joint reminiscence and maintenance versus usual treatment: a protocol*. Trials, 10-64. 2009. Disponibile in: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2731084/> [30 July 2009].
- Wu L.F, Koo M, *Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia*. International Journal Geriatric Psychiatry.

# Il ruolo dell'infermiere come educatore terapeutico nel miglioramento della qualità di vita del paziente con microinfusore

di Alice Di Luigi

## ABSTRACT

Esistono diversi approcci educazionali al paziente diabetico e, più in generale, alle patologie croniche, ma il *Disease Management* è sicuramente il sistema più efficace. Si tratta di un approccio sistemico, basato sull'evidenza, che prevede il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari per la presa in carico dei bisogni complessi del paziente, non solo dei bisogni di tipo clinico e/o diagnostico-assistenziale, ma anche di quelli relativi al concetto di "qualità di vita", secondo le linee di salute globale indicate dall'Oms. Quest'approccio si basa su un insieme di interventi rivolti al paziente che lo portino alla conoscenza della propria malattia. È stato condotto uno studio prospettico (della durata di 10 mesi), su un campione di 25 pazienti: 48% donne e 52% uomini, con diabete mellito Tipo 1 e portatori di microinfusore.

Lo scopo è stato di valutare, tramite un apposito questionario e parametri clinici, il miglioramento della qualità di vita e del compenso metabolico grazie agli interventi di educazione terapeutica.

I parametri utilizzati sono stati valutati in tre tempi per osservarne l'evoluzione. I grafici ricavati mostrano un miglioramento dei parametri presi in esame, rispetto i valori del *baseline*.

**Parole-chiave:** educazione terapeutica; qualità di vita; microinfusore; diabete mellito Tipo 1; infermiere educatore.

## INTRODUZIONE

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dall'aumento della concentrazione di glucosio nel sangue, causata da un difetto assoluto o relativo di insulina. In particolare, il diabete mellito Tipo 1 è una condizione che si manifesta con una soppressa, o fortemente ridotta, produzione di insulina, a causa di una distruzione delle cellule  $\beta$  da parte del sistema immunitario. Si tratta di una condizione irreversibile, pertanto, il paziente al quale viene diagnosticato, deve necessariamente assumere dosi di insulina esogena.

Gli interventi rivolti alla gestione del diabete sono sia farmacologici che educativi. Secondo l'Oms, l'educazione terapeutica è: "un aiuto ai pazienti ad acquisire e conservare le competenze necessarie per gestire al meglio la loro vita di malattie croniche". Un processo continuo, centrato sul paziente e basato su un ascolto attivo e una comunicazione tra pari.

Essendo il diabete una condizione che si inserisce nella vita della persona travolgendola nella sua totalità, l'infermiere ha un ruolo molto importante, poiché è colui che è capace di instaurare, con il paziente, una relazione empatica e fiduciaria. L'aspetto educativo dell'assistenza infermieristica è di fondamentale importanza, tanto che viene introdotto già dalle prime teoriche del *nursing*.

Dorotea Orem, nella sua teoria del *self-care*, afferma che **l'infermiere deve utilizzare il proprio sapere non solo per com-**

**pensare totalmente il paziente, ma per dividerlo**, aumentando, in questo modo, la conoscenza riguardo la malattia, la gestione della stessa e la qualità di vita.

## MATERIALI E METODI

Per questo studio, è stata condotta una ricerca prospettica attraverso cui si è evidenziato un miglioramento dei parametri presi in esame. Il campione di indagine comprende 25 pazienti affetti da diabete mellito Tipo 1 e portatori di microinfusore: 48% donne e 52% uomini, di età media di 48 anni. Sono stati esclusi dallo studio pazienti pediatrici, donne in gravidanza e pazienti in trattamento con iniezioni multiple giornaliere.

Lo studio ha avuto una durata di 10 mesi e si è svolto presso l'ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale, nel reparto di Endocrinologia.

I parametri presi in esame sono stati: BMI, HbA1c, Colesterolo e trigliceridi e "qualità di vita". (Tabella 1)

Quest'ultima è stata valutata tramite

Caratteristiche pazienti (n° 25 a TD)	
Parametri	Media $\pm$ DS
Età	49 aa $\pm$ 13 ds
HbA1c	8,9 $\pm$ 2 ds
Colesterolo tot	200 $\pm$ 40 ds
Trigliceridi	170 $\pm$ 192 ds
Qualità di vita (QOV)	78 $\pm$ 8 ds
BMI	27,1 $\pm$ 3 ds

Tabella 1. Valori medi baseline.

Tabella 1

l'utilizzo del questionario SF-36 che comprende diversi domini di salute: funzione fisica, limitazioni dovute alla salute fisica e psichica, dolore, stato di salute generale, vitalità, attività sociale, benessere emotivo. L'utilizzo di questo questionario permette una valutazione globale dello stato di salute. Il questionario è composto di 36 domande alle quali è assegnato un punteggio minimo di zero (0) e massimo di cento (100).

Lo studio ha avuto come obiettivo quello di valutare il miglioramento dei dati presi in esame tramite la partecipazione dei pazienti ad incontri educativi organizzati, pianificati e svolti da personale infermieristico in collaborazione con medici diabetologi.

Gli interventi educativi hanno avuto come oggetto argomenti quali: alimentazione, terapia insulinica, boli correttivi e vita quotidiana.

I dati di laboratorio come Emoglobina glicata, colesterolo e trigliceridi sono stati valutati in tre tempi durante lo studio attraverso esami ematici effettuati durante il *follow-up*.

I parametri antropometrici, Bmi, altezza e peso sono stati valutati tramite l'utilizzo di statimetro e bilancia, durante gli incontri ambulatoriali.

## RISULTATI

I dati emersi dal questionario e dagli esami di laboratorio sono stati trattati mantenendo l'anonimato e valutando l'esito dell'intervento grazie ai risultati estratti ed analizzati tramite l'aiuto dei grafici. Dall'analisi dei dati:

**qualità di vita:** dai questionari compilati dai pazienti partecipanti allo studio, è emerso un miglioramento della qualità di vita grazie ad un aumento delle conoscenze e all'acquisizione di maggiore sicurezza ed autonomia nella gestione del diabete.

Dopo gli interventi educativi, la qualità di vita è aumentata del 10%, rispetto al precedente punteggio. (Grafico 1)

**Dati antropometrici:** iBmi ha ottenuto una riduzione dell'1,44% rispetto ai valori iniziali ed il 56% dei partecipanti ha raggiunto valori rientranti nella categoria "normopeso". (Grafico 2)

**Dati di laboratorio:** l'emoglobina glicata,

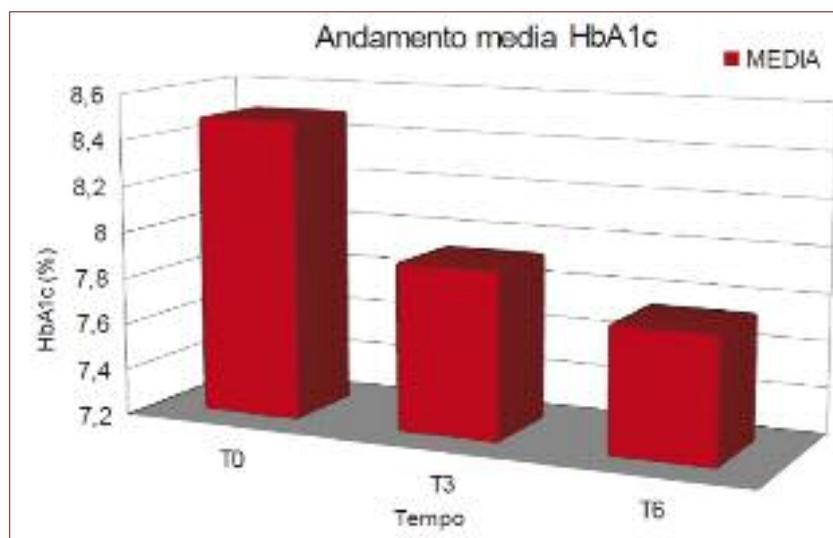


Grafico 1

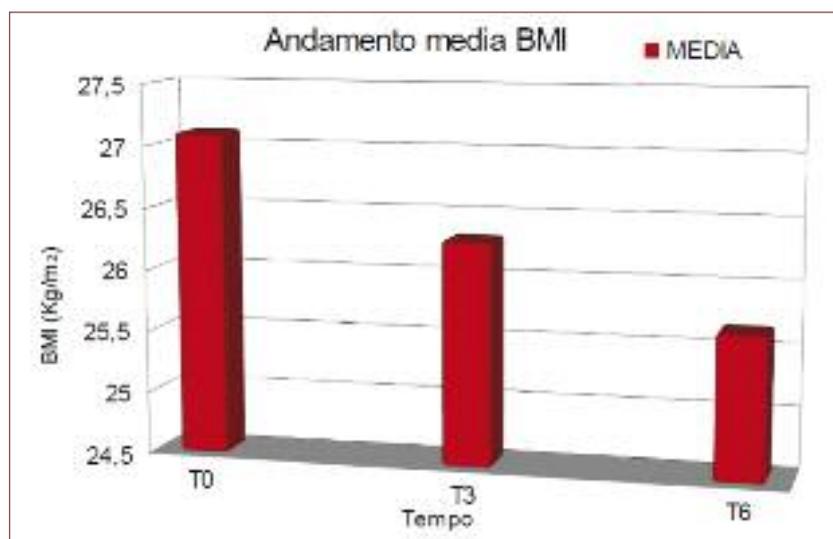


Grafico 2

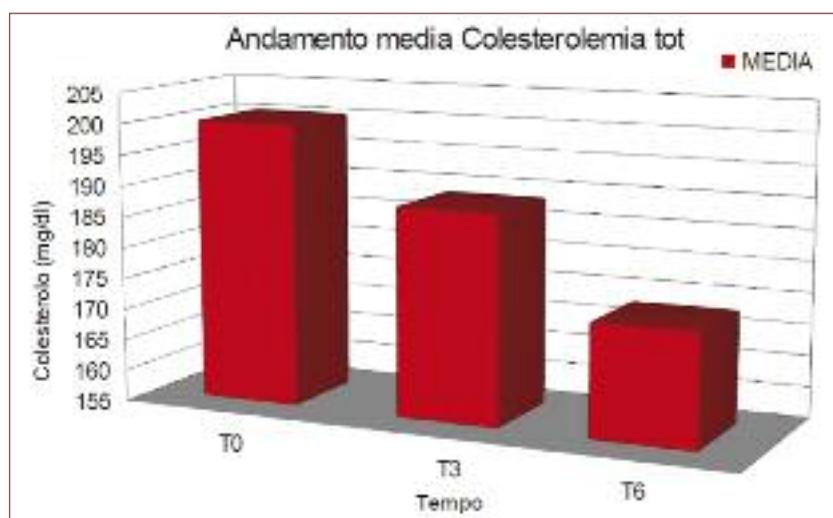


Grafico 3

in media, ha subito un miglioramento dello 0,8%, rispetto il valore basale rilevato all'inizio dello studio. I pazienti rientranti nei target di normalità al termine della ricerca sono il 36%, in confronto all'8% iniziale. (Grafico 3)

Il colesterolo ha raggiunto una riduzione percentuale del 13,5%. Al termine dello studio risulta che l'84% dei partecipanti rientra nei valori target del colesterolo. (Grafico 4)

I valori dei trigliceridi hanno subito una diminuzione del 25,3% rispetto i valori del baseline. (Grafico 5)

## CONCLUSIONI

Sulla base di ciò che è emerso dall'elaborazione dei dati, si può constatare l'importanza della educazione terapeutica nel trattamento dei pazienti cronici. Le informazioni e la formazione trasmesse al paziente hanno reso il paziente sempre meno "malato" e sempre più una persona, anche se con qualche disagio. I risultati raggiunti sono:

- soddisfacente miglioramento della qualità di vita;
- una buona riduzione di HbA1c, colesterolo e trigliceridi;
- riduzione del peso corporeo e rispettivo BMI.

A tutto ciò consegue una riduzione dei ricoveri ospedalieri e dei rispettivi costi, della richiesta di assistenza professionale (visto l'aumento dell'autonomia del paziente) e la riduzione delle complicanze e scompensi metabolici.

L'educazione si è, quindi, dimostrata il cardine del trattamento e l'assistenza dei pazienti cronici: importante per il pa-

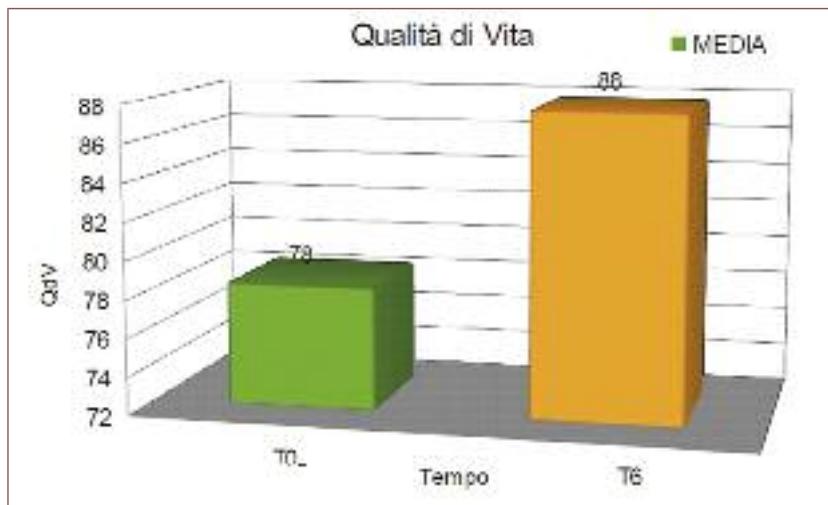


Grafico 4

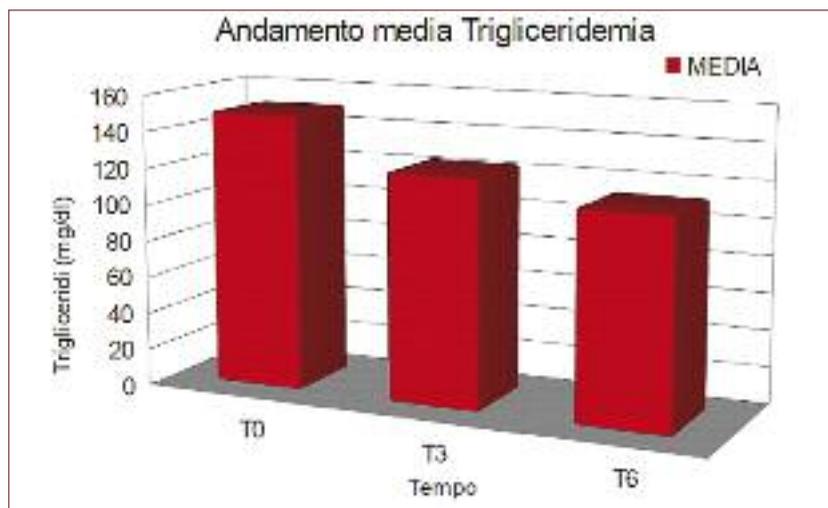


Grafico 5

ziente perché aumenta la propria responsabilità e l'indipendenza (rendendolo parte attiva del percorso di cura) e fondamentale per la sanità perché riduce i costi e le spese, le ospedalizzazioni e la

richiesta di assistenza specialistica.

AUTORE:

Alice Di Luigi, infermiera presso Croydon University Hospital, London, UK.

## BIBLIOGRAFIA

- The World Health Report, *Conquering Suffering, Enriching Humanity*. WHO, 1997.
- Therapeutic Patient Education, *Continuing Education Programmes for Healthcare providers in the field of Prevention of chronic disease*. WHO, 1998.
- D.M. 14 Settembre 1994 n.739, *Profilo professionale dell'infermiere*.
- American Diabetes Association, *Executive summary: Standards of medical care in diabetes 2014*. Diabetes Care, vol. XXXVII, supplement 1. January 2014.
- Nathan D.M, Davidson M.B, Heine R.J, Henry R.R, Pratley R, Zinman B, *Impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance. Implications for care*. Diabetes Care, vol XXX, n. 3. March 2007.
- Abbreviated Report of a Who Consultation, *Use of glycated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus*. 2011.
- Gruppo di studio ADI-AMD-SID, *Nutrizione e diabete. Le raccomandazioni nutrizionali 2013-2014*. 2013-2014.
- Diabetes control and complications trial (Dcct), *Results of feasibility study*. Diabetes care, vol X n.1. January-february, 1987.
- Epidemiology of diabetes interventions and complications (Edic), *Design, implementation, and preliminary results of a long-term follow-up of the diabetes control and complications trial cohort*.
- Dcct and Edic, *The diabetes control and complications Trial and Follow-up Study*. Nih Publication N. 08-3874. May 2008.

# Competenze psicorelazionali nel contesto domiciliare e nei contesti organizzativi

di Teresa De Paola, Calogera Tavormina

La continuità della cura e dell'assistenza deve essere garantita in tutti i percorsi che i pazienti gravi e complessi devono affrontare quotidianamente e che risultano sempre più frammentati a causa delle competenze multidisciplinari oggi esistenti (Gobbi P., 2011).

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 indica la continuità delle cure come modello assistenziale indispensabile al Sistema Sanitario Nazionale (Ssn) ed è uno dei numerosi principi sostenuti dal *World Health Organization* (Who) nei diversi documenti sullo sviluppo dell'Assistenza Sanitaria Primaria (Asp) e della sua integrazione con l'assistenza ospedaliera.

Nella continuità di cura e assistenza sono inclusi aspetti organizzativi, clinico-assistenziali e relazionali che devono far parte del "bagaglio professionale" degli operatori sanitari e socio-assistenziali (Iandolo C., 1989).

Si tratta di competenze relative all'approccio bio-psico-sociale del lavoro d'equipe e della partecipazione al processo di cura dei pazienti e della loro famiglia, aspetti, da molti anni, indicati dal Who per affrontare i bisogni multidimensionali di salute dei pazienti gravi e complessi.

Lo sviluppo di queste competenze richiede una formazione secondo il modello "*Long Life Learning*" (pre e post-laurea, continua) i cui risultati possono essere ottenuti a breve (eventi Ecm), medio e lungo termine.

**Nella continuità di cura riveste un ruolo fondamentale l'assistenza domiciliare** ovvero, secondo la definizione data dal

ministero della Salute: "*un servizio compreso nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) in grado di garantire una adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, anche anziane, e dei disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità*" (DPCM, 2001).

L'Assistenza Domiciliare (Ad) è un modello di Assistenza Sanitaria Primaria (Asp), ampiamente sviluppata dal Who ed indicata come "*strategia appropriata a rispondere ai bisogni primari della popolazione ad un costo sostenibile per il Ssn*".

Il primo momento, sicuramente il più importante, è la visita domiciliare, ovvero un intervento articolato e complesso, nel quale possono confluire aspetti diversi, all'interno di un'eleggibilità diagnostica che vede preferenziale l'intervento rivolto a pazienti affetti da disturbo psichiatrico grave. La malattia psichiatrica grave e/o cronica si associa a disagi indicativi per la salute e di lunga durata, comporta inoltre problemi sociali, non solo per il paziente ma anche per tutta la famiglia (Florenzano F, 2003). Nel piano di cura deve essere prevista l'erogazione di supporto, di informazione e di consulenza a coloro che assistono direttamente il paziente, i cosiddetti *caregiver* (Gobbi P, 2011).

Dall'analisi della letteratura si evidenzia l'efficacia delle prestazioni a domicilio effettuate da operatori con giusta formazione teorica ed esperienziale, che ha una ricaduta positiva sull'andamento

della malattia, sulla qualità di vita dell'utente e della sua famiglia.

In particolare, l'efficacia avviene attraverso la costruzione di un progetto terapeutico personalizzato (Pti) e l'utilizzo di appositi strumenti di valutazione (ad es. Scala HoNOS, Stay 1-2, PWB).

L'assistenza domiciliare è comprensiva di diverse tipologie e livelli di assistenza, diversificati in base:

alla loro maggiore o minore intensità assistenziale;

al numero e alla specifica competenza professionale degli operatori coinvolti;

al profilo della persona a cui si rivolgono;

alla modalità di lavoro degli operatori;

al livello operativo territoriale e integrato coinvolto.

Nel trattare utenti con disagio psichico, l'ascolto e il supporto relazionale sono fondamentali per instaurare un'attività di aiuto che si affianchi anche ad una cura farmacologica preesistente.

Fornendo un intervento di elevata complessità, l'operatore dovrà rispondere adeguatamente ai bisogni assistenziali peculiari e specifici dell'utenza, in autonomia e/o collaborazione con le altre figure coinvolte, in stretto raccordo con la propria equipe multidisciplinare.

L'operatore, molto spesso, si trova a diretto contatto con la malattia e con i problemi dell'utente, senza nessun filtro, poiché è la relazione il vero tramite per stabilire e far durare il rapporto operatore/utente, che permette di partecipare, in modo empatico, al processo interattivo con la mente del paziente ed i suoi vissuti affettivi ed emotivi.

La Peplau (1994) identifica quattro fasi nel rapporto infermiere-paziente, ognuna delle quali segna un'evoluzione nella relazione infermiere-paziente. Sono:

Orientamento  
identificazione  
sfruttamento  
risoluzione.

Mentre le prime due fasi - orientamento ed identificazione - sono mirate alla conoscenza, all'individuazione e alla comprensione del problema di salute del paziente, le ultime due impegnano e coinvolgono l'infermiere nell'affrontarlo e risolverlo (Vellone E., Piras G., 1997).

Per evitare il rischio che il coinvolgimento divenga eccessivo o deleterio e che il personale possa incorrere nella sindrome da *burn out* (Favretto G., Albertini C. G., Sartori R. et al., 2009) è necessario che l'operatore non lavori in solitudine, ma sia affiancato dalla propria equipe con cui coordinare e valutare il processo di cura.

Questo è tanto più importante quando si parla di assistenza domiciliare a pazienti con disagi psichici: la vicinanza e la costruzione della relazione, mettono l'operatore a dura prova, perché sono richieste delle competenze relazionali estremamente sofisticate basate su flessibilità e professionalità, tenendo conto che deve svolgere la sua attività in un ambiente estraneo e, a volte, ostile e che deve effettuare un intervento all'interno della sfera personale e delle dinamiche familiari. Si tratta di una situazione fortemente ansiogena che può generare nell'operatore reazioni di difesa, disimpegno o evitamento, oppure comportamenti aggressivi, atteggiamenti intrusivi e sanzionatori (Favretto G., Albertini C. G., Sartori R. et al., 2009).

In molti casi, egli rimane invischiato nelle dinamiche del sistema familiare e ciò rischia di compromettere il suo intervento. Nell'Ad è importante considerare non soltanto l'entità dei disagi dell'utente e dei suoi familiari, ma focalizzare l'attenzione sulle difficoltà psicologiche a cui l'operatore va incontro nello svolgimento della sua attività lavorativa, caratterizzata da una tensione emozionale dovuta al continuo contatto con persone che hanno problemi o motivi di sofferenza.

La letteratura ha evidenziato, infatti, che la qualità della comunicazione e della relazione fra personale sanitario e paziente ha un impatto rilevante sulla soddisfazione del paziente e sulla sua aderenza al Progetto Terapeutico Individuale (Pti).

L'approccio comunicativo centrato sul paziente è un importante strumento del sistema di cura, poiché favorisce il conseguimento degli obiettivi terapeutici e garantisce la soddisfazione del paziente e dei familiari rispetto alla qualità dell'assistenza.

**Un "approccio terapeutico completo" implica che, tra personale curante e paziente, si stabilisca una vera e propria alleanza terapeutica** (Lingiardi V., 2002). La non *compliance* (mancata adesione del paziente alle prescrizioni/indicazioni da parte del terapeuta) costituisce un indicatore di problematicità nella relazione tra operatore/paziente, producendo, nel paziente, inefficacia delle cure e nel personale sanitario maggior dispendio di tempo, risorse ed energie, minore gratificazione professionale, demotivazione che generano un aumento dei costi a carico della collettività e risultati meno attendibili per la ricerca scientifica.

Al fine di migliorare la *compliance* del paziente al trattamento non basta, quindi, una prescrizione al trattamento ben impostata: è necessario che l'operatore abbia capacità di ascolto attivo, atteggiamento non autoritario, considerazione, attenzione, rispetto per le opinioni, i bisogni e le aspettative del paziente.

**Il rapporto operatore/utente, insieme alle competenze diagnostiche e terapeutiche, concorre a determinare un'ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza dell'intervento**, in termini di risposta clinica e soddisfazione del paziente, con il minore dispendio di tempo e di energie da parte del terapeuta. L'ascolto, la disponibilità, il "come esserci", fisicamente e psicologicamente (Bolognini S., 2002), ne rappresentano la cornice al cui interno troviamo:

l'empatia e l'identificazione con il paziente;

l'apertura e la flessibilità;

la capacità di operare scelte difficili;

il saper rassicurare e contenere le paure.

Empatia: ascoltare il punto di vista del-

l'interlocutore in modo non critico o valutativo.

La posizione mentale "empatica" deve venire sia dall'operatore che dal paziente. Per il secondo, è importante l'atteggiamento empatico di chi lo cura, perché sentirsi compreso lo aiuta a gestire meglio stati d'animo quali spavento e confusione generati dalla patologia. Per l'operatore è essenziale, perché lo aiuta a comprendere meglio il paziente ed i suoi problemi, ansie e vissuti (Rubino G., Barker C., Roth T & Fearon P., 2000).

Controllo: rappresenta un sottile e potente fattore di comunicazione. Attraverso la comunicazione le due persone che sono in rapporto possono verificare chi è in "controllo", cioè chi è più capace di influenzare la relazione in una certa situazione. Superata la tradizionale struttura autocratica, attraverso i progressi avvenuti in ambito comunicativo si sono aperti ampi spazi alla partecipazione del paziente e della famiglia al progetto terapeutico. Molti studiosi affermano che i pazienti non hanno bisogno di controllare in maniera effettiva, ma hanno la necessità di sentire che la loro condizione sia controllata, la patologia gestita e quello che li circonda non sia caotico ma ordinato.

Apertura: un processo attraverso cui un individuo comunica le sue sensazioni, sentimenti, necessità. L'apertura nei confronti dell'altro provoca una sorta di liberazione dalle tensioni emozionali ed ansie spesso legate alla patologia e determina un abbassamento del livello emozionale che permette al paziente una migliore soluzione dei problemi ed una valutazione meno ansiosa della propria situazione clinica. L'apertura non è mai spontanea e non avviene con facilità ma è strettamente correlata allo stato d'animo e alla predisposizione dell'interlocutore. Proprio per questo, è necessario stabilire un contesto di empatia, di ascolto e di sincero interesse (Lingiardi V., 2002). Sentirsi parte di un gruppo di lavoro permette di sollevare il singolo operatore dal senso di solitudine e di modulare l'intensità delle angosce e delle emozioni provocate in lui dal paziente (Carozza P., 2014). Il sentimento di introiezione di far parte di un'equipe di lavoro vitale per-

mette al singolo operatore di sopportare meglio le tensioni emotive ed è il gruppo stesso che si offre al paziente come una specie di prisma su cui può proiettare le tensioni impulsive e dirompenti che vengono così infrante e diluite. Olivenstein (2001) chiama questo momento di gruppo **"tutti sul ponte"**. Il riconoscimento del paziente nella sua dignità di persona (Iandolo C., 1979) è un altro punto cruciale nel processo di comunicazione. Questi pazienti sono assolutamente disabituati a sentirsi considerati come persone degne di rispetto e a trattarsi in quanto tali. Al contempo, hanno sviluppato una sensibilità estrema per qualsiasi forma di disconferma nei loro confronti verbale o non verbale (Santirocco E., 2005). Le conferme, il riconoscimento permette loro di affermare: *"io esisto"* e questa è la base, il punto di partenza per conquistare la fiducia di un paziente. Quella che ha una valenza importantissima in ambito sanitario e, a maggior ragione, in un contesto così peculiare dato che il paziente si sente particolarmente inerme, vulnerabile e bisognoso di supporto (Manciocchi R., Pieri P. F., Ruberto A., 2015). Una volta acquisita la sua fiducia (talvolta, possono essere necessari mesi di lavoro), è possibile che si crei un rapporto di supporto reciproco che riduce al minimo la comunicazione difensiva o chiusa. Ovviamente, ascoltare l'altro, giungere insieme ad una scelta, non può voler dire rinunciare alle proprie funzioni di *leadership*. La competenza emotivo-relazionale è uno strumento di lavoro che si acquisisce con esperienza e formazione.

L'insoddisfazione, la frustrazione, la sensazione di non essere capiti e di non capire, il senso d'impotenza, i momenti in cui ci si chiede: *"ma cosa posso fare con uno così?"*.

In queste situazioni saper gestire le proprie emozioni e applicare le proprie abilità comunicative, può essere importante sia per il paziente, che ha maggiori possibilità di ricevere aiuto sia lo stesso operatore, per il suo benessere mentale e emotivo.

L'area relazionale è quella che più di ogni altra contribuisce a definire *"il clima"*, *"l'aria che si respira"* in un determinato

contesto lavorativo (Borgogni L, Petitta L, 2003; Consiglio C, 2007) Permea ogni fase - formale e informale - della vita delle organizzazioni favorendo o meno atteggiamenti collaborativi e responsabili tra gli operatori (Barone M, Fontana A, 2005).

Occuparsi dell'area relazionale significa occuparsi di prevenzione del malessere soggettivo ed organizzativo, prevenire espressioni di disagio, impedire malesseri che trovano spesso nella somatizzazione l'espressione più evidente. Quella relazionale è l'area del cuore, dei desideri, dei valori, delle percezioni, delle motivazioni, dei timori di ognuno, ma anche l'area che fa pensare al vero benessere.

Ecco perchè la nostra salute, il nostro benessere sono così strettamente connessi al contesto relazionale.

**La quantità e la qualità delle nostre relazioni con gli altri sono tra i fattori che più incidono, in maniera positiva o negativa, sulla qualità della vita** poiché influenzano la formazione e la continua trasformazione della nostra identità e individualità, determinano il grado di soddisfazione o insoddisfazione nella nostra vita privata negli affetti, nelle amicizie e in famiglia, si riflettono sulla gratificazione o frustrazione che otteniamo sul lavoro ed infine sono alla base di tutte le principali sfere del nostro vivere sociale (Borgogni L, Petitta L, 2003; Buccioni I, Cheli E, 2006).

L'abilità comunicativo-relazionale non è una competenza innata e, a tal riguardo, svolge un ruolo rilevante la qualità della comunicazione (Watzlawick P, Beavin J.H., Jackson D.D., 1971), delle relazioni interpersonali e di gruppo che l'operatore intrattiene sul luogo di lavoro con colleghi, collaboratori e superiori, nonché con soggetti esterni al contesto organizzativo in senso stretto (familiari, amministratori di sostegno, volontari, ecc...) (Florenzano F, 2003).

**Un'organizzazione sanitaria è una "struttura vivente"** fatta, da un lato, di beni e competenze tecniche e, dall'altro, da persone, esseri umani in continua interazione tra loro (Buccioni I., Cheli E., 2006). Quest'interazione, soprattutto tra le persone, crea trasformazione, evoluzione e dà senso all'organizzazione stessa di po-

ter esistere.

Appare, dunque, fondamentale promuovere iniziative e strategie volte al miglioramento della comunicazione e delle relazioni interpersonali e di gruppo sui luoghi di lavoro (Buccioni I., Cheli E., 2005), attraverso una riduzione dei fattori di rischio abbinata a buone prassi comunicative e a miglioramenti di tipo organizzativo. Ciò significa prevenire, ridurre l'accumulo di stress, che è il frutto di interazione di componenti individuali e organizzative, il pericolo di *burn out* e le conseguenze estreme della disfunzione relazionale che minano anche il buon funzionamento dell'organizzazione stessa (mobbing) (Aa.Vv., 2010).

Secondo la Presidenza del Consiglio dei Ministri: *"il lavoro non può e non deve essere causa di disagio e di malessere psicosociale da parte dei lavoratori, bensì un'occasione di valorizzazione e di sviluppo della personalità umana"* (Decreto 21 luglio 2000, n.278).

Le sofferenze psichiche gravi mobilitano, nei pazienti, richieste emotive primarie e regressive, evocando nei curanti sentimenti molto profondi che vanno da desideri di salvezza onnipotente a sentimenti di ostilità, insofferenza, angosce persecutorie e aggressività.

Il *"mestiere di curare"* (Santirocco E., 2005), non può prescindere dalla relazione tra persone. Infatti, la relazione professionale è: *"una relazione profondamente umana tra una persona che chiede aiuto ed un'altra che fa di tutto per darglielo"* (Iandolo, 1986) e non si può eludere lo squilibrio, il disorientante sul piano emotivo, che essa comporta.

Per vivere e lavorare sufficientemente bene, provvedendo alla cura degli altri occorre che le: *"figure della scena della cura"* (Manciocchi R., Pieri P. F., Ruberto A., 2015) abbiano prima di tutto cura di se stessi.

**È necessario, quindi, che l'operatore sia stato appositamente formato** per riconoscere e gestire tutte quelle sollecitazioni emozionali ambivalenti che inevitabilmente emergono nel contatto, a volte frustrante, con la sofferenza dell'altro, mettendolo in grado di gestire questi sentimenti e di non esserne a sua volta travolto (Iandolo C., 1979).

Per i curanti, la necessità di creare delle solide relazioni umane nasce dai costanti rapporti che il loro lavoro li obbliga ad intrattenere non solo con i pazienti e le loro famiglie (Iandolo C., 1989), ma anche con tutte le altre figure, professionali e non, che gravitano loro intorno. Lavorare con pazienti gravi, portatori di molteplici bisogni, comporta il contemporaneo intervento di più figure professionali (psichiatri, infermieri, psicologi, assistenti sociali, TRP, MMG, ecc...) e di persone (familiari, volontari, ecc...) nell'assistenza dello stesso paziente (Man-

ciocchi R., Pieri P. F., Ruberto A., 2015). La malattia diviene, pertanto, sempre più, *un luogo d'incontro tra persone* (Marcolongo R., Rigoli A., 1999).

**Una buona comunicazione riduce stress ed incomprensioni, creando condizioni di maggiore armonia e coordinamento tra coloro che prestano assistenza.**

Una comunicazione empatica, aperta e chiara (Bolognini S., 2010), oltre ad essere un tramite di informazioni cliniche, diviene anche un prezioso strumento di collaborazione tra curanti e tra gli stessi ed i pazienti. Lavorare in equipe significa

collaborare, spartire speranza, impegno, difficoltà, problemi, preoccupazioni, obiettivi e progetti (Carozza P, 2014). Ciò pone il problema del linguaggio e del contenuto del messaggio, della forma e delle modalità di comunicazione (Watzlawick P, Beavin J.H., Jackson D.D., 1971).

AUTORI:

Teresa De Paola, docente CdL in Infermieristica e Trp-P.O.Dsm ex Asl RM/A; Calogera Tavormina, docente CdL in Infermieristica e Trp; infermiera presso Cad ex Asl RM/A.

## BIBLIOGRAFIA

- Aa.Vv, *La comunicazione empatica*. Psicoterapia Psicoanalitica, anno XVII, 2/2010.
- Barone M, Fontana A, *Prospettive per la comunicazione interna e il benessere organizzativo. Appartenere, integrarsi e comunicare nell'organizzazione che cambia* (a cura di G. Del Mare). Franco Angeli, Milano, 2005.
- Bolognini S, *L'Empatia Psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002.
- Borgogni L, Petitta L, *Lo sviluppo delle persone nelle organizzazioni*. Carocci, Roma, 2003.
- Buccioni I, Cheli E (a cura di), *Valorizzare il capitale relazionale come sostegno alla qualità di vita professionale*. Edizione Comune di Firenze, Firenze, 2005.
- Buccioni I, Cheli E, *Il benessere nelle organizzazioni*. Atti della giornata di studio organizzata da Ancore (Associazione nazionale counselor relazionali) e dall'Università degli Studi di Siena. Ed. Global Media System, Roma, 2006.
- Carozza P, *Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona*. L'esperienza di cambiamento di un dipartimento di salute mentale, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Cattaneo C, *Le politiche per la qualità dei servizi pubblici*. Rubbettino Editore Srl, Roma, 2007.
- Consiglio C, *Gestire il benessere organizzativo*. Patron Editore, Bologna, 2007.
- Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001.
- Florenzano F, *L'educazione degli adulti è una cosa, l'educazione per tutto l'arco della vita un'altra*. In «Open», 11-12-13/2003, pp. 7-10.
- Gobbi P, *Continuità della cura e dell'assistenza: prospettiva generale*. Io Infermiere, n.1/2011.
- Iandolo C, *Aspetti etici della relazione tra il malato ed il personale sanitario*. In (a cura di) Randazzo A, *Problemi etici di vita ospedaliera*. Piccin, Padova, 1989.
- Iandolo C, *Introduzione all'etica clinica*. Pozzi Editore, Milano, 1989.
- Iandolo C, *L'approccio umano al malato*. Armando Ed, Roma, 1979.
- Iandolo C, *L'assistenza psicologica del malato*, Pozzi Ed., Milano, 1986, p.82.
- Lingiardi V, *L'alleanza terapeutica: Teoria, clinica e ricerca*. Raffaello Cortina, Milano, 2002, pp. 63-85.
- Manciocchi R, Pieri P. F, Ruberto A, *Le figure della cura. Pratiche psicoterapeutiche e pratiche filosofiche*. Moretti e Vitali, Bergamo, 2015.
- Marcolongo R, Rigoli A, *Educazione terapeutica per pazienti*. In Icaro, n.28/1999.
- Nettuno A, *Il lavoro terapeutico di gruppo. La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicanalisi: un approccio integrato*. Franco Angeli, Milano, 2003, p.85.
- Peplau H.E, *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica*. Ed. italiana Summa, Padova, 1994.
- Presidenza del Consiglio dei ministri-Dipartimento per gli Affari Sociali, Decreto 21 luglio 2000, n.278.
- Rubino G, Barker C, Roth T. & Fearon P, *Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles*. *Psycotherapy Research* n.10/4, 2000, pp.408-420.
- Santirocco E, *Il mestiere di curare tra concetti e affetti*. Ruolo Terapeutico, fascicolo 2, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Vellone E, Piras G, *La teoria di Hildegard E. Peplau*. Atti del seminario di aggiornamento "Nursing nei Servizi Psichiatri", Pontecorvo, 29/05/1997.
- Watzlawick P, Beavin J.H, Jackson D.D, *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio Ed., Roma, 1971.
- Favretto G, Albertini C.G, Sartori R et all, *Work harassment. Benessere e malessere al lavoro tra stress, mobbing e pratiche organizzative*. Franco Angeli, Milano, 2009.

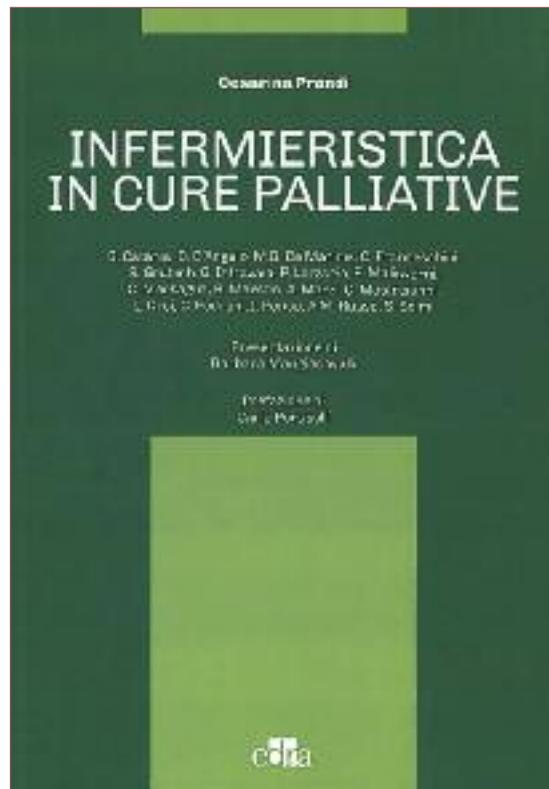
## Il rifiuto della sofferenza inutile: il primo libro italiano sull'assistenza in cure palliative

**Q**uesto è il primo libro italiano, scritto da autori italiani, in prevalenza infermieri, sull'assistenza in cure palliative, sul *nursing* in cure palliative, costruito in base alle *core competence* dell'infermiere di settore per rispondere ad un'effettiva necessità di formazione per tutti gli infermieri che si trovino ad assistere ammalati e familiari nelle fasi avanzate di malattia. Il volume curato da Cesarina Prandi illustra i principali capitoli dell'assistenza specialistica dedicata ai malati in fase avanzata e terminale, in sintonia con le competenze costitutive del Core curriculum dell'infermiere di Cure palliative pubblicato dalla Sicp nel 2013. Gli autori, a partire dalle evidenze integrate con l'esperienza, hanno illustrato la metodologia di valutazione dei bisogni, la valutazione e gestione dei sintomi, il *nursing* specifico, le molteplici implicazioni

degli aspetti comunicativi e relazionali della cura, il lutto, gli strumenti per affrontare in maniera olistica i bisogni fisici, sociali, spirituali e psicologici del malato e della famiglia, la qualità delle cure, la sedazione terminale/palliativa, i *setting* di cura, le cure palliative pediatriche e molti altri temi rilevanti.

Il libro è mirato a soddisfare i bisogni conoscitivi dei professionisti che già lavorano in cure palliative ma anche di infermieri che lavorano in altri settori oltre che di infermieri in fase di formazione o di formatori.

Per questo motivo, sono state delineate competenze di base e avanzate per orientare il lettore/studioso nel proprio percorso di apprendimento e nel fronteggiare la complessità di queste si-



tuazioni assistenziali ineluttabili. Diviso in sei sezioni (ognuna si basa sulle competenze del *core curriculum*, e all'interno di ognuna sono stati declinati obiettivi di apprendimento che permettono al lettore di disporre di una cartina di tornasole rispetto alla struttura del contenuto) ogni capitolo è organizzato in modo da facilitare la lettura e rendere il testo fruibile a diversi livelli: box a colori mettono in evidenza gli obiettivi di apprendimento e i concetti principali e invitano a una elaborazione personale dei contenuti.

Casi clinici proposti sotto forma di storie concludono le sezioni come spunti di approfondimento.

A partire dai "Bisogni dei malati e la pratica infermieristica" e fino agli "Aspetti metodologici ed organizzativi", passando per "L'approccio olistico" e "La qualità delle cure", il lavoro gode di numerosi contributi di esperti e della presentazione

della presidente nazionale del Collegi Ispasvi: "Le cure palliative – scrive in apertura Barbara Mangiacavalli – oltre che un modello sanitario che muove verso la ricomposizione della frammentazione conseguente all'iperspecializzazione, adottando il paradigma bio-psico-sociale e spirituale, ne rappresentano anche uno di implementazione delle stesse competenze infermieristiche".

Cesarina Prandi  
**Infermieristica in cure palliative**  
Edra edizioni, 2015, pp.336 (39,00 euro)

## Le ferite croniche e le diverse terapie di cura

**L**e ferite croniche sono segnali di situazioni cliniche molto diverse e le strategie terapeutiche implicano, appunto, diversi livelli di competenza e di specializzazione.

Questo volume prevede una prima parte, schematica ed essenziale, di orientamento diagnostico, con cenni alla fisiopatologia delle lesioni e sulle cause sistemiche (diabete, patologie autoimmuni, scompensi cardiocircolatori etc). E i capitoli centrali, dedicati al trattamento: gestione delle concause (l'infezione ed i relativi sintomi: calore, rossore, dolore), le diverse modalità di preparazione del "fondo" della ferita (la rimozione del tessuto morto per facilitare la guarigione) e la terapia (le medicazioni avanzate e biottive).

Il testo di Scalise, diviso in quattro capitoli, più un'appendice ed un indice analitico, prende in esame tutta la varietà delle situazioni cliniche che si possono incontrare nell'attività di cura e trattamento delle ulcere cutanee e fornisce, in modo moderno, attraverso algoritmi e protocolli di gestione, il corretto approccio ai quadri clinici più diversi.

Quivi, sono analizzati i quadri d'insorgenza e sviluppo delle classi principali di ulcere cutanee e le linee di gestione per sintomo



dell'ulcera; ma ampio spazio è dedicato anche alle metodiche principali e ai "trucchi" per la preparazione del fondo della ferita, nonché all'analisi specifica e ragionata delle tecniche sia di base che avanzate.

Attraverso numerose foto e tabelle, è possibile venire a conoscenza dei passaggi fondamentali e - specialistici - per ottenere risultati rapidi e duraturi nella riparazione tissutale.

Di grande utilità pratica i box con i concetti-chiave e l'appendice con l'analisi dei costi e gli errori da evitare; in base all'evidenza scientifica sono analizzati i pro e i contro dei vantaggi e svantaggi dei diversi metodi di cura, inclusi i *devices* e le medicazioni più aggiornate presenti sul mercato.

Alessandro Scalise, l'autore, è ricercatore, responsabile centro di riferimento regionale ferite difficili-Azienda ospedali Riuniti di Ancona e l'Università Politecnica delle Marche.

na e l'Università Politecnica delle Marche.

Alessandro Scalise  
**Lesioni cutanee croniche. Gestione e trattamento**  
Edra editore, 2015, 220 pagg (34 euro)

## L'obbligo di pagamento della tassa di iscrizione all'Albo anche per i pubblici dipendenti

**A** seguito della pubblicazione della sentenza n.7776/2015 emessa dalla Suprema Corte di Cassazione, sezione lavoro, continuano a pervenire numerose istanze, da parte di infermieri pubblici dipendenti, volte ad ottenere l'esonero dal pagamento della tassa di iscrizione annuale all'albo, ovvero di ottenerne il rimborso direttamente dal Collegio di appartenenza.

Si coglie l'occasione del presente articolo per fare chiarezza sull'argomento.

Com'è noto, l'art.2, comma 3, l. n.43/2006 ha esteso l'obbligo di iscrizione all'albo a tutti i professionisti infermieri, laddove ha stabilito espressamente che: ***"L'iscrizione all'albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata***

*al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge"*.

La vigente normativa in materia è, dunque, chiara ed univoca nel prescrivere che l'iscrizione al Collegio Ispasvi costituisce un presupposto indispensabile per l'esercizio della professione infermieristica sia per i liberi professionisti che per i lavoratori dipendenti, anche del pubblico impiego.

È bene chiarire che, con la sentenza sopra indicata, n.7776/2015, molto spesso invocata a fondamento della predette pretese, la Suprema Corte di Cassazione, sezione lavoro, ha riconosciuto il diritto non degli infermieri, bensì degli avvocati dipendenti di Enti pubblici in regime di esclusività, iscritti in "elenchi



speciali” dei rispettivi albi professionali, ad ottenere da parte del datore di lavoro (nella fattispecie in esame, l’Inps) il rimborso della quota di iscrizione annuale corrisposta all’Ordine professionale di appartenenza. Ebbene, ribadendo le argomentazioni del Tribunale di primo grado e dalla Corte di Appello di Napoli, la Suprema Corte di Cassazione, ha respinto il ricorso proposto dall’Inps, facendo proprie le argomentazioni svolte sul punto dal Consiglio di Stato nel parere del 15 marzo 2011, in base alle quali: *“quando sussiste il vincolo di esclusività, l’iscrizione all’albo è funzionale allo svolgimento di un’attività professionale svolta nell’ambito di una prestazione di lavoro dipendente”*.

Di talché: *“la relativa tassa rientra tra i costi per lo svolgimento di detta attività, che dovrebbero, in via normale, al di fuori dei casi in cui è permesso svolgere altre attività lavorative, gravare sull’Ente che beneficia in via esclusiva dei risultati di detta attività”*.

Sulla base di tali argomentazioni ed in applicazione delle norme relative al contratto di mandato, i Giudici di legittimità hanno quindi enunciato il seguente principio di diritto: *“Il pagamento della tassa annuale di iscrizione all’Elenco speciale annesso all’Albo degli avvocati, per l’esercizio della professione forense nell’interesse esclusivo dell’Ente datore di lavoro, rientra tra i costi per lo svolgimento di detta attività, che, in via normale, devono gravare sull’Ente stesso. Quindi, se tale pagamento viene anticipato dall’avvocato-dipendente, deve essere rimborsato dall’Ente medesimo, in base al principio generale applicabile anche nell’esecuzione del contratto di mandato, ai sensi dell’art. 1719 c.c., secondo cui il mandante è obbligato a tenere indenne il mandatario da ogni diminuzione patrimoniale che questi abbia subito in conseguenza dell’incarico, fornendogli i mezzi patrimoniali necessari”*.

La Suprema Corte è stata, pertanto, chiarissima nel configurare un diritto al rimborso (e non all’esonero dal relativo pagamento) in favore dei soli avvocati dipendenti, stabilendo che gli stessi possano ottenere dal proprio datore di lavoro la rifusione di quanto esborato, a titolo di contributo di iscrizione all’albo di appartenenza, per il periodo in cui si è lavorato alle dipendenze di un Ente Pubblico, in regime di esclusività, con inserimento nel ruolo professionale legale.

È di tutta evidenza come, in ogni caso, in nessun passaggio



della pronuncia sia prevista la possibilità, per i predetti professionisti, di rivolgersi direttamente all’Ordine o al Collegio professionale cui si è iscritti, al fine di domandare la restituzione del rimborso in questione, ovvero di ottenere addirittura l’esonero dal pagamento del relativo contributo annuale.

Per tutte tali ragioni, prive di fondamento risultano le richieste che, viceversa, seguitano ad essere inoltrate al Collegio nei suddetti termini.

Ciò, in quanto, lo si ribadisce, nella decisione analizzata la Cassazione ha preso specifica posizione sulla condizione riguardante i soli avvocati dipendenti di un Istituto pubblico iscritti in elenchi speciali (nei confronti dei quali la sentenza trova diretta applicazione) mentre non vi è, ad oggi, alcuna norma o pronuncia giurisprudenziale che abbia disposto il medesimo diritto anche nei confronti dei professionisti infermieri.

Ad ogni modo, laddove in futuro, in applicazione dei suesposti principi, dovesse essere accertato giudizialmente il diritto al rimborso anche nei confronti degli infermieri dipendenti pubblici, è bene chiarire come qualsivoglia richiesta in tal senso andrebbe comunque inoltrata all’Ente/Azienda ospedaliera presso cui si presta servizio, ma non di certo al Collegio di appartenenza.

**Avv. Nicoletta Galli**

NON MI SEMBRA IL MODO GIUSTO  
PER AFFRONTARE IL RISCHIO CLINICO..



# NORME EDITORIALI

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

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

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

### CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

Il vantaggio dell'uso del Vancouver Style è nel fatto che la lettura di un testo non interrotto dalla citazione risulta più facile e scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola<sup>2</sup>) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine dell'elaborato. Il Vancouver Style prevede:

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

### CITAZIONI DA INTERNET

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

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

### FIGURE E TABELLE

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

### ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

### DATE E NUMERI

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

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

### PAROLE STRANIERE

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

### MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

# PARTECIPA ALL'INDAGINE CONOSCITIVA SULL'INFORMATIZZAZIONE DELLA RIVISTA

**COMPILA IL  
SONDAGGIO  
ON LINE!**

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

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

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

## Indagine conoscitiva sull'informazione della rivista

\* Nome

\* Cognome

\* N° iscrizione albo

\* 1. Riceve la rivista "Infermiere Oggi"?

- SI  
 NO  
 Non regolarmente

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

- SI  
 NO

\* Se la risposta è "NO", perché?

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



**COLLEGIO PROVINCIALE  
IPASVI DI ROMA**

viale Giulio Cesare, 78  
00192 Roma - metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a.

Fax 06.45437034

Email: [collegio@ipasvi.roma.it](mailto:collegio@ipasvi.roma.it)

[www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it)

*Orari apertura uffici:*

Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30