

# INFERMIERE

*oggi*

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

# CI SIAMO

N°3-4



**EDITORIALE**  
Dentro  
o fuori  
dal futuro

**FOCUS**  
Resoconto  
delle attività  
del Collegio  
nel triennio  
2015-2017

**LO STUDIO**  
Self Efficacy  
in Cultural  
Care

# INFERMIERE

*oggi*



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
del Collegio IPASVI di Roma

Anno XXVI - N. 3-4 - LUGLIO-OTTOBRE 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

Finito di stampare: ottobre 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 **Dentro o fuori dal futuro**  
*di Ausilia M.L. Pulimeno*

### FOCUS

- 3 **RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL COLLEGIO  
NEL TRIENNIO 2015-2017**

### DICONO DI NOI

- 19 **Grazie allo sblocco dei concorsi una nuova generazione di infermieri  
dimostra competenza e generosità**

### NOTIZIE DALL'ITALIA

- 23 **La Federazione nazionale IPASVI discute il disegno di legge  
per la riforma degli Ordini**

### NOTIZIE DALLA REGIONE

- 24 **Al maxi concorso dell'Umberto I Collegio Ipasvi in strada  
al fianco degli infermieri**

### NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 25 **Gennaro Rocco, direttore scientifico del Cecri, nominato Fellow  
dall'American Academy of Nursing**  
28 **Centro di Eccellenza. Uno studio finanziato dal Cecri vince il prestigioso  
"2017 CVSN Stroke Article of the Year Award" premio assegnato  
dall'American Heart Association**

### CONTRIBUTI

- 29 **Trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica  
Una sfida possibile?**  
*di Silvia Sferrazza, Kusumam Pampoorickel, Natascia Mazzitelli,  
Cinzia Puleio, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese*
- 33 **Self Efficacy in Cultural Care. Il senso di autoefficacia nelle cure  
infermieristiche e nel panorama interculturale**  
**Studio descrittivo correlazionale su un campione di infermieri  
di un Policlinico romano**  
*di Elena Cristofori, Claudia Gaspari*
- 39 **I nuovi orizzonti del management  
L'infermiere e la direzione nell'esecuzione dei contratti**  
*di Carmen Cappitella*
- 46 **Il dolore in area onco-ematologica. Valutazione a confronto tra scale**  
*di Domenico De Gaetano, Silvia Barberi, Alessandra Falcioni*
- 50 **Il supporto della telemedicina nella cura del diabete mellito**  
*di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati*
- 53 **Indagine conoscitiva sulla divulgazione editoriale dell'infermiere militare  
Una ricerca bibliografica**  
*di Antonio Coltellaro, Georgina Luzi*

### LETTO PER VOI

- 59 **Documentare correttamente in sanità  
Il fondamento dell'ospedale moderno**  
60 **Una guida per la corretta e sicura somministrazione dei farmaci**  
61 **Presentato il XII. Rapporto sulle migrazioni**

### L'AVVOCATO DICE

- 62 **La stabilizzazione del personale precario  
nell'ambito della pubblica amministrazione**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



## Dentro o fuori dal futuro

di Ausilia M.L. Pulimeno

È la forza delle nostre ragioni che ci ha condotto fin qui. La stessa che ci porterà ancora molto lontano. Siamo meglio formati e più consapevoli delle nostre capacità, ma soprattutto abbiamo dalla nostra le battaglie giuste, lungimiranti, concrete. Siamo e saremo sempre dalla parte dei cittadini, determinati a migliorare nel loro nome l'assistenza sanitaria, a renderla più fruibile, a misura di persona, attenta all'evoluzione dei tempi, ai processi demografici che pongono problemi epocali come il rapido invecchiamento della popolazione e che aprono anche nuovi scenari sull'organizzazione dei servizi sanitari e del welfare.

Il momento è storico e il passaggio diventa cruciale: dentro o fuori dalla sanità del futuro. Il sistema attuale non regge più fra tagli di budget, personale sanitario ridotto al lumicino e disservizi che complicano oltremisura la vita di chi attraversa una fase difficile della propria esistenza come la malattia. Serve una svolta, un cambio deciso di direzione. E serve subito. Noi infermieri lo indichiamo da tempo e lo sosteniamo in ogni sede con grande forza, quella delle nostre ragioni appunto.

La strada maestra è a doppia corsia: più assistenza sul territorio e più spazio agli infermieri. Due ingredienti indispensabili per costruire e realizzare davvero, non solo a parole, un sistema sanitario meglio organizzato, più efficace e che sappia conservare il suo carattere universale. Significa puntare su un modello organizzativo diverso, capace di sviluppare un'assistenza di prossimità che renda possibile il superamento del sistema ospedalocentrico attuale, che drena molte risorse e intasa inutilmente i nostri nosocomi.

I professionisti in grado di realizzare questa rete ci sono e sono assolutamente pronti a fare la loro parte. Tutta, fino in fondo. E allora dateci spazio. Alla Regione Lazio chiediamo di andare finalmente oltre i programmi e passare ai fatti.

Più territorio vuol dire prevenzione primaria e secondaria oltre che controllo delle cronicità. Si traduce in un deciso miglioramento delle condizioni di salute dei cittadini e in un risparmio sostanzioso di spesa. Lo dicono le positive esperienze maturate ormai da diversi anni in diversi Paesi a sanità avanzata e in alcune Regioni italiane che hanno avuto il coraggio di sperimentare quanto possano dare oggi gli infermieri in termini di salute generale.

La nostra professione è deontologicamente depositaria della "rivoluzione" che serve: una rete di servizi più vicina al cittadino, capillare e operativa dove la gente vive e lavora, dove studia, dove ha più bisogno di assistenza. L'infermiere di famiglia o di comunità, il professionista che fa prevenzione nelle scuole, sui luoghi di lavoro e nelle farmacie, gli ambulatori infermieristici diffusi nei quartieri, l'assistenza domiciliare come sistema d'elezione per il trattamento delle cronicità e delle multi patologie legate all'invecchiamento.

In questo modo e con questi professionisti si può realizzare davvero la continuità di cura con tutti i vantaggi correlati. Questa è la frontiera della nuova sanità che guarda in faccia il futuro e si modella sulle necessità degli assistiti, incurante di chi è concentrato a difendere le proprie rendite di posizione e perciò ostacola il cambiamento.

E poi in ambito ospedaliero, dove nonostante le difficoltà quotidiane gli infermieri assicurano con il loro sacrificio prestazioni irrinunciabili di soccorso e di cura. Anche qui c'è un grande spazio vuoto da riempire con il decollo reale dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie e dei Servizi Infermieristici nelle singole Aziende Sanitarie, per un'organizzazione più autonoma ed efficiente dell'assistenza. Siamo noi i professionisti preparati e tollerati per gestire la persona malata, conosciamo le sue esigenze

come nessun'altro, siamo perfettamente in grado di organizzarci e di modellare i servizi sulla domanda di salute. Che peraltro cresce velocemente e inesorabilmente.

Abbiamo sviluppato competenze specialistiche che ci assegnano di diritto ampi spazi di manovra nella riorganizzazione della rete sanitaria. La stessa comunità scientifica internazionale, che gli infermieri romani hanno imparato a frequentare attraverso le attività del Centro di Eccellenza del Collegio Ipasvi, sollecita caldamente il ricorso alla figura dell'infermiere esperto che si forma attraverso specifici percorsi ed è in grado con la sua pratica avanzata di sostenere la qualità delle cure e un corretto accesso a queste.

Una figura essenziale per un nuovo modello di assistenza che va ancora inquadrata con precisione sotto il profilo contrattuale. E naturalmente anche per l'aspetto retributivo. Abbiamo lottato a lungo per far passare il messaggio che avere infermieri esperti clinici è un grande motivo di orgoglio per la nostra famiglia professionale e che rappresenta una preziosa opportunità per i cittadini che assistiamo.

Finalmente la nostra ostinata insistenza sembra aver fatto breccia, anche se, nonostante l'impegno instancabile della Federazione Ipasvi su questo fronte e il via libera del Ministro della Salute, la normativa non riesce ancora ad approdare al tavolo della Conferenza Stato-Regioni e resta pericolosamente esposta al fuoco di fila di categorie professionali che non vogliono darci spazio.

Eppure i modelli di riferimento non mancano, corroborati su scala internazionale dai dati raccolti in lunghi periodi di sperimentazione. Non mancano nemmeno i professionisti capaci di prendere per mano il cambiamento e tradurlo in realtà. Anche i politici cominciano ad ascoltarci, dopo aver fatto per anni orec-

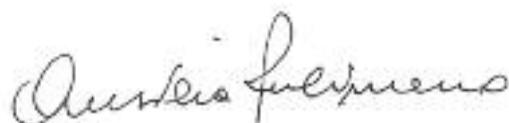
chie da mercante. Sanno che il futuro della sanità passa per gli infermieri. Tanto da inviare i primi concreti segnali di pace.

Così, finalmente, qualcosa si muove nella direzione che abbiamo da sempre indicato: qualche concorso che si sblocca, la mobilità intra ed extra regionale ora possibile, le prime stabilizzazioni contrattuali che sembrano poter andare in porto. Poche gocce, tuttavia, nel mare rappresentato dai paurosi vuoti negli organici infermieristici di quasi tutte le strutture sanitarie di Roma e della provincia, sia pubbliche sia private.

Restano sul tappeto altri gravi problemi che minano quotidianamente il lavoro e il sacrificio di tanti infermieri. Come l'eccessivo ricorso all'esternalizzazione dei servizi infermieristici specie nelle grandi Aziende ospedaliere della capitale. Non è pensabile far lavorare gli infermieri in queste condizioni, non essendo questi coinvolti nell'organizzazione dei servizi perché dipendenti di società o cooperative esterne. Una criticità sulla quale il Collegio si è speso molto nei confronti della Regione Lazio e per la quale attendiamo ancora una soluzione. Che non può tardare oltre.

Il Collegio non è un sindacato e non può intervenire sulla definizione degli organici, sulla loro approvazione né sui provvedimenti organizzativi che riguardano il personale. Ma può e deve difendere la dignità professionale di ciascun iscritto. Per questo non si stanca di esercitare ogni possibile pressione sui livelli decisionali competenti per rimpinguare gli organici infermieristici e stabilizzare i colleghi precari, ricordando ogni volta che sono proprio gli infermieri a tenere in piedi reparti e servizi con uno spirito di sacrificio sì encomiabile ma non per questo infinito.

Continuando così il sistema non reggerà. Bisogna orientare diversamente la spesa sanitaria per renderla più sostenibile, investire sulla componente infermieristica significa garantire un'assistenza più efficace a costi minori. Significa più salute per tutti.



# Focus

**Resoconto delle attività del Collegio  
nel triennio 2015-2017**



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

# Si vota per il rinnovo della cariche Ecco tutti i risultati raggiunti nell'ultimo triennio di lavoro

**T**empo di bilanci e di nuovi impegni istituzionali per il Collegio Ispasvi di Roma, i cui iscritti sono chiamati al rinnovo delle cariche per il prossimo triennio il 26, 27 e 28 novembre 2017. Si voterà dalle 8 alle 20 presso il seggio unico allestito nei locali della sede di viale Giulio Cesare 78 (metro Ottaviano). Per farlo, basterà presentare un documento valido d'identità: preferibilmente, con la tessera di iscrizione all'Albo.

Il nuovo gruppo dirigente uscito dalle urne nel dicembre 2014 e guidato dall'attuale presidente, **Ausilia Pulimeno**, ha presentato alla redazione della nostra rivista i principali risultati conseguiti durante il mandato.

In questo focus, cercheremo di riempirli per aree di interesse, nell'ottica di favorire una piena trasparenza e partecipazione rispetto all'attività svolta a supporto degli iscritti e a garanzia dei cittadini.

"Abbiamo puntato innanzitutto ad imporre le ragioni degli infermieri della cittadinanza su tutti i tavoli istituzionali, dalla Regione Lazio, alle singole Aziende sanitarie e ospedaliere. Al contempo, **abbiamo lavorato per coinvolgere sempre più infermieri nelle attività del Collegio, per ampliare il ventaglio dei servizi gratuiti, per promuovere l'aggiornamento scientifico e la ricerca**", spiega la presidente.

L'esperienza fin qui maturata dice chiaramente qual è il modello da perseguire:

l'infermiere deve essere protagonista dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali con la massima autonomia organizzativa e gestionale dell'assistenza in tutte le Aziende di Roma e del Lazio. "Abbiamo lottato per l'istituzione dei Dipartimenti delle Professioni sanitarie e

per gli investimenti sulle Unità di Degenza Infermieristica, sullo sviluppo dell'assistenza territoriale, sulle Case della Salute, sugli Ambulatori infermieristici, sugli Infermieri di Famiglia e di Comunità nonché sullo sviluppo della libera professione", continua Pulimeno.

## SINTESI ATTIVITÀ COLLEGIO NEL TRIENNIO 2015-2017

Iscritti all'Albo	<b>32.766</b> al 28/09/2017
Trasferimenti in entrata	<b>219</b> al 31/08/2017
Trasferimenti in uscita	<b>188</b> al 31/08/2017
Convocazioni art. 39	<b>50</b> al 31/08/2017
Riunioni Consiglio Direttivo	<b>37</b> al 31/08/2017
Appuntamenti in sede con il legale	<b>335</b> al 28/09/2017
Interventi/lettere del legale	<b>202</b> al 28/09/2017
Esami comunitari (sessioni)	<b>9</b> al 31/08/2017
Esami extracomunitari (sessioni)	<b>8</b> al 31/08/2017
Commissioni esami di laurea	<b>111</b> al 31/08/2017
Rappresentanti di commissione designati dal Collegio	<b>219</b> al 31/08/2017
Verifiche iscrizione Albo richiesti da enti e strutture sanitarie	<b>322</b> al 31/08/2017
Protocolli di posta in uscita/entrata	<b>40.097</b> al 31/08/2017



Il gruppo dirigente del Collegio Ipasvi di Roma alla seduta di insediamento del 22 dicembre 2014

Nonostante le gravi difficoltà del Servizio Sanitario Regionale, alle prese con tagli di risorse e blocco del *turn over* che creano condizioni di lavoro proibitive, **il Collegio Ipasvi di Roma ha dimostrato di avere le idee chiare su come contrastare il precariato, lo sfruttamento e sostenere il decoro della professione**: pressing deciso per l'adeguamento degli organici, sblocco del *turn over* e della mobilità, progressione di carriera legata alla pratica clinica, a quella gestionale e alle competenze specialistiche, potenziamento del corpo professionale accademico, stabilizzazione della dirigenza infermieristica a tutti i livelli dell'organizzazione e diversificazione delle varie posizioni organizzative di infermieri *bed manager*, *case manager*, sviluppo di modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale/territorio, sostegno

alle nuove forme di esercizio libero professionale.

Sul fronte interno, si è continuati ad **ottimizzare le risorse per fornire più servizi a tutti gli iscritti**: corsi Ecm in sede al Collegio e itineranti nei contesti lavorativi, corsi Fad, iscrizione e certificati online, casella Pec, tesserino professionale magnetico, consulenza legale, amministrativa e contabile, accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura infermieristica, abbonamento alla rivista "Infermiere Oggi", accesso al portale della Federazione Ipasvi, ai siti web del Collegio di Roma e del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

**L'impegno sulla trasparenza e la comunicazione** passa ora, oltre che dal sito istituzionale [www.ipasvi.roma.it](http://www.ipasvi.roma.it) e dal portale del Cecri [\[za.eu\]\(http://www.ipasvi.roma.it\) anche dalla pagina Facebook del Collegio, costantemente aggiornata sulle principali novità e offerte agli iscritti al fine di garantire una sempre maggiore partecipazione.](http://www.centrodiexcellen-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

**L'impegno del Consiglio Direttivo e del personale appare totale e crescente in tutti i settori di attività del Collegio.**

Nel corso del 2015, ad esempio, gli uffici hanno gestito una mole di lavoro davvero ragguardevole: 1.200 nuove iscrizioni, circa 3.000 telefonate, oltre 200 tra appuntamenti e interventi dell'ufficio legale, quasi 150 verifiche di iscrizione all'Albo e altrettanti trasferimenti in entrata e in uscita, 15.000 protocolli di posta. E poi la partecipazione assidua nelle commissioni di laurea abilitante, per gli esami ai colleghi stranieri, le decine di riunioni e di sedute del Consiglio Direttivo.

Il Collegio di Roma riceve e gestisce, inoltre, centinaia di richieste di trasferimento all'estero, quasi tutte per il Regno Unito e l'Irlanda. È molto impegnato a supportare e sostenere questi colleghi e ad accogliere i nuovi iscritti stranieri, nel segno di una professione che per sua natura non conosce frontiere ma solo competenze professionali e umanità.

"La posta elettronica certificata **Pec**, poi, è necessaria ad ogni professionista - spiega Pulimeno -: il nostro Collegio la offre **gratis**".

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, è passata da 75 a 60 euro!** Ciò, mantenendo l'efficacia dei servizi offerti conseguendo obiettivi di economicità ed efficienza nella gestione del funzionamento dei servizi. Un passo avanti importante: "Abbiamo usato il pugno duro con i morosi, ma non potevamo fare altrimenti, specie per il rispetto dovuto verso chi la paga regolarmente", spiega la presidente.

## Formazione

Lo sforzo sostenuto dal Collegio per la pianificazione e la realizzazione del programma Ecm è davvero straordinario e conferma la sua leadership a livello nazionale ed europeo per numero di corsie per partecipanti.

Per due anni consecutivi, il Collegio Ipasvi di Roma ha portato a casa il secondo posto in classifica, nella categoria "Ordini e Collegi professionali" come **The Best Provider Ecm**. 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.

Durante il 2015 si sono svolti 52 eventi in favore di circa 4.450 colleghi. Molti corsi sono stati attivati in modalità Fad, con la possibilità di maturare crediti seguendo percorsi formativi direttamente sul proprio pc. Altri 17.316 infermieri hanno scelto questa strada. In tutto Durante il 2016, sono stati realizzati 49 eventi Ecm, a vantaggio di 3.850 discendenti (16.037 in modalità Fad). Nel 2017, ad ora, 33, a cui si aggiungono 5 corsi Fad, per un totale di offerta formativa che ha coinvolto più di 16.000 infermieri. **Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese (per i quali è chiesto un contributo minimo), sono stati completamente gratuiti.** Nel solo anno in corso (dati aggiornati al 20 settembre) sono stati erogati 17.279,3 crediti formativi Ecm. Ai corsi vanno aggiunti i seminari svolti in altrettante sedi formative di Roma e provincia sulla Percezione e conoscenza da parte degli studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica sull'esercizio libero professionale.

**Tra offerta residenziale, itinerante e online, il Collegio di Roma eroga non meno di centomila crediti Ecm ogni anno, un record per le professioni sanitarie!**

## Codice Deontologico

Da lunedì 6 febbraio è partita la consultazione pubblica sul testo della prima stesura e si è chiusa il 30 aprile 2017. Durante questo periodo, ogni infermiere iscritto all'Albo ha potuto, 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 è stata poi inoltrata alla Federazione nazionale a fine maggio. Il Collegio Ipasvi di Roma, oltre a spronare, attraverso tutti i suoi canali di comunicazione, ogni collega a fare la sua parte nel processo di riscrittura del testo, ha nominato anche un'apposita commissione di esperti che ha coadiuvato il lavoro della Federazione nella stesura del Codice Deontologico.

## Libera professione

Nel triennio 2015-2017, la commissione sulla libera professione infermieristica (composta dai consiglieri: Bartolucci; Montalbano; Scerbo e Fiorda) ha effettuato circa 100 consulenze direttamente al Collegio o tramite Pec ed email.

I maggiori argomenti trattati sono stati:

- modalità e norme per iniziare una attività libero professionale;
- costituire un ambulatorio infermieristico (sono state date indicazioni sulle normative regionali e ordinistiche);
- formulazione della tariffa;
- informazioni sulla tutela previdenziale obbligatoria;
- informazioni sugli aspetti e adempimenti fiscali (inclusa una consulenza gratuita di un dottore commercialista);
- norme previdenziali dell'infermiere libero professionista;
- obbligo assicurativo;
- norme e rilascio nullaosta alla pubblicità sanitaria.

In costante aggiornamento, la procedura per inserire i colleghi liberi professionisti che acconsentono al trattamento dei dati da immettere sul sito del Collegio di Roma, anche per la creazione dell'elenco dei Libero Professionisti iscritti al Collegio di Roma.

Il consigliere Francesco Scerbo, libero professionista, è anche componente della Commissione nazionale sulla libera Professione presso la Federazione nazionale Ipasvi.

Anche in questo triennio, negli atenei romani, sono stati tenuti circa 150 seminari sulla libera professione dedicati agli studenti del III anno del Diploma di Laurea in Infermieristica.

Si contano più di 80 seminari in collaborazione con la Federazione nazionale e l'ENPAPI; la consulenza gratuita per la risoluzione dei problemi.

La documentazione prodotta a sostegno della Libera Professione è: il Vademecum sulla Libera Professione, la documentazione di supporto, la documentazione sulla previdenza, i link utili.

# Ipasvi, un pungolo costante per le istituzioni

**U**n triennio intenso anche sotto il profilo della comunicazione istituzionale per il Collegio di Roma, tra emergenze, concorsi bloccati, attività formative e ricorrenze.

E poi i fatti di cronaca che hanno scosso la professione colpendola duramente.

La produzione di lettere e comunicati stampa è stata particolarmente copiosa. In questi anni, il Collegio ha implementato notevolmente la comunicazione inerente i temi professionali anche per quanto riguarda le ricorrenze, prima fra tutte la "Giornata Internazionale dell'Infermiere". Notevole è stato lo sforzo organizzativo ma anche quello comunicativo per coinvolgere i mass media nella divulgazione dell'evento, un'azione risultata determinante per il successo dei "Gazebo della Salute" nelle piazze di Roma e della provincia. "Abbiamo deciso di scendere in piazza con i nostri professionisti e gli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica di tutte le università romane per rinnovare il nostro patto con la cittadinanza per una sanità più efficace, più accessibile, più equa - ha spiegato in un comunicato del Collegio la presidente Ausilia Pulimeno - Un'occasione importante anche per promuovere la figura dell'infermiere, il suo ruolo strategico nel Servizio Sanitario Nazionale e per rilanciare l'immagine di una professione ancora poco valorizzata nel nostro Paese". Grande l'impegno anche sul fronte della promozione dell'attività di ricerca condotta dal Centro di Eccellenza di Roma. Ogni incontro, convegno o giornata di studi inerente l'attività del Cecri è stata preceduta e seguita da inviti, annunci e resoconti diramati alle principali testate giornalistiche della carta stampata, radio-televisive e del web. Un'opera di divul-

gazione puntuale e costante che, anche grazie alla presenza di esperti di fama mondiale, ha finalmente convinto i media dell'eccellente livello qualitativo raggiunto ricerca infermieristica a Roma.

Così pure per gli eventi di formazione professionale organizzati dal Collegio, per le giornate di studio e di aggiornamento che hanno coinvolto migliaia di colleghi romani e non solo, con una consistente produzione di comunicati funzionale a favorire una percezione pubblica dell'infermiere come quella di un professionista preparato, aggiornato e attento agli sviluppi della professione.

Molto caldo anche il fronte della comunicazione con le istituzioni sanitarie del territorio. Gli interventi del Collegio sotto forma di lettere, fax, e-mail e note sono

stati molteplici e ripetuti, specie sui problemi più scottanti che interessano la professione e l'assistenza ai cittadini. L'azione di "pressing" è stata costante su problemi come quello del precariato e delle stabilizzazioni.

Interventi decisi sulla Regione Lazio anche per scongiurare ipotesi di demansionamento, come per la lettera al presidente Zingaretti del 26/6/2015 in cui si contestava la delibera sui requisiti per l'apertura di strutture socio assistenziali che inizialmente escludeva la figura infermieristica con funzioni di coordinamento degli Oss. Sul problema del possibile demansionamento della professione, il Collegio è tornato a protestare con forza contro l'utilizzo improprio degli infermieri protestando per l'approvazione



di alcuni atti deliberativi che, per l'accreditamento di strutture socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali, pongono di fatto sullo stesso piano gli infermieri con assistenti domiciliari, Osa, Ota assistenti familiari e altre figure professionali che nulla hanno a che fare con l'assistenza infermieristica. "Un'equiparazione inaccettabile - la definisce la presidente Pulimeno nella lettera del 7/4/2015 al presidente Zingaretti e alla Cabina di regia del SSR D'Amato - che ricaccerebbe la professione infermieristica indietro di decenni, negandole il rango che ha guadagnato sul campo con la formazione universitaria e l'alta specializzazione nell'area dell'assistenza alla persona".

Una battaglia condotta a suon di iniziative legali e comunicazioni scritte alla Regione Lazio anche sul caso dell'attivazione del "See and Treat" alla Asl RM/C, osteggiato in tutti i modi da alcuni sindacati medici e dallo stesso Ordine dei medici di Roma attraverso il suo presidente Lala. "La Asl RM/C - scrive tra l'altro la presidente Pulimeno in una lettera del 5/5/2015 indirizzata a Zingaretti, D'Amato e al direttore generale della Asl Saitto - ha raccolto e utilizzato per prima nel Lazio un'esperienza che è già pluriennale in altre Regioni dove ha prodotto ottimi risultati...".

Più recentemente è stato il tema caldissimo della stabilizzazione per i gli infermieri precari ha produrre un copioso carteggio tra il Collegio, la Regione e le singole Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma. "Le aspettative di stabilizzazione di migliaia di infermieri con contratti precari continuano ad essere deluse - scrive il 2/2/2017 la presidente Pulimeno a nome del Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio in una lettera al presidente Zingaretti, al presidente della Commissione Sanità del Regione Lazio, Lena, e al dottor D'Amato - 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".

Con insistenza e ricorrendo anche a toni perentori il Collegio è intervenuto reiteratamente anche per l'ormai famoso caso del concorso per infermieri indetto dall'Azienda Policlinico Umberto I, atteso da anni da migliaia di colleghi e bloccato in extremis per due volte prima di poter essere finalmente espletato. Altri fronti hanno impegnato il Collegio nella corrispondenza istituzionale con la stessa Regione Lazio e con le Aziende sanitarie e ospedaliere del territorio, oltre che con le strutture sanitarie private alle prese con dolorosi piani di ristrutturazione che coinvolgono la vita e il futuro di migliaia di infermieri e delle loro famiglie.

Nel nome dell'autonomia professionale, in più occasioni il Collegio ha censurato attraverso lettere e comunicati le resistenze che impediscono ancora il decollo dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie nelle singole Aziende, nonostante un quadro normativo chiaro e disposizioni altrettanto precise impartite dalla Regione Lazio.

Una stampa spesso superficiale e male informata ha tenuto impegnato il Collegio con una lunga serie di precisazioni e richieste di rettifica per articoli o servizi diffamatori nei confronti della professione. In molti casi è stato necessario intervenire per contestare titoli e contenuti redazionali sbagliati, come fatti di cronaca anche molto gravi attribuiti erroneamente a infermieri, magari solo perché i protagonisti operano in ambito sanitario. E ancora presunti scandali per disfunzioni nei servizi sanitari le cui responsabilità vengono riferite maldestramente agli infermieri.

Ma la professione è anche cuore e solidarietà.

In più occasioni, il Collegio ha avvertito l'esigenza di esprimere il sentimento di tutti gli iscritti al cospetto di eventi drammatici come il terremoto che ha colpito l'Italia centrale lo scorso anno. "Si resta costernati di fronte a una tragedia così grande che tocca nel profondo del cuore

ciascuno di noi con un sentimento di fraternità e vicinanza - si legge in un comunicato del 25 agosto 2016 - La comunità infermieristica romana si stringe attorno ai Colleghi dei centri colpiti dal sisma subito impegnati nell'emergenza e collabora attivamente alla macchina dei soccorsi sin dalle prime ore. Unitamente alla Federazione Ipasvi, il Collegio è pronto ad offrire tutto il sostegno operativo necessario al Coordinamento Infermieri Volontari per l'Emergenza Cives Onlus per il reclutamento di professionisti qualificati da inviare nei prossimi giorni nelle aree terremotate e negli ospedali individuati per l'assistenza ai feriti".

Gli infermieri romani si stringono anche per la tragedia dell'Hotel Rigopiano, dove muore la giovane collega *Valentina Cicioni, l'ultima vittima recuperata dalle macerie. Il Collegio esprime il suo cordoglio con parole molto intense.*

Vicende dolorose, ma anche storie in cui la professione vince con i suoi valori, e con il coraggio dei suoi professionisti. Come per l'incredibile storia della bimba avvelenata dalla mamma e salvata al Bambino Gesù. "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 - recita il comunicato del Collegio - 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. Il Collegio è onorato di annoverare Katuscia e Chiara tra le sue iscritte, colleghe che danno lustro e spessore sociale alla nostra professione e meritano perciò il nostro abbraccio riconoscente".

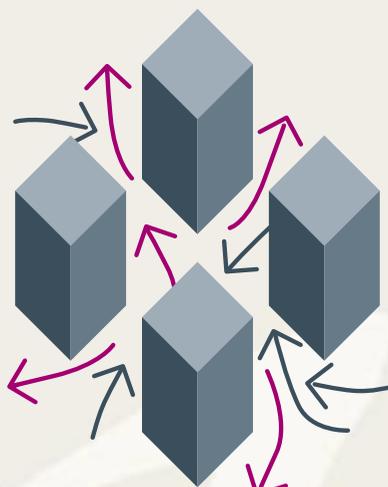
# Centro di Eccellenza, una scommessa vinta!

**È** stato un triennio ricco di iniziative, eventi e nuovi traguardi raggiunti per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

L'obiettivo è stato quello di consolidare una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica clinica permeata dal sapere scientifico, creando tre eventi formativi a tale scopo nel solo anno in corso.

Il primo si è svolto il 23 marzo, presso l'aula Fleming dell'Università degli Studi di Roma - Tor Vergata ed il titolo ha focalizzato l'attenzione sulle malattie croniche come l'osteoporosi "**L'infermiere e l'osteoporosi: il valore dell'aderenza terapeutica**". Tale evento, che ha visto la presentazione di un progetto ad ampio respiro del Cecri sull'assistenza nell'osteoporosi, ha visto la partecipazione di illustri studiosi del campo e ha raccolto la partecipazione entusiasta di numerosi colleghi. Inoltre, con il patrocinio della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi si è svolto, il 12 aprile, al Ministero della Salute, l'evento "**Nursing Sensitive Outcome. Studio Multicentrico nazionale: presentazione dei risultati**".

Tale giornata congressuale, che ha visto la partecipazione di colleghi da tutta Italia, e che ha illustrato progetti di ampia rilevanza sugli esiti sensibili per l'assistenza infermieristica è stata centrata sulla valutazione di esito delle cure sanitarie. Le motivazioni che hanno generato la valutazione degli Esiti Sensibili alle cure Infermieristiche (ESI), hanno portato, in particolare, alla conduzione di uno studio multicentrico e risiedono nell'*accountability*, intesa come la responsabilità diretta degli operatori sanitari di rendere conto dell'efficacia delle cure. In quest'ottica, la valutazione degli *outcome* relativi alle cure ed all'assistenza rap-



## Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

presenta un elemento importante per tutti gli attori coinvolti nei processi, siano essi organizzatori, pazienti e professionisti sanitari.

Nell'evento congressuale sono stati presentati i risultati di uno studio multicentrico nazionale che ha riguardato tre esiti sensibili alle cure infermieristiche (lesioni da pressione, cadute e contenzione) che ha coinvolto 27.065 pazienti, 3.214 infermieri e 189 coordinatori dell'assistenza.

Il IX Workshop del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica si è poi svolto al Ministero della Salute, il 23 maggio, con il patrocinio del Ministero stesso, della Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi, del Commission Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS) l'Ente statunitense che certifica la mobilità degli infermieri e di altre 6 professioni sanitarie in tutto il mondo da e verso gli Stati Uniti e dalla Florida Atlantic University (FAU).

L'evento congressuale, denominato

*"Avanzare il sistema salute attraverso la specializzazione infermieristica"*, ha focalizzato l'attenzione su un tema molto attuale nello sviluppo del nursing nel nostro Paese. Infatti, è sulle competenze cliniche "perfezionate", "esperte" e "specialistiche": che l'infermieristica del presente e del futuro si deve sviluppare anche in Italia. Un percorso su cui disegnare la professionalità: quella della clinica, che rappresenta la linea del governo dei processi assistenziali. Il modello di evoluzione delle competenze infermieristiche, già elaborato da un gruppo di infermieri esperti sotto l'egida della Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi, richiama su questi due assi i livelli di competenza che l'infermiere acquisisce attraverso specifici percorsi formativi.

Il primo livello corrisponde all'infermiere in possesso di laurea triennale, che non ha bisogno di modificazioni sostanziali e rappresenta, in ogni caso, la matrice "core" della competenza da cui originano i successivi livelli di approfondimento o di espansione. C'è poi l'infermiere con perfezionamento clinico o gestionale, che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di sviluppare le sue competenze "core" applicate a un'area operativa specifica. Il terzo livello è quello dell'infermiere esperto clinico in grado di approfondire le sue competenze in un settore particolare dell'assistenza infermieristica ed esperto di parti di processo assistenziale, di peculiari pratiche assistenziali specifiche o con capacità di governo dei processi organizzativi e di risorse in unità organizzative. Infine, al quarto e più avanzato livello, c'è l'infermiere specialista con laurea magistrale specifica in scienze infermieristiche con orientamento clinico a cui potrebbe seguire un dottorato

in pratica clinica avanzata.

Nello specifico, tale evento, che ha visto la partecipazione, tra gli altri, della "Living legend dell'American Academy of Nursing", Joyce Fitzpatrick, che ha fondato i primi corsi di dottorato nella pratica clinica negli USA, ha permesso di illustrare lo sviluppo dell'infermiere esperto clinico in Italia e le esperienze di infermieri con competenze specialistiche negli States.

Ciò ha permesso di chiarire alcuni studi italiani che hanno messo in risalto il ruolo dell'infermiere con competenze specialistiche. Oltre alle iniziative congressuali specifiche bisogna ricordare che il direttore scientifico del Cecri, nato in seno al Collegio Ipasvi di Roma, Genaro Rocco, è stato insignito dalla American Academy of Nursing del prestigioso riconoscimento di membro dell'Accademia stessa.

Oltre alle attività congressuali e di riconoscimento internazionale, il Cecri ha promosso numerosi progetti di ricerca ed educazione che hanno impattato fortemente sulla realtà, nazionale ed internazionale. Dal 2010 al 2016 sono stati ben 130, che coinvolgono infermieri di ASL, ospedali, IRCCS, istituti penitenziari, cliniche e liberi professionisti.

Dalle ricerche effettuate sono scaturiti oltre 70 articoli scientifici pubblicati prevalentemente su riviste internazionali sono stati pubblicati 9 libri sulle ricerche svolte.

Ecco, in dettaglio, i 38 progetti che hanno costituito il centro dell'attività del Centro di Eccellenza per il 2017.

## **1. POLO PER L'ISTRUZIONE**

### **1.17.1 Un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale: sperimentazione e sua applicazione**

Scopo del progetto è stato quello di strutturare una valutazione delle competenze nell'esame di abilitazione professionale dei neo laureati in infermieristica, atto alla "sintonizzazione" dei percorsi certificativi delle università italiane,

in linea con le direttive europee e con le nuove norme di competenza del profilo infermieristico individuate a livello nazionale. In questa fase del progetto si è proceduto alla formazione di un gruppo di valutatori per l'esame di abilitazione finale nella laurea in infermieristica nel territorio di Roma e Provincia.

### **1.17.2 Mappatura e coinvolgimento degli stakeholder nella formazione infermieristica**

Individuare e definire un nuovo modello di "coinvolgimento degli stakeholders" (stakeholders engagement) riferendosi a realtà dove lo stakeholders engagement nella formazione infermieristica appare prerogativa essenziale. In particolare, con questo progetto, si è inteso valutare se la corrispondenza tra l'efficacia interna della formazione (intesa come raggiungimento delle conoscenze e delle capacità attese dai docenti e dagli studenti) e l'efficacia esterna (intesa come corrispondenza tra la figura professionale "formata" e quella "richiesta" dal mondo del lavoro) sia migliorata nei corsi di laurea in infermieristica.

### **1.17.3 Professione infermiere: deontologia, responsabilità, formazione e ricerca**

In virtù dell'etica basata sul nuovo Codice deontologico infermieristico dell'anno 2009, si è ritenuto necessario declinare termini quali l'Etica, la Responsabilità, la Relazione e la Formazione, per tener conto dei mutamenti normativi ed antropologici nel campo formativo, politico sociale, teorico e della prassi, basati sull'evidenza scientifica. Tale corso formativo ripetuto con numerose edizioni in varie strutture sanitarie di Roma e Provincia ha avuto immediato gradimento e ha contribuito all'implementazione delle conoscenze sull'etica, la responsabilità, la relazione e la formazione.

### **1.17.4 (Coordinamento Collegi Ipasvi del Lazio) Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di lau-**

### **rea in infermieristica della Regione Lazio**

L'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti del terzo anno di infermieristica, si è posta l'obiettivo di valutare le conoscenze degli studenti sull'attività libero professionale infermieristica (normativa di riferimento, contesti in cui si svolge, opportunità di lavoro, etc.). A tale ricerca è stato associato un seminario di formazione sull'attività libero professionale agli studenti del terzo anno dei corsi di laurea in Infermieristica.

### **1.17.5 Risk management**

La proposta formativa si è ispirata alle Linee guida del Ministero della Salute descritte nei manuali per la sicurezza dei malati e degli operatori, per la realizzazione di Audit e per la gestione del rischio clinico, Root Cause Analysis (RCA) e Analisi delle cause profonde finalizzate alla realizzazione del governo clinico da parte degli operatori della salute. L'aumento delle aspettative di salute, il ruolo più attivo dei pazienti meno disposti ad accettare l'errore del professionista in sanità, l'aumento del contenzioso sanitario e del ricorso alla magistratura per danno subito, nonché la crescente preoccupazione del cittadino che non si sente sicuro quando entra in ospedale sono alcuni degli elementi che richiamano l'attenzione sul *risk management*. Per questo è stato ideato tale progetto: per offrire agli infermieri, indipendentemente dal loro setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito della gestione del rischio.

### **1.17.6 Didattica e storia: Il fondamento del pilastro del Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) per la storia dell'infermieristica in collaborazione con il Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing - University of Pennsylvania**

Questo progetto ha mirato a creare una specifica linea di ricerca basata sullo sviluppo storico dell'infermieristica. *Outcome* di questo progetto sono stati due



Il board internazionale al Ministero della Salute per l'evento Cecri del 23 maggio 2017

studi sulla regolamentazione infermieristica e due libri sulla storia del nursing.

### 1.17.7 "Oggi insegniamo noi"- Progetto Educativo per la prevenzione dell'infezione da HIV e delle altre infezioni a trasmissione sessuale

Tale progetto si è proposto, con la consulenza e la collaborazione di Anlaids Lazio Onlus e con il sostegno della Fondazione Insieme per Vita agli Anni, di identificare e formare un pool di almeno 25 infermieri esperti nel rischio infettivo e di coinvolgerli attivamente nelle equipe multidisciplinari del progetto scuole di Anlaids Regione Lazio, attraverso il modello della Peer Education, ossia l'insegnamento tra pari, con un programma di informazione e prevenzione rivolto sia agli studenti delle scuole medie superiori per 200 incontri con circa 4.000 studenti, ma anche con una decina di incontri nei corsi di Laurea in Infermieristica.

## 2. POLO PER LA RICERCA

### 2.17.1 Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche nei diversi setting assistenziali: Ricerca con metodo misto

Gli obiettivi di questo studio quali-quantitativo sono stati quelli di individuare e misurare le competenze necessarie nei diversi setting clinici. Inoltre, si è mirato alla comprensione della percezione che gli infermieri hanno del proprio livello di competenza e ad individuare i fattori che costituiscono la competenza infermieristica.

titativo sono stati quelli di individuare e misurare le competenze necessarie nei diversi setting clinici. Inoltre, si è mirato alla comprensione della percezione che gli infermieri hanno del proprio livello di competenza e ad individuare i fattori che costituiscono la competenza infermieristica.

### 2.17.2 Il Pai (Professional Assessment Instrument) nelle RSA e nelle Case di Riposo

Il progetto, si basa sul Professional Assessment Instrument (PAI) sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma grazie a un finanziamento ricevuto dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Dopo il suo sviluppo, il PAI è stato implementato in un ospedale universitario ed è attualmente parte integrante dell'electronic health record della struttura ospedaliera. Partendo da questo, si è previsto il suo sviluppo per le esigenze che caratterizzano le residenze assistenziali e/o le case di riposo.

### 2.17.3 Contesto di lavoro e Caring: studio correlazionale multicentrico in ambito assistenziale

Lo scopo dello studio è quello di indagare le ripercussioni che il contesto di lavoro ha sugli outcome assistenziali, in termini di Caring. In particolare, si è voluto valutare quanto le variabili organizzative (la percezione dei conflitti interpersonali, dei carichi di lavoro, dei vincoli organizzativi, del benessere organizzativo, la soddisfazione per il management e per la propria unità operativa), il burn-out e i comportamenti contro-produttivi sono in relazione con il Caring percepito dagli utenti.

Lo scopo della ricerca è quello di valutare in che modo i livelli di salute organizzativa degli infermieri sono influenzati dallo stress lavoro correlato e dalla soddisfazione lavorativa, e come tutto ciò possa ripercuotersi da un lato sulla loro qualità di vita extralavorativa e la sindrome metabolica, e dall'altro sui pazienti, in termini di cure mancate.

### 2.17.4 Contenere lo stress lavoro correlato attraverso la promozione della salute organizzativa: ripercussioni sulle cure mancate, sulla qualità di vita e sulla sindrome metabolica

Lo scopo di questa prima parte del progetto sullo sviluppo di uno strumento in grado di misurare il rispetto professionale ha previsto la validazione di contenuto della nursing's professional dignity scale (NPDS).

### 2.17.5 Il coinvolgimento emotivo nel processo di cura: quali esiti sugli infermieri e sulle cure erogate ai pazienti.

### Uno studio multicentrico nazionale nelle unità operative di oncematologia

### 2.17.6 La dignità della professione infermieristica. Lo sviluppo della nursing's professional dignity scale (NPDS): la sua validità di contenuto

Lo scopo di questa prima parte del progetto sullo sviluppo di uno strumento in grado di misurare il rispetto professionale ha previsto la validazione di contenuto della nursing's professional dignity scale (NPDS).

### 2.17.7 Acculturazione e outcome di salute tra gli infermieri immigrati: una comparazione Italia Stati Uniti

Il presente progetto mira ad esplorare l'acculturazione e l'adozione di comportamenti di salute per prevenire lo stress tra infermieri immigrati in due Paesi: Italia e USA. In tal senso si andranno ad esplorare aspetti legati a: i livelli di acculturazione e la loro relazione con un eventuale depressione tra gli infermieri im-

migrati; le differenze nei livelli di acculturazione, adozione di comportamenti di salute e depressione tra infermieri immigrati nei due Paesi selezionati.

### **2.17.8 Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive. Uno studio multicentrico italiano**

Lo scopo di tale studio è stato quello di descrivere se ci fosse una relazione tra conoscenze, formazione, comportamenti e attitudini degli infermieri per la prevenzione degli errori durante la preparazione e somministrazione dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive italiane.

### **2.17.9 Bisogni e burden dei caregiver nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver?**

Un caregiver informale è un individuo non pagato, sia all'interno che all'esterno della famiglia, che fornisce la maggior parte dell'assistenza al paziente. Questa assistenza può comprendere le esigenze personali, le faccende domestiche, la gestione delle finanze personali, etc.. Tuttavia, la nostra conoscenza delle esigenze dei caregiver - per le quali si intendono tutti i tipi di bisogni, tra cui sociali, economici, fisici, emotivi, psicologici e ambientali - è ancora scarsa. Lo scopo di questo studio è stato di descrivere la correlazione tra bisogni e burden dei caregiver e le caratteristiche dei pazienti affetti da scompenso cardiaco e dei loro caregiver in tre paesi europei: Italia, Spagna e Paesi Bassi.

### **2.17.10 Validazione di nuovi strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi**

Lo scopo di questo progetto di ricerca è stato quello di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della Self-Care of Osteoporosis Scale (SCOS) e della Quality of Life Osteoporosis Scale (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il self-care e la qua-

lità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.

### **2.17.11 L'intensità dell'assistenza infermieristica descritta dagli interventi infermieristici del Professional Assessment Instrument (PAI)**

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico, sviluppato da un team di ricercatori dell'Università Tor Vergata di Roma con la collaborazione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Attualmente il PAI è utilizzato in un ospedale universitario ed è parte integrante della documentazione sanitaria elettronica della struttura ospedaliera. Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) descrivere la diversità delle varie popolazioni di pazienti e la variabilità dell'assistenza infermieristica in termini di prevalenza di interventi e attività infermieristiche raccolti sistematicamente con il PAI; 2) indagare quali interventi/attività infermieristiche si associano a risultati di assistenza ospedaliera.

### **2.17.12 Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da Stroke 2.0**

Gli obiettivi di questo nuovo progetto sono stati quelli di: 1) individuare i predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver dopo lo stroke; 2) osservare l'interdipendenza nella diade paziente-caregiver riguardo alla qualità di vita (QdV) nel primo anno dopo la dimissione dalla struttura di riabilitazione; 3) Osservare se esistono differenti traiettorie nella QdV dei pazienti e dei caregiver dopo lo stroke.

### **2.17.13 Validazione del Self-Care of Heart Failure Index versione 7 (SCHFI - 7) e del Caregiver Contribution to Self-Care of Heart Failure Index versione 2 (CC-SCHFI - 2)**

Scopo dello studio è testare le caratteristiche psicometriche del SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2. Nello specifico, verrà testata la validità fattoriale con l'analisi fattoriale confermativa e la validità concorrente e l'affidabilità con l'alfa di Cronbach o altri metodi che tengano presente la multidimensionalità dei due stru-

menti. Sinora non sono state ancora testate le caratteristiche psicometriche del SCHFI 7 ed il CC-SCHFI 2, pertanto i risultati di questo studio avranno un importante impatto internazionale.

### **2.17.14 Misericordia e Giubileo: il significato epistemologico della misericordia per i professionisti della salute e la visualizzazione della misericordia negli atti relazionali nelle giornate giubilarie dedicate ai malati e ai disabili**

Questo studio qualitativo con raccolta dei dati tramite web survey e interviste individuali semi-strutturate in profondità a livello multicentrico a (infermieri, fisioterapisti, studenti delle discipline sanitarie con esperienza avanzata di tirocinio clinico, etc..), in differenti organizzazioni sanitarie romane, ha permesso di individuare l'organizzazione ospitale che meglio ha accolto i pellegrini del giubileo ed ha permesso di esplorare il significato epistemologico della misericordia nell'anno giubilare per i professionisti della salute.

### **2.17.15 Studio multicentrico sulla resilienza del caregiver in cure palliative. Progetto formativo per la diffusione dei primi risultati**

L'interesse per la resilienza in ambito infermieristico è in rapida crescita, ed il trasferimento dei primi risultati dello studio multicentrico promosso dal Centro di Eccellenza nella pratica clinica ha permesso di contenere i disagi del caregiver in cure palliative, contribuire ad integrarlo nell'equipe assistenziale, fornire nuovi strumenti educativi di intervento all'infermiere con conseguente aumento delle competenze espresse e della soddisfazione professionale.

### **2.17.16 Migliorare la qualità del lavoro nelle organizzazioni sanitarie: il rispetto della dignità professionale infermieristica nei rapporti intra ed inter-professionali**

Tale ricerca, ha mirato a garantire l'implementazione di setting assistenziali etici per migliorare la qualità dell'assistenza per il paziente e produrre meno turnover, *distress morale e burnout*. Tut-

to ciò può essere realizzato promuovendo ambienti dignitosi dove il lavoro intra ed interprofessionale e il rispetto dell'altro assurgono a elementi fondanti il lavoro stesso.

### **2.17.17 Analisi del fabbisogno di assistenza infermieristica nei servizi sanitari e sociali nel Lazio**

L'obiettivo di questo progetto è stato quello di effettuare un'analisi dei servizi sanitari e socio-assistenziali erogati dal Servizio Sanitario Regionale e dai Comuni delle Province del Lazio, al fine di valutare se ai suoi cittadini fosse garantito il diritto di ricevere livelli adeguati di assistenza infermieristica, confrontando gli organici infermieristici attualmente in forza col fabbisogno rilevato.

Tale progetto, per la prima volta, ha inteso consegnare un'istantanea delle attività erogate dal SSR tra il Pubblico e il Privato identificandone punti di forza e di debolezza.

### **2.17.18 Creazione e validazione di uno strumento per la valutazione del benessere personale e della felicità nel personale infermieristico**

La ricerca della durata di un anno si è articolata in tre fasi: la prima ha previsto una accurata revisione della letteratura internazionale sul counseling. In questa fase sono stati evidenziati gli indicatori più importanti del benessere (*well-being, happiness*) e i test e i questionari utilizzati per attribuire una dimensione quantitativa a tali concetti; la seconda ha previsto una valutazione e una scelta dei test e/o dei questionari da sottoporre ad un gruppo di infermieri e la realizzazione psicometrica di uno strumento di misura e la terza, che ha previsto l'analisi dei dati e la verifica della funzionalità della scala realizzata nelle fasi precedenti.

### **2.17.19 Valutazione dell'impatto socio-sanitario e della predittività di eventi avversi attraverso l'utilizzo dei flussi informativi correnti stratificati per grado di fragilità in un campione randomizzato di anziani residenti nella Regione Lazio**

Scopo dello studio è stato quello di mi-

surare l'impatto della fragilità sulla popolazione anziana residente nel Lazio in termini di predittività di eventi avversi a breve-medio termine e dell'uso dei servizi socio-sanitari.

### **2.17.20 Il contributo della diade caregiver-paziente nel self-care della BPCO: uno studio mixed method**

L'obiettivo dello studio è stato quello di descrivere le esperienze di self-care nelle diadi caregiver-paziente con BPCO in Italia e individuare i fattori che hanno influenzato la relazione diadica.

## **3. POLO PER LA FORMAZIONE**

### **3.17.1 Il contributo delle evidenze scientifiche nell'infermieristica (nella pratica assistenziale) (10 edizioni)**

Il corso ha voluto offrire a tutti i professionisti che lo hanno frequentato informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.

In particolar modo sono state affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio Ispavi mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale (Cinahl Plus Complete, Ovid SP, Pubmed, Nursing Reference Center, Cochrane Systematic Review, Consumer Health Information).

### **3.17.2 Indicizzazione ILISI (1 edizione)**

Questo corso di formazione ha fornito gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'indicizzazione nella banca dati infermieristica ILISI (Indice della Letteratura Italiana in Scienze Infermieristiche). Tale banca dati prodotta ed ideata dal Collegio Ispavi di Roma costituisce un unico esempio di banca dati prodotta per il nursing in Italia.

### **3.17.3 Inglese linguaggio scientifico per l'infermieristica**

Corso di inglese scientifico per il nursing 3 livelli: base – pre-intermedio – intermedio.

Questi corsi sono nati dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

### **3.17.4 Inglese: fonetica per una migliore espressione linguistica**

Fonetica e conversazione inglese 3 livelli: base – pre-intermedio – intermedio.

Questi corsi orientano il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da Paesi diversi.

### **3.17.5 Corso di formazione la responsabilità professionale infermieristica nell'era della pratica basata sulle evidenze scientifiche**

Attualmente per comprendere la correttezza dell'agire professionale oltre le basi normative vengono utilizzate le cosiddette evidenze scientifiche. Questo pone ai professionisti la questione dell'aggiornamento costante dei comportamenti in ambienti organizzativi che spesso non sono orientati all'innovazione. Nel corso si sono approfonditi alcuni aspetti per individuare le ambivalenze sulla responsabilità professionale infermieristica di cui l'infermiere deve avere consapevolezza.

## **4. POLO DELLA PRATICA CLINICA**

### **4.17.1 EBP: l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà**

Il miglioramento della pratica assistenziale, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è realizzabile attraverso strategie che incoraggino i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e li stimolino ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Una delle strategie suggerite per raggiungere tali obiettivi è quella di formare infermieri alla ricerca delle eviden-

ze che dall'interno dei contesti clinici cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in EBP è fondamentale, quindi, per iniziare tale processo di cambiamento.

#### **4.17.2 Ebp e pratica clinica: fantasia o realtà?**

Esistono numerose evidenze a livello internazionale che riconoscono l'importanza di traslare i risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica. Diverse le strategie che in questi ultimi anni sono state sperimentate per stimolare i professionisti a utilizzare l'*Evidence Best Practice*. Una recente revisione della letteratura suggerisce che per promuovere il cambiamento verso una assistenza d'eccellenza sono efficaci gli interventi che prevedano il coinvolgimento diretto degli operatori.

L'importanza dell'influenza dei fattori umani sulla produzione e sul trasferimento delle conoscenze scientifiche ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di "professionisti intermediari", infermieri clinici presenti nei propri setting di lavoro. Tali figure rappresentano un importante riferimento professionale per i colleghi, in quanto capaci di veicolare le conoscenze al gruppo di pari e di applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica quotidiana. Le revisioni sistematiche e i *clinical audit* rappresentano importanti strumenti metodologici per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinico-assistenziale e dare avvio a processi di cambiamento della *clinical governance*. Per questo motivo si è deciso di dare avvio ad una serie di "giornate formative itineranti" che hanno coinvolto professionisti di diverse strutture sanitarie, allo scopo di diffondere la cultura dell'EBP nella pratica infermieristica quotidiana.

**4.17.3 Formazione in EBP per il miglioramento della pratica assistenziale**  
Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri cli-

nici esperti in Evidence Based Practice  
Il progetto formativo presentato si è inserito nel progetto complessivo relativo alla formazione dei clinical nurse leader che, tra le varie fasi ha previsto il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica. Il presente progetto ha rappresentato la seconda fase del progetto "Il miglioramento della pratica clinica infermieristica attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice", avviato nel 2011, che prevedeva la formazione di clinical nurse leader (CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'Ebp. Si sono costituiti, all'interno di strutture sanitarie selezionate, dei gruppi operativi, costituiti dai Clinical Nurse Leader neoforniti che hanno avuto l'obiettivo di elaborare documenti che hanno permesso di rendere facilmente fruibili i risultati della ricerca, e di sperimentare e valutare la loro diffusione ed applicazione nei singoli contesti. Sono stati condotti Audit clinici in tre importanti Aziende Sanitarie romane su argomenti rilevanti nella pratica clinica. I progetti di ricerca, della durata di otto mesi, hanno riguardato "La contenzione" e "La prevenzione delle lesioni da pressione".

#### **4.17.4 Camminare insieme per costruire relazioni: dalla farmaco terapia alle arti terapie**

Il progetto verte sulla presentazione di una metodologia di trattamento multidisciplinare in contesto terapeutico. L'intento è mostrare alcune metodologie terapeutico riabilitative tramite arti terapie (audiovisivi, canto, musica, racconto storie, ...) utilizzate da varie professioni all'interno dei più ampi progetti clinici rivolti a persone nell'ambito della salute mentale, in oncologia, nell'Alzheimer, in pediatria, cardiologia ecc... L'obiettivo è, quindi, quello di introdurre nuove modalità di relazione nel percorso di cura e riabilitazione della persona che sta attraversando un periodo prolungato di malattia. Parte dei contenuti sarà dedicata anche

all'esposizione di contesti clinici pubblici, fortemente radicati sul territorio romano. Sebbene nate nell'ambito della salute mentale, le arti terapie stanno oggi sviluppandosi anche in altre aree della medicina introducendo nuove modalità di relazione nei percorsi di cura. Riprendersi dalla malattia, trovare la motivazione a combatterla, sono strumenti preziosi per il conseguimento della guarigione intesa come il raggiungimento di un equilibrio tra capacità della persona e supporto ambientale che non può essere generalizzato e standardizzato ma declinato sulla persona e il suo contesto.

Il tentativo è quello di introdurre le professioni sanitarie a questa modalità di intervento riconoscendone il valore trasformativo dimostrato dalle recenti ricerche nell'ambito delle neuroscienze.

#### **4.17.5 Formazione in EBP per il miglioramento della pratica assistenziale con l'affiliazione al Joanna Briggs Institute**

Il miglioramento della pratica assistenziale è realizzabile attraverso strategie che incoraggino i professionisti infermieri ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Con il corso di formazione per l'affiliazione del CECRI al JBI svoltosi nel 2016 si è cercato di porre attenzione alle migliori evidenze disponibili a livello mondiale per una loro trasferibilità nella pratica assistenziale. A seguito di tale corso un gruppo di infermieri formati nelle revisioni sistematiche della letteratura sta producendo documenti per una corretta applicazione delle evidenze scientifiche nei contesti assistenziali.

#### **4.17.6 Comunicare senza parlare: l'infermiere e la lingua dei segni**

Attraverso questo corso si è cercato di far acquisire le conoscenze base della LIS e lo studio della terminologia LIS e dei contesti socio-sanitari con l'ausilio di dialoghi (es. paziente sordo-infermiere insegnante). Il lavoro si è focalizzato sull'apprendimento di termini specifici del campo sanitario: parti anatomiche, sintomatologia del paziente, termini propriamente sanitari.

# La Biblioteca del Collegio

## Tre anni di consolidato entusiasmo

**L**a Biblioteca Digitale è disponibile sul sito del Collegio, in accesso remoto per tutti gli iscritti, ormai dal 2011. Si tratta di un'ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, pacchetti di abbonamenti sottoscritti, collezioni di *journals* concesse in convenzione, *journals open access* di diverse fonti).

È stata concepita per essere un incentivo per la ricerca dei professionisti infermieri che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità, così da creare un circolo virtuoso tra aggiornamento e buona pratica clinica.

Le statistiche d'uso del passato e del triennio confermano che la strategia di promozione culturale del Collegio è sempre vincente: **il numero degli accessi in remoto, per il triennio, è consolidato ed entusiasmante**, ancor di più se si pensa che il periodo preso in esame è stato - ed è ancora - immerso in una profonda crisi strutturale che ha segnato gravemente il comparto sanitario.

Disagi lavorativi ed economici sembra non abbiano distolto gli infermieri iscritti dalla voglia di aggiornare la loro pratica clinica o di spendersi nella ricerca infermieristica. **L'anno 2016 spicca per una attività di ricerca particolarmente intensa**: il sistema digitale strutturato dal Collegio mostra di avere un numero congruo e costante di ricercatori che utilizzano le diverse piattaforme al meglio.

Per ottenere questi risultati e coinvolgere quanti più professionisti nelle nuove tecnologie disponibili per la disciplina molto è stato fatto, come sempre, sul piano della formazione.

Il Collegio con il supporto dei docenti della Commissione Biblioteca ha divul-

gato mirate informazioni e competenze sul territorio provinciale, presso gli ospedali e le ASL, attraverso il corso itinerante: *"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"*, poi rinnovato nella nuova versione *"La ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati online"*: in tutto IX edizioni, svolte nel triennio e II da svolgere entro il 2017.

Non meno importanti per questa fruizione digitale così diffusa sono i numerosi "Corsi di inglese" che si tengono in sede.

La biblioteca digitale è estensione e ricchezza della stessa biblioteca di sede.

La biblioteca del Collegio di Roma, infatti, è apprezzata dal mondo accademico nazionale e dalla sua utenza generale come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica.

La sede (che è evidentemente *back e front office* della Biblioteca digitale) è frequentata dagli studenti dei CdL in Infermieristica, delle Lauree Magistrali e dei Master delle diverse università romane, del Lazio e di altre regioni; ma anche dagli infermieri che, pur lavorando a Roma, sono iscritti ad altri Collegi; e dagli iscritti che, benché possano accedere a gran parte del posseduto in modalità remota, vi si recano per assistenze personalizzate, per il cartaceo, o perché coinvolti in progetti di ricerca. Numerose le visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse Scuole infermieristiche per condurre le classi a conoscere precocemente gli strumenti e le risorse utili alla ricerca infermieristica.

**L'utenza che vi ha afferto**, per la consultazione del cartaceo (testi e periodici) italiano e internazionale e per le consulta-

zioni autonome e assistite delle banche dati, **si è attestata, nel triennio, sulle 1500 presenze annue.**

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

Indispensabile è l'aggiornamento della manualistica, oltre che, attraverso l'acquisto di diversi libri, con l'acquisizione definitiva di tre manuali della Oxford University Press in edizioni recenti, consultabili sul sito della OCP: Oxford Handbook of Cardiac Nursing, II ed. 2014; Oxford Handbook of Critical Care Nursing, II ed. 2016; Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing, II ed. 2014.

### LA BIBLIOTECA DIGITALE NEL TRIENNIO

La biblioteca digitale, dall'inizio dell'agosto 2015, è stata implementata sul portale AtoZ (EBSCO Information System), poi sostituito da EBSCO, nel settembre 2015, con l'interfaccia Full text Finder ne mantiene le stesse funzioni.

Il portale aggrega numerose risorse EBSCO ed OVID Technologies: periodici elettronici *full text*, con la possibilità di ricercarli e di accedere agli archivi per recuperare i documenti, il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche

di interesse infermieristico.

Attraverso la funzione "linksource" (nelle banche dati celata sotto il link "Cerca il Full Text", successivamente "Full Text Finder"), il sistema aggrega tutti i *full text* disponibili nella biblioteca ai record delle banche dati Cinahl e Pubmed, consentendo al ricercatore di ottenere immediatamente l'articolo, senza doverlo reperire post.

Dal 2014 e per tutto il triennio successivo, del Cinahl è stata sottoscritta la versione massima "Complete". Questo *upgrade* ha reso disponibili per tutta l'utenza remota: monografie *full text*, 1400 testate *full text*, contro le 765 della versione precedente, *evidence-based care sheet*, *quick lessons*.

Per comprendere le dimensioni di questa banca dati, che deve essere lo strumento operativo per la ricerca accademica e clinica infermieristica, si evidenzia che indicizza 5.171 Journals (indicizzazione retrospettiva e *full text* dal 1936) per un totale di circa 4 milioni di record: in pratica, il meglio della letteratura mondiale di Nursing a disposizione degli infermieri iscritti al Collegio.

Sempre disponibili per l'utenza remota anche Nursing Reference Center dalla ricchezza di strumenti dedicati alla clinica, contenente: *evidence-based care sheets*, *quick lessons*, informazioni farmacologiche, linee-guida, documenti di educazione del paziente alla dimissione, documenti di competenze e procedure infermieristiche; la Cochrane Collection PLUS, nota per le sue autorevoli revisioni sistematiche, è disponibile per gli iscritti ma consultabile solo in sede.

Oggi, gli abbonamenti cartacei attivi (31) rappresentano quasi esclusivamente la produzione sanitaria ed infermieristica italiana (19 titoli), nonché l'internazionale irrinunciabile (perché non disponibile *full text* o perché coperto da embargo, 12 titoli), così p.e. presso la Biblioteca di sede è disponibile il cartaceo corrente delle riviste Journal of Clinical Nursing di Journal of Advanced Nursing.

Le collezioni di periodici disponibili *full*

*text* nella biblioteca digitale sono:

- Collezione Full Text Cinahl Complete (circa 1400 titoli)
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection
- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli)
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II; Lippincott Premier Nursing Journals; singoli journals (42 titoli sottoscritti)
- PubMed Central (Open Access)

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

co i dati di chiusura del 2014, mentre, per il 2017, i dati sono evidentemente parziali (otto mesi), in quanto rilevati al 31 agosto e come tali evidenziati in giallo.

Per le risorse EBSCO Information System, i dati sono stati rilevati attraverso il sito Admin di Ebscohost, per OvidSP le statistiche sono state fornite da OVID Technologies.

Nel corso del triennio entrambe le società aggregatrici hanno modificato, incrementato, sostituito alcuni dei dati metrici di utilizzo. Pertanto, le statistiche specifiche ne risulteranno modificate in parte.

**L'attività triennale complessiva degli utenti nelle banche dati è segnata da grandi numeri**, espliciti nel testimoniare l'alta fruizione degli iscritti, indicatori di un progetto di successo che merita di essere portato avanti.

Dettagli e qualità dei dati sarà presentata in altra sede.

## I DATI DI ACCESSO DEL TRIENNIO 2015-17

Per una migliore lettura del triennio, ec-

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Full text	Abstract
Cinahl Complete	2015	4.373	20.501	12.624	24.127
	2016	3.568	25.727	12.802	29.077
	2017*	1.588	9.975	6.502	13.559
NRC Nursing Reference Center	2015	582	2.097	4.611	-
	2016	435	1.285	3.411	-
	2017*	189	540	2.781	-
Cochrane Collection PLUS	2015	438	2.853	258	679
	2016	837	3.422	282	239
	2017*	153	381	66	85
OvidSP/ Medline	2015	3.629	16.199	1.429	37.369
	2016	1.281	4.908	915	70.217
	2017*	738	5.190	691	33.317
ILISI	2015*	14.218	-	-	-
	2016	23.889	-	-	-
	2017*	12.973	-	-	-
<b>TOTALI delle attività delle BD triennio</b>		<b>Accessi</b>	<b>Ricerche</b>	<b>Full Text</b>	
		<b>68.891</b>	<b>93.168</b>	<b>46.372</b>	

Tabella di sintesi dell'utilizzo delle banche dati nel triennio preso in esame

\*L'asterisco ricorda la parzialità dei dati del 2017 e del 2015 per ILISI

## ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA DOCUMENTAZIONE E RICERCA

Nel triennio, la commissione ha continuato i suoi lavori con le professionalità sperimentate: Carlo Turci, tesoriere; Eleonora Bruno; Barbara Di Donato; Edvige Fanfera; Giovanna Finocchi; Rita Ester Monaco; Patrizia Nappini; Claudia Onofri e Alessandro Pizzalla.

Nel 2015, per motivi lavorativi, hanno lasciato il progetto la dott.ssa Bonfigli e il webmaster Tallarita: l'occasione è utile per ringraziarli del fondamentale contributo dato, ciascuno con le proprie competenze, alla costituzione della banca dati e alla stesura originaria e poi aggiornata del vocabolario controllato.

Il nuovo webmaster del Collegio, Vladislav Popov, ha supportato la commissione per gli aspetti informatico-amministrativi delle sue attività.

La commissione, nel primo biennio, ha polarizzato la sua attività in particolare sulla preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica; quindi, sulla cura del Progetto/Banca dati ILISI, dedicandosi, poi, nel 2017, in maniera specifica all'aggiornamento complessivo della banca dati, con l'inserimento del nuovo thesaurus (completato di fatto nel 2014) nella nuova Banca dati ILISI.

## ATTIVITÀ FORMATIVA NEL TRIENNIO 2015-17

Per gli eventi formativi relativi alla ricerca bibliografica, va ricordato che questi sono sempre tesi ad incrementare e supportare gli infermieri all'uso della Biblioteca digitale. Non a caso, nel 2014, è stato concepito il corso itinerante di mezza giornata intitolato: *"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"* (con 11 edizioni), da svolgere presso le diverse aziende del territorio provinciale su richiesta delle Direzioni infermieristiche, al fine di promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica e fornire contestualmente i contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti.

Il corso, sin dall'inizio, ha ottenuto particolare successo, producendo sempre nuove richieste. Tenute nel 2015 quattro edizioni di questo corso, mantenendone le caratteristiche, se ne sono rinnovati i contenuti e la presentazione, per meglio evidenziare l'importanza della ricerca scientifica per la pratica clinica, ideando così il corso *"La ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle Banche dati online"*.

Nel 2016, la Commissione ha collaborato con il Polo 3 del Cecri (quello della Formazione) e il team del Prof. Quagliata dell'Università di Roma 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"*: due giornate in presenza e tre settimane di formazione a distanza su piattaforma online, 42 crediti Ecm, molto impegnativo. Gli elementi innovativi sono stati: la possibilità di disporre di tempi ampi, partecipare a forme diverse di apprendimento secondo il modello dell'E-Learning (interpretazione teorico-

operativa dell'*e-learning*) del team del Dipartimento di Formazione.

Il modello pone la relazione al centro del percorso formativo, valorizza la narrazione come prassi educativa, rispettando i tempi di apprendimento delle persone e favorendo i momenti di confronto e costruzione condivisa di elementi della conoscenza.

Dopo di ciò, durante il 2017, si è dedicata attenzione alla progettazione di un corso *blended* dedicato alla responsabilità professionale, ed ancora, ad una nuova edizione del *"Corso di Indicizzazione delle risorse bibliografiche per ILISI"*.

Senza dimenticare il corso itinerante: *"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"*, in edizioni svolte sul territorio (le sedi: ospedale Figlie di S. Camillo, S. Camillo Forlanini, ASL RM B, IFO; 2015: 4 edizioni: 30/4/2015; 16/5/2015; 11/6/2015; 16/6/2015).

Quello denominato: *"La ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati online"*, svolte sul territorio (le sedi: Polioli-



nico di Tor Vergata, IFO, Italian Hospital Group-Villa Sacra Famiglia, IDI, Policlinico Gemelli; 2015: 1 edizione: 12/11/ 2015; 2016: 4 edizioni: 23/2/2016; 9/3/2016; 22/4/2016; 26/5/2016; 2017: 2 edizioni da tenersi nell'ultimo trimestre).

Il corso *blended* (sede-online): 2016: 1 edizione: 25/6/2016; 16/7/2016; 2016: 1 edizione: 5/11/2016; 26/11/2016; per un totale di 9 edizioni itineranti svolte (e 2 da svolgere) nel triennio. Totale? Due corsi *blended* svolti nel triennio.

## IL PROGETTO ILISI

Progetto di costituzione ed ora di cura della banca dati ILISI. Ecco l'organizzazione e gli obiettivi in essere.

Nell'organizzazione del Progetto ILISI-Gruppo di lavoro esteso, sono coinvolti tutti i membri della commissione biblioteca e gli indicizzatori formati che collaborano ad oggi: (Referenti di Collegio: Presidente, Pulimeno; tesoriere, Turci. Gruppo di progetto: Bruno, Di Donato, Fanfer, Finocchi, Monaco, Nappini, Onofri, Pizzalla, Stievano e Turci. Nel 2015, escono: Bonfigli e Tallarita). Gruppo degli indicizzatori, appartenenti al progetto nel 2015-2016: Compagnone (esce all'inizio del 2016); Cortesini (esce per il 2016-2017); Barbara Di Donato; Valentina Biagioli; Tiziana Di Giovanni; Tania Diottasi; Barbara Gargano (esce all'inizio del 2016); Paola Gentili; Nadia Guardiani; Mauro Iossa; Loriana Lattanzi; Sara Martelli; Rita Ester Monaco; Claudia Onofri; Giulia Antonina Petrangeli (esce all'inizio del 2015); Eleonora Pettenuzzo (esce all'inizio del 2015); Alessandro Pizzalla; Antonella Punziano; Silvia Sferrazza; Daniela Trinca e Pietro Vaccaro (esce all'inizio del 2015).

Si ricordano altri colleghi che hanno collaborato proficuamente al progetto, usciti nel corso del triennio per sopraggiunti impegni: Basile (2012); Bonanni (2014); Brunelli (2014); D'Amore (2012); Sabatino (2014); Soldà (2012); Ugolini (2014); Verde (2014); Petrangeli (2015); Gargano (2016).

I macro obiettivi necessari alla funziona-

lità del progetto:

1. revisione periodica del Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche (ThiSi) redatto;
2. formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il corso dedicato "L'indicizzazione della letterature scientifica nelle scienze infermieristiche: corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica" e successiva fase di training, con sessioni di indicizzazione presso la sede IPASVI;
3. aggiornamento continuo del software che supporta la collezione dei dati e la ricerca online, con interfaccia in lingua italiana, adattamento delle funzioni alle necessità del progetto, miglioramenti per una facile fruibilità da parte dell'utente;
4. indicizzazione, in modalità remota, di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse;
5. revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione;
6. presentazione del Progetto e della banca dati in eventi significativi della comunità infermieristica;
7. continua fruizione pubblica del database sul sito del Collegio, all'indirizzo: [www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi](http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi)
8. Gestione materiale organizzativo: anagrafica, abbinamenti, annate pregresse ecc.

ed applicazioni eventuali del regolamento per la gestione formale e pratica dei rapporti all'interno dell'esteso gruppo del Progetto ILISI.

Il gruppo di Progetto, nel corso del triennio, impegnato sempre nella formazione sul territorio, ha curato tutti gli aspetti funzionali necessari alla cura della Banca dati. Terminata la redazione del nuovo ThiSi, l'impegno è stato profuso per l'adattamento del nuovo software Wikindx 4.1.2 alle necessità di ILISI (traduzione in italiano, adattamento delle funzioni all'uso dell'utenza specifica, test

per l'inserimento del thesaurus nell'applicazione, infatti, diversamente dall'attuale versione (3.8.2). La nuova prevede più livelli gerarchici per i descrittori del vocabolario controllato. Verificato il corretto funzionamento del nuovo sistema, la Banca dati ILISI è stata importata sul nuovo interfaccia, è stato inserito il nuovo thesaurus, riaccorpato, dove necessario, i record con i descrittori obsoleti ai nuovi descrittori pertinenti.

A breve, sarà resa pubblica online sostituendo definitivamente il vecchio database; questa parte del processo, iniziata a maggio e terminata a luglio, ha necessariamente comportato la sospensione dell'inserimento da parte degli indicizzatori che riprenderà regolarmente non appena il nuovo database sarà ufficialmente in uso.

Il supporto tecnico informatico è stato assicurato dal webmaster Vladislav Popov.

**Il Progetto esprime bene la politica culturale del Collegio IPASVI di Roma, che lo ha reso possibile finanziandolo con risorse interne, ribadendo il proprio ruolo istituzionale e sociale nel dare un efficace strumento di diffusione della documentazione**, utile a mantener viva la riflessione sugli aspetti culturali, semantici e filosofici delle Scienze infermieristiche italiane.

La banca dati bibliografica ha ottenuto, in questi anni, indiscussi riconoscimenti ufficiali (biblioteconomici e infermieristici) per la sua validità.

Nel suo futuro, si prefigura di catturare l'interesse e la collaborazione degli editori le cui riviste sono indicizzate, e che fattivamente beneficiano di una più ampia diffusione, e si intende verificare la possibilità di accedere a possibili finanziamenti europei che consentirebbero di far uscire il progetto dall'attuale ambito prevalentemente volontaristico.

*Raccolta dati e redazione a cura del dott. Carlo Turci e della dott.ssa Edvige Fanferà*

## Grazie allo sblocco dei concorsi una nuova generazione di infermieri dimostra competenza e generosità

L'estate torrida di questo 2017 riaccende i riflettori mediatici sugli infermieri romani con grande clamore. È il cosiddetto "concorso" per quaranta posti del policlinico Umberto I a fare notizia. Ne parlano e ne scrivono tutti dopo il clamoroso stop alla prova selettiva del 13 luglio imposto dal Consiglio di Stato a poche ore dall'inizio della prova stessa.

E il concorso salta per la seconda volta in tre mesi. Gli animi dei tantissimi concorrenti si scaldano fuori dall'Hotel Ergife e la stampa accorre in forze. La presidente e alcuni consiglieri del Collegio Ispasvi di Roma sono lì per tutelare gli infermieri da

quella che appare come una beffa. **Quotidianosanita.it** (13/7/17) raccoglie in diretta la vibrante protesta della presidente Ausilia Pulimeno: «Siamo sconcerati. L'annuncio agli oltre 1.500 candidati è arrivato a poche ore dall'inizio ufficiale della prova, che si sarebbe dovuta svolgere oggi alle 16. È il secondo stop in tre mesi. I colleghi che arrivano da lontano, anche dall'estero, si sobbarcano un lungo e costoso

viaggio. Il ripetersi di questi rinvii ha il sapore della beffa». **Quotidiano Nazionale** (14/7/17) titola: "Salta il concorso, ira dei candidati: in mille bloccano il traffico a Roma". Nell'articolo si legge: "Qualcuno è rientrato dalle vacanze che stava trascorrendo in Sardegna, altri addirittura dall'Inghilterra. In molti direttamente da Genova, dove due giorni fa hanno partecipato alla preselezione per un concorso simile, sempre per aggiudicarsi un posto da infermiere. Un sogno che però si è infranto, per l'ennesima volta, davanti al cartello affisso davanti alla sala dell'hotel di Roma che avrebbe dovuto ospitare l'esame scritto e che recitava: «La prova è sospesa»".

**Il Messaggero** (14/7/17) scrive: "Salta il concorso all'Ergife: Aurelia bloccata per ore". E riferisce alcune testimonianze: «È disumano quello che sta accadendo - commentavano alcuni candidati ieri sull'Aurelia - aspettiamo di partecipare a questo concorso da mesi e ogni volta succede qualcosa».

**IL TEMPO** (14/7/17) titola «Noi, prigionieri nel caos del concorso sanitario». E spiega: "La selezione per infermieri salta a due ore da via per un ricorso. In duemila fuori. Bloccata l'Aurelia. Per riportare la calma devono arrivare i carabinieri".

**Avvenire** (14/7/17) si occupa del caso: "Nuovo stop al concorso infermieri. È caos". Altre testimonianze in cui la parola ricorrente è caos: "«Qui è un caos, siamo molto arrabbiati. Ci hanno spiegato la situazione e ci hanno detto di

andare via», le parole di una candidata. I magistrati amministrativi hanno disposto «che la data di svolgimento della prova scritta sia successiva a quella in cui si terrà la discussione collegiale in Camera di Consiglio, fissata al 27 luglio 2017». Già la prova scritta del 14 aprile era stata sospesa con soli due giorni di preavviso".

**la Repubblica** (14/7/17) scrive: "Ennesimo stop, concorso beffa".

Nel servizio si legge: "La loro storia è il dramma di migliaia di precari d'Italia e in particolare di 1761 persone, tutte tra i 25 e i 40 anni, che ieri si sono presentate all'hotel Ergife sull'Aurelia per fare la prova scritta del concorso per 40 posti da infermiere al policlinico Umberto I. I candidati venivano da tutta Italia: Friuli, Campania, Veneto, persino da Madrid, Londra e altre città d'Europa. Tutti con la speranza di un futuro stabile dopo anni di incertezze e sacrifici. Molti hanno speso, a loro carico, da 250 a 350 euro per arrivare puntuali all'Ergife e in centinaia hanno dormito a Roma. Tutto inutile".

Il comunicato stampa diramato dal Collegio fa il giro delle testate giornalistiche e le parole della presidente Pulimeno vengono rilanciate da tv, quotidiani e siti web. Sempre **La Repubblica** (14/7/17) pubblica un commento sulla vicenda dal titolo "Quei diritti (anche minimi) calpestati" con cui sottolinea il pensiero di molti: "I giudici del Consiglio di Stato avranno applicato la legge per garantire il diritto dei 28 candidati che hanno fatto ricorso. Giusto, ci mancherebbe. Ma il diritto di quei 1750 poveretti rimasti fuori dell'Ergife a due ore dalla prova indetta dal Policlinico Umberto I, chi lo garantisce? Chi rimborserà in denaro e in spirito una batosta del genere?". Sullo stesso quotidiano il direttore generale dell'Umberto I Domenico Alessio risponde: «Non potevamo costituirci perché la notifica non era ufficiale, è tutta colpa delle procedure. Il magistrato ha disposto nel suo decreto che questo venga applicato dal Policlinico senza discrezionalità alcuna. Comprendo i disagi dei 1.761 candidati ai quali va la nostra solidarietà oltre la quale, purtroppo, non possiamo andare».

Si arriva quasi a fine agosto per chiudere l'amaro capitolo del "concorso". L'agenzia di stampa **AdnKronos** (25/8/2017) lancia un dispaccio: "Maxi concorso per infermieri a Umberto I Roma, on line la graduatoria". Il flash riporta anche le parole del dg Alessio: «In 4 giorni abbiamo esaurito tutte le prove concorsuali, arrivando alla graduatoria che sarà pubblicata oggi». E aggiunge: "Alla graduato-

ria, pubblicata in giornata sul sito della struttura capitolina e che comprende 878 infermieri, potranno attingere non solo il Policlinico, ispiratore del concorso, ma anche tutte le altre aziende sanitarie del Lazio. Si conclude così un percorso travagliato, con due rinvii”.

La fine dell'estate si presenta all'insegna di un altro caso che fa gridare la stampa italiana al caos: quello delle vaccinazioni obbligatorie. Il decreto del ministro Lorenzin scatena la corsa al

### **Il Messaggero**

vaccino mettendo a dura prova i centri vaccinali. **Il Messaggero** (2/9/17) titola "Al via la corsa ai vaccini: 20mila bimbi non in regola". Il servizio sottolinea: "Attualmente a Roma ci sono ventimila bambini iscritti ad asili nido e scuole materne che non sono ancora in regola con i dieci vaccini obbligatori indicati dalla legge. Rischiano di essere esclusi quando apriranno le scuole, fin dalla prossima settimana? No, almeno per ora. Sul sito della Regione Lazio si può scaricare un modulo per l'autocertificazione con cui i genitori possono spiegare che le vaccinazioni non sono ancora state effettuate, ma che comunque ci si metterà in regola nei prossimi mesi. La data ultima per effettuare le vaccinazioni è il 10 marzo".

Il giorno successivo, **Il Messaggero** (3/9/17) parla di "Boom di richieste nelle Asl". E spiega: "A pochi giorni dalla prima scadenza prevista per consegnare il materiale sulle vaccinazioni dei bambini più piccoli, a Roma è boom di richieste di vaccinazioni, e sono tantissimi a cercare nelle Asl informazioni sul da farsi. Usando come punti di osservazione due grandi centri vaccinali della Asl Roma 1 - via Ovidio in centro e via Dina Galli in periferia - lo scenario è quello di un sistema che non presenta alcun problema in termini di approvvigionamento delle dosi, riferiscono i dirigenti, ma che rileva piuttosto la mancanza di informazione di molti utenti". **Il Tempo** (3/9/17) aggiunge: "Code nei centri di via Ovidio e via Galli. In questa settimana previsto il picco di prenotazioni. Daranno una mano anche i pediatri delle altre Asl. Ma neanche la possibilità dell'autocertificazione placa la corsa alla vaccinazione". Ancora **Il Messaggero** (7/9/17) titola "Vaccini, oltre 70 mila in attesa". E spiega: "Con l'inizio della scuola scatta la corsa delle famiglie. A Roma solo il 7 per cento dei bambini tra 0 e 6 anni non sono in regola con le vaccinazioni o non hanno l'appuntamento per effettuarle: nel dettaglio, coloro che già hanno prenotato la vaccinazione a Roma in totale fino al 31 dicembre 2017 sono 72.525, di cui 50.322 tra 0 e 6 anni, per i quali la vaccinazione è indispensabile per l'iscrizione. I bambini che per ora non hanno neppure la prenotazione sono 22.711 tra 0 e 6 anni. Ed è caos sui moduli da presentare. Regione Comune ne hanno messi due diversi online, code alle Asl".

### **IL TEMPO**

### **Il Messaggero**

**Il Corriere della Sera** (12/9/17) tira le somme: "Nel Lazio è corsa ai vaccini: 90 mila prenotazioni in pochi giorni". Si legge: "A Roma e nel Lazio è ufficialmente partita la corsa ai vaccini. Ieri era l'ultimo giorno utile per consegnare la

### **CORRIERE DELLA SERA**

documentazione alle scuole, ma i genitori non smettono di chiedere informazioni e prenotare i vaccini mancanti per essere in regola con la nuova legge. In tutta la Regione, sono infatti 90 mila le prenotazioni richieste per i bambini nati tra il 2001 e il 2016. Di queste la maggior parte, 72mila, provengono da Roma". Intanto il ministro della Salute rassicura tutti. Il giorno dopo, **Il Corriere della Sera** (13/9/17) titola: "A casa i bimbi senza vaccini. Lorenzin: «Pochissimi casi»". Il servizio riferisce: "Ieri mattina, all'asilo di via Aretusa, periferia est di Roma, la preside temeva di dover chiamare le forze dell'ordine: un terzo dei bambini iscritti era senza l'autocertificazione dei vaccini e lei, per legge, non poteva farli entrare in classe. «Invece alla fine - dice sollevata - ho dovuto rimandare a casa solo una decina di bimbi, ma solo perché i genitori hanno portato in ritardo il documento, mercoledì cominceranno regolarmente l'anno scolastico». Alla scuola Mandela (zona Aurelia) mancano alcune autocertificazioni, ma i genitori senza documento potranno entrare lo stesso con i figli e firmare l'autocertificazione".

**Il Giornale** (13/9/17) riporta la protesta dei genitori che non vogliono vaccinare i loro figli: "Fuori i bimbi non vaccinati. Rivolta dei genitori no vax". Si legge: "Le scuole materne sbarrano le porte ai genitori no vax che chiamano i carabinieri. Ma inutilmente. Come era facile prevedere l'avvio dell'anno scolastico nelle scuole d'infanzia registra qualche intoppo, momenti di tensione ed episodi decisamente sgradevoli da vedere all'interno di un asilo. Sulla necessità di chiarire la normativa si sveglia, decisamente fuori tempo massimo, il sindaco di Roma, Virginia Raggi, che parla di norme confuse e di difficile applicazione". Una polemica che fa notizia.

### **Il Giornale**

**Il Messaggero** (13/9/17) titola: "Vaccini, scontro sul caso Roma Lorenzin a Raggi: fa confusione". "Ennesimo braccio di ferro tra la sindaca di Roma, Virginia Raggi, e il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sui vaccini obbligatori per l'ammissione nei nidi e nelle materne dei bambini tra 0 e 6 anni - si legge nel servizio - Il ministro dell'Istruzione, Valeria Fedeli, ha bocciato il modulo per l'autocertificazione di Roma Capitale: «Complicato e incompleto». Dura presa di posizione della Raggi: è caos norme. Replica così la Lorenzin: «La legge è chiarissima, si vuole solo fare confusione».

### **Il Messaggero**

La novità delle vaccinazioni scolastiche mette a dura prova i centri vaccinali romani e il personale sanitario che si prodiga come può per arginare "l'assalto". Una sorta di arrembaggio che si attenua solo con l'avvio effettivo delle lezioni. Ma un'altra emergenza è alle porte, quella infettiva. Una serie di allarmi rilanciati con grande enfasi dai media seminano preoccupazione e incertezza. E gli infermieri finiscono in mezzo. Tutto inizia da Trento, dove una bambina di quattro anni muore di malaria. Stampa e tv si scatenano. **Il Fatto Quotidiano** (7/9/17) titola "Malaria e malasanità: la bambina infettata col sangue di due malati". L'articolo spiega: "Sofia uccisa dallo

col sangue di due malati". L'articolo spiega: "Sofia uccisa dallo



col sangue di due malati". L'articolo spiega: "Sofia uccisa dallo

stesso parassita trovato nel sangue dei bimbi ricoverati con lei a Trento. Il primario: nessun errore. Acquisite le cartelle anche a Portogruaro, dove era stata per due giorni la bambina morta di malaria: due ospedali sotto inchiesta”.

**IL TEMPO** Sullo stesso caso il quotidiano romano **Il Tempo** (6/9/17) fa un titolo molto pensante: “Ecco la malaria degli immigrati”. E scrive: “La circolare del ministero della Salute ammette: importiamo la malattia dagli stranieri. La circolare del Ministero: la malattia «importata» nell’80% dei casi. Il dicastero in allerta dal 2016. Ecco il documento che parla dei pericoli”. Immediata quanto sdegnata la reazione della Federazione IPASVI. Due giorni dopo **Il Tempo** (8/9/17) pubblica la nota dell’Ipsavi con il titolo “Niente fango sulla categoria”. L’articolo riporta la lettera inviata dalla presidente Barbara Magiacavalli al direttore del quotidiano Marco Chiocci: “Nel caso della bambina morta di malaria all’ospedale di Trento, la vostra testata ha utilizzato come capro espiatorio per focalizzare una delle due ipotesi della magistratura (utilizzo di strumenti non sterili contaminati in precedenza da piccoli pazienti malati; presenza di una zanzara vettore importata in valigie o da viaggi in zone a rischio) gli infermieri. Questo atteggiamento, come già sottolineato anche dai vostri organi amministrativi (ordine dei giornalisti e federazione della stampa) prefigura una vera e propria caccia alle streghe: nessuno può essere accusato senza prove e soprattutto non si può gettare nel tritacarne un’intera categoria di professionisti solo per cercare la notizia per fare titolo. Questo comportamento, giudicato deteriore da più parti, porta un pesante e ingiusto danno d’immagine per gli infermieri verso i propri assistiti e getta fango sulla categoria che noi, come Federazione, non siamo disposti ad accettare: la professione infermieristica è apprezzata e ben conosciuta, e non certo in questa forma, dai pazienti che, per garantire dignità alla loro vita di tutti i giorni, si rivolgono all’infermiere. Condanna lesiva anche dal punto di vista dei rapporti che i nostri professionisti possono e devono instaurare con gli assistiti”. Intanto, a Roma si parla perfino di allarme antrace.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (7/9/17) titola “Allarme antrace, due contagiati a Roma”. Il servizio spiega: “L’infezione trasmessa dai bovini di un allevamento. Dopo la morte di una decina di bovini, arrivano i primi casi di sospetto contagio dagli animali all’uomo. La zona dichiarata ‘infetta’ con un’ordinanza del sindaco Luciano Andreotti è nel comune di Grottaferrata. A confermare è il direttore della Prevenzione Asl Rm6 Mariano Sigismondi, che da oltre una settimana sta monitorando il caso della moria dei bovini che hanno contratto il batterio ‘bacillus anthracis’, infezione che può essere trasmessa anche all’uomo e, se non curata, può portare alla morte in pochi giorni”.

Non basta.

I romani imparano, loro malgrado, un nome finora semisconosciuto: chikungunya. Il **Quotidiano Nazionale** (9/9/17) titola “Torna la chikungunya, tre casi ad Anzio Nuovo allarme zanzare”. L’articolo fa il punto della situa-

zione: “Nella torrida estate 2017, con la malaria sotto le Dolomiti, ci mancava solo la chikungunya - febbre virale acuta trasmessa dalle zanzare infette e raramente per contatto interumano - a preoccupare infettivologi e cittadini. Tre casi ad Anzio, sul litorale laziale. La notizia, certificata dall’Istituto superiore di sanità e dall’Inmi Spallanzani, apre un nuovo fronte sanitario”. Infatti, è proprio così.

**CORRIERE DELLA SERA** Il **Corriere della Sera** (12/9/17) titola “Chikungunya, quattro casi a Roma. Ipotesi di stop alle donazioni”. Si legge: “Quattro casi di chikungunya nella Capitale dopo i tre registrati ad Anzio la scorsa settimana. La malattia è virale, scatena febbre acuta e viene trasmessa dalla puntura di zanzare infette. Non causa morte, ma non esiste un vaccino: per precauzione, potrebbe essere deciso lo stop alle donazioni di sangue negli ospedali romani, come accaduto venerdì scorso ad Anzio”. Il numero sei contagiati cresce rapidamente e gli aggiornamenti sono pressoché quotidiani. **Avvenire** (13/9/17) titola “Nel Lazio 13 casi di chikungunya”. E spiega: “Dopo l’accertamento di quattro nuovi casi della febbre tropicale chikungunya nel territorio della Asl Roma 2 e il bilancio dell’infezione che sale ufficialmente a 13 contagi nel Lazio, è polemica fra Regione e Comune”.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (21/9/17) aggiorna il conteggio: “Nel Lazio 10 nuovi casi, 5 nella Capitale. Così il numero dei contagiati sale a 86”. “Aumenta di ora in ora il numero dei contagiati dalla chikungunya nel Lazio - si legge - Nella giornata di ieri il Servizio regionale di sorveglianza per le malattie infettive ha aggiornato a 86 la statistica dei casi accertati, dieci in più rispetto alla giornata precedente. Solo cinque di questi sarebbero collegabili alla città di Anzio, considerata uno dei focolai del virus, mentre i restanti 5 riguardano persone residenti nel comune di Roma”. Scatta così il blocco delle donazioni di sangue nell’area colpita.

**IL TEMPO** Il **Tempo** (14/9/17) titola “Niente trasfusioni per un milione di romani, stop alle donazioni di sangue”. L’articolo spiega: “Stop alle donazioni di sangue in un’ampia area della Capitale e che interessa circa 1,2 milioni di abitanti. La decisione è arrivata ieri sera in seguito all’aumento dei casi di chikungunya. La sospensione totale delle donazioni riguarda solo la Asl 2 di Roma, di fatto tutta l’area sud della Capitale, e il comune di Anzio. Nel resto di Roma, invece, la donazione è consentita con una quarantena di 5 giorni”. L’effetto chikungunya si fa sentire.

**Il Messaggero** Il **Messaggero** (21/9/17) titola “Sangue, sos nella Capitale, rinviati gli interventi”. Nel servizio si legge: “A causa del virus chikungunya, portato dalla zanzara tigre, a Roma sono state sospese le donazioni di sangue, che ora manca e causa il rinvio degli interventi chirurgici. «Siamo a corto di sangue, non abbiamo sufficienti scorte, rimandate l’operazione», è il bollettino del Centro trasfusionale. Così ogni mattina un medico entra in sala operatoria e non sa se l’intervento si farà”.



Titoli, inchieste e speciali dedicati all'allarme chikungunya si rincorrono su tutti gli organi d'informazione, anche con toni allarmistici non giustificati dalla situazione reale del contagio e dai suoi effetti.

Nel frattempo, c'è chi opera in prima linea per combattere malattie gravi come la malaria e che muore per questa nobile causa.



**Avvenire** (23/9/17) ricorda a tutti la storia, eroica e tragica al tempo stesso, di una collega formidabile che ha sacrificato la sua vita alla professione. Il titolo è "Infermiera morta di malaria in Africa". Si legge: "Era in Africa per aiutare i bambini degli 'slum' della Sierra Leone, l'ha uccisa

la malaria. Il collegio interprovinciale Ipasvi di Milano-Lodi-Monza e Brianza piange Monica Sala, giovane infermiera italiana stroncata dalla malattia infettiva che tante vittime miete nel continente africano. Monica, neolaureata, era «da poco iscritta al Collegio Ipasvi di Milano», si legge in una nota, e «ha perso la vita proprio quando sembrava averle dato un senso: realizzare il suo sogno più grande, aiutare il prossimo. La sua è una delle infinite testimonianze di infermieri che si prodigano per la cooperazione umana internazionale, che offrono tempo e impegno mettendo a repentaglio la propria sicurezza con l'obiettivo di prestare aiuto ai più bisognosi».

Lei non c'è più, ma il suo esempio non morirà mai.



## CERTIFICAZIONE ISO 9001

Nel mese di luglio, nel quadro della Certificazione ISO 9001, si è tenuto l'audit del Bureau Veritas presso gli IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico Regina Elena e San Gallicano, interessando, oltre le UO Cliniche, anche il Ditar - Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca. Per tutti noi, un momento di crescita, essenzialmente nel Riesame dei nostri processi, per proseguire nella traccia del miglioramento continuo.

Sui prossimi numeri della rivista, daremo conto, in dettaglio, del Processo Certificativo; per i colleghi che volessero approfondire l'indirizzo email è il seguente: [carlo.turci@ifogov.it](mailto:carlo.turci@ifogov.it)

## La Federazione nazionale IPASVI discute il disegno di legge per la riforma degli Ordini

**S**abato 24 giugno 2017, a Roma, si sono riuniti in Consiglio nazionale i 103 presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi, per approfondire il disegno di legge inerente la riforma degli Ordini e sul suo relativo iter parlamentare.

Nonostante le criticità evidenziate in alcuni emendamenti approvati, a oggi, dalla Commissione Affari sociali della Camera, il Consiglio nazionale si è espresso all'unanimità per l'approvazione rapida del disegno di legge.

Per la Federazione è un obiettivo primario la trasformazione dei Collegi in Ordini: trasformazione non più procrastinabile.

Per questo motivo, l'IPASVI nazionale chiede al Parlamento di procedere quanto più celermente possibile con l'approvazione del disegno di legge, e al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, di sostenerlo in tutte le sedi del dibattito parlamentare.

"Per noi la trasformazione dei Collegi in Ordini professionali è una priorità assoluta. – ha spiegato la presidente della Federazione nazionale Ipasvi, **Barbara Mangiacavalli** –. Si tratta di un passaggio che sarebbe già dovuto avvenire quasi automaticamente nel momento in cui, a partire dal decreto legislativo 502/1992, la formazione degli infermieri è entrata a pieno titolo in Università e la legge 42 del 1999 ha riconosciuto il carattere intellettuale della nostra professione. Oggi, gli infermieri sono professionisti laureati; non ha più senso perciò mantenere l'anacronistica separazione tra collegi e ordini per delineare forme di rappresentanza professionale e di iscrizione agli albi di appartenenza. Gli infermieri, al pari di tutte le altre professioni intellettuali, vogliono una tutela ordinistica".

La trasformazione dei Collegi in Ordini è alla ribalta del dibattito parlamentare ormai da oltre dieci anni, da quando, cioè, era stata prevista come delega al Governo nella legge 43/2006.



"Quindi, basta con le attese. Si acceleri l'iter perché possa davvero giungere a conclusione subito a inizio autunno", ha concluso la presidente.

Per l'occasione capitolina, il Consiglio nazionale Ipasvi ha approvato un documento sui vaccini in cui la Federazione "riconosce la necessità delle campagne vaccinali ed è pronta a contribuire in modo diretto attraverso i suoi professionisti all'informazione e all'educazione alla salute che deve essere la base di una nuova cultura della popolazione, in linea con la comunità scientifica nazionale internazionale che riconosce alle vaccinazioni un ruolo essenziale a livello di prevenzione e di lotta alle principali malattie diffuse".

"La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi – firmataria anche della Carta di Pisa sulle vaccinazioni negli operatori sanitari per riconoscere il valore della vaccinazione soprattutto tra i professionisti – si legge nel documento – sottolinea la necessità che il suo ruolo, per ottenere i migliori risultati, tenda in termini di empowerment dei pazienti, a comunicare in modo intenzionale con l'assistito e agevolare così la scelta vaccinale". Ed "è pronta a dare la massima collaborazione in termini di attività professionale e progettuale alle istituzioni preposte alla programmazione e assicura ai suoi assistiti e alla comunità scientifica la presenza attiva degli infermieri e assistenti sanitari, come sempre finora dimostrato nonostante le pesanti carenze di organici, per garantire di fa fronte ai bisogni dei pazienti".

Netta, la posizione del Consiglio nazionale anche contro la violenza sugli operatori.

Il documento approvato dalla Federazione ritiene "prioritaria l'istituzione di un Osservatorio nazionale sul fenomeno della violenza negli ambienti di ricovero e di assistenza, articolato in tutte le Regioni, che indichi la strada e gli strumenti per controlli rigorosi e continui e la possibilità di interventi immediati e decisi a tutela degli operatori e che stimoli attività di informazione, formazione e promozione in materia di sicurezza dell'attività di cura e tutela della salute mettendo in campo le attività necessarie alla valutazione del rischio, anche attraverso la collaborazione tra istituzioni pubbliche diverse, monitori i dati relativi a strutture e presidi sanitari considerati a rischio. Per poter realizzare queste necessarie innovazioni e per poter elaborare la migliore strategia di tutela dei propri professionisti che nelle strutture a rischio rappresentano comunque oltre il 50% degli operatori la Federazione e i Collegi provinciali dichiarano la propria disponibilità a collaborare con le istituzioni, sia a livello centrale che locale, per contrastare e sconfiggere il fenomeno in argomento".

## Al maxi concorso dell'Umberto I Collegio Ipasvi in strada al fianco degli infermieri

**S**i è concluso nel migliore dei modi, con l'assunzione a tempo indeterminato di 40 infermieri, la travagliata vicenda del maxi concorso all'Umberto I.

Il 25 agosto scorso è stata pubblicata la graduatoria definitiva che porterà al Policlinico romano nuova linfa nelle fila degli infermieri non solo dello stesso, ispiratore del concorso, ma anche di tutte le aziende sanitarie del Lazio (le strutture, infatti, potranno attingere dalla lista di 878 infermieri, qualora dovessero manifestare interesse ad assumere personale).

La fine di una vicenda che ha visto la partecipazione di oltre 1.500 partecipanti da tutt'Italia e dall'estero, due rinvii e il ricorso al Tar.

Da almeno 10 anni non si parlava di concorso pubblico; le graduatorie vecchie non erano agili perché, dopo anni e anni di vigenza, è ovvio che una parte consistente di infermieri aveva già trovato occupazione.

Il concorso, dunque, sblocca una situazione incancrenita, anche se i 40 posti assegnati sono poca cosa rispetto al numero degli infermieri di cui avrebbe davvero bisogno la sanità regionale.

La presidenza e il Collegio Ipasvi tutto sono stati, in ogni momento, accanto agli infermieri che hanno preso parte alla vicenda, arrivando a bloccare, di fatto, la via Aurelia, il 13 luglio 2017, dopo che l'annuncio ai candidati della sospensione della prova scritta, all'hotel Ergife, è arrivato ad appena due ore dall'inizio ufficiale.

E per la seconda volta, visto che la prova scritta del 14 aprile era stata sospesa con soli due giorni di preavviso. Da qui, il caos, il traffico paralizzato nella zona.

E la presidente Pulimeno che si è fatta portavoce del malessere di tutti e che non ha usato mezzi termini per condannare la sospensione in extremis. *"Una cosa inaccettabile* – ha detto ai maggiori quotidiani capitolini –. *Oltre al danno, la beffa: il secondo rinvio avviene a tre ore dall'inizio della prova, quando la maggior parte dei colleghi, arri-*



*vati dall'estero dove risiedono per lavorare e guadagnare qualcosa, si è sobbarcata delle spese di viaggio e quant'altro per venire a Roma".* E rincara: *"Non succede sempre che un concorso si sospenda in questo modo e con queste modalità, per questo tanti si sentono presi in giro. Io sono qui per supportarli: c'è gente disperata, che si sta sentendo male".*

L'occupazione della strada è terminata qualche ora dopo, ma la luce in fondo al tunnel si è vista solo al termine dell'estate appena trascorsa.

L'impegno del Collegio resta lo stesso di sempre: chiedere nuovi concorsi anche in altri ospedali di Roma e provincia, e la risoluzione dell'atavica questione della stabilizzazione dei precari.



## Gennaro Rocco, direttore scientifico del Cecri, nominato Fellow dall'*American Academy of Nursing*

**P**er il 2017, l'*American Academy of Nursing* ha reso noto di aver selezionato come Fellow 173 infermieri "leader" in tutto il mondo.

L'Italia ha un'unica personalità ad aver ricevuto il prestigioso riconoscimento quest'anno, il professor Gennaro Rocco, infermiere, già presidente del Collegio Ipasvi di Roma (dal 1993 al 2014) e vicepresidente nazionale Ipasvi, attualmente in forza all'Enpapi e direttore del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Nonché, co-fondatore della Federazione europea delle Professioni infermieristiche (Fepi) di cui ha ricoperto la carica di segretario generale.

Prima di lui, nel 2016, il prestigioso riconoscimento statunitense era toccato a Loredana Sasso, infermiera, professore all'Università degli Studi di Genova.

I Fellow sono chiamati a contribuire, insieme all'Accademia americana di Nursing, alla trasformazione del sistema sanitario degli Stati Uniti e, in particolare, la loro competenza è richiesta per: migliorare la qualità della salute e l'assistenza infermieristica; promuovere un sano invecchiamento; ridurre le disparità di salute e le disuguaglianze; integrare la salute mentale e fisica; rafforzare il sistema di cura e la salute in generale, a livello nazionale e internazionale.

Le nomine vengono assegnate ai Fellow per la loro carriera infermieristica e sono identificati tra tutti i professionisti nel mondo con il più alto livello formativo. L'invito alla Fellowship va oltre il semplice riconoscimento della propria carriera professionale, concretizzandosi nell'ingresso formale in un gruppo e alla sua rete di relazioni internazionali ad altissimo livello e con una forte capacità e possibilità di influenzare le linee politiche dei sistemi sanitari.

I nuovi nominati sono stati i protagonisti di una cerimonia solenne che si è svolta durante la conferenza annuale dell'Accademia (dal titolo: "Transforming health, driving policy") programmata a Washington dal 5 al 7 ottobre scorso.

A Gennaro Rocco, PhD, MScN, RN Professor, health professions bachelor and Masters degree courses Tor Vergata University, Rome; director of Center of Excellence for Nursing Scholarship, IPASVI, Rome; President & professor Schools of Health Professional, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Tirana (Albania), abbiamo posto alcuni quesiti sulla professione e il nuovo corso che ha assunto la formazione infermieristica nel nostro Paese.

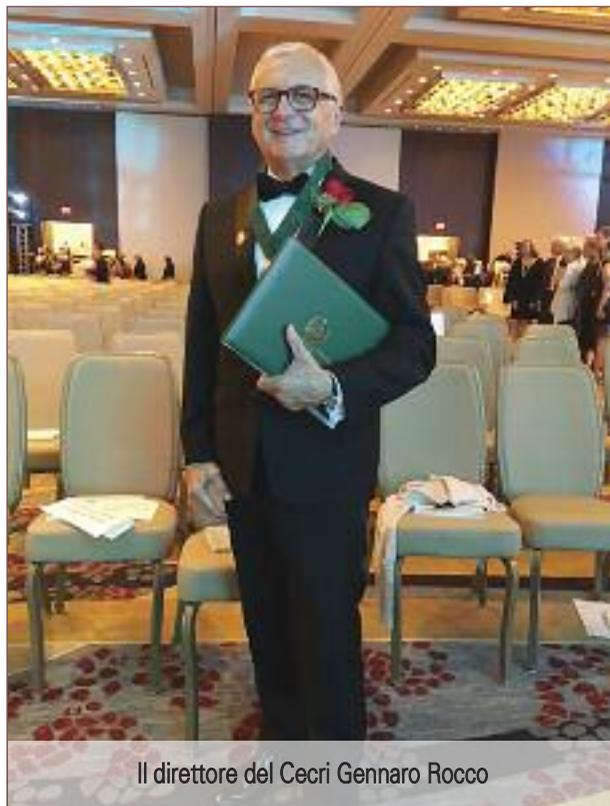
*Un riconoscimento prestigioso come quello ricevuto dalla American Academy of Nursing rappresenta un punto di arrivo o di*

*partenza?*

Nella mia vita ho sempre considerato i punti di arrivo anche punti di partenza.

Le grandi sfide ed i traguardi ambiziosi hanno bisogno di continui stimoli e conferme, altrimenti si corre il rischio di arenarsi tra le complessità e le difficoltà che essi sottendono. Ritengo, comunque, che quest'importante riconoscimento, che arriva dalla prestigiosissima Accademia Americana del Nursing, vada anche all'Infermieristica ed agli infermieri italiani che, in tempi storicamente brevi, sono riusciti a raggiungere traguardi inimmaginabili se li si guarda con gli occhi di un passato neanche tanto lontano.

*Non è la prima volta che si trova a giocare un ruolo di primo piano in ambito internazionale. È stato co-fondatore della Federazione europea delle Professioni Infermieristiche (Fepi), di cui ha ricoperto la carica di segretario generale: com'è cambiato il contesto globale da allora a oggi?*



Il direttore del Cecri Gennaro Rocco

Per la scienza, per le conoscenze, per la ricerca non esistono confini, né popoli, né nazioni. Viviamo in un mondo globale che offre straordinarie opportunità ed occasioni di crescita, di sviluppo, di miglioramento delle condizioni di ognuno. Immaginiamo il progresso della scienza medica e della tecnologia cosa sarebbe se non fosse fondato sulla collaborazione, le sinergie, la condivisione delle scoperte e della conoscenza. Pensiamo ai benefici che essi ci hanno offerto e continuano ad offrirci in termini di aspettativa e di qualità di vita. Ciò di cui dobbiamo prendere coscienza è che, in questo mondo globalizzato, non ci sono primi e secondi della classe: la maggior parte dei problemi che ci troviamo ad affrontare sono gli stessi che affrontano altri, anche se lontani migliaia di chilometri. E noi infermieri questo lo sappiamo bene! Abbiamo appreso tanto dall'esperienza dei colleghi americani, australiani, canadesi e, anche forti delle loro esperienze, siamo riusciti a raggiungere traguardi che loro stessi non hanno ancora raggiunto. Mi viene in mente, ad esempio, la grande difficoltà che hanno i colleghi statunitensi ad ottenere

una legge che individui, come unico canale formativo, quello universitario: ciò comporta che, ancora oggi, loro hanno 'infermieri di serie A e di serie B' con diverse competenze e differenti opportunità di carriera e con ricadute negative sia nei servizi che nel riconoscimento professionale. La fondazione della Fepi nasceva anche su questi fondamenti.

***Come sono visti gli infermieri italiani fuori dai confini nazionali?***

Non si può negare che fino a qualche anno fa non c'era una grande presenza degli infermieri italiani in contesti internazionali. Non c'era emigrazione professionale, né produzione scientifica che trovava ospitalità sulle riviste internazionali. Oggi, lo scenario è completamente diverso. La grave crisi economica che abbiamo vissuto in Italia ha determinato un inedito fenomeno di emigrazione infermieristica, soprattutto verso il Regno Unito e la Germania. Al di là delle considerazioni di inopportunità di un simile fenomeno (visto che l'Italia è uno dei Paesi Ocse con il più basso rapporto tra infermieri ed abitanti), abbiamo avuto la conferma che gli infermieri italiani sono i più apprezzati dai cittadini inglesi per la loro professionalità e capacità relazionale. Eguale fenomeno si è verificato nei contesti scientifici ed accademici. Al momento, la produzione scientifica italiana è presente sulle più importanti riviste di settore e sono sempre di più i colleghi che vengono invitati a tenere relazioni e conferenze nei congressi internazionali.

***Lei che per tanti anni ha occupato posizioni di vertice in Ispasvi, nel 2010 ha deciso di accettare una scommessa: fondare il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Perché? Cosa le ha fatto capire che i tempi erano maturi per un passaggio del genere?***

Ritengo sia stata una delle più importanti intuizioni che ho avuto nella vita professionale. Le rivendicazioni di riconoscimento dell'intellettualità della professione infermieristica che hanno trovato poi risposta nelle numerose leggi che ci hanno consentito di affrancarci dalla condizione di professione ausiliaria (l.42/99 in primis), dovevano essere necessariamente accompagnate da un'evoluzione del modo di esercitare la professione stessa. La ricerca è il pilastro, il Dna di ogni disciplina e noi dovevamo dimostrare che gli infermieri italiani c'erano! Più di cento progetti di ricerca ed altrettanti articoli scientifici pubblicati su riviste indicizzate e con impact factor testimoniano la validità dell'iniziativa. Se a queste considerazioni si aggiunge che, ad oggi, alle diverse iniziative del Cecri hanno partecipato, a vario titolo, migliaia e migliaia di infermieri, decine di università italiane ed



Rocco tra Dyanne Affonso e Franklin Shaffer



ancor più gli atenei stranieri, credo ci sia da essere soddisfatti.

***Con gli altri Fellow nominati è chiamato a contribuire, insieme all'American Academy of Nursing stessa, alla trasformazione del sistema sanitario degli Stati Uniti. In che modo?***

Credo che nessuno più di un cittadino italiano possa indicare la strada maestra per realizzare un sistema sanitario degno di un Paese economicamente avanzato qual è quello americano. Siamo uno dei pochi al mondo, infatti, ad avere un Servizio Sanitario Nazionale basato sui sacri valori dell'universalità, dell'equità e della solidarietà e che garantisce a qualsiasi cittadino cure ed assistenza di eccellente qualità. E tutto questo con un costo percentuale di Pil tra i più bassi dell'Occidente. Il solo testimoniare questi valori e questi principi, penso, rappresenti un buon contributo al delicatissimo dibattito che è in corso in questo momento negli Usa sul diritto di accesso alle cure.

***Quali sono i traguardi più significativi raggiunti finora dalla professione infermieristica americana? E quali le macro differenze rispetto a quelli raggiunti in Italia?***

Beh, negli Usa le professionalità vengono riconosciute e pagate per quello che rappresentano nella realtà lavorativa. Quindi, gli infermieri sono mediamente ben retribuiti, ricoprono ruoli strategici ed apicali sia nel campo clinico che in quello organizzativo ed accademico. Essendo, il sistema americano, fortemente premiante, si verifica spesso che tra gli stessi infermieri ci siano differenze retributive, talvolta notevoli. Nel campo accademico, la grande differenza che c'è con la realtà di casa nostra è la totale indipendenza delle facoltà di Nursing da quelle di Medicina. Questo modello offre grandissime opportunità per gli arruolamenti e le carriere accademiche e consente di sviluppare tanta ricerca disciplinare. Se ci fosse un altrettanto adeguato ricono-

scimento della professionalità raggiunta dagli infermieri italiani, dovremmo aspettarci, qui, ben altri stipendi ed incardinamenti contrattuali.

***Quali sono le sfide ancora da affrontare e quali le priorità per vedere presto riconosciuta appieno la professione e le sue peculiarità e potenzialità nel nostro Paese?***

Le grandi conquiste avvenute nel campo legislativo, purtroppo, non hanno ancora trovato un completo ed adeguato riconoscimento a livello operativo.

Gli infermieri italiani hanno raggiunto, in termini di formazione e di competenze professionali, quote molto alte, ma c'è un'oggettiva difficoltà a traslarle nella pratica quotidiana. I modelli organizzativi sono ancora fortemente ancorati al passato ed i contratti di lavoro ancora vedono un'enorme distanza tra medici ed infermieri. Penso che la politica dovrebbe avere il coraggio di fare finalmente delle scelte che, oltre agli infermieri, anche i cittadini italiani si aspettano. L'evoluzione epidemiologica e demografica richiedono sempre di più professionisti capaci di dare risposte altamente qualificate ai nuovi bisogni della popolazione: penso all'infermiere con competenze specialistiche nei vari ambiti dell'assistenza; all'infermiere di famiglia e di comunità; all'infermiere scolastico; agli ospedali di comunità ed alle unità operative a gestione infermieristica; all'infermiere che sceglie di esercitare la libera professione. E sogno corsi di laurea in Infermieristica inseriti in dipartimenti/facoltà autonome, dove si possa sviluppare e far crescere la disciplina con risorse ed energie proprie. Ed auspico, in conclusione, un rapido adeguamento degli organici, oggi notevolmente al di sotto di ogni standard minimi di sicurezza e che accelererebbe, senz'altro, l'implementazione di modelli organizzativi ed assistenziali degni di un Paese avanzato.

**CENTRO DI ECCELLENZA**

## Uno studio finanziato dal Cecri vince il prestigioso "2017 CVSN Stroke Article of the Year Award" premio assegnato dall'*American Heart Association*

**G**razie a una borsa di ricerca messa a disposizione dal Collegio Ipasvi di Roma, il dottor Gianluca Pucciarelli (infermiere, assegnista di Ricerca presso l'Università di Roma "Tor Vergata") ha ricevuto un riconoscimento internazionale.

È stato selezionato, infatti, dall'*American Heart Association* per la vittoria del prestigioso premio "2017 CVSN Stroke Article of the Year Award".

L'articolo a cui fa riferimento il premio è: "*Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke: A Longitudinal Dyadic Analysis*". *Stroke* 2017; 48: 733-739, a firma, oltre che di Pucciarelli, anche di Vellone E, Savini S, Simeone S, Ausili D, Alvaro R, Lee C.S e Lyons K.S.

Lo studio, finanziato dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, è frutto di una collaborazione internazionale tra la cattedra di Scienze Infermieristiche dell'Università di Roma "Tor Vergata" e la School of Nursing della Oregon Health & Science University, Portland, Usa.

Indispensabile ai fini della riuscita dello stesso, l'arruolamento di una coorte di 226 diadi di pazienti affetti da stroke (e i rispettivi *caregiver*), che si è potuta seguire per un anno, con *follow-up* ogni tre mesi.

L'analisi dei dati (molto innovativa, visto l'utilizzo sulla popolazione, per la prima volta, di metodologie multilivello) ha fatto emergere che la funzionalità fisica del paziente ed il *burden* del *caregiver* non influenzano solo la qualità di vita individuale, dell'uno e dell'altro, ma anche quella dell'altro membro della diade.



Inoltre, lo studio ha dimostrato che la depressione del paziente influenza negativamente la depressione del *caregiver* e viceversa, e che *caregiver* più istruiti e con una migliore preparazione nell'assistenza sono meno esposti agli effetti negativi del *burden* assistenziale.

Il dottor Pucciarelli ritirerà il premio durante il prossimo Congresso dell'*American Heart Association* che si terrà ad Anaheim, in California, dall'11 al 15 novembre prossimo.

# Trasferire i risultati della ricerca nella pratica clinica Una sfida possibile?

di Silvia Sferrazza, Kusumam Pamoorickel, Natascia Mazzitelli, Cinzia Puleio, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

Revisione dell'articolo di Curtis K, Fry M, Shaban R.Z, Considine J, "Translating research to clinical nursing practice". Journal of Clinical Nursing, 26: 862-872. 2016.

## INTRODUZIONE

Curtis e colleghi, nel loro articolo, affrontano una questione importante nell'ambito dell'*Evidence Based Practice*: il trasferimento - o traslazione - dei risultati della ricerca nella pratica clinica.

Traslare le migliori evidenze della ricerca nella pratica è importante poiché permette di rendere l'assistenza sanitaria più sicura, di qualità, efficace ed efficiente. Gli autori dell'articolo spiegano il perché è necessario disseminare la ricerca, descrivono quali sono gli ostacoli e i facilitatori, e quali metodi possono essere utilizzati per il trasferimento delle evidenze all'interno del ciclo "conoscenza-azione".

Infatti, uno studio non può considerarsi completato fino a quando i suoi risultati non sono diffusi tra i possibili utilizzatori, indicando come i risultati della ricerca possono essere effettivamente agiti nella pratica clinica.

Possono essere utilizzate varie modalità di diffusione dei risultati, come, ad esempio, la presentazione durante conferenze e seminari, in forum di discussione, attraverso i social media come *twitter* e la pubblicazioni su riviste scientifiche o divulgative, o sintesi dello studio prodotte per tutti gli *stakeholder* chiave a livello ospedaliero e a livello di unità operativa, o attraverso lo sviluppo e l'implementazione di linee guida a livello locale.

## **Tutti i risultati della ricerca vengono pubblicati e diffusi?**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms, 2012) è considerato "non etico" "condurre una ricerca sugli essere umani senza pubblicare e disseminare i risultati, in quanto non condividere i risultati con la comunità scientifica potrebbe portare altri ricercatori a svolgere le stesse ricerche sottoponendo a rischi non necessari la nuova popolazione coinvolta".

Inoltre, ogni ricerca presuppone l'impiego di potenziale intellettuale, tempo, risorse finanziarie da parte dei ricercatori, e fondi dalle organizzazioni che non devono andare sprecati.

Conseguentemente, i ricercatori sono obbligati eticamente a presentare i risultati della loro ricerca, indipendentemente dai risultati conseguiti.

Tuttavia, è stato dimostrato che esistono errori sistematici nelle pubblicazioni degli studi, in quanto vengono pubblicati, per lo più, gli studi che riportano risultati positivi, mentre sarebbe importante pubblicare anche le ricerche con risultati negativi o incerti.

Inoltre, l'Oms sostiene che i risultati degli studi dovrebbero essere pubblicati entro 12 mesi al massimo dal completamento dello studio, per permettere una tempestiva ricaduta dei suoi risultati sulla clinica.

Mentre la ricerca viene prodotta ad un

ritmo incessante, i cambiamenti nella pratica clinica, che riflettono i risultati di tale ricerca, non seguono la stessa velocità.

Gli infermieri che si occupano di ricerca dovrebbero includere sempre nel disegno di uno studio la fase di "traslazione dei risultati" e di valutazione dell'implementazione delle evidenze nella pratica clinica.

Quindi, quando si pianifica un progetto di ricerca è indispensabile considerare, in prospettiva, il modo in cui disseminare i risultati ed essere consapevoli dell'intero processo.

## **Cosa significa traslare le conoscenze?**

Il Canadian Institutes of Health Research (Cih, 2014) definisce la traslazione delle conoscenze come: "un processo dinamico e interattivo che include la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione della conoscenza su basi etiche per migliorare lo stato di salute, fornire un'assistenza sanitaria più efficace, e rafforzare i sistemi sanitari".

La traslazione della conoscenza, quindi, non è una procedura lineare, ma rappresenta un processo attraverso cui la ricerca viene prodotta, diffusa e applicata nella pratica clinica.

Questo processo avviene all'interno di un complesso sistema di interazioni tra ricercatori e utilizzatori, differenziandosi per intensità, complessità e impegno in

funzione della natura della ricerca e dei risultati.

Differenti termini sono utilizzati in letteratura come sinonimi di traslazione delle conoscenze, come, ad esempio: utilizzazione della ricerca, trasferimento, disseminazione o diffusione della ricerca.

### ***Tutte le evidenze possono essere traslate?***

Tutta la ricerca prodotta dovrebbe essere diffusa, ma non tutta la ricerca è facilmente trasferibile nella pratica clinica. Il tipo di disegno, l'applicabilità e la forza di una ricerca dovrebbero essere valutate e le prove per la traslazione essere rilevanti e fondate.

Questo processo non è semplice: la continua produzione di nuova ricerca, l'accesso alle nuove evidenze scientifiche, la capacità di valutarle, il tempo per reperirle e leggerle, e la capacità di applicarle sono alcuni dei principali ostacoli alla diffusione e traslazione delle evidenze.

Una delle strategie più comunemente utilizzate per superare questi ostacoli è il ricorso alla sintesi dei risultati (distillato della ricerca) provenienti dalla più rigorosa ricerca disponibile su uno specifico argomento, presentata attraverso linee guida e revisioni sistematiche.

Ad esempio, possono essere consultate le linee guida pratiche o le schede informative pubblicate su siti di linee guida nazionali o internazionali, quali [www.clinicalguidelines.gov.au](http://www.clinicalguidelines.gov.au), o [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

La traslazione delle evidenze costituisce una parte del ciclo "conoscenze-azione" che si compone di sette fasi:

1. identificare il problema clinico e la ricerca pertinente;
2. adattare la ricerca al contesto locale;
3. valutare gli ostacoli all'uso delle conoscenze;
4. selezionare, adattare e implementare gli interventi;
5. monitorare l'uso delle conoscenze;
6. valutare gli esiti;
7. sostenere l'uso delle conoscenze.

La fase iniziale consiste nel sintetizzare la conoscenza in risposta ad un problema clinico identificato. Questo *step* assicura che il sapere si fondi sulle migliori



evidenze disponibili.

La seconda fase è quella dell'azione, che rappresenta un processo di valutazione e implementazione della nuova conoscenza nella pratica clinica.

### ***Quali sono gli ostacoli alla traslazione delle conoscenze?***

Nonostante l'importanza della ricerca e della sua traslazione, esistono numerose barriere che impediscono la comprensione e la valutazione delle evidenze a livello individuale, di unità operativa e di organizzazione sanitaria.

Questi ostacoli sono stati messi in evidenza, tra l'altro, in uno studio condotto dall'Emergency Nurses Association (Ena) negli Stati Uniti (Chan et al. 2011). In quest'indagine, 978 membri dell'Ena hanno completato un questionario che valutava il coinvolgimento e la comprensione della ricerca da parte degli infermieri e gli ostacoli da loro percepiti.

A livello individuale, gli infermieri hanno riferito una mancanza di conoscenze su come valutare la ricerca che gli impediva di applicare i risultati nella pratica clinica. **A livello di unità operativa è emerso il mancato sostegno da parte dei manager e colleghi nell'iniziare un progetto o la**

**mancanza di potere per attuare i cambiamenti.**

**A livello organizzativo, gli infermieri hanno lamentato il poco tempo messo a disposizione dai servizi per condurre ricerca e cambiare la pratica.**

Altri studi hanno evidenziato che le attitudini e le convinzioni degli infermieri possono rappresentare un ostacolo al trasferimento delle conoscenze.

Centrale, per implementare con successo le evidenze nella pratica, è conoscere come questi atteggiamenti si creano per agire su di essi.

### ***Quali fattori promuovono la traslazione delle conoscenze?***

Esistono molti fattori ben documentati che promuovono un'efficace traslazione delle conoscenze. Ad esempio, la traslazione dei risultati dovrebbe essere considerata, fin dall'inizio, nel disegno e nello sviluppo degli obiettivi dello studio.

Dovranno essere tenuti in considerazione, tra l'altro, quali cambiamenti i clinici dovranno effettuare nella pratica e quali risorse l'organizzazione dovrà fornire per mantenere in maniera stabile il cambiamento.

Inoltre, il successo di qualsiasi cambia-

mento nella pratica si basa sul supporto degli infermieri clinici più anziani.

È, dunque, importante coinvolgere gli utilizzatori finali dei risultati della ricerca nel processo di ricerca.

Poiché, spesso, i cambiamenti in un'organizzazione coinvolgono anche altre figure professionali e servizi (servizi di radiologia, farmacia, amministratori, medici e fisioterapisti, ecc.) **è necessario avere un'ottica multidisciplinare**, sviluppando un piano di consenso per rendere più semplice l'implementazione.

### **Come pianificare l'implementazione?**

Ci sono molti modelli disponibili attraverso cui sviluppare e pianificare una strategia di implementazione delle evidenze.

Il più conosciuto è il *Promoting action on Research Implementation in Health Services Framework* o PARIHS di Rycroft-Malone (2004) e rappresenta una struttura concettuale costituita da elementi intercorrelati che influenzano l'effettiva implementazione degli interventi. Ma, c'è la necessità che questo modello venga sottoposto a una più rigorosa valutazione di efficacia al momento dell'implementazione di un progetto.

Un altro approccio suggerito è quello a quattro passi di French et al. (2012) composto da quattro domande utili per orientare la scelta nell'implementazione appropriata di un intervento:

1. Chi ha necessità di implementare l'intervento?
2. Utilizzando un modello teorico, quali barriere e azioni promotrici devono essere affrontate?
3. Quali elementi dell'intervento (tecniche di modifiche del comportamento e modelli di disseminazione) potrebbero superare le barriere e migliorare le azioni promotrici?
4. Come si possono cambiare i comportamenti dopo averli compresi e misurati?

Esistono molti schemi disponibili on line che possono guidare in maniera dettagliata i progetti di implementazione delle evidenze scientifiche.

Molti servizi sanitari hanno progettato o implementato gruppi o unità per l'implementazione che rappresentano un valido

aiuto nel processo, in grado di spiegare scopo e motivazioni di un progetto.

Molte di queste attività sono più facili se prevedono il coinvolgimento nel processo degli *stakeholder*-chiave, e se vengono valutate le loro aspettative e i loro bisogni rispetto agli *outcome* del progetto. Devono essere stabilite, inoltre, le responsabilità di chi fa che cosa, accanto a opportune strategie di comunicazione.

### **Quali sono gli interventi di implementazione per traslare le conoscenze?**

Ci sono diverse tecniche di intervento per traslare le evidenze nella pratica, come messaggi visivi, poster, audit, seminari educativi, raccomandazioni, protocolli, e coinvolgimento della *leadership*. Gli interventi che hanno più probabilità di avere successo sono quelli multimodali, che utilizzano cioè più canali.

Cambiare i comportamenti non è semplice, ma bisogna capire cosa esattamente sia necessario cambiare e utilizzare i principi alla base delle teorie dei cambiamenti comportamentali.

Si può fare riferimento a tre strumenti da utilizzare insieme o da soli che si basano sui cambiamenti comportamentali: a) la struttura teorica dei domini (Cane et al., 2012), b) la ruota dei cambiamenti comportamentali (Michie et al., 2011) e c) la tassonomia delle tecniche dei cambiamenti comportamentali (Michie et al., 2013).

Una volta che si è determinato cosa cambiare, la struttura teorica dei domini ci può aiutare a considerare le possibili influenze sui comportamenti in 14 aree: conoscenze, abilità, convinzioni e capacità, ottimismo, convinzioni sulle conseguenze, rinforzo, intenzioni, attenzione e processo decisionale, contesto ambientale e risorse, influenze sociali e regole comportamentali.

Ad esempio, per determinare che cosa è necessario cambiare nei comportamenti dei clinici può essere condotta un'indagine che utilizza domande per ciascuna delle 14 aree. Per esempio, può essere chiesto allo staff clinico *"pensi che il protocollo X migliorerà la cura del paziente?"* per quanto riguarda l'area delle convinzioni sulle consequen-

ze; se la maggior parte dei membri dello staff risponde che ritiene che il protocollo non porterà a nessun miglioramento nell'assistenza fornita, lo staff non considererà prioritario cambiare il proprio comportamento, ergo quest'area ne diventerà una prioritaria su cui intervenire. La ruota dei cambiamenti comportamentali e la tassonomia delle tecniche dei cambiamenti comportamentali potranno aiutare nella scelta di interventi e tecniche.

In questo modo, per affrontare le convinzioni sulle conseguenze, gli interventi considerati efficaci sono: l'educazione, l'utilizzo di modelli e la persuasione.

Ci sono vari modi per educare, far da modello e persuadere, e la tassonomia delle tecniche dei cambiamenti comportamentali fornisce un range di scelte che potrebbero essere appropriate per sede, staff e contesto. Una tecnica da utilizzare per la persuasione è quella di avere un infermiere esperto senior, rispettato dai suoi colleghi, che metta in pratica i comportamenti e rappresenti un modello di riferimento per il resto del team.

### **È necessario valutare l'effetto dei cambiamenti?**

L'articolo sottolinea che l'utilizzo della ricerca implica non solo l'implementazione delle evidenze, ma anche la valutazione dei conseguenti cambiamenti nella pratica. Non è più accettabile implementare un cambiamento nella clinica senza valutarne l'impatto. Se la ricerca si applica in un dato contesto, il cambiamento dovrebbe essere analizzato in termini di esiti per pazienti, clinici, e organizzazione.

È essenziale inserire la valutazione dell'implementazione nel disegno di studio assicurando che la raccolta dati sarà usata per determinare quanto esattamente l'intervento è stato adottato. Ad esempio: tutto lo staff ha adottato il protocollo nello stesso tempo? Se no, perché?

## **CONCLUSIONI**

Traslare le migliori evidenze rende il servizio sanitario trasparente e sostenibile e gli infermieri giocano un ruolo chiave in questo processo.

**Traslare la conoscenza scientifica determina un cambiamento culturale, comportamentale e pratico molto forte riducendo il gap tra pratica e ricerca.**

Le evidenze scientifiche che possiedono una forza elevata dovrebbero essere sempre traslate nella pratica.

La traslazione delle evidenze dovrebbe essere prevista nel disegno di ricerca includendo gli utilizzatori finali e la valutazione dell'implementazione della ricerca, una volta effettuata.

Incrementando, diffondendo e traslando la ricerca si riducono gli errori, i costi non

necessari, si ottimizzano i risultati, si migliora la qualità di vita dei pazienti e la sicurezza e la soddisfazione dello staff.

**AUTORI:**

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

Fiorella Pampoorickal, coordinatore infermieristico AO S. Giovanni Addolorata, Polo Pratica Clinica del Cecri;

Natascia Mazzitelli, tutor Cdl in Infermieristica ASL Roma 5, componente Polo Pratica Clinica del Cecri;

Cinzia Puleio, coordinatrice infermieristica ASL Roma 2, componente 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

Canadian Institutes of Health Research (Cih), *About knowledge translation and commercialization*. Available at: <http://www.cih-irsc.gc.ca/e/29418.html>. 2014

Cane J, O'Connor D & Michie S, *Validation of the theoretical domains framework for use in behavior change and implementation research*. *Implementation Science* 7, 37. 2012.

Chan G.K, Barnason S, Dakin C.L, Gillespie G, Kamienski M.C, Stapleton S, Williams J, Juarez A & Li S, *Barriers and perceived needs for understanding and using research among emergency nurses*. *Journal of Emergency Nursing* 37, 24-31. 2011.

French S, Green S, O'Connor D, McKenzie S, Francis J, Michie S, Buchbinder R, Schattner P, Spike N & Grimshaw J, *Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework*. *Implementation Science* 7, 38. 2012.

Michie S, Van Stralen M & West R, *The Behaviour Change Wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions*. *Implementation Science* 6, 42. 2011.

Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J & Wood C.E, *The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions*. *Annals of Behavioral Medicine* 46, 81-95. 2013.

Rycroft-Malone J, *The PARIHS framework - a framework for guiding the implementation of evidence-based practice*. *Journal of Nursing Care Quality* 19, 297-304. 2004.

World Health Organization, *Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non communicable diseases in practice: policy and advocacy, Research and education*. Human Resources for Health Observer, 12, Geneva. 2012.

# Self Efficacy in Cultural Care

## Il senso di autoefficacia nelle cure infermieristiche e nel panorama interculturale

Studio descrittivo correlazionale su un campione di infermieri di un Policlinico romano

di Elena Cristofori, Claudia Gaspari

### ABSTRACT

Ad progressivo calo della popolazione italiana residente in Italia, si assiste ad un corrispettivo aumento della popolazione straniera non comunitaria ed uno di cittadini stranieri che acquisiscono la cittadinanza italiana (Istat 2016).

In questo quadro **prende rilievo l'importanza del concetto della competenza culturale come parte fondamentale del bagaglio di conoscenze e competenze dell'infermiere.**

Secondo la letteratura, la competenza culturale dell'infermiere porta ad una maggiore *compliance* dei pazienti, migliori *outcome* di salute e, in generale, ad una migliore qualità dell'assistenza (Lavizzo-Mourey, MacKenzie, 1995; Betancourt et al., 2006, Smith, 1998).

Lo scopo di questo studio è di indagare il livello di competenza culturale degli infermieri che prestano servizio in Uu.Oo. in cui la letteratura riporta maggior presenza di cittadini di altre culture, e ricercare correlazioni dei risultati con le variabili del campione.

Lo studio è di tipo descrittivo-correlazionale. È stato indagato il livello di competenza culturale su un campione iniziale di 130 infermieri. Lo strumento utilizzato è stata la *Cultural Self Efficacy Scale* di

H. Bernal e R. Froman (1987, 1993) tradotta ed adattata al contesto italiano.

Il campione ha dichiarato di possedere, generalmente, poca competenza culturale per alcune aree della scala. Tuttavia, emergono punti di forza importanti, in particolare sulla conoscenza di concetti culturali antropologici e su alcune pratiche infermieristiche presentate nella scala.

La criticità del basso livello di competenza culturale degli infermieri del campione si traduce in un bisogno di formazione per il personale infermieristico circa l'importanza della competenza culturale e del miglior approccio possibile per entrare in relazione con assistiti appartenenti a culture altre e per meglio prendersene cura.

Una grande opportunità sarebbe considerare l'inserimento dell'Antropologia culturale all'interno di tutti i CdL in Infermieristica e farla vivere all'interno delle discipline infermieristiche fondanti, come già accade in alcuni Atenei.

**Parole-chiave:** *cultural competence, Cultural Self Efficacy Scale.*

### INTRODUZIONE

La competenza culturale è una parte fon-

damentale del portfolio di attività che portano ad aumentare la qualità dei servizi sanitari e ad eliminare le disparità etniche e culturali in sanità (Betancourt, 2006).

La letteratura evidenzia, in particolare, che l'infermiere è in una posizione strategica: se conoscesse e capisse il *background* culturale dell'individuo riuscirebbe a influenzare la sua risposta al sistema sanitario (Rooda, Gay, 1993).

La competenza culturale prevede un continuo aggiornamento delle proprie conoscenze e delle capacità del professionista nell'erogare un'assistenza culturalmente appropriata, che porta a migliori *outcome* di salute (Smith, 1998).

L'aumento delle conoscenze nell'ambito dell'Infermieristica transculturale, grazie ad esempio, a corsi specifici e di educazione continua, permettono di aumentare il senso di *confidence* degli infermieri nell'assistenza a pazienti provenienti da culture diverse e che il contatto con tali assistiti ne aumenterebbe l'auto-efficacia (Nave, 2009).

### MATERIALI E METODI

La *Cultural Self Efficacy Scale* (Cses) è una scala di valutazione dell'auto-efficacia

nell'ambito della competenza culturale. L'auto-efficacia è la percezione del soggetto della propria abilità di portare a compimento, con successo, degli specifici compiti (Bernal e Froman, 1987), la *confidence* che ha un soggetto nello svolgere determinate azioni (Bandura, 1977), ed è il filo che collega la preparazione cognitiva (conoscenze e abilità) con la messa in pratica (Bernal e Froman, 1987).

Secondo la Teoria dell'Autoefficacia descritta da Bernal e Froman, che si inserisce e si basa sulla Teoria Sociale Cognitiva di Albert Bandura, gli infermieri svilupperebbero maggiore fiducia in se stessi nel prendersi cura di assistiti di culture altre se avessero effettivamente l'opportunità di lavorare con queste persone, se fossero incoraggiati a lavorare con tali assistiti, se avessero, alla base, delle conoscenze di modelli di *nursing transculturale* e se avessero una preparazione mentale e fisica per lavorare con soggetti appartenenti ad altre culture (Bernal e Froman, 1987).

La Cses è divisa in tre categorie:

1. conoscenza di concetti culturali generali;
2. conoscenze riferite a gruppi etnici specifici;
3. *confidence* nell'attuare specifiche pratiche infermieristiche (Hagman, 2004).

Gli autori dichiarano che la scala ha alta affidabilità, con alfa di Cronbach di 0.97 e che la validità è stata verificata da un panel di esperti formato da infermieri di salute pubblica.

La scala ha il solo limite di non poter mi-

surare l'auto-efficacia percepita dagli infermieri per quanto riguarda individui appartenenti a culture non comprese nella scala stessa (Capell, Veenstra, Dean, 2007), ed è uno degli strumenti attualmente più utilizzati per misurare la competenza culturale (Kardong-Edgren, Campinha-Bacote, 2014).

La Cses, composta da 26 *item*, utilizza una scala tipo Likert, con risposte che vanno da 1 ("pochissima *confidence*") a 5 ("molta *confidence*").

L'obiettivo dello studio è di osservare, descrivere e documentare il senso di auto-efficacia nella competenza culturale degli infermieri di specifici reparti di un Policlinico romano.

Il campione è costituito da infermieri di Malattie Infettive, Ostetricia, Pediatria, Pronto Soccorso e Pronto Soccorso Pediatrico risultate dalla letteratura, il serbatoio all'interno di un ospedale o un luogo per acuzie in cui avviene maggiormente l'incontro tra operatori della salute e persone assistite di altre culture e/o straniere (Progetto nazionale del ministero della Salute e l'Agenas, "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali", 2013).

## RISULTATI

L'età media del campione è di 41 anni, con un minimo di 23 ed un massimo di 57 anni con prevalenza del 70% di genere femminile.

Il 27,7% degli infermieri afferma di avere un'anzianità di servizio dai 15 ai 21 anni.

Il 40% del campione è in possesso di

Laurea di I livello in Infermieristica.

La lingua maggiormente parlata, anche se a livello principiante, è l'inglese, con un solo soggetto che riporta di parlare fluente anche la lingua albanese. La meno conosciuta risulta essere lo spagnolo. La maggioranza degli infermieri afferma di avere un livello basso o medio di *confidence* riguardo alla capacità di distinguere tra discriminazione ed etnocentrismo, con una prevalenza di risposte "3" e "2", entrambe al 28%. (Grafico 1)

Il 36% del campione dichiara un livello medio di *confidence* in merito ai due concetti culturali generali come di etnicità e cultura. (Grafico 2)

Risalta la *confidence* media nei soggetti con diploma di Scuola Media Superiore (SMS) e Laurea triennale (Lt). Le classi d'età 23-29 e la classe 37-43 sono quelle con una frequenza maggiore di "3", quindi di *confidence* media riguardo ai temi culturali presentati nella scala.

I grafici 3 e 4 mettono in relazione l'esperienza del campione con le variabili della scala inerenti ai concetti culturali generali.

Dai risultati si evince che i gruppi di infermieri che hanno un'esperienza lavorativa di massimo 7 anni, e tra i 15 ed i 21, dichiarano di avere *confidence* media sui temi di competenza culturale riportati nelle domande.

La classe che, invece, ha presentato una maggiore frequenza di valori molto bassi ("1") è stata quella con maggiore esperienza lavorativa, ovvero oltre i 29 anni e per tutte e 5 le classi d'età e per tutti e 5 i gruppi etnici (asiatici, africani, medio-

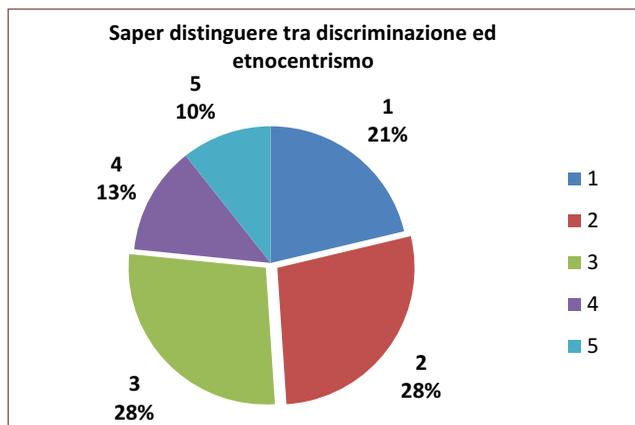


Grafico 1. Livelli di *Confidence* conoscenza di concetti culturali generali-discriminazione ed etnocentrismo

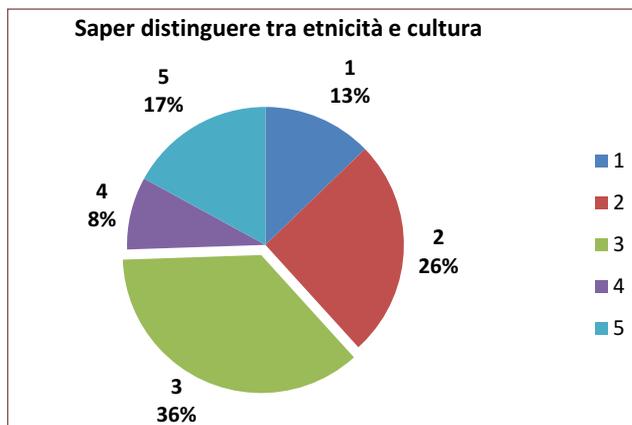


Grafico 2. Livelli di *confidence* conoscenza di concetti culturali generali-etnicità e cultura

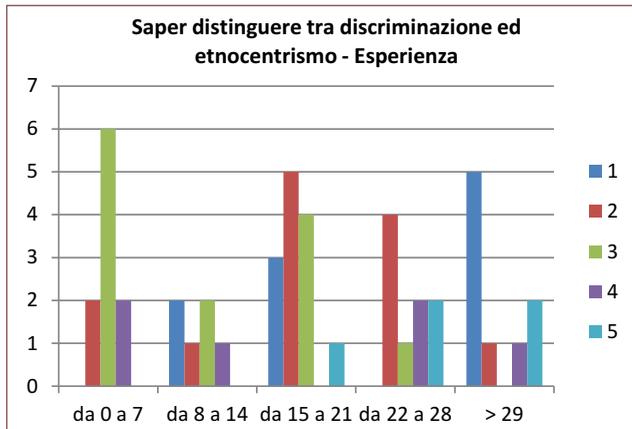


Grafico 3

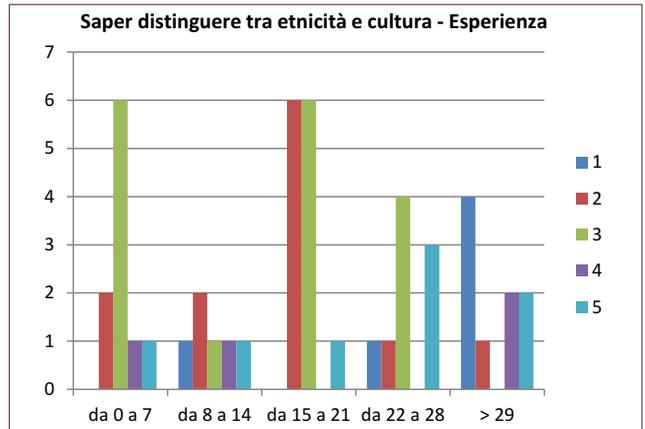


Grafico 4

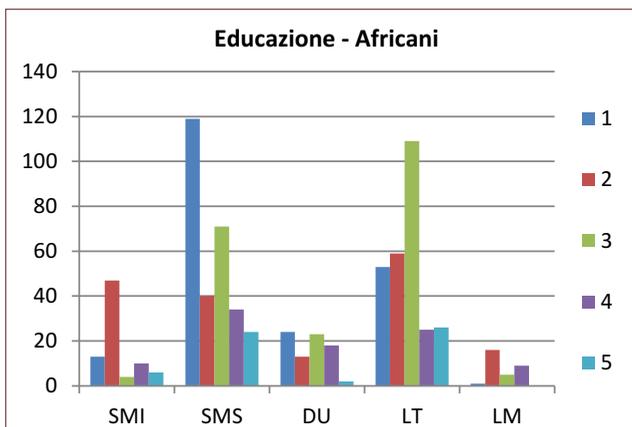


Grafico 5. Relazione tra livello di educazione e gruppo etnico (africani)

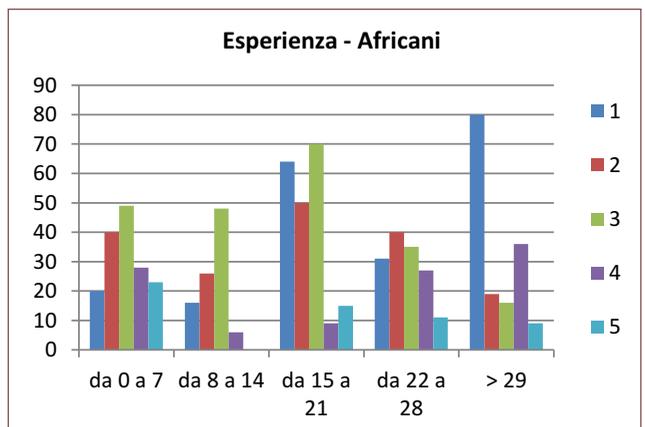


Grafico 6. Relazione tra livello di esperienza e gruppo etnico (africani)

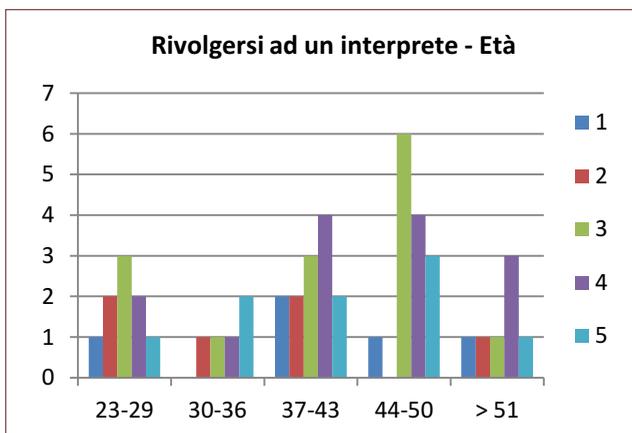


Grafico 7

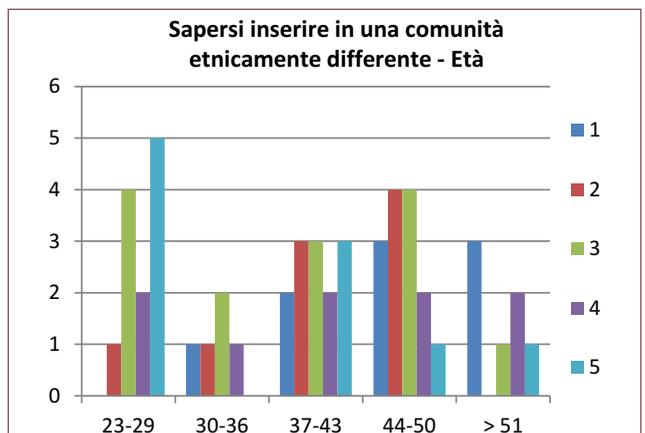


Grafico 8

orientali, sudasiatici e sudafricani), la frequenza delle risposte si attesta a valori compresi tra "1" e "2".

Dai risultati è possibile concludere che l'età non sembra essere un fattore che influenza un diverso livello di competenza culturale.

Per quanto concerne la relazione tra la variabile educazione e livelli di *confidence*

relativi a uno specifico gruppo etnico, osservando i due gruppi più numerosi (infermieri con Diploma di SMS e infermieri in possesso di Lt), questi ultimi trovano una distribuzione dei valori tendenzialmente molto più omogenea tra i 5 livelli possibili con un medio livello di *confidence* per lo specifico gruppo preso ad esempio. (Grafico 5)

La variabile "esperienza" inoltre, non sembra essere correlata ad una maggiore *confidence* nella competenza culturale, portando ad esempio sempre il medesimo gruppo etnico. (Grafico 6)

I grafici 7, 8, 9 e 10 (relazione tra le 6 pratiche infermieristiche presenti nella scala e la variabile "età"), dimostrano come l'età si relaziona alla *confidence* a

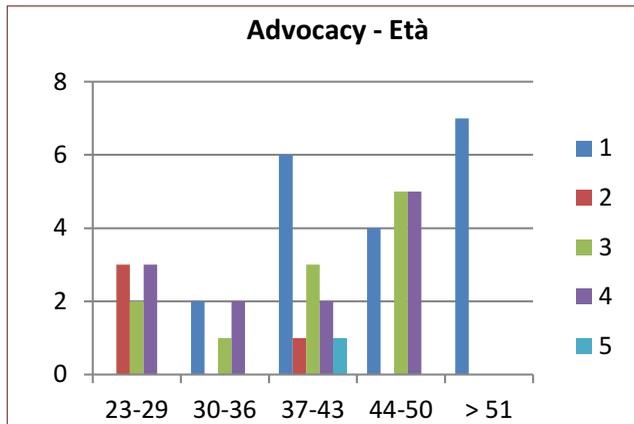


Grafico 9

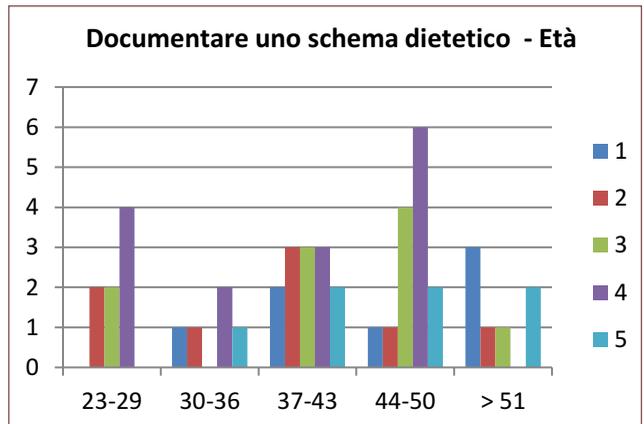


Grafico 10

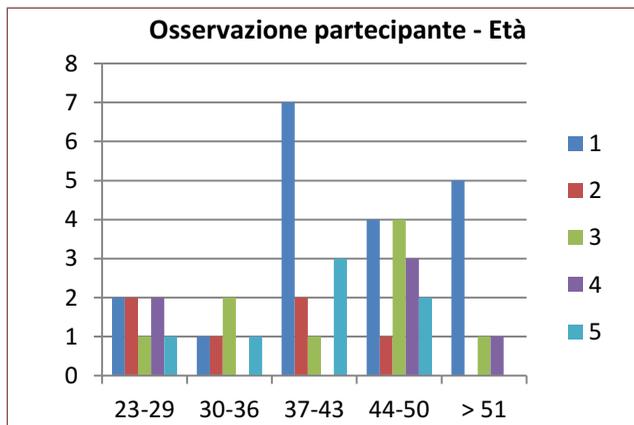


Grafico 11

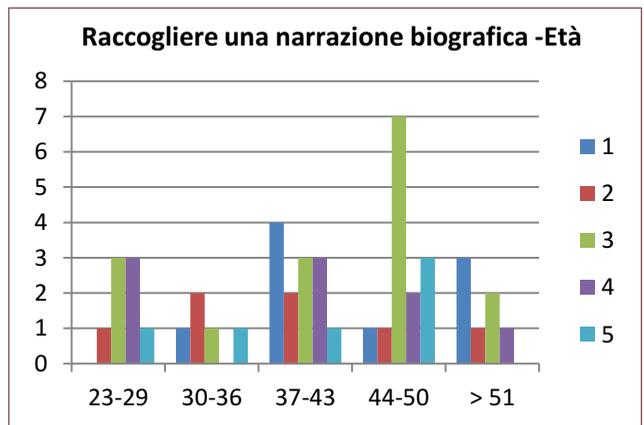


Grafico 12

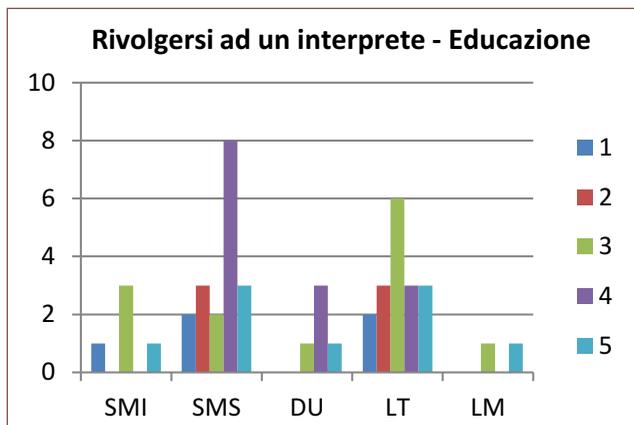


Grafico 13

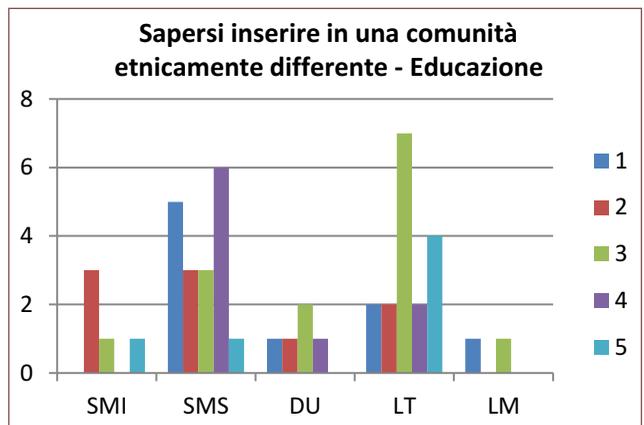


Grafico 14

specifiche pratiche infermieristiche quali rivolgersi a un interprete, sapersi inserire in una comunità etnicamente differente, Advocacy, documentare uno schema dietetico, osservazione partecipante, raccogliere una narrazione biografica. È interessante osservare come il gruppo comprendente gli infermieri più giovani sembra essere quello più confidente nel sapersi inserire in una comunità etnica-

mente differente. (Grafico 8)

La classe che, generalmente, ha dato il maggior numero di risposte medio-alte è stata quella di infermieri tra i 44 ed i 50 anni (grafici 9, 10, 11 e 12, relazione tra le 6 pratiche infermieristiche presenti nella scala e la variabile "età").

Ciò porterebbe ad ipotizzare che sia in relazione alla loro maggiore esperienza;

eppure la classe di età più avanzata, oltre i 51 anni, che dovrebbe quindi possedere una maggiore esperienza, dichiara livelli estremamente bassi di *confidence* nel mettere in pratica le pratiche infermieristiche indicate.

Nei grafici 13, 14, 15, 16, 17 e 18 è stata messa in relazione "l'educazione" del campione con le pratiche infermieristiche della scala.

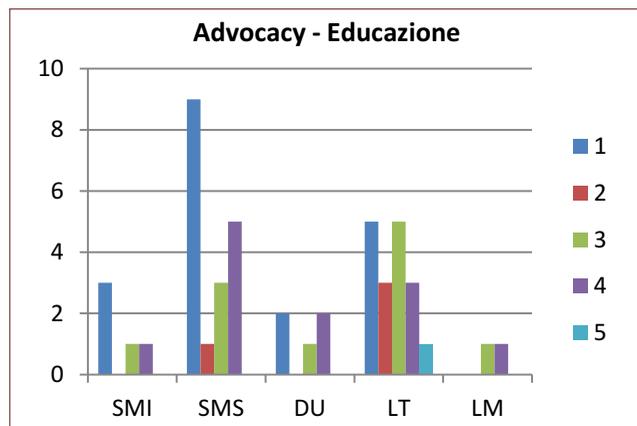


Grafico 15

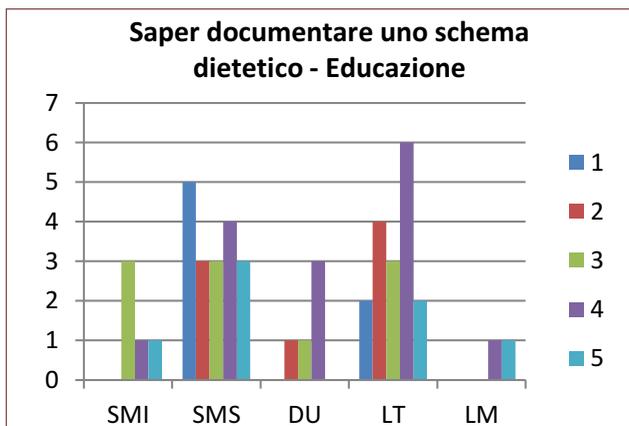


Grafico 16

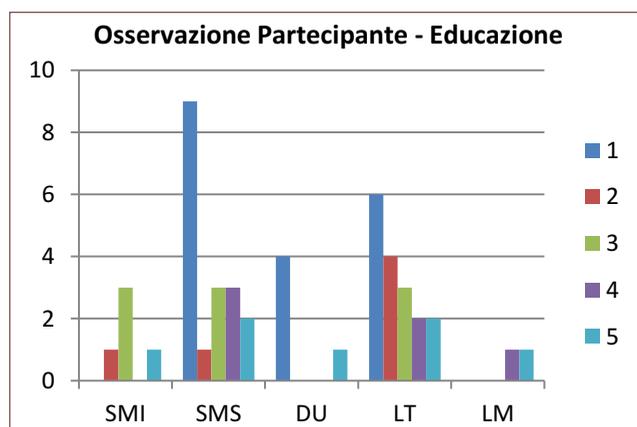


Grafico 17

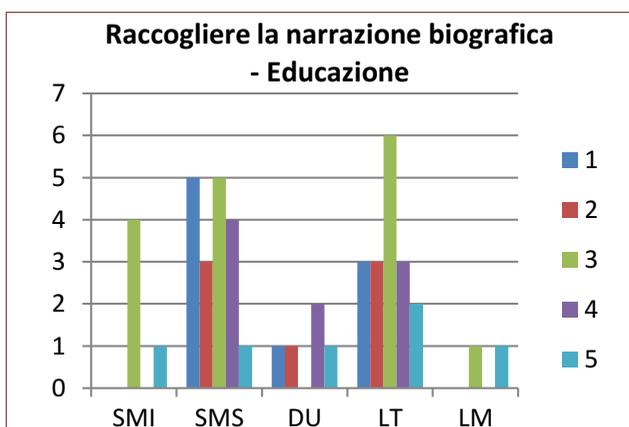


Grafico 18

Gli infermieri in possesso di diploma di SMS affermano di avere particolare *confidence* nel rivolgersi ad un interprete e sapersi inserire in una comunità etnicamente differente; nella pratica dell'*Advocacy* e della documentazione dello schema dietetico sembrano però essere divisi in soggetti molto confidenti ed altri che affermano un livello di *confidence* molto basso.

I soggetti con Diploma Universitario sembrano, invece, sentirsi più efficienti nel rivolgersi ad un interprete e documentare uno schema dietetico, entrambe attività abbastanza comuni nei reparti dove è stata svolta l'indagine.

Gli infermieri con Lt, infine, dichiarano, tendenzialmente, di possedere un medio livello di *confidence* per le pratiche infermieristiche riferite nella scala.

Si analizza infine la variabile "esperienza" correlata alla *confidence* nel mettere in pratica gli interventi infermieristici di riferimento nella scala.

È interessante notare come, salvo che

per la pratica di "Rivolgersi ad un interprete", gli infermieri con maggiore esperienza abbiano indicato di avere un bassissimo livello di *confidence* per le pratiche infermieristiche.

La classe di infermieri che invece lavora da pochi anni (da 0 a 7 anni) tende ad avere frequenza distribuita o media tra i 5 valori della scala, con un solo picco di *confidence* per la pratica di documentare uno schema dietetico.

I soggetti con esperienza lavorativa dai 15 ai 21 anni hanno dichiarato tendenzialmente valori medio-bassi, ad eccezione della pratica di "Rivolgersi ad un interprete", in relazione a cui tutti dichiarano di avere un buon livello di *confidence*.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Dall'indagine emergono alcuni punti di forza del campione: la competenza dei concetti culturali presentati nelle prime tre domande della Cses, seppure non al-

ta, si attesta comunque ad un livello medio; così come la capacità di raccolta di una narrazione biografica.

La cultura maggiormente conosciuta, anche questa però a livello medio, è stata quella africana, molto rappresentata nei contesti ospedalieri.

A livello medio-alto si inseriscono inoltre le competenze sui modelli religiosi (in particolar modo dei mediorientali), sulle patologie più comuni e sulle abitudini alimentari dei cinque gruppi etnici.

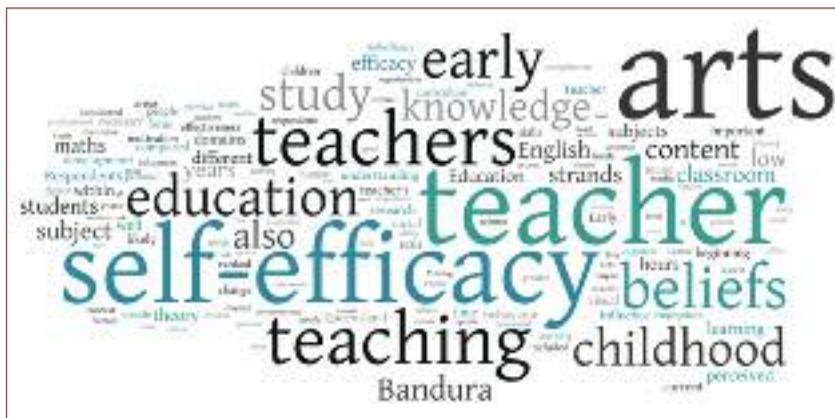
I maggiori punti di forza si sono dimostrati in alcune pratiche infermieristiche, come il rivolgersi ad un interprete, il documentare uno schema dietetico e, soprattutto per gli infermieri più giovani, il sapersi inserire in una comunità etnicamente differente.

L'indagine svolta ha evidenziato la criticità del livello di competenza culturale degli infermieri del campione, che rimane prevalentemente estremamente basso. Questa permette di considerare i risultati come un bisogno di formazione, che

potrebbe tradursi in una offerta di educazione frontale e interventi formativi mirati circa l'importanza della competenza culturale e del miglior approccio possibile per entrare in relazione con assistiti appartenenti a culture altre e offrire cure infermieristiche culturalmente coerenti. **La competenza culturale è un metodo esauriente e completo per capire, spiegare e predire i modi di vivere degli individui nel tempo e nelle diverse aree geografiche.**

Inoltre, essa è più che semplici simboli ed interazioni sociali: può essere vista anche come *"un piano che guida le azioni e decisioni umane ed include elementi sia concreti che astratti"* (Leininger and McFarland, 2006).

Stressare la consapevolezza della competenza culturale della professione infermieristica e del senso di auto-efficacia



alla cura culturalmente orientata, è fondamentale per (ri)cercare e identificare nuovi modi di promozione dell'assistenza infermieristica come una forza potente e dinamica per comprendere la totalità del comportamento umano nella salute e nella malattia.

AUTORI:

Elena Cristofori, tutor didattico CdL in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;  
Claudia Gaspari, infermiere clinico Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandura A, *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company. 1977.
- Bernal H, Froman R, *Influences on the cultural self-efficacy of community health nurses*. Journal of Transcultural Nursing, vol. IV, n.2, pp. 24-31. 1993.
- Bernal H, Froman R, *The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations*. The Journal of Nursing Scholarship, 19(4), pp.201-203. 1987.
- Betancourt J.R, *Improving quality and achieving equity: the role of cultural competence in reducing racial and ethnic disparities in health care*. Massachusetts General Hospital, The Commonwealth Fund. 2006.
- Capell J, Veenstra G, Dean E, *Cultural competence in healthcare: critical analysis of the construct, its assessment and implications*. Journal of Theory Construction & Testing, vol. XI, n.1, pp. 30-37. 2007.
- Hagman L.W, *New Mexico nurses' cultural self-efficacy: a pilot study*. Journal of Cultural Diversity, vol. XI, n.4, pp. 146-149. 2004.
- Kardong-Edgren S., Capinha-Bacote J, *Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students*. Contemporary nurse, vol. XXVIII, pp.37-44. 2014.
- Lavizzo-Mourey Risa J, MacKenzie E, *Cultural Competence - an essential hybrid delivering high quality care in the 1990's and beyond*. Transactions of the American Clinical and Climatological Association, Philadelphia, Pennsylvania, vol. CVII, pp. 226-237. 1995.
- Leininger M.M, McFarland M.R, *Cultural Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory*. Sudbury, Jones and Bartlett Publishers. 2006.
- Nave J.A, *Level of cultural self-efficacy of registered nurses*. Research proposal for Ball State University. Muncie, Indiana. 2009.
- Progetto Nazionale: *"La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali"*, ottobre 2013. Accordo Ministero della Salute - Agenas.
- Rooda L, Gay G, *Staff development for culturally sensitive nursing care*. Journal of Nursing Staff Development, 9(6), 262-265. 1993.
- Smith L, *Evaluation of an educational intervention to increase cultural competence among registered nurses*. Unpublished doctoral dissertation, University of Alabama, Birmingham. 1998.

# I nuovi orizzonti del management L'infermiere e la direzione nell'esecuzione dei contratti

di Carmen Cappitella

## ABSTRACT

Questo lavoro vuole offrire spunti di riflessione su una tematica attuale e determinante: il controllo dell'esecuzione dei contratti pubblici, su cui gli infermieri stanno affinando capacità e competenze, ma che, perlopiù, è ancora sconosciuta nel mondo professionale.

In tal senso, si vuole offrire una panoramica del contesto, anche rispetto alla normativa di settore che si è chiamati a rispettare, ma soprattutto riflettere su come il management infermieristico sia capace di affrontare la sfida rispetto ad approcci nuovi, che superino i vecchi concetti di mero controllo economico, e che spostino l'attenzione alla necessità di utilizzare indicatori oggettivi per definire la qualità che si intende raggiungere, nel rispetto dei vincoli contrattuali.

## INTRODUZIONE

**Il management infermieristico si sta affacciando sempre più spesso su nuovi ambiti, segno inequivocabile della versatilità degli infermieri e di come le competenze manageriali acquisite siano ormai in grado di uscire dai modelli convenzionali e tradizionali, per esplorare spazi dove il sapere infermieristico possa contribuire a sviluppare un nuovo modello culturale.**

Nello specifico, in molte realtà, gli infermieri si stanno distinguendo nel ruolo di direttore dell'esecuzione del contratto,

capovolgendo la logica che vedeva affidare questo delicato ruolo esclusivamente al personale di ruolo amministrativo.

Tale genere di approccio segna un cambiamento epocale, andando a sottolineare come lo *skill* di competenze possedute da un infermiere siano vincenti nella conduzione di appalti a volte complessi e di lunga durata. Un'impostazione che trova fondamento nel fatto che, mentre un infermiere adeguatamente formato può acquisire le competenze giuridiche ed economiche che occorrono per condurre un contratto complesso, un personale di altro tipo non può acquisire la competenza sanitaria e quell'attenzione all'altro che contraddistingue gli infermieri.

**La sfida è superare la vecchia logica dell'approccio meramente amministrativo, per veicolare la conduzione degli appalti verso una direzione che tenga sempre conto di chi usufruirà realmente del servizio, ovvero la persona di cui ci si prende cura.**

## DISCUSSIONE

I contratti più complessi e che meglio si prestano a comprendere questo cambiamento culturale sono quelli considerati tradizionalmente "alberghieri" (pulizie, ristorazione, etc).

In seguito al divulgarsi dell'esternalizzazione degli appalti (*outsourcing*), il con-

trollo dell'esecuzione di questi contratti, per anni, è stato ad appannaggio esclusivo di una classe amministrativa che aveva più l'obiettivo di tenere a posto i conti che non quello di verificare il raggiungimento di performance di qualità.

Ogni contratto sottoscritto deve basarsi su due concetti: il principio di correttezza, in base all'articolo 1175 del Codice Civile e la buona fede contrattuale, in base a quello 1375 sempre del Codice Civile.

Nel caso di un contratto pubblico subentra, però, un terzo elemento che caratterizza la Pubblica Amministrazione, ovvero la tutela dell'interesse pubblico, in considerazione che si stanno spendendo soldi dei contribuenti, quindi, con l'obbligo di controllo continuo dell'esecuzione contrattuale.

In tal senso, il contributo che gli infermieri possono dare è significativo, in quanto professionisti da sempre indirizzati a tutelare gli interessi delle persone a loro affidate.

Accanto alla logica economica, quindi, deve necessariamente convivere la convinzione che la tutela degli interessi collettivi passa soprattutto attraverso il rivendicare il rispetto delle norme contrattuali, degli obiettivi di qualità prefissati, dei livelli appropriati di esecuzione.

Il mero rispetto dei vincoli economici viene qui sorpassato da una nuova concezione di servizi alla persona. Lo *skill* di competenza infermieristica è realmente

significativo, ridefinisce le prassi comuni per indirizzarle sulla specifica competenza sanitaria, stabilisce priorità, definisce gli assetti realmente importanti per le persone assistite e imposta, con l'anima sanitaria e quindi del prendersi cura, le attività e i livelli.

Ne consegue la possibilità di calare gli appalti in *outsourcing*, pur nel rispetto dei vincoli contrattuali, al vero servizio degli utenti di riferimento.

In questo senso anche il quadro normativo e mediatico ci fa comprendere come questo tipo di cambiamento sia in atto e quanto reale sia l'attenzione all'esecuzione dei contratti, elemento sotto gli occhi dei riflettori oggi più che mai, anche in considerazione dei recenti fatti di cronaca.

Quale il contesto in cui ci stiamo muovendo?

In Italia, la normativa di settore è stata, per diversi anni, il Codice di riferimento per gli appalti pubblici D.L. 12 aprile 2006 n. 163 seguito da un Regolamento di esecuzione ed attuazione ovvero il D.P.R. 5 ottobre 2010 n. 207 che entrava nello specifico dell'esecuzione di contratti (art. 119 del codice; art. 300 del Regolamento). In anni più recenti, l'Avcp (ovvero l'autorità di vigilanza contratti pubblici) viene sostituita con l'Anac (autorità nazionale anticorruzione D.L. 90/2014 che diventa subito Legge 114/2014).

L'Anac ha il compito di prevenire la corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche anche attraverso la creazione di una rete proprio con quest'ultime. Successivamente, la Legge 28 gennaio 2016 n. 11 conferisce al Governo la delega per la predisposizione del nuovo Codice degli Appalti. Il 18 aprile del 2016, viene finalmente pubblicato il nuovo Codice degli appalti (DL 50/2016), atteso con ansia da chi si occupa di questo settore e uno dei punti prioritari del Governo Renzi.

Il nuovo Codice fu presentato come "soft law": l'intenzione era quella di avere una normativa snella e agevole e, in effetti, il numero di articoli contenuti nel Codice sono stati dimezzati rispetto alla 163/2006 (da 630 articoli a 220).

Il Nuovo Codice è un recepimento delle norme Europee e pubblicato in fretta per

ottemperare agli impegni Ue.

In realtà, la fretta viene evidenziata anche dal risultato finale e il Codice, tanto aspettato, viene fortemente criticato e bersagliato dai giuristi di tutto il Paese. Ne segue un'intensa produzione normativa, Anac, ministero delle Infrastrutture, ministero del Lavoro, Autorità garante della concorrenza e del mercato affiancano Parlamento e Governo nello sforzo legislativo di colmare i vuoti che il DL 50/2016 presenta.

Tra le lacune importanti proprio quello dell'esecuzione del contratto.

Detto ciò, è necessario osservare che sono due le figure fondamentali da considerare nell'ambito del controllo di un contratto e che sono presenti sia nel Nuovo Codice che nel precedente: il Responsabile Unico del Procedimento (Rup) e il Direttore dell'esecuzione del Contratto.

Il primo è la figura descritta nell'articolo 31 del DL 50/2016 che:

- formula proposte e fornisce dati e informazioni;
- cura, in ciascuna fase di attuazione degli interventi, il controllo sui livelli di prestazione, di qualità e di prezzo determinati in coerenza alla copertura finanziaria e ai tempi di realizzazione dei programmi;
- cura il corretto e razionale svolgimento delle procedure;
- segnala eventuali disfunzioni, impedimenti, ritardi nell'attuazione degli interventi;
- fornisce all'amministrazione aggiudicatrice i dati e le informazioni relativi alle principali fasi di svolgimento dell'attuazione dell'intervento, necessari per l'attività di coordinamento, indirizzo e controllo di sua competenza e sorveglia la efficiente gestione economica dell'intervento.

Si osservi l'articolo 111 del nuovo Codice, dove si esplicita che il Direttore dell'Esecuzione del Contratto di servizi o di forniture è, di norma, il Rup e provvede al coordinamento, alla direzione e al controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto stipulato dalla stazione appaltante assicurando la regolare esecuzione da parte dell'esecutore, in conformità ai documenti contrattuali, andando

quindi a delineare la possibilità che le due figure coincidano.

L'articolo 31, invece, rimanda all'Anac la redazione di linee-guida da adottare entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Codice per una disciplina di maggior dettaglio sui compiti specifici del Rup.

Inoltre, il comma 5 specifica che, sempre a cura dell'Anac, si dovrà determinare l'importo massimo e la tipologia di lavori e servizi per i quali la figura del Rup può coincidere con quella del Direttore dell'esecuzione del Contratto.

Con delibera n.1096 del 26 ottobre 2016, l'Anac ha, dunque, approvato le linee-guida inerenti il ruolo del Rup: si specifica che la persona incaricata deve essere in possesso di studio richiesto dalla normativa vigente per l'esercizio della specifica attività richiesta ed esperienza triennale o quinquennale, in base alla complessità di intervento. Questa figura può coincidere, di norma, con il ruolo di Direttore dell'esecuzione del Contratto; i due ruoli, invece, non possono coincidere ogni qualvolta ci troviamo di fronte a importi che superino i 500 mila euro, si sia di fronte a contratti di elevata o particolare complessità, si tratti di prestazioni che richiedano l'apporto di pluralità di competenze, o per ragioni interne alla stazione appaltante.

In generale, le principali responsabilità del Direttore dell'Esecuzione del Contratto sono riferibili alle attività di controllo e in particolare:

- qualità del servizio e rispondenza delle prestazioni;
- adeguatezza delle prestazioni e raggiungimento degli obiettivi;
- rispetto dei tempi;
- adeguatezza della reportistica sulle attività svolte;
- soddisfazione del cliente/utente;
- rispetto della normativa sulla sicurezza e sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
- rispetto della normativa sul lavoro e dei contratti collettivi;
- rispetto della normativa ambientale;
- rispetto delle norme sulla sicurezza e sulla salute dei lavoratori da parte dell'appaltatore.

Spetta, inoltre, al Direttore dell'Esecuzione del Contratto:

- controllare la spesa e la contabilità del

- contratto;
- disporre il pagamento attraverso i certificati di avvenuto servizio e la liquidazione delle fatture;
  - ordinare eventuale sospensione e verbalizzare la ripresa;
  - autorizzare varianti e modifiche;
  - trasmettere relazione al Rup in caso di sinistri a persone o danni alle cose;
  - verificare la presenza di imprese subappaltatrici;
  - notificare penali.

Gli aspetti legati alle notifiche delle penali sono fondamentali in quanto il nuovo Codice pone l'attenzione alla riduzione del rischio di "moral hazard" attraverso la riduzione delle somme erogate e il rendere difficoltoso a partecipare a gare successive per l'appaltatore inadempiente (articolo 80, comma 5, lettera c).

Accanto a tutto quello che è previsto dalla norma, troviamo la necessità di utilizzare sistemi tecnologici e di controllo dei livelli qualitativi richiesti.

Ed è proprio questo l'ambito dove il management infermieristico può espletare la sua funzione al meglio, attraverso un'analisi organizzativa che permetta di realizzare successivamente interventi di qualità realmente efficaci.

Abbiamo visto che una delle attività di controllo del Direttore Esecuzione del Contratto si fonda proprio sulla attestazione della corrispondenza sugli adempimenti contrattuali, compresi i livelli qualitativi desiderati.

Questo vuol dire che dobbiamo decidere gli indicatori oggettivi che ci permettano di definire il livello atteso e raggiunto. In particolare, il Direttore Esecuzione del Contratto si avvale per la sua attività di tre documenti fondamentali:

1. il capitolato di gara;
2. il progetto tecnico presentato dall'appaltatore;
3. il contratto sottoscritto tra le parti.

A titolo di esempio utilizzeremo le attività espletate e realizzate per un contratto di appalto delle pulizie di un ospedale e i criteri per la valutazione oggettiva della qualità della prestazione.

Indubbiamente, il ruolo di chi deve controllare l'esecuzione del contratto è in primo luogo assicurarsi che i vincoli contrattuali siano rispettati e garantiti.

Questo può avvenire solo attraverso una profonda conoscenza dei documenti prima citati. Cosa è previsto? Quando e quanto è previsto? Cosa è stato descritto nel progetto tecnico presentato in gara? Quali penalità applicare? Quali sono gli obblighi dell'aggiudicatrice?

Il Direttore dell'esecuzione del Contratto è la sola interfaccia dell'appaltatore nella stazione appaltante e la gestione dei flussi comunicativi e organizzativi tra le parti è fondamentale.

Accanto a ciò, però, si rende necessario definire le specifiche relative ai controlli da effettuare, in questo caso della pulizia quotidiana e periodica nelle aree di un ospedale.

La valutazione non è mai scevra dalla soggettività, pertanto, vanno determinati i parametri quanto più oggettivi possibili.

In primo luogo, il Direttore dell'esecuzione del Contratto deve conoscere la normativa di riferimento.

Nel caso delle pulizie, i riferimenti normativi utilizzati saranno:

- linee-guida nazionali Associazione nazionale Medici Direzione Ospedaliera;
- UNI EN 13549:2003
- UNI ISO 2859:1999
- UNI EN ISO 9001:2000

Il capitolato regionale attualmente vigente nel Lazio divide l'intera struttura ospedaliera in aree a cui viene assegnato un determinato codice colore a seconda della complessità e quindi del set prestazionale richiesto, compresa la frequenza dell'attività.

Di pari passo, l'importo economico, che in questo senso è riferito al mq, varia con lo stesso criterio.

Di tali elementi, il Direttore dell'Esecuzione del Contratto dovrà tenere conto ai fini dell'organizzazione del servizio. Lo stesso dovrà assicurarsi che tale set prestazionale sia naturalmente eseguito, ma deve valutarne la qualità effettiva, dunque dotarsi di strumenti che permettano di creare indicatori di qualità oggettivi, anche tenendo conto della materia cogente di riferimento.

Ad esempio, in riferimento a quanto previsto nella norma UNI EN 13549:2003, si conviene di iniziare l'attività di *auditing* con il Livello Qualità Atteso=6,5% (la

percentuale indica la soglia di rischio statistico che i collaudi non siano rappresentativi).

Tale indice determina la soglia di accettabilità dei campioni non conformi rispetto alla totalità del campione individuato. In funzione della numerosità del lotto, e della conseguente numerosità del campione, è indicata la soglia di accettabilità dei campioni non conformi.

#### **Definizione specifiche e Criteri di controllo**

Il Direttore Esecuzione del Contratto dovrà individuare gli elementi strutturali oggetto della verifica e, per ciascuno di essi, definire gli specifici obiettivi di controllo.

In particolare, per ogni obiettivo si dovrà identificare: il metodo di controllo, il parametro di controllo, il valore di riferimento e la soglia di accettazione. Il criterio utilizzato per definire la soglia di accettazione sarà quello suggerito dalla norma, ossia il livello intermedio di ogni strumento:

- \* Scala di Bacharach: livello 4 (su 9).
- \* Riempimento dei sacchetti e della fornitura igienico sanitaria: 50%.

Inoltre, si potrebbe convenzionalmente fissare altri elementi, ad esempio: quantità 2 per la conta di macchie e residui solidi sull'unità di superficie dell'elemento.

#### **Terminologia degli obiettivi di controllo**

È necessario definire, in maniera chiara e inequivocabile, gli elementi che saranno oggetto di controllo, anche attraverso la precisa definizione degli elementi/parametri da considerare (grafico 1):

- \* polvere: tutte le particelle aventi granulometria tale da non poter essere raccolte manualmente ma che possono essere facilmente asportabili attraverso la scopatura, l'aspirazione o la spolveratura.
- \* Residui solidi: tutti gli oggetti solidi, deformabili o non, di ogni natura dispersi sul pavimento o sugli equipaggiamenti. Sono considerati residui a titolo esemplificativo: carte, cicche, residui tessili, pezzi metallici, vetri, rifiuti alimentari.
- \* Macchie: si intende per macchie lo sporco aderente ad eccezione del de-

### Elementi - Parametri

Filtro per: Tipologia di Servizio = Pulizia

PULIZIA	Presenza conforme	Presenza di Ragnatele	Presenza di macchie	Presenza di materiale igienico-sanitario	Presenza di polvere	Presenza di polvere sul pavimento	Presenza residui solidi (10mq)	Riempimento	Sostituzione
APPENDIABITI / SCARPIERA			1,00		1,00				
ARMADIO			1,00		1,00				
ATTREZZATURE	1,00								
AUTOCLAVE			1,00		1,00				
BACHECA			1,00		1,00				
BIDET			1,00		1,00				
BLOCCO LUCI			1,00		1,00				
CANALINE-CORRIMANI			1,00		1,00				
CARRELLO			1,00		1,00				
CARTELLINO IDENTIFICATIVO	1,00								
CENTRALINA			1,00		1,00				
CESTINO								1,00	1,00
COMODINO			1,00		1,00				
COMPUTER-TV			1,00		1,00				
CONTENITORI PRODOTTI	1,00								
DAVANZALE			1,00		1,00				
DISPENCER			1,00		1,00				
DIVISA	1,00								
DOCCIA/VASCA			1,00		1,00				
DPI - CARTELLO SEGNALETICO	1,00								
ESTINTORE			1,00		1,00				
ISTRUZIONI OPERATIVE	1,00								
LAMPADA SCIALTICA			1,00		1,00				
LAVABO			1,00		1,00				
LAVAPADELLE			1,00		1,00				
LETTO			1,00		1,00				
MANIGLIA			1,00						
OMBRELLIERA			1,00		1,00				
OROLOGIO			1,00		1,00				
PARETE LAVABILE			1,00						
PAVIMENTO			1,00			1,00	1,00		
PIANTANE			1,00		1,00				
PORTA			1,00		1,00				
PORTA A VETRO			1,00						

Grafico 1. Esempio di scelta parametri/indice qualità

gradamento irreversibile (bruciature di sigarette, graffi, decolorazioni di superfici causati da prodotti diversi da quelli utilizzati per la pulizia).

In generale, il controllore si accerterà che le macchie presenti siano eliminabili con i prodotti utilizzati per le operazioni di pulizia quotidiana.

#### Controllo

Per valutare il livello di qualità del servizio si partirà sempre dalla valutazione dei

singoli elementi.

È necessario definire un coefficiente che definisca l'indice di ponderazione in funzione del livello di rischio e di peculiarità dell'ambiente a cui ci si riferisce. In fase iniziale ipotizziamo di attribuirne a tutte le aree uno pari a 1.

La media pesata degli elementi di un'area fisica, risultante dal rapporto tra la sommatoria dell'esito del collaudo e la sommatoria degli indici di ponderazione,

collaudatori presenti.

Le aree da visionare possono essere scelte o estratte a campione. (Grafico 2)

#### Metodi di controllo

Per ogni elemento, a seconda dell'obiettivo di controllo, viene applicato uno specifico metodo di controllo che può essere strumentale o visivo:

\* Scala di Bacharach: è lo strumento utilizzato per la valutazione del livello di polvere su tutte le superfici previste.

rappresenta il risultato di quel campione.

Il rapporto tra il risultato del campione ed il relativo coefficiente stabilisce la conformità.

I valori inferiori a 1 indicano la non conformità di servizio (e la gravità della stessa quanto più si discostano da 1); viceversa i valori superiori a 1 indicano la conformità del servizio.

#### Responsabili del controllo

A garanzia della massima trasparenza delle procedure poste in atto, il sistema prevede il controllo in contraddittorio tra il Direttore Esecuzione del Contratto e il referente per l'appaltatore.

Per questo, in base al calendario concordato, il controllo verrà effettuato alla presenza di un gruppo di verifica, la cui composizione può variare in funzione della logistica, dell'ubicazione, dell'estensione e della frequenza del collaudo da eseguire.

Sulla scheda di controllo andranno riportati i nominativi dei

Si individua, d'accordo tra le parti, all'interno dell'ambiente l'elemento campione da valutare, si passa l'apposita velina sull'elemento (se la superficie è ampia strisciare la velina per circa 50 cm); si sovrappone il punto più nero della velina al foro corrispondente della scala di Bacharach e si confronta il livello raggiunto con i criteri di valutazione dell'elemento. Si rimanda alla scheda tecnica per l'approfondimento delle specifiche istruzioni.

\* Collaudo visivo (Cv): è lo strumento utilizzato per la verifica della presenza di macchie, residui solidi, ragnatele, controllo dei cestini e della fornitura igienico sanitaria. Si contano le macchie presenti nell'unità di elemento o superficie (10 mq circa per i pavimenti), si confronta con la soglia di accettabilità e si procede alla compilazione delle griglie di controllo. (Grafico 3)

### Analisi dati e gestione delle non conformità

Al termine di ogni giornata di controllo, si hanno a disposizione le griglie degli ambienti campionati con l'esito del collaudo e le eventuali annotazioni prese dai controllori. (Grafico 4)

Le informazioni rilevate possono essere classificate in 3 tipologie che genereranno specifiche azioni correttive:

**Anomalie di prestazione:** sono le non conformità rilevate per ogni elemento, attinenti le attività di pulizia quotidiana (per queste è determinante che l'orario dell'audit sia prossimo a quello dell'inter-

vento di pulizia).

Le azioni correttive da adottare terranno conto di diversi contesti, ad esempio interventi sulla formazione del personale, modalità di esecuzione del servizio, attrezzatura opportuna, etc.

**Anomalie di pianificazione e progettazione:** sono anomalie riscontrate durante l'audit che non rientrano nelle non conformità di prestazione ma su cui è utile intervenire in modo straordinario e programmato.

È l'esigenza, ad esempio, di riprogrammare le attività periodiche, oppure prevedere un intervento straordinario o addirittura rivedere alcune specifiche del

capitolato (ad esempio le frequenze dei ripassi).

**Anomalie di struttura:** sono anomalie riscontrate durante l'audit che riguardano interventi alla struttura fisica dell'edificio per usura quali ad esempio piastrelle, pavimenti, rubinetteria, sanitari etc., su cui potrà aprirsi l'opportunità di interventi di manutenzione edile.

Per ognuna di queste anomalie, il gruppo di verifica, per quanto di competenza, programmerà e monitorerà le conseguenti azioni correttive individuate. In caso di anomalia o non rispetto della prestazione, il Direttore Esecuzione del Contratto, al fine di tutelare l'interesse

Lista esiti aree fisiche estratte							
Lotto	Tipo Collaudo		Aree da campionare		32		
	944		Aree Rimanenti		0		
Numerosità	02/03/2016 - 31/03/2016		Soglia		6		
Data Inizio - Data Fine	LQA		N° NC		1		
Responsabile	Periodicità		Andamento - Esito		CC - CO		
Ordinario	1						
6,5%							
MENSILE							
Data Esecuzione	Codice AF	Denominazione UO	Codice AO	Esito	IQa	IQc	IGP
	DEG_CHIR_P7_WC	DEG MEDICINA CHIRURGIA	WC	CO	0,80	1,00	1,25
	DEG_CHIR_P7_CUC	DEG MEDICINA CHIRURGIA	CUC	CO	0,80	0,88	1,10
	EST_P7_	ESTERNI P7	EST	CO	0,65	1,00	1,54
	DEG_CHIR_P7_ATT	DEG MEDICINA CHIRURGIA	ATT	CO	0,80	0,92	1,15
	DEG_CHIR_P7_SDEG	DEG MEDICINA CHIRURGIA	SDEG	CO	0,80	0,84	1,05
	DEG_CHIR_P7_TRANS	DEG MEDICINA CHIRURGIA	TRANS	CO	0,80	0,90	1,12
	DEG_CHIR_P7_SAL_MED	DEG MEDICINA CHIRURGIA	SAL_MED	CO	0,80	0,94	1,17
	DEG_CHIR_P7_CONT_PROC	DEG MEDICINA CHIRURGIA	CONT_PROC	CO	0,80	1,00	1,25
	DEG_CHIR_P7_SERV_MAG_	DEG MEDICINA CHIRURGIA	SERV_MAG_	CO	0,65	1,00	1,54
	DEG_CHIR_P7_UFF_ST_MED	DEG MEDICINA CHIRURGIA	UFF_ST_MED	CO	0,70	0,85	1,21
	UFF_P1_WC	UFF P1	WC	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P2_WC	UFF P2	WC	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P1_CUC	UFF P1	CUC	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P2_CUC	UFF P2	CUC	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P1_ATT	UFF P1	ATT	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P2_ATT	UFF P2	ATT	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P1_TRANS	UFF P1	TRANS	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P2_TRANS	UFF P2	TRANS	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P1_CONT_PROC	UFF P1	CONT_PROC	CO	0,80	1,00	1,25
	UFF_P2_CONT_PROC	UFF P2	CONT_PROC	CO	0,80	1,00	1,25
	UFF_P1_SERV_MAG_	UFF P1	SERV_MAG_	CO	0,65	1,00	1,54
	UFF_P2_SERV_MAG_	UFF P2	SERV_MAG_	CO	0,65	1,00	1,54
	UFF_P1_UFF_ST_MED	UFF P1	UFF_ST_MED	CO	0,70	1,00	1,43
	UFF_P2_UFF_ST_MED	UFF P2	UFF_ST_MED	CO	0,70	1,00	1,43
	DEG_MED_P2_E_WC	DEG MEDICINA P2	WC	CO	0,80	0,88	1,10
	DEG_MED_P2_E_CUC	DEG MEDICINA P2	CUC	CO	0,80	0,93	1,16
	DEG_MED_P2_E_ATT	DEG MEDICINA P2	ATT	CO	0,80	1,00	1,25
	DEG_MED_P2_E_SDEG	DEG MEDICINA P2	SDEG	CO	0,80	0,89	1,11
	DEG_MED_P2_E_TRANS	DEG MEDICINA P2	TRANS	NC	0,80	0,73	0,91
	DEG_MED_P2_E_SAL_MED	DEG MEDICINA P2	SAL_MED	CO	0,80	0,95	1,19
	DEG_MED_P2_E_SERV_MAG_	DEG MEDICINA P2	SERV_MAG_	CO	0,65	1,00	1,54
	DEG_MED_P2_E_UFF_ST_MED	DEG MEDICINA P2	UFF_ST_MED	CO	0,70	0,83	1,19

Grafico 2. Esempio lista fisica estratta

Schede aree fisiche collaudate				
Area Fisica				
Filtro per: Esito collaudo = NC				
Cliente		Settore		Pomeriggio 00:00 - 00:00
Lotto		Presidio		Pomeriggio 00:00 - 00:00
Unità Operativa		Reparto		IQ Atteso 0,80
Area Fisica		Piano		IQ Calcolato 0,73
Indirizzo		Riferimenti		IGP Esito Area 0,91
Data Audit		Responsabile	00:00	
Data Esecuzione		Ora Esecuzione		
Controllore		Commenti		
<b>SCHEDA COLLAUDATA</b>				
<b>BACHECA</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	No
<b>CANALINE-CORRIMANI</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	Si
<b>CESTINO</b>				
Riempimento	Percentuale	<=	50	Si
Sostituzione		Obl		Si
<b>DAVANZALE</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	No
<b>MANIGLIA</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
<b>PAVIMENTO</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza residui solidi (10mq)	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere sul pavimento	Scala di Bacharach	<=	6	Si
<b>PORTA</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	Si
<b>PORTA A VETRO</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	NR
<b>RIFIUTI</b>				
Riempimento	Percentuale	<=	50	Si
<b>SEDIA / POLTRONA</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	Si
<b>SOFFITTO</b>				
Presenza di Ragnatele		Abs	0	Si
<b>TERMOISOLANTE</b>				
Presenza di macchie	Conta	<=	2	Si
Presenza di polvere	Scala di Bacharach	<=	4	No

Grafico 3. Esempio scheda aree fisiche collaudate

pubblico già evidenziato, deve provvedere alla richiesta di controdeduzione all'appaltatore.

Inoltre, il Direttore Esecuzione del Contratto sarà responsabile dell'organizzazione logistica, dell'impartire istruzioni operative, del rispetto dei vincoli contrattuali, compresa la verifica della formazione del personale, il controllo e la verifica delle schede tecniche dei prodotti utilizzati, il rispetto della normativa sulla sicurezza, la verifica degli elenchi del personale, ma soprattutto la funzione si esplica anche sull'applicazione di eventuali penali, così come previsto dal contratto

di riferimento, che sono uno dei principali strumenti a disposizione per la tutela dell'interesse pubblico.

Infine, e forse è questo l'elemento di assoluta novità per gli infermieri, il Direttore Esecuzione del Contratto è colui che gestisce il valore economico del contratto. Questo avviene sia attraverso l'analisi costante dei costi e delle varianti che possono magari intervenire, sia attraverso la formulazione del certificato di pagamento, capovolgendo la vecchia logica dei pagamenti che vedeva un controllo a posteriore del ricevimento della fattura, ma un ruolo di primo piano, in quanto è

performance e gli esiti finali prestabiliti.

Indubbiamente, la strada è lunga e tortuosa, ma le prime esperienze fatte depongono a favore della nostra professione, abituata da sempre ad affrontare le sfide e i cambiamenti culturali.

L'anima sanitaria e l'attenzione alle persone di cui ci prendiamo cura sta contraddistinguendo gli infermieri già impegnati in questo settore, che vedono con occhio nuovo la gestione di un appalto che non può essere una mera gestione economica e che non può esimersi dal puntare ai livelli qualitativi di eccellenza. Il fine è proprio di tutelare gli interessi

il Direttore Esecuzione del Contratto che esprime alla società appaltatrice quanto questa debba fatturare nel mese di riferimento, sulla base di quelli che sono gli accordi contrattuali.

## CONCLUSIONI

Questo articolo non è certamente esaustivo dell'argomento oggetto di discussione, vuole solo offrire una panoramica sul contesto inerente il settore degli appalti, ma soprattutto come gli infermieri si stiano cominciando ad affacciare su questo mondo. Questo ambito resta ancora piuttosto di nicchia e di appannaggio di pochi, ma, sicuramente, in alcune realtà gli infermieri stanno dimostrando una competenza manageriale che accompagna la crescita culturale della nostra professione e si stanno distinguendo per essere dei veri gestori di risorse e di norme contrattuali, nel rispetto di criteri e indicatori di qualità che valutino le per-

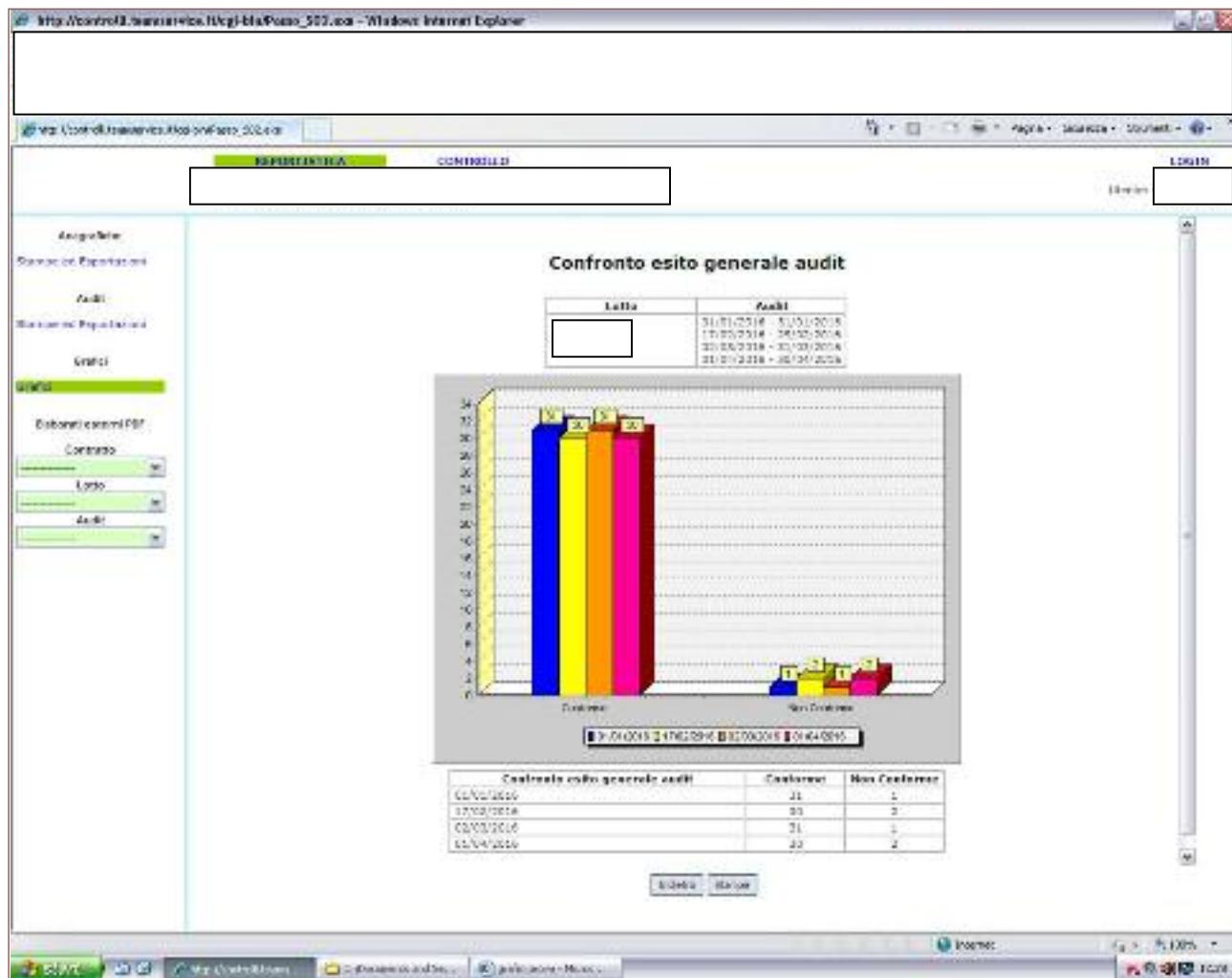


Grafico 4. Esempio di reportistica audit su sistema informatico

della collettività e di comprendere, come dietro a una singola prestazione, ci sia una persona di cui dobbiamo curare gli interessi.

In tal senso, il ruolo infermieristico può diventare la chiave per una nuova visione e un nuovo approccio al controllo del-

l'esecuzione dei contratti, attraverso la competenza, l'autonomia e la responsabilità, ma anche con abilità personali che il professionista mette in campo, in un gioco di delicati equilibri che devono tutelare le persone assistite. Gli infermieri, perciò, diventano attori privilegiati.

AUTORE:

Carmen Cappitella, dirigente infermieristico azienda ospedaliera Sant'Andrea, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

Codice Civile Italiano  
 Decreto Legislativo n.163/2006  
 Decreto Presidente Repubblica n.207/2010  
 Decreto Legislativo n.90/2014  
 Legge n.114/2014  
 Legge n.11/2016  
 Delibera Anac n.1096/ 2016  
 Decreto Legislativo n.50/2016  
 UNI EN 13549:2003

# Il dolore in area onco-ematologica

## Valutazione a confronto tra scale

di Domenico De Gaetano, Silvia Barberi, Alessandra Falcioni

### ABSTRACT

Il dolore viene definito come: “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno”.

In area onco-ematologica, circa l’83% dei pazienti affetti da linfoma o leucemia, possono trovarsi in una condizione di sofferenza non sono negli ultimi mesi di vita, ma anche nel periodo della diagnosi e del trattamento attivo.

Lo scopo della presente tesi è valutare il dolore oncologico confrontando due scale di valutazione in pazienti afferenti all’area onco-ematologica, mentre l’obiettivo generale è di individuare quale scala potrebbe essere più accurata e specifica per valutare questo dolore, agevolare il paziente e l’operatore nell’approccio allo stesso.

Dopo aver effettuato una revisione della letteratura riguardo lo scopo di ricerca si è effettuato uno studio osservazionale.

Il campione è composto da 82 pazienti afferenti alla degenza ordinaria e alla degenza protetta dell’Uoc di Ematologia dell’azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, suddiviso in due gruppi omogenei, ognuno di 41 partecipanti, somministrando ad un gruppo la scala numerica (Nrs) e all’altro il questionario *Brief Pain Inventory* (Bfi) versione italiana.

I risultati più significativi riscontrati sono stati:

le sedi indicate come localizzazione del dolore sono diverse tra i due questionari



di valutazione. Nella Nrs, il 40% ha indicato il cavo orale, seguite, al 20%, rispettivamente: la testa, le spalle e dolori diffusi; nel Bfi è predominante la schiena con il 30%, seguito da: arti inferiori e superiori, articolazioni, anca e zona sacrale, il 22% dei pazienti non assume nessun farmaco o non è rilevabile.

Dalla revisione della letteratura e dai dati è emerso che le scale di valutazioni utilizzate risultano tra le più appropriate per valutare il dolore oncologico e per la pratica clinica quotidiana.

La Nrs è uno strumento di rapida somministrazione; mentre la Bfi per la sua durata potrebbe essere più adatta in regime di *day hospital* per valutare, a distanza di tempo, quanto incide il dolore sull’attività di vita quotidiana.

La valutazione del dolore, in particolare quello di tipo oncologico, è una tematica molto discussa in ambito sanitario.

La scelta dello strumento migliore da applicare nel contesto specifico necessita, dunque, di maggiori e ulteriori approfondimenti e ricerche future.

Bisognerebbe trattare meglio le temati-

che specifiche della localizzazione del dolore e sulla gestione terapeutica.

### INTRODUZIONE

Il dolore oncologico è anche detto “dolore globale”, concetto introdotto da Cecily Saunders nel 1967 e che si riferisce ai pazienti oncologici mettendo in evidenza la complessità di questo sintomo, spesso espressione di una sofferenza ben più ampia, che destabilizza la persona affetta dalla patologia oncologica nei vari aspetti fisici, psicologici della vita e di relazioni interpersonali (senza trascurare il carattere esistenziale, le ripercussioni sociali ed economiche, 1).

Un dolore che colpisce circa il 33% dei pazienti dopo un trattamento terapeutico, il 59% dopo il trattamento antitumorale, fino ad arrivare al 64% nei pazienti con carcinoma metastatico in fase avanzata o terminale.

Circa l’83% dei pazienti affetti da linfoma o leucemia, possono trovarsi in una condizione di sofferenza non sono nel fine vita, ma anche nel periodo della diagnosi e del trattamento attivo (2).

Lo scopo del presente studio è di confrontare due scale di valutazione del dolore per individuare quale sia la più accurata ed idonea all’ambito clinico, per supportare al meglio il paziente nella sua sofferenza e per l’operatore a comprenderne esigenze e bisogni assistenziali.

### MATERIALI E METODI

Lo studio è stato strutturato attraverso

un'indagine conoscitiva effettuata tra febbraio e marzo 2017 sulla valutazione del dolore mono e multidimensionale per comprendere quale strumento possa essere migliore in area onco-ematologica per un trattamento e un'assistenza sanitaria ottimale.

Lo studio si è svolto nell'azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, nell'Unità Operativa di Ematologia, somministrando due scale di valutazione del dolore, la *Numerical Rating Scale* (Nrs) attualmente in uso, e il questionario *Brief Pain Inventory* (Bpi) versione italiana.

È stato condotto uno studio osservazionale con un campione di 82 pazienti, ha previsto la suddivisione in due gruppi omogenei (ognuno di 41 partecipanti) afferenti omogenei tra loro, presso la degenza comune, la degenza protetta e presso il servizio di *day hospital*, somministrando, rispettivamente, la scala unidimensionale Nrs e il questionario multidimensionale Bpi in versione italiana, garantendo l'anonimato delle informazioni fornite e rispettando la privacy al momento di raccolta dei dati.

La Nrs è una scala a dieci punti che valuta l'intensità del dolore al momento della rilevazione, assegnando un valore numerico da "punteggio zero" (che rappresenta l'assenza di dolore) ad un "punteggio uguale a dieci" (che rappresenta il massimo dolore); mentre il Bpi è un questionario multidimensionale per misurare l'intensità e l'impatto del dolore nel percorso diagnostico-terapeutico del dolore cronico oncologico sulle attività di vita quotidiana, considerando l'intensità del dolore relativa alle ultime 24 ore e valuta, attraverso una scala numerica da zero (assenza di interferenza) a dieci (massima interferenza del dolore), con l'attività in generale, l'umore, l'abilità di camminare, l'attività lavorativa, il sonno, i rapporti sociali e il gusto di vivere (3,4).

## RISULTATI

La suddivisione per genere dai partecipanti totali è stato, per il 62% femmine e per il 33% maschi; il titolo di studio posseduto è del 42% di diploma di maturità, il 33% di licenza media e il 25% laurea, con età media di 64 anni, suddivisi omogeneamente nei due gruppi.

Di seguito, i risultati rappresentati nei grafici.

La valutazione del dolore con la scala numerica è del 67% con assenza di dolore, 13% con punteggio 5, 7% con punteggio 6, 7, 8. (Grafico 1)

Le sedi rilevate nel gruppo a cui si è somministrata la scala numerica sono state per il 40% il cavo orale, seguito da testa, spalle e dolori diffusi. Ognuna al 20%. (Grafico 2)

Invece, la valutazione del dolore risultante con il questionario Bpi è stata del 56%

che ha riferito di avere dolore diverso da quello degli altri giorni e il 44% no. (Grafico 3)

Le sedi del dolore riportate con il questionario Bpi sono state: per il 30%, la schiena, per il 20% arti superiori, arti inferiori, anca e il 5% osso sacro e articolazioni. (Grafico 4)

L'intensità del peggior dolore è stata rappresentata (con punteggio zero) dal 34%, seguita dal 22% (con punteggio 4), e dall'11% (con punteggio 1, 3, 5 e 10). (Grafico 5)

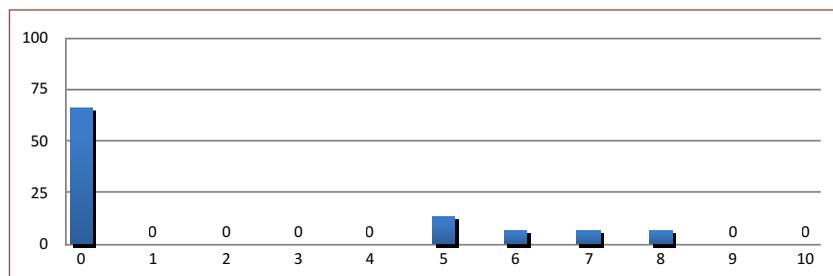


Grafico 1. Valutazione del dolore scala numerica (gruppo1)

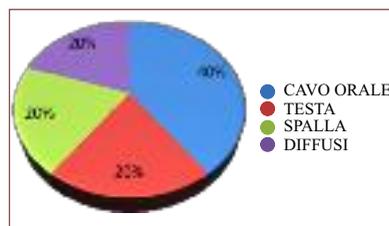


Grafico 2. Sedi del dolore scala numerica (gruppo1)



Grafico 3. valutazione del dolore BPI (gruppo2) domanda: oggi ha avuto dolore diverso da questi dolori di tutti gli altri giorni?

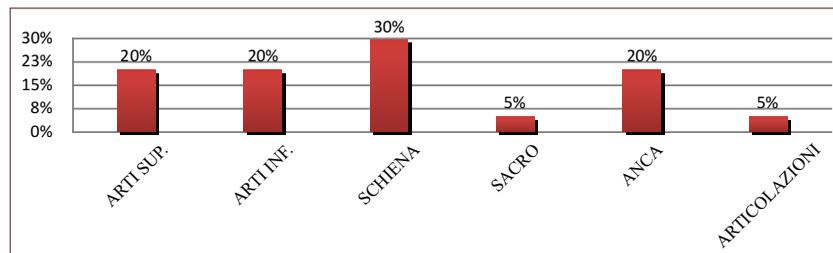


Grafico 4. sedi del dolore BPI (Gruppo 2)

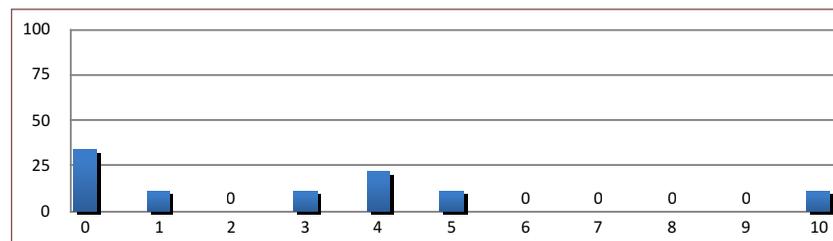


Grafico 5. valori il suo dolore facendo un cerchio che descrive l'intensità del peggior dolore nelle ultime 24h

Mentre l'intensità del dolore più lieve nelle 24 ore è rappresentata (con punteggio zero) dal 34%, seguita dall'11% dal punteggio 1, 3, 4, 5, 6 e 10. (Grafico 6)

L'intensità del dolore, al momento della somministrazione del questionario, è stato il 66% (con punteggio zero), il 23% (con punteggio 2) e l'11% (con punteggio 6). (Grafico 7)

Nell'8, alla domanda riguardo terapie e medicine assunte per il dolore, il 32% ha risposto: paracetamolo, il 22% desametasone e farmaco non precisato, nel 17% nessun farmaco e nel 7% ossicodone cloridrato/naloxone cloridrato. (Grafico 8)

È stata altresì valutata l'interferenza del dolore nello svolgimento delle principali attività di vita quotidiana, secondo una serie di parametri: l'attività in generale, l'umore, la capacità di camminare, quella lavorativa, il sonno, le relazioni interpersonali e il gusto di vivere.

I valori medi di ciascuna categoria, calcolando la deviazione standard, sono sintetizzati nella tabella 1.

## DISCUSSIONE

Il dolore è un fenomeno complesso e di tipo soggettivo, vissuto in modo unico da ogni individuo, ed è stato introdotto come quinto parametro vitale.

Pertanto, la sua valutazione deve essere effettuata ogni volta il paziente lo avverta; ed esprime il diritto di tutti a ricevere ogni valutazione e gestione adeguata e periodica del proprio dolore (5, 6).

Il momento della valutazione del dolore è fondamentale e richiede al professionista competenze tecniche per la scelta del giusto strumento di valutazione, abilità relazionali per poter sviluppare la capacità di spiegare lo strumento ed educare la persona assistita, e la capacità di ascolto attivo al fine di instaurare la fiducia nel rapporto interpersonale. Ricordando sempre che l'autovalutazione della persona assistita (o *self-report*) è l'indicatore più attendibile dell'intensità del dolore (7). Nella valutazione del dolore oncologico, gli strumenti di valutazione più utilizzati sono rappresentati dalla Nrs, Mc Gill Pain e dal Bpi (8).

Nella valutazione del dolore è essenziale anche l'osservazione dei comportamenti

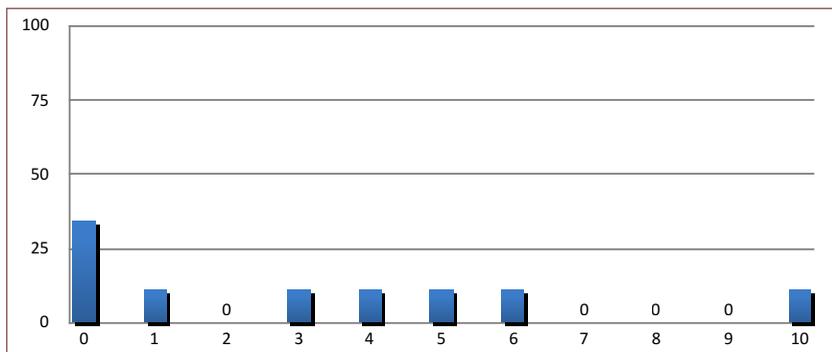


Grafico 6. Valuti il suo dolore facendo un cerchio che descrive l' Intensità del dolore più lieve nelle 24 ore

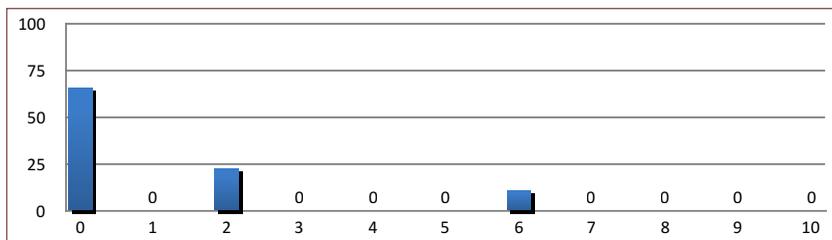


Grafico 7. Valuti il suo dolore facendo un cerchio intorno al numero che descriva l' Intensità del dolore attualmente

e dei dati oggettivi correlati, quali le variazioni di umore, i movimenti del corpo o inattività, e il pensiero (9).

Per una corretta valutazione del dolore cronico bisogna considerare il dolore nella sua multidimensionalità, prendendo in esame le caratteristiche dello stesso e del soggetto, capendo la natura dei problemi del paziente e, se possibile, la causa del dolore, identificare le comorbi-

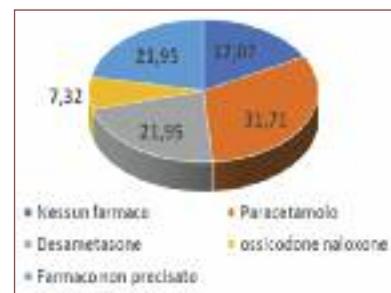


Grafico 8 Che terapie sta assumendo per il suo dolore?

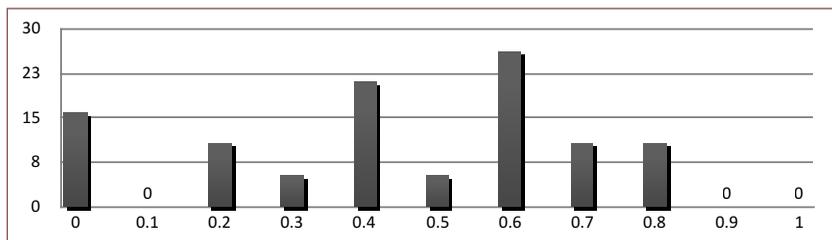


Grafico 9. Nelle ultime 24 h quanto sollievo ho ricevuto dalle terapie e medicine?

Attività in generale	5,83 (DS±3,66)
Umore	3,00 (DS± 3,61)
Capacità di camminare	3,89 (DS± 3,72)
Capacità lavorativa	4,33 (DS± 4,80)
Relazione con gli altri	2,67 (DS± 3,46)
Sonno	0,11 (DS± 0,33)
Gusto di vivere	3,44 (DS± 3,71)

lità che possono incidere sul trattamento e sui sintomi, individuare le aspettative e gli obiettivi del paziente e il livello di consapevolezza su diagnosi e prognosi (10).

Lo strumento di valutazione del dolore deve misurare l'intensità del dolore, il sollievo da questo, il disagio psicologico e il danno funzionale. Inoltre, sono indicatori rilevanti le modifiche fisiologiche dei parametri vitali correlati al dolore, quale: l'aumento della frequenza respiratoria e cardiaca, della pressione arteriosa, il pallore cutaneo e la sudorazione eccessiva. Ma pure per una corretta rivalutazione ed osservazione e capire se il trattamento farmacologico attuato ha dato sollievo o registrare gli eventuali effetti collaterali (11).

Tra gli effetti collaterali e complicità presentata nei pazienti con neoplasia ematologica più comune, derivante dal trattamento chemioterapico intensivo e in regime di trattamento terapeutico di condizionamento per il trapianto delle cellule staminali, vi è la mucosite, infiammazione che può interessare l'intero tratto intestinale, caratterizzata da lesioni della barriera mucosa (che si può presentare con dolore diffuso dal cavo

orale all'ano), disfagia e predisposizione ad infezioni opportunistiche, con necessità di un approccio terapeutico mirato (12).

## CONCLUSIONI

La tematica riguardante il dolore in area onco-ematologica risulta essere poco discussa ma complessa, data la vastità dell'argomento nei diversi approcci terapeutici in pazienti affetti da sofferenze croniche.

Dall'osservazione sul campo nello studio emerge che l'Unità Operativa dello studio garantisce un'assistenza al dolore quasi esclusivamente basato sul livello di intensità del parametro, rilevandolo quotidianamente, ma sottovalutando tutto ciò che circonda e porta con sé lo stesso.

Infatti, somministrando ai pazienti unicamente la scala numerica, si ha un riscontro istantaneo del livello del dolore del paziente, ma si hanno lacune riguardo la qualità del dolore e sulle interferenze sull'attività e in ambito psicologico nell'arco della giornata. Possiamo suggerire che sarebbe opportuno utilizzare, contemporaneamente, l'uso delle due scale di valutazione (Nrs e Bpi), somministrate

in momenti diversi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, per avere una visione completa del dolore, pianificare accuratamente il piano assistenziale ed una idonea ed efficace gestione del dolore in accordo con la terapia analgica prescritta.

Inoltre, **è necessario che tutto il personale sanitario abbia approfondite conoscenze specifiche, con una formazione sul campo continua**, per una corretta valutazione e scelta di strumenti adeguati nella gestione del dolore basate su evidenze scientifiche, con l'erogazione di prestazioni di qualità nei pazienti affetti da patologia onco-ematologica.

## AUTORI:

Domenico De Gaetano, infermiere, Università La Sapienza, Roma;

Silvia Barberi, docente a contratto Policlinico Tor Vergata, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, infermiere AO San Giovanni Addolorata, Roma;

Alessandra Falcioni, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, infermiere AO San Giovanni Addolorata, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bono L, Di Leo S, Beccaro M, Catania G, Costantini M, *Le core-competencies dell'operatore socio-sanitario in cure palliative*. FrancoAngeli editore. 2013.
2. Fanelli G, Gensini G, Canonico P, Delle Fave G, Aprile P, Mandelli A, Nicolosi G, *Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative*. Progressi in medicina, 2012, 103 (4): 133-14.
3. Banello F, Bonaldo P, Morsan F, Pellizzari A, Pigat G, Quattrocchi R, *Il dolore: la valutazione e la gestione*. Feedback. Il dolore nei processi di cura. 2010(3); 10:7-14.
4. Bonezzi C, Nava A, Barbieri M, Bettaglio R, Demartini R, Miotti D, Paulin L, *Validazione della versione italiana del Brief Pain Inventory nei pazienti con dolore cronico*. Minerva Anestesiol. 2002; 68:607-11.
5. Tiengo M.A, *La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale*. Springer. 2001.
6. Cipolla C, Schittulli F, *L'esperienza del dolore nei pazienti oncologici. Una ricerca nazionale*. Salute e società. 2014. FrancoAngeli.
7. Robb M.C, Montanari V, *Sistemi di valutazione del dolore*. Centro studi EBN. Disponibile all'indirizzo: [http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00\\_2\\_D\\_sist\\_val.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00_2_D_sist_val.pdf) ultimo accesso 05/07/2017
8. Bernotas A, Abel L, Harris J, *Approaches to pain Management 2ns edition*. Joint Commission International (JCI) Resources 2010;25 (8):136-139 ISBN 978-1-59940-408-0
9. Torresan M, Rebellato M, *La valutazione del dolore*. Disponibile su <https://www.fondazioneprocacci.org/curare-il-dolore/informazioni-base/la-valutazione-del-dolore.html>
10. Federazione Ispasvi 2017, *Il dolore oncologico e il suo controllo*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/print/percorsi-guidati/5.htm> ultimo accesso 01/07/2017
11. Accorsi D, Zanna B, *La valutazione del dolore oncologico sul paziente adulto e pediatrico*. Centro studi Ebn. Disponibile all'indirizzo: [http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00\\_2\\_C\\_oncol.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/00_2_C_oncol.pdf) ultimo accesso 05/07/2017.
12. Niscola P et al, *Mucositis in patients with hematologic malignancies: an overview*. Haematologica/the hematology journal. 2007; 92(02): 222:231.

# Il supporto della telemedicina nella cura del diabete mellito

di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati

## ABSTRACT

Il diabete mellito (DM) sta dilagando nel mondo con una crescita inarrestabile: le stime più recenti affermano che ci sono circa 400 milioni di pazienti (1).

Eccesso ponderale ed inattività fisica sono fattori strettamente connessi all'incidenza della malattia (2).

Tutto questo comporta dei costi sociali enormi: secondo l'*International Diabetes Federation*, nel 2015, i costi del diabete (e delle complicanze ad esso correlate) hanno toccato l'11,6% del totale della spesa sanitaria mondiale (3).

Per tale motivo, il Ministero della Salute è intervenuto mettendo a punto il Piano nazionale della Malattia Diabetica (4) con l'esigenza di sistematizzare, a livello nazionale, tutte le attività nel campo della diabetologia, per rendere più omogeneo il processo diagnostico-terapeutico.

Il piano coinvolge, a livello capillare: il diabetologo, l'infermiere dedicato, il Mmg, la dietista, lo psicologo, il podologo, il cardiologo, l'oculista, il nefrologo, ecc, in una "gestione integrata" della malattia e della cura.

Essa implica un piano personalizzato di *follow-up* condiviso fra i vari professionisti coinvolti nel processo assistenziale.

Da ciò ne deriva la necessità di classificare i pazienti in *sub-target*, in base al grado di sviluppo della patologia: vi sa-

ranno, quindi, dei pazienti a minore complessità con una gestione del *follow-up* prevalentemente a carico del Mmg e pazienti con patologia a maggiore complessità, con una gestione prevalentemente a carico dello specialista.

## INTRODUZIONE

L'evoluzione della dinamica geografica, le conseguenti modifiche dei bisogni di salute ed il crescente invecchiamento della popolazione, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sostenendo lo spostamento del fulcro dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino.

L'assistenza alle varie patologie croniche sta passando inevitabilmente attraverso la telemedicina, una tecnologia dirompente che prevede un investimento in capitale umano, al fine di garantire la sostenibilità del sistema assistenziale.

In una pubblicazione del professor Newman (5), la telemedicina verrà utilizzata per monitorare segni e sintomi in pazienti affetti da patologie croniche. Per farlo verranno utilizzati degli strumenti "attivi"

che richiederanno la partecipazione del paziente o di un *caregiver* per inviare informazioni ad un centro d'ascolto specializzato.

Le informazioni ottenute verranno poi rinviate, dopo essere state analizzate e, se necessario, accompagnate da una prescrizione o modifica del dosaggio terapeutico in corso, con la richiesta di analisi, oppure con il consiglio di recarsi, al più presto, in ospedale, qualora sia necessario.

Di fronte a tale innovazione, esistono, però, delle criticità della popolazione che non si sente pronta ad accettare questo cambiamento, perché lo ritiene un controllo continuo e serrato a distanza che la potrebbe far sentire "troppo malata".

Altro punto critico è la mancanza di un'adeguata formazione del personale sanitario che, visti gli enormi carichi di lavoro e la mancanza di tempo, non riesce a trovare spazio da dedicare all'aggiornamento professionale.

Comunque, buona parte dei pazienti è favorevole ad accogliere questa tipologia di assistenza che, comunque, non deve sostituire l'assistenza in reparto, ma rappresenta un aiuto tecnologico nei momenti critici.

## LA TELEMEDICINA

L'Oms definisce **Telemedicina**: "l'erogazione da parte degli operatori sanitari, di

servizi di cura e di assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili a: diagnosi; trattamento; prevenzione di malattie o traumi; ricerca; valutazione continua del personale sanitario; interesse della salute dell'individuo e della collettività".

Le radici della telemedicina risalgono agli anni '60, quando fu utilizzata, negli Usa, per prestare assistenza agli astronauti impegnati nella missione Mercury e, successivamente, con numerose sperimentazioni anche in Europa.

Il potenziale impatto positivo della telemedicina nella gestione dei pazienti cronici (6) è stato evidenziato nel 2012, con un netto miglioramento della qualità dell'assistenza, l'adesione ai programmi di cura, la riduzione delle ospedalizzazioni, la stabilizzazione della patologia nonché l'ottimizzazione delle risorse.

I sistemi sanitari attuali non saranno più sostenibili a fronte dell'invecchiamento della popolazione e delle continue richieste di assistenza. Ciò permetterà una riduzione delle risorse, garantendo maggiori spazi a quei pazienti che realmente hanno bisogno di recarsi al Cad, abbattendo le lunghissime liste d'attesa.

I pazienti assistiti con la telemedicina richiedono una formazione che non deve essere limitata solo agli aspetti tecnologici, ma anche agli aspetti sociali e di relazione.

**La strategia deve spostarsi, infatti, da un sistema che reagisce ad un evento improvviso e non pianificato ad un sistema che educa e responsabilizza il paziente a prendersi cura attivamente della propria patologia.**

Ai fini di un'ampia diffusione della telemedicina, particolare attenzione va dedicata alla formazione ed aggiornamento dei professionisti della salute.

La formazione dovrà riguardare le nuove apparecchiature di acquisizione delle informazioni e le tecnologie di trasmissione dei dati.

Le vie della telemedicina sono:

- **televisita**: un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente e può dar luogo alla prescrizione di farmaci e di cure. Il collegamento con-



sente di interagire con il paziente in tempo reale (ad esempio, osservando l'evoluzione di un'ulcera ad un piede, ecc);

- **teleconsulto**: è un'indicazione di diagnosi e/o di una scelta terapeutica senza la presenza fisica del paziente che permette di scambiare consigli, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico di un paziente;

- **telecooperazione sanitaria**: è un atto consistente nell'assistenza fornita da un operatore all'altro impegnato in un atto sanitario, come ad esempio fornire una consulenza durante un soccorso d'emergenza;

- **telesalute**: permette di assicurare ai pazienti cronici l'assistenza nella diagnosi, monitoraggio dati e gestione della patologia.

La registrazione e la trasmissione dei dati può essere automatizzata o realizzata da parte del paziente o di un altro operatore sanitario:

- **teleassistenza**: è un sistema socio-assistenziale per la presa in carico di una persona anziana che vive sola in casa, tramite la gestione di allarmi, l'attivazione di servizi di emergenza, di chiamate

di supporto da parte di un centro servizi. Riguarda soprattutto i pazienti cronici (diabetici, cardiopatici, ecc) per l'individuazione precoce delle ri-acutizzazioni:

- cartelle cliniche via web: *personal health record*;

- trasmissione dati dai pazienti agli operatori: può essere effettuata tramite *web-service*, messaggi vocali, sms, fax, APP.

Gli obiettivi della telemedicina, nella cura del DM, sono quelli di migliorare il controllo glico-metabolico, ridurre le complicanze e gli accessi in pronto soccorso e consentire una riduzione dei costi per il Ssn.

Lo prova una ricerca che ha coinvolto, per un anno, 40 medici curanti e 302 pazienti di età superiore ai 45 anni, monitorati attraverso Doctor Plus, un innovativo servizio telematico di monitoraggio remoto, dedicato ai pazienti reclutati nel sistema (7).

Si tratta del più importante studio realizzato in Italia nel campo della telemedicina, che ha coinvolto pazienti del Lazio e della Toscana, e i cui risultati sono stati presentati nel 2014, a Roma.

Il Mmg svolge un ruolo di centralità nella

gestione della terapia del paziente e può avvalersi di un accesso via web, tramite il quale consultare tutti i dati clinici.

Doctor Plus è, perciò, un sistema per l'auto-monitoraggio domiciliare di alcuni parametri vitali attraverso l'uso di dispositivi medici certificati (glucometro, bilancia, pulsossimetro, pedometro, sfigmomanometro).

Le misurazioni effettuate vengono inviate via *bluetooth* ad una centralina che raccoglie i dati clinici e li trasmette ad una piattaforma *in cloud* a cui hanno accesso il medico, lo specialista e la centrale infermieristica, attiva 12 ore su 24, 6 giorni su 7.

La centrale operativa non sostituisce le emergenze, per le quali ci si deve rivolgere, comunque, al 118.

Una volta effettuato il monitoraggio, spetta al personale infermieristico, specificamente formato, interpretare i dati ed individuare eventuali anomalie (si attiva caso per caso, in base ad un sistema di *triage*).

Se si tratta di lievi anomalie (bandierina bianca), il personale infermieristico interviene contattando direttamente il paziente ed offrendogli consigli e suggerimenti; in caso di anomalie più gravi (bandierina rossa) invece, l'infermiere allerta il medico, che interviene per seguire il

paziente.

I pazienti che hanno partecipato al *trial* hanno mostrato avere un miglior profilo metabolico (< 0,3 % dell'HbA1c).

Si tratta di un risultato importante: basti pensare che, quando si testa l'efficacia di un nuovo farmaco, la soglia considerata rilevante è proprio lo 0,3%.

Altro parametro positivo è la riduzione degli accessi in pronto soccorso e delle ospedalizzazioni (72 accessi per il gruppo di pazienti monitorati con il Doctor Plus, contro i 110 del gruppo monitorato seguendo l'iter tradizionale).

Sempre in questo gruppo di pazienti è stata osservata una riduzione di accessi al Cad per effettuare visite specialistiche ed un miglioramento della qualità della vita.

Se questo sistema fosse applicato a tutti i pazienti diabetici in Italia si potrebbe ottenere un risparmio potenziale superiore al miliardo di euro l'anno, 140 milioni solo nel Lazio.

Il costo stimato per l'Amministrazione pubblica di Doctor Plus è di circa 4 euro al giorno per ogni paziente, contro i 1000 spesi per ogni ricovero.

Si ridurrebbero gli accessi in urgenza in pronto soccorso nonché le ospedalizzazioni.

Il monitoraggio remoto dovrebbe essere

considerato dalla Sanità Pubblica una prestazione essenziale per la salute dei pazienti cronici che si traduce in un enorme risparmio per le Aziende Sanitarie.

## CONCLUSIONI

Visto l'innalzamento delle aspettative di vita, che comporta inesorabilmente un aumento delle patologie croniche, la deospedalizzazione si rende necessaria. E la tecnologia fornita dal mondo della scienza rappresenta il mezzo con il quale sopperire alle problematiche della società attuale.

La telemedicina non può - e non vuole - sostituire la comune attività clinica, che resta premiante, ma è uno strumento che si integra perfettamente nella gestione della cronicità. I progetti di telemedicina avviati negli ultimi anni in Italia hanno portato a risultati soddisfacenti, che rappresentano una via solida su cui fondare le basi per il futuro.

## AUTORI:

Cristiano Abbati, infermiere Uos Diabetologia Clinica, Azienda Ospedaliera RM 5, San Giovanni Evangelista, Tivoli;  
Vincenzo Abbati, infermiere, reparto day hospital-day surgery, azienda ospedaliera Sant'Andrea, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

Guariguata L, Whithing D.R, Hambleton I, Linnenkamp U, Shaw J.E, *Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035*. Diabetes Res Clin Pract 2014;103:137-49.

Bonora E et al, *Population based incidence rates and risk factors for type 2 diabetes in white individuals*. Diabetes 2004;53:1782-89.

Alva M.L, Gray A, Mihaylova B, Leal J, Holman R.R, *The impact of diabetes-related complication on healthcare costs: new results from the UKPDS*. Diabet Med. 2015;32:459-466.

Ministero della salute. *Piano nazionale della Malattia Diabetica 2013*.

Newman et al, *Computer assesment and cognitive behavioral treatment of clinical disorders*. Behavior Therapy, 28,1-25. 1997.

Telemed Telecare 2012 June;18(4):211-220.

*A Randomized clinical trial on home telemonitoring for the management of metabolic and cardiovascular risk in individuals with type 2 diabetes*. Diabetes Technology and Therapeutics. 2015

## SITOGRAFIA

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)  
[www.wired.it](http://www.wired.it)  
[www.doctorplus.it](http://www.doctorplus.it)  
[www.bussolasanita.it](http://www.bussolasanita.it)  
[www.liberoquotidiano.it](http://www.liberoquotidiano.it)  
[www.salute.ilmessaggero.it](http://www.salute.ilmessaggero.it)

[www.istud.it](http://www.istud.it)  
[www.siditalia.it](http://www.siditalia.it)  
[www.quotidianosanità.it](http://www.quotidianosanità.it)  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)  
[www.ibdo.it](http://www.ibdo.it)  
[www.gidm.it](http://www.gidm.it)

# Indagine conoscitiva sulla divulgazione editoriale dell'infermiere militare

## Una ricerca bibliografica

di Antonio Coltellaro, Georgia Luzi

### ABSTRACT

Nel corso degli ultimi anni, le forze militari, sono state impegnate in una serie di conflitti e operazioni umanitarie che l'Osservatorio nazionale dei Diritti Umani (Ondus) ha documentato in perdita di vite umane di oltre 240mila persone, di cui 71.781 civili e 12mila minorenni in Siria. (Tabella 1)

**Gli infermieri militari, da sempre, in circostanze riguardanti un ambiente ostile, si trovano ad assistere e supportare la popolazione civile, gli ammalati, i feriti, i caduti e prigionieri di guerra, difendere la propria vita e allontanare ogni sentimento di rancore o pregiudizio alcuno per il diritto alla difesa della vita sancito dalla Dichiarazione dei Diritti Umani (1948). Lo scopo di questa ricerca bibliografica è di identificare cosa ha prodotto la ricerca infermieristica militare nel corso del tempo nell'assistenza sanitaria e nella buona pratica clinica.**

La letteratura identifica la preparazione della *team and environment for a deployment as a military*-nell'ambiente di cui fanno parte medici, infermieri e anestesisti, attraverso quelli che possono essere tutti i possibili scenari di riferimento con il corretto comportamento clinico e rispondendo in base alle proprie competenze ed esperienze maturate. L'assistenza dei pazienti in ambienti operativi militari richiede delle risorse come: attrezzatura, tempo e condizioni ambientali che, spesso, gli infermieri devono ge-

CONFLITTO	PERIODO	MORTI	VITTIME CIVILI
Cina (guerra civile)	1946-50	1.000.000	50%
Guerra di Corea	1950-53	3.000.000	50%
Vietnam (intervento statunitense)	1960-75	2.358.000	58%
Biafra (guerra civile in Nigeria)	1967-70	2.000.000	50%
Cambogia (guerra civile)	1970-89	1.221.000	69%
Bangladesh (secessione)	1971	1.000.000	50%
Afghanistan (intervento sovietico)	1978-92	1.500.000	67%
Mozambico (guerra civile)	1981-94	1.050.000	95%
Sudan (guerra civile)	dal 1984	1.500.000	97%

Tabella 1. Perdite umane nei maggiori conflitti armati dal 1945 in poi: Conflitti con numero di vittime superiore al milione. (Fonte: Ruth Leger Sivard World Military and Social Expenditures 1996, World Priorities, Washington-DC, 1996).

stire individualmente per l'adattamento ad una particolare situazione critica.

### MATERIALI E METODI

Sono state considerate le banche dati di Pub Med, Cinahl che hanno prodotto su EBSCO e OvidSP da cui sono stati estrapolati 379 articoli e 4 revisioni sistematiche su PubMed, di cui una sola considerata, perché trattava, nello specifico, l'argomento ricercato nell'arco temporale dal 1990 al 2013, poi adottata insieme ad altri articoli considerati per la scrittura del report.

Sono stati considerati solo quegli articoli che trattavano di assistenza infermieristi-

ca militare, mentre gli altri che non presentavano le caratteristiche sono stati scartati. Sono stati valutati i *trials* e le revisioni sistematiche, nonché le pubblicazioni accademiche degli ultimi cinque anni. Gli articoli considerati per la stesura con solo *abstract*; sono stati reperiti e ricercati sia su altre banche dati o richiesti in *full text* alla biblioteca multimediale di Medicina e Chirurgia dell'università di Tor Vergata di Roma.

Sono stati inseriti dei limiti:

1. disponibilità dell'abstract nelle pubblicazioni (n.379 articoli);
  2. articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (n.120);
- campo geografico: europeo (n.87), UK e

Irlanda (n.76), continente europeo (n. 11), Mexico e Sud America (n. 4), Australia e Nuova Zelanda (n. 2) e Usa (n. 26) poi considerati nei risultati.

La stesura del *report* comportato la valutazione delle pubblicazioni con contenuti essenzialmente inerenti l'infermieristica militare.

**Parole-chiave:** *military nursing, Evidence Practice Nursing, emergency nursing.*

## BACKGROUND

Nel corso degli ultimi anni, il campo della ricerca infermieristica militare, in alcune parti geografiche del mondo, è stata impegnata in una serie di conflitti e operazioni umanitarie che hanno prodotto un accurato esame della tipologia di assistenza che viene prestata in situazioni di emergenza e urgenza.

Secondo Siaki L.A et al 2014, *evidence-based* entro il 2020, gli istituti scolastici e la pratica non sono ancora sulla strada giusta per raggiungere questo obiettivo (che, secondo l'*Hawaii State Center for Nursing*).

Va sottolineato che l'infermiere militare, in Italia, è un sottufficiale di carriera, che ha regolarmente conseguito, in passato, lo specifico corso triennale di formazione tecnico-pratica a cui oggi, corrisponde, il corso di laurea per infermiere abilitante all'esercizio della professione.

Nel nostro Paese, forze armate attualmente sono costituite da: Esercito Italiano, Marina Militare, Aeronautica Militare e Arma dei Carabinieri che è un corpo di gendarmeria con compiti di polizia, polizia militare ed altro (con l'emanazione del d.lgs del 5 ottobre 2000 n. 297, è stata classificata come Forza Armata autonoma).

La Guardia di Finanza è un corpo militare dello stato, con compiti essenzialmente di polizia economico-finanziaria, ma anche di polizia giudiziaria, pubblica sicurezza e di concorso alla difesa militare dello stato italiano. Dispone pure di unità terrestri, navali e aeree.

I restanti corpi ausiliari sono invece:

- corpo militare volontario della Croce Rossa Italiana;
- corpo militare dell'Esercito Italiano del Sovrano Militare Ordine di Malta;

- l'ordinariato militare italiano.

**Di fatto, l'infermiere è un pubblico ufficiale** il cui titolo è valido sull'intero territorio nazionale ed è rilasciato nel rispetto della normativa europea in materia di libera circolazione delle professioni.

**L'esercizio della professione sanitaria infermieristica è, per legge, autonoma ed indipendente**, rispetto alle altre professioni sanitarie (medici, farmacisti, odontoiatri, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, professioni sanitarie riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione) e vinco-

*Advanced Cardiac Life a Support (Acls); Prehospital Trauma Life Support (Phtls); Major Incident Medical Management and support (Mimms);*

conoscenza approfondita del *triage* intra ed extraospedaliero.

La letteratura riferisce che esistono dieci fattori caratteristici elencati da Jean Watson, (2008) che, secondo Thompson e Mastel Smith (2012), riflettono l'esperienza di vita dell'infermiere militare per l'apprendimento e la sua maturazione. (Tabella 2)

1. Formazione prevista da un sistema umanistico-altruistico di valori;
2. instillazione della fede-speranza;
3. la coltivazione della sensibilità verso se stessi e gli altri;
4. sviluppo di una relazione di aiuto;
5. promozione e accettazione dell'espressione dei sentimenti positivi e negativi;
6. l'uso sistematico del metodo scientifico per la risoluzione dei problemi nel processo decisionale;
7. promozione dell'insegnamento-apprendimento interpersonale;
8. fondo protettivo e (o) correttivo mentale, fisico, socio-culturale e spirituale per un ambiente di sostegno;
9. assistenza per la gratificazione dei bisogni umani;
10. fondo per le forze esistenziali-fenomenologiche.

Tabella 2. Fattori caratteristici dell'infermiere militare elencati da Watson

lata al conseguimento del titolo accademico, rilasciato a seguito di un esame finale con valore abilitante alla professione (l'infermiere, insieme a tutte le altre Professioni Sanitarie non mediche, si abilita sostenendo l'esame di stato validato da due membri del Collegio e/o delle Associazioni maggiormente rappresentative prima della laurea) e all'iscrizione al relativo albo professionale.

**L'infermiere adempie ai suoi doveri prima come militare, poi come infermiere, attenendosi con disciplina e onore a tutti doveri.**

Collabora con la Nato insieme a tutte le forze dispiegate, in ambito di soccorso in emergenza e/o urgenza come supporto di rianimazione fino alla destinazione ufficiale nel territorio ospedaliero.

Prestare assistenza in zona operativa richiede rapidità di azione e la consapevolezza della propria, oltre dell'altrui, conservazione della vita, in tempestività del corretto intervento e dimestichezza in regime di urgenza. Nel dettaglio:

*Basic Life Support (Bls);*

*Basic Life Support Defibrillation (Blsd);*

La letteratura identifica, la preparazione della *team and environment for a deployment as a military*-nell'ambiente per una distribuzione delle risorse militari di cui fanno parte medici, infermieri e anestesisti.

Il personale infermieristico militare ha un ciclo di distribuzione di turno e tuttavia, quando non è in servizio, lavora all'interno del settore sanitario o di supporto di comunicazione/emergenza per ogni eventuale cambiamento che possa provocare l'allertamento.

L'intero sistema infermieristico e medico essere pronto a lavorare in un ambiente che può cambiare in ogni momento, integrando gli individui nel team e utilizzando procedure altamente standardizzate.

Nell'area ospedaliera e territoriale, i compiti e le attribuzioni infermieristiche sono quelle previste dalla vigente normativa tecnico-professionale e tecnico-sanitaria militare e, nello specifico settore, le sue principali funzioni sono rivolte:

1. alla direzione, coordinamento e al controllo dell'attività infermieristica assi-

- stenziale (ricovero e cura);
- 2. all'attività infermieristica militare specifica;
- 3. all'assistenza sanitaria durante le esercitazioni a fuoco;
- 4. alla prevenzione delle malattie infettive;
- 5. all'igiene alimentare;
- 6. all'igiene mentale;
- 7. all'igiene sul lavoro;
- 8. alla tenuta dei materiali;
- 9. all'amministrazione medico-legale;
- 10. alle disinfezioni e disinfestazioni ("piccole" e "medie");
- 11. alla raccolta e allo smaltimento dei rifiuti;
- 12. ai mezzi di soccorso (intendendo con questo termine l'autoambulanza di tipo A e B e di eliambulanza).

La responsabilità legata alla funzione ricoperta va a sommarsi alla competenza professionale e strettamente equidistante anche alle altre forze impiegate, ossia: Marina, Aeronautica, Carabinieri.

La sfera di responsabilità funzionale è strettamente correlata alla qualifica funzionale con cui il professionista si trova inquadrato nel contesto organizzativo di appartenenza nel prestare:

- un trattamento immediato (per chi necessita di cure di emergenza e interventi chirurgici salvavita);
- un trattamento differito (per persone che richiedono cure chirurgiche con un certo margine di tempo);
- un trattamento minimo (per coloro che riportano ferite lievi);
- un trattamento di coda (per infermi, vittime di plurime e gravi ferite, la cui terapia sarebbe complessa e di lunga durata. Vengono trattati quando la situazione è sotto controllo).

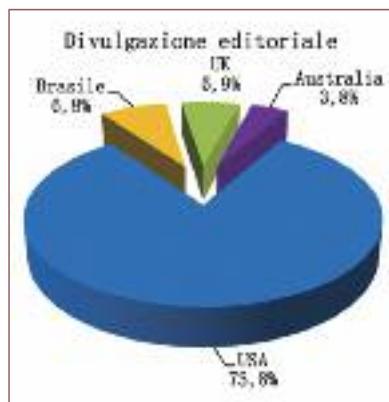
**L'infermiere militare è chiamato a rispondere in maniera "doppia" visto che, oltre ad attenersi a quanto previsto per l'esercizio professionale, sia in regime di dipendenza che libero professionale, deve attenersi a quanto previsto dai suoi doveri a carattere generale, fissati dalla normativa disciplinare militare e sanitaria.** E questo perché ha una sua prassi medico-legale non delegabile, legata alla sua funzione infermieristica che, insieme a quella medica, completano a 360 gradi l'attività sanitaria in senso stretto.



L'infermiere lavora in un *team* assistenziale. I fattori umani-chiave che sono richiesti a tutto il team sono in rapporto all'adozione di un comportamento clinico con il paziente e si concentrano sulla comunicazione, il processo decisionale, la *leadership*, e il *teamwork*: lavoro di squadra nelle simulazioni previste o nei vari scenari che l'infermiere può vivere attraverso l'esperienza diretta sul campo.

## RISULTATI

Da una recente revisione di Currie e Chipps (2015), che raccoglie tutte le maggiori pubblicazioni degli ultimi 23 anni, si evidenzia che, la maggior parte della divulgazione editoriale (59%) e Australia (n=9, 38%). (Grafico 1)



**Grafico 1. Divulgazione editoriale infermieristica militare secondo Currie e Chipps dal 1990 al 2013**

Gli Stati Uniti hanno mantenuto un costante aumento delle pubblicazioni in

1990 nei 5 anni, poi il Brasile e, a seguire, il Regno Unito che hanno pubblicato principalmente dal 2005 in poi e quasi il 50% (n=4) dell'Australia ha pubblicato articoli dal 2000 al 2005.

Le tendenze delle pubblicazioni negli Stati Uniti, Australia e Regno Unito sono state influenzate dalle attività militari dei Paesi in quel particolare tempo.

Tutte le documentazioni sono incentrate sulla guerra in Afghanistan (2001) e quella del Golfo (2014) e sono state pubblicate dagli Stati Uniti (ad eccezione di una pubblicazione del Regno Unito), 8 delle 9 delle attività divulgative dell'Australia riguardavano la Malesia e la Guerra del Vietnam e 12 delle 16 riviste brasiliane erano incentrate sulla II Guerra Mondiale. (Tabella 3)

La revisione ha identificato che la produttività della ricerca e le varie tendenze in tema di progettazione, aumentano lo sviluppo dell'Infermieristica militare, perché è un campo importante, dove le lezioni apprese dagli infermieri militari durante i recenti eventi nel mondo hanno il potenziale per inoltrare la buona pratica infermieristica in quella civile.

Si evidenzia che il numero degli articoli militari di ricerca della professione negli ultimi 23 anni è notevolmente diminuito. In effetti, la quantità di assistenza infermieristica militare è più strettamente allineata alla ricerca nei campi specialistici della professione infermieristica.

Secondo la letteratura, il servizio infermieristico nasce ufficialmente nell'eser-

Tipologia di riviste	N e %	% Prima della seconda Guerra del Golfo	% Dopo la seconda Guerra del Golfo
Nursing	156 65,8%	44 (55,7%)	112 (70,9%)
Medical/Multi	81 34,2%	35 (44,3%)	46 (29,1%)
Military Medicine	53 22,4%	27 (34,2%)	26 (16,5%)
Nursing Research	11 4,6%	2 (2,5%)	9 (5,7)
Journal of Advanced Nursing	9 3,8%	4 (5,1%)	5 (3,2%)
British Journal of Nursing	6 2,5%	1 (1,3%)	5 (3,2%)
Communicating Nurs Res	6 2,5%	0	6 (3,8%)

Tabella 3. Tipologia di riviste

cito degli Stati Uniti nel 1881, quindi, circa 18 anni dopo, la Croce Rossa Italiana (Cri), nata nel 1863.

Il Servizio Infermieristico Army era un'organizzazione che ha supervisionato il lavoro dei militari infermieri e la loro distribuzione all'estero a partire dalla prima Guerra dei Boeri. L'infermieristica militare nasce da un numero significativo di pratica assistenziale sanitaria, molta della quale è stata poi tradotta in quella civile.

Degna di nota per l'assistenza, è stata la pioniera Florence Nightingale durante la Guerra di Crimea (1854), documentata in "Notes of Nursing" e nella pratica contenuta e relativa al controllo delle infezioni e la nutrizione del paziente (Nightingale, 1859).

Più recentemente, i conflitti in Iraq e Afghanistan hanno portato a progressi significativi nelle pratiche di assistenza sanitaria, in particolare: nella chirurgia nel controllo delle lesioni, nel controllo dei danni dalla rianimazione, dei protocolli di trasfusione di massa, del controllo delle

infezioni e dei sistemi di *reporting* dei traumi (Aronson et al., 2006; Eastridge et al., 2006; Hodgetts et al., 2007; Wilbridge et al., 2012).

Sono molti i progressi individuati, soprattutto, nella gestione delle emorragie massive: è il contributo più significativo (in termini di lezioni di sanità militare), poi appresi e adottati in paradigmi nei traumi civili (Orman et al., 2012).

I conflitti in Medio Oriente hanno coinvolto gli infermieri militari nell'adozione di modelli assistenziali militari per le lesioni, che raramente si erano sperimentati prima e, per tale motivo, ha presentato l'opportunità di evolvere ulteriormente la conoscenza della cura e pratica militare.

I tipi di lesione da trauma balistico sono delle sfide tuttora attuali, per tutte le specialità dell'Infermieristica coinvolta nella cura, in particolare, come gran parte dei pazienti (il 69%), sono i feriti che nella seconda guerra del Golfo (2003-2011) e/o in Afghanistan (2001-2014) hanno sofferto di politrauma.

L'assistenza dei pazienti feriti in ambienti operativi militari prende in considerazione dei vincoli in termini di risorse, quali: l'attrezzatura, il tempo e le condizioni ambientali.

Spesso, tutto ciò richiede agli infermieri l'adozione di un loro approccio alla cura per l'adattamento ad una particolare situazione, ottimizzando i risultati di salute. La riabilitazione a lungo termine dei feriti richiede sfide uniche, sia fisiche che psicologiche per il personale, sul più ampio sistema di assistenza sanitaria e salute dei veterani di guerra. Tuttavia, secondo Bridges, 2010, non vi è limitata evidenza della ricerca alla base pratica infermieristica militare.

I progressi nella conoscenza della cura militare sono atti a fornire potenziali opportunità per la traduzione nella maggior parte dei settori civili dell'assistenza infermieristica, in particolare: traumi, cura critica, cura peri-operatoria e della salute mentale.

Come la ricerca infermieristica si traduce in ricerca militare?

Secondo Hettiaratchy et al, (2010) e Orman et al, (2012), quando si attua la *governance* di una vittima da trauma da combattimento, nel trattamento di una massiccia emorragia in cui vi è la prova dell'utilità della ricerca militare nell'impostazione a quella civile.

**Una delle sfide-chiave per infermiere militare è il problema del tempo**, perché la ricerca non è spesso il compito principale dell'infermiere militare.

Inoltre, la distribuzione regolare dei cicli di distacco può interrompere i progetti di ricerca, dipendente, al momento, al livello di supporto disponibile (Felton et al., 1998). Intraprendere una ricerca longitudinale rimane, quindi, problematico

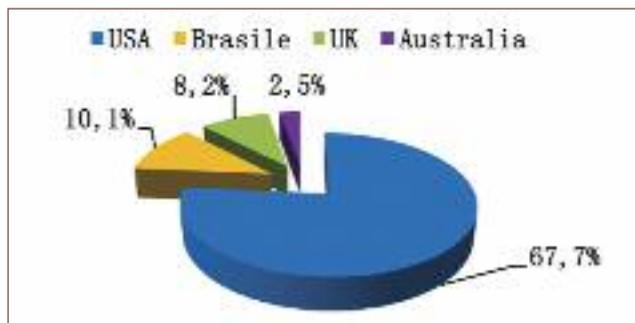


Grafico 2. Pubblicazioni dopo la seconda Guerra del Golfo

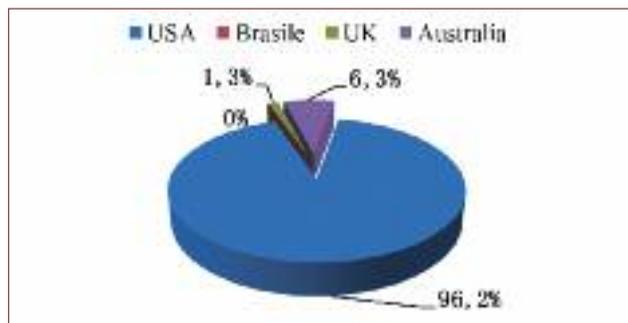


Grafico 3. Pubblicazioni prima della seconda Guerra del Golfo

e supportato dal fatto che non sono stati identificati nella recensione degli studi longitudinali (Feider et al., 2012).

Solitamente, vi sono dei processi di liquidazione degli articoli di ricerca per la pubblicazione e ciò può aggiungere un'ulteriore sfida per i militari infermieri.

Uno dei principali divieti ai militari è nel finanziamento della ricerca infermieristica.

La maggior parte delle ricerche infermieristiche militari è prodotta dagli Stati Uniti e questo non è sorprendente, data la dimensione e le risorse disponibili per le forze armate degli USA e anche del numero dei conflitti e delle operazioni militari a cui hanno partecipato negli ultimi 20 anni.

La maggior tradizione di ricerca negli Stati Uniti delle forze armate è stata sostenuta con il corpo della professione infermieristica nell'esercito, nonché dalla ricerca di pioniere infermieristiche militari (Kennedy, 1994).

La letteratura cita un programma di ricerca infermieristica Tri-Service istituito dalla US Navy, dell'esercito e dell'aeronautica (1999), che fornisce le risorse per l'Infermieristica militare, compreso un quadro della professione infermieristica per identificare le aree di sostegno al finanziamento della ricerca e alla supervisione (Bridges et al., 2008; Schmelz et al., 2003). La posizione geografica dominante per la ricerca infermieristica militare è rimasta agli Stati Uniti per tutto il periodo 1990-2013, con l'ingresso dell'Australia nel campo a partire dal 2000, del Brasile e del Regno Unito dal 2005 in poi.

Anche in altri campi, tra cui la sanità pubblica, gli Stati Uniti hanno visualizzato una dominanza della produttività di ricerca (Anderson et al., 2009; Clarke et al., 2007).

La maggior parte degli articoli provenienti dagli Stati Uniti sono concentrati sulle guerre del Golfo e in Afghanistan e, successivamente, il campo della professione infermieristica militare riflette una prospettiva distorta nella distribuzione dell'attività editoriale.

Il fattore di impatto mediano dello 0.88 è simile in altri campi di cura dove la maggior parte degli articoli, o sono pubblicati in riviste sia con nessun fattore di

impatto o con un fattore di impatto meno di due (Johnstone, 2007; Smith e Hazelton, 2008).

Tuttavia, le variabili come l'assistenza per gli insorti nemici, possono interferire con la formazione di rapporti della cura tra infermiere-paziente e infermiere.

Vi sono opportunità per la ricerca nella cura dei ribelli feriti, un fenomeno poco studiato e compreso sufficientemente.

La ricerca sulle cure dei ribelli ha bisogno di essere svolta rapidamente, perché gli infermieri militari continuano ad essere distribuiti in zone di conflitto.

I risultati potrebbero essere generalizzati agli infermieri per affrontare con cura quelli che sono i nemici della società (i detenuti, i tossicodipendenti, i conducenti ubriachi, i membri di bande e altri ancora).

La letteratura del Regno Unito indirizza verso dei programmi di supporto alla formazione dell'infermiere militare. Secondo uno studio fenomenologico condotto da Beamont (2014), gli infermieri militari del servizio nazionale nella UK non si sentono pienamente preparati ad intraprendere le azioni sanitarie, tanto da inserire un nuovo modello che permetterebbe loro di guadagnare l'esperienza necessaria e il collocamento nel servizio sanitario nazionale, attraverso una pratica clinica ricca di tirocini.

Uno primo studio di ricerca svolto da Finningam et al (2015) sull'impatto dell'efficacia dei tirocini pre-distribuzione (preparazione didattica e clinica) sulla cura qualitativa previsti per gli infermieri militari sulla distribuzione sulle forze armate britanniche nella preparazione didattica, indirizza alla formazione migliorativa, con l'introduzione di un programma di *preceptorship* militare formalizzata. A seguito di una concentrazione sulle competenze fondamentali di cura, i corsi di formazione (soprattutto per la cura dei bambini) devono essere combinati con una politica standardizzata adeguata alla clinica.

L'esposizione clinica adeguata aumenta le competenze esperienziali a quegli infermieri del Regno Unito che non sono regolarmente esposti alle zone di guerra. I tirocini clinici dovrebbero essere standardizzati e armonizzati in aree di distribuzione in cui gli infermieri curano i pa-

zienti con similari tipologie di lesione nelle unità di: ad alta dipendenza, chirurgia elettiva, unità di valutazione medica, pediatria.

Squadre di sensibilizzazione potrebbero essere adottate (come nelle ustioni nella chirurgia plastica e la gestione del dolore attraverso programmi di rotazione clinica).

## CONCLUSIONI

La ricerca infermieristica militare è un campo molto importante, dove le lezioni apprese da Florence Nightingale durante la Guerra di Crimea sono state trasmesse, ampliate e divulgate nella pratica assistenziale degli infermieri militari durante i recenti eventi nel mondo.

Il potenziale della ricerca militare è in crescita per inoltrare la buona pratica infermieristica anche in quella civile, in particolare nella specializzazione dei settori quali: il trauma balistico, la salute mentale, la gestione delle emorragie, la sanità pubblica, la rianimazione, la cura chirurgica ma anche la riabilitazione dei veterani. Le ultime tendenze in fatto di pubblicazioni sono argomenti di progettazione alla miglior cura e alla pratica clinica nel campo della professione infermieristica e della ricerca militare, attualmente ancora poco conosciuto.

Questo indirizza l'Infermieristica militare a ricercare più risposte alle tante domande, in un processo che potrà essere rivisto solo in un prossimo futuro, ma che, per ora, può essere anche utilizzato in alcune situazioni da adottate nell'assistenza civile, per fornire aiuto alle vittime di disastri come uragani, inondazioni, terremoti o dispersione di sostanze nocive o incidenti nucleari.

Vi sono alcune sfide importanti per l'infermiere militare come il tempo, perché la ricerca non è spesso il compito principale dell'infermiere militare nell'adempimento del proprio ruolo come dai recenti sviluppi.

La distribuzione regolare dei cicli di distacco può interrompere i progetti di ricerca, o per mancanza di supporto finanziario, o per l'indisponibilità anche della produzione letteraria di ricerche longitudinali.

È riconosciuto, comunque, che la produzione della ricerca, non è necessariamente

te un indicatore della qualità o dell'impatto, anche se è interessante immaginare che il campo della ricerca dell'assistenza infermieristica militare non è da meno di altri. Tuttavia, la posizione dominante per l'elevata dimensione delle risorse disponibili è delle forze armate ed è strettamente correlata al numero dei conflitti e delle operazioni militari ad esse legate.

Un'altra sfida attuale per l'infermiere è aumentare l'evidenza alla base della pratica nell'Infermieristica militare, per incoraggiare gli infermieri ad intraprendere il dottorato e, quindi, rafforzare la cultura della ricerca per poi diffonderla o per impostare dei modelli che aiutino a finan-

ziarla.

Molti progressi nella cura e nel trattamento continueranno ad essere realizzati come risultato dell'assistenza sanitaria e il trattamento previsto per le vittime di guerra, nei conflitti e nei disastri umanitari. Ed è importante che questi, debbano essere documentati (Feider et al., 2012).

Appare inoltre importante che gli infermieri siano preparati ad immergersi, sia dal punto di vista teorico-pratico, che fisico e psicologico, nelle zone di guerra, mai come ora, attraverso un sistema di tutoraggio che miri anche ad aumentare le competenze. È, perciò, necessario reperire le lezioni apprese e garantire

che la cura infermieristica militare sia, su una base di prova, certa ed essenziale, che faciliti l'avanzamento continuo dei paradigmi della cura, così come la traduzione della pratica in ambiente civile anche attraverso il confronto di vari possibili scenari di riferimento.

AUTORI:

Antonio Coltellaro, infermiere Uoc Rianimazione, Asl RM2 Sant'Eugenio, docente MED/45, CdL in Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma;  
Georgia Luzi, infermiera libero professionista, docente MED/45, CdL in Infermieristica, Università di Tor Vergata, Roma.

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson C.A, Keenan G, Jones J, *Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set*. Comput. Inform. Nurs. 27 (2), 82-90. 2009.
- Aronson N.E, Sanders J.W, Moran K.A, *In harm's way: infections in deployed American military forces*. Clin. Infect. Dis. 43, 1045-1051. 2006.
- Beaumont S.P, Allan H.T, *Supporting deployed operations: are military nurses gaining the relevant experience from MDHUs to be competent in deployed operations?* Journal of Clinical Nursing, 23(1/2): 65-74. 2014.
- Bridges E, *Facilitation of evidence-based nursing practice during military operations*. Nurs. Res. 59 (1S), S75-S79, 2010.
- Bridges E.J, Schmelz J, Kelley P.W, *Military nursing research: translation to disaster response and day-to-day critical care nursing*. Crit. Care Nurs. Clin. North Am. 20 (1), 121-131, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2007.10.011>, VIII. 2008.
- Clarke A, Gatineau M, Grimaud O, Royer-Devaux S, Wyn-Roberts N, Le Bis I, Lewison G, *A bibliometric overview of public health research in Europe*. Eur. J. Public Health 17 (1), 43-49. 2007.
- Currie J, Chipps J, *Mapping the field of military nursing research 1990-2013: a bibliometric review*. International Journal of Nursing Studies 52. 1607-1616. 2015.
- Eastridge B.J, Jenkins D, Flaherty S, Schiller H, Holcomb J.B, *Trauma system development in a theater of war: experiences from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom*. J. Trauma 61, 1366-1372. 2006.
- Feider L.L, Platterborze L.S, McLinton A.R, Garner B.K, *Combat casualty care nursing research and the joint combat casualty research team*. Army Med. Dep. J. 64-71. 2012.
- Felton G, McCorkle M.R, Redman B, *The coming of age of military nursing research*. J. Prof. Nurs. 14 (2), 85-91. 1998.
- Finnegan A.S, Finnegan D, Bates D, Ritsperis K, McCourt M, Thomas, *Preparing British Military nurses to deliver nursing care on deployment. An Afghanistan study*. Nurse Education Today; 35(1): 104-112. 2015.
- Fornari T, *L'infermiere militare*. L'infermiere n.7. 2003.
- Hettiaratchy S, Tai N, Mahoney P, Hodgetts T, *UK's NHS Trauma Systems: lessons from military experience*. Lancet 376, 149. 2010.
- Hodgetts T.J, Mahoney P.F, Kirman E, *Damage control Resuscitation*. J. R. Army Med. Corps 153, 299-300. 2007.
- Johnstone M.J, *Journal impact factors*. Int. Nurs. Rev. 54, 35-40. 2007.
- Nightingale F. *Notes on Nursing*. Duckworth. 1859.
- Orman J.A, Eastridge B.J, Baer D.G, Gerhardt R.T, Rasmussen T.E, Blackbourne L.H, *Impact of 10 years of war on combat casualty care research: a citation analysis*. J. Trauma Acute Care Surg. 73 (6 (Suppl. 5)), S403-S408, <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3182754834><http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3182754834><http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e3182754834> . 2012.
- Mercer S, Frazer R.S, Darin Via, *Preparing the Team, Ch II, Combat Anesthesia: The First 24 Hours*.
- Siaki, Leilani A, Lentino, Cynthia V; Mark, Debra D; Hopkins-Chadwick, Denise L, *Achieving army nursing evidence-based practice competencies through a civilian-military nurse partnership*. MEDLINE(R)US Army Medical Department Journal. 42-51. 2014.
- Schmelz J.O, Bridges E.J, Duong D.N, Ley C, *Care of the critically ill patient in a military unique environment: a program of research*. Crit. Care Nurs. Clin. North Am. 15, 171-181. 2003.
- Smith D.R, Hazelton M, *Bibliometrics, citation indexing, and the journals of nursing*. Nurs. Health Sci. 10, 260-265. 2008.
- Thompson S, Mastel Smith B, *Caring as a standard of Nursing when deployed military nurses provide services to enemy insurgents*. International Journal for Human Caring, (16): 4, 22-26. 2012.
- Wildridge D.J, Hodgetts T.J, Mahoney P.F, *The Joint Theatre Clinical Case Conference (JTCCC): clinical governance in action*. J. R. Army Med. Corps 156, 79-83. 2012.

## Documentare correttamente in sanità Il fondamento dell'ospedale moderno

**I**n sanità, documentare correttamente è molto di più di un atto formale: è un supporto fondamentale all'assistenza clinica multidisciplinare, alla ricerca scientifica traslazionale e alla gestione manageriale, le tre componenti su cui si basa l'efficienza di un ospedale moderno.

Questo libro inizia con un inquadramento medico-legale sulla necessità e modalità di documentare, registrare, tracciare ogni intervento e scelta attuati sulla persona assistita; all'interno di questa cornice legislativa si inserisce l'attenzione alla qualità ed eccellenza prevista dagli organi di accreditamento internazionali e in particolare agli standard JCI.

Dopo il primo capitolo, che accompagna il lettore a contestualizzare la problematica espressa oggi dalla documentazione sanitaria, il testo fornisce i presupposti teorici che hanno spinto gli autori a intraprendere il progetto di ricerca

sulla definizione e implementazione di una documentazione assistenziale orientata ai Nursing Sensitive Outcomes nell'ottica dell'essenzialità del Nursing Minimum Data Set.

Quest'opera vuole essere formativa e divulgativa per poter coinvolgere altre strutture sanitarie, promuovendo un radicale cambiamento culturale nell'ambito della professione infermieristica. Alla luce di questo proposito i capitoli IV e V spiegano, nel det-



taglio e con un certo pragmatismo, come sia stato individuato il set di dati, come sia stato tradotto in uno strumento di documentazione e come sia stato implementato nella pratica clinica. Questo volume fornisce spunti di riflessione indispensabili per quanti operano in ambito oncologico (ma anche in contesti diversi) e, che, ogni giorno, si trovano nella condizione di compiere scelte e prendere decisioni sul percorso di cura della persona assistita.

La ricerca condotta dagli autori ha elaborato un metodo di documentazione innovativo a livello internazionale: ha analizzato e definito il processo ottimale di documentazione clinica in area infermieristica, offrendo così grande contributo allo sviluppo di strumenti accurati per garantire la sicurezza dei pazienti, migliorare la loro qualità di vita durante le terapie e produrre dati per la ricerca

clinica, utili anche ai futuri pazienti in continuo miglioramento.

*Giorgio Magon, Alessandra Milani*  
**Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca.**  
**Gli esiti delle cure infermieristiche in Oncologia**  
Maggioli Editore, 2015, 160 pagg (20 euro)

## Una guida per la corretta e sicura somministrazione dei farmaci

**O**ggi, l'infermiere deve essere maggiormente consapevole che, grazie alle proprie competenze ed abilità, da lui dipende la sicurezza dei pazienti che si affidano alle sue cure, così come gli esiti dei processi assistenziali in termini di efficacia ed efficienza clinica, qualità ed economicità.

Nel testo, gli autori intendono fornire indicazioni, strumenti, metodi e conoscenze scientifiche aggiornate utili a prevenire i rischi di errore legati alle tecniche e alle procedure di preparazione e somministrazione dei farmaci in qualsiasi contesto operativo.

Particolarmente interessante per gli studenti dei Corsi di Laurea in Infermieristica e della formazione post-base (Master e Specialistica), come anche per il professionista, è quella ampia sessione del volume che approfondisce la Metrologia applicata all'Infermieristica mediante una vasta casistica di problemi ed esercizi corredati delle relative soluzioni e spiegazioni.

Si evidenzia, inoltre, il modo in cui la giurisprudenza affronta il



tema degli errori di terapia commessi dai vari operatori nelle diverse fasi del processo, attraverso l'analisi e i commenti delle sentenze di alcuni casi clinici ad opera di esperti giuristi nonché l'analisi delle implicazioni legate alle novità legislative in termini di responsabilità professionali, come la recente Legge Gelli.

Infine, una sessione specialistica tratta alcune aree di competenza più avanzata, ad esempio la somministrazione dei farmaci nell'anziano, in età pediatrica oppure al paziente critico in situazioni di urgenza-emergenza.

Il testo comprende nuovi servizi e contenuti di approfondimento come la nuova versione mista manuale + ebook e la possibilità di aggiornamenti continui.

*Gaetano Romigi, Davide Bove*

**Competenze, abilità e responsabilità dell'infermiere nella Terapia Farmacologica**

**Linee guida per una corretta e sicura somministrazione dei farmaci**

EdiSES, Napoli, 2017, 217 pagg (18 euro)

## Presentato il XII Rapporto sulle migrazioni

**L'**Istituto di Studi Politici "San Pio V" e il Centro di Studi e Ricerche Idos hanno presentato la XII edizione dell'Osservatorio Romano sulle Migrazioni, a Roma, il 25 maggio 2017, nell'anno in cui si commemora il 60 anniversario del Trattato di Roma. La storica ricerca, che a tutt'oggi rappresenta l'unico rapporto socio-statistico sull'immigrazione attualmente disponibile nell'area romano-laziale, anche quest'anno, accanto al lavoro redazionale e di ricerca, ha svolto un ruolo parallelo di sensibilizzazione sul territorio per far conoscere il fenomeno dell'immigrazione nei suoi aspetti territoriali, demografici, socio-culturali ed economici.

L'utilità di un Rapporto statistico appare evidente per la comprensione di un fenomeno complesso quale quello dell'immigrazione: realtà che in Italia è andata acquistando una dimensione crescente nel corso degli ultimi decenni.

Il Dossier non si limita a Roma, ma include anche i comuni della città metropolitana e le altre province, per poi esaminare la regione nel suo complesso.

Per ciascuno di questi ambiti vengono proposti molteplici approfondimenti, con un ampio corredo di statistiche, offrendo un'analisi organica delle migrazioni imperniata su vari aspetti, con un ampio supporto di dati statistici: il contesto internazionale; i flussi migratori e la presenza di immigrati e rifugiati in Italia; il mondo del lavoro; i diversi livelli di inserimento sociale; i contesti regionali.



I redattori del Rapporto sono strutturati in una redazione nazionale e in referenti regionali che operano a titolo personale o come rappresentanti di organizzazioni locali. Il loro impegno consiste nell'unire al rigore scientifico e all'analisi socio-statistica, la semplicità espositiva al fine di soddisfare le esigenze di tutti i lettori, dai funzionari pubblici agli operatori sociali, dagli studenti ai ricercatori, dagli stessi immigrati ai cittadini di altri paesi interessati a conoscere la situazione italiana.

Nel testo, la positiva esperienza degli anni passati ha indotto a salvaguardare la struttura tematica consueta: si inizia con la sezione riservata alla regione Lazio, per continuare con quelle dedicate alla Città Metropolitana di Roma, a Roma Capitale e all'economia regionale e romana.

I contributi pubblicati conferma-

no l'importanza del fenomeno migratorio nei suoi vari aspetti, non solo nella Capitale, che continua a essere in Italia la più grande area di insediamento degli immigrati, ma anche nei comuni della Città Metropolitana di Roma e nelle altre Province, con caratteristiche specifiche in ciascun territorio.

*Centro studi e ricerche Idos*  
**Osservatorio romano sulle Migrazioni**  
**Dodicesimo rapporto**  
Idos Edizioni, 2017, 370 pagg (20 euro)

## La stabilizzazione del personale precario nell'ambito della pubblica amministrazione

**A** seguito della recente riforma del pubblico impiego, sono pervenute numerose richieste di chiarimenti da parte di infermieri della pubblica amministrazione sui requisiti necessari per poter ottenere la stabilizzazione del proprio rapporto di lavoro nel pubblico impiego.

Come noto, con l'approvazione del nuovo testo unico del pubblico impiego, D.Lgs. n. 75/2017, entrato in vigore in data 22 giugno 2017, è stata completata la riforma del pubblico lavoro e sono state apportate importanti modifiche in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

In particolare, per quanto qui interessa, l'art. 20, comma 1, del D.Lgs. 75/2017, ha previsto la possibilità per le amministrazioni, nel triennio 2018-2020, di assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che abbia i seguenti requisiti:

1. risulti in servizio, successivamente alla data del 28 agosto 2015, con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione;
2. sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali espletate anche presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
3. abbia maturato, al 31 dicembre 2017, alle dipendenze dell'amministrazione che procede all'assunzione almeno 3 anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi 8 anni.

La procedura di cui al primo comma, quindi, non prevede alcun tipo di selezione, ma l'assunzione diretta di tutti coloro che sono in possesso dei requisiti previsti dalla legge.

Tuttavia, appare doveroso precisare che, laddove non dovesse esserci una copertura finanziaria sufficiente per poter procedere all'assunzione di tutti i lavoratori in possesso dei requisiti di cui sopra, le Amministrazioni potranno individuare ulteriori criteri di selezione, in aggiunta all'anzianità di servizio prevista dalla legge.

Il successivo comma 2 ha poi previsto la possibilità per le amministrazioni, sempre nel triennio 2018 – 2020, di bandire procedure concorsuali riservate, nella misura non

superiore al 50% dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possiede tutti i seguenti requisiti:

1. risulti titolare, successivamente alla data del 28 agosto 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
2. abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2017, almeno 3 anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi 8 anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

Per quanto concerne, nello specifico, il personale infermieristico, il comma 11 dell'art. 20 sopra richiamato, stabilisce che, con riferimento al personale tecnico-professionale e infermieristico, il periodo di 3 anni di lavoro, negli ultimi 8, può essere stato maturato anche presso diverse amministrazioni del Servizio sanitario nazionale.

Questa seconda procedura, quindi, prevede la possibilità di bandire procedure concorsuali i cui posti possono essere riservati, nella misura non superiore al 50% di quelli messi a concorso, a tutti coloro che sono titolari di un contratto di lavoro flessibile e che hanno maturato una anzianità di servizio di almeno 3 anni, negli ultimi 8 anni, anche presso diverse amministrazioni.

È particolarmente importante sottolineare come, in tale seconda ipotesi, il legislatore faccia riferimento, genericamente, a tutti e i collaboratori continuati e continuativi.

Ed infatti, ai sensi del novellato art. 36 del D.Lgs. n. 165/2001, i contratti di lavoro flessibile che le amministrazioni possono sti-



pulare, per comprovate esigenze di carattere assolutamente temporaneo o eccezionale, sono:

- i contratti di lavoro a tempo determinato;
- i contratti di formazione e lavoro;
- i contratti di somministrazione di lavoro;
- i contratti di lavoro accessorio.

Ulteriore precisazione che si rende necessaria è la seguente.

Appare difficile poter sostenere che, per la sola sussistenza dei requisiti di anzianità di servizio previsti dalla legge, possa scattare un vero e proprio diritto del lavoratore all'assunzione e, quindi, all'immissione nei ruoli della Amministrazione.

Non a caso, come anticipato, l'assunzione diretta, ovvero mediante espletamento della procedura concorsuale, sarà comunque subordinata alla sussistenza di fondi pubblici disponibili.

Il comma quinto della disposizione in esame precisa, altresì, che fino al termine delle procedure sopra descritte è fatto divieto alle amministrazioni interessate di instaurare ulteriori rapporti di lavoro flessibile.

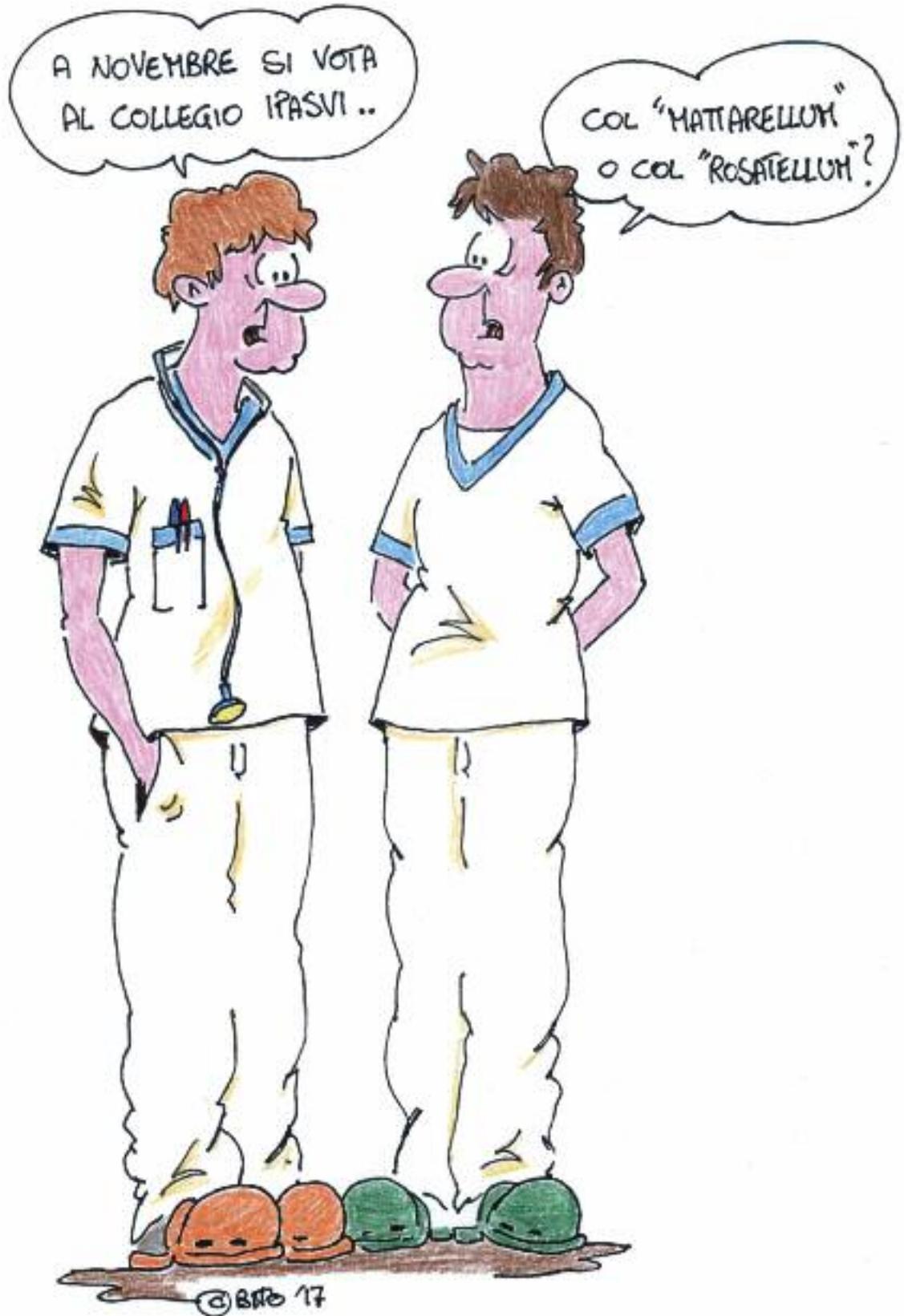
È invece consentito per le amministrazioni di prorogare i corrispondenti rapporti di lavoro flessibile con i soggetti che partecipano alle procedure di cui ai commi 1 e 2, fino alla loro conclusione, dando così continuità alle attività per le quali sono stati

assunti, nei limiti delle risorse utilizzabili per le assunzioni a tempo indeterminato.

In conclusione, quindi, dall'analisi della predetta disposizione emerge che, con riferimento al personale infermieristico:

- l'assunzione sarà diretta per coloro che sono già titolari di un contratto a tempo determinato stipulato a seguito di superamento di un concorso pubblico e sarà possibile anche in amministrazioni diverse da quella di appartenenza.
- Gli altri lavoratori precari, titolari di un contratto di lavoro flessibile, che non hanno mai superato un concorso pubblico, dovranno, invece, partecipare ai bandi, potendo però contare su una riserva della metà dei posti messi a concorso. Potranno essere assunti nel triennio 2018-2020.
- Possibilità aperta anche a chi non collabora più, purché era in servizio alla data di entrata in vigore della legge delega (28 agosto 2015).
- Sono necessari almeno tre anni di servizio prestato negli ultimi otto, requisito che deve essere maturato entro il 31 dicembre 2017, anche presso aziende pubbliche diverse da quella che bandisce il concorso (art. 20 punto 11).

*Avv. Nicoletta Galli*



# NORME EDITORIALI

## Quali regole seguire per pubblicare un articolo su “Infermiere Oggi”

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

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

### CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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



**Collegio Provinciale IPASVI di Roma**

# **ELEZIONI PER IL RINNOVO DEGLI ORGANISMI DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA**

**SI VOTA DALLE 8 ALLE 20**

**DOMENICA 26 NOVEMBRE  
LUNEDÌ 27 NOVEMBRE  
MARTEDÌ 28 NOVEMBRE**

**IL SEGGIO ELETTORALE È COSTITUITO PRESSO  
LA SEDE DEL COLLEGIO  
IN VIALE GIULIO CESARE 78  
(ROMA - METRO OTTAVIANO)**

**SI VOTA CON UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ  
PREFERIBILMENTE  
CON LA TESSERA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO**