

# INFERMIERE

*oggi*

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

N°1



## EDITORIALE

**I professionisti della salute  
contro i protagonisti della palude**

.....

## FOCUS

**Assemblea annuale  
degli iscritti**

.....

## NOTIZIE DAL COLLEGIO

**Stabilizzazione precari, chiesto  
incontro al presidente Zingaretti**

.....

## CONTRIBUTI

**Efficacia dei dispositivi di monitoraggio  
nella prevenzione del rischio di  
sviluppare lesioni da pressione**

.....

# INFERMIERE

oggi



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma  
Anno XXVI - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2017  
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma  
n. 90 del 09/02/1990

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

**Direttore responsabile**  
Ausilia Pulimeno

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

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

**Coordinamento giornalistico**  
Tiziana Mercurio

**Stampa**  
Artigrafiche Boccia SpA  
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno  
e-mail: info@artigraficheboccia.com  
Progetto grafico: EDS Roma  
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno  
Copertina: Ennio De Santis su foto di Mariagrazia Maioli

Finito di stampare: marzo 2017

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 I professionisti della salute contro i protagonisti della palude  
*di Ausilia M.L. Pulimeno*

### FOCUS

- 3 ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI

### DICONO DI NOI

- 15 Il cuore degli infermieri batte forte anche nelle tragedie

### NOTIZIE DALL'ITALIA

- 19 Intervista al nuovo Presidente Cives, Maurizio Fiorda  
"Più autonomia nei nuclei provinciali, mantenendo il coordinamento sugli aspetti nazionali"
- 21 Formazione Ecm, le nuove regole per il triennio 2017-2019

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 22 Presentato il programma operativo della sanità laziale fino al 2018
- 23 Stabilizzazione precari, chiesto incontro al presidente Zingaretti

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 24 Nuovo Codice deontologico. Partita la consultazione pubblica
- 26 Osteoporosi, convegno Cecri a Tor Vergata

### CONTRIBUTI

- 27 Efficacia dei dispositivi di monitoraggio nella prevenzione del rischio di sviluppare lesioni da pressione  
*di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese*
- 30 Il coordinatore infermieristico nel ruolo di preposto alla sicurezza sul lavoro  
Studio conoscitivo sul livello di consapevolezza delle responsabilità  
*di Stefano Proietti, Lidia Caporossi, Claudia Lorenzetti*
- 36 Prescrizione infermieristica. Uno studio descrittivo  
*di Massimiliano Chiarini, Emanuele Di Simone, Renata Agnieszka Tracz, Simona Fiorini, Simona Petriglieri, Marco Di Muzio*
- 41 Il posizionamento dei cateteri venosi centrali ad inserzione periferica (PICCs) nei pazienti oncematologici sottoposti a Trapianto di cellule staminali autologhe (auto-PBSCT) ed allogeneiche (Allo-HSCT)  
Studio prospettico sulle caratteristiche e gli outcomes  
*di Francesco Trenta, Giulia Venturini, Sonia Colella, Massimo Adamo, Maria Rita Mauroni, Veronica Molinari, Manila Brunetti, Sonia Soave, Emanuele Funaro, Fabio Conti*
- 47 Revisione della letteratura sull'efficacia del tocco-massaggio nella gestione dei sintomi comportamentali nei pazienti con demenza  
*di Anna Cirasa*
- 52 L'infermiere tra etica e responsabilità  
L'errore in corsia: il rischio clinico da farmaco  
*di Luigina Di Benedetto*
- 58 Report giornata finale formazione sul campo in EBP  
(progetto 4.16.1 del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica)

### LETTO PER VOI

- 60 L'infermiere di famiglia e di comunità la soluzione per la continuità assistenziale?
- 61 La "fuga dei cervelli" fenomeno da analizzare e comprendere

### L'AVVOCATO DICE

- 62 L'assenza ingiustificata dal servizio  
Un caso di truffa ai danni dello Stato

### 64 LA VIGNETTA DEL MESE



## I professionisti della salute contro i protagonisti della palude

di Ausilia M.L. Pulimeno

Come nel vecchio gioco dei quattro cantoni: una corsa dopo l'altra e quando conquisti l'angolo devi ripartire per prenderne un altro. Senza tregua e senza un traguardo preciso. Così gli infermieri si sentono sbalottati tra annunci e ritardi, tra speranze e intoppi. Con l'unico risultato che tutto ristagna in una palude che agita il nostro ambiente professionale e soprattutto danneggia i cittadini.

Le criticità che rendono la vita impossibile a loro e a noi sono tante, troppe. E restano tutte lì, incrostate dal tempo e dall'inerzia, a corrodere giorno dopo giorno la nostra passione professionale, il nostro spirito di sacrificio, la nostra pazienza.

Che ne è dei proclami sulla stabilizzazione di migliaia di colleghi che dopo gli annunci attendono ancora i contratti? Perché il concorso per infermieri bandito dal Policlinico Umberto I procede con questa esasperante lentezza? E perché si è impantanato il bando sulla mobilità del personale infermieristico?

Ci siamo battuti a lungo per sostenere una profonda riorganizzazione del sistema sanitario a Roma e in tutto il Lazio: meno ospedale ma più territorio, tagli alle spese ma nuovi servizi, meno sprechi ma più personale. Abbiamo impegnato le nostre energie a studiare e sperimentare modelli di assistenza alternativi, li abbiamo verificati e validati scientificamente, raccogliendo consensi a livello nazionale e internazionale. Ne abbiamo fatto una proposta organica per decongestionare le corsie e il pronto soccorso dei nostri ospedali, per lavorare meglio tutti e fornire servizi adeguati alla domanda di salute che cambia rapidamente e che, in assenza di risposte, rischia di travolgere l'intero sistema e per primi i più fragili.

A più riprese e con grande determinazione abbiamo sostenuto una svolta decisa sull'assistenza territoriale, le case della salute, gli infermieri di famiglia, gli ambulatori infermieristici e altre

forme di prossimità della rete sanitaria. E con lo stesso spirito collaborativo ci siamo misurati con i gravi problemi ancora aperti, a cominciare dalla stabilizzazione degli infermieri precari, un esercito di colleghi che tiene in vita servizi essenziali per la comunità ma che non riesce, ormai da troppi anni, a intravedere un contratto degno di questo nome. È una lente scura posta sul futuro di tanti infermieri, ben preparati e motivati, che l'attesa sta lentamente e inesorabilmente sfiancando.

Assistiamo costernati al paradosso di una stabilizzazione del personale precario che non procede mentre esplose il ricorso all'esternalizzazione dei servizi sanitari. Una strategia che continua ad alimentare fenomeni devastanti come la disoccupazione, la sottoccupazione e la migrazione infermieristica verso altre Regioni italiane e all'estero. Nonostante che qui da noi la domanda di salute cresca rapidamente, legata soprattutto all'andamento demografico (l'Istat calcola che nel 2032 la popolazione anziana costituirà il 27,6% del totale rispetto al 21,4% attuale), alla diffusione delle pluripatologie e delle cronicità.

Impressiona il dato Censis secondo cui nel 2016 ben undici milioni di italiani hanno dovuto rinunciare a curarsi per effetto di una crisi che aumenta le disuguaglianze sociali e gonfia il tasso di povertà. Una condizione, questa, che richiederebbe uno scatto deciso e rapido in termini di investimenti sul personale e di riorganizzazione funzionale dei servizi. Come del resto previsto dallo stesso Fondo sanitario nazionale, dotato di uno specifico capitolo di spesa per l'assunzione e la stabilizzazione del personale precario (75 milioni di euro per il 2017 e 150 milioni dal 2018).

Il problema allora non è tanto finanziario quanto burocratico. Lungaggini e intoppi procedurali finiscono per dilatare i tempi in modo abnorme, assurdo, insopportabile. Intanto gli anni pas-

sano, i vuoti negli organici infermieristici diventano voragini e il lavoro dei pochi colleghi in servizio si fa massacrante. Eppure le risorse umane e professionali sono lì, già ampiamente formate da anni di precariato, che attendono solo di poter ottenere quel che spetta loro. Per questo insistiamo sull'idea che gli organici infermieristici vadano rafforzati stabilizzando i professionisti precari e riducendo l'eccessivo ricorso all'outsourcing dei servizi.

Negli incontri e nei rapporti che siamo riusciti a intrattenere con la Regione Lazio in questi mesi avevamo scorso finalmente la volontà di voltare pagina. Le reiterate rassicurazioni in questo senso ci avevano fatto sperare che davvero il Lazio, con la sanità romana in testa, fosse pronto a seguire nuovi modelli assistenziali sulla scia di quanto sperimentato da tempo e con successo in altre Regioni. Il punto è che tutto sembra essere fermo alle parole e che gli impegni assunti si sfilaccino nei meandri della burocrazia. Sempre a non voler pensare che dietro ogni intoppo ci sia una regia. Occulta e dannosa.

Manca ancora il riscontro a quegli impegni, non c'è seguito a quegli annunci. Le aspettative di stabilizzazione dei tanti colleghi con contratti precari continuano ad andare deluse sebbene da molti anni questi professionisti garantiscano con il loro lavoro e nonostante le difficoltà la tenuta dei servizi territoriali e dei reparti ospedalieri. Non meritano perciò di subire l'ennesima beffa e chiedono di procedere con il piano più volte annunciato.

Le difficoltà con cui le direttive della Regione Lazio vengono recepite e applicate da molte Aziende sanitarie e ospedaliere nella Capitale e nel resto della Regione Lazio generano situazioni paradossali e continuano ad escludere di fatto migliaia di infermieri dal processo di stabilizzazione. Così come sanno di beffa le lungaggini che accompagnano il concorso per infermieri bandito dal Policlinico Umberto I di Roma, con la preselezione finalmente partita dopo un estenuante stop and go. Una procedura segnata da una lentezza che disorienta e spaventa, che disillude e scoraggia. E che genera frustrazione e rabbia.

Intoppi e improvvisi problemi che ad oggi impediscono di procedere speditamente anche con la selezione dei dirigenti e con il bando per la mobilità del personale infermieristico, nonostante i ripetuti impegni assunti dalla Regione Lazio in questo senso. Un rimpallo di responsabilità che finisce per ritardare all'infinito provvedimenti già assunti e deliberati, che tuttavia non riescono a vedere la luce in barba al più elementare principio di efficienza

amministrativa e di giustizia.

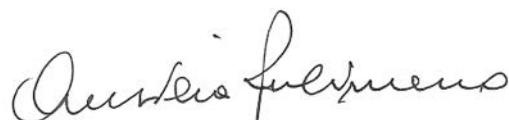
Da ultimo il perdurante silenzio della Cabina di regia per il SSR alle nostre istanze, alle sollecitazioni e alle proposte operative che Il Collegio di Roma, insieme agli altri Collegi provinciali Ipa-svi del Lazio, avanza da tempo, purtroppo inascoltato. Perché questa ritrosia dopo averci detto sì su svariati fronti? C'è forse chi, alla resa dei conti sulla svolta annunciata, si tira indietro? O peggio, ostacola il tentativo di cambiamento?

Cambiare passo è ciò che chiediamo. Con coraggio. E lo facciamo nel nome dei cittadini che assistiamo ogni giorno, malgrado mille difficoltà oggettive, con dedizione e abnegazione per il nostro lavoro. Il che vuol dire archiviare una volta per tutte le solite battaglie di retroguardia, le levate di scudi per difendere il proprio orticello fingendo di cambiare tutto per non cambiare nulla.

Di passi avanti ne abbiamo fatti tanti in questi anni e molti vorremmo farne ancora. Per questo insistiamo e ci batteremo a viso aperto. Difendere la professione infermieristica ed esaltarne le potenzialità significa tutelare i cittadini, le famiglie, i bambini, gli anziani, i soggetti più deboli della società. Significa costruire un modello di welfare socio-sanitario più equo e attento alle vere esigenze della persona, in tutti i suoi aspetti, con un approccio multidisciplinare e orientato alla prevenzione.

Dobbiamo agire laddove il cittadino vive, studia, lavora e farlo prima che si manifestino problemi sanitari. Ce lo impone d'altronde la realtà dei nostri giorni, l'evoluzione demografica, il nostro modello di vita. Una società sempre più anziana e multietnica pone sfide epocali che non possono andare eluse. Lo scenario è da ultima spiaggia: o si interviene subito con decisione o presto tutto andrà all'aria. Il carattere universale e solidaristico del nostro sistema sanitario è in pericolo e ciascuno è chiamato a fare la sua parte per salvarne l'impianto e la vocazione. Meno che mai è tollerabile che interessi faziosi di bottega blocchino nella loro realizzazione pratica i passaggi indispensabili per salvare la nave che rischia di affondare con tutti i passeggeri e l'equipaggio.

Per questo non ci arrendiamo e anzi rilanciamo. Esortiamo la Regione Lazio a rispettare gli impegni e a rendere finalmente gli infermieri artefici del cambiamento. Si può fare, si deve fare. Perciò via dal campo la palude di veti e sgambetti dove affoga la speranza di rilanciare il nostro servizio sanitario.



# Focus

**ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI**



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

# Più servizi e meno costi "Così rilanciamo la professione"

*Il 22 febbraio, al Centro Congressi Cavour, si è tenuta l'annuale assemblea degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma. Approvati all'unanimità i documenti contabili e la relazione della presidente Pulimeno, di cui di seguito proponiamo una sintesi.*

**L**a stretta sui morosi e la tassa di iscrizione passata, negli ultimi cinque anni, da 75 a 60 euro. La rilevanza internazionale dei progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), la preparazione di un Nuovo Codice deontologico della professione, le manifestazioni in piazza con cittadini e istituzioni.

Un anno zeppo di impegni per tutti gli infermieri del Lazio. Un anno di successi - si potrebbe dire - anche se il "da fare" resta ancora tanto.

Partendo da queste "istantanee" dell'anno appena passato, si è svolta il 22 febbraio, al Centro Congressi Cavour, l'annuale assemblea degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma.

La presidente, **Ausilia Pulimeno**, ha tracciato a grosse linee un percorso che ha occupato i dodici mesi del 2016 del gruppo dirigente e di tutti i colleghi del Collegio di Roma, cercando di non tralasciare nulla di quanto fatto.

E dettando la direzione per quanto interesserà tutti nel prossimo futuro.

## Il quadro nazionale e regionale

L'Istat ha fotografato un Paese che, da una percentuale del 21,4 di anziani nel 2014 (sulla popolazione totale) passerà, nel 2032, al 27,6%. Attualmente, il 28,7% di persone è a rischio povertà o esclusio-



La presidente Ipasvi Roma, Ausilia Pulimeno



ne sociale ed il 4,8% della popolazione vive in condizione di disabilità (di cui 44,5% è over 80 anni).

E il Censis ha rincarato la dose, segnalando il fatto che 11 milioni di cittadini che, nel 2016, hanno rinunciato a curarsi per effetto della crisi economica e dei tagli operati dal Sistema sanitario nazionale: "Troppo poco è stato fatto per ridurre le differenze territoriali e adeguare l'offerta nell'assistenza sul territorio - ha spiegato la presidente -. Le esigenze della cronicità e dei bisogni assistenziali, in troppi casi, restano tristemente collegati alle sole famiglie".

### Piano nazionale cronicità 2016

Con l'età, le malattie croniche sono la principale causa di morbilità, disabilità e mortalità, e l'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Tuttavia, le disuguaglianze sociali restano uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute: le pluripatologie richiedono l'intervento di diverse figure professionali che, attualmente, intervengono in modo

frammentario, focalizzato sul trattamento della malattia più che sulla gestione del malato, dando origine a soluzioni contrastanti, duplicazioni diagnostiche e terapeutiche. Con aumento della spesa sanitaria e difficoltà di partecipazione del paziente al processo di cura.

Questo, senza dimenticare i nuovi Livelli essenziali di assistenza (**Lea**): le commissioni di Camera e Senato ne hanno dato il via libera definitivo da poco.

Per l'occasione, la Federazione Ispasvi è stata ascoltata in audizione al Senato, mettendo in evidenza i possibili, ulteriori sviluppi per la professione infermieristica (il testo integrale è consultabile sul sito della Federazione).

Grazie al decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 5, che, per l'attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del

mercato interno ("Regolamento Imi" *Internal Market Information*), alcune professioni potranno chiedere il rilascio della **tessera professionale europea**. Tra queste, anche "l'infermiere responsabile dell'assistenza generale" (per ulteriori info [http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index\\_en.htm](http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_en.htm)). Restano i **provvedimenti governativi in itinere**: il Ddl Gelli, sulle "Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario" e il Ddl Lorenzin sugli "Ordini professionali", di cui sono stati approvati cinque emendamenti in commissione Sanità al Senato.

### Personale e occupazione

In questo scenario, ai professionisti della salute vengono chiesti sforzi immani per far fronte alle mutevoli esigenze della realtà e la crisi occupazionale, con la grave perdita dei cervelli, transfughi verso Paesi più avanzati del nostro, non si arresta. La legge di Bilancio 2017, istituisce un Fondo per il pubblico impiego, con una

dotazione di 1,48 miliardi per il 2017 e 1,39 miliardi a decorrere dal 2018 oltre i 300 milioni della legge di stabilità 2016. Nel Fondo sanitario nazionale c'è anche uno specifico capitolo di spesa per assunzione e stabilizzazione del personale Ssn: si tratta di 75 milioni di euro per il 2017 e di 150 milioni di euro dal 2018. A luglio 2016, la Federazione dei Collegio Ipasvi ha partecipato al Progetto "Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting" per determinare il fabbisogno delle principali professioni nei prossimi anni. Tre gli scenari che si sono presentati, con un incremento del numero degli infermieri di circa 60.000 unità (rispetto al precedente 30.000 per effetto dell'aumento della domanda al 6,5%).

ruolo primario nell'assicurare l'assistenza sanitaria. L'indicatore "nurses density" include il numero (per 1.000 abitanti) di infermieri certificati o registrati che praticano la professione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici. Dato medio dei paesi Ocse, per il 2015, è di 9,1 infermieri per 1000 abitanti. Nell'ultimo anno a disposizione, la Svizzera conta la più alta densità di infermieri per popolazione residente, oltre 17 ogni 1.000 abitanti; seguono Norvegia (16,9), Danimarca (16,5) e Finlandia (14,1). Grecia, Spagna e la Polonia registrano il numero più basso di infermieri (rispettivamente 3,2; 5,2 e 5,2 ogni 1.000 abitanti). L'Italia si colloca in posizione intermedia: Oasi 2016, ci sono 3,9 medici e 6,1 infermieri per 1.000 abitanti.

Secondo i dati a disposizione della Federazione nazionale Ipasvi, nel nostro Paese, a fronte di una popolazione di 60.665.551, ci sono 437.679 infermieri all'opera.

Al 2016, il Collegio Ipasvi di Roma conta 4.015 infermieri stranieri iscritti, di cui oltre 2.000 comunitari e intorno ai 1.700 extracomunitari (età media: 40 anni).

Ma l'emigrazione dei colleghi non si ferma: sono 165 gli infermieri iscritti al Collegio di Roma, che, dal 1 gennaio al 31 dicembre 2016, hanno chiesto di trasferirsi all'estero. La meta più ambita resta l'Inghilterra, ma pure l'Irlanda e il Canada.

### Attività istituzionale del Collegio

Presidente e/o consiglieri del Collegio Ipasvi hanno fatto sentire la loro presenza sul territorio.

Numerose, infatti, sono le partecipazioni a convegni, conferenze, tavole rotonde, *workshop* ed altre iniziative formative fatte in sedi esterne ed organizzate, oltre che dal Collegio stesso, anche da associazioni, società scientifiche infermieristiche.

Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
47.000 unità (30.000 per effetto della conta per FTE e circa 17.000 per l'aumento della domanda al 6,3%)	60.000 unità (rispetto al precedente 30.000 per effetto dell'aumento della domanda al 6,5%)	90.000 unità (rispetto al precedente circa 60.000 per effetto dell'aumento della domanda al 7%)

"Il nostro obiettivo è posizionarci, nel tempo breve, sui dati indicati nello scenario 2 - ha spiegato la presidente -, impegnandoci per raggiungere, nel tempo medio, i numeri dello scenario 3".

### Le "nuove tendenze"

Il Rapporto Oasi 2016 segnala un indebolimento della dominanza medica, in parte ascrivibile a dinamiche di carattere generale e alle trasformazioni interne alla professione, ma pure per una parte rilevante indotta dall'ascesa, in termini di status e di potere, della professione infermieristica.

La domanda di riconoscimento e legittimazione del proprio ruolo espressa dagli infermieri, non solo inizia a trovare sempre più ampio accoglimento, ma si esprime spesso proprio sul terreno organizzativo, attraverso la costituzione di unità di matrice infermieristica o la definizione di responsabilità multidisciplinari.

In Europa, sempre secondo il Rapporto, il personale infermieristico svolge un



La presidente dei revisori dei Conti, Marinella Carnevale, e il vicepresidente Collegio Ipasvi di Roma, Stefano Casciato



ristiche (Cid, Ait, Aiuc, Anarti, Anipio, Anin...) e non (Cittadinanzattiva, Amref, Federanziani, ecc), con i sindacati, la Regione Lazio e altre istituzioni (Ministero della Salute, Università, Ao, Ausl, Irccs...), per un totale, in numeri, di 121 partecipazioni.

**Sempre al fianco degli studenti e degli iscritti, la presidente e i consiglieri in sede hanno offerto le loro consulenze** su tematiche riguardanti: la ricerca infermieristica la libera professione; le competenze e responsabilità; i carichi di lavoro, le attività improprie (demansionamento, ecc); nonché pareri e consigli su questioni attinenti i rapporti tra collegi ed interprofessionali.

Senza dimenticare la lodevole attività dello **Sportello della Libera professione:**

nello scorso anno, sono state soddisfatte circa 180 richieste di consulenza direttamente al collegio o tramite email. In

particolare su: modalità per iniziare una attività libero professionale; come avviare uno studio o un ambulatorio infermieristico; come formulare una tariffa; nullatosta pubblicità sanitaria.

Per il progetto: *“Percezione e conoscenze dell’esercizio libero professionale dell’infermiere nel percorso formativo di base: un’indagine conoscitiva sugli studenti del III anno del corso di laurea in Infermieristica della Regione Lazio”* si sono tenuti 28 seminari nelle sedi dei Corsi di Laurea.

**Con la Regione Lazio** e altre istituzioni, i vertici del Collegio hanno portato avanti un discorso costante di “pressing” su argomenti di stretta rilevanza per la professione come: l’adeguamento degli organici e il superamento della precarietà (internalizzazione dei servizi); il concorso per infermieri e per dirigenti infermieristici; la criticità sedi formative convenzionate; l’Unità a degenza infermieristica; l’ambulatorio *See&treat*.

Attività che hanno avuto il loro culmine in piazza del Popolo, il 12 maggio 2016, in occasione della **Giornata internazionale dell’infermiere**, quando tantissime persone sono accorse al gazebo per avvalersi delle competenze degli infermieri - e studenti infermieri - presenti. Ospiti d’eccezione: il Governatore, **Nicola Zingaretti**, e il presidente della Commissione salute del Consiglio regionale del Lazio, **Rodolfo Lena**.

## I NUMERI

Iscritti al Collegio: 32544  
 Nuovi iscritti: 874  
 Cancellati: 1400  
 Iscritti senza soluzione di continuità: 553  
 Trasferimenti in entrata: 114  
 Trasferimenti in uscita: 66  
 Telefonate: 4000  
 Appuntamenti con legale in sede: 121  
 Lettere interventi legali: 66  
 Convocazioni art. 39: 11  
 Consigli direttivi: 14  
 Esami comunitari: 4  
 Esami non comunitari: 3  
 Commissioni esami abilitanti (laurea): 44  
 Rappresentanti commissioni abilitanti designati dal collegio: 88  
 Verifiche iscrizione albo richieste da enti/strutture sanitarie: 104  
 Protocolli di posta in uscita/entrata: 16736

## Formazione Ecm

Durante il 2016, sono stati realizzati 49 eventi Ecm, per un totale di offerta formativa per circa 3.850 infermieri.

Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese (per i quali è chiesto un contributo minimo), sono completamente gratuiti. In totale sono stati 33.075,1 i crediti formativi Ecm erogati.

Ai corsi vanno aggiunti 28 seminari svolti in altrettante sedi formative di Roma e provincia sulla Percezione e conoscenza da parte degli studenti del III anno del CdL in Infermieristica sull'esercizio libero professionale. Seminari hanno anche prodotto dati per una ricerca del Cetri.

Inoltre, in molti hanno potuto accedere, gratuitamente, dal portale della Federazione Ipasvi (con possibilità di iscrizione a numero illimitato) ai **corsi Fad**.

Qualche esempio? Il corso 10-0 sull': "Evidence based practice nelle procedure infermieristiche", per un totale di partecipanti: 1.678; o il corso 11-0 sulla: "Gestione delle vie venose", per un totale di partecipanti: 1.811. E ancora: il corso 29-0 sulla: "Sedazione terminale/ palliativa: aspetti clinici ed etici" per un totale di partecipanti: 3.965; il corso 30-0 sulla: "Gestione della mobilitazione del paziente in ospedale: problemi e soluzioni pratiche", per un totale di partecipanti: 3.874; il corso 32-0 sulla: "Gestione dell'incontinenza urinaria e fecale", per un totale di partecipanti: 4.709.

In sintesi, il totale dei partecipanti ai corsi Ecm Fad sono stati: 16.037, che, sommati al totale dei partecipanti ai corsi res (3.850), arrivano alla ragguardevole stima di 19.887 in tutto.

Intanto, per il prossimo anno, sono già programmati circa 52 corsi Ecm, che si svolgeranno presso il Collegio, le università, gli ospedali, o altre sedi. Nonché, corsi itineranti in diversi posti di lavoro.

Di questi, tre sono a stretto giro. Il 23 marzo: "L'infermiere e l'osteoporosi: il valore dell'aderenza terapeutica" all'Università di Tor Vergata; il 12 aprile: "Nursing Sensitive Outcome: studio multi-

Eventi Ecm 2016	Edizioni	Partecipanti	ECM
Inglese scientifico (4 livelli)	12	210	2.273,4
La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermier.	5	196	980
Formazione blended in infermieristica	2	19	799,9
Patologie respiratorie: aspetti clinici ed assistenziali	2	200	8.400
L'applicazione dell'EBP nella produzione di ricerca	1	16	800
EBP pratica clinica: fantasia o realtà	2	56	397,6
La cultura della sicurezza e la gestione del rischio clinico	7	417	3.961,5
Condurre il cambiamento e avanzare il sistema salute	1	139	194,6
Il ruolo della storia nell'indirizzare le politiche della salute	1	33	132
Il difficile ruolo dell'infermiere coordinatore	1	96	672
Deontologia, responsabilità, formazione e ricerca	3	186	930
Costruire una migliore conoscenza nella realtà immigratoria	1	47	235
Strategie per il miglioramento dell'esame di abilitazione	1	20	194
Le artiterapie in salute mentale	1	57	399
Self care nelle malattie croniche: 8 anni di ricerca	1	94	498,2
Corporeità e dolore: restituire globalità alle cure infermieristiche	1	76	380
Sviluppo e utilizzo di un sistema informativo infermieristico	1	72	381,6
Sanit 2017: malattie croniche ed impatto sociale	1	63	333,9
Assistenza infermieristica nel villaggio globale	1	68	340
Corso avanzato di elettrofisiologia	1	140	2.842
LILT	1	16	131,2

centrico nazionale. Presentazione dei risultati" al ministero della Salute e il 23 maggio 2017: "Avanzare il sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica" sempre al Ministero di viale Giorgio Ribotta, 5.

### Collegio tra i Best Provider Ecm 2016

Per il secondo anno consecutivo, il Collegio Ipasvi di Roma porta a casa il II posto in classifica, nella categoria: Ordini

e Collegi professionali, come: "The Best Provider Ecm 2016".

The Best Provider Ecm 2016 è un indicatore della capacità di analisi, progettazione e realizzazione dell'organizzazione. In un "universo" di oltre mille Provider, risultare tra i più produttivi significa aver saputo analizzare e interpretare meglio di altri la domanda di formazione del mercato in termini di contenuti, tipologie e metodologie formative.

## I servizi offerti

Il Collegio mette a disposizione degli iscritti molti servizi gratuiti, tra cui: consulenza legale, amministrativa e contabile; certificati *on line*; Posta elettronica certificata (**Pec**) e i trasferimenti. E, ancora: l'accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura infermieristica e la possibilità di pubblicare un proprio elaborato e tenersi sempre aggiornati grazie al suo *house organ*, la rivista "Infermiere Oggi".

"La Pec è necessaria ad ogni professionista - ha detto Pulimeno -. Il Collegio la offre gratis, eppure devo ammettere che non è un argomento particolarmente sentito dagli iscritti."

Fra tutti gli impegni, quello del recupero delle morosità è stato perseguito con particolare tenacia ed efficacia.

Questo, soprattutto, perché "se pagano tutti, tutti pagano meno", così come dimostra il fatto che **la tassa annuale, in cinque anni, sia passata da 75 euro a 60.**

Un passo avanti importante: "Abbiamo usato il pugno chiuso un po' più duro delle volte scorse, ma non potevamo fare altrimenti, specie per il rispetto dovuto verso chi la paga regolarmente. Magari da anni".

## Il Cecri

La creatura nata in seno al Collegio Ipa-svi di Roma sta portando non poche soddisfazioni alla comunità infermieristica non solo locale.

Dal 2010 al 2016, sono stati realizzati 130 progetti, e per il 2017 ne sono stati approvati altri 37, di cui 19 nuovi. Di questi, la parte prevalente è stata rappresentata da progetti di ricerca e di formazione.

I progetti attualmente in corso vedono coinvolti: infermieri di Asl, ospedali, Irccs, istituti penitenziari, cliniche, liberi professionisti; sociologi, medici, biologi, psicologi, statistici; atenei italiani e stranieri; Scuole di dottorato; associazioni professionali e Società Scientifiche, e anche associazioni di tutela dei cittadini. In questi sette anni di attività, ai progetti



del Cecri hanno preso parte: oltre 12.000 infermieri; 6 università italiane e 6 straniere; il ministero della Salute e diverse associazioni e società scientifiche. *Report e outcome* vengono pubblicati, di volta in volta, sul portale dedicato: **[www.centroieccellenza.eu](http://www.centroieccellenza.eu)**

Dalle ricerche effettuate sono scaturiti oltre 70 articoli scientifici pubblicati prevalentemente su riviste internazionali; sono stati pubblicati 9 libri sulle ricerche svolte (uno in corso di stampa).

"Invito tutti i presenti - ha continuato Pulimeno - a dedicare un po' di tempo alla lettura delle attività del Cecri; di seguire quanto si sta facendo soprattutto attraverso la piattaforma. Il numero degli accessi va incrementato: rendetevi conto che si tratta di uno strumento indispensabile per la crescita della nostra professione e merita tutta la vostra attenzione".

## Nuovo Codice Deontologico

Da lunedì 6 febbraio è partita la consultazione pubblica sul testo della prima stesura e si chiuderà il 30 aprile 2017.

Durante questo periodo ogni infermiere iscritto all'albo potrà, con le sue credenziali, accedere all'area appositamente predisposta e proporre correzioni, modifiche e integrazioni. Quanto proposto da ognuno sarà raccolto dal Collegio di appartenenza e formalizzato in una proposta complessiva che deve pervenire alla Federazione entro il 31 maggio 2017. "Vi invito caldamente a partecipare al dibattito - ha esortato la presidente -. Qui, si parla del nostro futuro. Un futuro che sarà scritto anche per le future generazioni".

## L'agenda del 2017

"È nostra intenzione, in divenire, valorizzare l'Infermieristica e le sue funzioni; i ruoli e le competenze dei professionisti infermieri - ha chiosato la presidente Pu-

limeno -. Vogliamo sviluppare percorsi di carriera nelle cure primarie ed implementare la dirigenza infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse. Ci dedicheremo allo sviluppo dell'assistenza territoriale, con le Case della salute, gli ambulatori infermieristici, l'infermiere di famiglia e di comunità. Senza dimenticare lo sviluppo dell'esercizio libero professionale in tutte le sue forme".

Il 12 maggio 2017, ricorrerà la Giornata internazionale dell'infermiere e sarà una data per celebrare i rinnovati impegni presi con la comunità infermieristica, rispetto alla quale la dirigenza del Collegio Ipasvi di Roma si impegna a: "difendere la dignità professionale; creare sempre maggiori opportunità di alleanza con le rappresentanze dei cittadini; rappresentare i professionisti ed i loro punti di vista nei contesti organizzati; rafforzare ed implementare i rapporti con le forze politiche regionali e le diverse rappresentanze istituzionali del sistema sanitario regionale, accademico, socio-sanitario e le società scientifiche. Continuare il *pressing* per l'adeguamento degli organici, lo sblocco del *turnover* e della mobilità, la stabilizzazione della dirigenza infermieristica ai vari livelli. Diversificare i ruoli infermieristici; continuare il confronto con il *stakeholders* interni ed esterni alla professione; sviluppare proposte di revisione degli obiettivi formativi qualificanti dei CdL in Infermieristica; la *leadership* clinica degli infermieri, modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio, potenziare le cattedre infermieristiche; sostenere nuove forme di esercizio professionale. Partecipare alle iniziative della Federazione e alle iniziative con altre famiglie professionali; coinvolgere le associazioni/società scientifiche infermieristiche; e predisporre ed attuare una campagna promozionale dell'immagine dell'infermiere".

L'appuntamento, dunque, è sicuramente a piazza del Popolo, come per lo scorso anno, ma, nelle intenzioni del gruppo

dirigente c'è anche la possibilità di "aprire" ad altri eventi, in altri luoghi-simbolo della Capitale.

#### La relazione sul bilancio

La seconda parte dell'assemblea degli iscritti, invece, è stata contrassegnata dall'illustrazione, da parte del tesoriere del Collegio, **Carlo Turci**, della situazione patrimoniale e dei bilanci del Collegio Ipasvi di Roma.

Tutti i documenti posti all'attenzione dei presenti sono stati approvati.

Le entrate complessive di competenza ammontano a € 2.603.557,34; le uscite complessive di competenza a € 2.282.294,74.

La gestione di cassa ha seguito, a grandi linee, quella di competenza.

Le riscossioni complessive sono state pari a € 2.758.590,24;

i pagamenti € 2.364.218,85.

Nelle pagine seguenti, le tabelle di sintesi relative alle voci "in entrata" e "in uscita".



Il tesoriere, Carlo Turci

# RENDICONTO FINANZIARIO 2016

## 1. Rendiconto finanziario

Entrate	GESTIONE DI COMPETENZA						GESTIONE DEI RESIDUI						GESTIONE CASSA
	PREVISIONI		SOMME ACCERTATE				Scostamento	Inizi	Variazioni	Riscosse	Da Riscuotere	Residui Finali	Tot. Inv.
	Inizi	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale							
<b>TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>													
<b>ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI</b>													
Quote iscrizioni	€ 2.062.500,00	€ -	€ 2.062.500,00	€ 1.780.959,01	€ 203.665,99	€ 2.044.625,00	€ 17.875,00	€ 1.143.859,24	€ -	€ 420.066,94	€ 723.792,30	€ 987.458,29	€ 2.201.025,95
Quote nuovi iscritti	€ 75.000,00	€ -	€ 75.000,00	€ 54.562,50	€ 62,50	€ 54.625,00	€ 20.375,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 62,50	€ 54.562,50
Quote iscrizioni	€ 108.000,00	€ -	€ 108.000,00	€ 78.570,00	€ 90,00	€ 78.660,00	€ 29.340,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 90,00	€ 78.570,00
Tasse iscrizioni	€ 2.245.500,00	€ -	€ 2.245.500,00	€ 1.914.091,51	€ 263.818,49	€ 2.177.910,00	€ 67.590,00	€ 1.143.859,24	€ -	€ 420.066,94	€ 723.792,30	€ 987.610,79	€ 2.334.158,45
<b>Totale entrate contributive a carico degli iscritti</b>													
<b>ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI</b>													
Costi di aggiornamento	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 25.920,00	€ -	€ 25.920,00	€ 5.920,00						€ 25.920,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 25.920,00	€ -	€ 25.920,00	€ 5.920,00						€ 25.920,00
<b>QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI</b>													
Rilascio tessere	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TRASFERIMENTI CORRENTI</b>													
Totale trasferimenti correnti													
<b>ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI</b>													
Vendita pubblicazioni													€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi													€ -
<b>REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI</b>													
Interessi attivi	€ 1.600,00	€ -	€ 1.600,00	€ 1.687,40	€ -	€ 1.687,40	€ 87,40	€ 316,05	€ 0,01	€ 316,64	€ -	€ -	€ 2.004,04
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 1.600,00	€ -	€ 1.600,00	€ 1.687,40	€ -	€ 1.687,40	€ 87,40	€ 316,05	€ 0,01	€ 316,64	€ -	€ -	€ 2.004,04
<b>POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI</b>													
Recupero e rimborsi	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 2.460,57	€ -	€ 2.460,57	€ 460,57						€ 2.460,57
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 2.460,57	€ -	€ 2.460,57	€ 460,57						€ 2.460,57
<b>ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>													
Entrate varie	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 3.638,64	€ -	€ 3.638,64	€ 2.638,64						€ 3.638,64
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 3.638,64	€ -	€ 3.638,64	€ 2.638,64						€ 3.638,64
<b>TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>	<b>€ 2.270.100,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.270.100,00</b>	<b>€ 1.847.746,12</b>	<b>€ 283.818,49</b>	<b>€ 2.011.518,61</b>	<b>€ 58.981,58</b>	<b>€ 1.144.175,89</b>	<b>€ 0,01</b>	<b>€ 420.383,58</b>	<b>€ 723.792,30</b>	<b>€ 987.610,79</b>	<b>€ 2.382.181,70</b>
<b>TITOLO II - ALIENAZIONE ONERE CAPITALE</b>													
<b>ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI</b>													
Alienazione immobili													
Totale alienazione immobili													€ -
<b>GESTIONE DI COMPETENZA</b>													
<b>GESTIONE DEI RESIDUI</b>													
<b>GESTIONE CASSA</b>													
<b>TITOLO III - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE</b>													
<b>ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE</b>													
Vendita mobili ed arredi													
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche													
<b>RISCOSSIONE DI CREDITI</b>													
Riscossione credito													
Totale riscossione di crediti													
<b>TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE</b>													
Trasferimento													
Totale trasferimenti in conto capitale													
<b>ASSUNZIONE DI MUTUI</b>													
Assunzione mutuo													
Totale Assunzione di mutui													
<b>ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI</b>													
Assunzione debito finanziario													
Totale assunzione di altri debiti finanziari													
<b>TOTALE TITOLO III - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE</b>													
<b>TITOLO III - PARTITE DI GIRO</b>													
<b>ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>													
Ritenute fiscali e previdenziali	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 215.188,86	€ -	€ 215.188,86	€ 84.811,14	€ 51,00	€ -	€ -	€ 51,00	€ 51,00	€ 215.188,86	
Altre partite di giro	€ 300.000,00	€ 300.000,00	€ 167.347,34	€ 9.404,53	€ 176.751,87	€ 23.246,13	€ 26.031,85	€ 230,70	€ 7.872,34	€ 17.828,61	€ 27.333,34	€ 175.219,68	
<b>TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO</b>	<b>€ 600.000,00</b>	<b>€ 600.000,00</b>	<b>€ 382.536,20</b>	<b>€ 9.404,53</b>	<b>€ 391.940,73</b>	<b>€ 208.057,27</b>	<b>€ 26.082,85</b>	<b>€ 230,70</b>	<b>€ 7.903,34</b>	<b>€ 17.879,61</b>	<b>€ 27.384,34</b>	<b>€ 390.408,54</b>	
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€ 2.870.100,00</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 2.870.100,00</b>	<b>€ 2.330.334,32</b>	<b>€ 270.223,02</b>	<b>€ 2.603.537,34</b>	<b>€ 266.542,66</b>	<b>€ 1.170.258,74</b>	<b>€ 230,71</b>	<b>€ 428.255,92</b>	<b>€ 741.772,11</b>	<b>€ 1.014.995,10</b>	<b>€ 2.756.590,24</b>
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ -	€ 1.270,00											
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 2.868.830,00</b>	<b>€ 1.270,00</b>	<b>€ 2.870.100,00</b>	<b>€ 2.330.334,32</b>	<b>€ 270.223,02</b>	<b>€ 2.603.537,34</b>							



# L'attività della Biblioteca e del Centro di documentazione

**N**el corso del 2016 il Collegio Ipasvi di Roma ha rinnovato, per i suoi iscritti, tutti gli abbonamenti alle seguenti banche dati:

- Portale AtoZ (EBSCO), sostituito da settembre con Full Text Finder
- Cinahl Complete con 1.400 testate Full Text
- NRC Nursing Reference Center
- Cochrane Collection Plus
- OvidSP
- OvidMedline

- Ilisi (progetto curato dal Collegio Ipasvi di Roma).

I dati sono di molto soddisfacenti ed incoraggianti, particolarmente se contestualizzati nella lunga crisi del comparto sanitario.

Sono 17.569 i documenti/articoli in inglese scaricati dal sistema; 41.527 le ricerche effettuate nel sistema e nelle banche-dati; 101.703 gli *abstract* letti.

I 10.176 accessi complessivi della biblioteca testimoniano un'attività che può essere considerata pari all'accesso del 31% degli iscritti (32.822).

La banca-dati Cinahl registra una flessione del 18,41% negli accessi, ma una maggiore attività di ricerca e recupero *full text*: un incremento del 24,94% nelle interrogazioni, dell'1,57% nei documenti scaricati, del 20,52% negli *abstract* visionati.

La consultazione in sede della banca-dati è pari all'8,99%: valutando la fruizione del Cinahl in relazione al numero degli iscritti, la cifra è pari al 10,87%.

OVIDSP, con i suoi valori totali, è la piattaforma sulla quale sono aggregate le nostre riviste digitali in abbonamento e

**Biblioteca digitale**  
Periodici digitali



Collezioni disponibili:

- Cinahl Complete (EBSCO Publishing) (1400 titoli)
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection
- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals; singoli journals (42 titoli sottoscritti)
- PubMed Central (Open Access)

**complessive 7.000 testate full text di area biomedica**

registra importanti flessioni di cui non è possibile dare ragione: -64% negli accessi, -69,70% nelle ricerche, -35,97% di articoli scaricati, tuttavia il gran numero di *abstract* visionati (70.217, e letti 71.370) lascia intendere che sia stata utilizzata per delle puntuali revisioni sistematiche.

Ilisi, ad oggi, contiene 5.373 schede bibliografiche (5.160 nel 2015) relative a 31 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria, con un incremento di circa 200 record nel corso dell'anno.

Utilizzata sul territorio nazionale e internazionale, è di massima utilità per accedere alla letteratura infermieristica italiana.

I dati statistici sono generati da Google Analytics e registrano, come lo scorso anno, grandi numeri, testimoniando il suo ampio utilizzo.

Poichè i dati del 2015 per motivi tecnico-amministrativi sono relativi ad un solo semestre, i valori dei due anni non sono confrontabili.

Nel 2016, 23.889 sono gli accessi a tutte le sue sezioni; 224.182 le

visualizzazioni di pagine 117.939 le visualizzazioni di pagine uniche (15-6-2015/31-12-2015: 14.218 accessi a tutte le sue sezioni; 142.262 visualizzazioni di pagine; 72.726 visualizzazioni di pagine uniche).

Intanto, ci sarà la nuova edizione del corso itinerante di mezza giornata intitolato: "La ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche-dati on line", su richiesta delle Aziende, per

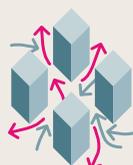
promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica, fornendo contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti del Collegio di Roma.

La commissione biblioteca ha pure collaborato con il Polo della Formazione del Cecri (polo 3) e il team del professor Quagliata dell'Università di Roma Tre, per la preparazione di un corso *blended* dedicato alla revisione scientifica e all'utilizzo delle banche-dati, intitolato: "Corso *blended* di ricerca bibliografica per la ricerca infermieristica".

Questo prevede una giornata iniziale in presenza, tre settimane di sessioni on line su piattaforma moodle, una mattina finale in presenza per la presentazione dei mandati finali. Il corso ha ottenuto 42 crediti Ecm.

Per l'attività formativa, la commissione ha tenuto, complessivamente, 6 corsi.

	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract
DatiTotali Sito/area EBSCO	2016	8.895	36.619	16.654	31.486
DatiTotali Sito/area Ovid/	2016	1.281	4.908	915	70.217
<b>Totale</b>	<b>2016</b>	<b>10.176</b>	<b>41.527</b>	<b>17.569</b>	<b>101.703</b>



## Due grandi eventi in primavera targati Centro di Eccellenza

12 aprile 2017

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

Con il patrocinio di:

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi

### Nursing Sensitive Outcome. Studio Multicentrico nazionale: presentazione dei risultati

#### Obiettivi

- Presentazione dei risultati dello studio nazionale multicentrico sugli ESI: lesioni da pressione, cadute e contenzione
- Ricadute dei Nursing Sensitive Outcome sul piano economico
- Prospettive future sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche

#### PROGRAMMA

8,00-8,45 Registrazione partecipanti  
8,45-9,00 Apertura e saluti autorità.  
Ausilia Pulimeno, Gennaro Rocco, Rossana Ugenti  
9,00-9,30 Esiti sensibili alle cure infermieristiche: cosa dice la letteratura. Loredana Sasso  
9,30-10,00 Risultati dello studio multicentrico nazionale ESI.  
Maria Mongardi  
10,00-10,30 Programma nazionale esiti: quali punti di contatto con ESI. Marina Davoli

10,30-11,00 Il monitoraggio degli esiti clinici e assistenziali: aspetti economici. Federico Spandonaro  
11,00-11,30 Coffee Break  
11,30-12,00 Contesto di lavoro e *caring*: i primi risultati di uno studio correlazionale multicentrico in ambito assistenziale. Francesco Zaghini  
12,00-13,30 Tavola rotonda. *Moderatore*: Paolo Romano  
Nicola Barbato, Giovanni Bissoni, Tiziana Frittelli, Barbara Mangiacavalli, Ausilia Pulimeno, Laura Tibaldi  
13,30-14,00 Valutazione ECM - Chiusura lavori

23 maggio 2017

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

Con il patrocinio di (in corso):

Ministero della Salute - Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi - Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)  
Florida Atlantic University

### Avanzare il sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica

#### Obiettivi

- Illustrare lo sviluppo dell'infermiere esperto clinico in Italia
- Illustrare le esperienze di infermieri con competenze specialistiche negli Usa
- Illustrare alcuni studi italiani che mettono in risalto il ruolo dell'infermiere con competenze specialistiche

#### PROGRAMMA

08,00-8,30 Registrazione partecipanti  
8,30-9,00 Saluti istituzionali e introduzione ai lavori  
9,00-9,30 Il dottorato in pratica avanzata negli Stati Uniti. L'esperienza della Frances Payne Bolton School of Nursing a Cleveland  
*Joyce Fitzpatrick*  
9,30-9,50 I curricula per l'infermiere esperto clinico e la riforma del sistema sanitario negli Stati Uniti. Teresa J. Sakraida  
9,50-10,10 Il futuro del nursing: l'infermiere esperto clinico in Italia. Gennaro Rocco  
10,10-10,30 Mobilità infermieristica: Il riconoscimento delle competenze avanzate. Franklin Shaffer  
10,30-10,50 Dirigere il potenziale della Sigma Theta Tau per l'avanzamento dell'eccellenza nel nursing nella leadership e nell'educazione: esperienze condivise dal Regno Unito. Janet Scammell  
11,00-11,30 Coffee break  
11,30-13,30 Tavola rotonda: Lo sviluppo dell'infermiere esperto clinico per avanzare il sistema salute e per una sua maggiore sostenibilità  
13,30-14,45 Lunch

14,45-15,15 L'infermiere con competenze specialistiche nel paziente stomizzato: una ricerca multicentrica. Giulia Villa  
15,15-15,45 L'infermiere con competenze specialistiche nello scompenso cardiaco. Ercole Vellone - Marco Paturzo  
15,45-16,15 L'infermiere con competenze specialistiche nelle ischemie cerebrali. Ercole Vellone - Gianluca Pucciarelli  
16,15-16,45 L'infermiere con competenze specialistiche nelle malattie respiratorie croniche. Maria Matarese - Marco Clari - Dhurata Ivziku  
16,45 - 17,15 L'infermiere con competenze specialistiche nelle cure palliative: studio sulla dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche. Michela Piredda - Maria Grazia De Marinis  
17,15-17,45 Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive. Uno studio multicentrico italiano. Marco Di Muzio - Daniela Tartaglioni  
17,45-18,00 Discussione con i partecipanti sull'impatto dei progetti del Cecri sull'infermieristica specialistica  
18,00 - 18,15 Consegna attestati di partecipazione

## Il cuore degli infermieri batte forte anche nelle tragedie

**I**l nuovo anno porta con sé tutte le emergenze di quello vecchio. La sanità romana ha la febbre alta e quella nazionale non sta meglio.

Così, sui media è tutto un susseguirsi di allarmi, dai pronto soccorso superaffollati alla meningite, dagli sperperi che fanno scandalo alle tragedie che segnano questo inizio 2017 seminando lutti anche tra gli infermieri.

Col passaggio di consegne tra il vecchio e il nuovo anno si riaccende l'allarme rosso nei pronto soccorso di Roma.

 L'agenzia di stampa **Omniroma** (28/12/16) lancia un dispaccio: "Nonostante le case della salute, nei pronto soccorso è emergenza". Si legge: "Non c'è pace per i pronto soccorso romani. Ieri alle ore 17.40 (dati Regione Lazio) la sanità laziale è stata ancora una volta in grave difficoltà per la gestione dei pazienti all'interno dei maggiori pronto soccorso della Capitale con punte di 117 pazienti al Policlinico Umberto I di cui 34 in attesa di ricovero, 109 al San Camillo-Forlanini con 44 in attesa di ricovero, 115 al Sant'Andrea con 40 utenti in attesa di ricovero, al Sant'Eugenio 94 con 21 in attesa di ricovero e 105 al Pertini con 32 pazienti in attesa di posti letto. Per un totale di circa 540 pazienti di cui 171 in attesa di sistemazione definitiva".

Lo scenario evidenziato da giornali, radio, tv e siti web è a tinte fosche. Con qualche luce significativa, però. Come l'incredibile storia, fortunatamente a lieto fine, che impressiona e commuove tutti: il salvataggio della bimba di tre anni avvelenata dalla mamma. E, ancora una volta, gli operatori sanitari si trovano a recitare il ruolo provvidenziale di "angeli".

 Il **Collegio Ipasvi di Roma** (13/1/17) diffonde una nota stampa: "La forza del cuore nella professione". Si legge: "Non ci vuole solo perizia, competenza, sangue freddo e coraggio. Per comportarsi come hanno fatto le due colleghe del Bambino Gesù serve anche il cuore. Quel cuore che fa coincidere la nostra professione con la sua missione: l'aiuto solidale a chi soffre o è fragile. La storia che ha visto protagoniste le infermiere Katuscia Noceta e Chiara Federici, insieme ai medici Anna Chiara Vitucci e Annagrazia Cillis, vale tutta la nostra ammirazione e alimenta il nostro orgoglio professionale. Non solo hanno salvato per due volte la piccola Anna da altrettanti arresti cardio-respiratori, ma hanno consentito di fare luce su una vicenda orribile che sta commuovendo e indignando l'Italia intera". È loro, infatti, il contributo decisivo che ha consentito agli inquirenti di fare luce sulla vicenda.

Un'altra storia a lieto fine è quella dei superticket applicati dalla Regione Lazio su farmaci ed esami clinici a causa del grosso debito sanitario. Spariti col nuovo anno. Una bella notizia che

**IL TEMPO** Il **Tempo** (2/1/17) annuncia così: "Il Lazio dice addio al ticket regionale". Il servizio spiega: "Da Capodanno senza ticket sanitario. Abbiamo approvato in tempo il bilancio. Da ieri non si paga più il ticket regionale sulla sanità e inizia a calare anche l'Irpef. Nella nostra Regione c'è più giustizia. Il Lazio cambia". Lo scrive su facebook Nicola Zingaretti, presidente della Regione Lazio. A essere eliminato è il ticket regionale su visite specialistiche e fisiokinesiterapia. Resta la tassa nazionale su tutto il resto".

Ma l'allarme meningite non risparmia nessuno. Per primi gli operatori sanitari, alle prese con una vera e propria psicosi collettiva davvero difficile da arginare. **Il Messaggero** (2/1/17) scrive:

"Meningite, nuovi casi nel Lazio e in Toscana, due ricoveri a Roma". C'è il caso di una ragazzina di 14 anni di Palestrina, il quinto registrato in 48 ore, che comunque risponde bene alle cure. Niente da fare invece per un ristoratore cinquantenne di Alatri. Il giorno dopo **Il Messaggero** (3/2/17) titola: "Meningite, corsa alla vaccinazione". E spiega: "Morto a Roma il cinquantenne di Alatri. Il diffuso allarme meningite ha scatenato la corsa al vaccino. Ma dal momento che, fino a oggi, ogni Regione ha deciso in autonomia se indicare come "obbligatorie" o "facoltative" alcune vaccinazioni, le risposte delle Asl sono diverse dal Trentino alla Sicilia. E cresce la protesta delle famiglie. La Regione Lazio: 'Nessuna situazione anomala'. Il ministero della Salute: 'Non c'è epidemia, presto regole uguali per tutti'".

 Se ne occupa anche **Avvenire** (4/1/17): "Il ministero: nessuna epidemia e nessun allarme sulla meningite". Eppure, spiega il quotidiano cattolico: "Dopo gli ultimi sei casi (in Toscana, Liguria, Lazio e Lombardia), gli italiani si sono messi in coda, fuori dalle aziende sanitarie, per sottoporsi alla vaccinazione. Ma il boom di richieste 'non corrisponde al reale incremento dei casi'. Gli italiani hanno paura e corrono ai ripari mettendo in ginocchio le Asl, impreparate a gestire numeri elevati di vaccini".

L'emergenza nei pronto soccorso della capitale invece non è una novità. **La Repubblica** (2/1/17) titola: "Lunghe attese al San Camillo, stop a ricoveri e interventi". Nell'articolo si legge: "Contro il sovraccollamento nei reparti e al pronto soccorso, sospesi i ricoveri e le operazioni programmate fino al 10 gennaio. Una decisione presa per garantire nei giorni delle festività più posti letto e una maggiore disponibilità delle sale operatorie in casi di emergenza. Ma soprattutto un sistema per evitare che si ripeta quanto accaduto nella giornata del 27 dicembre quando alle 12.40 erano 98 i malati al pronto soccorso, 50 in barella aspet-

tavano un letto, mentre fuori 10 ambulanze sostavano aspettando la restituzione delle lettighe utilizzate per far stendere i pazienti”.

E proprio l'uso delle lettighe per “parcheggiare” i pazienti nei pronto soccorso scatena la stampa in articoli di denuncia e reportage.

**Il Messaggero** (3/1/17) titola: “Ospedale, barelle al posto dei letti: bloccate per ore dodici ambulanze”. Il caso è quello dell'ospedale di Albano: “Ieri mattina dodici ambulanze, provenienti da diversi paesi dei Castelli, sono rimaste bloccate per ore perché le barelle non venivano consegnate essendo occupate dai malati. Dentro il reparto c'erano 40 pazienti in attesa di ricovero, di cui 21 anziani, affetti da patologie gravissime. Due medici di turno e quattro infermieri hanno fatto il possibile per assistere i degenti, sistemati sui lettini tecnici, sulle barelle, nei corridoi e nelle salette della breve osservazione. Un caos generale, stigmatizzato dalle proteste dei malati e dei familiari”.

Passano i giorni ma la situazione non migliora. **Il Messaggero** (11/1/17) insiste: “Pronto soccorso in tilt, ferme 40 ambulanze: «Barelle inutilizzabili»”. “Solo ieri - si legge nel servizio - 40 ambulanze del 118 sono rimaste bloccate nei pronto soccorso, su un totale di 120 su Roma e provincia. Un mezzo su tre è rimasto fermo in attesa di poter tornare a rispondere a qualche altra chiamata d'emergenza: non c'erano letti a disposizione e i pazienti sono stati costretti ad aspettare nei corridoi sulle barelle in condizioni sempre poco dignitose”.

**il Fatto Quotidiano**

La carenza di posti letto nei reparti ingolfava la “macchina” dell'emergenza. **Il Fatto Quotidiano** (9/1/17) titola: “I pronto soccorso in tilt a causa dei tagli”. L'articolo spiega: “Il taglio dei posti letto sta mandando in tilt il pronto soccorso. Non solo quando c'è il picco dell'influenza, quando ne parlano i media, ma tutti i mesi dell'anno: lavorare nell'emergenza è diventata la quotidianità. Dal 2009 al 2013, secondo i dati dell'Annuario Istat 2016, sono spariti 18mila posti letto. Altri 44.786 dal 2000 al 2009. Per un totale di oltre 60mila posti in meno in 13 anni. Pari a un rapporto per mille abitanti che è passato dal 5,1 del 2000 al 3,3 del 2013. Al di sotto della media europea di 5,5”.

**Il Messaggero** Saltano anche gli interventi programmati. **Il Messaggero** (11/1/17) torna alla carica: “Reparti chiusi, saltano 200 interventi”. E spiega: “Bloccati per un mese i ricoveri in week-surgery di chirurgia negli ospedali di Frascati, Albano, Velletri e Anzio per far fronte all'emergenza nei reparti di Pronto soccorso. Almeno 200 interventi di chirurgia saranno rinviati di un mese e c'è il malumore di molti medici che vedono i reparti di Medicina di elezione trasformati in cronici del Pronto soccorso. Nel territorio dei Castelli Romani, infatti, la stragrande maggioranza di utenti del Pronto soccorso sono anziani, ospiti delle numerose case di riposo che nei periodi invernali e sotto le ferie si riversano in massa nelle strutture della sanità pubblica”.

Il clima è ormai divenuto da “caccia alle streghe”.

Così, dalla cronaca sanitaria a quella giudiziaria il passo si fa breve.

**CORRIERE DELLA SERA** Il Corriere della Sera (12/1/17) titola: “Blitz

dei carabinieri negli ospedali. In codice rosso è il Pronto soccorso”. Si legge: “I Nas al San Camillo, Umberto I, Grassi e Tivoli: troppi malati, assistenza in crisi”. E ancora: “La fotografia scattata dai carabinieri del Nas durante le ispezioni svolte dall'inizio dell'anno nei Pronto soccorso degli ospedali romani è drammatica: pazienti sistemati sulle barelle uno accanto all'altro in spazi ristretti, costretti a restare in condizioni estreme per un periodo che arriva fino a quarantotto ore a causa della difficoltà delle strutture a smaltire il carico di visite giornaliere. In quattro nosocomi sui sei visitati a sorpresa la situazione è prossima al collasso. Il bollino rosso spetta al Grassi di Ostia, al San Camillo, al Policlinico Umberto I, al Sant'Andrea e al San Giovanni Battista di Tivoli. A superare l'esame, con ‘voti eccellenti’ da parte dei carabinieri, è stato soltanto il Santo Spirito”.

E per gli ospedali laziali arrivano anche le pagelle, tra luci e ombre.

**IL TEMPO** Il Tempo (13/1/17) riferisce: “Il dossier

Lazio a doppia velocità nella classifica del Ministero. Ospedali bocciati su infarto, frattura del femore e broncopolmonite”. Il servizio spiega: “La valutazione degli ospedali laziali secondo gli esiti clinici dello scorso anno conferma l'andatura di una sanità a due velocità nella Regione. Con una porzione di strutture ospedaliere che riportano livelli di qualità alti o medio-alti tra lo 0 e il 15%. E un'analogha fascia per la percentuale di strutture con livelli bassi o molto bassi di qualità: sempre 0-15%. Questa la valutazione dei 133 nosocomi laziali secondo il Piano nazionale esiti stilato dal Ministero della Salute”. I media, bontà loro, rilanciano anche qualche buona notizia.

Ad esempio quella che corona anni di rivendicazioni e battaglie condotte dalla Federazione Ipasvi e da tutti i Collegi d'Italia: l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

**Il Sole 24 ORE** Il Sole 24Ore (14/1/17) annuncia

la sospirata novità: “Estese le prestazioni gratuite e i vaccini: i nuovi Lea con dote da 800 milioni”. Si legge: “Dopo anni arrivano i nuovi Lea che stabiliscono quali prestazioni per la salute sono gratuite per tutti. Ancora qualche passaggio e saranno operativi. Molte le new entry, tra cui la procreazione assistita. E il piano nazionale vaccini 2017-19. Entrano anche nuovi antitumorali e vaccino anti-meningococco. I nuovi Lea, con una dote da 800 milioni, Gentiloni li ha firmati dall'ospedale e la ministra Beatrice Lorenzin lo annuncia col cinguettio di un tweet nella notte: ‘Il premier ha firmato i nuovi Lea e il Nomenclatore delle protesi: passaggio storico per la sanità italiana’. E per i nuovi Livelli essenziali di assistenza, rimasti al palo per due anni e da ben 16 anni mai rinnovati, la strada comincia a spianarsi”.

È ancora vivo lo sconcerto per la strage dell'Hotel Rigopiano, sepolto da una valanga il 19 gennaio, quando una nuova tragedia scuote l'Abruzzo e colpisce al cuore tutto l'ambiente del soccorso sanitario.

**Il Fatto Quotidiano** (24/1/17) titola: “Elicottero del 118 precipitato in Abruzzo: sei morti”. E spiega: “Sono tutte mor-

te le sei persone a bordo dell'elicottero Aw 139 del 118 precipitato intorno alle 12, in Abruzzo, dopo aver eseguito l'operazione di recupero di un ferito su una pista da sci a Campo Felice. A bordo c'erano i cinque membri dell'equipaggio e lo sciatore a cui era stato prestato soccorso: Ettore Palanca, 50enne di Roma, era maitre dell'Hotel Cavaliere Hilton della capitale ed era sposato. Del personale del velivolo precipitato facevano parte Walter Bucci, 57 anni, medico rianimatore del 118 Asl dell'Aquila, Davide De Carolis, tecnico dell'elisoccorso del soccorso alpino e consigliere comunale di Santo Stefano di Sessanio (L'Aquila), Giuseppe Serpetti, infermiere, Mario Matrella, verri-cellista, Gianmarco Zavoli, pilota. Bucci e Carolis avevano partecipato nei giorni scorsi alle operazioni di soccorso all'Hotel Rigopiano, sepolto da una valanga mercoledì 19 gennaio. Come si apprende da fonti del Soccorso alpino, Bucci, medico rianimatore, aveva lavorato due giorni tra le macerie dell'albergo, mentre De Carolis, tecnico dell'elisoccorso, avrebbe lasciato la zona del pescarese solo martedì".

Intanto, il resort di Farindola restituisce la salma dell'ultima vittima. Con lei muore anche la speranza che gli infermieri romani avevano coltivato fino all'ultimo: la salvezza della collega Valentina Cicioni. Il Collegio Ispasvi di Roma (27/1/17) affida a una nota il cordoglio di tutti gli iscritti. "Abbiamo sperato fino all'ultimo, anche contro la logica. Confidavamo che dalle macerie ghiacciate dell'Hotel Rigopiano sortisse un altro miracolo e che Valentina potesse riabbracciare la sua amatissima famiglia. Ora sappiamo che non sarà così e piangiamo sconsolati la perdita di una donna fantastica, giovane compagna e madre esemplare, adorata dai colleghi del Policlinico Gemelli e dai pazienti che in lei hanno sempre trovato un riferimento umano prima ancora che professionale. Il triste epilogo delle lunghe operazioni di soccorso del Rigopiano lascia affranta la comunità infermieristica romana che piange Valentina Cicioni, 32 anni, di Monterotondo, iscritta a questo Collegio. È l'ultima delle 29 vittime estratte da ciò che resta dell'hotel travolto dalla valanga a Farindola. Ci stringiamo al compagno e alla figlioletta di cinque anni con grande affetto e partecipazione, grati per tutto ciò che Valentina ha saputo dare alla nostra professione in termini di impegno, capacità e passione". Un inverno nero per gli infermieri, insomma. E sempre più affannoso e pesante è il lavoro quotidiano di migliaia di colleghi costretti ad arginare le voragini aperte negli organici infermieristici.

**Italia Oggi** (20/1/17) inquadra così l'emorragia che sta dissanguando la sanità: "Sos infermieri, perse 2.788 unità". I dati sono impietosi: "In un solo anno il Servizio sanitario nazionale ha perso 10.444 unità di personale. E ad accusare maggiormente il colpo sono stati gli infermieri. Numeri alla mano, infatti, tra il 2014 e il 2015 il Ssn ha perso 2.788 unità (il 27% del calo totale), seguiti ai primi posti dal personale del ruolo tecnico con 1.873 unità in meno, tra cui assistenti sociali e operatori sociosanitari e quindi sempre con un danno diretto sull'assistenza alla persona. L'os è arrivato, ieri, dall'Ispasvi, la Federazione dei Collegi degli infer-

mieri, guidata da Barbara Mangiacavalli. Non sono solo le unità di personale a preoccupare, però, la Federazione. "Le retribuzioni sono pressoché in stallo", si legge nella nota diffusa dalla Federazione, "quelle medie aumentano per tutto il Ssn di 51 euro in un anno, +0,1% (4,3 euro al mese), per gli infermieri di 93 euro, +0,3% (7,7 al mese): nemmeno il valore della vacanza contrattuale quindi. E questo contro una perdita di potere di acquisto dovuta alla mancanza di contratto ormai da sette anni che da sola ha eroso circa il 25% della busta paga".

Nel Lazio, alle prese con il piano di rientro del debito sanitario, la perdita di infermieri è ancora più marcata. Non ci sono soldi per assumerne a sufficienza, il refrain. Eppure tante risorse vanno in fumo.

### **Sanità**

L'inserto "Sanità" de **Il Sole 24Ore** (24/1/17) tira le somme: "Stop agli sprechi: un quinto della spesa sanitaria è mal gestito". Si legge: "In Italia un accesso su cinque al Pronto soccorso è inappropriato. Frodi ed errori in sanità hanno un impatto del 6% sul totale della spesa sanitaria dell'area Ocse e un cittadino su tre considera la sanità come un area gravemente esposta alla corruzione. La penetrazione dei farmaci generici passa dal 10 all'80% tra i vari Stati, ma in compenso il consumo di antibiotici è eccessivo ovunque (circa il 50% è inappropriato) e genera fenomeni di antibiotico-resistenza. Un bambino su tre nasce da taglio cesareo quando questa pratica sarebbe consigliata non più del 15% dei parti. Infine più del 10% della spesa per le cure in corsia è destinata a rimediare ad errori evitabili o a infezioni ospedaliere. Sono queste le maglie larghe degli sprechi in sanità individuati dall'ultimo Rapporto Ocse".

Intanto, il perdurante blocco del turnover fa schizzare in alto l'età media degli operatori sanitari.

**la Repubblica** (27/1/17) titola "La scure dei tagli su Asl e ospedali. Persi 10 mila posti e assunzioni in forse". Il servizio spiega: "Diecimila posti in meno tra medici, infermieri e operatori socio-sanitari. La sanità, come ha rivelato il dossier della funzione pubblica della Cgil elaborato su scala nazionale, paga e a caro prezzo la strategia dei tagli lineari imposti dal governo dal 2009 a oggi. La nostra poi è la Regione che ha sacrificato più personale sull'altare dei risparmi dell'esecutivo: uno su cinque di quei 50mila lavoratori viene, difatti, proprio dal Lazio. Ora le cose potrebbero complicarsi nonostante la giunta guidata da Nicola Zingaretti abbia programmato tra il 2016 e il 2018 ben 3.502 tra nuove assunzioni e stabilizzazioni di precari. Ma il ministero delle Finanze vorrebbe ricalcolare il fabbisogno di ogni regione e dunque anche quello del Lazio. Per il governo, infatti, sarebbero non più di 400 le assunzioni di medici e operatori sanitari (niente infermieri) che potrebbe fare Zingaretti a fronte di 4.500 pensionamenti previsti nei prossimi due anni".

**IL TEMPO** (30/1/17) fa eco all'allarme: "Ogni giorno si 'perdono' tre operatori", titola il quotidiano romano. E scrive: "Medici, infermieri e personale sanitario vanno in pensione e non vengono sostituiti".



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

La Regione aveva promesso 3.500 assunzioni ma il Ministero ne concede 300”.

Uno scenario che preoccupa e che induce tanti giovani professionisti a guardare altrove, spesso lontano. Anche perché all'estero gli infermieri italiani piacciono. E molto.

**Italia Oggi** *Italia Oggi* (6/2/17) sottolinea il fenomeno con il titolo “Regno Unito e Irlanda, caccia agli infermieri”. Si legge: “*Continua anche nel 2017 la forte richiesta di infermieri italiani da parte degli ospedali*

pubblici nel Regno Unito e Irlanda, nonostante la Brexit. Anche quest'anno la Divisione Sanità di Orienta Spa (Agenzia per il Lavoro) ricerca e seleziona oltre 200 infermieri italiani da mandare nelle strutture sanitarie Oltremarina. A tutti verranno offerti contratti di lavoro a tempo indeterminato oltre una serie di servizi per facilitare il trasferimento dall'Italia”.

Un tesoro di competenze e passione che il Paese sta bruciando sull'altare di un'austerità che finora ha solo peggiorato le cose. E che grida vendetta.



## All'infermiera del Gemelli deceduta al Rigopiano intitolata una borsa studio all'Università Cattolica

Alla memoria di Valentina Cicioni, l'infermiera del Policlinico Gemelli vittima della slavina che ha travolto l'hotel Rigopiano durante l'ultimo terremoto in Abruzzo, sarà intitolata una borsa di studio triennale in Infermieristica istituita dall'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Ad annunciarlo, nel corso dell'inaugurazione dell'anno accademico della sede di Roma dell'ateneo, è stato il Rettore, Franco Anelli. “Essere comunità - ha detto alla presenza del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella - significa partecipare tutti delle gioie e dei dolori di ognuno. Grande è la partecipazione dell'intera università alle sofferenze dei nostri fratelli dell'Italia centrale. Anche la nostra famiglia è stata duramente colpita, con la perdita della dottoressa in Scienze Infermieristiche e strumentista di sala operatoria. Ricordiamo commossi Valentina Cicioni ed è per questo che, in sua memoria, abbiamo pensato alla borsa di studio per uno studente iscritto al corso di laurea in Infermieristica”.



**INTERVISTA AL NUOVO PRESIDENTE CIVES, MAURIZIO FIORDA**

## “Più autonomia nei nuclei provinciali, mantenendo il coordinamento sugli aspetti nazionali”

Il nuovo presidente Cives, Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria, è Maurizio Fiorda.

A eleggerlo l'Assemblea nazionale dell'Associazione, che, per l'occasione, ha eletto anche il nuovo Comitato direttivo nazionale che lavorerà per il prossimo triennio.

Costituita nel 1998, Cives è un'associazione di volontariato nazionale articolata su base provinciale formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai Collegi Ipasvi, in stretta collaborazione con Enti quali la Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, l'Enpapi (ente previdenziale degli infermieri), il Dipartimento della Protezione civile (gli infermieri Cives sono infermieri di protezione civile), le Regioni e i Comuni

con cui i nuclei provinciali possono gestire situazioni di necessità in piena autonomia. Il progetto Cives, che si sviluppa nell'ambito delle attività di protezione civile ed emergenza sanitaria di massa in Italia e all'estero, offre uno strumento organizzativo che mette a disposizione conoscenze e competenze nel soccorso sanitario.

Dal 2010, ha una propria Colonna mobile nazionale che di anno in anno si arricchisce di nuovi mezzi e attrezzature, che la rendono pienamente operativa, e dal 1 agosto 2013 rientra, a pieno titolo, nell'Elenco nazionale della Protezione civile, attivo per ottimizzare la disponibilità dei professionisti infermieri.

A Maurizio Fiorda, neopresidente del Cives e consigliere del Collegio Ipasvi di Roma tre domande aperte, per capire da dove (ri)partire e dove arrivare nel triennio di attività che lo aspetta.

**Da quali azioni passa il rilancio di Cives, anche alla luce delle emergenze che stanno scuotendo l'intero Paese?**

Cives, ormai, è una realtà consolidata a livello nazionale e provinciale e riprendendo l'idea e il lavoro che si è interrotto ad agosto, a causa del sisma e delle vicende interne all'associazione, oggi, posso dire di voler puntare ad un cambiamento radicale della sua forma, cercando di diventare, previo consenso dell'assemblea dei soci,

un'associazione di volontariato di secondo livello.

Questa è una delle azioni che non servirà a rilanciare l'associazione, perchè Cives non ha bisogno di rilanci, ma servirà a consolidarla, anche grazie a nuove collaborazioni con gli Enti che finora ci hanno supportato e con cui continueremo a lavorare.

Per quanto riguarda l'operatività, abbiamo iniziato, e quasi portato a termine, una collocazione dal punto di vista geografico più centrale della colonna mobile Cives, spostando il Pass a Chieti: una posizione equidistante nel caso dell'eventuale attivazione. Sarà nuovamente operativo anche grazie al nuovo direttore sanitario. Inoltre, in programma per il 2017 ci sono dei corsi



per i soci che hanno lo scopo di far conoscere e saper utilizzare al meglio la struttura Pass, progetto presentato al Dipartimento di Protezione Civile e in attesa di avere l'accettazione formale.

***Certamente, la vostra associazione ha bisogno di sempre maggiori risorse umane: perché un infermiere dovrebbe aderire a Cives?***

Molti infermieri dedicano un pò del loro tempo libero ad azioni di volontariato e questo fa onore a tutta la categoria, ma, al contempo, è un onere, non lo nascondo. Fare il volontario in Cives, però, potrebbe assumere un valore in più, proprio perchè svolto attraverso un'associazione voluta dalla professione infermieristica, professione che ha sempre avuto, a detta di molti, un "tallone d'achille": la mancata capacità di unione. Ecco: attraverso Cives, molti infermieri potrebbero trovare quell'unione che nel mondo del lavoro è difficile da raggiungere.

Inoltre, in ambito operativo, il volontario Cives svolge la sua azione specificatamente come professionista infermiere e non come un volontario "generico": si tratta di interpretare in modo differente la propria professione, cioè al di fuori dei soliti scenari

lavorativi. È un concetto che ho già espresso in passato, ma, qui, ora, mi preme riproporlo perchè ci credo davvero, essendo un professionista sanitario a tutto tondo. Solo questa figura può prendersi carico delle esigenze socio-sanitarie della popolazione in qualsiasi contesto. Facendo volontariato con Cives si può dar vita ad un'immagine della professione, e del professionista infermiere, ancora poco conosciuta dalla popolazione.

***Qual è, in sintesi, il programma del tuo mandato e del nuovo gruppo dirigente?***

In parte, il programma del nuovo direttivo riparte da qualcosa già iniziato dal direttivo uscente: si tratterà di una rivisitazione dello statuto. Il programma del nuovo direttivo continuerà il disegno già tracciato, quindi procederà ad un riassetto amministrativo dell'associazione come già detto, dando più autonomia ai nuclei provinciali, pur mantenendo un coordinamento sugli aspetti nazionali. Soprattutto, vorremmo intraprendere azioni volte a migliorare la collaborazione tra i Collegi Ipasvi provinciali e i vari nuclei.

## IN BREVE

### Ambasciata svedese a lezione di primo soccorso

Anche il personale dell'Ambasciata svedese a Roma va a lezione di primo soccorso. In cattedra, il 6 dicembre scorso, gli infermieri Cives dei nuclei di Roma e Livorno, con la collaborazione del Collegio Ipasvi capitolino.

Un'iniziativa prestigiosa e molto apprezzata, che sicuramente avrà un seguito presso strutture simili, interessate ad un costante aggiornamento su queste importanti tematiche.



## Formazione Ecm, le nuove regole per il triennio 2017-2019

**S**i è svolto a Roma il convegno "Le professioni sanitarie ed il sistema Ecm tra presente e futuro", organizzato dal Cogeaps, il Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie che riunisce le Federazioni nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti coinvolti nel progetto di Educazione Continua in Medicina.

L'evento ha costituito un'importante occasione per condividere i dati sul triennio Ecm appena trascorso e tracciare lo scenario del nuovo (2017-2019).

Dal 2014 al 2016, mentre la formazione residenziale è rimasta sostanzialmente stabile, quella a distanza Fad è cresciuta costantemente, superando un milione di partecipanti e 2.000 corsi disponibili.

Nel triennio 2017-2019, vengono confermati 150 crediti complessivi, ma si abolisce il limite di minimo 25 e massimo 75 crediti l'anno.

Ogni professionista potrà liberamente organizzare la distribuzione triennale dei crediti acquisiti. Tale libertà sarà però legata al dossier formativo, attraverso cui ogni professionista potrà programmare e riprogrammare il proprio piano formativo triennale, sulla base degli obiettivi nazionali Agenas.

Il dossier formativo potrà avere tre declinazioni: individuale, di gruppo e organizzativo; ogni professionista potrà partecipare a più gruppi ed a più organizzazioni.

Dal 2017, viene poi introdotto un criterio che premia la regolarità formativa pregressa: chi ha acquisito da 80 a 120 crediti Ecm tra il 2014 ed il 2016, avrà uno sconto di 15 crediti per il nuovo triennio (riduzione da 150 a 135). Chi, invece, ha acquisito da 121 a 150 crediti nel triennio che volge al termine, avrà addirittura uno sconto di 30 crediti tra il 2017 ed il 2019 (da 150 a 120).

Nel prossimo triennio Ecm, sarà data maggiore importanza all'auto-formazione, costituita da corsi accreditati Ecm, ma anche da esperienze formative senza accreditamento Ecm, svolte in autonomia (per un massimo del 10% dell'obbligo formativo).

Cambiamenti in vista anche per i provider formativi. L'accREDITAMENTO provvisorio dura due anni, se definitivo quattro: non prima dei 90 giorni dalla scadenza dell'accREDITAMENTO provvisorio il provider può far domanda per quello definitivo a patto di non avere ricevuto richiami di alcun genere.

Sono violazioni molto gravi e contemplano fino alla revoca dell'accREDITAMENTO: l'esercizio in altre regioni (senza previo placet della Commissione) del

provider accreditato a livello di una regione; l'esercizio di attività formativa senza requisiti per l'accREDITAMENTO; la mancata effettuazione di quiz d'apprendimento ove previsti; la mancata consegna di questionari di gradimento al discente; il mancato invio del report al Cogeaps nei tre mesi canonici; il non-rispetto delle regole sul finanziamento di terzi o sui conflitti d'interesse e sulla pubblicità di prodotti sanitari-dispositivi medici. Secondo la bozza, il provider deve comunicare all'ente accreditante l'esatto supporto economico offerto dallo sponsor; il logo si può mostrare prima e dopo l'evento e nell'ultima pagina del materiale Fad; solo il provider può pagare i docenti; in aula possono entrare massimo due esponenti dello sponsor.

È considerata violazione molto grave se il provider omette o non tiene le dichiarazioni dei discenti sul reclutamento, così come se ostacola le verifiche, o dichiara il falso sulle sponsorizzazioni o non paga il contributo annuale.

Sono violazioni gravi, e comportano sospensione dell'accREDITAMENTO da 15 giorni a un anno (o revoca in caso di recidiva) l'imposizione di limiti ingiustificati alla partecipazione ad eventi, la mancata comunicazione di variazioni sui requisiti per l'accREDITAMENTO, pubblicità ingannevoli, contenuti formativi non coerenti con gli obiettivi fissati dall'ente accreditante o con i tempi e i modi di fruizione dichiarati, così come le omissioni sul piano formativo annuale, sulla relazione sugli eventi svolti l'anno prima, sul direttore scientifico da nominare per ogni evento, o sulle dichiarazioni relative a programmi e obiettivi del corso, docenti, metodi didattici. Comportano sospensione anche l'erogazione di eventi "fuori tema" rispetto a quelli dichiarati per l'accREDITAMENTO, la mancata adozione di un regolamento su compensi e rimborsi e il mancato adeguamento alle istruzioni dopo due violazioni lievi.



## Presentato il programma operativo della sanità laziale fino al 2018

Il 12 dicembre scorso, il presidente della Regione, **Nicola Zingaretti**, ha illustrato il programma operativo 2016-2018, un atto necessario a favorire lo sblocco di risorse e l'autorizzazione a procedere con nuovi decreti.

Il programma si basa su sei macro-azioni.

**La cancellazione della quota regionale aggiuntiva al ticket nazionale**, secondo un grande principio di giustizia sociale.

Via, quindi, dal 1 gennaio 2017, l'extraticket regionale da 15 euro sulla risonanza magnetica e sulla tac; via i 5 euro sulla fisioterapia; via i 4 euro sulle visite specialistiche ambulatoriali e apa (accorpamenti prestazioni ambulatoriali).

**Una nuova stagione di certezze per il personale.**

Uno dei drammi della sanità del Lazio è stato il progressivo prosciugamento della forza-lavoro. Si è partiti, infatti, da una situazione in cui ogni 10 lavoratori fuoriusciti dalla sanità se ne poteva assumere solo uno.

Ma, in tutta la regione, dall'anno in corso e fino al 2018, verranno assunte oltre 3.502 unità di personale, di cui 600 assunzioni già autorizzate nel 2016. Saranno 1.762 le nuove assunzioni e 1.740 le assunzioni di precari. Entreranno in servizio circa 1.200 operatori tra medici, infermieri e tecnici.

A novembre, tra l'altro, abbiamo 76 autorizzazioni alle assunzioni (più del totale delle autorizzazioni per il 2013). Si arriverà, quindi, a quota 668 per l'anno in corso. Entro la fine del 2016 si supererà quota 700. E sono stati prorogati al 31 dicembre 2017 i contratti a tempo determinato stipulati nel 2015 per garantire il corretto svolgimento degli eventi connessi al giubileo straordinario della misericordia appena concluso.

**Il completamento di una nuova governance della sanità**, principi di maggiore efficienza e di eliminazione di sprechi e sovrapposizioni.

Un altro importantissimo obiettivo a cui abbiamo lavorato in questi anni è quello di fare chiarezza nel rapporto tra la Regione e il settore della sanità privata. Inoltre, per dare certezza al sistema, è la programmazione con budget biennali, ai quali va associata anche la stretta della regione sui tempi di pagamento da garantire entro i 90 giorni.

**Un forte investimento sulla prevenzione**, come elemento decisivo per garantire il benessere dei cittadini, ma anche per contenere i costi della sanità.



Grazie a un'azione decisa della Regione di promozione e comunicazione alla popolazione-*target*, sono in netto aumento le adesioni dei cittadini ai programmi di screening per i tumori alla mammella, alla cervice uterina e al colon retto.

In un anno (dal 2014 al 2015) sono aumentate di 35.000 unità le adesioni allo screening per la mammella, di 6.000 per la cervice uterina, di 50.000 per il colon retto.

**Un forte investimento anche sulla tecnologia**, per rendere più forte e competitivo il sistema sanitario del Lazio e, soprattutto, per innalzare ancora il livello delle cure. Una delle grandi novità della sanità del Lazio è l'avvio del piano da 264 milioni di euro di risorse ex articolo 20 ferme praticamente dall'inizio del piano di rientro, cioè da 9 anni.

Delle risorse ex art. 20, ben 48 milioni di euro sono destinati all'ammodernamento tecnologico: acquisto di nuovi macchinari per le analisi, ma anche aumento dell'offerta negli *hub* dei sistemi di monitoraggio.

**Il completamento della costruzione di tutte le reti sanitarie.**

fronte della riorganizzazione e del rafforzamento delle reti, due novità molto importanti previste dal programma operativo da realizzare entro dicembre 2017 sono: l'attivazione di 4 nuove unità di trattamento neurovascolare per la rete ictus e un servizio h24 per la parto-analgesia negli hub ospedalieri della rete perinatale.

## Stabilizzazione precari, chiesto incontro al presidente Zingaretti

**L**a presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno, ha inviato una missiva al presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, per chiedere un incontro sulla questione della stabilizzazione dei precari, tema attualmente oggetto anche di una apposita iniziativa legislativa in Consiglio regionale.

Di fianco, il testo integrale della lettera. Intanto, grazie alle insistenze del Collegio di Roma, si sono sbloccate le procedure di assunzione a tempo indeterminato per 40 infermieri al Policlinico Umberto I.

Almeno 19 mila i candidati che si sono iscritti alle prove preselettive.

Si avvia così il programma più ampio della Regione Lazio di assunzione di personale medico e infermieristico destinato ad adeguare gli organici delle strutture sanitarie regionali, carenti per effetto del blocco del *turnover*, durato ormai dieci anni, a seguito del commissariamento della Regione per effetto dell'enorme *deficit* della sanità accumulato nel tempo.

### AVVISO

Anche quest'anno, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere (12 maggio), il Collegio Ipasvi di Roma sarà presente in una o più piazze della città per incontrare i cittadini. Chi fosse interessato a prendere parte all'iniziativa può contattare la segreteria del Collegio.



IPASVI  
Prot. 02

#### COORDINAMENTO REGIONALE DEI COLLEGI PROVINCIALI IP. AS. VI

Infermieri professionali - Assistenti Sanitari - Viglatrici di infanzia  
del LAZIO

Roma, 02/02/2017

Egr. On. Nicola Zingaretti  
Presidente Regione Lazio

e, p.c.

Egr. On. Rodolfo Lena  
Presidente VII Commissione  
Consiglio Regionale del Lazio

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

Egr. Dott. Vincenzo Panella  
Direttore Generale  
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali del Lazio

**Oggetto:** Criticità per la stabilizzazione degli infermieri precari

Egregio Presidente,

in considerazione del perdurante stallo del processo di stabilizzazione degli infermieri che registriamo in tutto il Lazio e delle altre criticità che investono il SSR, questo Coordinamento chiede il Suo diretto coinvolgimento per procedere senza ulteriori indugi, in linea con i programmi della Regione Lazio e le rassicurazioni più volte fornite in tal senso.

Le aspettative di stabilizzazione di migliaia di infermieri con contratti precari continuano ad essere deluse, sebbene da anni questi professionisti garantiscano con il loro lavoro e malgrado le difficoltà la tenuta dei servizi territoriali e dei reparti ospedalieri. Non meritano perciò di subire l'ennesima beffa e chiedono di procedere con il piano più volte annunciato.

Le difficoltà con cui le direttive della Regione Lazio vengono recepite e applicate da molte Aziende Sanitarie e Ospedaliere generano situazioni paradossali, come nel caso della provincia di Latina dove circa trecento infermieri rischiano di non poter partecipare al processo di stabilizzazione. Così pure per il caos che aleggia sul concorso per infermieri bandito dal Policlinico Umberto I di Roma, tra annunci e smentite di una sua riapertura. Problemi e intoppi che impediscono di procedere anche con la selezione dei dirigenti infermieristici e con il bando per la mobilità del personale infermieristico.

La mancanza di risposte sul piano concreto è acuita poi dalle difficoltà di comunicazione con la Cabina di Regia del SSR, che continua a ignorare le sollecitazioni dei Collegi IPASVI del Lazio e le reiterate richieste di incontro sulle criticità più stringenti.

Per quanto esposto, raccogliendo le istanze espresse unanimemente dei Presidenti dei Collegi IPASVI del Lazio, sono a richiederLe un incontro urgente per poterLe rappresentare più diffusamente le problematiche in oggetto.

Fiduciosa in un Suo positivo riscontro, colgo l'occasione per inviarLe i più cordiali saluti.



La Presidente  
Coordinamento Collegi IPASVI Lazio

*Ausilia Pulimeno*

## Nuovo Codice deontologico Partita la consultazione pubblica

**D**a lunedì 6 febbraio, è partita la consultazione pubblica sul testo della prima stesura del nuovo Codice deontologico dell'infermiere elaborato dalla Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi.

Come spiegato dalla presidente nazionale, Barbara Mangiacavalli, "il Codice è una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. E per questo abbiamo scelto anche la strada del confronto e della consultazione pubblica con tutti coloro i quali vorranno intervenire, suggerire, proporre idee e soluzioni per far crescere ancora la nostra professione. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini". La consultazione avrà la durata di tre mesi e si chiuderà il 30 aprile 2017.

Durante questo periodo, ogni infermiere iscritto all'albo potrà, con le sue credenziali, accedere all'area appositamente predisposta e proporre correzioni, modifiche e integrazioni all'articolo della prima stesura del nuovo Codice deontologico.

Quanto proposto da ognuno sarà raccolto dal Collegio di appartenenza e formalizzato in una proposta complessiva che deve pervenire alla Federazione entro il 31 maggio 2017.

Le Associazioni infermieristiche e dei cittadini riceveranno le modalità di partecipazione alla consultazione pubblica con un'in-

formativa successiva e potranno formalizzare le loro osservazioni a partire dal 1 marzo e fino al 31 maggio 2017.

Al termine della consultazione, il Comitato Centrale analizzerà e tratterà le osservazioni ricevute.

Il Collegio Ipasvi di Roma ha intanto creato un apposito gruppo di lavoro che, oltre a occuparsi delle osservazioni inviate dai propri iscritti alla Federazione, organizzerà degli incontri tematici nelle principali aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio.

### Come accedere alla consultazione on line

Come spiega la circolare inviata a tutti i Collegi Ipasvi, ogni iscritto al Collegio Provinciale, attraverso il link "Consultazione nuovo Codice deontologico" presente all'interno della Intranet dell'Albo Unico Nazionale, potrà collegarsi all'applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico e inserire un commento per ogni Capo e articolo, oltre a un commento generale. Tutti i commenti una volta inseriti e confermati non saranno più modificabili, ma solo consultabili dall'iscritto stesso.

Il link all'area riservata dell'Albo Unico Nazionale, dove sarà presente l'applicazione per la consultazione del nuovo Codice deontologico, è raggiungibile dal portale istituzionale della Federazione Nazionale ([www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it)) nella specifica sezione "Comunica online con il tuo Collegio". Per praticità è riportato di seguito il link diretto per la registrazione/accesso: <http://albo.ipasvi.it/>





intranet/.

La registrazione alla Intranet, qualora non si sia già registrati, è obbligatoria. Per tutti è stata messa a disposizione la seguente casella di posta a supporto del servizio [webmaster@e-logo.it](mailto:webmaster@e-logo.it)

### I contenuti del nuovo Codice

Il denominatore e l'obiettivo comune dei 40 articoli che compongono il nuovo testo sono il bene e il rispetto della persona assistita, della sua volontà e dei suoi diritti, privacy compresa e della sua famiglia.

Come specificato fin dai primi articoli infatti: *"L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività"*. Non solo: *"L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere"*.

Tra le maggiori novità del codice, quelle che riflettono il nuovo ruolo professionale sia a livello di management che clinico, assunto dagli infermieri all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione.

*L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte"*.

Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e se necessario si avvarrà della clausola di coscienza.

Il nuovo Codice già inquadra la crescita professionale in vista con il nuovo contratto e prevede che l'infermiere agisce sulla

base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

E l'infermiere, inoltre, ha pure l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

Tra le previsioni del Codice, l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice deontologico.

Poi, l'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento. E dal punto di vista professionale denuncia e segnala assieme al Collegio, l'abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati. Nel Codice c'è un chiaro riferimento alla comunicazione, anche informatica: correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità sono obblighi che l'infermiere deve rispettare.

Un capitolo importante è anche quello del fine vita: l'obbligo deontologico è di assistere la persona fino al termine della vita, tutelandone la volontà di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita e sostiene i familiari e le persone di riferimento nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

## Osteoporosi, convegno Cecri a Tor Vergata

Il prossimo 23 marzo, presso l'Aula Fleming dell'Università degli Studi di Roma - Tor Vergata, con il patrocinio di Enpapi e della Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi, si terrà il convegno dal titolo: "L'infermiere e l'osteoporosi - il valore dell'aderenza terapeutica".

L'osteoporosi è una patologia sistemica dello scheletro caratterizzata da una diminuzione della massa ossea, con conseguente aumento della fragilità scheletrica e predisposizione alle fratture. Ogni anno, si stima che ci siano circa 9 milioni di nuove fratture da fragilità, prevalentemente nel sesso femminile. Pertanto, è fondamentale integrare nella pratica clinica l'educazione alla prevenzione e al trattamento dell'osteoporosi, al fine di ridurre il rischio di fratture e fornire le migliori strategie di autogestione della patologia cronica.

L'infermiere è la figura professionale alla quale è affidato l'intervento educativo specifico rivolto alle donne affette da osteoporosi fornendo suggerimenti pratici relativi a:

- gestione della terapia farmacologica e non (adeguata assunzione di calcio e vitamina D nella dieta),
- promozione di un adeguato stile di vita attraverso regolare attività fisica, correzione dei fattori di rischio, quali il fumo, l'eccessiva assunzione di alcolici e la riduzione del rischio cadute.



### PROGRAMMA

#### **Sessione mattutina, moderata da:**

##### **Ausilia Pulimeno - Rosaria Alvaro**

- 8.00-8.45 Iscrizione dei partecipanti al corso
- 8.45-9.15 Saluti istituzionali. Gennaro Rocco - Mario Schiavon
- 9.15-9.45 Risultati di uno studio sulle conoscenze infermieristiche sull'osteoporosi. R. Alvaro
- 9.45-10.15 Risultati di un'esperienza di formazione sul campo: nuove prospettive tra vantaggi e criticità. A. Pennini
- 10.15 -10.45 Definizione di osteoporosi e di fratture da fragilità: terapia e importanza dell'aderenza terapeutica. U. Tarantino
- 10.45-11.00 Discussione con i partecipanti
- 11.00-11.30 Coffee break
- 11.30-12.00 L'aderenza terapeutica e allo stile di vita: il contributo infermieristico. N. Cittadini
- 12.00-12.30 Storia di 4 anni di ricerca e di formazione infermieristica sul campo. M. Belardo
- 12.30-13.00 Le nuove competenze infermieristiche nell'osteoporosi: bone care nurse e fracture liaison service. L. Cipriani
- 13.00-13.15 Discussione
- 13.15-14.00 Light lunch

#### **Sessione pomeridiana moderata da:**

##### **Stefano Casciato - Alessandro Stievano**

- 14.00-14.45 Il colloquio motivazionale. S. Masci
- 14.45-15.45 "Colloquio motivazionale": visione dei filmati e discussione in plenaria. R. Alvaro, E. Basilici Zannetti, N. Cittadini, C. Cervoni
- 15.45-16.45 "Vivere con l'osteoporosi": visione del filmato e discussione in plenaria. R. Alvaro, E. Basilici Zannetti, N. Cittadini, C. Cervoni
- 16.45-17.00 Discussione con i partecipanti
- 17.00-17.15 Chiusura dei lavori e test di valutazione ECM

*Responsabili scientifici:* Ausilia Pulimeno - Gennaro Rocco  
*Segreteria Scientifica:* Rosaria Alvaro, Stefano Casciato, Natascia Mazzitelli, Mariagrazia Montalbano, Maria Grazia Proietti, Alessandro Stievano, Carlo Turci, Maurizio Zega  
*Segreteria Organizzativa:* Marco Tosini, Simonetta Bartolucci, Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Claudia Lorenzetti, Ilma Molinaro, Cinzia Puleio, Francesco Scerbo  
*Partecipanti:* 120

# Efficacia dei dispositivi di monitoraggio nella prevenzione del rischio di sviluppare lesioni da pressione

di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: "Efficacy of Monitoring Devices in Support of Prevention of Pressure Injuries: Systematic Review and Meta-analysis. *Advances in Skin & Wound Care* 2016; 29 (12): 567-574" di Walia G.S, Wong AI, Lo Ay, Machert G.A, Carl H.M, Pedreira R.A, Bello R, Aquino C.S, Padula W.V, Sacks J.M.

## BACKGROUND

Le lesioni da pressione sono dei danni a carico della cute e/o dei tessuti molli sottostanti, localizzati solitamente su una prominenza ossea.

Esse sono causate da una pressione intensa e/o prolungata in combinazione con altri fattori, quali frizione, scivolamento e forze di taglio (*National Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2016).

I costi a carico del sistema sanitario per il trattamento dei pazienti con lesioni da pressione sono elevatissimi, sia per le risorse messe in gioco che per le controversie legali.

Uno studio di prevalenza, effettuato in Italia, ha dimostrato che su 13.081 pazienti ospedalizzati circa l'11% aveva sviluppato delle lesioni da pressione e solo nel 9,4% dei casi erano state attuate delle misure preventive (Bernabei et al., 2011).

La ricerca ha dimostrato che il rischio di contrarre lesioni da pressione può essere ridotto utilizzando appropriate misure di prevenzione (Black et al., 2011). Negli ultimi anni, sono stati proposti una serie di dispositivi di monitoraggio che segnalano ai professionisti sanitari la presenza di specifici fattori di rischio, permettendo di intervenire prontamente. Tra questi abbiamo le superfici che rilevano la pressione tra cute del paziente e

piano sottostante, quelli per rilevare il movimento del paziente, o l'umidità, il calore o il rossore di un distretto corporeo. Questi dispositivi di monitoraggio sono realmente efficaci nella prevenzione delle lesioni da pressione, ergo il loro uso dovrebbe essere favorito nei setting clinici?

Nel 2016, Walia e colleghi hanno condotto una revisione sistematica della letteratura e una metanalisi, intitolata: "Efficacy of Monitoring Devices in Support of Prevention of Pressure Injuries: Systematic Review and Meta-analysis", proprio per dare una risposta a questo quesito clinico.

Per valutare la qualità metodologica della revisione di Walia et al. (2016) e, di conseguenza, per capire se i risultati di questa revisione dovrebbero essere applicati nei contesti assistenziali l'articolo

è stato sottoposto a valutazione critica.

## Valutazione critica

Per la valutazione critica è stata utilizzata la check-list del Joanna Briggs Institute (JBI, 2014), che valuta la qualità metodologica di una revisione della letteratura in base a dieci criteri:

- 1) il quesito della revisione è descritto in maniera chiara ed esplicita;
- 2) la strategia di ricerca è appropriata;
- 3) le fonti degli studi sono adeguate;
- 4) i criteri di inclusione degli studi sono appropriati;
- 5) i criteri di valutazione critica degli studi sono appropriati;
- 6) la valutazione critica degli studi è effettuata in maniera indipendente da due o più revisori;
- 7) sono usati dei metodi appropriati per ridurre gli errori nell'estrazione dei dati;



- 8) gli studi inclusi sono aggregati con metodi appropriati;
- 9) le raccomandazioni fornite sono supportate dai dati riportati nella revisione;
- 10) le indicazioni relative alla necessità di nuove ricerche sono appropriate.

#### Quesito della revisione

Nell'introduzione dell'articolo, Walia et al. dichiarano che l'obiettivo della revisione è quello di verificare se i dispositivi di monitoraggio sono efficaci nella riduzione del rischio di sviluppare le lesioni da pressione.

Il quesito non viene presentato esplicitamente sotto forma di domanda Pico (Popolazione, Intervento, Comparazione, Outcome o esito).

La popolazione interessata dalla revisione è ricavabile nella sezione che descrive i criteri di selezione (persone di ogni età e in qualsiasi contesto sanitario), mentre l'intervento valutato (uso di di-

positivi di monitoraggio) e gli esiti primari (incidenza di lesioni da pressione) e secondari (stadio delle lesioni, fattori di rischio e le complicanze correlate all'uso dei dispositivi) vengono descritti in apposita sezione.

#### Strategia di ricerca

La strategia di ricerca per localizzare gli studi è stata descritta in uno specifico paragrafo della sezione metodi.

Non è presente nessun tabella o materiale aggiuntivo in appendice per verificare come è stata condotta la ricerca e come i termini relativi a ciascun elemento della domanda Pico sono stati trattati.

Non è stata data giustificazione per il limite di tempo scelto (gennaio 2005-gennaio 2016) o per aver scelto solo la lingua inglese come lingue di pubblicazione degli articoli.

#### Fonte degli studi

Sono state consultate solo due banche dati elettroniche, PubMed e Cinahl.

Non sono state consultate altre banche dati potenzialmente importanti o letteratura grigia, o ricercato studi non pubblicati o articoli pubblicati in altre lingue. La ricerca è stata integrata dalla consultazione della bibliografia degli studi reperiti.

#### Criteri di inclusione

Nella sezione "criteri di selezione" dell'articolo sono indicati i tipi di studi inclusi, studi clinici controllati e studi di coorte, che sono due tipologie di studio rilevanti per valutare l'efficacia di un intervento.

Non sono stati espressamente definiti e descritti quali tipi di dispositivi di monitoraggio sono stati considerati per l'inclusione, ma solo quelli esclusi.

#### Valutazione critica degli studi reperiti

Al fine della valutazione della qualità metodologica degli studi, gli autori dichiarano di aver utilizzato lo strumento *Methodological Index for Non-randomized Studies (Minors)*, indicando il punteggio associato ad un articolo di alta qualità sia per gli studi comparativi (> di 18) sia per i non comparativi (> di 12).

#### Conduzione della valutazione critica degli articoli

Gli autori hanno dichiarato che due revisori sono stati coinvolti nella valutazione critica degli studi: un primo revisore ha effettuato la valutazione ed un secondo ha controllato il giudizio del primo.

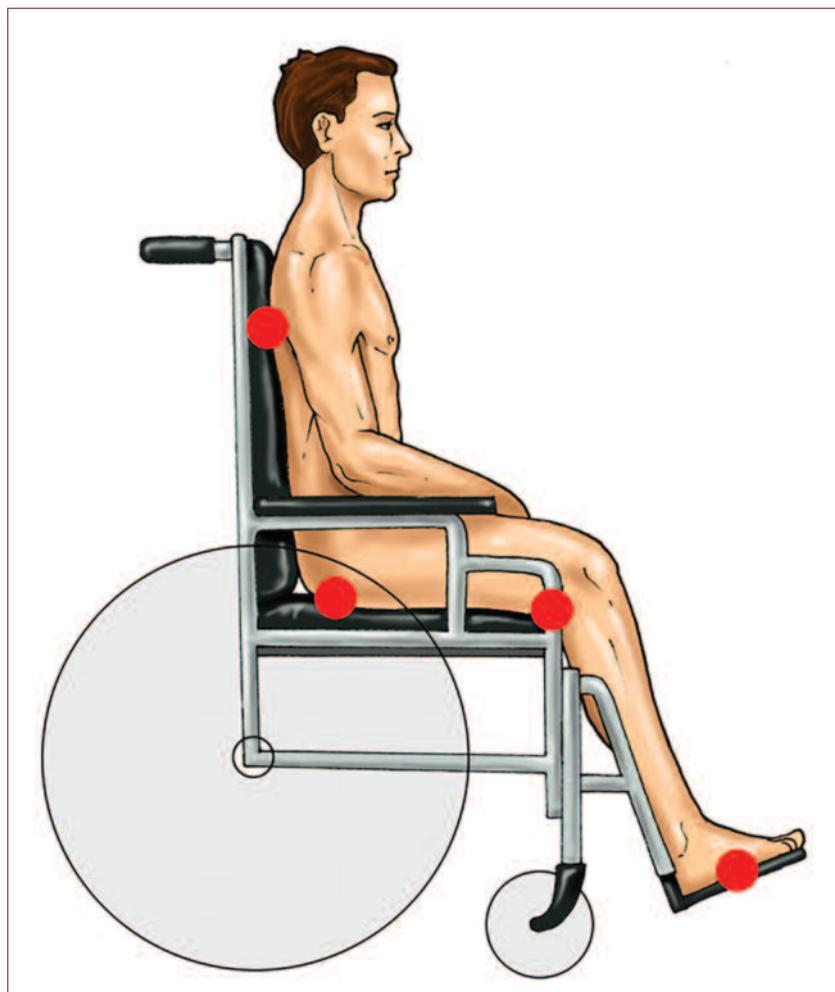
Le valutazioni non sembrano perciò essere state effettuate in maniera indipendente. Non si fa riferimento ad un terzo revisore intervenuto in caso di disaccordo.

#### Metodi usati per minimizzare gli errori nell'estrazione dei dati

Gli autori hanno creato un apposito strumento per estrarre i dati dagli articoli, ma non si dichiara se l'estrazione è stata fatta da due revisori in maniera indipendente e se questi siano stati addestrati all'uso dello strumento.

#### Metodi per combinare i risultati degli studi

I risultati di due studi che presentavano gli stessi outcome (incidenza lesioni), tipi di dispositivo e pazienti sono stati combinati in una metanalisi, per un totale di 1049 pazienti, anche se non è espressamente indicato di quale tipologia di pa-



zienti si trattasse. È stata stimata l'associazione fra l'uso dei dispositivi e il rischio di sviluppare lesioni da pressione mediante il test di Mantel-Haenszel, con intervalli di confidenza del 95%. È stata valutata l'eterogeneità degli studi attraverso un opportuno indice statistico ed è stato usato un modello a effetti fissi che ha tenuto conto della omogeneità degli studi.

Gli autori hanno dimostrato che l'uso dei dispositivi di monitoraggio si associava a una riduzione statisticamente significativa dell'88% del rischio di sviluppare lesioni da pressione. I risultati degli altri studi che presentavano diversi disegni di studio, sistemi di monitoraggio ed esiti sono stati presentati sotto forma di sintesi narrativa.

Non sono stati reperti studi clinici randomizzati e controllati.

Le raccomandazioni fornite sono supportate dai dati

Gli autori forniscono un riassunto dei risultati e alcune raccomandazioni per la pratica clinica che tengono conto dell'efficacia dei sistemi di monitoraggio della pressione applicati al letto.

Indicazioni per la ricerca futura

Gli autori segnalano la necessità di effettuare ulteriori studi - soprattutto studi clinici randomizzati - per dimostrare l'efficacia dei dispositivi di monitoraggio, come pure di condurre studi di analisi costo/efficacia che possano dare un'indicazione dei costi associati all'utilizzo di questi dispositivi.

## COMMENTO

In base alla nostra valutazione critica, la revisione ha corrisposto completamente



solo a quattro criteri di qualità su dieci. Infatti, non è stata fornita una chiara e esplicita descrizione della domanda Pico, dei criteri di inclusione, del metodo di estrazione dei dati e valutazione critica degli articoli.

Alcune di queste carenze possono essere legate ai limiti di parole imposte dalla rivista, che può aver portato gli autori ad omettere alcuni particolari nella sezione dei metodi, dando maggior spazio alla parte relativa ai risultati e discussione, soprattutto trattandosi di una rivista clinica e non di ricerca.

Un altro limite è legato alla consultazione di sole due banche dati elettroniche e nella selezione di articoli pubblicati esclusivamente in lingua inglese, precludendo la possibilità di identificare tutti gli

studi effettuati sul fenomeno oggetto di revisione.

Walia, et al. hanno individuato nove studi che valutavano differenti dispositivi di monitoraggio: rilevatori di pressione applicati al materasso, sensori per mappare la pressione sulla superficie del letto o della sedia a rotelle, rilevatori di mobilità e dello stato della cute.

La metanalisi effettuata su due studi che hanno valutato i sensori per mappare le zone di pressione sulla superficie del materasso ha dimostrato l'efficacia di questi tipi di dispositivi.

A causa dei limiti metodologici rilevati nell'articolo di Walia et al. (2016), i risultati di questa dovrebbero essere integrati con quelli di altre revisioni sistematiche della letteratura di maggiore qualità metodologica prima di essere integrati nei protocolli di

prevenzione delle lesioni da pressione.

AUTORI:

Marina Palombi, coordinatrice infermieristica Uti Cardiocirurgica Aou Policlinico Umberto I, Polo Pratica Clinica del Cecri;

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

Angela Peghetti, dirigente ufficio infermieristico Casa di cura polispecialistica Solatrix, Rovereto, componente Polo Pratica Clinica del Cecri;

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

## BIBLIOGRAFIA

Bernabei R, Manes-Gravina E, Mammarella F, *Epidemiologia delle piaghe da decubito*. Giornale di Gerontologia 2011; 59:237-243.

Black J.M, Edsberg L.E, Baharestani M.M et al, *Pressure Ulcers; Avoidable or Unavoidable? Results of the National Pressure Ulcer Advisory Panel Consensus Conference*. Ostomy wound management 2011; 57: 24-37.

# Il coordinatore infermieristico nel ruolo di preposto alla sicurezza sul lavoro

## Studio conoscitivo sul livello di consapevolezza delle responsabilità

di Stefano Proietti, Lidia Caporossi, Claudia Lorenzetti

### ABSTRACT

Il problema della sicurezza in ambito lavorativo e, nello specifico, nelle strutture ospedaliere è sempre più al centro del dibattito sulle emergenti problematiche sanitarie.

Sempre di più, infatti, è necessario garantire un ambiente sanitario sicuro, sia nei riguardi degli utenti beneficiari che del personale che vi opera, dal momento che le conseguenze che possono verificarsi da ambienti a rischio possono generare importanti impegni economici in termini di richieste di risarcimento e, non di meno, un impatto negativo sull'immagine delle stesse istituzioni sanitarie e dei professionisti coinvolti.

Secondo lo specifico profilo professionale (D.M. 739/94), si riconosce, nell'infermiere, il professionista, intellettuale (c.c. art. 2229), competente, autonomo (L. 42/99) e responsabile (L. 251/2000) dell'assistenza generale infermieristica. Pertanto, l'infermiere viene individuato come colui che, oltre a garantire una assistenza priva di rischi all'utente, deve anche tutelare la sua salute, che, in rapporto alla specifica attività che è chiamata a svolgere, richiede un'attenta gestione e valutazione dei rischi ad essa connessi (C. D. I. 2009, art. 29).

In Italia, il riferimento per quanto riguarda la normativa per la tutela della salute

e sicurezza sul lavoro è il Decreto legislativo n. 81 del 9 aprile 2008 (D.Lgs. 81/2008), meglio noto come Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.

Il coordinatore di unità operativa, nel gestire le risorse umane, si confronta ogni giorno con queste criticità e rappresenta una delle figure professionali operative coinvolte nel processo della gestione del rischio in sanità (Calamandrei & Orlandi, 2008).

Lo scopo dell'indagine conoscitiva condotta è stato quello di voler mettere in evidenza il livello di conoscenza e consapevolezza, da parte del coordinatore infermieristico, del proprio ruolo di "preposto", secondo quanto identificato dalla normativa vigente.

La ricerca è stata svolta su un campione di 65 coordinatori di tre strutture sanitarie romane sia pubbliche che private.

Dallo studio condotto, sono emerse le seguenti criticità: una conoscenza a volte parziale della normativa per il coordinatore rispetto al ruolo di preposto, specie per quanto riguarda responsabilità e sanzioni; una carente ed inadeguata formazione specifica per i coordinatori in quanto preposti; una carente formazione per i lavoratori coordinati. Infine, l'analisi comparativa tra strutture pubbliche e private non ha evidenziato nessuna differenza in termini di informazione e forma-

zione in materia di sicurezza sul luogo di lavoro.

### INTRODUZIONE

L'ospedale e le strutture sanitarie sono nati come luogo rivolto alla cura delle persone. Ciò nonostante, con la crescente complessità dei sistemi sanitari, è aumentato il rischio di malattia professionale per il personale sanitario e di errore clinico nei confronti degli utenti.

"Sbagliare è umano", come il titolo di uno storico lavoro statunitense: "To err is human-Building a safer Health System".

L'errore è una caratteristica della condizione umana ed è per questo motivo che, consapevoli del fatto che non lo si può eliminare completamente, è necessario adottare tutte le strategie che impediscano di sbagliare (Kohn et al, 2000). I rischi, per il personale sanitario, sono molteplici, tenuto conto delle numerose figure professionali coinvolte (es. medici, infermieri, operatori socio sanitari, biologi, chimici, psicologi, funzionari amministrativi e assistenti religiosi), della molteplicità di procedure svolte, di sostanze utilizzate e di processi adottati.

Per tale motivo, l'"obiettivo sicurezza" in un ospedale riveste un duplice ed importante aspetto: garantire la sicurezza degli operatori sanitari e dei pazienti (Bonomi & Marinaro, 2009).

I rischi nei quali il paziente incorre quando è sottoposto a pratica clinica vengono gestiti dal sistema del *risk management* attraverso cui può essere contenuto il rischio clinico (Confortini, 2006).

Perché siano efficaci, le iniziative della Gestione del Rischio Clinico vanno messe in atto a livello di singola struttura, a livello aziendale, regionale e nazionale e deve, dunque, prevedere strategie di lavoro integrate che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario (Del Vecchio & Cosmi, 2003).

Il sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati *standard* assistenziali, creando le condizioni ottimali nelle quali far prosperare l'eccellenza clinica, è il Governo Clinico (Forgeschi & Fiorani, 2010). Esso implica la presenza di alcune condizioni necessarie quali: la condivisione multi-disciplinare, la responsabilizzazione degli operatori e la partecipazione degli utenti (Del Poeta et al, 2006).

L'infermiere che riveste il ruolo di coordinatore è colui che risponde ai requisiti previsti dalla legge, che istituisce la funzione di coordinamento (L. 43/06).

In base al contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL 2000/2001), il coordinatore infermieristico viene inserito all'interno della categoria economica Ds.

Nell'ambito dell'attività di organizzazione dei servizi sanitari, **il coordinatore programma il miglior utilizzo delle risorse umane in relazione agli obiettivi assegnati e verifica l'espletamento dell'attività del personale; collabora alla formulazione dei piani operativi e dei sistemi di verifica della qualità al fine dell'ottimizzazione dei servizi sanitari; coordina le attività didattiche tecnico-pratiche e di tirocinio, di formazione del personale appartenente ai profili sanitari a lui assegnati; assume responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula proposte operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito dell'atti-**



**ività affidatagli** (Squired et al, 2010; Gifford et al, 2014).

**Le funzioni e i compiti del coordinatore infermieristico si estendono anche alla collaborazione nell'identificazione del rischio legato all'attività lavorativa** (Deian et al, 2014).

Il concetto di prevenzione di un rischio, nel senso più estensivo del termine è la sintesi di tre momenti:

1. analisi della situazione iniziale;
2. valutazione dei possibili rischi;
3. adozione delle misure di sicurezza e protezione.

Per ognuna di queste diverse fasi del processo, sono necessarie competenze tecniche specifiche e capacità di coordinamento di varie professionalità contemporaneamente, al fine di ottenere il miglior risultato possibile.

Il testo unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, decreto legislativo 81/2008, identifica nel preposto colui che, insieme al datore di lavoro e ai dirigenti, concorre alla gestione dei rischi in ambienti di lavoro, avendo in particolare la responsabilità della vigilanza dei lavoratori ad esso assegnati (M. d. S., 2007).

Il D.Lgs. 81/2008, in seguito coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n 106, ha sostituito il vecchio D.Lgs. 626/94, inglobando un ampio e frammentato quadro normativo preesistente: L. 129/2008, L.133/2008, L.14/2009, L. 88/2009. L'ultima revisione disponibile del decreto è

quella del 27 maggio 2014, composta da 306 articoli e 51 allegati, nella quale il legislatore indica ad aziende, datori di lavoro e lavoratori quanto è essenziale e obbligatorio fare in riferimento alla prevenzione, alla tutela della salute fisica e mentale, in ogni ambiente di lavoro, alla valutazione dei rischi e alla sorveglianza sanitaria, al primo soccorso e all'antincendio. Viene specificato nel testo come, per tutte le figure professionali, sia necessaria un'adeguata formazione e un periodico aggiornamento relativo alle particolari mansioni e responsabilità, oltre alle procedure e norme utili per la sicurezza (D.Lgs. 81/08).

Il preposto è un collaboratore che sovrintende il lavoro altrui, ovvero impartisce indicazioni perentorie conformi e adeguate alle direttive ricevute dal dirigente o dal datore di lavoro, non difformi dalla normativa in materia di sicurezza sul lavoro.

Egli controlla - costantemente e scrupolosamente - l'esecuzione del lavoro in rapporto alle mansioni e alle caratteristiche del singolo lavoratore, ovvero che le istruzioni pianificate siano eseguite correttamente. È sua prerogativa la segnalazione, ai vertici aziendali, di comportamenti difformi e/o eventuali carenze tecniche riscontrate che minino le condizioni basilari della salute e della sicurezza prevista dalle norme.

In considerazione delle proprie capacità tecniche e della limitata autonomia decisionale, non gli è affidato il compito di adottare ed organizzare le necessarie misure di tutela, bensì quello di metterle in pratica o di farle osservare a terzi. Possono essere considerati preposti per la sicurezza solo quei soggetti che, nell'ambito di ogni organizzazione pubblica o privata, sovrintendono ai lavoratori.

Si tratta di un gruppo di individui che può comprendere svariate figure, come ad esempio capi squadra, capi ufficio, coordinatori vari o coordinatori infermieristici. Tali soggetti possono essere formalmente designati come preposti nel quadro dell'organizzazione per la sicurezza

da parte del datore di lavoro o, su sua delega, dal dirigente. Qualora, invece, non vi sia nomina formale, tali figure che, in base al principio di effettività, svolgono compiti di supervisione di altri lavoratori, comunque assumono di fatto il ruolo di preposto (Monea, 2010) ai sensi dell'articolo 299 del D.Lgs 81/08, e sono tenuti agli obblighi di legge di cui all'articolo 19 del suddetto decreto (D.Lgs. 81/08).

La figura dell'infermiere con incarico di coordinamento, in virtù delle competenze previste dalla *job description* del coordinatore infermieristico, che si trova anche ad operare con il ruolo di "preposto" (D.Lgs. 81/08), detiene una posizione sovraordinata rispetto agli altri operatori. L'attività di collaborazione con il datore di lavoro e con i dirigenti si concretizza nella richiesta e nella verifica che quanto predisposto (quindi, anche in materia di salute e sicurezza sul lavoro) trovi applicazione nell'ambiente di lavoro e nei comportamenti dei lavoratori (Deian et al, 2014).

Anche il regime delle infrazioni e delle sanzioni relative al preposto risulta, nel quadro normativo vigente, più esplicito di quanto fosse prima del biennio 2008-2009 di riforme della sicurezza sul lavoro. Con riferimento a tutte le disposizioni del D.Lgs. 81/08, i preposti, nei limiti delle proprie attribuzioni e competenze, sono puniti secondo l'articolo 56 come nel seguente schema: a) con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da 438,40 a 1.315,20 euro per la violazione dell'articolo 19 comma 1, lettere a), c), e) ed f); b) con l'arresto fino a un mese o con l'ammenda da 219,20 a 876,80 euro per la violazione dell'articolo 19, comma 1, lettere b), d) e g) (D. Lgs. 81/08; Monea, 2010). Questo studio ha voluto indagare l'attuale situazione sanitaria in ambito di sicurezza sui luoghi di lavoro, valutando i livelli di conoscenza e consapevolezza delle responsabilità in qualità di "preposto" dei coordinatori di unità operative di alcune organizzazioni sanitarie di Roma. In particolare, è stata posta l'attenzione sulla conoscenza delle funzioni, delle responsabilità e delle sanzioni in merito all'applicazione della normativa e sulla capacità di riconoscimento dei singoli rischi professionali da parte dei coordinatori.

**Parole-chiave:** preposto, sicurezza, lavoro, coordinatore infermieristico, *ward manager, work, workers, safety, supervisor*, combinate con gli operatori booleani "and" e "or".

## MATERIALI E METODI

Prima di iniziare lo studio per valutare lo stato dell'arte in merito alla figura del coordinatore infermieristico come preposto alla sicurezza sul luogo di lavoro è stata eseguita una revisione della letteratura su banche dati biomediche ed infermieristiche: Pubmed, Cinahl, Iltisi. Sono state ricercate nel titolo, nell'*abstract*, nel testo dell'articolo e nei record dei database. Il limite temporale della ricerca è stato il periodo 2008-2014.

Per la realizzazione di questo studio, è stato elaborato uno strumento in forma cartacea per la raccolta dei dati: un questionario composto da 10 quesiti, somministrato ai coordinatori infermieristici di unità operative di degenza delle aree critiche, mediche, chirurgiche e dei servizi di *Day Hospital e Day Service* (D.Lgs. 277/91).

Il questionario è stato strutturato in tre parti:

prima parte: dati socio-demografici (sesso, età anagrafica, anzianità lavorativa e tipo di unità operativa);

seconda parte: conoscenza del decreto e del ruolo di preposto;

terza parte: valutazione della formazione/informazione dei lavoratori in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro in base al

D. Lgs. 81/08 e della presenza/assenza di protocolli predisposti per la definizione di condizioni specifiche di rischio e per la gestione degli infortuni nelle realtà operative in relazione alle abitudini comportamentali di reparto.

L'indagine conoscitiva è stata condotta da novembre 2014 a febbraio 2015, in tre strutture ospedaliere romane.

Popolazione campionaria di convenienza: il campione intervistato (composto da 65 coordinatori) è stato scelto in strutture sanitarie di specializzazione eterogenea, appartenenti al contesto pubblico e privato-convenzionato.

Il campione selezionato rimarrà anonimo per il gruppo di ricerca.

L'analisi statistica è stata realizzata con IBM SPSS Statistics 22, nel periodo marzo-aprile 2015. I dati sono stati correlati usando *Chi square test e Fisher exact test*, considerando significativo un valore di  $p < 0.05$ .

## RISULTATI E DISCUSSIONE

Le caratteristiche del campione inerenti l'età, il sesso, l'anzianità di servizio e l'area coordinata sono riassunte nella tabella 1. La maggior parte dei coordinatori è di sesso femminile (oltre il 70%), con un'età superiore ai 40 anni (nel 92 % dei casi) e con un'anzianità di servizio come coordinatore infermieristico superiore ai cinque anni (l'85% dei soggetti).

Dall'analisi delle interviste rivolte ai coordinatori è emerso che quasi l'intero campione (98.5%) è a conoscenza del

Campione	65 coordinatori		
Sesso	Maschi 18 (28,3%)		Femmine 47 (71,7%)
Età	"30-40 anni" 5 (7,5%)		">40 anni" 60 (92,5%)
Anzianità di servizio come infermiere	"5-15 anni" 10 (15,1%)		">15 anni" 55 (84,9%)
Anzianità di servizio come coordinatore	"<5 anni" 10 (15,1%)	"5-15 anni" 38 (58,5%)	">15 anni" 17 (26,4%)
Area coordinata	Specialistica 36 (55,4%)		Generale 7 (10,8%)
	Critica 19 (29,2%)		DH/DS 3 (4,6%)

Tabella 1. Caratteristiche del campione

D.Lgs. 81/08. (Grafico 1)

Il 30.2% del campione ritiene che la figura del coordinatore non coincida con il ruolo di preposto. (Grafico 2)

Quasi la metà del campione (47.2%) non ha effettuato corsi di formazione specifici come "preposto", contrariamente a quanto previsto esplicitamente

**Quanto tempo fa ha eseguito l'ultimo corso in materia di sicurezza sul lavoro?**

Meno di 1 anno	7	11,3%
Tra 1 e 5 anni	43	66%
Più di 5 anni	13	20,7%

Tabella 2. Ultimo corso in materia di sicurezza sul lavoro effettuato

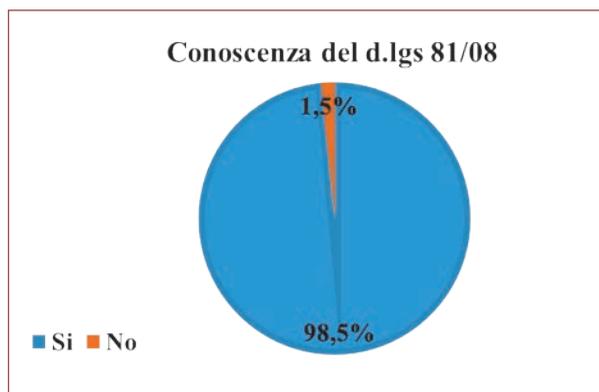


Grafico 1. Conoscenza del D.Lgs 81/08

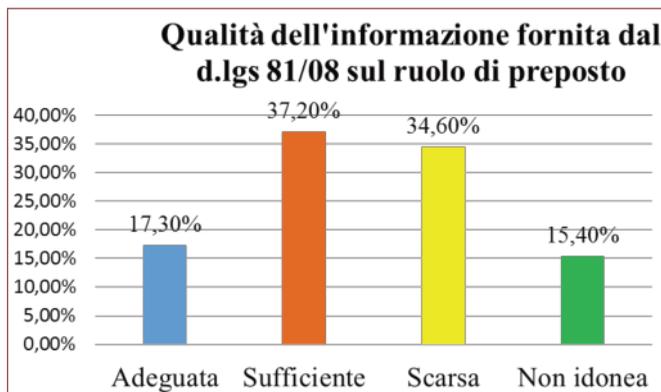


Grafico 4. Parere del campione di studio sull'informazione fornita secondo quanto richiesto dal D. Lgs 81/08 in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro

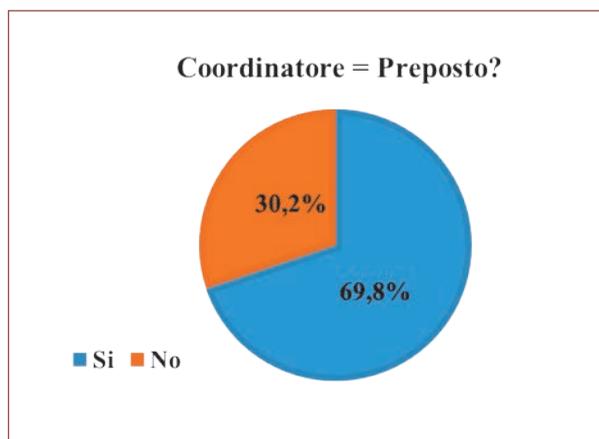


Grafico 2. Parere del campione di studio sulla corrispondenza della figura di coordinatore con quella di "preposto"

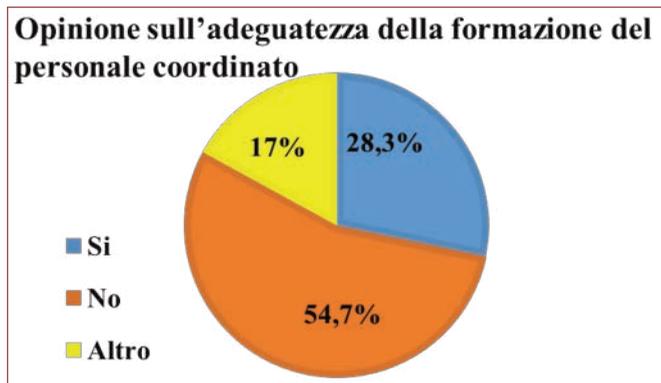


Grafico 5. Parere del campione di studio sulla formazione/informazione in materia di sicurezza sul lavoro del personale coordinato



Grafico 3. Partecipazione a corsi di formazione come preposto alla sicurezza nei luoghi di lavoro

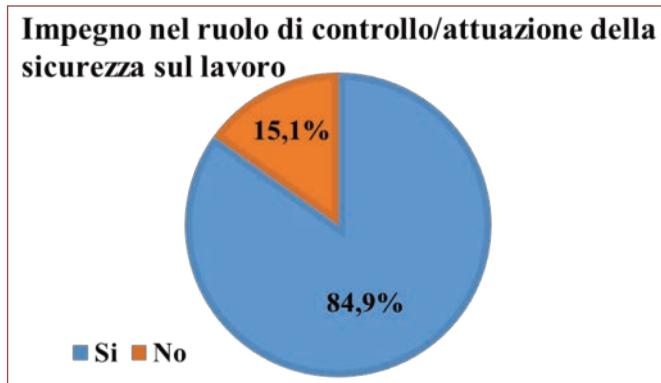


Grafico 6. Parere del campione sull'impegno necessario per il controllo del personale coordinato relativamente all'attuazione dei comportamenti idonei alla sicurezza sui luoghi di lavoro

dalla normativa per coloro che rivestono questo ruolo nella struttura aziendale. (Grafico 3)

Rispetto alla distribuzione temporale degli aggiornamenti, il 20.7% del campione ha dichiarato di non partecipare ai corsi suddetti da più di cinque anni. (Tabella 2)

La qualità dell'informazione fornita dal decreto relativamente al ruolo di preposto è stata "adeguata/sufficiente" secondo il 50% del campione intervistato e "scarsa/non idonea" per i restanti. (Grafico 4)

Nella realtà delle unità operative è emerso che solo il 28.3% dei coordinatori ritiene il personale coordinato adeguatamente formato ed informato in materia di sicurezza sul lavoro. (Grafico 5)

L'84.9% del campione trova "particolarmente impegnativo" doversi occupare della gestione e del controllo del personale da loro coordinato nel rispetto della normativa per la sicurezza sul lavoro. (Grafico 6)

Il 67.9% dei coordinatori si considera capace di far fronte ad un evento infortunistico e/o incidente sul luogo di lavoro; il 17% ha dichiarato di non essere in grado di gestire tali situazioni, mentre il restante 15% ha risposto "altro", specificando che la loro capacità di gestire infortuni e/o incidenti dipenderebbe dalla tipologia dell'evento e che sarebbe necessaria un'implementazione della formazione del personale coordinato. (Grafico 7)

L'81% del campione in esame dispone nella struttura coordinata di protocolli di reparto per le norme di comportamento in caso di eventi avversi e/o infortuni di particolare entità e tipologia; il 15.1% ha ammesso di non disporre dei suddetti protocolli ed il restante 3.8% ha affermato di disporre di protocolli incompleti. (Grafico 8)

Infine, il 40% del campione ha dichiarato di "non essere a conoscenza della presenza di sanzioni pecuniarie rispetto alle responsabilità e agli obblighi del coordinatore come preposto". (Grafico 9)

L'analisi comparativa tra le strutture pubbliche e private relativa al grado di formazione dei coordinatori, in materia di sicurezza sul lavoro e alle applicazioni in

ambito sanitario delle normative riportate dal D. Lgs. 81/08, non ha evidenziato differenze statisticamente significative nei due gruppi.

## CONCLUSIONI

**Un ambiente senza alcun rischio di infortunio non esiste**, pertanto per garantire la

sicurezza si deve agire sulle conoscenze, sulla consapevolezza del problema e sull'applicazione di norme e standard (Craven & Hirnle, 2007).

Il coordinatore infermieristico, nell'ambito dell'attività d'organizzazione dei servizi sanitari, assume la responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula proposte operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito dell'attività affidatagli. Per questo motivo, è fondamentale promuovere l'utilizzo di tutti i sistemi di gestione del rischio (Valeri et al, 2012).

Dallo studio condotto, seppur circoscritto a tre strutture sanitarie dell'area romana, è stata evidenziata una conoscenza parziale della normativa, soprattutto rispetto al ruolo del "preposto", in particolare riguardo alle responsabilità e alle sanzioni. Elemento centrale e preoccupante emerso dallo studio, è rappresentato da una carente e/o inadeguata formazione proposta ai coordinatori in qualità di preposti, analoga situazione di inadeguata formazione viene richiamata anche per il

### Abilità del coordinatore nella gestione di infortuni/incidenti

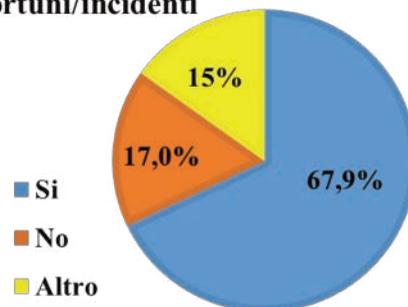


Grafico 7. Parere del campione di studio sulla propria capacità di far fronte e/o di saper gestire un evento infortunistico e/o incidente sul luogo di lavoro

### Presenza/assenza di protocolli specifici per incidenti/infortuni

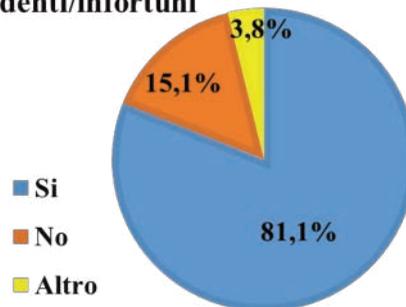


Grafico 8. Presenza di protocolli di reparto per le norme di comportamento in caso di eventi/infortuni accidentali di particolare entità o tipologia

### Conoscenza dell'esistenza di sanzioni nei confronti del preposto

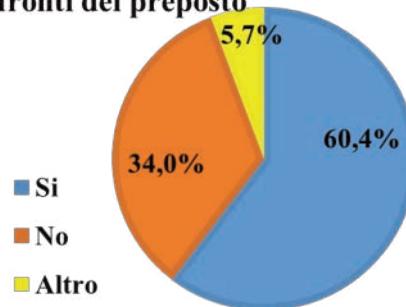


Grafico 9. Conoscenza di sanzioni pecuniarie rispetto alle responsabilità ed obblighi del coordinatore come preposto per la sicurezza sui luoghi di lavoro

personale coordinato. La condizione descritta porta il coordinatore a percepire il proprio ruolo di "preposto" come particolarmente impegnativo e gravoso.

L'opportuno aggiornamento periodico in materia di sicurezza sul lavoro, impatterebbe contemporaneamente sui due fronti deboli emersi dallo studio quali: la

consapevolezza da parte dei coordinatori del proprio ruolo da preposto nella sorveglianza e attuazione delle norme in materia di sicurezza nelle aree coordinate e l'adeguata formazione del personale infermieristico in merito alla prevenzione di incidenti e/o infortuni sul luogo di lavoro.

**Un adeguato aggiornamento garantirebbe un'ottimale gestione del personale sanitario e un appropriato controllo dell'applicazione delle norme di prevenzione in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro da**



parte del coordinatore di unità operativa. Un limite del nostro studio è quello dovuto al modesto numero di unità del cam-

pione e di strutture sanitarie presso le quali è stato somministrato il questionario.

**AUTORI:**  
Stefano Proietti, infermiere;  
Lidia Caporossi, ricercatore Inail, Dipartimento di Medicina Epidemiologia Igiene del lavoro e ambientale, Laboratorio di Sorveglianza Sanitaria e promozione della salute;

Claudia Lorenzetti, coordinatrice infermieristica A.O. San Camillo, componente Polo Pratica Clinica del Cecri.

## BIBLIOGRAFIA

- Bonomi B, Marinaro M, *Dossier Sicurezza. Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro. Le strategie di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di promozione dei livelli di salute e sicurezza sul lavoro*. Stampa Il Sole 24 Ore S.p.A. Milano. 26-10-2009. 91.
- Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali*. Milano: Mc Graw-Hill 3a edizione; 2008.
- Codice Civile. LIBRO V-Del lavoro. Titolo III - Del lavoro autonomo. Capo II - Delle professioni intellettuali. Articolo 2229: *Esercizio delle professioni intellettuali*.
- Codice Deontologico dell'Infermiere (approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10/01/2009 e dal Consiglio Nazionale dei Collegi Ispasvi riunito a Roma nella seduta del 17/01/2009). Capo IV Articolo 29.
- Confortini M.C, Patrini E, *Manuale di risk management in sanità: processi e strumenti di implementazione*. Milano: Il Sole 24ORE Sanità, 2006.
- Contratto collettivo nazionale di lavoro-comparto Sanità, 20 Settembre 2001. Articolo 10: Coordinamento.
- Craven R.F, Hirnle C.J, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Volume II: *Funzioni del corpo umano e assistenza infermieristica clinica*. III ed. Casa editrice Ambrosiana. Milano; 2007.
- Decreto Legislativo n. 81 del 09 Aprile 2008 "Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro" e successivi decreti attuativi/circolari.
- Decreto Legislativo n. 277 del 15 Agosto 1991. Attuazione delle direttive n. 80/1107/CEE, n. 82/605/CEE, n. 83/477/CEE, n. 86/188/CEE e n. 88/642/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'art. 7 della legge del 30 Luglio 1990, n. 212. G.U. n.200 del 27/8/1991 - Suppl. Ordinario n. 53.
- Decreto ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*. G.U. n. 6 del 09/01/1995.
- Deian C, Rocco G, Silvestro A, *Guida all'esercizio della professione d'infermiere*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche. 2014: p 620-622.
- Del Poeta G, Mazufero F, Canepa M, *Il risk management nella logica del governo clinico*. McGraw-Hill. Milano; 2006.
- Del Vecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*. McGraw-Hill. Milano; 2003.
- Forgeschi G, Fiorani M, *La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza*. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma; 2010.
- Gifford W.A, Holyojke P, Squires J.E et al, *Managerial leadership for research use in nursing and allied health care professions: a narrative synthesis protocol*. Systematic Review. 2014, 3:57.
- Kohn L.T, Corrigan J.M, Donaldson M.S, *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: Institute of Medicine-National Academy Press; 2000.
- Legge n. 42 del 26 febbraio 1999. *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. G.U. n. 50 del 02/03/1999.
- Legge n. 43 del 1 febbraio 2006, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*. G.U. n. 40 del 17/02/2006).
- Legge n. 251 del 10 agosto 2000. *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*. G.U. n. 208 del 06/09/2000.
- Ministero della Salute Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III. Sicurezza dei Pazienti e Gestione del Rischio Clinico. *Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. p. 11-12. Pubblicato il 22 Maggio 2007.
- Monea A, *Il ruolo del preposto. Guida al pubblico impiego*. Il sole 24 Ore. n.2 Febbraio 2010, p.38. <http://www.lavoro-sicurezza.info/2011/07/il-ruolo-del-preposto.html>.
- Squired M, Tourangeau A, Spence Laschinger H.K et al, *The link between leadership and safety outcomes in hospitals*. Journal of Nursing Management. 2010, 18:914-925.
- Valeri E, Lombardi L, Tulli U, *Risk management in emodialisi ed il coordinatore infermieristico*. Infermiere Oggi 2012; 22(3):32-35.

# Prescrizione infermieristica

## Uno studio descrittivo

di Massimiliano Chiarini, Emanuele Di Simone, Renata Agnieszka Tracz, Simona Fiorini, Simona Petriglieri, Marco Di Muzio

### ABSTRACT

L'adeguamento del livello culturale, deontologico e professionale e la conquista normativa di nuove abilità e competenze, non solo in ambito meramente clinico, sono frutto anche di un confronto importante con gli Stati membri dell'Unione Europea. Nonostante l'importante ascesa infermieristica, nel nostro Paese non esiste una normativa che consenta agli infermieri di prescrivere presidi, farmaci o accertamenti diagnostici, come in altri Paesi europei.

Lo scopo di questo studio è verificare conoscenze e attitudini di infermieri e medici relativamente alla prescrizione infermieristica in Italia.

Per condurre la ricerca sono state create e auto-somministrate due *Survey* costruite ad hoc (non avendo reperito in letteratura uno strumento idoneo e validato) pertinenti il quesito di ricerca, parallelamente è stata condotta una revisione della letteratura internazionale sul database elettronico PubMed.

Presidi, esami diagnostici, farmaci e farmaci da banco: queste, le categorie che potrebbero essere soggette a prescrizione infermieristica indicate dal 36.9% degli infermieri e dal 46.4% dei medici campionati. Percentuali che superano il 50% (sia per gli infermieri, sia per i medici) escludendo l'*item* farmaci (non da banco).

L'introduzione della legge sulla Medicina transfrontaliera e il riconoscimento delle competenze avanzate possono rappresentare un'importante occasione per adeguarsi agli altri Paesi europei; amplia-

re le proprie competenze e conseguire l'abilitazione alla prescrizione consentirebbe all'infermiere di rivestire un ruolo ancor più centrale nel panorama sanitario nazionale.

**Parole-chiave:** prescrizione infermieristica; competenze avanzate; medicina transfrontaliera.

### INTRODUZIONE

Da sempre, la prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico (1).

L'infermiere, come descritto nel suo Profilo Professionale, ha la competenza della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche effettuate dal medico (2). Ma, negli ultimi anni, il notevole sviluppo delle competenze della professione infermieristica, grazie alla formazione professionale sempre più completa, ha indotto al confronto internazionale oltre i confini professionali già stabiliti nel '900, a vantaggio sia della salute pubblica sia dell'economia sanitaria (3).

**Oggi, circa 20 Paesi, su 193 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), consentono agli infermieri di prescrivere farmaci**, mentre altri stanno prendendo in considerazione l'introduzione di una legislazione simile.

Volgendo lo sguardo oltre i confini nazionali, ci si accorge come la professione infermieristica si sia evoluta notevolmente in diversi ambiti clinico-gestionali, ampliando il proprio bagaglio culturale e, di fatto, le proprie responsabilità e come,

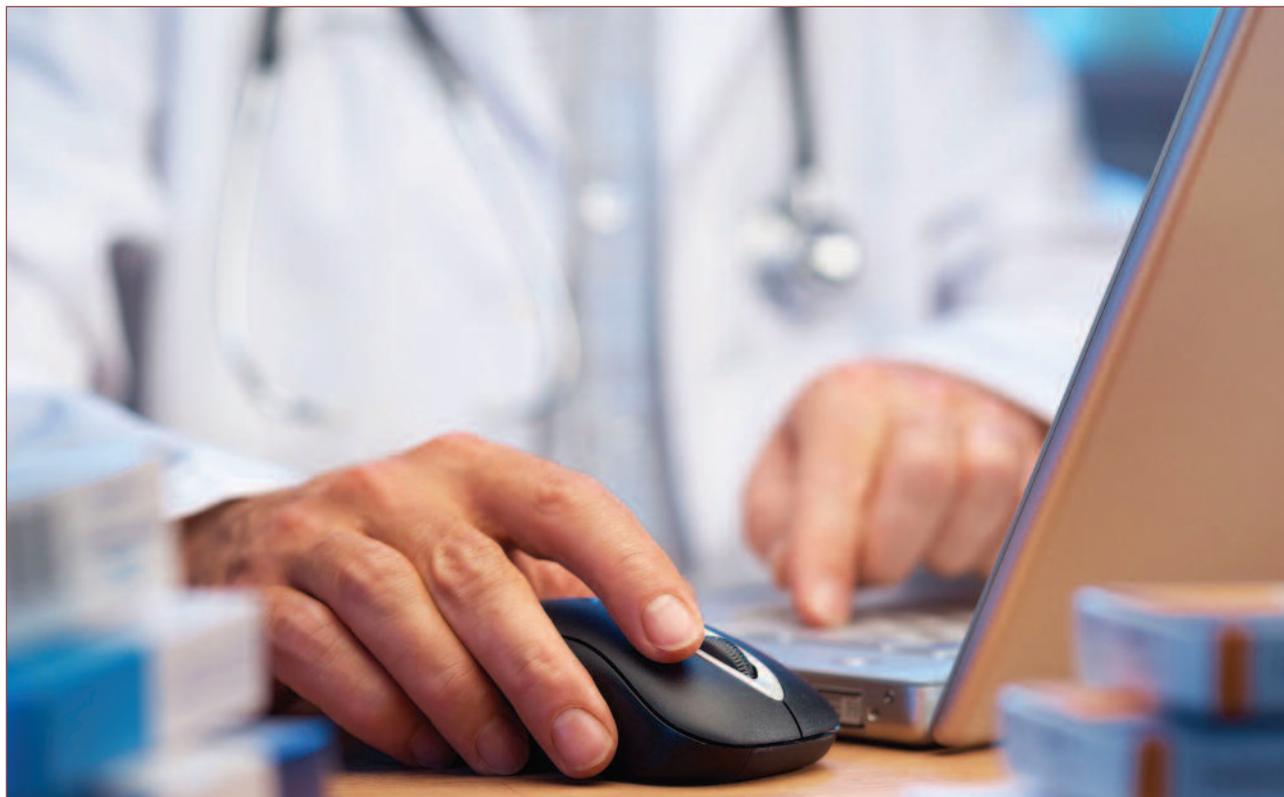
nonostante le differenze legislative che la regolamentano, la prescrizione infermieristica sia, ad oggi, una realtà concreta. Negli States, la prescrizione infermieristica è in vigore già dal 1960 (4), con la nascita dei *Nurse Practitioner* (5), infermieri altamente specializzati in grado di offrire assistenza di alta qualità grazie ad un'approfondita formazione post-base.

In Canada, i primi *Nurse Practitioner* furono istituiti nel 1960, in risposta alle esigenze degli abitanti delle zone rurali del Paese. Successivamente, l'interesse per questo ruolo aumentò e, dal 1970, furono creati ulteriori corsi di formazione specifica. La prescrizione infermieristica fu introdotta nel 1990 e sviluppata in seguito, come negli Stati Uniti d'America (4). In Australia, la prescrizione infermieristica esiste dal 2000. Nei diversi Stati australiani, come nel Canada, fu permesso agli infermieri di lavorare in modo indipendente nelle zone rurali, dove c'era carenza di medici (6).

In Nuova Zelanda, la prescrizione infermieristica è stata introdotta nel 2001. I corsi di preparazione per l'abilitazione alla prescrizione sono inseriti all'interno di un Master (simile agli Stati Uniti d'America) che prepara i futuri prescrittori attraverso lo studio delle Scienze biologiche e della Farmacologia (7).

Volgendo lo sguardo all'Europa, nel Regno Unito si parla di prescrizione infermieristica già dal 1992 (8)(9)(10)(11).

Oggi l'infermiere, dopo aver maturato almeno tre anni di esperienza clinica e aver seguito una formazione specifica, può prescrivere ogni farmaco che abbia



la licenza, in ogni condizione medica che sia competente a trattare (12)(13).

In Svezia, la prescrizione infermieristica è stata introdotta nel 1994, per migliorare l'accesso ai farmaci per gli abitanti delle aree più remote e per ridurre il carico di lavoro dei medici (6). Gli infermieri sul territorio possono prescrivere soltanto da un prontuario limitato e solo per definite condizioni cliniche.

Per l'abilitazione alla prescrizione è necessaria una formazione dedicata che fa parte del programma di *Primary Health Care Specialist Nursing* (percorso di specializzazione) previsto per tutti gli infermieri. Tale percorso fornisce competenze su farmacologia, farmacovigilanza e reazioni avverse da farmaci (4).

I primi prescrittori nei Paesi Bassi fecero la loro comparsa nel 2001, ma soltanto dal 2012, grazie alla sezione 36a della legge "I.H.C.P. Act" del marzo 2011, l'esercizio di alcune procedure riservate esclusivamente ai medici fu esteso ai *Nurse Practitioners e Physician Assistants* (assistenti del medico), rafforzando così il ruolo dei due professionisti sanitari di fronte alla crescente domanda di cura.

Con la nuova legislazione i NPs e PAs possono eseguire in modo autonomo alcune specifiche procedure (tra cui la prescrizione di farmaci soggetti a prescrizione medica) (5).

Per essere autorizzati alla prescrizione indipendente, gli infermieri devono completare un master (5), mentre per la prescrizione simile alla prescrizione supplementare (sulla base della quale l'infermiere può prescrivere da un formulario aperto o limitato dopo la consultazione del prescrittore indipendente, medico o dentista) è sufficiente essere in possesso della laurea "*Bachelor degree*" (4).

Anche la Spagna, negli ultimi anni, ha fatto importanti passi in avanti a riguardo: con il Regio Decreto del 23 dicembre 2015 agli infermieri spagnoli è concesso prescrivere tutti quei dispositivi e farmaci non sottoposti a prescrizione medica (14).

Per armonizzarsi ai professionisti europei, la Polonia ha approvato una legge (22 luglio 2014) che, dal 1 gennaio del 2016, permette agli infermieri di prescrivere (15). A partire da questa data, gli infermieri hanno iniziato ad effettuare le prescrizioni e sono così iniziati, in con-

comitanza, i primi corsi di formazione finanziati dagli stessi ospedali. Inoltre, si stanno definendo ulteriori metodi di formazione attraverso corsi finanziati dall'Unione Europea.

Il confronto con gli altri Paesi sottolinea, purtroppo, che la strada davanti a noi è ancora lunga, ma che il cambiamento che porterebbe all'acquisizione di nuove competenze, e quindi responsabilità, è, di fatto, una realtà concreta e realizzabile. Nonostante la conquista normativa di nuove abilità non solo in ambito meramente clinico, anche attraverso l'adeguamento del livello culturale, deontologico e professionale a quello garantito negli Stati membri dell'Unione Europea, **nel nostro Paese non esiste una normativa che consenta agli infermieri di prescrivere presidi, farmaci o accertamenti diagnostici.**

Affinché possa avvenire questo salto di qualità, occorre ampliare il bagaglio di conoscenze fornito agli infermieri, introducendo quindi studi post-base adeguati. Gli Stati che hanno apportato quest'innovazione legislativa, infatti, sono in grado di fornire un adeguato percorso formativo ai nostri colleghi, permettendogli

di prescrivere farmaci, a vantaggio di tutto il sistema sanitario.

Inoltre, con la recente entrata in vigore del d.l.38 del 4 marzo 2014 (16), sono sorte numerose domande, legate alla disomogeneità delle competenze infermieristiche tra i vari Paesi della Ue, specie per ciò che concerne il tema della prescrizione infermieristica. Tale decreto, infatti, disciplina l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità promuovendo la cooperazione con gli altri Stati membri dell'Unione Europea in materia di assistenza sanitaria, dando attuazione alle direttive comunitarie n. 2011/24/UE (17) e n. 2012/52/UE (18) che regolamentano appunto le cure e l'assistenza sanitaria tra gli Stati membri e il riconoscimento delle prescrizioni di farmaci o presidi sanitari su tutto il territorio comunitario.

In particolare l'articolo 11 della 2011/24/UE sottolinea il riconoscimento delle prescrizioni in un altro Stato membro, garantendo il divieto di qualsiasi limitazione del riconoscimento delle singole prescrizioni.

Lo scopo di questo studio è verificare le conoscenze e attitudini di infermieri e medici relativamente alla prescrizione infermieristica in Italia.

## MATERIALI E METODI

Questa ricerca è stata condotta da settembre 2015 a marzo 2016, prendendo in considerazione un campione composto sia da medici che infermieri.

Allo studio hanno aderito 111 infermieri e 84 medici.

Lo strumento utilizzato per la conduzione della ricerca è stato la Survey.

Non avendo reperito in letteratura uno strumento idoneo e validato, sono stati creati e auto-somministrati (tramite l'applicazione "Moduli" di Google) due questionari costruiti ad hoc e pertinenti al quesito di ricerca, composti da diverse domande a risposta multipla (13 per gli infermieri, 12 per i medici) e una a risposta aperta.

Sebbene tale approccio metodologico non sia pienamente riconducibile al *Mixed Method*, il ricorso ad un uso combinato di approcci quantitativi e qualitativi

può, in considerazione del quesito di ricerca, fornire una comprensione più ampia del fenomeno.

L'indagine è stata distribuita in forma elettronica senza nessuna limitazione sul territorio, garantendo l'anonimato.

Successivamente, è stata effettuata un'analisi delle frequenze di tutte le variabili dei due questionari utilizzando il software statistico SPSS® (*Statistical Package for Social Science*) for Windows, version 22.0. Parallelamente, è stata condotta una revisione della letteratura internazionale sul database elettronico PubMed, utilizzando le seguenti parole chiave: "nurse prescribing", "nurse prescription", "prescriptive authority", "independent nurse prescribing, supplementary nurse prescribing, "non medical prescribing", "prescription enfermeros.

Oltre all'interrogazione della banca dati, sono stati consultati siti web anche istituzionali, pertinenti all'analisi del fenomeno, utilizzando i comuni motori di ricerca. Sono state selezionate tutte le pubblicazioni che descrivessero lo sviluppo sociale e normativo, relativo alla prescrizione infermieristica nei vari Paesi e sono state escluse quelle incentrate esclusivamente sulla valutazione della qualità e/o efficienza della prescrizione infermieristica.

## RISULTATI

All'indagine hanno aderito 111 infermieri e 84 medici.

L'età media del campione è stato di 44.31 anni (S.D. ± 9.1), con il 31.9% di maschi e il 68.1% di femmine.

Per quanto riguarda gli infermieri, il 63% del campione possiede la laurea, circa il 19% un diploma universitario, il 18% titoli equipollenti. Circa il 20% è in possesso almeno di un Master di I livello e il 65% svolge la sua attività lavorativa da meno di 10 anni; la maggior parte lavora nell'area medica (41.44%), seguito dall'area chirurgica (21.62%). Il 53.15% degli infermieri lavora nel pubblico: la tipologia di contratto più comune è l'indeterminato (56.18%),

seguito dall'indeterminato con cooperativa (26.97%).

Più del 94% dei medici è laureato da più di 10 anni e circa il 76% ha conseguito una specializzazione; quasi la metà del campione medico lavora nel settore privato convenzionato, e la maggioranza lavora nell'area medica (60.71%), seguito dall'area diagnostica (13.10%).

Più del 90% degli infermieri ha risposto positivamente quando gli è stato chiesto se, durante l'attività lavorativa, ci fosse una collaborazione reciproca, mentre la metà dei medici ha risposto negativamente, e circa il 12% ha inoltre risposto che non reputa importante la presenza di uno o più infermieri nello svolgimento della loro attività.

È stato chiesto ad entrambi i gruppi se ritenessero utile che l'infermiere, rispettando le linee guida, potesse prescrivere alcuni farmaci in assenza del medico; il 93% degli infermieri e il 75% dei medici ha risposto positivamente.

Chiedendo poi ai medici in quale caso ritenessero opportuna la prescrizione infermieristica, più dell'80% ha risposto sì alla domanda "Prescrivere un antibiotico come da antibiogramma, lo reputa un atto razionale che può essere svolto anche da un infermiere?". Quasi il 78% dei medici ritiene opportuna la prescrizione infermieristica anche in caso di pericolo di vita o di un evento acuto e il 75% è favorevole all'autorizzazione della prescrizione infermieristica tramite l'utilizzo di linee-guida.

In relazione alla variabile "Secondo lei, l'infermiere cosa potrebbe prescrivere?", la tabella 1 pone a confronto le risposte date dagli infermieri e dai medici.

Secondo lei, l'infermiere cosa potrebbe prescrivere?	Infermieri (111) % (n)	Medici (84) % (n)
Presidi	6.31 (7)	7.14 (6)
Esami Diagnostici	0.00 (0)	0.00 (0)
Farmaci da banco	20.72 (23)	27.38 (23)
Farmaci	8.11 (9)	2.38 (2)
Esami Diagnostici, presidi e farmaci da banco	27.03 (30)	8.33 (7)
Tutte le precedenti	36.94 (41)	46.43 (39)
Nessuna delle precedenti	0.90 (1)	8.33 (7)

Tabella 1

Per quanto riguarda la legislazione, alla domanda: "È a conoscenza della direttiva europea 2011/24/UE sull'assistenza sanitaria transfrontaliera e successiva direttiva di esecuzione 2012/53/UE sul riconoscimento delle ricette mediche emesse in uno Stato membro?" risulta che poco più dell'80% degli infermieri e più del 50% dei medici non ne è a conoscenza, ma quasi l'85% degli infermieri e poco più del 55% dei medici è a conoscenza del fatto che, in altri Paesi, l'infermiere possa prescrivere farmaci e dispositivi medici.

Al quesito rivolto agli infermieri "Sarebbe interessato ad affrontare un corso di formazione specifica per poter effettuare la prescrizione?", quasi il 90% ha risposto affermativamente; mentre quasi il 60% degli infermieri della survey non è preoccupato delle ulteriori responsabilità derivanti dalla prescrizione infermieristica; lo è, invece, il 28%, mentre il 15% ha risposto "non lo so".

Più del 90% degli infermieri risponde positivamente alla domanda "Secondo Lei, integrando un corso di perfezionamento nella formazione di base, che consentirebbe l'acquisizione delle nozioni necessarie per poter prescrivere, potrebbe portare dei vantaggi allo sviluppo della professione infermieristica in Italia?".

## DISCUSSIONE

In diversi Paesi europei, la professione infermieristica si sta evolvendo, attraverso il notevole sviluppo delle proprie competenze, consentendo agli infermieri di specializzarsi e di conseguire l'abilitazione alla prescrizione.

Tutti i Paesi che hanno introdotto la prescrizione infermieristica hanno impostato delle restrizioni normative a tale procedura riguardanti le categorie di infermieri che possono prescrivere, circoscrivono se la prescrizione debba avvenire su base indipendente o sotto supervisione del medico e cosa, quanto e a chi si può prescrivere.

Nella letteratura internazionale sono menzionati tre principali modelli di prescrizione infermieristica autorizzati a livello legislativo:

1. la prescrizione indipendente, che può avvenire da un formulario aperto o li-

mitato (4)(19);

2. a prescrizione supplementare, dove l'infermiere può prescrivere da un formulario aperto o limitato dopo la consultazione del prescrittore indipendente (medico o dentista) (4)(19);

3. i P.G.Ds (*Patient Group Directions*), che comprende l'elaborazione di protocolli per un particolare gruppo di pazienti con una specifica condizione morbosa, all'interno del quale l'infermiere può fornire e somministrare i farmaci (4)(19). Inoltre, è presente il modello "Time and dose Prescribing", che consente agli infermieri soltanto di modificare il tempo e/o il dosaggio di un farmaco (4).

Indagando cosa l'infermiere possa prescrivere, è interessante notare che più del 46% dei medici sarebbe d'accordo sul fatto che gli infermieri possano prescrivere non solo farmaci da banco, ma anche altri farmaci, esami diagnostici e presidi medici, mentre gli infermieri sono in minoranza sullo stesso avviso (circa il 37%).

Nel questionario, poi, sono state poste ai medici tre diverse situazioni in cui si supponeva un'eventuale attività prescrittiva da parte dell'infermiere: utilizzando le linee-guida in assenza del medico; un antibiotico, in presenza di un antibiogramma; in caso di pericolo di vita con evento acuto in corso.

Il 75% dei medici del nostro campione è favorevole all'autorizzazione della prescrizione infermieristica tramite l'utilizzo di linee-guida, l'83% alla prescrizione di antibiotici come da antibiogramma, e il 77% in caso di pericolo di vita. Il 93% degli infermieri, invece, è dell'idea che un infermiere dovrebbe poter prescrivere utilizzando linee-guida.

**Sicuramente, affinché possano essere ampliate le competenze infermieristiche nell'ambito della prescrizione, è necessario l'introduzione di un piano di studi idoneo che permetta agli infermieri di acquisire maggiori competenze.**

Ad entrambe le categorie è stato chiesto di precisare, con un breve testo, la risposta negativa alla domanda sull'utilizzo delle linee-guida in assenza del medico per un'eventuale prescrizione; tra i medici le risposte più comuni sono sta-

te: "è illegale", "spetta al medico prescrivere", "l'infermiere non ha il dottorato". Quest'ultima sottolinea quanto la nostra professione non sia ancora conosciuta.

Le risposte degli infermieri, invece, evidenziano la preoccupazione per la formazione, che, a loro avviso, non è sufficiente per poter prescrivere, oltre che per il riconoscimento delle qualifiche specifiche, non sufficiente nel territorio italiano. Infatti, l'86% di loro vorrebbe intraprendere un'ulteriore formazione per poter prescrivere e questo evidenzia la volontà degli infermieri italiani di ampliare le proprie conoscenze. D'altro canto, solo il 20% risulta in possesso di un titolo superiore al primo livello: ciò potrebbe indicare la non adeguata offerta formativa dell'Italia, o, nel caso l'offerta lo fosse, un mancato riconoscimento a livello organizzativo (o remunerativo).

Più del 90% degli infermieri è convinto che l'integrazione di un corso specifico nella formazione, che portasse all'acquisizione delle nozioni necessarie per poter prescrivere, avvantaggerebbe lo sviluppo della professione in Italia.

Il 57% degli infermieri, infine, non è preoccupato per le ulteriori responsabilità che porterebbe l'eventuale prescrizione infermieristica, anche in ambito civile, penale e disciplinare, e sarebbero disposti ad affrontarle.

## CONCLUSIONI

L'Infermieristica in Italia ha subito un profondo cambiamento normativo e formativo, permettendo all'infermiere di affermarsi all'interno di un'equipe multiprofessionale e multidisciplinare con una propria autonomia e responsabilità. Dalla legge 42 del 1999 (20), che abolisce il Mansionario e il carattere dell'ausiliarità, alla legge 251 del 2000 (21) con cui vengono istituiti i corsi di laurea specialistica, fino alla legge 43 del 2006 (22) in cui si delinea la figura dei professionisti specialisti in possesso di master, l'Italia sta facendo progressi nel campo infermieristico, ma ancora non regge il confronto con gli altri Stati Membri dell'Unione Europea, dove l'infermiere può acquisire competenze sempre più specialistiche e avanzate, come gli inglesi

“nurse practioner prescribers” e gli “enfermeros prescriptores” spagnoli.

Con l'introduzione della legge sulla Medicina transfrontaliera risulta, quindi, essenziale adeguarsi agli altri Stati europei, credendo e coltivando le capacità e le competenze infermieristiche, al fine di apportare un miglioramento del nostro Servizio Sanitario nazionale.

AUTORI:

Massimiliano Chiarini, docente di Disci-

pline Infermieristiche, Direttore didattico, CdL in Infermieristica, sede di Pomezia, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, facoltà di Medicina e Farmacia, Università la Sapienza, Roma; Emanuele Di Simone, dottorando di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Tor Vergata, Roma;

Renata Agnieszka Tracz, laureata in Infermieristica presso l'Università la Sapienza, Roma;

Simona Fiorini, laureata in Infermieristica presso l'Università la Sapienza, Roma; Simona Petriglieri, laureata in Infermieristica presso l'Università la Sapienza, Roma;

Marco Di Muzio, docente di Discipline Infermieristiche, Direttore didattico CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, facoltà di Medicina e Farmacia, Università la Sapienza, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). *Codice di deontologia medica 2014*. Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n.739 (Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6). *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*.
- Bhanbho S, Drennan V.M, Grant R, Harris R, *Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: a systematic review of literature*. BMC Health Serv Res. 2011; 11:330.
- Kroezen M, Van Dijk L, Groenewegen P.P, Francke A.L, *Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature*. BMC Health Serv Res. 2011; 11:127.
- De Bruijn-Geraets D.P, Van Eijk-Hustings Y.J, Vrijhoef H.J, *Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol*. J Adv Nurs. 2014; 70(11):2673-2682.
- Courtenay M, Carey N, Burke J, *Independent Extended and Supplementary Nurse Prescribing in the UK: a national questionnaire survey*. Int J Nurs Stud. 2006; 44 (7):1093-1101.
- Lim A.G, North N, Shaw J, *Nurse prescribing: the New Zealand context*. Nurs Prax N Z. 2014; 30(2):18-27.
- Medicinal Products: Prescribing by Nurses etc*. Act 1992. The Official Home of U.K. Legislation. Disponibile a: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/28/contents/enacted>. (Ultimo accesso: 13 febbraio 2016).
- Thomas S, *Nurse prescribing-the implementation process*. Journal of Community Nursing. 2000; 14(8).
- Warner D, *Theory of nurse prescribing*. Journal of Community Nursing. 2005; 19(4).
- Pearson M, *Training prescribers: past, present and future*. Br J Clin Pharmacol. 2003; 55(5):480-482.
- Royal College of Nursing information (RSNi). *Nurse Prescribing update 2013*. Disponibile a: <http://journals.rcni.com/userimages/ContentEditor/1379936184622/Nurse-Prescribing.pdf>. (Ultimo accesso: 05 marzo 2016).
- Daughtry J, Hayter M, *A qualitative study of practice nurses' prescribing experiences*. Practice Nursing. 2010; 21(6):310-314.
- Indicacion, uso y autorizacion de dispensacion de medicamentos y produco sanitarios de uso humano relacionados con su ejercicio profesional por parte de los enfermeros*, Disposicion 14028 BOE Num. 306 Sez. I de 2015. Spanish.
- Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i i poloznej oraz niektórych innych ustaw*, Dz. U. 2014, poz. 1136. Polish
- D.L. 4 marzo 2014, n.38. Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro*, GU n. 67.
- Direttiva dell'Unione Europea, GUUE n. L 88/45.
- Direttiva di esecuzione 2012/52/UE della Commissione del 20 dicembre 2012 comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro Stato membro. Direttiva dell'Unione Europea, GUUE n. L.365/68.
- Aronson J.K, *Nurse prescribers & reporters*. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(6):585-587.
- L. 42 del 1999, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*. GU n.50 del 2 marzo 1999.
- L. 251 del 2000, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*. GU n.208 del 6 settembre 2000.
- L. 43 del 2006, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali*. GU n. 40 del 17 febbraio 2006.

# Il posizionamento dei cateteri venosi centrali ad inserzione periferica (PICCs) nei pazienti oncoematologici sottoposti a Trapianto di cellule staminali autologhe (auto-PBSCT) ed allogeniche (Allo-HSCT)

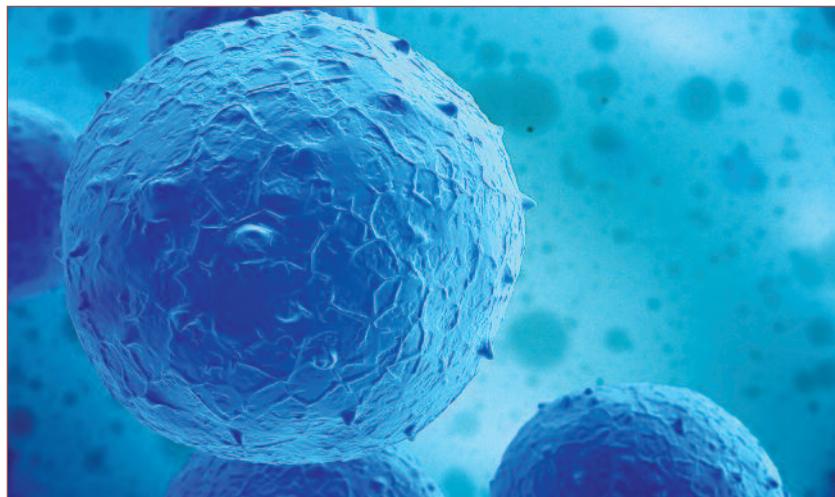
## Studio prospettico sulle caratteristiche e gli *outcomes*

di Francesco Trenta, Giulia Venturini, Sonia Colella, Massimo Adamo, Maria Rita Mauroni, Veronica Molinari, Manila Brunetti, Sonia Soave, Emanuele Funaro, Fabio Conti

### ABSTRACT

Lo scopo di questo studio è stato di valutare l'impatto, la presenza di complicanze ed il miglioramento dei risultati in termini di sicurezza e funzionalità nei pazienti oncoematologici avviati a Trapianto con catetere PICC posizionato *on the bed*, con l'obiettivo del raggiungimento del *Targeting Zero*.

Lo studio di ricerca quantitativa è di tipo prospettico; sono stati registrati i tassi di successo, d'infezione, gli eventi flebitici ed ostruttivi nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule autologhe ed allogeniche presso l'unità operativa di ematologia sia in regime ordinario che di *day hospital* (DH) da ottobre 2010 a dicembre 2014. I 168 PICCs sono stati osservati per 27154 giorni (media 161 giorni, range 10-492). Abbiamo osservato sei casi di rimozione accidentale (3.6%, 0.02 per 1.000 giorni PICC); 16 casi di rimozione per occlusione da precipitati (9%, 0.5 per 1.000 giorni PICC); 4 casi di rimozione per trombosi catetere correlata (2.3%,



0.2 per 1.000 giorni PICC). L'incidenza di CRBSI è stata di 0.7 per 1000 giorni PICC (20/168).

Per l'occasione, abbiamo rilevato un notevole aumento del tempo di permanenza del PICC. Un punto di forza è stato rappresentato dall'adozione del personale infermieristico di DH e reparto degli stessi protocolli di gestione ed utilizzo

del PICC. La nostra scelta è stata quella mantenere, ove necessario, il catetere post dimissione ospedaliera anche per successivi *follow-up*.

L'inserimento del PICC nel paziente ematologico sottoposto ad Auto-SCT ed allo-HSCT è stato di successo.

L'esclusione del rischio di pneumotorace, lo scarso impatto della piastrinopenia

sulle complicanze da posizionamento, la bassa incidenza di infezioni ed episodi trombotici, la facilità di rimozione per infezione, incoraggiano l'utilizzo di PICC nel in questa tipologia di paziente sia nelle fasi iniziali del trapianto che nel successivo *follow up*.

## INTRODUZIONE

Il catetere venoso centrale ad inserimento periferico (PICC) è ormai una realtà ben riconosciuta.

Dal suo debutto, nel 1970, in America del Nord, la sua popolarità è aumentata in modo esponenziale in tutto il mondo sanitario.

Ciò è attribuibile principalmente ad una migliore "percezione" della "compliance" del *Device* rispetto ad altri dispositivi di accesso venoso centrale [1], da quando, nell'ultimo decennio, sono diventati più agevoli da inserire grazie all'utilizzo dell'ecografia ed all'acquisizione da parte dell'infermiere di competenze specialistiche avanzate.

I PICC non sono, tuttavia, esenti da complicanze, come ampiamente documentato in letteratura [2, 3, 4].

L'uso e l'impianto del PICC appare, comunque essere sicuro e conveniente, la modalità d'inserimento risulta meno invasiva e qualitativamente più soddisfacente per i pazienti [5].

Rispetto ad altre forme di accesso venoso centrale, i PICCs presentano diversi vantaggi tra cui: inserimento *on the bed* con l'uso di anestetico locale; basso rischio di emorragia maggiore; assenza di rischio di pneumotorace o emotorace. Il PICC posizionato *on the bed* da un team infermieristico dedicato (**PICC TEAM**), è più economico e la manovra d'inserimento è meno invasiva rispetto ad altri dispositivi di accesso venoso centrale (CVADs) che, richiedono l'utilizzo di una sala chirurgica o di radiologia interventistica (IR), con la presenza di 1-2 anestesisti.

Un confronto sui costi di inserimento PICCs *on the bed* con PICC TEAM è stato calcolato in 155,50 dollari (\$) a differenza di un posizionamento in un reparto IR a \$ 978.00.[6], inoltre, il costo di un impianto PICC è di 161 € versus 303.83 € di CVADs tipo Hickman o Port [7].

I PICC vengono sempre più utilizzati per

terapie endovenose, sia a breve che a lungo termine, potendo rimanere *in situ* anche più di un anno. Il CDC di Atlanta raccomanda l'utilizzo al posto dei cateteri periferici a breve termine, quando la durata della terapia è probabilmente superiore a più di sei giorni [8, 9, 10].

Alla luce di quanto detto, quindi, l'utilizzo dei PICC come alternativa ad altri dispositivi di accesso venoso centrale sta diventando molto frequente nei pazienti affetti da patologie neoplastiche [11], rappresentando un'alternativa valida e sicura anche nella gestione dei pazienti con malattie ematologiche.

Nei pazienti ematologici vengono utilizzati CVADs per la somministrazione di chemioterapici, infusioni di emoderivati e trapianto *Hematopoietic Stem Cell Transplantation* (Hsct) [12].

Un maggior razionale dell'uso delle risorse umane, materiali e dei tempi di risposta, hanno dato la possibilità di avere molte più opzioni nella scelta del dispositivo venoso. Questo ha portato, negli ultimi anni, allo sviluppo di competenze infermieristiche avanzate per valutare, posizionare e gestire tutto il processo legato ai PICCs per tutta la popolazione di pazienti inseriti nei programmi di Hsct.

Molti studi dimostrano che la formazione di infermieri per la creazione di PICC TEAM e di *Infusion Nurses*, migliorano la *compliance* procedurale durante l'inserimento, nonché la *performance*, la cura e la gestione dei dispositivi per tutto il periodo clinico che accompagna questo tipo di pazienti [13,14,15].

Ruoli clinici/assistenziali, d'infermieristica avanzata, possono essere vantaggiosi nel fornire una risposta breve, competente, sicura che migliori la sicurezza e l'efficienza organizzativa delle strutture sanitarie, per re-ingegnerizzare i processi e migliorare i risultati [15, 16].

Lo scopo di questo studio di ricerca è stato di valutare l'impatto, la presenza di complicanze ed il miglioramento dei risultati in termini di sicurezza e funzionalità nei pazienti oncoematologici, avviati a Hsct, con catetere PICC posizionato *on the bed*, da infermieri esperti attraverso l'uso della tecnica *microintroducer* e guida ecografica, gestiti da personale formato e competente, con l'obiettivo

del raggiungimento del "*Targeting Zero*", azzerando le problematiche prevenibili, in modo da annullare le complicanze batteriemiche legate agli accessi venosi in un Polo ospedaliero universitario italiano.

## MATERIALI E METODI

Lo studio di ricerca quantitativa è di tipo prospettico; sono stati registrati i tassi di successo, i tassi d'infezione, gli eventi flebitici ed ostruttivi nei pazienti oncoematologici sottoposti a trapianto di cellule autologhe (Auto-SCT) ed allogeniche (allo-HSCT) ricoverati presso l'unità operativa di ematologia sia in regime ordinario che di DH da ottobre 2010 a dicembre 2014. In questo studio, le procedure di posizionamento PICC sono state tutte eseguite da infermieri esperti designati, *on the bed* (PICC TEAM), con la tecnica *microintroducer* e guida ecografica, con l'ausilio di kit portatili. Gli infermieri designati, di provata competenza, hanno ricevuto una formazione specialistica, con un corso universitario, ed hanno inserito con successo almeno 200 PICCs o Midline.

Il Campionamento intenzionale, ha incluso tutti i pazienti sottoposti a Hsct a cui è stato possibile, previa valutazione del patrimonio venoso, posizionare un PICC 4 french (fr), in poliuretano o silicone, in vena basilica o brachiale. Tutti i dettagli della procedura d'inserimento sono stati inseriti in delle schede di raccolta dati.

La sorveglianza post-impianto ha coinciso con la revisione delle cartelle cliniche per i risultati relativi al posizionamento PICC e con l'osservazione a *follow up* periodici in quelli rimasti *in situ*. Tali valutazioni di *outcome* sono state documentate in un database di sorveglianza PICC. I criteri d'inclusione sono stati: tutta la popolazione adulta dei pazienti, maschio o femmina, con un *range* di età di 18 anni e più, con una vena di calibro superiore o uguale a 12 fr.

Gli altri criteri inclusi nei risultati comprendono la vita catetere, il motivo della rimozione, la presenza di infezioni e flebiti meccaniche e le osservazioni sul sito d'inserzione nei diversi *follow up* gestionali. Tutti i PICCs sono stati inseriti alcuni giorni prima di iniziare il regime di condizionamento; durante la procedura, i PICCs

sono stati utilizzati come accesso venoso centrale per l'infusione di: condizionamento con regime di iperdiuresi, chemioterapia ad alte dosi, somministrazione di terapia antibiotica e/o antifungina prolungata, infusione di sangue, piastrine, plasma fresco congelato, infusione di cellule staminali e nutrizione parenterale. Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i pazienti al momento dell'inserimento del PICC.

Le procedure di gestione dei dispositivi post posizionamento sono state eseguite tutte da infermieri dell'area di ematologica, appositamente formati per la gestione dei cateteri venosi centrali.

Tutti gli infermieri hanno seguito lo stesso protocollo di gestione e medicazione del CVAD nel rispetto del "bundle" di gestione definito.

Tutti i dispositivi sono stati lavati con 10 ml di soluzione fisiologica 0.9% utilizzando la tecnica pulsata prima e dopo ciascuna infusione o prelievo di sangue venoso. I cateteri sono stati medicati con medicazione coprente/assorbente subito dopo il posizionamento (sostituita dopo le prime 24 ore) e successivamente con medicazione in poliuretano trasparente, (sostituita ogni 7 giorni o più frequentemente qualora si fosse presentata sporca o avesse perso aderenza alla cute).

Le linee infusionali sono state sostituite tutti i giorni al cambio dell'infusione parenterale o più frequentemente se necessario (infusione di emocomponenti o infusione di farmaci tipo propofol).

L'*exit-site* è stato esaminato ogni giorno osservando eventuale presenza di edema, eritema, segni di infiammazione o trombosi/tromboflebite locale, registrando il dato nella scheda risultante nell'ispezione visiva secondo una scala in uso nella procedura aziendale. (Tabella 1) In apiressia, le emocolture (di routine) dal catetere sono state eseguite due volte a settimana; in caso di febbre, sono state ripetute ed eseguite anche da vena periferica.

Statistiche descrittive sono state utilizzate per organizzare i tassi di successo di inserimento PICC, la vita media dei dispositivi, l'insorgenza delle infezioni, e la presenza flebite meccaniche.

I dati sono stati organizzati su scala in

<b>Grado 0</b>	cute sana, integra, non segni di flogosi
<b>Grado 1</b>	Iperemia >1 cm dal punto di uscita dell'accesso venoso, +/-fibrina
<b>Grado 2</b>	Iperemia >1>2 cm dal punto di uscita dell'accesso venoso, +/-fibrina
<b>Grado 3</b>	Iperemia, secrezione, pus, +/-fibrina

Tabella 1. Scala dell'ispezione visiva dell'*exit-site*

CENTRAL VENOUS CATHETER IN HSCT (September 2010 – December 2014)		
PATIENT CHARACTERISTICS (n=168)		
Median Age (Range)	51 yrs (20-70)	
<b>Sex</b>	Frequency	Percent
Male	85	50.6%
Female	83	49.4%
<b>Diagnosis</b>	Frequency	Percent
AML	58	34.5%
ALL	10	6%
NHL	36	21.4%
MM	33	19.6%
HL	18	10.7%
CML	4	2.4%
CLL	4	2.4%
MDS	4	2.4%
AMYLOIDOSIS	1	0.6%

Tabella 2. Caratteristiche socio demografiche e cliniche dei pazienti

CENTRAL VENOUS CATHETER IN HSCT (September 2010 – December 2014)		
TRANSPLANT (n=168)		
<b>Type</b>	Frequency	Percent
Autologous	77	46%
Allogeneic	91	54%
<b>HSC Match in Allogeneic Transplant</b>	Frequency	Percent
HLA Identical Sibling	35	39%
HLA Haploidentical	23	25%
Matched Unrelated Donor	30	33%
Cord Blood	3	3%

Tabella 3. Tipi di trapianto

modo che le percentuali di entrambi i posizionamenti e gli esiti di questi PICCs sono stati calcolati e analizzati.

Inoltre, sono state analizzate le misure di tendenza centrale e di distribuzione di frequenza. SAS 9.3.1 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) e R version 2.15.0 (Free Software Foundation's GNU General Public License).

## RISULTATI

### Caratteristiche dei pazienti

Al termine del periodo di osservazione (dicembre 2014), i pazienti reclutati dello studio sono stati 168. (Tabella 2)

I pazienti reclutati, sono affetti da diverse patologie ematologiche: la più signifi-

CATHETER (n=168)		
Type	Frequency	Percent
PICC 4 FR Open Type (Polyurethane)	68	41%
PICC 4FR Power (Polyurethane)	46	27%
PICC 4 FR Groshong (Silicone)	54	32%
<b>Material</b>	Frequency	Percent
Silicone	54	32%
Polyurethane	114	68%

Tabella 4. Caratteristiche dei Device venosi posizionati

ficativa è la Leucemia Mieloide Acuta (Aml) e tutti sono stati sottoposti a Auto-SCT e Allo- HSCT. (Tabella 3)

### Caratteristiche degli impianti

In tutti i pazienti è stato utilizzato, per il trattamento, un PICC posizionato *on the bed* da personale infermieristico dedicato. (Tabella 4 e 5)

VEIN (n=168)		
Type	Frequency	Percent
<i>Basilic</i>	121	72%
<i>Brachial</i>	47	28%
Caliber	Frequency	Percent
12	73	43.4%
13	29	17.3%
14	51	30.4%
15	15	8.9%

**Tabella 5. Caratteristiche delle vene periferiche utilizzate**

I 168 PICCs sono stati osservati per una durata complessiva di 27.154 giorni (durata media 161 giorni, range 10- 492). In nessun paziente, durante la fase di impianto, ci sono state complicanze o malposizionamenti primari.

#### Outcomes

Per quanto riguarda le complicanze meccaniche tardive, abbiamo osservato sei casi di rimozione accidentale del catetere (3.6%, 0.02 per 1.000 giorni PICC); 16 casi di rimozione per occlusione da precipitati (9%, 0.5 per 1.000 giorni PICC); quattro pazienti hanno sviluppato trombosi catetere correlata (2.3%, 0.2 per 1.000 giorni PICC) ed in uno di essi è apparsa clinicamente evidente all'arto superiore, con edema doloroso del braccio. L'infezione è stata la più importante complicanza tardiva riscontrata.

La diagnosi di infezione catetere correlata, *Catheter-Related Bloodstream Infection* (Crbsi) è stata microbiologicamente documentata dalla positività del sangue venoso periferico in concomitanza con la positività di sangue venoso centrale; l'incidenza di Crbsi è stata di 0.7 per 1000 giorni PICC (20/168).

Complessivamente, i PICCs sono stati rimossi per le seguenti cause: completamento programma terapeutico (91 pazienti, 54.2%), trombosi catetere correlata (4 paziente, 2.3%), CRBSI (20 pazienti, 11.9%), rimozione accidentale del catetere (6 pazienti, 3.6%), occlusione endoluminale (16 paziente, 9%), decesso del paziente (27 pazienti, 16.1%). (Tabella 6)

Nei pazienti che hanno presentato Crbsi - (11,9%) - dai risultati delle colture emati-

Median Time of Insertion (Range) 133 days (10-492)				
Removal reason (n=168)				
Reason	Frequency	Percent	Time of Insertion	Incidence Rate
			Median (range)	*1000 days-catheter
<i>End of Treatment</i>	91	54%	154 days (27-492)	
<i>Death</i>	27	16%	121 days (20-427)	
<i>Infection</i>	20	11.9%	51 days (16-413)	0.7
<i>Mechanical problem - Occlusion</i>	16	9.5%	127 days (10-364)	0.6
<i>Thrombosis</i>	4	2.4%	99 days(31-307)	0.1
<i>Other</i>	10	6%	70 days (26-426)	0.4

**Tabella 6. Caratteristiche delle cause di rimozione**

tiche eseguite, i microrganismi coinvolti nella rimozione dei PICC sono stati: *Staphylococcus Hepidermidis* (otto pazienti), *Proteus Mirabilis* (un paziente), *Enterobacter Cloacae* (un paziente), *Sphingomonas Paucimobilis* (un paziente), *Staphylococcus Haemolyticus* (un paziente), *Klebsiella Pneumonie* (due pazienti) *Pseudomonas Aeruginosa* (sei pazienti).

## DISCUSSIONE

Nel nostro studio, rispetto ad altri autori [17, 12], abbiamo rilevato un notevole aumento del tempo di permanenza del PICC, con una media di 161 giorni ed una mediana di 133 giorni.

Un punto di forza è stato anche rappresentato dall'adozione del personale infermieristico di DH e dell'unità di degenza ordinaria, degli stessi protocolli di gestione ed utilizzo del PICC.

La nostra scelta è stata di mantenere, ove necessario, il catetere post dimissione ospedaliera anche per successivi *follow-up* eseguiti presso il DH o l'ambulatorio dedicato. Il dispositivo, in questo periodo di mantenimento, è stato utilizzato per le eventuali, successive idratazioni ed infusioni elettrolitiche, dei derivati del sangue o per i prelievi venosi di controllo, riscontrando anche una diminuzione del *disconfort* legato alle venipunture ripetute, alle quali ogni paziente avrebbe dovuto sottoporsi in caso di rimozione del dispositivo contestuale alla dimissione.

Correlata a questa scelta di non rimuovere il catetere, inserendolo in un percorso di vita dei malati non ospedaliera, l'incidenza di Crbsi, a fronte degli 27.154

giorni di osservazione, si attesta allo 0.7 per 1000 giorni PICCs.

L'incidenza di trombosi venosa profonda (Tvp) è stata bassa (2.3% - 0.2 x 1000 giorni PICCs), a nostro giudizio, per una serie di fattori valutati prima e durante la procedura di impianto quali:

- l'utilizzo della guida ecografica per l'impianto;
- la scelta sistematica di PICC di piccolo calibro (single lumen 4 Fr) in tutti i pazienti;
- rispetto del rapporto tra calibro vena e catetere di 1:3 con una media di impianto di 13,01 Fr (vedi Tabelle 4 e 5);
- l'esplorazione ecografica pre-impianto di tutte le vene delle braccia e del collo, in modo da escludere eventuali anomalie anatomiche o pregresse trombosi venose e da poter scegliere la vena più probabilmente associata al successo della manovra;
- scelta del braccio dominante non paretico nell'impianto.

## CONCLUSIONI

L'uso dei CVC ha notevolmente migliorato negli anni la gestione dei pazienti ematologici, facilitando l'infusione di farmaci chemioterapici, antibiotici, e derivati del sangue.

La fattibilità di inserire cateteri non tunnellizzati (tipo Hohn) in pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali è stato anche analizzato da diversi autori [13, 16, 18, 19].

Di recente, alcuni autori hanno osservato una bassa incidenza di complicanze in pazienti con PICC rispetto al Cvad classico impiantato in vena succlavia e/o giu-

gulare [9, 19].

I PICC forniscono un accesso venoso centrale affidabile in diverse categorie di pazienti; tuttavia sono stati condotti pochissimi studi in pazienti con malattia ematologica [10, 20].

Per quanto riguarda la trombosi catetere correlata nei PICC, nell'ultimo decennio, l'uso della guida ecografica per il posizionamento del catetere ha di molto ridotto il rischio di complicanze meccaniche.

Da analisi retrospettive risulta che nell'inserimento con tecnica *blind*, l'incidenza di trombosi (soprattutto in vena cefalica) è stato segnalato intorno al 38% [13].

Una recente analisi retrospettiva riguardante l'incidenza di Tvp in pazienti con malattie ematologiche dopo il posizionamento PICC (sotto fluoroscopia) documentato una incidenza di Tvp-PICC correlata del 7,8% [16].

Dopo l'avvento dell'impianto, con adozione della tecnica ecoguidata al terzo medio del braccio, l'incidenza di Tvp si è notevolmente ridotto attestandosi al 2-4% [1, 20, 3]. Allo stesso modo, nella nostra esperienza, adottando la tecnica di

posizionamento ecoguidata al terzo medio del braccio dominante, nel rispetto del rapporto tra calibro vena e catetere di 1:3, il tasso di trombosi è stato dell'2,3% (0,2% per 1.000 PICC giorni).

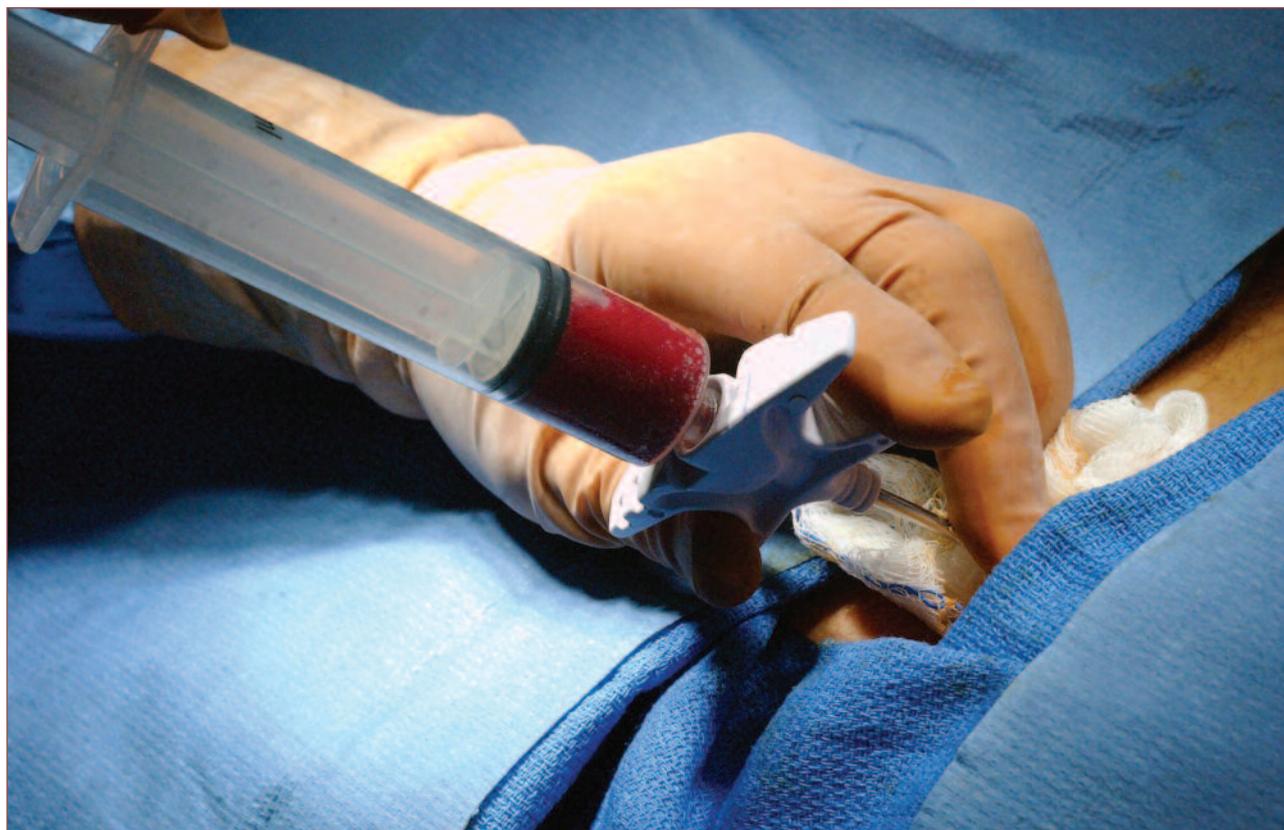
Nella cornice del trapianto di cellule staminali, ci sono solo tre studi: il primo ha descritto l'uso di PICC in 66 pazienti ematologici sottoposti a trapianto di cellule staminali autologhe con un tasso di successo complessivo per l'inserimento del 94%, una bassa incidenza di complicanze (flebite 7,6%, CRBSI 3%). In questo studio hanno concluso che PICC potrebbe essere usato con successo per pazienti sottoposti a chemioterapia ad alte dosi e infusione di cellule staminali (ma il tempo di rimozione PICC è stato molto breve, con una durata media di cateterizzazione di soli 7 giorni) [17].

Nel secondo, sono stati studiati 57 pazienti per un totale di 60 PICCs inseriti e rimasti in situ complessivamente per 1276 giorni. Le complicanze tardive sono state la rimozione accidentale del catetere (5%, 2,3 per 1.000 PICC giorni), la Tvp (5%, 2,3 per 1.000 PICC giorni), e la Crbsi, (3,3%, 1,5 per 1.000 PICC gior-

ni). La loro conclusione è stata che i PICCs sono una sicura ed efficace alternativa alle tradizionali vie venose centrali anche in pazienti particolarmente a rischio di infettivo e complicanze emorragiche, come i pazienti che ricevono trapianto di cellule staminali autologhe.[12] Il terzo e più recente, del 2015, osserva 612 PICCs inseriti su 483 pazienti con diagnosi ematologica concludendo che i PICC rappresentano un'alternativa utile e sicura per Cvad convenzionale per la gestione dei pazienti con neoplasie ematologiche. [21]

Possiamo, quindi, concludere affermando che l'inserimento del PICC, attraverso l'utilizzo di guida ecografia nel paziente ematologico sottoposto ad Auto-STC e Allo-HSCT, è stato particolarmente sicuro e di successo.

L'esclusione del rischio di pneumotorace, lo scarso impatto della piastrinopenia sulle complicanze da posizionamento, la bassa incidenza di infezioni associate e di episodi trombotici correlati e, infine, la facilità di rimozione per eventuale infezione, incoraggiano l'utilizzo di PICC in questa tipologia di paziente, sia nelle de-



licate fasi iniziali del trapianto che nel successivo *follow up*.

#### AUTORI:

Francesco Trenta, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Maria Rita Mauroni, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;

Veronica Molinari, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Manila Brunetti, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Sonia Soave, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Giulia Venturini, infermiere Picc team Policlinico Tor Vergata, Roma;

Sonia Colella, infermiere Picc team Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Massimo Adamo, infermiere Dip. Ematologia Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Fabio Conti, infermiere Picc team Policlinico Tor Vergata, Roma;  
Emanuele Funaro, infermiere Fondazione Ime.

## BIBLIOGRAFIA

- Walshe L.J, Malak S.F, Eagan J, Sepkowitz K.A, *Complication rates among cancer patients with peripherally inserted central catheters*. J. Clin. Oncol, 2002; 20 (3):3276–81.
- Pittiruti M, Scoppettuolo G, La Greca A, Emoli A, Brutti A, Migliorini I, Dolcetti L, Taraschi C, De Pascale G, *The EKG method for positioning the tip of PICCs: results from two preliminary studies*. JAVA, 2008; 13 (4):112-19.
- Chopra V, Anand S, Hickner A, Buist M, Rogers M.A.M, Saint S, Scott A.F, *Risk of venous thromboembolism associated with peripherally inserted central catheters: a systematic review and meta-analysis*. Lancet, 2013; 382: 311–25.
- Johnston A.J, Bishop S.M, Martin L, See T.C, Streater C.T, *Defining peripherally inserted central catheter tip position and an evaluation of insertions in one unit*. Anaesthesia, 2013; 68: 484–91.
- Weinstein S.M, *History of Infusion Therapy*. In: Weinstein S.M, Hagle M.E, *Plumer's Principles and Practice of Intravenous Therapy*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.p 11.
- Royer T, *Nurse-driven interventional technology. A cost a benefit perspective*. J Infusion Nurs, 2001;24(5):326–31.
- Hernández P.R, González L.J.L, González M.J, Rivas E.B, *Care and Cost-Utility indicators for high-flow PICC catheters: a study*. Br J Nurs, 2011; 20 (4): 22-7.
- O'Grady N.P, Alexander M, Burns L.A, Dellinger E.P, Garland J, Heard S.O, Lipsett P.A, Masur H, Mermel L.A, Pearson M.L, Raad I.I, Randolph A, Rupp M.E, Saint S, *(Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee): Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections*. Am J Infect Control, 2011; 39:S1-34.
- Emoli A, Cappuccio S, Marche B, Musarò A, Scoppettuolo G, Pittiruti M, *Il protocollo 'ISP' (Inserzione Sicura dei PICC): un "bundle" di otto raccomandazioni per minimizzare le complicanze legate all'impianto dei cateteri centrali ad inserimento periferico (PICC)*. ASSIST INFERM RIC, 2014; 33: 82-9.
- Joint Commission.org (Internet). *Preventing central line – associated bloodstream infections: A global challenge, a global perspective*. Oak Brook: Joint Commission Resources, 2012 (consultato il 30 giugno 2015). Disponibile all'indirizzo: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/CLABSI\\_Monograph.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/CLABSI_Monograph.pdf)
- Molloy D, Smith L.N, Aichison T, *Cytotoxic chemotherapy for incurable colorectal cancer: living with a PICC-Line*. J Clinical Nurs, 2008; 17 (18): 2398-407.
- Bellesi S, Chiusolo P, De Pascale G, Pittiruti M, Scoppettuolo G, Metafuni E, Giammarco S, Sorà F, Laurenti L, Leone G, Sica S, *Peripherally inserted central catheters (PICCs) in the management of oncohematological patients submitted to autologous stem cell transplantation*. Support Care Cancer, [Internet] 2012 [pubblicato il 04 agosto 2012; consultato: giugno 2015]; 1(6): [circa sei schermate]. Disponibile all'indirizzo: <http://www.researchgate.net/publication/230619558>
- Galloway M, *Insertion and placement of central catheters in the oncology patient*. Seminars in oncology nursing, 2010; 26 (2): 102-12.
- Alexandrou E, Spencer T.R, Frost S.A, Parr M.J.A, Davidson P.M, Hillman K.M, *A review of the nursing role in central venous cannulation: implications for practice policy and research*. J Clinical Nurs, [Internet] 2009 [pubblicato il 16 gennaio 2009; consultato: settembre 2015]; 1(10): [circa dieci schermate]. Disponibile all'indirizzo: [https://www.researchgate.net/profile/Timothy\\_Spencer/publication/244830292\\_Nurse\\_led\\_central\\_venous\\_catheter\\_insertion\\_An\\_integrative\\_review/links/0c960527c6308548f3000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Timothy_Spencer/publication/244830292_Nurse_led_central_venous_catheter_insertion_An_integrative_review/links/0c960527c6308548f3000000.pdf).
- Yacopetti N, Davidson P.M, Blacka J, Spencer T.R, *Preventing contamination at the time of central venous catheter insertion: a literature review and recommendations for clinical practice*. J Clinical Nurs, [Internet] 2012 [pubblicato il 4 luglio 2012; consultato: settembre 2015]; 1(10): [circa dieci schermate]. Disponibile all'indirizzo: [http://www.swslhd.nsw.gov.au/Liverpool/CVAS%5Ccontent/pdf/Articles/Yacopett\\_et\\_al\\_2013.pdf](http://www.swslhd.nsw.gov.au/Liverpool/CVAS%5Ccontent/pdf/Articles/Yacopett_et_al_2013.pdf)
- Alexandrou E, Murgo M, Calabria E, Spencer T.R, Carpen H, Brennan K, Frost S.A, Davidson P.M, Hillman K.M, *Nurse-led central venous catheter insertion-Procedural characteristics and outcomes of three intensive care based catheter placement services*. Journal Nurs Stu, 2012; 49: 162-68.
- Harter C, Ostendorf T, Bach A, Egerer G, Goldschmidt H, Ho A.D, *Peripherally inserted central venous catheter for autologous blood progenitor cell transplantation in patients with haematological malignancies*. Support Care Cancer, 2003; 11:790-94
- Dychter S.S, Gold D.A, Carson D, Haller M, *Intravenous therapy: a review of complications and economic considerations of peripheral access*. J Infusion Nurs, 2012; 35 (2): 84-91.
- Alexandrou E, Spencer T.R, Frost S.A, Mifflin N, Davidson P.M, Hillman K.M, *Central Venous Catheter Placement by Advanced Practice Nurses Demonstrates Low Procedural Complication and Infection Rates-A Report from 13 years of service*. Critical Care Med, 2014; 42 (2): 1-8.
- Gallieni M, Pittiruti M, Biffi R, *Vascular access in oncology patients*. CA Cancer J. Clin, 2008; 58 (4):323-346.
- Morano S.G, Latagliata R, Girmenia C, Massaro F, Berneschi P, Guerriero A, Giampaolletti M, Annechini G, *Catheter-associated bloodstream infections and thrombotic risk in hematologic patients with peripherally inserted central catheters (PICC)*. Supportive Care in Cancer, 2015; 23 (11): 3289-3295.

# Revisione della letteratura sull'efficacia del tocco-massaggio nella gestione dei sintomi comportamentali nei pazienti con demenza

di Anna Cirasa

## INTRODUZIONE

La demenza può essere generalmente descritta come *“un disturbo caratterizzato da un deterioramento intellettivo che comporta un cambiamento della personalità, disturbi comportamentali e deficit cognitivo”* (Kim, 1999).

Le aree principalmente colpite sono: la memoria, la capacità di ragionamento critico, il linguaggio, l'orientamento e la percezione.

La persona è investita dalla progressiva incapacità di svolgere compiti complessi, di rispondere ai propri bisogni quotidiani, di controllare le proprie reazioni conservando un comportamento adeguato (Smeltzer, 2010).

Questi disturbi, che affliggono dal 3 all'11% degli anziani oltre i 65 anni e la metà dei soggetti con età oltre gli 85 anni (Smeltzer, 2010), si presentano di più nelle donne.

Il rischio di sviluppare la malattia aumenta con l'avanzare dell'età e con l'aumento della prospettiva di vita: è, pertanto, prevedibile, nei prossimi anni, un aumento del numero di pazienti affetti da demenze (Hulme, 2010).

Le demenze possono essere suddivise in due principali tipologie:

- ♦ **il morbo di Alzheimer**, patologia degenerativa e progressiva caratterizzata



da un esordio graduale dei sintomi oggettivabili in perdita delle funzioni cognitive, affettive e comportamentali, e dalle modificazioni (atrofizzazione e presenza di placche senili) del parenchima cerebrale;

♦ le demenze vascolari.

**La gestione del paziente con demenza si sviluppa con l'integrazione tra terapia farmacologica, il cui obiettivo è quello di prevenire l'insorgenza dei sintomi e controllarne la severità, e interventi mirati al mantenimento dell'autonomia e dell'autocura** (Smeltzer, 2010).

È necessario un approccio "personalizzato", con interventi miranti al recupero delle funzioni lese secondarie (il benessere della persona, l'inclusione sociale e l'autonomia) e alla cura dell'ambiente.

Ciò rende necessario prendere in considerazione, oltre all'eventuale terapia farmacologica (che presenta, peraltro, possibili effetti collaterali), le *Complementary Alternative Medicines* (Cam): si tratta di diversi approcci, non farmacologici, che comprendono: la musica, il massaggio, l'esercizio fisico, l'aromaterapia, il giardinaggio, la *pet therapy* (Hulme, 2010). I pazienti con demenza possono presentare modificazioni psicologico-comportamentali come ansia, depressione, agitazione psicomotoria, atteggiamenti verbali e fisici aggressivi, apatia, *wandering*, euforia, alterazioni del ritmo sonno-veglia (Hawranik, 2008).

Hansen (2008) ritiene che questi sintomi potrebbero essere trattati con la tecnica del tocco-massaggio: ciò consentirebbe, in primo luogo, di porre in essere un canale comunicativo tra la persona con demenza e l'ambiente circostante e, in secondo luogo, di abbassare i livelli di ansia e stress che si manifestano con le sindromi comportamentali (Kim, 1999).

A supporto di tale affermazione esiste, oltre ad un modello psicologico, anche uno fisiologico secondo cui la sensazione del tatto o di prossimità ha un effetto calmante immediato per la produzione di ossitocina, che modifica i sintomi di disagio, agitazione e disturbi dell'umore (Hansen, 2008).

In un'ottica di promozione della qualità della vita, nelle sempre più numerose persone con demenza e tenuto conto

dell'importanza della tecnica del tocco-massaggio per la pratica clinica, della sua non elevata complessità d'attuazione e del suo costo contenuto, si è approfondita, attraverso l'analisi della letteratura, la possibile efficacia di questo trattamento sulla riduzione dei sintomi comportamentali e psicologici dei pazienti con demenza.

## MATERIALI E METODI

Il quesito clinico cui questo lavoro intende rispondere è il seguente: "La pratica del tocco terapeutico riduce i sintomi comportamentali delle persone affette da demenza?"

Il quesito di ricerca è stato formulato secondo il metodo P.I.C.O (Popolazione: Persone adulte con demenza; Intervento: pratica del tocco terapeutico; Confronto: nessun intervento, placebo; Outcome: miglioramento dei sintomi comportamentali).

La ricerca bibliografica è stata condotta interrogando le maggiori banche dati a carattere biomedico e infermieristico, PubMed e Cinahl.

Nella banca dati Pubmed si è proceduto con la ricerca di termini *Mesh* per i concetti di "demenza", "tocco terapeutico", "sintomi comportamentali".

Ai termini *Mesh* di ogni concetto sono stati legati gli *Entry terms* relativi tramite l'operatore booleano "or", formando così tre stringhe di ricerca unite, a loro volta, tramite l'operatore booleano "and".

In tutte le stringhe sono state utilizzate anche parole libere per evitare di perdere articoli rilevanti non ancora indicizzati con quel dato *Mesh*.

L'unico limite introdotto è stata la ricerca in articoli e *abstract* che consente di identificare una maggior quota di documenti pertinenti rispetto a quelli non pertinenti. Non sono stati introdotti altri limiti.

PubMed ha consentito di reperire 25 articoli, fra cui sei *Clinical Trial*.

Dei sei studi sperimentali, ne sono stati presi in considerazione tre, in quanto uno non pertinente, uno senza gruppo di controllo, e l'ultimo irripetibile.

La ricerca su Cinahl è stata condotta in modo analogo a quella svolta su PubMed e ha portato a risultati già presenti in

quest'ultima banca dati, ma ha permesso di trovare tre nuovi articoli pertinenti. Per la revisione della letteratura si è provveduto alla lettura sia di Rct, di *Clinical Trial*, e di revisioni sistematiche. Si è cercato di prendere in considerazione studi primari e secondari.

Per eseguire un lavoro il più possibile sistematico, la presente revisione ha esaminato in particolare studi randomizzati controllati.

Gli articoli scelti dovevano trattare esclusivamente il tocco terapeutico sui pazienti con demenza e analizzare l'effetto di questa terapia non-farmacologica sui sintomi comportamentali come da Pico.

## RISULTATI

### Hawranik, 2008

Lo studio di Hawranik del 2008 è un Rct a singolo cieco che prevede l'adozione del tocco terapeutico per diminuire i sintomi comportamentali in pazienti anziani con diagnosi di demenza secondaria ad Alzheimer, che raggiungono un punteggio uguale o inferiore a 23 nella scala di valutazione cognitiva *Mini Mentale State Examination*.

I partecipanti allo studio sono distribuiti in tre gruppi: il gruppo di intervento e altri due gruppi, dei quali uno prevede l'assistenza di routine e l'altro una simulazione del tocco terapeutico.

Il campione è costituito da 60 persone, 20 per ogni gruppo.

Il grado di agitazione viene misurato attraverso la *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* che consta di 29 items corrispondenti a 29 comportamenti frequentemente identificati nelle persone con alterazione cognitiva.

Le misurazioni vengono eseguite al tempo zero, ovvero prima di erogare l'intervento/o intervento simulato/o assistenza di routine, due ore dopo, 24 ore dopo il trattamento finale, e due settimane dopo il trattamento finale.

L'intervento veniva eseguito alla sera per cinque giorni.

Gli *outcomes* riguardano gli effetti del tocco terapeutico in tre tipi di comportamenti:

1. quelli aggressivi;
2. quelli non aggressivi (camminare, movimenti reiterati, irrequietezza);



3. quelli verbali (maldicenze, costanti richieste di attenzione, frasi uguali ripetute, strani rumori).

Dai risultati dello studio si evince che non ci sono differenze significative tra i tre gruppi nell'incidenza dei comportamenti aggressivi e verbali, tuttavia si rileva significatività tra i tre gruppi per i comportamenti fisici non aggressivi.

In particolare, nel gruppo dell'assistenza di routine il tasso di tali comportamenti è stato 2.3 volte più alto rispetto a quello trattato con il tocco terapeutico, nel gruppo del *therapeutic touch* (TT) simulato il tasso è stato 0.8 volte più grande rispetto a quello del gruppo TT.

Lo studio di Hawranik tenta di trovare una associazione tra la pratica del tocco terapeutico e la riduzione dei *behavior symptoms*.

Tra gli elementi positivi nella struttura della sperimentazione vi è la randomizzazione del campione, anche se non è spiegato come essa sia stata eseguita.

Rilevante è il fatto che ci si è preoccupati di descrivere il metodo di misurazione dei comportamenti nei pazienti

con demenza.

Viene impiegato il *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (Cmai) e sono dichiarati i criteri di affidabilità e di validità della scala che vengono descritti con valori di alpha di Cronbach di 0,74 e coefficiente di Pearson equivalente a 0,82.

**Le valutazioni sono eseguite da personale esperto e formato.**

Hawranik dichiara che, per evitare che il tocco terapeutico potesse influenzare i partecipanti degli altri gruppi, i gruppi sono stati testati in tempi diversi.

Tuttavia, il problema della possibile influenza dei risultati non viene risolto poiché, sebbene il paziente sia all'oscuro del trattamento in atto, colui che pratica il tocco terapeutico è consapevole. Inoltre, non è ben chiaro se lo specialista del tocco terapeutico corrisponda alla stessa persona che valuta attraverso la Cmai: se così fosse l'influenza di questa variabile sarebbe notevole.

Sebbene il test utilizzato per la variabile ordinale sia corretto, in quanto ci sono riferimenti a valori di chi quadro.

Si dichiara che l'unica misurazione il cui

risultato mostra differenze significative tra i tre gruppi di intervento: quella relativa ad alcuni comportamenti non aggressivi per un chi quadro uguale a 5.98 e  $p < 0.05$ , ma non viene detta la comparazione dei gruppi tra i quali viene ravvisato questo risultato. Essa, infatti, non deve essere al di sotto di 0,80.

Se lo studio in questione fosse attendibile sarebbe, lecito chiedersi perché il tocco terapeutico sembrerebbe funzionare nei sintomi non aggressivi e non in quelli verbali o aggressivi. Probabilmente, i sintomi non aggressivi sono più evidenti e hanno maggiori probabilità di essere riportati. La differenza sarebbe, in questo caso, da imputare alla persona che rileva i dati.

Un altro motivo potrebbe risiedere nella bassa valutazione iniziale di comportamenti aggressivi che non ha permesso, dopo la pratica del tocco, di rilevare differenze significative.

**Woods, 2009**

Lo studio di Woods del 2009 è un Rct in doppio cieco.

I partecipanti sono persone anziane che

vivono, da almeno due mesi, in *Nursing Homes*, affetti da demenza, da moderata a severa, misurata secondo il criterio DSM-V, che presentano un punteggio di *Mini Mental State Examination* (Mmse) inferiore a 25 e uno score uguale o inferiore a 15 nella *Brief Agitation Rating Scale* (Bars).

Il campione consta di 64 persone per tre gruppi di intervento: 22 nel gruppo ricevente il tocco terapeutico, 21 nel gruppo placebo e altri 21 nel gruppo per cui non viene eseguito alcun trattamento.

L'intervento è erogato due volte al giorno per tre giorni, le rilevazioni dei comportamenti sono eseguite in tre momenti utilizzando la *Modified Agitated Behavior Scale* (Mabrs): prima di iniziare il trattamento per quattro giorni, durante i tre giorni del trattamento, dopo il trattamento per cinque giorni.

Lo strumento di valutazione si basa su una scala Likert che misura l'intensità e la frequenza dei seguenti sintomi comportamentali: irrequietezza del movimento delle mani, fuga, atteggiamento di *wandering*, percosse, vocalizzazioni, camminata irrequieta.

I risultati dello studio indicano una riduzione statisticamente significativa, tra il gruppo sperimentale e quello di controllo, con un p equivalente a 0.03, per l'irrequietezza delle mani soltanto nell'ultima fase di rilevazione (cosa che potrebbe indicare un effetto cumulativo del tocco-massaggio).

Un altro *outcome* è costituito dalle variazioni dei livelli di cortisolo (ormone legato all'aggressività) associate al tocco-massaggio; i valori di cortisolo, tuttavia, non hanno dimostrato evidenti variazioni associate alla pratica del tocco.

Nonostante i buoni presupposti dello studio in questione (segnatamente, la randomizzazione, il doppio cieco e l'omogeneità dei campioni per caratteristiche socio-anagrafiche), il suo sviluppo manifesta le seguenti criticità:

- la prima è connessa all'affidabilità interna della scala di valutazione: essa è reale solo per tre sintomi dei sei presi in considerazione. Per i tre restanti si registra un Kappa di Cohen che va da 0,49 a 0,68, valore decisamente inferiore al minimo;

- la seconda riguarda le dimensioni del campione: esse non conferiscono un'adeguata potenza allo studio. Secondo il calcolo preliminare, i gruppi di intervento e controllo avrebbero dovuto contare non meno di 50 unità statistiche ciascuno. Ciò rende difficile poter generalizzare i risultati, peraltro timidi, di questo studio, secondo i quali vi sarebbe un effetto positivo del tocco terapeutico solo per uno dei tanti sintomi comportamentali presi in considerazione.

#### Woods, 2005

Lo studio di Woods del 2005 è un Rct in doppio cieco.

I criteri di inclusione dei partecipanti sono sovrapponibili a quelli dello studio del 2009.

Il campione, composto da 57 unità statistiche, è suddiviso in tre gruppi: il gruppo sperimentale, il gruppo tocco terapeutico placebo e quello con assistenza di routine.

L'intervento prevede l'erogazione del tocco-massaggio per tre giorni due volte al giorno, per una durata di 5-7 minuti.

La scala di rilevazione rimane la Mabrs, ma i momenti di valutazione sono differenti: se nello studio precedente si è provveduto alla raccolta dei dati anche durante il trattamento, nel 2005 sono state eseguite solo due valutazioni, pre e post intervento, per tre giorni; mentre i comportamenti presi in considerazione rimangono quelli dello studio del 2009.

I risultati sono lievemente diversi: sono state rilevate differenze statisticamente significative per due dei sei comportamenti tra il gruppo in trattamento e il gruppo di controllo, in particolare per irrequietezza che si manifesta col movimento delle mani ( $P=0.02$ ) e per le vocalizzazioni ( $P=0.03$ ).

Questo studio ha il merito di dichiarare la mancanza di differenze significative tra i vari gruppi prima di iniziare il trattamento, poiché una differenza iniziale può ripercuotersi anche nelle misurazioni di fine trattamento.

Tuttavia, non sono riportate informazioni relative al numero di partecipanti per ogni gruppo; tale dato sarebbe importante in quanto l'assegnazione di molte più unità a un gruppo rispetto a un altro fal-

serebbe i risultati.

Anche in questo studio esiste il limite fondamentale della non rappresentatività del campione poiché troppo ridotto.

## CONCLUSIONI

La presente ricerca bibliografica, muovendo dall'analisi della letteratura sulle terapie complementari nell'ambito delle demenze, si proponeva di valutare l'efficacia dell'applicazione del tocco-massaggio nel trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici dei pazienti con demenza.

Gli articoli presi in considerazione trattano dell'applicazione del tocco-massaggio nel trattamento dei sintomi comportamentali e psicologici dei pazienti con demenza.

Gli studi analizzati sono tre Rct, di cui due sviluppati dallo stesso autore.

Il relativamente recente interesse per i trattamenti non farmacologici e per la loro applicazione in campo clinico non ha consentito di individuare un elevato numero di articoli, determinando l'esiguo numero di Rct rispondenti al Pico dell'elaborato.

In tutti e tre gli articoli è emerso il possibile effetto positivo del tocco-massaggio sui sintomi comportamentali dei pazienti con demenza, in particolare sui sintomi non aggressivi come la vocalizzazione e i movimenti irrequieti delle mani.

**In tutti gli studi è stata evidenziata la mancanza di una buona metodologia e la conseguente raccolta di risultati scarsamente attendibili.** In particolare, le piccole dimensioni dei campioni hanno generato la bassa potenza di questi studi non consentendo di poterne generalizzare gli esiti.

Dall'analisi condotta non è stato possibile ottenere evidenze sufficienti a rispondere con certezza al quesito di ricerca. Se, da un lato, gli studi inclusi nella ricerca bibliografica hanno dimostrato un possibile effetto positivo, dall'altro, la mancanza di dati precisi, la bassa accuratezza nella conduzione delle sperimentazioni e le ridotte dimensioni dei singoli campioni a cui sono stati applicati i trattamenti, non consente di considerare i predetti risultati come determinanti.

In futuro, sarà necessario svolgere studi

clinici sperimentali, in particolare studi clinici randomizzati controllati (Rct) su campioni di grande numerosità, magari attraverso studi multicentrici, anche nel contesto italiano, per ottenere dei risultati generalizzabili e di alta qualità.

In fase di pianificazione della sperimentazione, sarebbe utile, e contribuirebbe al raggiungimento di risultati più attendibili, uno studio di affidabilità dello strumento di valutazione utilizzato per misurare le variazioni dei sintomi comportamentali. Raggiungere un Kappa di Cohen di almeno 0.70 nella misurazione di tutti i sintomi presi in considerazione sarebbe auspicabile (Polit, 2014).

Riveste un certo interesse il fatto che, in ognuno degli studi analizzati, il campione sia stato distribuito in tre gruppi: quello di trattamento vero e proprio; quello placebo, in cui veniva eseguita una simulazione del tocco-massaggio; quello in cui era, infine, erogata l'assistenza di routine. Se, da un lato questi studi hanno prodotto risultati che consentono di mettere a confronto il gruppo di trattamento con quello di controllo (in cui non viene eseguito nessun intervento), mancano, dall'altro, informazioni circa la comparazione tra il gruppo placebo e quello di con-

trollo o tra il gruppo placebo e quello del trattamento. Poter analizzare questi dati sarebbe interessante per comprendere quanto il beneficio ottenuto dai pazienti sia da imputare al reale tocco-massaggio o al suo placebo.

Una nota di merito riguarda Woods, che non si è soffermato ad analizzare l'effetto del tocco-massaggio. Egli, attraverso un *outcome* secondario, ha cercato di approfondire il possibile funzionamento su cui si basa tale trattamento non-farmacologico, vagliando l'ipotesi della variazione del cortisolo, la cui diminuzione potrebbe essere addotta al tocco-massaggio. Eppure, Woods non è riuscito a dimostrare siffatto ipotizzato rapporto di causa-effetto.

Negli studi, il trattamento è stato valutato lungo l'asse temporale del breve-medio termine. Invero, sarebbe utile, nei prossimi studi, valutare gli effetti a lungo termine e la durata ottimale del trattamento per determinare la dose-risposta ottimale.

Inoltre, gli interventi di tocco-massaggio negli studi analizzati sono stati attuati su pazienti in strutture di ricovero; ciò non ha consentito di comprenderne l'efficacia nei pazienti che vivono nel proprio

domicilio.

Ulteriori studi sperimentali potrebbero, ad esempio, porre a confronto il trattamento del TT sia in pazienti ricoverati sia nei pazienti che vivono nella propria casa con l'aiuto dei *caregiver*.

Concludendo, gli interventi di tocco-massaggio possono essere applicati, in aggiunta ad altri trattamenti, in quanto non molto costosi.

Di importanza centrale dovrebbe essere la pianificazione da parte di un'equipe multidisciplinare nella quale rientrino anche individui appositamente formati che dovranno pianificare e condurre le attività di tocco-massaggio.

**Nel momento in cui il contenimento dei costi è una considerazione rilevante in ambito sanitario, il tocco-terapeutico, se dimostrato con evidenza il suo effetto, è una modalità di intervento non invasiva, di facile apprendimento e priva di effetti collaterali, capace di migliorare la qualità di vita e garantire il benessere delle persone con demenza e dei loro *caregiver*.**

AUTORE:

Anna Cirasa, infermiere presso AO San Giovanni-Addolorata di Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Hansen N.V, Jorgensen T, Ortenblad L, *Massage and touch for dementia (Review)*. The Cochrane Collaboration, Issue 4. 2008.
- Hawranik P, Johnston P, Deatrich J, *Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease*. Western Journal Nursing Research, 30(4),417-434. 2008.
- Hulme C, Wright J, Crocker T, Oluboyede Y, House A, *Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 25 (7), 756-763. 2010.
- Kim E.J, Buschmann M.T, *The effect of expressive physical touch on patients with dementia*. International Journal of Nursing Studies, 36, 235-243. 1999.
- Polit D.F, Tatano Beck C, *Fondamenti di Ricerca Infermieristica*. (Cap. XI). Milano: Mc Graw Hill. 2014.
- Smeltzer S.C, Bare B.G, Hinkle J.L, Cheever K.H., *Brunner Suddarth Infermieristica medicochirurgica*. (cap. IX). Milano: Cea. 2010.
- Woods D.L, Craven R.F, Whitney J, *The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia*. Alternative Therapies Health Medicine, 11(1), 66-74. 2005.
- Woods D.L, Beck C, Sinha K, *The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms and cortisol in persons with dementia*. Forschende Komplementarmedizin, 16(3),181-189. 2009.

# L'infermiere tra etica e responsabilità

## L'errore in corsia: il rischio clinico da farmaco

di Luigina Di Benedetto

*"Spesso l'infermiere assume un ruolo nuovo ed importantissimo: non gestisce la situazione ma la predispone, la organizza, crea le condizioni per, agisce ben consapevole di quali sono le sue competenze ed il bersaglio verso cui puntare"*  
(Orem, 1985)

### INTRODUZIONE

Un aspetto attuale dell'attività professionale nel nostro Paese riguarda la responsabilità infermieristica in merito agli errori sanitari (*malpractice*) e alla sicurezza del paziente (*patient safety*).

Si può parlare di "*Nursing malpractice*" quando si effettua un errore che reca danno all'utente e l'errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga.

La gestione del rischio, oggi, verte verso il Miglioramento Continuo della Qualità, nel quale l'errore costituisce un'opportunità per migliorare la qualità delle prestazioni e dell'organizzazione in cui si opera. **In un sistema sanitario complesso come quello attuale è piuttosto comune e sorprendentemente semplice che si possano commettere errori.**

Alcuni di questi, non avendo un esito negativo sul paziente, possono passare inosservati; altri, sicuramente di maggiore impatto, risultano, invece, particolarmente visibili poiché esitano in lesioni severe o addirittura nella morte dell'assistito.

Quali sono gli errori riconducibili al *nursing malpractice*?

In questa ricerca, focalizziamo l'attenzione su errori relativi alla somministrazione da farmaco; in particolare per errato

farmaco, errata dose, errato metodo di somministrazione e mancata sorveglianza degli effetti collaterali e di tossicità.

Gli obiettivi di ricerca, dunque, sono:

1. fornire una visione internazionale concernente la *nursing malpractice* relativa all'evento avverso da farmaco;
2. eseguire un confronto tra il piano internazionale e quello nazionale, comprendendo quali possano essere le implicazioni future per la professione infermieristica nel nostro Paese;
3. puntare l'attenzione, in maniera specifica, sull'errore relativo alla somministrazione e gestione dei farmaci in ambito intraospedaliero.

L'evento avverso da farmaco provoca solo negli Stati Uniti, oltre 140mila morti ogni anno e rappresenta sicuramente la voce di spesa maggiore in Sanità.

Si stima che la patologia e la mortalità correlati ad errori di terapia facciano spendere un importo tra 30 (stima conservativa) e 136 (stima per eccesso) miliardi di dollari al sistema sanitario statunitense. Una somma superiore a quella necessaria alla cura delle patologie cardiovascolari e del diabete.

Questi dati, pubblicati nel 1995, non sono certo migliorati negli anni.

Già più di venti anni fa, il *Boston Collaborative Drug Surveillance Project* stimava che circa il 30% dei pazienti ospedalizza-

ti vanno incontro ad evento avverso da farmaco. Risultati che sono stati pienamente confermati dall'*Harvard Medical Practice Study*, nell'ambito del quale è stata valutata l'incidenza di errori in un campione di 30.121 pazienti, ospiti dei numerosi ospedali dello Stato di New York a metà degli anni '80.

Lo studio ha stabilito che il 3,7% di questi sviluppa una seria, disabilitante e clinicamente importante reazione avversa durante il periodo di ospedalizzazione; il 19,4% di esse deriva da un'errata gestione dei farmaci.

Inoltre, un'analisi compiuta negli Usa su certificati di morte, compresi tra il 1983 e il 1993, ha mostrato che i decessi per errore da somministrazione di farmaci erano state 2876 nel 1983 a fronte di 7391 morti avvenute nel 1993 per lo stesso motivo.

Un altro studio, realizzato in 1116 ospedali statunitensi nel 2001, ha evidenziato che gli errori in terapia si verificano nel 5% circa dei pazienti ricoverati in un anno. Un'indagine recente condotta negli States ha mostrato che la maggior parte degli eventi avversi attribuibile ad errori in terapia si verifica nella prescrizione e interessa farmaci ipoglicemizzanti (28,7%), cardiovascolari (18,6), anticoagulanti (18,6) e diuretici (10,1%).

In Australia, tra il 2000 e il 2001, sono

stati costituiti alcuni organismi allo scopo di implementare la sicurezza del servizio sanitario, monitorare e ridurre i casi di eventi avversi (*Australian council for Safety and quality council*), ridurre il "gap" tra evidenza scientifica e pratica (*National Institute of Clinical Studies*), migliorare l'assistenza e la cura nelle aree ritenute di volta in volta prioritarie (*National Health Priority Action Council*). Ed è proprio il primo che ha messo in luce, con un rapporto presentato nel 2001, che l'errore clinico costa alla nazione circa 4 miliardi di dollari australiani l'anno. Uno dei primi studi effettuati su vasta scala inerenti gli eventi avversi da farmaci è stato effettuato proprio in Australia. Il *Quality in Australian Health Care Study*, condotto nel 1992, ha evidenziato un tasso di eventi sfavorevoli nei ricoveri ospedalieri del Paese pari al 16,6%, di cui circa il 5% legati alla somministrazione di farmaci.

In Olanda, il direttore dell'Istituto per la Qualità in ambito sanitario ha stimato che circa 6000 persone muoiono, ogni anno, negli ospedali per errori in medicina: un numero di morti sei volte maggiore di quello che si registra negli incidenti stradali.

Si stima che la percentuale degli errori di terapia sia compresa tra il 12% e il 20% del totale degli stessi.

In Inghilterra si contano, annualmente, circa 850mila errori legati alla somministrazione dei farmaci, di cui 10mila di tipo molto grave.

Alcune ricerche recenti effettuate nel Regno Unito hanno dimostrato un tasso di *malpractice* legata alla somministrazione dei farmaci per via orale compreso tra il 3 e il 5,5%, che aumenta fino al 27% per i farmaci endovenosi.

Ancora, in un articolo pubblicato su *Jama* nel 2002, si legge che il costo annuale di morbilità e mortalità a causa di errori terapeutici svolte negli Stati Uniti è stato stimato intorno i 76,6 miliardi di dollari. Lo studio ha come obiettivo quello di sviluppare un modello di simulazione informatizzato che può essere utilizzato per valutare l'efficacia delle applicazioni informatiche progettate per rilevare e prevenire errori terapeutici.

Il modello simula le quattro fasi del siste-



ma di erogazione di farmaci: prescrizione, trascrizione, erogazione e somministrazione. I risultati suggeriscono che un sistema di erogazione di farmaci integrato può salvare fino a 1.226 giorni di eccesso di ospedalizzazione e di 1,4 milioni di dollari in costi ospedalieri.

Ben 39 studi prospettici condotti negli Stati Uniti, tra il 1966 e il 1996, hanno indicato che, anche quando i farmaci sono prescritti e correttamente somministrati, le reazioni avverse al farmaco si classificano tra la quarta e settima causa di morte negli Stati Uniti, superando gli incidenti stradali, suicidi, omicidi, o Aids.

Da qui, la creazione di un cartella clinica elettronica gestita dal responsabile della farmacia fino all'unità operativa.

Purtroppo, come spesso accade, nel nostro Paese non esistono ancora studi nazionali su questo fenomeno, ma solo indagini parziali che evidenziano, comunque, che gli errori riguardano soprattutto il "giusto farmaco" (56% di errori legati al tipo di farmaco somministrato) e la "giusta via" (34% di errori per errata via di somministrazione). In misura decisamente minore sono individuati errori per "giusto paziente" (4%) e per difetti di trascrizione (6%).

Questi dati sono stati recentemente resi noti dalla Fondazione europea per la Cre-

scita degli Operatori Sanitari, dall'Unione nazionale Consumatori e dal Tribunale dei diritti del Malato.

Inoltre, secondo i dati del Cineas (Consorzio Universitario per l'Ingegneria delle Assicurazioni), su otto milioni di ricoverati ogni anno, 320mila (il 4% circa) sono dimessi dall'ospedale con danni o malattie dovute ad errori di terapia; mentre, i decessi si aggirerebbero tra i 30mila e i 35mila, pari al 6% di quelli registrati, appunto, dal Cineas nel 2000.

## STRUMENTI E METODI

Non è stato semplice effettuare una ricerca così a stretto spettro di indagine, in quanto l'errore umano in sanità è poco studiato e si tende a nascondere.

Quando lo si individua, si persegue il colpevole senza pensare che sia l'ultimo anello di un sistema enormemente complesso, soprattutto facendo riferimento al nostro Paese, dov'è stato particolarmente complicato, per esempio, trovare dati relativi a statistiche riguardanti "*l'errore in corsia: il rischio clinico da farmaco*" (mentre dati più facilmente reperibili sono sopravvenuti da analoghe situazioni internazionali, grazie alla presenza di associazioni che, in ambito sanitario, hanno il compito di essere supervisor e di ga-

rantire, per quanto possibile, "the patient safety").

Il materiale utilizzato è stato reperito soprattutto da: banche dati (Medline, rilevanti 9 articoli); EBSCOhost Nursing Reference Center, rilevanti 2 articoli; Cinahl, rilevanti 1 articolo; Bmj, rilevanti 1 articolo; Iliis (nessun articolo); biblioteche: Idi, istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, consultando riviste italiane (Assistenza infermieristica e ricerca, Management infermieristico, Infermiere oggi, Scenario) e quella digitale del Collegio Ispasvi di Roma; nonché siti internet, con l'ausilio del testo "Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica" - collegio Ispasvi di Roma.

La ricerca è stata effettuata dal 2000 al 2015, per comprendere come, negli anni, il problema sia stato affrontato e quali mezzi e strumenti, oggi, vengono utilizzati per prevenire il "miss" o il "near miss".

Nelle seguenti tabelle, gli articoli più significativi.

## RISULTATI

A causa della carenza di strumenti utilizzati per individuare o prevenire l'evento avverso, come la Fmea (*Failure Mode and Effect Analysis*) o la Rca (*Root Cause Analysis*), oggi, si tende ad individuare l'errore dopo averlo commesso con esito, purtroppo, negativo sul paziente. Sono le sentenze di Cassazione che descrivono i fatti accaduti e le ripercussioni sul personale infermieristico che si è adoperato nella pratica assistenziale con imperizia, imprudenza e negligenza.

La sentenza n.2192 del 16 gennaio 2014, infatti, recita che: "l'infermiere non può attendere alla somministrazione dei farmaci in maniera meccanicistica, ma deve collaborare con il personale medico in termini critici, non con il fine di sindacare l'operato del medico, bensì allo scopo di richiamarne l'attenzione sugli errori percepiti o comunque percepibili; dunque si configura il reato di omicidio colposo per il decesso del paziente a seguito di somministrazione di farmaco cui era allergico a carico dell'infermiere che lo ha materialmente somministrato".

Evidente, allora, adottare protocolli per evidenziare le allergie da farmaco attra-

BANCA DATI	AUTORI	TITOLO	RIVISTA
British Medical Journal (BMJ)-	Pontus C.	<i>Hospital medical errors continue to draw media coverage</i>	Massachusetts Nurse association (MNA), 2005 March;76(2):13
Medline	Anaya D.	<i>Nursing malpractice</i>	Australian nursing Journal, 2005 April;20(9):32
Medline	Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH.	<i>Adverse drug events resulting from patient errors in older adults</i>	Geriatr Soc. 2007 Feb;55(2):271-6.
Medline	Anaya D	<i>Drug mistakes in nursing homes</i>	Australian nursing Journal, 2005 April;20(9):32
Medline	Davies T, Nulvey S.M, Mannion R	<i>Organisational culture and quality of health care</i>	Quality safety health care, 2003 Jun;9:111-119
Medline	Dranove D, Gron A.	<i>Effects of the malpractice crisis on access to from Florida</i>	Health Aff (Mill Wood), 2005 May-Jun;24(3):802-10
Medline	Woloshynowych M, Neale G, Vincent	<i>Case record Review of adverse events: a new approach</i>	Quality safety health care, 2003 dec;12(6):411-415
EBSCO	Bureau M.	<i>How nurses perceive mistakes</i>	Nursing 2004, nov;34(11):34
Medline	Jeong-Hee Kang, Chul-Woung Kim, Sang-Yi Lee .	<i>Nurse-perceived Patient Adverse Events and Nursing Practice Environment</i>	J Prev Med Public Health. 2014 Sep; 47(5): 273-280.
Medline	Bond CA, Raetil CI, Franke T.	<i>Medication errors in United States hospitals.</i>	Pharmacotherapy 2001 Sep;21(9):1023-36
Medline	Reason J. BMJ 2000;320:768-70	<i>Human error: models and management</i>	BMJ 2000;320:768-70
EBSCO	Roy L.	<i>Patient and Nurse Safety.</i>	Nursing Administration Quarterly 2005 Jan-Mar; 29(1):97-101

BIBLIOTECHE	RIVISTE ITALIANE	AUTORI	TITOLO
Biblioteca Ispasvi on line	Infermiere Oggi 2004 Lug-Set; (3):4-6	Lattarulo P, Martorana M.	<i>La spirale dell'errore</i>
Biblioteca Ispasvi on line	Infermiere Oggi 2012 Apr-Giu;(2):24-30	Del Ferraro S.	<i>Indagine sul vissuto infermieristico rispetto all'errore nelle UO del presidio ospedaliero di Colleferro</i>
Biblioteca Ispasvi on line	Nursing Oggi 2004;(2):24-28	Monaci C, Novi V, Orlandini P.	<i>La prevenzione dell'errore</i>
Biblioteca Idi	Management Infermieristico, 2000 Lug-set;(3):26:32	Calamendrei C.	<i>La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti</i>
Biblioteca Idi	Professioni Infermieristiche 2004 Ott-Dic;57(4):254	De Caro W.	<i>Sicurezza dei pazienti: uso dei farmaci e popolazione anziana</i>
Biblioteca Idi	Professioni infermieristiche 2005 Gen-Mar;58(1):41-48	Lazzari G.	<i>Efficiency, equity or efficacy? Is it nurse or health systems dilemma?</i>
Biblioteca Ispasvi on line	Infermiere Oggi 2013 Ott-Dic;(4):64-68	Pisa B.	<i>Responsabilità penale del personale infermieristico e ausiliario alla luce delle recenti sentenza della Corte di Cassazione</i>
Biblioteca Idi	Professioni infermieristiche 2002;55(4):195-199	Suprani P.	<i>La riduzione dell'errore umano in sanità: indagini, modello teorico di analisi e prevenzione</i>
Biblioteca Idi	Management infermieristico 2003;(3):28-35	Vanzetta M, Vallicella F.	<i>Errori e assistenza infermieristica. Come garantire la sicurezza delle persone assistite?</i>

verso simboli standardizzati e visibili a colpo d'occhio; comunicare e segnalare per iscritto il problema (*incident reporting*) e permettere così una corretta gestione clinico-assistenziale del paziente; garantire il giusto nursing e la sicurezza del paziente attraverso il corretto numero degli operatori nell'attività clinico-assistenziale.

Sulla base di due articoli, riguardanti il rischio clinico da farmaco, su riviste infermieristiche (Nursing Oggi 2004 e Management Infermieristico 2003), si deduce

che, nella realtà italiana, la modalità più diffusa per gestire la somministrazione dei farmaci prevede tre passaggi:

1. il medico, dopo aver effettuato la diagnosi, prescrive la terapia, scrivendo a mano, nella cartella clinica, i farmaci che dovranno essere somministrati (dosaggio, orario, via di somministrazione ecc.);
2. lo stesso medico, ma più spesso l'infermiere, trascrive il tutto nell'apposita grafica infermieristica;
3. l'infermiere responsabile della som-

ministrazione legge quanto contenuto nella grafica e realizza tali attività nelle sue diverse fasi.

Questo percorso espone la pratica della somministrazione dei farmaci a diversi tipi di errore: prescrizione (mancanza del nome del principio o del paziente, unità di misura errata, terapia non adatta al paziente); trasmissione della prescrizione (perlopiù, scritta a mano, non viene correttamente riportata, trascritta o interpretata); etichettatura; confezionamento o denominazione; dispensazione; distribuzione (l'insieme dei processi che intercorrono tra la preparazione e la consegna all'Unità Operativa dove verrà somministrato il farmaco); educazione, monitoraggio ed uso.

Inoltre, il rischio associato all'impiego di farmaci riguarda soprattutto gli eventi non direttamente legati alla natura del farmaco, come quelli dovuti a pessima grafia, abbreviazioni ambigue, scarsa informazione su dosi, modi e tempi di somministrazione.

Secondo gli studi effettuati e l'analisi critica di alcuni articoli relativi all'Area Funzionale Omogenea di Chirurgia generale dell'ospedale Misericordia di Grosseto e l'Unità di Terapia Intensiva e Patologia neonatale della clinica Mangiagalli degli Istituti Clinici di perfezionamento di Milano, l'errore terapeutico viene affrontato attraverso l'adozione di strumenti operativi utili alla prevenzione e al monitoraggio degli stessi.

L'analisi del processo terapeutico è stata condotta mediante il metodo del *problem solving*; in particolare, la definizione dei problemi è avvenuta attraverso un percorso di osservazione dei comportamenti e di analisi della documentazione esistente, mentre l'identificazione è avvenuta attraverso un confronto con quanto definito nell'ambito della formazione infermieristica, con quanto definito dal Profilo Professionale e Codice Deontologico dell'infermiere e con quanto riportato dalla letteratura.

Si è arrivati, dunque, all'elaborazione di una scheda terapeutica o scheda unica di terapia (Sut) che prevede l'apposizione di una firma da parte sia del prescrittore sia del somministratore. Attualmente, la scheda viene utilizzata regolarmen-

te evidenziando i seguenti risultati:

- ♦ gli errori da trascrizione sono stati completamente eliminati;
- ♦ la visibilità del progetto terapeutico ha permesso di ricostruire l'intero processo di cura e di avere una visione meno empirica sui farmaci per patologia;
- ♦ le responsabilità risultano meglio esplicitate;
- ♦ l'apposizione della propria firma ha reso ancora più consapevoli gli operatori del proprio operato.

Fortunatamente, oggi, in molte realtà ospedaliere si applica la Sut o la cartella clinica integrata, in cui il medico si occupa delle prescrizioni farmacologiche e l'infermiere della somministrazione con firma, dell'annotazione dei parametri vitali e in alcuni casi del nursing effettuato parallelamente alla clinica medica.

Il ministero della Salute ha redatto, a marzo 2008, la Raccomandazione n. 7 per gli operatori sanitari per evitare - o minimizzare - il rischio dell'evento sentinella dovuto ad un uso non corretto dei farmaci nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

Per evento-sentinella s'intende il verificarsi di un solo caso avverso che permette l'inizio di un'indagine per accertare se hanno contribuito a provocarlo fattori eliminabili o riducibili.

Raccomandazioni da poter utilizzare in tutte le strutture sanitarie, dunque, rivolte a quanti sono coinvolti nel processo di gestione del farmaco, a tutela dei pazienti che necessitano di quella terapia farmacologica.

Inoltre, il Ministero ha redatto anche la raccomandazione n. 1 riguardante il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio (KCL), in quanto può causare effetti letali se somministrato in maniera inappropriata.

Gli errori che più frequentemente si associano all'uso improprio di KCL sono: lo scambio di fiala, la mancata diluizione, la non corretta preparazione del prodotto da infondere e l'errata identificazione del paziente.

Il KCL deve essere conservato in appositi armadi possibilmente chiusi e in contenitori segnalati dalle diciture: *"mortale se non diluito"*.

In vigore, inoltre, nuove schede integra-

te per la somministrazione del KCL, in cui il medico prescrive quantità del farmaco, diluizione, tempo di somministrazione con apposita firma, l'infermiere somministra il farmaco così diluito con firma e un secondo infermiere controlla tutto l'operato apponendo ulteriore firma di avvenuto controllo. Una metodica sicuramente *"patient safety"* ma che implica due unità infermieristiche per la somministrazione di un solo farmaco. Considerando che, in area critica, il KCL viene utilizzato quotidianamente, le aziende dovrebbero incrementare il personale che opera in queste realtà permettendo un'assistenza personalizzata e tenere conto dei ritmi frenetici che comporta il lavoro in area critica.

## CONCLUSIONI

Dagli studi effettuati si evince che gli eventi avversi da farmaco dipendono anche da una carenza di personale infermieristico, problema che si trova alla base della realtà sia nazionale che internazionale sanitaria.

È evidente che il tasso dei decessi è superiore nei pazienti ricoverati in ospedali in cui il rapporto operatore-utente è più elevato.

In aggiunta, i risultati riportati da alcune pubblicazioni di carattere scientifico confermano che la presenza di un maggior numero di infermieri è associata ad una migliore assistenza per i pazienti ospedalizzati in termini di un inferiore tasso di complicanze.

Inoltre, secondo uno studio pubblicato su Pmc nel 2014 la prevenzione degli eventi avversi attraverso la sorveglianza computerizzata può ridurre la durata del ricovero, dunque l'ospedalizzazione riducendo, così, i costi legati alla degenza. C'è da dire, comunque, che una banca dati relativa agli errori commessi dagli infermieri su scala nazionale non esiste ancora, e gli unici esempi (anche se parziali) provengono dalla casistica giudiziaria, che, negli ultimi anni, ha portato all'attenzione della professione infermieristica il tema della responsabilità professionale che deriva dal Profilo Professionale, dal Codice Deontologico, dall'Ordinamento didattico della laurea in Infermieristica e di corsi post-base.

Un articolo pubblicato su Journal of preventive Medicine & Public Health nel settembre 2014 parla di metodi per misurare l'evento avverso.

In particolare, **un ambiente favorevole alla pratica infermieristica non solo diminuisce gli eventi avversi del paziente** (le infezioni nosocomiali e gli errori da farmaco) **ma migliora la qualità complessiva delle cure.**

Secondo i risultati dello studio, un buon rapporto di equipe medico-infermiere e un ambiente idoneo alla pratica infermieristica diminuiscono il verificarsi di errori terapeutici percepiti dagli infermieri.

Si riportano, di seguito, le azioni che il ministero della Salute ha stilato nella raccomandazione n. 7 del 2008 per far sì che le Aziende acquisiscano strumenti e metodologie di lavoro che rispondono ai requisiti di sicurezza:

- ♦ adozione di procedure/protocolli aziendali codificati e condivisi tra gli operatori;
- ♦ elaborazione di un piano della sicurezza aziendale che consideri in maniera rilevante l'analisi degli errori in terapia e le azioni preventive e mitiganti da intraprendere;
- ♦ predisposizione di una lista di farmaci ad "alto rischio";
- ♦ definizione di un piano della formazione del personale strutturato e specifico per la sicurezza dei farmaci;
- ♦ promozione di iniziative per favorire la comunicazione tra gli operatori sanitari;
- ♦ predisposizione di un protocollo sulle modalità di comunicazione specifica degli eventi avversi;
- ♦ individuazione di percorsi diagnostico terapeutici;
- ♦ stesura di capitolati di acquisto ed acquisizione dei farmaci con particolare attenzione all'aspetto della sicurezza dei pazienti;
- ♦ elaborazione di procedure ad hoc per la gestione delle scorte in farmacia ed in reparto;
- ♦ introduzione di tecnologie informatizzate (in base alle risorse economiche e umane);
- ♦ definizione di misure di monitoraggio con le quali seguire la terapia sia in termini di efficacia che di possibili effetti



collaterali (ad esempio, livelli plasmatici del farmaco, indici di funzionalità che possono essere modificati dalla terapia);

- ♦ provvedere in modo continuativo al monitoraggio e valutazione dell'impiego corretto dei farmaci in relazione anche alla frequenza degli eventi avversi verificatisi.

*"Errando discitur...":* si basa su questa affermazione la prevenzione dell'errore all'interno delle strutture ospedaliere.

È proprio attraverso "l'errore commesso" che si cerca di capirne la causa e, di conseguenza, evitare che questo avvenga di nuovo.

Tramite, poi, l'utilizzo di linee-guida, protocolli, *follow-up* dell'evento, modelli organizzativi uniformi per la gestione del rischio clinico, formazione ed informazione, si potrebbe avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un database nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza del paziente ed essere al corrente così, in tempo reale dei problemi relativi al nostro sistema sanitario.

Deve essere pratica comune, ormai, adottare la Sut su cui vengono riportate dal medico tutte le informazioni necessarie per l'individuazione della terapia e dall'infermiere ciò che è stato effettivamente somministrato, apponendo la propria firma o sigla, tale da consentire

la tracciabilità.

Bisogna evitare nelle prescrizioni la dicitura "al bisogno", ma specificare la posologia, la dose massima giornaliera e l'eventuale intervallo di tempo tra le somministrazioni. Vanno assolutamente evitate le prescrizioni verbali o telefoniche, attraverso una giusta collaborazione di equipe.

La stessa Dorothea E. Orem, fin dagli anni Ottanta, nella sua teoria generale, definisce la prudenza del *Nursing*, intesa come la qualità degli infermieri che gli consente di chiedere consigli in situazioni nuove o difficili, esprimere giudizi corretti, decidere di agire in un determinato modo ed infine intraprendere l'azione.

La prudenza richiede, inoltre, che gli infermieri continuino ad aggiornarsi nelle scienze e nelle discipline fondamentali dell'assistenza infermieristica.

Il *Nursing* viene definito come "...uno sforzo creativo di un essere umano per aiutare un altro essere umano..." e "**l'arte del Nursing**" è la qualità dell'infermiere di ragionare e progettare correttamente l'assistenza.

AUTORE:

Luigina Di Benedetto, infermiera presso il Centro di Rianimazione del PO San Filippo Neri Roma; laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, master in Management infermieristico.

## BIBLIOGRAFIA

- Benci L, *Dubbi sulla prescrizione medica di farmaci: compete all'infermiere l'obbligo di richiesta di chiarimenti*. Rivista di diritto delle professioni sanitarie 2001 Gen-Mar; 4(1):41-52.
- Bond C.A, Raetel C, Franke T, *Medication errors in United States hospitals*. Pharmacotherapy 2001 Sep;21(9): 1023-36.
- Calamandrei C, *La soddisfazione degli infermieri in relazione alla soddisfazione dei pazienti*. Management Infermieristico 2000 Lug-Set;(3): 26-32.
- De Caro W, *Sicurezza dei pazienti: uso dei farmaci e popolazione anziana*. Professioni infermieristiche 2004 Ott-Dic; 57(4): 254.
- Del Ferraro S, *Indagine sul vissuto infermieristico rispetto all'errore nelle UO del presidio ospedaliero di Colleferro*. Infermiere Oggi 2012 Apr-Giu;(2): 24-30.
- Field T.S, Mazor K.M, Briesacher B, Debellis K.R, Gurwitz J.H, *Adverse drug events resulting from patient errors in older adults*. Geriatr Soc. 2007 Feb;55(2): 271-6.
- La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica: profilo professionale – codice deontologico – ordinamento didattico – percorsi formativi, leggi e decreti di interesse infermieristico. Roma: Collegio Ipvsvi, p. 14-20.
- Lattarulo P, Martorana M, *La spirale dell'errore*. Infermiere Oggi 2004 Lug-Set; (3): 4-6.
- Monaci C, Novi V, Orlandini P, *La prevenzione dell'errore*. Nursing Oggi 2004;(2): 24-28.
- Pari L, *Progetto di farmacovigilanza infermieristica*. Assistenza infermieristica e ricerca 2002;21(4): 172-176.
- Pisa B, *Responsabilità penale del personale infermieristico e ausiliario alla luce delle recenti sentenza della Corte di Cassazione*. Infermiere Oggi 2013 Ott-Dic;(4): 64-68.
- Rocco G, Bonfigli A, Tallarita F, Proietti M.G, Esposito M, Barbato N et al, *Le fonti multimediali per la ricerca infermieristica*. Roma: Collegio Provinciale Ipvsvi; 2002.
- Sentenza Corte di Cassazione sezione IV Penale, 10-12-2014, n. 2192. Sanità e sanitari. Responsabilità professionale.
- Silvestro A, *L'errore e l'etica della responsabilità*. L'infermiere 2005;(1): 1.
- Sorrenti C, *La gestione del rischio clinico*. 2005 Feb;(2): 21.
- Suprani P, *La riduzione dell'errore umano in sanità: indagini, modello teorico di analisi e prevenzione*. Professioni infermieristiche 2002;55(4): 195-199.
- Tartaglia R, Tomassini C.R, Abrami V, Nerattini M, Turco L, *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina*. Rivista di diritto delle professioni sanitarie 2002 Gen-Mar;5(1): 4-13.
- Tommasetti R, *Rischio da saper gestire*. L'infermiere 2005;(2): 10.
- Valeri E, Lombardi L, Tulli U, *Risk Management in emodialisi e il coordinatore infermieristico*. Infermiere Oggi 2012 Lug-Set;(3): 32-35.
- Vanzetta M, Vallicella F, *Errori e assistenza infermieristica. Come garantire la sicurezza delle persone assistite?* Management infermieristico 2003;(3): 28-35.
- Valeri E, Lombardi L, Tulli U, *Risk Management in emodialisi e il coordinatore infermieristico*. Infermiere Oggi 2012 Lug-Set;(3): 32-35.

## SITOGRAFIA

- Anaya D, *Nursing Malpractice*. Australian Nursing Journal 2005 April; 20(9):32. Disponibile presso: URL: <http://www.safetyandquality.org/> Accesso: 4 maggio 2016.
- Chassin R, Galvin R, *The urgent need to improve health care quality*. JAMA 1998; 280: 1000-1005 Disponibile presso: URL: <http://www.jama.ama-assn.org/issues/v280n11/abs/jst80006.html> Accesso: 04 maggio 2016.
- Dranove D, Gron A, *Effects of the malpractice crisis on access to and incidence from Florida*. Health Aff (Mill Wood) 2005 May-Jun;24(3):802-10 Disponibile presso: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> Accesso: 06 maggio 2016.
- Jeong-Hee K, Chul-Woung K, Sang-Yi L, *Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment*. J Prev Med Public Health. 2014 Sep; 47(5): 273-280. Published online 2014 Sep. Disponibile presso: biblioteca digitale Ipvsvi Roma Accesso: 21 Agosto 2016.
- Ministero della Salute e delle Politiche sociali, *Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico*. Governo clinico e sicurezza del paziente 2009 Set. Disponibile presso: URL:<http://www.salute.gov> Accesso: 07 Agosto 2016.
- Ministero della Salute, *Raccomandazione n 7. Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica*. Governo clinico e sicurezza del paziente 2008 Mar. Disponibile presso: URL:<http://www.salute.gov> Accesso: 07 Agosto 2016.
- Ministero della Salute, *Raccomandazione n 1. Il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Coluro di Potassio (KCL) ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio*. Governo clinico e sicurezza del paziente 2008 Mar. Disponibile presso: URL:<http://www.salute.gov> Accesso: 07 Agosto 2016.
- Neale G, *Are the risks of hospital practice adequately recognised by incident reporting?* Quality Safety Health Care 2005 Apr;14:78-79. Disponibile presso: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> Accesso: 06 Maggio 2016.
- Oboh L, *A pill for every ill: the dangers of polipharmacy in older people*. Nurse residential care, oct 2013;15(10): 666-669 Disponibile presso biblioteca digitale Ipvsvi Roma. Accesso: 21 Agosto 2016.
- Paterson R, *Protecting patients' rights in New Zealand*. Med Law 2005 Mar;24(1):51:60 Disponibile presso: URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> Accesso: 05 maggio 2016.
- Pontus C, *Hospital medical errors continue to draw media coverage*. Massachusetts Nurse 2005 March; 76(2):13 Disponibile presso: URL: <http://www-it.ebsco.com/online> Accesso: 04 maggio 2016.
- Quando l'errore entra in ospedale*. CINEAS 2002 Apr. Disponibile presso: URL:<http://www.cineas.it>. Accesso: 02 maggio 2016
- Reason J, *Human error: models and management*. BMJ 2000;320: 768-70. Disponibile presso: URL: <http://www.ebn.bmjournals.com> Accesso: 29 Aprile 2016
- Stanhope N, Crowley-Murphy V.C, O'Connor A.M, Taylor-Adams S.E, *An evaluation of adverse incident reporting*. NCBI 2000 feb;5(1): 1-4 Disponibile presso: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> Accesso: 02 Maggio 2016.

# Report giornata finale formazione sul campo in EBP

(progetto 4.16.1 del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica)

Il 3 dicembre 2016 si è svolta, presso il Collegio Ispasvi di Roma, la giornata conclusiva del progetto di formazione sul campo in *Evidence Based Practice*, anno 2016, coordinata dal direttore del Polo della Pratica Clinica del Cecri, Stefano Casciato, e dall'esperta del Polo, Maria Matarese.

I gruppi di lavoro hanno presentato l'attività di ricerca svolta nel 2016, costituita da cinque revisioni sistematiche della letteratura su argomenti di impatto rilevante sulla pratica infermieristica.

## Gruppo 1

*Efficacia dei sistemi di fissaggio dei sondini naso-gastrici.*

Gruppo di lavoro: Silvia Ottaviani, Antonello Pucci. Tutor, Valentina Vanzi.

È stata condotta una revisione sistematica per valutare quale metodo di fissaggio del sondino nasogastrico sia più efficace per impedirne la rimozione o dislocazione accidentale, per prevenire le lesioni cutanee e l'insorgenza di complicanze (polmoniti ad ingestis, sinusiti e/o epistassi).

Sono stati messi a confronto presidi e tecniche diverse, come, ad esempio, il cerotto tagliato ad hoc, il cerotto adesivo già conformato e la briglia nasale.

La revisione sistematica ha individuato sei articoli che mettevano a confronto presidi diversi, in *setting* diversi e con tipologie di pazienti diverse.

A causa dell'eterogeneità dei presidi utilizzati e degli esiti valutati non è stato possibile effettuare una meta-analisi.

## Gruppo 2

*L'esperienza di decidere sul trattamento da intraprendere in seguito alla diagnosi recente di tumore della prostata.*

Gruppo di lavoro: Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Alessandro Cinque, Kusumam Pampoorickel. Tutor, Silvia Sferazza.

È stata effettuata una revisione degli studi qualitativi che hanno esplorato l'esperienza dell'uomo che deve prendere una decisione riguardo il trattamento da effettuare dopo una diagnosi di cancro prostatico localizzato.

I risultati hanno evidenziato come la scelta del trattamento da eseguire (chirurgico, farmacologico o sorveglianza attiva), subito dopo la diagnosi, sia influenzata da molti fattori: i consigli di persone care, i sentimenti e le reazioni emotive provate, le informazioni disponibili e, non ultimo, l'influenza degli specialisti che spesso nel momento di prendere la decisione si sostituiscono ai pazienti stessi.

Da questa revisione si evidenzia, inoltre, come i pazienti siano consapevoli dei possibili benefici e rischi sia mentre scelgono il loro trattamento, sia mentre sono sottoposti a quest'ultimo.

## Gruppo 3

*L'uso del diario narrativo nei pazienti ricoverati in terapia intensiva per la prevenzione della sindrome da stress post-traumatico dopo la dimissione.*

Gruppo di lavoro: Sergio Boi, Anna Little. Tutor, Marina Palombi.

È stata effettuato una revisione sistematica per valutare l'efficacia del "diario del paziente" per la riduzione dei disturbi psicologici post-dimissione dei pazienti ricoverati in una Terapia Intensiva.

Studi, infatti, riferiscono che i pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva hanno un alto rischio di soffrire di sindrome da stress post-traumatico o di altri disturbi psicologici derivanti dal ricovero in terapia intensiva.

Per prevenire tali disturbi è stato proposto da alcuni anni l'uso del paziente, cioè di un quaderno nel quale parenti, infermieri e altro personale annotano e commentano giorno per giorno fatti, avvenimenti, ricordi, considerazioni relativi ad un paziente sedato e ventilato ricoverato in area critica. Dopo la dimissione il paziente può leggere il suo diario per comprendere cosa sia successo durante il ricovero.

Una precedente revisione sistematica della Cochrane Library del 2014 ha individuato evidenze deboli a supporto dell'uso del diario.

Pertanto, si è voluto indagare se fossero stati pubblicati ulteriori studi sperimentali che potessero dare supporto scientifico all'uso di tale strumento nella prevenzione della sindrome da stress post-ricovero.

La ricerca è stata limitata ad articoli sperimentali o quasi sperimentali pubblicati dal gennaio 2014 ad aprile 2016, in lingua inglese, francese, tedesco, italiano, spagnolo e portoghese. Solo un ulteriore studio è stato reperito.

A causa del numero limitato degli studi e dell'eterogeneità nei tempi di valutazione dei sintomi e degli strumenti utilizzati per valutarli, non è stato possibile combinare i risultati in una meta-analisi e ricavare evidenze scientifiche forti. Sono necessari ulteriori studi per confermare l'efficacia dei diari per la prevenzione dei disturbi post-dimissione dei pazienti ricoverati in terapia intensiva.

#### **Gruppo 4**

*L'efficacia della pratica del rooming-in nelle unità di Ostetricia per il miglioramento del legame madre-bambino.*

Gruppo di lavoro: Stefania Di Berardino, Alessandra Labella, Tutor, Claudia Lorenzetti e Lucia Mauro.

È stata effettuata una revisione sistematica per valutare l'efficacia del rooming-in ospedaliero (il neonato viene lasciato in stanza con la neo mamma per tutto il tempo della degenza ospedaliera) rispetto alla permanenza dello stesso nel nido delle unità di Ostetricia.

Lo studio ne ha incluso altri pubblicati negli ultimi 20 anni e non ne è stato alcuno sperimentale che abbia comparato il rooming-in al nido. Invece, ne esistono numerosi descrittivi, osservazionali o caso-controllo, che descrivono come l'utilizzo del rooming-in abbia implicazioni positive sull'allattamento al seno e sul rapporto-madre-bambino.

Al contrario, in altri studi, viene evidenziato come il rooming-in sia poco accettato dalle mamme perché considerato "faticoso e stressante".

#### **Gruppo 5**

*L'esperienza dell'infermiere nell'assistenza al paziente anziano.*

Gruppo di lavoro: Paola Cocchia, Susanna Colangelo, Giuseppe Minnella, Laura Scozzo, Tutor, Maria Matarese.

È stata effettuata una revisione di studi qualitativi per esplorare quali siano le esperienze dell'infermiere che assiste persone anziane nelle istituzioni sanitarie. I risultati hanno evidenziato come l'esper-

ienza degli infermieri sia variegata, complessa e contraddittoria.

Alcune riportano la soddisfazione di lavorare con l'anziano, mentre altre ne riportano la frustrazione rispetto alla percezione di un tipo di assistenza percepita come "de-professionalizzante".

Alcuni contesti di cura (Dipartimenti di Emergenza) appaiono inadeguati alla richiesta assistenziale dell'anziano, creando conflitti emotivi nell'infermiere che si trova a dover rispondere contemporaneamente a necessità assistenziali antitetiche: i bisogni primari dell'anziano connessi alla fisiologica lentezza dell'età e l'urgente richiesta di "assistere l'infartuato".

La contraddizione potrebbe essere sanata valorizzando maggiormente le cure umanizzate il cui fulcro è la personalizzazione della cura, come viene riconosciuto dagli infermieri operanti negli hospice o in alcune Rsa, dove una piccola azione può fare la differenza per chi la riceve.

## **Nel 2020 le malattie croniche costituiranno l'80% delle patologie**

Nel 2020, le patologie croniche, responsabili a livello globale dell'86% di tutti i decessi (con una spesa sanitaria di 700 miliardi di euro) rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

In Europa, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e con il progressivo invecchiamento della popolazione le malattie croniche diventeranno sempre più la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità.

L'Italia, con una percentuale di over 65 sul totale della popolazione (il 21,2%) è in prima linea.

Attualmente, circa due milioni e 600mila anziani vivono in condizione di disabilità e il 51% della spesa per i ricoveri ospedalieri è attribuita alla fascia di età over 65: una vera e propria emergenza sanitaria che cambia il modello stesso dell'assistenza spostando sempre più il baricentro dall'ospedale al territorio.

Per affrontare la sfida, il ministero della Salute-Direzione generale della Programmazione sanitaria ha messo a punto il Piano nazionale della cronicità che disciplina le modalità di assistenza dei pazienti affetti da malattie croniche: l'ospedale come snodo di alta specializzazione; l'integrazione tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche; la continuità assistenziale per supportare il paziente in ogni fase; il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri e i piani di cura personalizzati sono i capisaldi della strategia che ha lo scopo di migliorare la tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale.

Tra le sfide alle quali è chiamato a rispondere il sistema sanitario, intanto, c'è il diabete, una delle malattie croniche a più rapida crescita, che in Italia colpisce circa 3.600.000 di persone e che entro il 2035 sfiorerà in Europa il tetto dei 70 milioni di pazienti, contro gli attuali 52 milioni. Si stima che il 50% dei pazienti muoia a causa di malattie cardiovascolari, il 10-20% per insufficienza renale, mentre il 10% subisce un danno visivo. Tra le persone anziane con diabete di tipo 2 gli eventi cardiovascolari legati alle complicanze della malattia sono la principale causa di mortalità: il 70% dei decessi in questa fascia d'età è dovuto ad un evento cardiovascolare, in primis infarti e ictus.

Altissimo l'impatto economico per il Ssn, con costi complessivi, diretti e indiretti, stimati in 20,3 miliardi di euro l'anno. Anche se una presa in carico del paziente da parte del medico di medicina generale, con la possibilità di prescrivere tutti i farmaci, inclusi gli innovativi, sarebbe quindi un'opportunità.

## L'infermiere di famiglia e di comunità la soluzione per la continuità assistenziale?

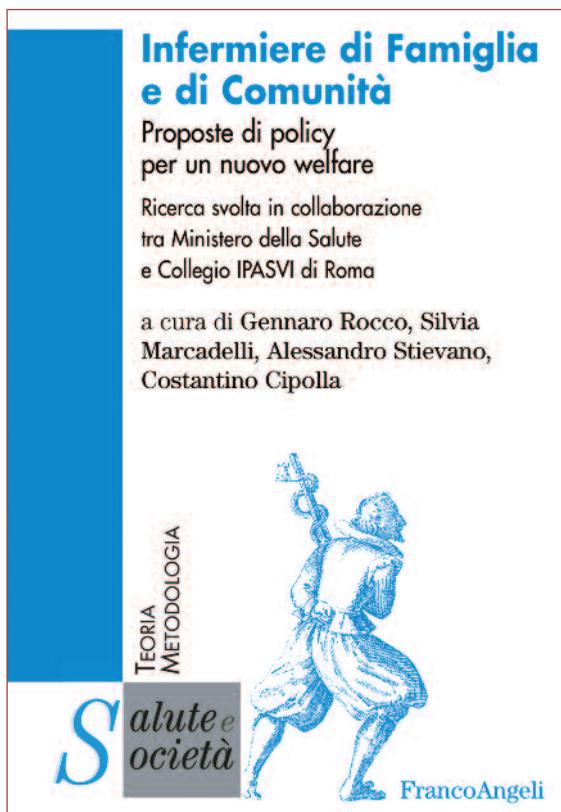
**D**a oltre un decennio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il ruolo di una figura professionale nuova e centrale per l'assistenza di base: l'infermiere di famiglia. Da allora, in Italia, sono stati fatti vari tentativi d'inserimento di questo nel sistema sanitario, senza però mai giungere ad una sua ratifica e regolamentazione ufficiale.

Nel processo di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che, a fronte di una riduzione dei servizi ospedalieri, dovrà necessariamente prevedere un potenziamento dei servizi territoriali e delle cure primarie, l'introduzione dell'infermiere di famiglia e di comunità può costituire una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.

Questo volume si pone, dunque, un obiettivo piuttosto ambizioso: dimostrare come l'infermiere di

famiglia e di comunità sia indispensabile, oggi, per affrontare l'odierna trasformazione in atto nella *clinical governance* e come debba costituire un punto di riferimento nelle cure dell'assistenza socio-sanitaria integrata.

Ripercorrendo le tappe che nel panorama internazionale hanno concorso a costituire la figura dell'infermiere di famiglia e di co-



munità, il volume, che rappresenta la prima ricerca nazionale sul tema condotta con una metodologia di tipo quali-quantitativo (svolta in collaborazione tra il ministero della Salute e Collegio Ipasvi di Roma) ha l'obiettivo di analizzare, e favorire, la legittimazione di questa figura professionale.

Il libro è diviso in tre grosse sezioni, ognuna con svariati capitoli di approfondimento. La prima dedicata al: "Contesto internazionale del family e community nursing"; la seconda a: "L'infermiere di famiglia" e la terza alle: "Esperienze di infermieristica di famiglia nelle regioni italiane".

L'intero tomo si avvale della prefazione della presidente e del past president del Collegio Ipasvi di Roma, Ausilia Pulimeno e Gennaro Rocco; nonché dell'introduzione del sociologo Costantino Cipolla.

*Gennaro Rocco, Silvia Marcadelli,  
Alessandro Stievano,  
Costantino Cipolla (a cura di)*

**Infermiere di famiglia e di comunità.  
Proposte di policy per un nuovo welfare.**  
FrancoAngeli, 2017, 386 pagg (45 euro)

## La "fuga dei cervelli" fenomeno da analizzare e comprendere

**I**l volume è una vera e propria ricerca dell'Istituto di Studi Politici "S. Pio V" che analizza quanto finora è stato pubblicato in materia, raccogliendo i dati statistici disponibili e utilizzandoli per individuare le prospettive percorribili.

Nel 2015, sono rimpatriati 30.052 italiani, mentre 102.259 connazionali si sono cancellati dalle anagrafi dei loro comuni per andare a stabilirsi in Paesi esteri.

Questo consistente esodo, che ha un precedente solo nel 2004 (102mila espatriati), ci riporta indietro di quarant'anni. Infatti, il 1974 era stato l'ultimo anno in cui gli espatri dal nostro paese avevano superato le 100mila unità, dopo che costantemente si erano superati i 200mila espatri lungo tutto il periodo del secondo Dopoguerra e dopo che nel 1961 si era raggiunta la cifra record di 387mila.

L'esodo di massa, che si pensava un ricordo d'altri tempi a fronte del fenomeno dell'immigrazione iniziato verso la metà degli anni Settanta e continuato fino ai nostri giorni, è ripreso con due caratteristiche prima assenti: nei flussi attuali sono coinvolti in prevalenza giovani italiani, e in larga misura si tratta di diplomati e laureati. Ancora, all'inizio del Duemila i migranti con istruzione superiore e terziaria erano un sesto del totale: ora, sono la metà.



Quello che viene anche chiamato comunemente "fuga dei cervelli" è una questione di attualità che andrà sempre più affermandosi nel futuro dell'Italia.

In termini esatti la questione si pone su due orientamenti contrapposti, con diverse posizioni intermedie: il primo enfatizza l'entità dei flussi in uscita, mentre il secondo ne ridimensiona la portata. Questo confronto non sempre è stato sostenuto da un supporto adeguato dei dati statistici o quanto meno da un loro commento pertinente. Il XIV Rapporto di AlmaLaurea sulla condizione lavorativa dei laureati osserva (2014) che, ad un anno dal conseguimento del titolo di secondo livello, lavora all'estero il 6% degli occupati. La loro quota si riduce al 4% se si sottraggono al conteggio i laureati stranieri (in Italia) che ritornano in patria. Per giunta,

a recarsi all'estero sono i laureati specialistici provenienti da famiglie benestanti, che risiedono e hanno studiato nel nord Italia e hanno fatto delle esperienze all'estero già durante l'università.

*Benedetto Coccia, Franco Pittau, a cura di*  
**Le migrazioni qualificate in Italia**  
**Ricerche, statistiche, prospettive**  
Idos edizioni, 2016, 207 pagg

## L'assenza ingiustificata dal servizio Un caso di truffa ai danni dello Stato

**A**lla luce dei fatti di recente contestati ad alcuni dipendenti di strutture sanitarie pubbliche, che stanno interessando anche le attuali cronache giornalistiche nazionali, in questo contributo ritengo utile riportare una significativa sentenza resa nell'anno 2014 dalla Corte di Cassazione in tema di assenze ingiustificate dal servizio.

Trattasi della sentenza n. 9047/2014 con la quale la II sezione penale della Suprema Corte ha rigettato il ricorso con cui un infermiere aveva impugnato la sentenza della Corte di Appello di Milano, che lo aveva condannato per il delitto di truffa aggravata alla pena di sei mesi di reclusione e al pagamento di 600 euro di multa.

Tale condanna trae origine dalla condotta posta in essere da un dipendente che si era assentato dal lavoro per due giorni presentando un certificato medico, ma che si era scoperto aver partecipato nel periodo della asserita malattia ad una gara di *body building*, con conseguente ingiusto profitto di una retribu-

zione non dovuta, a danno dell'azienda ospedaliera nella quale prestava servizio.

Ad avviso dell'imputato la sentenza della Corte di Appello sarebbe dovuta essere riformata in quanto non assistita da adeguata motivazione nella parte in cui aveva accertato la falsità del certificato medico prodotto a giustificazione della propria assenza per malattia.

In secondo luogo, l'imputato censurava la sentenza di secondo grado nella parte in cui aveva ritenuto insussistente la patologia attestata nel certificato medico; una patologia (nello specifico, faringite con infiammazione delle vie respiratorie) che, a suo dire, sarebbe stata incompatibile con lo svolgimento della attività di infermiere, ma tuttavia conciliabile con la partecipazione ad una gara di *body building*.

Ricordiamo, perciò, che l'art. 640 del codice penale punisce con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 51 ad 1.032 euro: "*Chiunque, con artifici o raggiri, inducendo taluno in er-*



rore, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno. La pena è della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 309 a euro 1.549. 1) se il fatto è commesso a danno dello Stato o di un altro ente pubblico o col pretesto di far esonerare taluno dal servizio militare [...]”.

Nella specie, il ricorso è stato ritenuto manifestamente infondato e dichiarato inammissibile sulla base delle seguenti motivazioni: “Ai fini della configurazione del delitto di truffa, nel quale l’artificio e raggio è costituito dalla presentazione di un certificato medico attestante una malattia ritenuta insussistente in forza di plurime considerazioni di fatti, non è necessario esperire una particolare procedura (dichiarazione di falso o altro) diretta a vanificare formalmente l’efficacia probatoria del documento esibito”.

E ciò in quanto, ha specificato la Suprema Corte, in tal caso, l’efficacia probatoria del certificato medico “può ragionevolmente rilevarsi in base ad una serie di circostanze deponenti con particolare chiarezza per la falsità del documento e comunque per l’inidoneità dei sintomi influenzali ivi rappresentati a giustificare la assenza dal lavoro”.

Sempre la Suprema Corte ha osservato, come i Giudici di merito avessero puntualmente rilevato due circostanze per nulla contestate dal ricorrente: da un lato, l’imputato in precedenza aveva inviato un certificato, per giustificare l’assenza, privo della specificazione della malattia e ritenuto dal datore di lavoro non idoneo; dall’altro, in sede disciplinare aveva ammesso di essersi assentato dal lavoro per partecipare ad una gara di *body building*, alla quale si preparava da mesi ed a cui non poteva rinunciare. In forza di tale motivazione, la Suprema Corte ha dunque condiviso - ritenendolo congruo e logico - il ragionamento seguito dal Tribunale e dalla Corte di Appello di Milano, in forza del quale

è da escludere che possa partecipare ad una gara sportiva che richiede, evidentemente, una certa prestanza fisica colui che si dichiara indebolito da una sindrome influenzale, al punto tale da necessitare di assentarsi dal servizio.

Hanno infine concluso i Giudici di legittimità: “Se poi la patologia influenzale si fosse presentata lieve, tale da consentire la partecipazione ad una gara così impegnativa sul piano della forza fisica, la predetta certo non sarebbe stata in grado di impedire alla persona così influenzata una normale, non certo impegnativa dal punto di vista fisico, attività lavorativa quale quella dell’infermiere, magari svolta, tenendo conto delle possibili contaminazioni all’esterno, con i più opportuni e possibili accorgimenti”.

In applicazione dei suesposti principi, possiamo, pertanto, concludere come **non rischi soltanto il licenziamento, ma anche una condanna per il reato di truffa aggravata (c.d. truffa ai danni dello Stato) il dipendente che presenti al proprio datore di lavoro una certificazione medica attestante una patologia insussistente**, ed in ogni caso (come nel caso di specie) compatibile con lo svolgimento dell’attività lavorativa.

A tal fine, il datore di lavoro che voglia contestare la certificazione prodotta non è tenuto necessariamente ad esperire una particolare procedura volta a vanificare formalmente l’efficacia probatoria del documento esibito: la falsità del certificato potrà, infatti, essere rilevata anche in base a una serie di circostanze risultanti particolarmente chiare, quali ad esempio il fatto che i sintomi indicati nel certificato appaiono tali da essere ritenuti inadeguati a giustificare l’assenza dal lavoro, ed anzi siano considerati compatibili con l’esercizio della attività professionale.

Avv. Nicoletta Galli

## Il gruppo “Gesto”, esperti in stomaterapia si allarga al centro Italia

Il gruppo Gesto, composto da 47 infermieri stomaterapisti da tutt’Italia, inizia le proprie attività nelle regioni del centro Italia, con 15 infermieri esperti, per sviluppare progetti di valore a favore dei portatori di stomia, più di 70 mila, 9 mila solo nel Lazio.

Evitare che la persona viva la stomia come un handicap, è l’obiettivo degli infermieri stomaterapisti del nostro Paese: per queste persone - il gruppo “Gesto” - lavora in maniera volontaria su tutto il territorio italiano per diffondere la cultura della stomia e sensibilizzare sulle conoscenze e competenze richieste per un’assistenza di qualità.

Il gruppo, formato da infermieri esperti, è un’iniziativa innovativa interregionale: già attivo nel nord, dove collabora con i collegi Ipvsi e associazioni di categoria e di pazienti, adesso lavorerà nelle regioni del centro (Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Marche e Sardegna).

Nel Lazio, gli infermieri di “Gesto”: Dario Cilli, Armando Mottola, Carlo Orrù, Rocco Paradiso, Paola Scacchetti e Caterina Schirò fanno parte della Rete Ambulatoriale di Stomaterapia della regione; si offrono volontari, mettendosi a disposizione del legislatore, della pubblica amministrazione, delle associazioni di categoria e di pazienti, per sviluppare progetti di valore, seminari e corsi di formazione.



# 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.

12.05.2017

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

# LA SALUTE MI AVEVA ABBANDONATA. GLI INFERMIERI MAI.

Prendersi cura delle persone,  
con le giuste competenze,  
in ogni momento della loro vita.  
Questa è la professione dell'infermiere.

**ADERISCI ANCHE TU ALLE INIZIATIVE  
PROMOSSE DAL COLLEGIO DI ROMA  
IL PROSSIMO 12 MAGGIO.  
CONTATTACI PER SAPERNE DI PIÙ**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma