

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazioni e cultura dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma

N° 1



EDITORIALE

**Dateci spazio
e ci ringrazierete**

.....

FOCUS

**Il rinnovo degli organismi
e l'Assemblea annuale**

.....

LO STUDIO

**Il fenomeno dei social network
nella comunità infermieristica**

.....

INFERMIERE

oggi



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana
Organo Ufficiale di Stampa
del Opi di Roma
Anno XXVI - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2018
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: marzo 2018

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 all'Opi di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Dateci spazio e ci ringrazierete**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **RINNOVO ORGANISMI:
LE SCELTE DEGLI ISCRITTI E L'ASSEMBLEA ANNUALE**

DICONO DI NOI

- 16 **Infermieri sempre più protagonisti nelle cronache dei quotidiani**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 21 **Il Parlamento approva in extremis il Ddl Lorenzin
Nasce l'Ordine delle Professioni Infermieristiche**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 24 **Al Gemelli, la campagna vaccinale antinfluenzale per un ospedale senza virus**
24 **Attivate le banche dati online all'ospedale San Giovanni Addolorata**
25 **Infermieri militari e della Polizia si incontrano a Roma**
26 **L'U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie di una struttura ospedaliera
e l'adozione della norma ISO 9001:2015ma**
27 **L'Opi Roma protagonista di Sanit Forum della salute al Guido Reni District**
28 **"Entro il 31 dicembre Lazio fuori dal Commissariato"**

SEGNALATI PER VOI

- 29 **Speciale del Tg2 sulla professione**
29 **Nasce "Opi Roma Giovani" per parlare di futuro**

CONTRIBUTI

- 30 **Velocità di inoculazione dell'eparina sottocutanea per la
prevenzione dell'ecchimosi e del dolore nel sito di iniezione**
*di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti,
Stefano Casciato, Maria Matarese*
32 **Ottimizzazione della consegna infermieristica attraverso il metodo Sbar**
di Eleonora Saraceni
37 **La donna vittima di violenza sessuale
Una revisione bibliografica**
di Ione Moriconi, Valerio Sorge
45 **Il fenomeno dei *social network* nella comunità infermieristica
Studio conoscitivo sull'uso di *Facebook* dalla popolazione infermieristica
e indagine sui possibili strumenti impiegabili nella ricerca**
di Tiziano Bellu, Silvia Maria Mancini, Giustina Faparelli
51 **Strumenti di previsione del rischio di caduta in un presidio territoriale di
riabilitazione per disabilità fisica, psichica e sensoriale e di assistenza a
persone non autosufficienti anche anziane Istituto San Giovanni di Dio
Analisi organizzativa degli strumenti aziendali di stima, prevenzione,
monitoraggio e scomposizione dell'evento avverso nelle possibili
cause/fattori di rischio**
di Giulia Bianchi Matè, Maria Cardarelli
56 **Nursing sistemico: verso un nuovo approccio integrato**
di Ippolito Notarnicola, Alessandro Stievano

LETTO PER VOI

- 60 **La valutazione infermieristica. Funzione-chiave dell'assistenza**
61 **La costruzione dell' "infermiera moderna"**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Omicidio colposo all'infermiere che, in sede di triage,
assegna il codice verde in caso di successivo decesso del paziente**

64 LA VIGNETTA DEL MESE



Dateci spazio e ci ringrazierete

di Ausilia M.L. Pulimeno

Vicina, solidale, sostenibile.

Per noi infermieri il profilo della sanità non può essere che questo.

In linea con le necessità di una società che cambia, invecchia, si misura con nuove sfide terapeutiche, incrementa la domanda di salute e chiede un'assistenza di qualità.

La rotta che tracciamo è chiara. E in questi anni ci siamo battuti con tutte le nostre forze per sostenerla. La strada maestra che indichiamo viaggia su due binari: più territorio e ospedali d'eccellenza. Si può fare, si deve fare.

L'alternativa non c'è, se non lo sfascio del servizio sanitario pubblico che, invece, difendiamo a spada tratta come estremo baluardo di civiltà e di giustizia sociale.

Alle spalle abbiamo una stagione problematica, segnata dai tagli di spesa e da troppe criticità; davanti possiamo avere uno scenario diverso, una rete sanitaria capace di adeguarsi per rispondere meglio alle esigenze dei cittadini.

L'uscita dal lungo regime di commissariamento della sanità nella nostra regione offre a tutti l'opportunità storica di cambiare passo. Investendo innanzi tutto sul territorio e sul personale, sugli infermieri in primis.

Il momento è decisivo e nessuno può accampare più scuse. Dopo il voto, la "sbronza" da promesse elettorali va subito smaltita passando dagli impegni ai fatti concreti.

Dopo anni contrassegnati dalle ristrettezze finanziarie imposte dal pesante piano di rientro del debito sanitario, la Regione Lazio torna a poter programmare lo sviluppo dei servizi.

Un'opportunità che non va sprecata.

Come sempre, gli infermieri sono pronti a fornire il loro prezioso contributo: quello di chi vive, ogni giorno, in prima linea, la realtà dei servizi, a contatto diretto con i cittadini.

Perciò sa cosa serve e come agire.

Per questo vuole incidere sulla realizzazione di nuovi modelli organizzativi in grado di rilanciare l'assistenza, a cominciare da quella di prossimità. E da percorsi che garantiscano la continuità assistenziale dopo il ricovero ospedaliero, per accompagnare la persona malata verso la guarigione e il recupero completo.

Solo così, avvalendosi di professionisti adeguati al compito, si potrà invertire il trend di una popolazione che mostra sempre maggiori difficoltà a curarsi e, soprattutto, a farlo bene.

Quello che chiediamo è un investimento deciso sulla nostra professione, un passo determinante verso una sanità più inclusiva e sostenibile.

D'altronde, è il rapporto diretto e personale con i pazienti che ci caratterizza ed è questo che vogliamo difendere prima di ogni altra cosa.

Sappiamo come poterlo fare e non ci stancheremo di ripeterlo anche al cospetto della nuova Amministrazione Regionale. Ascoltate gli infermieri, con fiducia.

Le esperienze positive maturate in questi anni nel nostro mondo professionale parlano chiaramente.

Siamo in grado di rispondere con le nostre competenze e il nostro impegno a sfide epocali (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche e delle multi patologie), ma anche sul fronte cruciale della prevenzione, per educare chi la salute ce l'ha a non perderla e per promuoverla in ogni ambito

della società: scolastico, lavorativo, nelle comunità, dove il cittadino vive e cerca assistenza.

Sappiamo di poter affrontare e vincere queste nuove sfide impostando in modo più adeguato l'organizzazione dei servizi e del lavoro infermieristico.

Le risorse disponibili non sono molte, ma basteranno se si avrà il coraggio di scegliere. Puntando sul potenziamento dell'assistenza domiciliare, in particolare per le persone non autosufficienti, affette da patologie croniche e per le cure palliative, dell'offerta di assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani, persone con disabilità fisica, psichica o sensoriale, dell'assistenza riabilitativa.

E pure sull'ampliamento della rete delle Case della salute, di quelle dei presidi territoriali e dei consultori familiari.

C'è tanto da fare anche per i servizi relativi alla salute mentale, ai disturbi alimentari, alle dipendenze, alla sanità penitenziaria, alle nuove Rems.

Noi siamo pronti a mettere sul piatto la nostra professionalità, le abilità e le competenze che abbiamo ottenuto in un lungo e difficile percorso di crescita, fino a meritarcene, oggi, di appartenere a un Ordine, quello dei professionisti della salute, che può dare slancio a una profonda riforma del sistema.

Per questo continueremo a batterci. Vogliamo contare di più perché saranno i cittadini a beneficiarne: più sanità sul territorio significa investire nella prevenzione e nel controllo delle cronicità. Significa migliorare la salute dei cittadini e di conseguenza contenere la spesa sanitaria.

Lo confermano i risultati positivi ottenuti nei Paesi europei e nelle Regioni italiane che hanno sperimentato modelli assistenziali incentrati sulla figura dell'infermiere. Con ricadute importanti sulla qualità delle prestazioni e sull'efficacia delle cure.

Ciò che chiediamo è la valorizzazione degli infermieri in tutti gli ambiti. Sono il "motore" dell'assistenza e vanno loro riconosciute l'autonomia e la dignità professionale che meritano. Naturalmente, anche sotto il profilo economico, con retribuzioni adeguate al ruolo che rivestono e alle responsabilità che assumono.

Abbiamo da offrire competenze e modelli organizzativi che possono rivelarsi decisivi. L'infermiere di famiglia o di comunità, che fa assistenza e prevenzione nelle scuole, sui luoghi di lavoro e nelle farmacie, gli ambulatori infermieristici nei quartieri,

l'assistenza domiciliare personalizzata, l'attività di screening, lo sviluppo di servizi e programmi per coinvolgere gli infermieri liberi professionisti.

E in ambito ospedaliero, l'infermiere esperto clinico, competenze specialistiche avanzate e un ruolo centrale nella continuità assistenziale dopo il ricovero. Per questo insistiamo sulla necessità che i Dipartimenti delle Professioni Sanitarie vengano attivati rapidamente in tutte le Aziende e che queste investano sulle Unità di Degenza Infermieristica.

L'aspetto organizzativo è importante quanto quello dei numeri: la grave carenza di infermieri nelle strutture sanitarie pubbliche e private di Roma e della provincia ha ormai i caratteri dell'emergenza.

Il perdurante blocco del *turnover* ha scarnito fino all'osso la componente che più di ogni altra, e in condizioni di lavoro spesso indecenti, si sobbarca la fatica quotidiana di assicurare prestazioni e servizi ai cittadini.

Un paradosso inaccettabile che penalizza tanti bravi infermieri alle prese con situazioni di precarietà e disoccupazione. Eppure, spazio per loro ce n'è tanto: va solo riempito senza perdere altro tempo prezioso.

I concorsi faticosamente sbloccati negli ultimi mesi e le prime stabilizzazioni del personale precario non bastano ad arginare il vuoto creato in questi anni negli organici infermieristici della gran parte delle strutture sanitarie di Roma e della provincia. Buoni segnali sì, ma procedure ancora farraginose, desolatamente lente e imprecise, tanto da non risparmiarci situazioni grottesche come selezioni annullate all'ultimo istante e ricorsi che bloccano le graduatorie lasciando tutti nel limbo dell'incertezza. E dei diritti negati.

Alla nuova Amministrazione Regionale chiediamo concretezza e rapidità.

La questione va affrontata con la massima urgenza, dando seguito a tutti i concorsi banditi e attivando le assunzioni già previste. Esigeremo il rispetto degli organici infermieristici fissati per le singole Aziende sanitarie e ospedaliere anche per tutelare la dignità dei professionisti costretti a operare in condizioni difficili, con carichi di lavoro insopportabili e mansioni improprie.

Il cambiamento che serve ai cittadini può avvenire solo sulle nostre gambe.

Datecene la possibilità.



Focus

**Rinnovo organismi:
le scelte degli iscritti e l'Assemblea annuale**



IL VOTO DEGLI ISCRITTI DI ROMA E PROVINCIA

Gli infermieri romani scelgono la continuità

Gli infermieri di Roma e della Provincia hanno scelto di affidare nuovamente la guida dell'Opi Roma alla lista guidata dalla presidente uscente Ausilia Pulimeno. Questo, l'esito delle votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo che si sono svolte il 26, 27 e 28 novembre 2018 presso la sede di viale Giulio Cesare.

Elezioni che hanno registrato una partecipazione massiccia degli iscritti e un'indicazione forte per la lista capeggiata da Pulimeno, da molti anni impegnata in prima linea nelle battaglie intraprese dal Collegio di Roma a tutela dei cittadini as-

sistiti e dell'intera professione infermieristica.

Di seguito gli eletti (si rimanda alle pagine che seguono per un profilo dettagliato di ciascuno).

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Ausilia Maria Lucia Pulimeno

Vicepresidente

Stefano Casciato

Tesoriere

Carlo Turci

Segretaria

Maria Grazia Proietti

Consiglieri

Simonetta Bartolucci

Girolamo De Andreis

Maurizio Fiorda

Emanuele Lisanti

Claudia Lorenzetti

Natascia Mazzitelli

Maria Grazia Montalbano

Cinzia Puleio

Francesco Scerbo

Marco Tosini

Maurizio Zega

Collegio Revisori dei conti

Marinella Carnevale

Giuseppe Esposito

Roberta Marchini

Revisore Supplente

Ione Moriconi



Il nuovo Consiglio

Nasce la Fnopi, Pulimeno vicepresidente dell'Ordine nazionale degli Infermieri

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018 della legge 3/2018 (Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute), la Federazione nazionale Ispasvi ha cambiato nome: dal momento dell'entrata in vigore della legge, il 15 febbraio, è ufficialmente Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. E i Collegi provinciali sono Ordini provinciali delle professioni infermieristiche: Opi.

Intanto, il 2 febbraio scorso, dopo le consultazioni nazionali di fine gennaio, sono state assegnate le cariche del neo eletto Comitato centrale della Federazione nazionale degli infermieri. Barbara Mangiacavalli confermata presidente 2018-2020

"Il primo compito del nuovo Comitato centrale - ha commentato la neo presidente Mangiacavalli, al suo secondo mandato ai vertici della Federazione - è quello di partecipare e vigilare sui decreti attuativi della legge Lorenzin perché tra tre anni le regole siano fissate e chiare anche per gli infermieri".

"In questa ottica - ha proseguito - dobbiamo accompagnare gli Ordini provinciali nell'applicazione della Legge Lorenzin creando consapevolezza di ruolo della rappresentanza professionale, fornendo

strumenti di supporto, integrazione e di crescita reciproca. D'altra parte si tratta di un cambiamento storico nella professione, una tappa importante ed essenziale che non può permettersi di avere zone d'ombra nella sua realizzazione".

Vicepresidente nazionale, la presidente dell'Ordine di Roma, Ausilia Pulimeno. Un grande orgoglio per la comunità infermieristica di Roma e del Lazio!

Ecco in sintesi le cariche della nuova Fnopi.

Presidente: **Barbara Mangiacavalli**

Vicepresidente: **Ausilia Pulimeno** (presidente Roma)

Segretaria: **Beatrice Mazzoleni** (presidente Bergamo)

Tesoriere: **Giancarlo Cicolini** (presidente Chieti)

Componenti Comitato centrale: **Cosimo Cicia** (presidente Salerno), **Nicola Draoli** (presidente Grosseto), **Franco Vallicella** (presidente Verona)

Revisori dei conti

Presidente: **Salvatore Occhipinti** (presidente Agrigento)

Componenti: **Sandro Arnofi** (presidente Ferrara), **Mariacristina Magnocavallo** (presidente Campobasso-Isernia)

Revisore supplente: **Fausto Sposato** (presidente Cosenza)



direttivo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma

Volti e nomi del Consiglio Direttivo



Presidente

AUSILIA MARIA LUCIA PULIMENO

Infermiera, Afd, DAI, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha vissuto una lunga, complessa ed esaltante carriera infermieristica, sia nel contesto assistenziale che nella formazione, concludendo con l'esperienza da dirigente dell'Area infermieristica ed ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma.

Docente al CdL in Infermieristica, CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e Master presso l'Università "Sapienza" di Roma.

È autore di numerosi articoli di ricerca infermieristica.



Vicepresidente

STEFANO CASCIATO

Infermiere, Afd, specializzato in Cardiologia, istruttore Blsd, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Dal 1988, caposala presso l'Ospedale oftalmico; dal 2003 al 2008, Responsabile dell'Area infermieristica e tecnica del dipartimento di Oftalmologia dell'Asl Rm/E. Ha lavorato come infermiere presso la Cardiologia del San Camillo.

È docente ai CdL in Infermieristica presso l'Università "Sapienza" (Polo Ospedale Santo Spirito).



Segretaria

MARIA GRAZIA PROIETTI

Infermiera pediatrica, DAI, laurea in Sociologia (indirizzo organizzativo e del lavoro), laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Ha lavorato come infermiera pediatrica presso l'ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina, poi come CSSA all'ospedale di Viterbo, come Dirigente del Servizio infermieristico dell'Azienda Usl Rm/D e come Responsabile della progettazione di servizi sanitari e socio-sanitari presso la Cooperativa sociale Nuova Sair Onlus.

Attualmente, è Direttore del Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale presso l'Ares 118.



Tesoriere

CARLO TURCI

Infermiere, Afd, DAI, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Infermiere Direttore della Uoc DITRAR IFO. È esperto in Igiene mentale management e sistema qualità.

È docente ai CdL in Infermieristica dell'Università di Tor Vergata, Roma.

focus

I nuovi consiglieri



SIMONETTA BARTOLUCCI

Infermiera, Afd, DAI, Specializzazione in Assistenza ausiliaria in Pediatria e Nipiologia, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Infermiera dal 1983 ha lavorato all'Ospedale Fatebenefratelli-Isola Tiberina e, dal 1990, presso la Asl Rm 6, dove ha prestato servizio nella UO di Medicina come infermiera e poi Coordinatore, presso l'Ufficio Infermieristico del PO di Frascati, assegnata all'UO Formazione CdL per Infermieri, presso il Coordinamento infermieristico area Sicurezza e Prevenzione e collaborazione con l'UOC Risk Management ed attualmente assegnata all'UOC Professione Infermieristica con PO Innovazione Tecnologica Assistenza Infermieristica. Docente MED/45 presso il CdL in Infermieristica dell'Università Tor Vergata - Sede di Frascati e Sapienza- sede di Anzio.



GIROLAMO DE ANDREIS

Infermiere, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, master in Management. Coordinatore Infermieristico Area Emergenza Policlinico Universitario Tor Vergata. È docente ai CdL in Scienze Infermieristiche e di Master in Management presso l'Università Tor Vergata.



MAURIZIO FIORDA

Infermiere, con perfezionamento in Urologia presso l'università di Tor Vergata, master in Management per le funzioni di coordinamento infermieristico. Presidente nazionale di Cives, ha lavorato come infermiere presso la Sala operatoria dell'ospedale Sant'Eugenio, come tutor presso i Centri di Formazione Idi e Santa Lucia. Attualmente è in Cardiologia Utic dell'ospedale Grassi di Ostia.



EMANUELE LISANTI

Economista sanitario e infermiere, dopo cinque anni di Area critica presso l'European Hospital, attualmente è in forze presso la VI clinica medica del Policlinico Universitario Umberto I.

Dopo aver lavorato in società di consulenza per il controllo direzionale in sanità, è in reparto, accanto al letto del malato, dove si stabilisce la qualità delle cure prestate e ricevute.

Il suo mandato ha l'obiettivo primario di rilevare e migliorare le condizioni organizzative e professionali dei colleghi infermieri.



CLAUDIA LORENZETTI

Infermiera, Afd, DAI, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche. Lavora da 30 anni presso l'AO San Camillo Forlanini con la qualifica di infermiera (11 anni), Coordinatore infermieristico (4 anni) e dal 2002 a oggi, come Coordinatore del DI.PRO (Dipartimento delle Professioni). Attualmente, ricopre l'incarico di Posizione organizzativa "Governo Assistenziale".

È docente al Corso di Master in Coordinamento delle Professioni sanitarie all'Università "Sapienza" (sede Policlinico). Esperta in EBP e Tutor a Corsi avanzati di Formazione sul Campo in EBP.



NATASCIA MAZZITELLI

Infermiera. Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche. Master in Management nel Coordinamento delle Professioni sanitarie.

Responsabile Uos "Rapporti con le università", Tutor didattico nel corso di laurea in Infermieristica presso la Uoc "Formazione universitaria" della Asl Rm/5.

Docente a contratto al CdL in Infermieristica, al Master in Management per le funzioni di coordinamento delle Professioni sanitarie dell'Università di Tor Vergata-sede di Tivoli, Subiaco e Monterotondo.

I nuovi consiglieri



MARIAGRAZIA MONTALBANO

Infermiera, Afd, DAI, laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, laurea in Sociologia, Master di II livello in Economia pubblica e Master di I livello Infermiere forense.

Direttore di strutture residenziali per anziani private-accreditate della Lusan srl.

Docente nei CdL Infermieristica della Università di Tor Vergata e in master di I e II livello della Università di Tor Vergata e della Università Campus Biomedico. Esperta di organizzazione di servizi socio sanitari pubblici, privati, ospedalieri e territoriali.



CINZIA PULEIO

Infermiera, Master di I livello in Management per le funzioni di Coordinamento, DAI, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Master di II livello in Diritto e Management delle Aziende sanitarie.

Docente presso il CdL triennale in Infermieristica all'Università Tor Vergata (Polo formativo "Luigi Patrizi" Asl Rm/B).

Attualmente è Coordinatore infermieristico presso la ASL Roma 2.



FRANCESCO SCERBO

Infermiere, laurea Magistrale con lode e dottorando di ricerca in Scienze infermieristiche e Sanità pubblica.

Libero professionista con collaborazione di tipo formativo-organizzativo presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ed esperienza clinica in Riabilitazione neuromotoria e Riabilitazione respiratoria.

Ha rappresentato gli studenti universitari in Consiglio di Amministrazione presso l'Università degli studi di Roma, Tor Vergata.



MARCO TOSINI

Ha lavorato come infermiere presso l'Utic dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Gemelli. Presso il Policlinico Gemelli ha maturato importanti esperienze come Coordinatore infermieristico presso la Divisione di Ortopedia e Traumatologia, Sala operatoria ortopedica e il reparto di neurologia-stroke-unit e Day Hospital di Neurologia.

Attualmente, è Coordinatore del Centro di Coordinamento Ricoveri e Pre-Ospedalizzazione del Policlinico Agostino Gemelli.



MAURIZIO ZEGA

Infermiere, Afd, DAI, Laurea specialistica in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche. Direttore UOC Sitra (Servizio Infermieristico Tecnico e della Riabilitazione Aziendale) al Policlinico Universitario "Gemelli" e membro della Segreteria Tecnica del ministro al Ministero della Salute. Docente al CdL in Infermieristica all'Università Cattolica del Sacro Cuore e al CdL magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche all'Università di Tor Vergata, Roma.

Componente OIV ASL RM 3; direttore del Corso di Alta Formazione e di Aggiornamento degli Infermieri operanti in Radioterapia Oncologica (UCSC ed AIIRO, assieme a IAEA e MIUR); professore a contratto presso la UCSC Facoltà di Medicina e Chirurgia "Gemelli"; componente gruppo di lavoro Federazione nazionale Ispasvi su Competenze specialistiche Infermieristiche.

I nuovi Revisori dei Conti



Presidente

MARINELLA CARNEVALE

Infermiera, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Master di I Livello in Management e Coordinamento delle Professioni sanitarie e Master di II Livello in Economia Pubblica e Gestione dei Servizi Sanitari. Lavora come infermiera dal 2008 ed ha prestatato servizio in diversi ospedali romani prevalentemente nell'area critica.

Attualmente, in forze presso l'Uoc Cardiologia e Cardiochirurgia del Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.



GIUSEPPE ESPOSITO

Infermiere, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche, Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche.

Lavora come infermiere dal 1987 presso il Policlinico Militare di Roma.

Attualmente, in servizio presso l'Ufficio addestramento e relazioni esterne del Policlinico Militare.



ROBERTA MARCHINI

Infermiera, Afd, Laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche e in Economia Sanitaria, Master di II livello Management sanitario e Direzione di Strutture complesse.

Dal 1988, dipendente della ASL Rm/F, prima come infermiera quindi come Coordinatrice infermieristica, dal 2011 responsabile dell'Ufficio Infermieristico al Polo ospedaliero San Paolo. Dal 2016, posizione organizzativa Programmazione e Continuità Ospedale-Territorio, all'interno del Dipartimento assistenziale delle Professioni Sanitarie e Sociali della ASL ROMA 4.



Revisore Supplente

IONE MORICONI

Infermiera coordinatrice, con AFD e Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e ostetriche, Master di II Livello in "Management e innovazione nelle aziende sanitarie", specializzazione in Emodialisi e tecniche dialitiche, diploma di Giornalismo medico scientifico.

Dopo aver lavorato alcuni anni in aziende private, dal 1993 ha lavorato, prima, come infermiera nel DSM, poi, come infermiera coordinatrice. Dal 2005 ad oggi, ricopre il ruolo di P.O. nel DSM della ex RM/A, attualmente ASL ROMA 1.

Esperta e promotrice del modello del Case Manager in Psichiatria, ha svolto diversi lavori e docenze in convegni e congressi.

È docente a.c. all'Università degli studi di Roma "Sapienza" e presidente del corso integrato in Infermieristica in Psichiatria e Igiene Mentale, presso il Canale C.

SINTESI DEL PROGRAMMA TRIENNALE

Il programma elettorale con cui questa compagine ha prevalso durante le consultazioni dello scorso novembre puntava tutto sulla rivendicazione delle conquiste acquisite nel corso del triennio e sulle sfide del prossimo futuro.

“Infermiere, professione in progress. Continuiamo a costruirla insieme”, lo slogan scelto per la campagna di comunicazione con cui il gruppo vincente si è presentato agli iscritti al momento del rinnovo delle cariche.

Questi, per punti, gli argomenti e gli impegni al centro del nuovo mandato appena intrapreso.

Forza d'insieme

Un Consiglio Direttivo ampiamente rinnovato alle scorse elezioni che, con ulteriori nuovi ingressi, punta a raccogliere i frutti della grande mole di lavoro svolta nel triennio per tradurre in azioni concrete le aspettative degli infermieri romani. È un Ordine che serve a una professione che guarda avanti tra mille difficoltà ma con fiducia, un gruppo di colleghi esperto e autorevole, capace di innovare e di battere i pugni per tutelare le ragioni degli iscritti e dei cittadini. L'obiettivo è conservarlo aperto a tutti e coinvolgente per le sue molteplici attività, per il novero sempre più ampio di servizi gratuiti, per la promozione dell'aggiornamento scientifico e della ricerca infermieristica.

La svolta possibile

Continuiamo a batterci perché gli infermieri siano finalmente protagonisti dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (Pdta), ottengano la piena autonomia organizzativa e gestionale dell'assistenza in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e della Provincia, così come negli indirizzi della stessa Regione Lazio. Insistiamo sulla necessità che i Dipartimenti delle Professioni sanitarie vengano attivati rapidamente in tutte le Aziende e che le stesse investano sulle Unità di degenza infermieristica. Proponiamo un deciso sviluppo dell'assistenza territoriale, delle case della salute, dell'assistenza domiciliare, degli ambulatori infermieristici, del ricorso a specialisti come l'infermiere di famiglia e di comunità, anche per la prevenzione e la promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro.

E molto si può fare ancora per valorizzare la straordinaria risorsa rappresentata dagli infermieri liberi professionisti.

Obiettivo riorganizzazione

Le difficoltà del nostro servizio sanitario vanno affrontate con coraggio e decisione attraverso una profonda riorganizzazione dei servizi e dei ruoli. Ma anche dei numeri. La grave carenza di infermieri nelle strutture sanitarie sia pubbliche sia private di Roma e della provincia va affrontata con la massima urgenza, dando seguito a tutti i concorsi banditi e attivando rapidamente le assunzioni previste dalle piante organiche. L'impegno a verificare il rispetto degli organici infermieristici fissati per le singole Aziende Sanitarie e Ospedaliere dovrà essere attento e costante, anche per tutelare la dignità dei professionisti costretti a operare in condizioni di gravi difficoltà e con carichi di lavoro insopportabili. Per questo è importante adeguare gli organici del personale di supporto anche per combattere l'annosa piaga delle mansioni improprie svolte dagli infermieri. A tal proposito proponiamo una mappatura puntuale delle necessità degli organici (a cui il Collegio sta già lavorando) per individuare con precisione l'effettiva carenza di personale.

DEL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO

I nostri impegni presso le istituzioni

Siamo determinati a dare battaglia sui tavoli istituzionali per lo sblocco del turn over e della mobilità, la progressione di carriera legata alla pratica clinica, a quella gestionale e alle competenze specialistiche, per il potenziamento del corpo professionale accademico, per la stabilizzazione della dirigenza infermieristica ai vari livelli dell'organizzazione e diversificazione delle varie posizioni organizzative di infermieri bed manager, specialisti clinici, case manager.

Forti delle ricerche condotte dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), promuoveremo lo sviluppo di modelli organizzativi per la continuità assistenziale ospedale-territorio e di sostegno alle nuove forme di esercizio libero-professionale. Sosteniamo con entusiasmo e rinnovato impegno le attività di ricerca del Cecri e il coinvolgimento dei colleghi anche in collaborazioni di ambito internazionale. Vogliamo continuare a impegnarci con la massima determinazione contro l'abusivismo professionale e l'utilizzo improprio degli infermieri in svariati contesti.

La grande alleanza con i cittadini

L'alleanza ideale e concreta con i cittadini e con gli organismi che li rappresentano è la strada maestra che intendiamo continuare a seguire incoraggiati dalla proficua collaborazione avviata con associazioni e istituzioni su questo fronte. Infermieri e cittadini sono dalla stessa parte e lottano per gli stessi obiettivi, quelli di un equo accesso alle cure, della loro qualità e della sostenibilità del sistema sanitario pubblico a carattere universale e solidaristico. In quest'ottica sarà importante poter utilizzare le competenze specialistiche degli infermieri espresse nelle società scientifiche e nelle associazioni professionali per fornire consulenze specialistiche ai cittadini e agli stessi infermieri..

Maggiore impulso ai servizi agli iscritti

Intendiamo proseguire nell'opera di ottimizzazione delle risorse per fornire servizi gratuiti sempre più rispondenti alle esigenze degli iscritti: corsi Ecm nella sede di viale Giulio Cesare e itineranti nei vari contesti lavorativi, corsi Fad, iscrizione e certificati on line, casella di posta elettronica certificata (Pec), tesserino professionale magnetico, consulenza legale, amministrativa e contabile, accesso alle principali banche dati mondiali di letteratura infermieristica, rivista di aggiornamento professionale "Infermiere Oggi", accesso al portale della Federazione Ipasvi, ai siti web e alle newsletter dell'Ordine di Roma e del Centro di eccellenza. Puntiamo a sviluppare un'applicazione dedicata che renda disponibili i nostri servizi on line anche su smartphone. Ci impegniamo inoltre a proseguire nell'opera di razionalizzazione delle risorse che ha consentito in questi anni di ridurre progressivamente la quota d'iscrizione, oggi tra le più basse d'Italia.

Insieme si va lontano...

Siamo oggi professionisti di alto livello, laureati, specializzati, esperti clinici, ricercatori, docenti universitari. È stato un cammino molto lungo e faticoso, segnato da sacrifici, lotte e storiche conquiste. Sta a noi oggi difendere il nostro straordinario cammino e proiettarci nel futuro da protagonisti, esprimendo una rappresentanza professionale forte perché il ruolo degli infermieri sia sempre più riconosciuto e valorizzato, al servizio del cittadino e del suo diritto alla salute. Siamo preparati per questo e decisi a rivendicarlo con la forza della nostra grande famiglia professionale.

All'hotel Quirinale l'annuale appuntamento con il bilancio e la sintesi delle attività

Il 28 febbraio scorso, gli infermieri del Lazio hanno incontrato il nuovo Consiglio direttivo dell'Opi di Roma all'hotel Quirinale, per l'approvazione del Bilancio 2017 e per ascoltare dalla voce della riconfermata presidente, **Ausilia Pulimeno**, la relazione sui dati relativi all'attività svolta e sul futuro dell'Infermieristica nazionale e regionale.

Saldo negativo, secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, per il numero di infermieri persi nel 2016, rispetto al 2015, in Italia: ben 1.723 in meno. Considerato che già se ne contavano 2.788: vuol dire che, in due anni, sono oltre 4.500 i professionisti in meno nel nostro Paese.

Un calo che farebbe anche aumentare il **precariato**, che ha numeri sorprendenti: ci sono +1.951 infermieri a tempo determinato, +513 con lavoro interinale e per la prima volta uno in formazione lavoro. L'età media, in un anno, passa dai 47,47 anni del 2015 ai 48,02 del 2016, ha ricordato ai presenti la presidente.

Il paradosso maggiore riguarda i **compensi**, a fronte del calo di personale e dell'aumento di lavoro.

Gli infermieri, tra il 2015 e il 2016, hanno perso altri 50 euro l'anno di retribuzione; 143 per il calo delle indennità fisse e accessorie (11 euro l'anno per indennità varie) e 99 euro l'anno di straordinario.

Ma, secondo il Rapporto Ocse "Health

at Glance 2017", l'Italia è nelle prime posizioni per la salute in Europa: ha il primato per l'accesso alle cure della sua popolazione, è quasi al top per la brevità delle attese per un intervento di cataratta e per le basse percentuali di ricoveri per asma e malattia cronica ostruttiva polmonare; ha una percentuale tra

le più basse di traumi ostetrici e l'aspettativa di vita è tra le più alte sia per i maschi che per le femmine.

Tutto, con una spesa inferiore a circa 600 dollari procapite rispetto alla media. Nel suo rapporto sulla salute, l'Ocse ridimensiona anche il dato sul mancato accesso alle cure degli italiani per motivi



economici: in realtà, vi rinunciarebbe per i costi elevati solo il 4,8% della popolazione (ovvero, 2,8 milioni di cittadini).

Nel nostro Paese, tuttavia, si continuano a prescrivere troppi antibiotici, si respira l'aria più "sporca" e, soprattutto, **ci sono molto meno infermieri della media**.

Non a caso, il Rapporto Oasi 2017, rispetto al **rapporto medici-infermieri** dei Paesi Ocse (che mediamente è di 1 a 2, 8, con valori maggiori dove l'assistenza sanitaria è più efficiente), spiega che, in Italia, siamo a 1:1,5 e nel Ssn i dipendenti raggiungono un rapporto di 1:2,5. Sono sì in aumento i ruoli gestionali da parte degli infermieri (*bed management, operation management*, gestione di team multiprofessionali), ma, secondo il Rapporto, è necessaria una modifica nello *skill mix*, ovvero nell'operazione che implica l'assunzione, costante nel tempo, di un certo numero di infermieri per ogni medico assunto (un'operazione complessa soprattutto per la differente fungibilità che contraddistingue le due professioni).

Per la Ragioneria generale dello Stato, dal 2010 al 2016, si sono persi circa 13 mila infermieri. Anche se il rapporto infermieri/medici in ospedale è passato da 2,48 del 2010 a 2,52 del 2016: un dato che non deve far applaudire perché segue le carenze progressive delle due professioni.

Ora, la **neonata Fnopi** (Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche) **ha calcolato che**, oltre ai medici di medicina generale, **per far fronte al bisogno di salute delle persone con patologie croniche e non autosufficienza** (in Italia sono oltre 16 milioni) **servono almeno 31 mila infermieri** (uno ogni 500 persone).

E in ospedale, per rispondere alle carenze create dalle manovre legate a tagli e risparmi e per rispettare i parametri dettati dalle norme europee su turni e orari di lavoro, ne sono necessari altri 21 mila, ricomponendo anche i "buchi" creati dai vari blocchi del *turnover*.

La proiezione, con questo andamento, è

I NUMERI DELL'OPI ROMA



ANNO 2017	
APPUNTAMENTI con LEGALE in sede	n. 107
LETTERE INTERVENTI LEGALI	n. 84
CONSIGLI DIRETTIVI	n. 13
ESAMI COMUNITARI	n. 3
ESAMI NON COMUNITARI	n. 3
COMMISSIONI ESAMI ABILITANTI (LAUREA)	n. 46
RAPPRESENTANTI COMMISSIONI ABILITANTI DESIGNATI DALL'ORDINE	n. 90
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTE DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	n. 79
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	n. 11.909

Situazione iscritti dell'Opi di Roma



Anno	2017
Nuovi ISCRITTI	966
CANCELLATI (di cui 537 morosità, irreperibilità, soggiorno scaduto)	904
ISCRITTI SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITA'	176
TRASFERIMENTI IN ENTRATA	91
TRASFERIMENTI IN USCITA	73

quella di un fabbisogno, al 2021, di ben 63.000 infermieri mancanti all'appello!

Sul British Medical Journal, uno studio ha indicato che il tasso di mortalità in ospedale è del -20 per cento quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, rispetto a quei contesti dove ogni singolo infermiere ne ha in carico 10 o più. In Italia, ogni infermiere ha in carico, in ospedale, in media, 12 pazienti. "Non serve molta perspicacia per capire", ha commentato Pulimeno.

La situazione a Roma e nel Lazio

Per quanto riguarda il quadro regionale del Lazio e di Roma, non si può non fare riferimento alla crisi economica e occupazionale che si avverte in ogni settore. "Il rientro dal Commissariato è una luce in fondo al tunnel, ma spinge pure tutti i soggetti coinvolti a riflettere sul fabbisogno e sui nuovi modelli di assistenza", ha spiegato la presidente. Più da vicino, i numeri dell'Ordine di Roma e della sua attività istituzionale (al



2017), sottolineano che: i **nuovi iscritti sono 966 (i cancellati, 904**, di cui: 537 per morosità, irreperibilità o soggiorno scaduto); 91 i trasferimenti in entrata, a fronte dei 73 in uscita. Gli infermieri stranieri iscritti all'Ordine di Roma sono 4.015 (2.236 comunitari e 1.779 no), con una media di età di oltre i 40 anni.

Tra i motivi di orgoglio maggiore resta il fatto che **la tassa annuale per gli iscritti sia rimasta invariata, con progressiva diminuzione nel corso degli ultimi anni**: dai 75 euro del 2011, oggi è di soli **60 euro**. Questo, anche grazie all'impegno costante del **recupero delle morosità**.

Intanto, l'Ordine capitolino continua ad offrire ai propri iscritti, servizi gratuiti come i certificati on line; la casella **Pec** (Posta elettronica certificata, importantissima per la nuova forma di Governo digitale) e i trasferimenti. Rispetto a quest'ultimo punto, infatti, va sottolineato l'esodo dei nostri infermieri all'estero. Fra i Paesi che ne attirano di più restano Inghilterra e Stati Uniti, ma spuntano anche Irlanda e Canada (Quebec, nella fattispecie).

Come sempre, la presidente e/o i consiglieri da lei delegati hanno partecipato a convegni, conferenze, tavole rotonde, workshop e altre iniziative formative e/o incontri istituzionali in sedi esterne ed

organizzate, oltre che dall'Ordine stesso, da associazioni e Società scientifiche infermieristiche (Cid, Ait, Aiuc, Aniarti, Anipio, Anin,...), Sindacati e altre società scientifiche non infermieristiche o altre associazioni (Cittadinanza attiva, Amref, Federanziani, ecc); alla Regione Lazio e altre istituzioni (Ministero della Salute, Università, AO, Asl, Irccs...) per un totale di 119 presenze. In queste sedi e in altre, le consulenze della presidente e dei consiglieri all'Ordine hanno riguardato tematiche come: libera professione; competenze e responsabilità; carichi di lavoro; attività improprie; pareri e consigli su questioni attinenti i rapporti tra colleghi e interprofessionali, nonché la Ricerca infermieristica.

Con la Regione Lazio e altre istituzioni gli argomenti prevalenti sono stati: adeguamento degli organici e il superamento della precarietà; concorso per infermieri e dirigenza infermieristica; ambulatori infermieristici; demansionamento; istituzione del modello Infermiere di famiglia/comunità; implementazione coinvolgimento tavoli tecnici.

La formazione

Nel corso del 2017, sono stati realizzati **64 eventi Ecm** per un totale di offerta formativa per circa 2.983 infermieri.

Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese per i quali è chiesto un piccolo contributo per il materiale didattico, sono completamente gratuiti. Sono **42.750,5 i crediti formativi Ecm elargiti**. Non è un caso se, nella categoria: Ordini e Collegi professionali, il Collegio Ispasvi di Roma si è guadagnato il secondo posto come **The best provider ECM 2017** (un indicatore della capacità di analisi, progettazione e realizzazione dell'organizzazione. Risultare tra i più produttivi significa aver saputo analizzare e interpretare al meglio la domanda di formazione del mercato).

Lo sportello della libera professione

Nel 2017, sono state effettuate consulenze (direttamente all'Ordine, tramite PEC o mail), su: modalità per iniziare una attività libero professionale; come avviare uno studio o un ambulatorio infermieristico; come formulare una tariffa, normative regionali e ordinistiche, forme e aspetti fiscali per svolgere l'attività libero professionale e nulla osta pubblicità sanitaria. I liberi professionisti iscritti all'OPI Roma sono 6732, di cui: 3026 contribuenti e 879 no.

Per approfondire l'argomento l'Opi Roma ha svolto 19 seminari nelle sedi dei CdL in Infermieristica della regione che rispondevano al progetto: "Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base. Un'indagine conoscitiva sugli studenti del III anno".

Il Centro di Eccellenza

La "creatura" più amata dall'Opi di Roma è, senza dubbio, il Cecri, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Cecri che, dal 2010 al 2017, ha realizzato 188 progetti e che per il 2018 ne ha approvato altri 42 nuovi (dalla nascita, dunque, sono 230 in tutto).

Di questi, la parte prevalente è rappresentata da progetti di ricerca e di formazione. I report e gli *outcome* vengono,

man mano, pubblicati sul portale dedicato, la piattaforma Vales (all'indirizzo www.centrodieccellenza.eu), su cui si possono leggere anche le news dedicate.

Attualmente, sono 35 i progetti in corso che coinvolgono tante realtà, al di là dei soli infermieri, ma, in sei anni di attività, nei progetti di ricerca sono stati contattati (oltre a 12.000 infermieri), 8 Università italiane e 7 straniere, il Ministero della Salute e il CNR, e diverse associazioni e società scientifiche non solo infermieristiche. Dalle ricerche effettuate sono scaturiti oltre 80 articoli scientifici pubblicati prevalentemente su riviste internazionali e pubblicati 9 libri sulle ricerche svolte.

La biblioteca

La biblioteca digitale e di sede dell'Opi di Roma vanta un patrimonio di circa 1.300 testi disponibili, nonché di periodici disponibili in formato elettronico (8.353 testate di area biomedica) e cartaceo 829 sottoscritti (17 italiani, 12 internazionali). Oltre l'intenso uso della



banca dati Cinahl (ben l'8,3% del totale degli utenti), la Piattaforma di OVIDSP mostra che i ricercatori svolgono delle revisioni sistematiche, lanciando poi gli Alert per gli aggiornamenti automatici delle stesse ricerche. Per il progetto Ilisi (Indice della Letteratura Italiana delle scienze Infermieristiche) il gruppo dedicato, nel 2017, ha curato tutti gli aspetti funzionali, come: la realizzazione di una nuova versione della banca dati con software aggiornato e stessa identità grafica; inserendo il nuovo Tesaurus di Scienze Infermieristiche (THisi) nel sistema; importando tutti i record esistenti, indicizzandoli col nuovo Tesaurus.

Il nuovo Ilisi è pronto su un link riservato in attesa di essere messo online.

Gli eventi

Da incorniciare, quest'anno, la celebrazione della Giornata internazionale dell'Infermiere, il 12 maggio 2017, con "Il gazebo della salute", a Roma, in piazza del Popolo e in tante altre piazze della provincia, di AO e Asl che hanno riscosso successo ovunque, con tanti cittadini entusiasti e molte visite istituzionali.

Importante pure il lavoro del gruppo di esperti, costituito presso l'Ordine di Roma (dai suggerimenti dei colleghi iscritti), sul Nuovo Codice Deontologico, aperto alla consultazione pubblica sulla prima stesura. La proposta dell'Opi di Roma è stata inviata poi in Federazione Nazionale (FNOPI).

Senza contare l'apporto e la massiccia partecipazione (quale Collegio ospitante) al primo Congresso nazionale Fnopi del 5, 6 e 7 marzo scorsi.

Progetti futuri

Gli impegni per il 2018 sono diversi, ma prevedono soprattutto la valorizzazione dell'infermiere in tutte le dimensioni professionali (compreso adeguamento degli organici, sblocco del turnover e della

mobilità); le residenze territoriali; ospedali pubblici e privati; la ricerca e lo sviluppo, nonché il territorio con l'infermiere di famiglia e di comunità, senza dimenticare la libera professione.

E, ancora: l'Opi giovani; l'alleanza con le associazioni dei cittadini: la formazione universitaria base e post base; la collaborazione con società scientifiche infermieristiche e non. Ma pure: difendere la dignità professionale; rappresentare i professionisti ed i loro punti di vista nei contesti organizzati; rafforzare ed implementare i rapporti con le forze politiche regionali e le diverse rappresentanze istituzionali del sistema sanitario regionale, accademico, socio sanitario e le società scientifiche; continuare il pressing per l'adeguamento degli organici, lo sblocco del turnover e della mobilità; la stabilizzazione della dirigenza infermieristica ai vari livelli.

Diversificare i vari ruoli infermieristici: *bed manager*, specialisti clinici, *case/care manager*; continuare il confronto con il *stakeholders* interni ed esterni alla professione; sviluppare proposte di revisione degli obiettivi formativi qualificanti dei CdL in Infermieristica; produrre e divulgare posizionamenti politico/professionali su tematiche, quali lo *skill mix change*, *i missed care*, *i Nursing sensitive outcomes (Nso)*; potenziare le cattedre infermieristiche e sviluppare la leadership clinica degli infermieri. Sviluppare modelli organizzativi infermieristici per la continuità assistenziale ospedale-territorio e sostenere nuove forme di esercizio professionale. Partecipare alle iniziative della Federazione e a quelle con altre famiglie professionali; coinvolgere le associazioni/società scientifiche infermieristiche; predisporre ed attuare una campagna promozionale dell'immagine dell'infermiere.

Ma, soprattutto, **ottimizzare le risorse** per continuare a fornire i servizi di oggi a tutti gli iscritti.

SUL PROSSIMO NUMERO PUBBLICHEREMO PER ESTESO IL BILANCIO APPROVATO IN ASSEMBLEA E LA RELAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA BIBLIOTECA

Infermieri sempre più protagonisti nelle cronache dei quotidiani

La lunga stagione in cui i temi della professione venivano snobbati dalla stampa generalista sembra ormai archiviata. Così, i riflettori mediatici si accendono sulle questioni ancora aperte.

L'ultimo scorcio dell'anno passato ci regala un confronto acceso sull'età pensionabile. Si discute sulla possibilità, per alcune categorie, di andare in pensione prima di quanto previsto dalla Legge Fornero.

Il punto è: ma quella dell'infermiere è una professione usurante o no?

la Repubblica

La Repubblica (4/11/17) titola "In pensione prima degli altri". E spiega:

"Lunedì si riunirà il comitato tecnico-politico, coordinato da Palazzo Chigi, per individuare nuove categorie di lavoratori da esentare. In prima fila, ci sono le 11 attività 'gravose' che già da quest'anno e per tutto il 2018 possono accedere - se rispettano alcune condizioni - all'Ape sociale, l'indennità pagata dallo Stato per anticipare a 63 anni la pensione di vecchiaia". Nell'elenco figurano anche infermieri e ostetriche, per una platea di circa quindicimila lavoratori.



Lo stesso giorno, **Avenire** (4/11/17) scrive: "Pensioni, regole ed eccezioni. E aggiunge: *"Il governo blinda i 67 anni e lavora sulle categorie a rischio".* "L'ipotesi più probabile - si legge nell'articolo - è che per le undici tipologie di lavori usuranti collegati all'Ape sociale arrivi una proroga dello stato dell'arte (in pensione effettiva a 66 anni e 7 mesi, ma dai 63 anni con il sussidio Ape) sino al 2026".

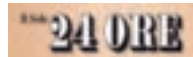
Non solo pensioni.

C'è anche il miraggio del riposo, quello che per legge spetterebbe a tutti gli infermieri, a riscaldare le cronache. **Il Sole24Ore** (11/11/17) affronta la questione con il servizio: "Il riposo di 11 ore che toglie il sonno a medici e infermieri". Si legge: *"Giusto due anni fa, a novembre del 2015, la questione infiammò il mondo della sanità, con agitazioni e scioperi di medici e infermieri. Il tentativo di risolverla è stato fatto all'italiana, a suon di deroghe e di tolleranza di situazione fuori regola. Ma ora il problema torna sui tavoli con il rinnovo dei contratti degli statali, e promette scintille. Siamo parlando del cosiddetto 'orario europeo', che impone ai datori di lavoro di garantire almeno 11 ore di riposo fra un turno e l'altro. Proprio sul carattere continuativo del riposo obbligatorio casca l'asino. O meglio, soprattutto negli ospedali, cade la possibilità di comporre davvero il tabellone dei turni coprendo tutte*

le caselle necessarie a garantire il servizio sulle 24 ore. Dopo anni di vincoli al turn over che hanno limitato i nuovi ingressi, la coperta è corta, E la deroga vince sulla regola. (...) Ma, ribattono i medici, gli infermieri e i loro sindacati, non c'è regola che tenga: i due obiettivi si raggiungono solo allargando gli organici".



Anche il **Quotidiano Nazionale** (7/11/17) si occupa del tema titolando "Riposo di 11 ore: la norma ignorata negli ospedali". L'articolo sottolinea che si tratta di *"una norma che infermieri e medici hanno visto troppo spesso calpestata, costretti come sono a turni ripetuti, notti di guardia, fuori dalle regole che impongono alle aziende sanitarie di garantire 11 ore di respiro tra un periodo di lavoro e l'altro. Finalmente la trattativa sui nuovi contratti entrerà nel vivo domani. L'Aran, per conto della Pubblica amministrazione, deve ora conciliare l'obbligo di assicurare il riposo e quello di coprire gli organici".* Intanto, lo sviluppo tecnologico crea scenari che turbano il sonno, come quello di vedersi prima o poi rimpiazzati da un robot. Un'idea per ora fantasiosa, ma che comincia a muovere i primi passi.



Se ne occupa **Il Sole24Ore** (11/11/17) titolando "L'infermiera virtuale è già realtà".

"Gli algoritmi indossano il camice - si legge - La chirurgia assistita da robot ha da sola, secondo le stime di Accenture, un valore di 40 miliardi di dollari da qui al 2026, ma le applicazioni dell'intelligenza artificiale non si fermano qui e sono destinate a popolare tutto il settore della salute (...). Nell'ambito dell'assistenza ai pazienti un esempio è quello della statunitense Sensely. La sua infermiera virtuale Molly assiste ormai migliaia di pazienti colpiti da patologie croniche. La sperimentazione con Kaiser Permanente, gruppo previdenziale degli Usa, mostra che l'assistente virtuale riduce i costi di assistenza fino all'86% e migliora l'adesione alle terapie".

Tornando alla realtà di tutti i giorni, la Corte di Cassazione mette mano a un'altra questione che agita il mondo infermieristico: quella dei turni di pronta disponibilità. Se ne occupa diffusamente **Il Sole24Ore** (11/11/17) con un servizio dal titolo "Se sei turni vi sembrano pochi". E spiega: *"Respinta la domanda degli infermieri che di regola superavano il tetto. La soglia di sei turni di pronta disponibilità nell'arco mensile è una previsione di massima e di natura programmatica, e non è un contingente temporale invalicabile, tenuto altresì conto della specificità dei destinatari (lavoratori sanitari chiamati ad assicurare un servizio di rilevante interesse pubblico) nonché della valutazione sul piano re-*

tributivo effettuata dalla contrattazione collettiva. Questa è l'opinione della sezione Lavoro della Corte di cassazione, contenuta nella sentenza n. 25380 del 25 ottobre, che ha confermato quella della Corte d'appello di Genova che, ribaltando la decisione di primo grado, respinse la domanda di alcuni infermieri in servizio presso il blocco operatorio della Asl n. 2 Savonese". "La Corte - si legge ancora - ha ritenuto che la specificità dei destinatari e le ineludibili esigenze del servizio ospedaliero consentano di leggere la dizione quale previsione di massima e di natura programmatica e consenta, pertanto, all'Azienda di richiedere turni di pronta disponibilità anche in misura superiore a sei". Nel frattempo, nell'hinterland romano scoppia il caso del "senza letto".

IL TEMPO Il Tempo (19/11/17) titola "Solo 422 letti per 70 comuni". Il servizio riferisce: "Mezzo milione di persone, residente nei 70 Comuni appartenenti all'Asl Roma 5, ha a disposizione solo 422 posti letto, pari ad una media di 0,84 ogni mille abitanti, coprendo neanche un terzo del fabbisogno interno (il 31,1%, come quantifica la stessa azienda sanitaria). I posti letto disponibili equivalgono, invece, ad appena un quarto dei 3,3 letti previsti dagli standard regionali. Anche per questa carenza di posti, una delle più gravi del Lazio insieme all'Asl Roma 4, aumentano sempre di più i viaggi della speranza in cerca di un letto in altri nosocomi fuori dall'azienda. Si chiama 'mobilità passiva' ed è arrivata a contare più di 7 ricoveri su 10 (il 71,1%) delle degenze effettuate dai residenti nei Comuni dell'Asl, ricoverati al di fuori dei presidi aziendali, in aumento rispetto al 2014 (69,6%)".

Ma la stagione dei tagli sembra al tramonto.

Lo sottolineano i principali quotidiani annunciando la prossima uscita della sanità laziale dal regime di commissariamento. Il

24 ORE Sole24Ore (25/11/17) titola "Sanità: deficit risanati, anche il Lazio al traguardo". E anticipa: "La settimana prossima il Consiglio dei ministri dovrebbe porre fine al commissariamento decennale della sanità del Lazio. Una notizia centrale per le dinamiche regionali ma significativa per il quadro nazionale della sanità: che nel suo complesso dovrebbe vedere il deficit ridursi a 710 milioni, poco più di un decimo rispetto al 2006. Gli ultimi numeri dovrebbero certificare l'azzeramento sostanziale del disavanzo, e restituire alla Regione le chiavi della sanità, con il superamento del blocco del turn over e la ripresa della gestione autonoma".

Il Messaggero La previsione è rispettata. Il Messaggero (2/12/17) annuncia: "Sanità, stop al commissario. Ok del governo: ma dal 2019". Si legge: "Da ieri il traguardo è stato messo nero su bianco. Con un anno d'anticipo. Il Consiglio dei ministri, su proposta del premier Paolo Gentiloni, ha deciso che la marcatura stretta del governo sulle scelte della Pisana andrà avanti fino al 31 dicembre 2018, poi la Regione tornerà ad avere piena autonomia su spese e decisioni nella gestione di ospedali, asl e case della salute".

Sanità Il Sole24Ore Sanità (1/12/17) titola "Lazio, bye bye commissario" precisando: "... Certo è

che l'appuntamento elettorale della primavera non gioca a favore: solo con la prossima Giunta si potrà tornare alla normalità e designare un nuovo assessore alla sanità. L'addio al commissariamento, poi, non coinciderà necessariamente con la fine del piano di rientro. Anche se la Regione mostra miglioramenti radicali non soltanto sotto il profilo dei conti, per la prima volta con il 'segno +', ma anche per le performance sanitarie: il punteggio Lea (Livelli essenziali di assistenza) assegnato al Lazio è arrivato nel 2016 a quota 178, ben al di sopra della soglia critica di 160 punti fissata dal ministero della Salute".

Per qualche giorno, il caso del policlinico Umberto I attrae l'attenzione dei media. **La Repubblica**

(12/17) annuncia il nuovo, inatteso cambio al vertice: "Policlinico record, il commissario molla tutto dopo due mesi". Scrive il quotidiano: "Alla vigilia della possibile uscita della Regione dal commissariamento sanitario, scoppia il caso Umberto I. Al Policlinico accade tutto in meno di 24 ore: ieri mattina, dopo appena due mesi dal suo arrivo, il commissario straordinario Joseph Polimeni, 48enne nato a New York, annuncia il suo addio e quello del direttore sanitario Franco Caracciolo. Soltanto poche ore dopo, nel pomeriggio, la Regione certifica l'avvicendamento con Vincenzo Panella. Un manager di lungo corso, già al lavoro con la giunta Zingaretti: al momento della nomina numero uno della direzione regionale Salute e politiche sociali, da ieri il 61enne è il nuovo dg dell'ospedale più grande d'Europa. Ad ascoltare i protagonisti, l'ultimo cambio ai vertici del policlinico Umberto I appare come una puntata di Dynasty. Una soap opera girata in corsia: infermieri sul piede di guerra, dimissioni con strascichi polemici, sostituzioni lampo e un ricco risvolto sindacale. Il copione alla fine concede a Panella quel 'mandato di ampio respiro' in cui in realtà sperava il commissario dimissionario".

Avvicinamenti ai "pani alti" della sanità romana, ma pochi rinforzi nel pronto soccorso, nei reparti ospedalieri e negli ambulatori presi d'assalto a causa dell'influenza stagionale.

Strutture in affanno e operatori stressati dal superlavoro. Il **CORRIERE DELLA SERA** (9/12/17) titola "In duecentomila con l'influenza. Picco a Capodanno". Il servizio spiega: "Mentre oltre 200 mila cittadini nel Lazio sono già finiti ko per colpa dell'influenza, prosegue la campagna di prevenzione promossa dalla Regione Lazio che ha distribuito un milione di dosi di vaccino gratuito ai 5 mila medici di Asl, ai medici di famiglia e ai pediatri coinvolti da metà ottobre. (...) Il vaccino agisce in tre settimane, quindi bisogna affrettarsi perché gli esperti prevedono che il picco di casi arriverà per Capodanno. Al momento il Lazio risulta tra le regioni più colpite dal virus. A fare segnare l'impennata dei casi anche il meteo".

Proprio sulle criticità del pronto soccorso romani interviene con una testimonianza personale la giornalista Margherita De Bac, che sul Corriere della Sera (12/12/17) pubblica una sorta di lettera aperta che fa discutere. Il titolo è "L'inferno al pronto soccorso". La cronista racconta la sua disavventura: "Da tanti anni sulle pagine del Corriere denuncio i mali del Pronto Soccorso. Non

mi era mai capitato, lo confesso, di viverlo in prima persona. Domenica sono entrata nell'area vietata agli estranei in qualità di figlia di un papà con un problema «non differibile», un codice giallo secondo la classificazione internazionale. Non cito l'ospedale, tanto la situazione è sovrapponibile a qualsiasi altra struttura della Capitale, comprese quelle considerate al top. Verso le 8 di sera la stanza destinata ai codici gialli in attesa di ricovero era tappezzata da 50 letti, perlopiù anziani di terza e quarta età. Medici e personale in affanno, tutti chiamavano tutti, le guardie della sicurezza hanno dovuto far uscire i familiari: il caos era tale da non permettere ai sanitari di muoversi. Nella sala codici rossi si trovavano 9 persone, 4 delle quali intubate. In corridoio, letti uno dietro l'altro, malati esposti allo sguardo di chiunque. Almeno tre ambulanze e un mezzo di rianimazione si sono fermate per mancanza di barelle, bloccate al Pronto Soccorso nell'impossibilità di trasferire gli occupanti su letti ordinari. Alle 8.32 il monitor indicava 227 interventi tra codici rossi, gialli e verdi. Criticità classica nei fine settimana invernali quando le dimissioni rallentano, l'influenza bussa alle porte, studi dei medici di famiglia chiusi, servizi sul territorio quasi zero. I soliti malanni. La sanità del Lazio può rialzare la testa grazie al rientro dal deficit. È arrivato il tempo di porre fine a questa indecenza con una riorganizzazione decisa".

Dopo settimane di conferme e smentite, si chiude pure il cerchio sull'età pensionabile anticipabile con l'Ape sociale. Il **Corriere della**

CORRIERE DELLA SERA

Sera (14/12/17) annuncia: "Pensioni,

ecco chi potrà andare prima". Ci sono anche gli infermieri: "Dal 2019 scatta l'aumento dell'età di 5 mesi, tranne per 15 lavori gravosi. Anche i lavoratori agricoli, siderurgici, i marittimi e i pescatori avranno accesso dal 2018 all'Ape sociale. Le quattro nuove categorie si aggiungono alle undici che già possono beneficiare dell'anticipo, e cioè infermieri, maestre d'asilo, operai edili, gruisti, ferrovieri, camionisti, conciatori, badanti, operatori ecologici, addetti alle pulizie e facchini. A questi stessi lavoratori non si applica l'aumento dell'età pensionabile di cinque mesi previsto nel 2019 per l'allungamento delle speranze di vita (il decreto è stato pubblicato proprio ieri)".

Il destino occupazionale di migliaia di precari della sanità torna a guadagnare i titoli dei giornali con una novità che fa ben sperare.

Il Messaggero

Il Messaggero (15/12/17) annuncia: "à, assunzione per mille precari".

E spiega: "Sono state pubblicate sul Bollettino ufficiale della Regione Lazio le graduatorie per l'assunzione dei precari della sanità: il bilancio 2017 delle stabilizzazioni sarà di 1100 medici, infermieri e tecnici che entrano a tempo indeterminato nel Sistema sanitario. È la più grande stabilizzazione dei lavoratori nella sanità del Lazio mai avvenuta mediante procedure concorsuali", sottolinea Zingaretti che annuncia 2.400 posti nel biennio. Le assunzioni riguardano tutte le Asl del Lazio".

La stampa nazionale si occupa di professioni sanitarie anche in relazione ai crediti formativi. Il problema della risposta ancora troppo scarsa dei professionisti coinvolti dal programma Ecm

Il Sole 24 Ore

viene sottolineato da **Il Sole24Ore** (18/12/17) col titolo "Dopo 15 anni gli specialisti sanitari sotto la soglia del 50%". Il servizio rimarca: "Nonostante i numeri siano in crescita, i professionisti della sanità in regola con gli obblighi formativi sono ancora meno della metà. A superare la soglia del 50% dei professionisti certificabili - ossia di quelli che nel triennio 2014/2016 hanno completato il loro iter formativo - sono infatti solo i medici (54%) e gli odontoiatri (51%); i farmacisti si fermano al 49%, gli assistenti sanitari al 47%, mentre infermieri e veterinari si attestano al 32%. Questa è la fotografia scattata da **Il Sole 24 Ore** sulla base dei dati elaborati dal Cogeaps (Consorzio tra professioni sanitarie che gestisce l'anagrafe nazionale dei crediti formativi) e forniti dagli Ordini di riferimento".

È evidente che c'è ancora molta strada da fare.

Anche il problema delle lunghe liste d'attesa per accedere ai servizi sanitari pubblici cattura l'attenzione dei media. Il **So-le24Ore-Sanità** (19/12/17) pubblica il "Rapporto Pit Salute" di Cittadinanzattiva-Tribunale per i

diritti del malato, presentato a Roma e realizzato col sostegno di Ipsvi, Fnomceo e Fofi. Il titolo è "Allarme sulle liste d'attesa, il territorio resta fragile". Si legge: "Nel giorno in cui i medici ospedalieri e i veterinari scioperano contro i tagli al Fondo sanitario nazionale e contro le prospettive di un mancato rinnovo dei contratti per la sanità, il cahiers de doléances messo in fila dal report 'Sanità pubblica: prima scelta ma a caro prezzo', ricalca in buona parte le proteste dei professionisti della salute. I numeri: poco meno di un terzo dei cittadini intervistati lamentano la difficoltà di accedere al Ssn, per ritardi, burocrazia e costi. Le liste d'attesa restano tristemente al top: stabili al 54,1%, con un incremento del 6% per le visite specialistiche, di quasi l'1% degli esami diagnostici, a fronte di un -7,2% delle segnalazioni sugli interventi chirurgici. Tredici mesi di media per una mammografia, un anno per una colonscopia, stesso periodo per una visita oncologica o neurologica. I cittadini che per curarsi fanno riferimento al Servizio sanitario nazionale, si devono armare di santa pazienza".

Il Natale 2017 diventa storico per la nostra famiglia professionale con l'approvazione definitiva del Ddl Lorenzin e l'istituzione dell'Ordine, ora il più grande d'Italia, di cui ci occupiamo anche su questa rivista.

Una lunga e dura battaglia condotta in porto, un traguardo importante per gli infermieri e per i cittadini di cui si accorge anche la stampa nazionale. Tutti gli organi d'informazione ne parlano nelle edizioni del 23 dicembre 2017. Ecco alcuni titoli: **Italia Oggi** "Nasce l'Ordine degli infermieri. Le nuove professioni sanitarie"; **Il Secolo XIX** "Sanità, nasce l'Ordine professionale degli infermieri"; **Avvenire** "Anche gli infermieri e le ostetriche hanno un Ordine"; **Il Messaggero** "Ordini professionali della Sanità: ci sono anche gli infermieri"; **La Stampa** "Infermieri, nasce l'Ordine. Polemica sui chiropratici"; **Il Sole24Ore** "Al traguardo gli Ordini per le professioni sanitarie".

Il nuovo anno porta con sé il picco influenzale annunciato: pro-

blemi di sovraffollamento delle strutture e personale sanitario insufficiente a fronteggiare l'emergenza.

IL TEMPO Il Tempo (4/1/18) tira le prime somme titolando "Natale e Capodanno 673 mila a letto". Il servizio spiega: "Brusco aumento dei casi di influenza nella settimana tra Natale e Capodanno. Ad essere colpiti cittadini di tutte le età, per un totale di circa 2.168.000 di casi dall'inizio della sorveglianza. Solo nella settimana dal 25 al 31 dicembre, infatti, l'influenza ha messo a letto 673 mila italiani. È quanto emerge dall'ultimo bollettino della rete Influnet, diffuso ieri. Il livello di incidenza, fa sapere l'Istituto superiore di sanità, è pari a 11,11 casi per mille assistiti".

Il Messaggero Qualcuno si organizza per tempo. Il Messaggero (6/01/18) riferisce del caso della Asl Rm6: «Influenza, ospedali pronti per affrontare l'emergenza». Si legge: "Allarme influenza: l'Asl Rm6 istituisce delle holding area negli ospedali di Velletri, Anzio, Frascati ed Albano atte ad ospitare i malati colpiti dalla sindrome influenzale quest'anno a molto virulenta. In questo modo i dirigenti dell'Asl sperano di fronteggiare l'ondata di pazienti, soprattutto anziani provenienti dalle case di riposo presenti nel territorio".

Grande attenzione dei media ai temi della professione, ma anche la solita, sciatta approssimazione nel distinguere gli infermieri dagli altri operatori sanitari. L'ultimo caso è quello del titolo **LEGGO** pubblicato il 22 dicembre scorso dal free press **Leggo**: "Infermiere killer sull'ambulanza". Una terribile vicenda di cronaca attribuita a un infermiere senza alcuna ragione, visto che l'operatore coinvolto era un bariliere. Un esempio di discredito gratuito e ingiustificato gettato sull'immagine pubblica della nostra professione che ha subito indotto la presidente Ipasvi Roma, Pulimeno, a una formale richiesta di rettifica. "Tirare in ballo senza motivo gli infermieri romani per episodi di cronaca così squalificanti e deprecabili - ha scritto la presidente nella nota indirizzata al direttore del giornale - oltre che informare in modo errato i lettori, danneggia la dignità di migliaia di professionisti impegnati quotidianamente in una difficile battaglia per la sopravvivenza di servizi essenziali alla popolazione e che con grande abnegazione, a costo di enormi sacrifici personali, tengono in piedi il servizio sanitario. Meritano perciò più attenzione e rispetto".

LA STAMPA La Stampa (8/1/18) tira le somme di un fenomeno in grande espansione: quello delle badanti. E dei rischi connessi. Il titolo è "L'esercito delle badanti tuttotfare. Ora sono più degli infermieri". Il servizio spiega: "Sempre più numerosa la schiera delle badanti. Quasi 380 mila ne conta il censimento ancora inedito di Domina, l'Associazione delle famiglie datori di lavoro domestico. Ma poiché oltre la metà lavora in nero ecco che l'esercito diventa di 830 mila. Più degli infermieri, che in tutto sono 650 mila. E spesso queste donne provenienti soprattutto da Romania e Ucraina finiscono per ricoprire anche quel ruolo, anche se pochissime hanno in tasca una laurea in scienze infermieristiche.

Così, come denuncia il Collegio degli infermieri, armeggiando con cateteri e siringhe finiscono senza volerlo per spedire al pronto soccorso sempre più anziani alle prese con infezioni ed emorragie".

Intanto, a Roma e nel Lazio, la sanità territoriale stenta a decollare. A proposito delle case della salute

IL TEMPO Il Tempo (8/1/18) scrive: "Dovevano sostituire e integrare il pronto soccorso. Invece molte sono chiuse e le poche aperte nemmeno funzionano". Si legge: "La salute cerca ancora «Casa» nel Lazio. Oltre 4 anni dopo l'annuncio del 17 settembre 2013 ("Le Case della Salute saranno 48 entro il prossimo anno, una in ogni distretto socio sanitario: 15 a Roma, una per Municipio, e 33 nelle province del territorio") la Regione ha rispettato neanche un terzo del suo stesso cronoprogramma. Ne sono attive, infatti, solo 15 e ben 33 restano, per ora, Case «chiuse» della salute".

Il policlinico Umberto I è ancora alla ribalta della cronaca con i suoi problemi, a partire dai pochi infermieri. Il Tempo (10/1/18) titola "Perdite record, caos infermieri. Che brutta fine l'Umberto Primo". L'articolo riferisce: "L'Umberto I, un tempo gioiello della sanità pubblica, risulta ultimo nella classifica degli organici infermieristici. Per ovviare alla carenza, infatti, sono 3 mesi che l'azienda ospedaliera, reduce dal cambio di ben 3 manager negli ultimi 4 mesi del 2017, chiede «alla Regione l'autorizzazione per il reclutamento di 383 infermieri utilizzando la propria graduatoria concorsuale». Però, nell'attesa del via libera regionale, è stato intanto «inevitabile acquisire lavoro temporaneo di tipo infermieristico affinché sia garantita continuità assistenziale ai pazienti». Ed ha così dovuto bandire una gara per la «sommministrazione di 200 infermieri» per 6 mesi (rinnovabili fino a 2 volte) per un importo di 11 milioni e mezzo di euro".

Il momento sa di evento storico. Dopo anni di responsabile collaborazione, gli infermieri italiani scioperano. Tra i primi ad annunciarlo è **Avvenire** (1/2/18) con il titolo "Gli infermieri incrociano le braccia il 26 febbraio". Scrive il quotidiano cattolico: "Una giornata di sciopero generale degli infermieri italiani e del personale di comparto sanità è stata proclamata per lunedì 26 febbraio, dalle 7 del mattino per 24 ore, dalle organizzazioni sindacali più rappresentative della categoria. La causa della mobilitazione è il mancato rinnovo del contratto di lavoro. La protesta mette a rischio paralisi gli ospedali italiani".

Sanità Il Sole 24 Ore Sanità (6/2/18) aggiunge: "Sanità chiusa per sciopero". E spiega: "Lo hanno minacciato, lo hanno spiegato, lo hanno proclamato: il 23 febbraio medici e infermieri della sanità pubblica incrociano le braccia per uno sciopero congiunto. Insieme come non era mai accaduto. Così l'Italia delle cure si ferma per 24 ore. A meno che sul rinnovo dei contratti della dirigenza medica e del comparto non ci sia da parte di Governo e Regioni un concreto cambio di passo: con aperture alle richieste dei lavoratori. Medici e personale sanitario hanno superato la fase delle richieste di impegni. Vogliono fatti. E li vogliono scritti nero su bianco. Perché così com'è nelle bozze su cui si sta lavorando, il futuro di chi ha

in mano le cure appare peggiore di un presente già complicato".

la Repubblica

A Roma va in scena un altro pasticcio legato ai concorsi. **La Repubblica** (6/2/18) titola "Tor Vergata, Infermieri assunti: tutto da rifare. Si legge: *"Vinto un concorso per un posto di lavoro a tempo indeterminato presso il Policlinico Tor Vergata, dopo anni di precariato 50 infermieri pensavano di poter avere un po' di serenità. Avevano visto i risultati della procedura selettiva a cui avevano preso parte pubblicati dalla fondazione che gestisce la struttura, erano tranquilli. Il 30 gennaio, però, è arrivata la doccia fredda: la commissione esaminatrice ha compiuto scelte ritenute fuorilegge dalla fondazione e tutti gli atti del concorso sono stati annullati in autotutela dal direttore generale. Tutto da rifare. Con i vincitori che rischiano ora di perdere quel posto a lungo atteso e che, senza pensarci neppure un istante, hanno dato mandato a un legale per impugnare l'annullamento al Tar"*.

Grande attenzione dei media ai temi della professione, ma anche la solita sciatta approssimazione nel distinguere gli infermieri dagli altri operatori sanitari. L'ultimo caso è quello del titolo pubblicato il 22 dicembre scorso dal free press **Leggo**: "Infer-

LEGGO

miere killer sull'ambulanza". Una terribile vicenda di cronaca attribuita a un infermiere senza alcuna ragione, visto che l'operatore coinvolto era un barelliere. Un esempio di discredito gratuito e ingiustificato gettato sull'immagine pubblica della nostra professione che ha subito indotto la presidente Opi Roma, Pulimeno, a una formale

Il Messaggero

richiesta di rettifica. Ci ricade quasi due mesi dopo **Il Messaggero** (15/2/18) riferendo di un altro episodio di cronaca con il titolo "Terrore sul bus, un infermiere infilava siringhe nei sedili". Anche in questo caso l'operatore coinvolto non era un infermiere. *"Tirare in ballo senza motivo gli infermieri romani per episodi di cronaca così squalificanti e deprecabili - ha scritto la presidente nelle note indirizzate ai direttori dei due giornali - oltre che informare in modo errato i lettori, danneggia la dignità di migliaia di professionisti impegnati quotidianamente in una difficile battaglia per la sopravvivenza di servizi essenziali alla popolazione e che con grande abnegazione, a costo di enormi sacrifici personali, tengono in piedi il servizio sanitario. Meritano perciò più attenzione e rispetto"*.



Il Parlamento approva in extremis il Ddl Lorenzin Nasce l'Ordine delle Professioni Infermieristiche

Lo scorso 22 dicembre, in una delle ultime sedute del Parlamento, è stato finalmente approvato il cosiddetto Ddl Lorenzin che, tra l'altro, istituisce l'Ordine delle professioni infermieristiche.

"Nasce la **Fnopi**, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, il più grande Ordine italiano per numero di iscritti. Un traguardo per il quale gli infermieri hanno corso per oltre dieci anni, che conferma la crescita della professione e rende giustizia agli oltre 447mila professionisti che, ogni giorno, si dedicano all'assistenza dei più fragili e ai bisogni di salute delle persone", così, ha detto, a caldo, la presidente nazionale della Federazione, Barbara Mangiacavalli.

La conversione in legge del Ddl 1324-b "*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del ministero della Salute*", una legge che, per gli infermieri, apre le porte di una nuova era.

"Ora, al pari di tutte le altre professioni intellettuali, per gli infermieri ci sarà una tutela ordinistica che favorirà non solo i professionisti, ma anche gli stessi cittadini, offrendo armi efficaci, ad esempio, contro l'abusivismo, che infanga l'operato di centinaia di migliaia di professionisti, ponendo a rischio la salute stessa degli assistiti", ha dichiarato ancora Mangiacavalli.

L'elemento forte della trasformazione dei Collegi in Ordini è la tutela dell'assistito che si ottiene vigilando affinché l'iscritto abbia titolo al contatto diretto con lui, anche in caso con l'esercizio della magistratura interna. Quindi, il controllo sui comportamenti deontologici e professionali: si lavora per una sorta di accreditamento periodico anche in termini di competenza dei professionisti. Non basta essere iscritto all'Ordine se poi l'iscrizione diventa un mero titolo di cui pregiarsi senza rivedere preparazione, formazione e com-

petenza. Va introdotto un percorso di accreditamento periodico professionale e continuativo che gli Ordini possono a pieno titolo verificare.

Fondamentale nella nuova legge è il superamento, o meglio, l'ammodernamento della legge del 1946, che, evidentemente, non può essere la "stella cometa" per gli attuali e per i nuovi Ordini com'è stata finora. Il diverso inquadramento degli enti, la loro possibilità di intervento anche disciplinare, un'organizzazione più rispondente ai canoni moderni non solo degli enti pubblici, ma anche della programmazione sanitaria, fino ad arrivare a un meccanismo elettivo sicuramente più rispondente a criteri di completezza, ma soprattutto trasparenza, che la rendono indispensabile, perché tutta l'attività di Ordini e Federazioni non sia decontestualizzata, nei fatti, dal divenire della società e del progresso professionale e scientifico.

In tal senso, ha sottolineato la presidente degli infermieri: "è di importanza fondamentale anche un'altra previsione del Ddl, quella che riguarda la modifica delle sanzioni penali e accessorie in caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria, su cui i nuovi Ordini potranno vegliare con maggior forza e a maggior titolo".

Il Ddl Lorenzin segna per l'intero settore una serie di novità: dal



debutto degli Ordini delle professioni sanitarie al riconoscimento delle nuove professioni, alla fine delle lungaggini per la sperimentazione clinica, al riordino dei Comitati etici, fino alle aggravanti per l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e per i reati ai danni di persone ricoverate.

Ecco, dunque, cosa cambia nello specifico:

Sperimentazione clinica dei medicinali

Le nuove disposizioni, adeguando la disciplina italiana alla nuova normativa europea, prevedono il riordino e la riduzione dei comitati etici esistenti. Viene intesa l'istituzione di un Centro di coordinamento nazionale dei Comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici, con funzioni di coordinamento, indirizzo e monitoraggio delle attività di valutazione degli aspetti etici relativi alle sperimentazioni. Si prevede, inoltre, l'individuazione, attraverso successivo decreto ministeriale, di un numero massimo di 40 Comitati etici territoriali (rispetto agli oltre 100 attualmente esistenti), di cui almeno uno per ogni regione, e il riconoscimento di tre Comitati etici a valenza nazionale, di cui uno riservato alla sperimentazione in ambito pediatrico. Disposizioni che vanno nella direzione della necessità di acquisire una maggiore competitività in ambito internazionale nel settore delle sperimentazioni cliniche, che potranno fare affidamento su tempi certi per la loro analisi sotto il profilo etico, oltre che di una tariffa unitaria, parametrata ai meri costi di gestione dell'analisi medesima.

Riordino della disciplina degli ordini delle professioni sanitarie

Le nuove disposizioni trasformano gli attuali Collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni nazionali in Ordini e relative Federazioni nazionali. Agli Ordini già esistenti dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, si aggiungono così gli Ordini dei biologi e delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Contestualmente, viene ridisegnata la disciplina relativa al funzionamento interno degli Ordini, risalente al 1946, e vengono inserite disposizioni finalizzate a migliorare la funzionalità degli organi, a chiarire i compiti svolti, valorizzandone, in particolare, il rilievo pubblico e la funzione deontologica, oltre a favorire la partecipazione interna da parte degli iscritti.

Nuove professioni sanitarie

Il Ddl riscrive la procedura per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie, stabilendo un sistema potenzialmente aperto. La procedura, che passerà per il parere tecnico-scientifico del Consiglio superiore di sanità, richiederà l'accordo in sede di Con-

DDL LORENZIN, COSA CAMBIA

Principali novità introdotte dal ddl in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute

- 1 SPERIMENTAZIONE CLINICA DEI MEDICINALI**
 Riordino e riduzione dei comitati etici esistenti, con l'istituzione di un centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali (che passeranno da 100 a 40) per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici di cui almeno uno per ogni regione e il riconoscimento di tre comitati etici a valenza nazionale, di cui uno riservato alla sperimentazione in ambito pediatrico.
- 2 RIORDINO DELLA DISCIPLINA DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE**
 Trasformare gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali. Agli ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, si aggiungono gli ordini delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.
- 3 NUOVE PROFESSIONI SANITARIE**
 Riscrivere la procedura per il riconoscimento di nuove professioni sanitarie, stabilendo un sistema potenzialmente aperto.
- 4 RIORDINO DELLA PROFESSIONE DEI CHIMICI, DEI FISICI, DEI BIOLOGI E DEGLI PSICOLOGI**
 La vigilanza su tali Professioni, e sui relativi ordini, passa dal Ministero della Giustizia al Ministero della salute.
- 5 ESERCIZIO ABUSIVO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**
 Inserisce un aggravante quando il reato riguarda una professione sanitaria e, in tali ipotesi, conferma l'obbligatorietà dei beni utilizzati per commettere il reato.
- 6 AGGRAVANTE PER REATI COMMESSI CONTRO PERSONE RICOVERATE**
 Aggiunge nel codice penale (art. 411) una circostanza aggravante per i reati contro la persona commessi in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture socio-sanitarie residenziali o semi-residenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative.
- 7 DIRIGENTI SANITARI DEL MINISTERO DELLA SALUTE**
 Adotta un unico livello del ruolo della dirigenza sanitaria del Ministero della salute, ad eccezione ai dirigenti sanitari del Ministero gli istituti giuridici ed economici previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

ferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. In questo ambito, un percorso semplificato è fissato per gli osteopati e i chiropratici, la cui individuazione è già fissata dalla legge, mentre il percorso per il definitivo riconoscimento passa attraverso l'accordo in Conferenza che definirà l'ambito di attività, le funzioni, i criteri di valutazione dell'esperienza professionale, nonché quelli per il riconoscimento dei titoli equipollenti connessi a tali professioni.

Con decreto del Miur, di concerto con il ministro della Salute, saranno definiti pure l'ordinamento didattico della formazione universitaria.

Riordino della professione dei chimici, dei fisici, dei biologi e degli psicologi

Il testo stabilisce che la vigilanza su queste professioni, e sui relativi Ordini, passi dal ministero della Giustizia a quello della Salute.

Esercizio abusivo delle professioni sanitarie

Viene inserita un'aggravante quando il reato riguarda una pro-

fessione sanitaria, e può prevedere la confisca obbligatoria dei beni utilizzati per commettere il reato. In particolare, quando si tratta di beni immobili si dispone il loro trasferimento al patrimonio del Comune ove sono siti, per essere destinati a finalità sociali e assistenziali.

Aggravante per reati commessi contro persone ricoverate

Viene aggiunta nel Codice penale (art. 61) una circostanza aggravante per i reati contro la persona commessi in danno di ricoverati presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, ovvero presso strutture socio-educative.

Dirigenti sanitari del ministero della salute

Si modifica la disciplina vigente relativa al ruolo della dirigenza sanitaria del dicastero di lungotevere Ripa.

Da un lato, si istituisce un unico livello del ruolo suddetto, e dall'altro, ai dirigenti sanitari del Ministero si estendono gli istituti giuridici ed economici previsti per la dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

IL MESSAGGIO

La presidente Pulimeno: "Siamo nella Storia e vogliamo scriverla ancora"

La Storia la facciamo noi, con il nostro impegno, i nostri sacrifici quotidiani.

La facciamo noi credendo fino in fondo nella nostra professione. Così, l'abbiamo fatta anche stavolta, cogliendo un altro grande traguardo che pone, finalmente, la nostra al pari delle altre professioni intellettuali.

L'istituzione dell'Ordine degli Infermieri sancita con l'approvazione del Ddl Lorenzin non è un dono natalizio per gli infermieri: piuttosto, è l'epilogo vittorioso di una lunga battaglia che ha visto i Collegi e la Federazione uniti nel fronteggiare chi ancora, anche in Parlamento, voleva relegarci in una posizione subalterna.

L'unità è stata la nostra forza, quella che oggi trasforma la nostra Federazione nel più grande Ordine professionale italiano per numero di iscritti. Conteremo di più e saranno i cittadini i primi a beneficiarne.

Il nuovo Ordine nasce soprattutto per loro, per una garanzia di qualità dell'assistenza, per proteggerli meglio e con nuovi strumenti dall'abusivismo professionale e dai suoi rischi.

L'infermiere è oggi un professionista a tutto tondo e quest'ultimo, importante passaggio della sua straordinaria crescita lo riconosce. Da qui, un nuovo punto di partenza per orientare sempre più l'assistenza sanitaria verso i bisogni della persona, portarla dove il cittadino vive e lavora, dove c'è bisogno di salute.

La norma, che completa finalmente i dettami della Legge 43/2006, c'è. Ma non è ancora fatta. Attendiamo l'elaborazione dei decreti attuativi che il Ministero della Salute dovrà concordare con tutte le professioni.

Ci sarà un grande lavoro da fare e confidiamo che i tempi siano ragionevolmente brevi. Noi ci siamo e, come dimostra la nostra storia professionale, abbiamo tante idee da offrire.

Auguri a tutti noi.

La Presidente
Ausilia M. L. Pulimeno

Al Gemelli, la campagna vaccinale antinfluenzale per un ospedale senza virus

La campagna vaccinale antinfluenzale del Policlinico Gemelli ha avuto tre obiettivi: proteggere il paziente fragile, l'operatore stesso e i suoi familiari, ridurre il rischio di trasmissione ospedaliera del virus, e prevenire le conseguenze più o meno gravi che dall'infezione possono derivare. L'influenza rappresenta un serio problema di Sanità Pubblica per il numero di casi che si verificano in ogni stagione, più o meno elevato a seconda della trasmissibilità del virus influenzale circolante. Proprio il "Gemelli" e la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, anche quest'anno, a proposito di vaccinazione antinfluenzale hanno promosso un percorso aziendale facilitato, illustrato nel corso del workshop intitolato: "La Vaccinazione antinfluenzale. Campagna vaccinale 2017/18: verso un ospedale senza influenza".

Un tema importante riguarda le coperture tra gli operatori sanitari che, in Italia, è piuttosto bassa (il 24% circa) e a differenza degli Stati Uniti, dove in alcuni casi si supera il 75%.

La vaccinazione antinfluenzale è una misura di prevenzione di

comprovata efficacia, nonché uno strumento fortemente raccomandato nella popolazione ultra 65enne ed in categorie a rischio e/o di particolare valenza sociale, tra cui i medici e tutto il personale di assistenza sanitaria.

Gli operatori sanitari sono considerati ad elevato rischio di contrarre il virus per il loro quotidiano contatto con pazienti ricoverati e, soprattutto, se non vaccinati, possono divenire potenziali vettori dell'infezione.

Al Gemelli, per il personale, è stato possibile vaccinarsi in loco. I medici vaccinatori, in giorni e fasce orarie concordati con il Direttore delle Unità Operative e il Coordinatore Sitra, sono stati direttamente nelle Unità operative in cui gli operatori sanitari che hanno aderito alla campagna vaccinale prestano il loro servizio.

Ausilia Pulimeno, presidente dell'Ordine degli infermieri di Roma e Maurizio Zega, Direttore UOC Sitra del Gemelli, sono intervenuti al workshop di presentazione discorrendo de "L'importanza della vaccinazione tra gli infermieri in ospedale".

Attivate le banche dati online all'ospedale San Giovanni Addolorata

Su proposta del Comitato tecnico-scientifico della UOC Qualità e Formazione dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (Roma) è stato attivato un abbonamento online con la società Elsevier, per consentire l'accesso gratuito agli operatori sanitari dell'Azienda a centinaia di riviste internazionali indicizzate, *ebooks* di riferimento clinico, linee-guida, monografie sui farmaci, *clinical trials*, milioni di immagini e di video di carattere assistenziale.

In particolare, è stato attivato l'accesso alle due piattaforme **ClinicalKey** www.clinicalkey.com e **ClinicalKey for Nursing** www.clinicalkey.com/nursing, per i medici, gli infermieri e per tutte le professioni sanitarie aziendali.

L'iniziativa del San Giovanni Addolorata fa seguito ad altre iniziative già perseguite dal Collegio Ipasvi di Roma al fine di rendere accessibile a tutti gli infermieri i risultati della ricerca per una pratica basata sulle evidenze scientifiche.

Tra queste iniziative, ricordiamo l'accesso gratuito, per tutti gli infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma, al database della famosa biblioteca digitale on line della Ebsco, con consultazione gratuita degli articoli di centinaia di riviste scientifiche, dei database Cochrane e Cinahl (solo per citarne alcuni) e ai diversi corsi Ecm organizzati dal Collegio stesso relativi alla ricerca delle evidenze scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati online.

Infermieri militari e della Polizia si incontrano a Roma

Gli infermieri militari delle Forze Armate e della Polizia di Stato sono caratterizzati da un forte livello di competenze specialistiche, sia per quanto riguarda la difesa della salute che per quanto che attiene la difesa del territorio. Quelle competenze specialistiche che, spesso, si sta tentando di inserire tra le funzioni dell'infermiere del Servizio sanitario nazionale e, che per i militari, sono già riconosciute nei codici, soprattutto per quanto riguarda le emergenze e le urgenze che gli infermieri militari e della Polizia gestiscono da soli, secondo un principio di multidisciplinarietà con le altre professioni, medici in primis. Se n'è parlato il 12 gennaio scorso, a Roma, attraverso numerosi esempi (sia per quanto riguarda gli interventi a livello nazionale che internazionale) alla II edizione del convegno sull'Infermieristica militare organizzato dalla Federazione nazionale Ipasvi dal titolo: "L'infermiere nelle Forze Armate e di Polizia: prospettive operative e competenze avanzate".

L'evento si è fondato sulla comprovata professionalità posseduta dagli uomini e dalle donne delle forze armate e di Polizia e sull'encomiabile servizio che gli infermieri in divisa svolgono in Patria e all'estero, in favore della popolazione. I contenuti della giornata, svolta presso il Circolo Ufficiali dell'Aeronautica Militare - Casa dell'Aviatore di Roma, hanno sottolineato e valorizzato i complessi compiti dell'infermiere e hanno costituito un momento conoscitivo per tutti coloro che vogliono avvicinarsi e apprezzare il ruolo dell'infermiere militare. "I colleghi che operano in questi settori - ha detto la presidente nazionale, Barbara

Mangiacavalli - sono preziosi, sia per il loro ruolo di difesa della salute ad alto livello, sia perché, tra i loro compiti istituzionali, c'è quello della difesa del suolo su cui viviamo. Le loro competenze avanzate e la loro crescita fanno parte anche della nostra storia ed è importante per guardare al futuro". "Il nostro rapporto con la Federazione - ha spiegato il Contrammiraglio Filippo Crociata, in rappresentanza dello Stato Maggiore della Difesa -, è essenziale per un'attività come quella che svolge l'infermiere militare, che agisce in ambiti extraconfini, ma anche in quelli nazionali particolarmente degradati, come avviene nel caso dell'attività della Polizia di Stato". "Direi che più che un convegno - ha sottolineato il Maggiore Generale, Mario Alberto Germani, del Comando Sanità e veterinaria dell'Esercito Italiano - si tratta di un momento in cui vengono messe assieme esperienze comuni. Per quanto ci riguarda, i nostri programmi prevedono la realizzazione di un unico servizio sanitario militare interforze". "Gli infermieri - ha chiosato Fabrizio Ciprani, Dirigente Superiore del Servizio Affari Generali Sanità della Polizia di Stato - sono riusciti a fare quello che i medici non hanno ancora fatto: realizzare un tavolo permanente tra mondo sanitario, militare e civile. L'incontro tra i professionisti di questo settore e il legame forte con i Collegi Ipasvi è lo specchio di questi tavoli interistituzionali". "L'aspetto fondamentale del tavolo con gli infermieri - gli ha fatto eco il Capitano medico Vincenzo Abbossida, della direzione Sanità della Guardia di Finanza - è che l'incontro con altri colleghi fa crescere tutti professionalmente".



L'U.O.C. Direzione Professioni Sanitarie di una struttura ospedaliera e l'adozione della norma ISO 9001:2015

Facendo seguito a quanto riportato sul precedente numero della rivista, vorrei condividere l'esperienza del percorso di adozione della nuova edizione della norma.

PARTE PRIMA

Situazione di partenza: ISO 9001:2008, Gestione per Processi. Il Dipartimento aveva già ottenuto la certificazione con la edizione ISO 9001:2008 nel 2014. Questi, gli elementi rilevanti di adeguamento divisi per moduli:

Modulo 1

Definire la propria struttura organizzativa

Si è trattato di sintetizzare l'Organigramma per Funzioni, gerarchico verticale con la rappresentazione a Matrice che tenesse conto sia delle attività strutturali identificate con le PO che le responsabilità individuate nei processi "a progetto" e che impattano sia sulle definizioni dei ruoli che sulle competenze necessarie a fornire evidenza di adeguatezza.

Fra le difficoltà incontrate, soprattutto quelle di mediazione tra la "Lean Organization" (struttura snella propria dell'ISO 9001) e l'impianto normativo contrattuale proprio dell'Istituto (mansionario, carichi di lavoro etc). Su queste è stato indispensabile intervenire con l'attività formativa/motivazionale e l'impegno di tutto il personale afferente (che fa sempre la differenza sulla riuscita di progetti).

Modulo 2

Mappatura dei Processi

Anche quest'analisi è stata oggetto dell'individuazione incrociata delle proprie attività istituzionali (fisse) con le attività gestionali (variabili) che richiedono, nella maggior parte dei casi, un impegno maggiore, presupponendo la progettazione dell'attività stessa con la relativa validazione.

Si è proceduto, attraverso il Diagramma di Ishikawa e individuando le macroaree. La metodologia è quella propria del Project Management, ovvero WBS (*Work Breakdown Structure*) dove l'effetto è rappresentato dalla *mission* (istituzionale, ma non solo) e gli insiemi delle attività tra loro aggregate con funzioni logiche.

Modulo 3

Il Sistema di Misura

Se lo scopo del modulo (o dei moduli) precedenti è "eseguire/realizzare", diventa imprescindibile, nel percorso di miglioramento, la necessità di "esaminare/controllare" attribuendo un

Sistema di Misura, perché, come disse Galilei: *"Si può migliorare solo ciò che si può misurare"*.

Se apporre gli indicatori di monitoraggio dei processi è sempre un compito arduo e da affinare con l'esperienza, nell'ambito di erogazione dei servizi sanitari, può diventare complesso. Cioè, misurare la qualità delle prestazioni ambulatoriali; misurare il grado di pulizia negli aspetti alberghieri, e molto altro, può significare che, oltre al "come" misurare, l'altro aspetto relativo al monitoraggio è "cosa" misurare, perché l'obiettivo del monitoraggio è quello di migliorare. Non a caso, andrebbe definita, prioritariamente, il contenuto dell'attività di miglioramento. La Metodologia adottata è quella relativa al D.P.C.M. 19 maggio 1995: schema generale di riferimento della *"Carta dei servizi pubblici sanitari, che, dando indicazioni sulla carta dei servizi, come dovrebbe essere composta e cioè con degli indicatori di qualità, analizza compiutamente il Sistema fornendo le indicazioni sul monitoraggio dei vari processi nei servizi sanitari; in sintesi creare un Organigramma degli indicatori, sovrapponibile al Diagramma dei Processi"*. (vedi Modulo 2)

A questo punto, si è costituito il **Dashboard Gestionale**: non solo sono stati mappati tutti i processi, ma, su ognuno di questi, si ha la possibilità di intervenire per migliorare (so cosa fare e so come misurare).

Modulo 4

Il Riesame

Il Punto di Norma forse più importante, eppure in genere sottovalutato, è il Riesame inteso come trait d'union tra Analisi Consuntiva e Analisi Preventiva (ovvero, chiudere il Ciclo di Deming).

Per "Analisi Preventiva" s'intende *"diamoci degli obiettivi"*. In un mondo sempre più contingentato a livello di risorse disponibili, poterle allocare appropriatamente diventa una cosa essenziale. Con la veduta d'insieme della Dashboard Gestionale aumenta l'efficacia della Politica degli Obiettivi scelta.

"Per Analisi Consuntiva" s'intende la valutazione di ciò che è successo. Anche in questo caso, la chiarezza e l'allocatione degli obiettivi ci fornisce la misura del loro raggiungimento (o meno).

Carlo Turci

**Segue sul prox numero: PARTE SECONDA ISO 9001:2015*

L'Opi Roma protagonista di Sanit Forum della salute al Guido Reni District

Venerdì 20 e sabato 21 ottobre 2017, esperti da tutt'Italia e tanti infermieri si sono dati appuntamento al Guido Reni District di Roma per il consueto incontro a Sanit, Forum della salute che, ormai da anni, vede l'Opi di Roma fra i maggiori protagonisti.

Due giornate di studi dense di spunti, dedicate a: "Le associazioni/società scientifiche infermieristiche: un'alleanza per la sicurezza delle cure" (venerdì) e a "Il contributo della formazione infermieristica (base e post-base) per la promozione della cultura della salute" (sabato) che hanno coinvolto un'enorme platea di infermieri e studenti infermieri.

La prima data ha avuto come obiettivo generale quello di approfondire il concetto che le associazioni e le società scientifiche infermieristiche assumono un ruolo sempre più cruciale nella sanità "a misura di persona" e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche. I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermieristica interdisciplinare contribuiscono e contribuiranno sempre più a cambiare verso la virtuosità il sistema salute. In tale ambito, diventa fondamentale comprendere il vento del cambiamento profondo che le associazioni scientifiche propongono e supportano attraverso esperienze di innovazione per una maggiore appropriatezza e sostenibilità del sistema.

Per l'occasione, e con la moderazione della presidente **Pulimeno** e del vice presidente **Casciato**, sono state presentate alcune esperienze di cambiamento che già hanno inciso sull'outcome di salute del cittadino.

Scopo della seconda giornata di formazione, invece, è stato quello di presentare alcune esperienze di ricerca condotte all'interno dei corsi di Laurea, Laurea Magistrale e Dottorato di Ricerca delle Scienze Infermieristiche delle università del Lazio. Tali ricerche concorrono, a vari livelli, alla produzione di evidenze scientifiche applicabili nell'ambito della pratica quotidiana nei diversi setting di assistenza migliorando l'outcome per il cittadino e per i professionisti stessi.

Un evento dedicato soprattutto agli studenti (infermieri, infermieri pediatrici, triennale in Infermieristica e triennale in Infermieristica pediatrica; di laurea magistrale in Scienze infermieristiche o in dottorati di ricerca) che hanno presentato alcuni lavori di particolare rilevanza e interesse che già possono - o potranno - incidere, in maniera significativa, sul cambiamento del sistema sanitario nell'ottica dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali infermieristici erogati.



ROMA

**Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche**

"Entro il 31 dicembre Lazio fuori dal Commissariamento"

La Sanità della Regione Lazio uscirà dal commissariamento dal 31 dicembre del 2018.

Lo hanno annunciato, a conclusione dei rispettivi mandati, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti.

Dopo dieci anni si tornerà, quindi, a una gestione ordinaria, con scelte condivise su programmazione, investimenti e personale. Proprio in merito allo sblocco delle assunzioni, il presidente Zingaretti ha annunciato l'avvio di una procedura per l'assunzione di oltre 3.500 tra medici, infermieri e personale amministrativo. "Si apre una nuova era che deve mantenere il rigore, ma in particolare avrà investimenti su due punti: lo sviluppo di un piano straordinario di assunzioni, nel 2016 erano state assunte 68 persone, lo sblocco porterà all'assunzione di 3500 persone. E poi, grazie a un lavoro comune, questa sanità potrà contare su investimenti già decisi di 720 milioni euro tra infrastrutture e l'acquisto di nuovi materiali", ha dichiarato il governatore.

La nuova era della sanità del Lazio, secondo Zingaretti, comincerà da un'inversione di tendenza sulle liste di attesa. "C'è già una riduzione dei tempi intorno al 15%, ma non siamo soddisfatti e continueremo a seguire questo aspetto. Si tratta di un altro obiettivo raggiungibile", ha affermato in conferenza stampa a Palazzo Chigi, al termine di uno degli ultimi Consigli dei Ministri dell'era Gentiloni.

Il piano di rientro per il debito della Regione Lazio fu siglato dieci



anni fa, il 28 febbraio 2007, dall'ex presidente della Regione, Piero Marrazzo (Centrosinistra) e dagli allora ministri della Salute e dell'Economia, rispettivamente, Livia Turco e Tommaso Padoa Schioppa.

Il 4 luglio 2008, l'allora presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, diede il via libera al commissariamento.

Nel 2007, infatti, le casse della Regione erano in profondo rosso, con una voragine nei conti che ammontava a due miliardi. Per inciso, solo il baratro creato nel Lazio corrispondeva ad un terzo del totale del disavanzo sanitario nazionale.

Iniziò quindi un periodo di austerità, seguito da vicino e posto sotto la lente d'ingrandimento del Governo. A piccoli gradi si arrivò a ridurre il disavanzo.

Nel 2013, anno in cui arriva come governatore Nicola Zingaretti, il bilancio regionale parlava di 670 milioni preceduti dal segno negativo, che continuarono a ridursi nei due anni successivi (rispettivamente a 355 e 333).

Nel 2016, il risanamento delle casse regionali fece un balzo e approdò ad un deficit di 136 milioni, cifra che si dimezzò nel 2017 (58) e che si stima, in questo 2018, possa finalmente essere preceduta dal segno positivo con 18 milioni di attivo.

Un successo che, nel triennio 2013-2016, passa per tagli di spese di gestione interna per 82 milioni e di 55 per quella esterna; oltre che per il pagamento di tre miliardi di debiti contratti con i fornitori.



Speciale del Tg2 sulla professione

Il 20 febbraio scorso, nel contenitore del Tg2 "Lavori in corso", ospiti di Marzia Roncacci: la presidente Opi di Roma, Ausilia Pulimeno (in qualità di vice presidente nazionale), il consigliere Francesco Scerbo e Silvia Marchei, coordinatrice dell'unità di Terapia Intensiva dell'ospedale San Filippo Neri di Roma.

Un momento di confronto per parlare della professione infermieristica: "Una tra le più vicine alle persone; il punto di contatto fra il territorio e il malato", ha sottolineato la giornalista in studio. In collegamento da Torino, Paola Obbia, presidente dell'associazione Infermieri di famiglia.

Nel programma si è affrontato immediatamente l'atavico problema della carenza di infermieri nelle strutture sanitarie pubbliche e del blocco dei turnover. "Una professione preziosa che però è allo stremo", ha spiegato nel servizio dall'ospedale Sant'Andrea di Roma, Cristiana Giacani, infermiera Case manager; "Un lavoro faticoso e usurante che necessita di maggiore attenzione da parte di tutti", le ha fatto eco Gianna Orlacchi, coordinatrice infermieristica. Nonché mal retribuito, con Francesco

lavarone, infermiere di Terapia intensiva. "La popolazione sta invecchiando e le patologie cronico-degenerative sono in aumento. L'assistenza sarà sempre più puntata sul ruolo centrale dell'infermiere - ha spiegato Carmen Cappitella, dirigente Professione sanitaria - e la preparazione universitaria dei nostri professionisti è tra le migliori al mondo. Non è un caso, infatti, che siano molto richiesti all'estero".

E di contratti e indennità economica ha parlato anche la presidente Pulimeno: "L'infermiere è vicino ad una persona che soffre, se ne prende cura, si assume i rischi di tante situazioni, spesso caricandosi di turni doppi: per quanto dispiaccia parlare di denaro, è necessario sottolineare che, in Italia, il corrispettivo economico del lavoro svolto resta inadeguato".

Inizialmente figlia del blocco del turnover, ma poi scelta consapevole è quella del consigliere Scerbo, dedito alla libera professione: "Sono innamorato di quello che faccio. Questa è la mia strada; una strada che mi porta nelle case delle gente; che mi mette a contatto con tante realtà, spesso tristi e difficili; che mi aiuta a comprendere sempre di più il nostro ruolo come famiglia professionale. Dati alla mano, possiamo parlare di un vero e proprio vuoto assistenziale in Italia, un vuoto nella qualità dell'assistenza diretta. E il rischio che i nostri colleghi più giovani portino altrove e per sempre le loro competenze".

"Di fatto, tutti ci riconoscono il miglior Sistema Sanitario al mondo, ma, purtroppo, nella pratica, nell'organizzazione del Sistema

stesso, non funziona così bene - ha tenuto a precisare Pulimeno -. Oggi, un cittadino deve pagare di tasca propria cure specialistiche che dovrebbero essere garantite. E, spesso, non ce la fa. Dobbiamo rilanciare ovunque, da Nord a Sud, la figura dell'infermiere di famiglia che potrebbe rivelarsi un vero toccasana per il Paese".



Nasce "Opi Roma Giovani" per parlare di futuro

È con molto orgoglio ed entusiasmo che informiamo tutti i colleghi Iscritti all'Ordine degli Infermieri di Roma della nascita di "OPI Roma Giovani" che viene fuori dall'esigenza di avvicinare e facilitare i colleghi più giovani verso il mondo professionale.

Nasce per creare "senso di appartenenza" per accorciare le distanze e portare richieste, le esperienze vissute e i problemi dei più giovani. Giovani figli della protesta, sì, ma anche della proposta. Un nuovo momento di incontro che sia vicino e, a supporto, di quanti convinti delle esigenze delle nuove generazioni. Un modo per "fare cerchio", "creare una famiglia professionale" che ne ha sempre più bisogno, provando a dire "basta" alla solitudine dei singoli e credendo che, tutti, possiamo fare la differenza.

All'interno di "OPI Roma Giovani" abbiamo immaginato tanti momenti di incontro volti a discutere sulle tematiche vicine alle esigenze dei colleghi più giovani. Ma lo abbiamo anche immaginato con l'intento di favorire la formazione e l'impegno dei gio-



vani infermieri per: promuovere la diffusione della cultura e della ricerca infermieristica; sviluppare sia all'interno di OPI Roma sia verso il mondo esterno ogni opportunità di dibattito e di confronto costruttivo; promuovere progetti interregionali di supporto ai giovani

infermieri che favoriscano il dialogo con gli Ordini professionali e con le Istituzioni; sostenere l'affermazione dei principi della libertà di scelta del cittadino utente e promuovere iniziative di orientamento anche di tipo occupazionale.

In OPI Roma Giovani vogliamo intercettare conoscenze ed entusiasmi dei colleghi più giovani e "sul nascere", affinché questo possa diventare il carburante per il futuro percorso.

Il futuro passa anche da questo, dalla speranza che deve riaffiorare e dalle tante capacità che i giovani infermieri hanno acquisito e che sanno erogare.

Nei prossimi giorni, sul nostro sito istituzionale troverete le indicazioni per aderire e contribuire a questo percorso; per il bene della nostra professione. Perché il suo futuro lo costruiamo assieme.

Velocità di inoculazione dell'eparina sottocutanea per la prevenzione dell'ecchimosi e del dolore nel sito di iniezione

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

Summary della revisione di Mohammady M, Janani L, Akbari Sari A, "Slow versus fast subcutaneous heparin injections for prevention of bruising and site pain intensity". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11. Art. No.: CD008077. DOI: 10.1002/14651858.CD008077.pub5.

INTRODUZIONE

L'eparina è un farmaco anticoagulante che viene utilizzato per la prevenzione e il trattamento dei disturbi tromboembolici. Sul mercato sono disponibili diverse forme di eparina: non frazionata (Ufh), per esempio, somministrata sia per via sottocutanea che per via endovenosa, e quella a basso peso molecolare (Lmwh) che può essere somministrata esclusivamente per via sottocutanea.

La somministrazione prevede che l'eparina venga iniettata nel tessuto sottocutaneo, in quanto presenta una ridotta vascolarizzazione che garantisce un assorbimento lento e continuo del farmaco. I siti di iniezione più adatti sono la regione paraombelicale dell'addome, la parte alta del braccio e delle cosce.

La tecnica di somministrazione scelta dall'operatore sanitario (spesso individuato nella figura dell'infermiere) può causare esiti avversi come ecchimosi, ematoma superficiale e dolore al sito di iniezione. L'incidenza di ematoma nel sito di iniezione è pari al 69% se vengono utilizzate siringhe da 3 ml, mentre si innalza al 79% se se ne utilizza una da 1 ml.

Una somministrazione lenta dell'eparina può consentire al tessuto sottocutaneo di accogliere il volume iniettato riducendo la pressione sulle pareti e il sanguinamento capillare.



Per questo, si può ipotizzare che una somministrazione lenta di eparina, rispetto ad una veloce, potrebbe ridurre significativamente il dolore, l'insorgenza di ematomi e di ecchimosi nel sito di iniezione. Molti sono i pazienti a cui viene somministrata eparina per via sottocutanea per tempi prolungati, con il rischio di ecchimosi estese e dolore nel sito d'iniezione, e molti sono gli studi effettuati che hanno esplorato questo problema riportando risultati variabili senza una conclusione definitiva e chiara sull'esatta velocità di iniezione dell'eparina per evitare l'insorgenza di eventi avversi.

Per dare una risposta al problema, i revisori del gruppo *Cochrane Vascular Information Specialist* (Cis) hanno effettuato una revisione sistematica della letteratura.

OBIETTIVI

Gli autori della revisione Cochrane hanno voluto valutare gli effetti della veloci-

tà di somministrazione dell'eparina sottocutanea sul dolore, sull'insorgenza di ematomi e ecchimosi nel sito di iniezione in persone ospedalizzate o ambulatoriali che richiedono un trattamento con eparina non frazionata (Ufh) o eparina a basso peso molecolare (Lmwh).

Metodi di ricerca per identificare gli studi

I revisori della Cochrane hanno aggiornato una revisione pubblicata nel 2014 consultando le seguenti banche dati e ricercando articoli pubblicati fino al 2016: registro specializzato di ambito vascolare della Cochrane (20 marzo 2017) gestito dal Cis e costituito da ricerche elettroniche settimanali su Medline, Ovid, Embase Ovid, Cinahl, Amed e attraverso la ricerca a mano di riviste pertinenti, Registro Cochrane Central sugli studi controllati (Central; 2017, numero 2), registri degli studi in corso e inediti quali ClinicalTrials.gov (www.clinicaltrials.gov) e registro delle prove cliniche internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (www.who.int/trialsearch), Registro Isrctn (www.isrctn.com/), Google Scholar e due database persiani Iranmedex e Database di informazioni scientifiche (Sid). Inoltre, i revisori hanno effettuato un'analisi delle bibliografie di riferimento degli studi inclusi e contattato gli autori di stu-

di rilevanti o di studi in corso per identificare ed includere altri studi o per richiedere eventuali risultati disponibili. Non sono stati imposti limiti relativi alla lingua o altre limitazioni.

CRITERI DI INCLUSIONE DEGLI STUDI

Tipi di studi

Sono stati inclusi gli studi clinici randomizzati controllati (Rct) e esclusi gli studi clinici controllati (Cct), studi controllati quasi-randomizzati (Qrct) e studi quasi sperimentali.

Tipi di partecipanti

In ambulatorio e trattati con iniezioni sottocutanee di eparina non frazionata (Ufh) o eparina a basso peso molecolare (Lmwh).

Sono stati esclusi tutti gli studi i cui partecipanti coinvolti erano trattati con altri farmaci anticoagulanti.

Tipi di interventi

Outcome

Gli outcomeoutcome

RISULTATI

Caratteristiche degli studi

Gli autori della revisione hanno reperito 4006 studi.

Di questi, 11 sono stati considerati eleggibili e solo 4 sono stati inclusi nella revisione, per un totale di 459 partecipanti. Tre dei 4 studi (Palese et al., 2013; Sendir et al., 2015; Zaybak et al., 2008; Zhao et al., 2016) sono stati pubblicati successivamente alla precedente revisione effettuata nel 2014.

Gli studi sono stati condotti in Italia (Palese et al., 2013), in Turchia (Sendir et al., 2015; Zaybak et al., 2008) e in Cina (Zhao et al., 2016).

Tre studi sono stati pubblicati in inglese (Palese et al., 2013; Sendir et al., 2015 e Zaybak et al., 2008) e uno in cinese (Zhao et al., 2016).

Tre studi avevano un piccolo campione compreso tra 19 e 100 partecipanti, mentre il campione più numeroso ha coinvolto 300 partecipanti (Palese et al., 2013). Nello studio di Palese et al. (2013) e Sendir et al., (2015), il campione ha interessato maggiormente il genere femminile, in quello di Zhao et al. (2016) il genere maschile, mentre quello di Zaybak et al.

(2008) ha incluso un numero uguale di maschi e femmine.

Tutti gli studi hanno incluso partecipanti che avevano ricevuto iniezioni sottocutanee di eparina non frazionata (Ufh). In tutti, i partecipanti hanno effettuato iniezioni sottocutanee sull'addome. Solo nello studio di Palese et al. (2013) è stato riportato il volume del farmaco iniettato pari a 0,4 ml.

Gli studi inclusi hanno arruolato partecipanti ospedalizzati nelle unità di operative di Ortopedia (Palese et al., 2013; Sendir et al., 2015), Cardiologia (Zhao et al., 2016); e di Neurologia, ortopedia e cardiologia (Zaybak et al., 2008).

Nello studio di Sendir et al. (2015), i partecipanti sono stati randomizzati e inclusi in tre gruppi:

gruppo A (iniezione con durata di 10 secondi);

gruppo B (iniezione con durata di 30 secondi e 5 minuti di applicazione di freddo secco locale);

gruppo C (durata dell'iniezione di 30 secondi).

Zhao et al. (2016) hanno diviso i partecipanti in sei gruppi: in quattro gruppi sono stati analizzati gli effetti di diverse durate di iniezione e pressione sul sito di iniezione.

Per la revisione, è stato preso in considerazione l'intervento nel gruppo che ha iniettato eparina per 30 secondi senza effettuare nessuna pressione e come gruppo di controllo quello che ha iniettato eparina per 10 secondi senza effettuare, successivamente, nessuna pressione.

Gli studi di Palese et al. (2013) e Zaybak et al. (2008) hanno utilizzato un disegno auto-controllato in cui ogni partecipante ha ricevuto l'iniezione lenta su un lato dell'addome (intervento) e l'iniezione rapida sull'altro lato dell'addome (controllo).

Evidenza

I risultati di questa revisione derivano da un'evidenza di bassa qualità e mostrano che l'iniezione lenta può ridurre l'intensità del dolore a 48 ore rispetto all'iniezione veloce, ma questa riduzione non può essere rilevata immediatamente, o dopo 60 o 72 ore dall'iniezione.

Inoltre, la tecnica di iniezione lenta non ha avuto un chiaro effetto sulle dimen-

sioni dell'ecchimosi rispetto alla tecnica di iniezione rapida e nessuno degli studi inclusi ha misurato l'incidenza dell'ematoma dopo l'iniezione.

Gli studi inclusi presentano numerose limitazioni. Non hanno fornito una descrizione chiara dei diversi protocolli di iniezione (come, ad esempio, calibro dell'ago, dimensioni della siringa, volume di eparina iniettato, tecnica di iniezione utilizzata, esperienza del professionista sanitario, ecc): tutti questi fattori, associati alla velocità di iniezione, possono influenzare l'intensità del dolore e le dimensioni dell'ecchimosi nel sito di iniezione.

Inoltre, la popolazione studiata è limitata, e i partecipanti erano consapevoli di ricevere un'iniezione a somministrazione lenta o veloce. Ulteriori studi ben disegnati, che valutano differenti tecniche di inoculazione e con ulteriori outcome (come lo sviluppo di ematoma), sono necessari per confermare quale tecnica sia più efficace.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

I risultati di questa revisione suggeriscono che l'iniezione lenta sottocutanea di eparina può essere associata ad una minore intensità del dolore dopo 48 ore dall'iniezione rispetto ad una iniezione veloce. Tuttavia, la qualità dell'evidenza da cui derivano tali risultati è ancora bassa, per cui non è ancora possibile raccomandare la tecnica di inoculazione lenta rispetto a quella veloce.

AUTORI:

Lucia Mauro, infermiera AO San Camillo Forlanini, Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI;

Claudia Lorenzetti, coordinatrice infermieristica AO San Camillo Forlanini, Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI; Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, Direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, Direzione professioni sanitarie San Orsola Malpighi, Bologna, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

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

Ottimizzazione della consegna infermieristica attraverso il metodo Sbar

di Eleonora Saraceni

ABSTRACT

Obiettivo della consegna infermieristica è la sicurezza del paziente.

Cosa che può rivelarsi dannosa se le informazioni sono incomplete.

Il *Joint Commission International* (Jci) ha valutato che molti degli eventi-sentinella sono relativi a problemi di comunicazione e, per questo, raccomanda uno strumento standardizzato per la consegna come il metodo: *Situation, Background, Assessment e Recommendation* (Sbar). Diversi studi dimostrano che il metodo SBAR ha aiutato gli infermieri a rafforzarne la comunicazione.

Lo studio eseguito presso il Policlinico Campus Bio-Medico di Roma, durato cinque mesi, ha valutato la consegna infermieristica di 16 infermieri in maniera oggettiva, in termini qualitativi e di tempo attraverso modulo validato denominato "*handoff provider evaluation form*".

Le rilevazioni sono avvenute ad ogni passaggio di consegna, esaminando, di volta in volta, i singoli infermieri smontanti dal turno.

Con l'uso del metodo Sbar, si è vista una riduzione dei minuti impiegati per la consegna: prima di questo, un infermiere impiegava 2,87 minuti a paziente (dopo, 1,09).

Il metodo SBAR ha aiutato gli infermieri a migliorare i contenuti della consegna, la loro capacità di organizzazione mentale, di comunicazione ed un miglioramento nel proprio giudizio clinico e nella competenza.

INTRODUZIONE

La sicurezza nella continuità della cura dei pazienti è l'obiettivo della "consegna infermieristica", ovvero dello scambio di informazioni su un paziente e sulle cure somministrate che avviene tra infermieri. Una prassi consolidata che serve a garantire anche qualità e continuità assistenziale. La consegna infermieristica può rivelarsi inefficace - o addirittura dannosa - se le informazioni sono incomplete, o omesse. Il processo della consegna durante il cambio turno va analizzato anche rispetto ai seguenti elementi: motivazione, capacità di raccogliere informazioni, immagazzinamento, valutazione ed utilizzo delle stesse e, per ultimo ma non meno importante, le conoscenze professionali delle persone che le trasmettono e le ricevono.

Le caratteristiche dei singoli infermieri, con le loro conoscenze, esperienze ed attitudini possono influenzare in modo positivo o negativo la consegna infermieristica.

La qualità di consegna viene influenzata negativamente da diversi fattori quali: la mancanza di standardizzazione dello strumento di consegna; presenza di informazioni omesse o inappropriate, irrilevanti e ripetitive; interruzioni o distrazioni.

Il passaggio di consegna agli infermieri non è inserito, formalmente, all'interno dei curricula per la formazione in ambito universitario, pur riconoscendolo come un problema formativo importante (Gordon 2013). Esso fa parte più delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi

esperti (prima, come studenti e poi come neo inseriti), diventando uno strumento didattico per comunicare i dati dell'assistenza infermieristica.

Il Jci, già dal 2006, ha valutato che più del 65% degli eventi-sentinella erano relativi a problemi di comunicazione: ciò ha fatto sì che il Jci considerasse il passaggio delle consegne un aspetto cruciale per la sicurezza del paziente, facendolo diventare un nuovo standard per le strutture accreditate.

Parole-chiave: *Deliver; Delivery; Consign; Handoff; Handover; Nurse Shift Report; Signout; Clinical round; Award round; Sbar.*

MATERIALI E METODI

Lo studio è nato dalla necessità di poter riorganizzare la consegna infermieristica all'interno del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma, in modo da ottimizzarne il tempo e migliorarne la qualità secondo lo standard Jci.

Dati diversi strumenti di consegna standardizzati, per questo lavoro, si è scelto di utilizzare il metodo Sbar: un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche che richiedono un'immediata attenzione e decisione.

Lo Sbar fornisce una sorta di *checklist* per presentare in modo chiaro, completo, breve e tempestivo, dati importanti riferiti alla situazione attuale e pregressa del paziente, rispettando sempre una

certa sequenza e mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire.

Per comprenderlo nelle sue parti, analizziamo nello specifico le quattro parole:

- **Situation** (situazione): identificazione del paziente, rapido inquadramento della situazione.
- **Background** (contesto): diagnosi, anamnesi significativa, allergie, dati clinici più rilevanti.
- **Assessment** (valutazione): segni vitali, valutazione clinica.
- **Recommendation** (raccomandazione/riciesta): ciò che deve essere fatto o che si richiede di fare.

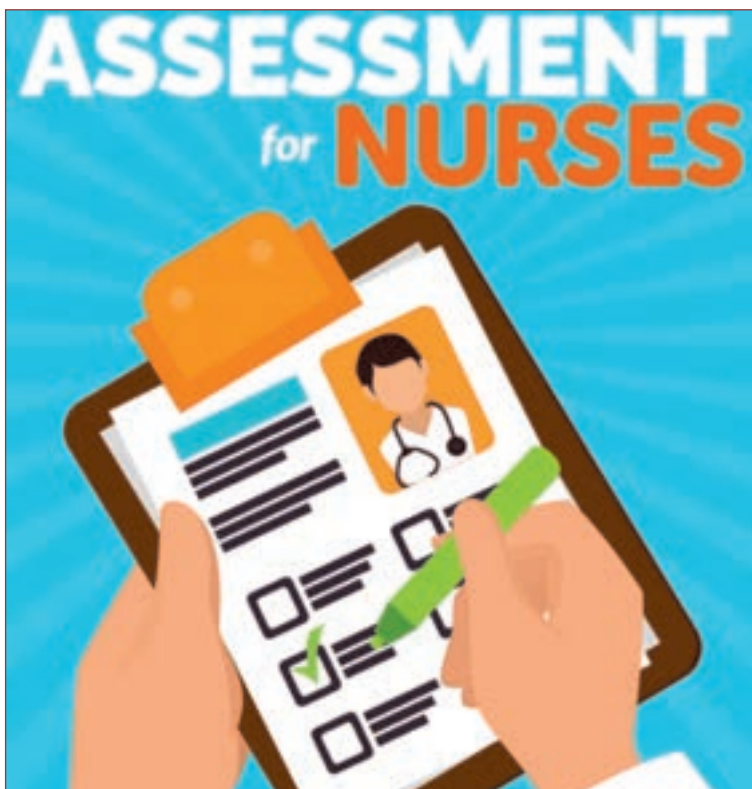
Un approccio che nasce in ambito militare, dove

era forte la necessità, da parte degli ufficiali e del personale militare, di comunicare tempestivamente, e senza errori interpretativi, le informazioni.

La caratteristica di questo metodo, oltre alla sua versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace, garantendo la sicurezza del paziente.

Il metodo Sbar aiuta a semplificare lo scambio di informazioni, a promuovere la sicurezza del paziente ed a migliorare la comunicazione attraverso l'uso di tecniche di comunicazione strutturate. Esso **favorisce lo sviluppo di schemi mentali e velocizza il passaggio di informazioni tra gli operatori, migliora la qualità delle informazioni scambiate, riduce l'impatto emotivo della comunicazione** senza compromettere la sicurezza del paziente.

Diversi studi hanno dimostrato che l'utilizzo dello Sbar ha aiutato gli infermieri ad organizzare mentalmente il proprio ragionamento clinico, rendendoli maggiormente sicuri durante le consegne. Inoltre, l'attuazione di questo metodo rafforza la comunicazione e la capacità di *problem solving*, aumentando la sicu-



(Tabella 1) analizza, in maniera oggettiva e nel complesso, la consegna infermieristica, in base a punteggi da 1, "non soddisfacente" ad un massimo di 3, "superiore". Consente di valutare sette aree specifiche, quali: *setting*, organizzazione/efficienza, abilità comunicative, contenuti, giudizio clinico, qualità umane e professionali, competenza generale. Nello specifico: il *setting* valuta quanto l'ambiente esterno influenzi la consegna attraverso interruzioni, rumori o caos. L'organizzazione o efficienza quanto le consegne di ogni infermiere siano organizzate, concise e sche-

matizzate. L'abilità comunicativa dell'operatore valutando se utilizza un linguaggio corretto, suscita domande e ottiene conferme di comprensione. I contenuti, attraverso un focus, per stabilire se le informazioni date siano essenziali per descrivere i problemi attivi del paziente, senza omissioni e dati irrilevanti. Nel quinto ambito si valuta il giudizio clinico e la capacità di fornire direzioni preventive, di intervento e identificazione del malato. Le qualità umane e professionali determinano quanto il linguaggio utilizzato sia appropriato e se vi è fretta o distrazione durante la consegna. L'ultima area definisce la competenza generale nel dare consegne: il suo risultato si ottiene facendo una media di tutti i punteggi.

- Una **fase di formazione** del personale sulla metodologia Sbar della durata di un mese. Il personale in esame, attraverso lezioni frontali, ha appreso il corretto utilizzo del metodo.
- Una **fase di attuazione**, di due mesi, nella quale si è valutato l'andamento delle consegne con il nuovo metodo applicato utilizzando gli stessi strumenti della prima fase.

rezza del personale, e diminuendo anche gli effetti negativi della "gerarchia professionale".

Avere un metodo standardizzato di consegna, fa sì che il personale neo-assunto non si senta giudicato per il contenuto della consegna, non abbia timore di dimenticare informazioni rilevanti e di conseguenza non avere soggezione di comunicare con infermieri più esperti. Ciò permette di migliorare non solo l'abilità comunicativa, incentrando la consegna sui problemi attivi del paziente, ma anche di individuare delle criticità che egli manifesta durante l'arco dell'assistenza e quindi incentivando un miglioramento generale dell'assistenza infermieristica, con una maggiore attenzione verso il malato.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, è stato elaborato un progetto della durata complessiva di cinque mesi, così suddivisi:

- Una **fase di osservazione** durata due mesi, in cui si è studiato il tempo e la qualità della consegna infermieristica nei cambi turno, attraverso un modulo validato denominato "*handoff provider evaluation form*". Il modulo utilizzato

1 Setting				
Interruzioni, rumori, caos	1	2	3	Silenzio, assenza di interruzioni
2 Organizzazione/efficienza				
Disorganizzate, sconnesse	1	2	3	Concise, schematizzate
3 Abilità comunicative				
Non faccia a faccia, Comprensione non confermata, No tempo per domande, Responsabilità per attività poco chiare, Linguaggio vago	1	2	3	Faccia a faccia, conferme di comprensione, Suscita domande, assegna Responsabilità per i compiti, Linguaggio concreto, schematizzate
4 Contenuti				
Informazioni omesse o irrilevanti, omissioni di condizioni cliniche	1	2	3	Include informazioni essenziali che descrivono condizioni cliniche
Focus sui contenuti: 0=non necessario, 1=non detto, 2=detto				
4.1 Alterazioni PV		0	1	2
4.2 Alterazioni valori glicemici		0	1	2
4.3 Infusioni		0	1	2
4.4 Procedure		0	1	2
4.5 Medicazioni		0	1	2
4.6 Dieta		0	1	2
4.7 Mobilitazione		0	1	2
4.8 Alterazione analisi di laboratorio		0	1	2
4.9 Variazioni terapia		0	1	2
4.10 Stato mentale/coscienza		0	1	2
5 Giudizio clinico				
Mancato riconoscimento del paziente malato, mancanza di direzioni preventive	1	2	3	Identificazione del paziente malato, fornite direzioni preventive e relativi interventi
6 Qualità umane e professionali				
Fretta, distrazione. Commenti inappropriati tra famiglia, pazienti e staff	1	2	3	Concentrazione. Commenti appropriati
7 Competenza generale nel dare consegne				
	1	2	3	

Tabella 1. Handoff provider evaluation form
(giudizi: 1, "non soddisfacente", 2, "soddisfacente" e 3 "superiore")

Gli infermieri inclusi nello studio (tutti anonimi) sono 16, di cui due neoassunti, ovvero presenti in reparto da meno di un anno; quattro senior, con un'esperienza professionale maggiore di sette anni e dieci junior (esperienza compresa tra uno e sette anni). Nella scelta periodo stabi-

lito per il progetto si è tenuto conto di eventuali giorni di assenza del personale per via di ferie o aspettative. Le valutazioni delle consegne sono state eseguite per tutti i cambi turno previsti nelle 24h di servizio erogato, ovvero nei turni di mattina, pomeriggio e notte.

RISULTATI

Attraverso gli strumenti a disposizione e al termine di tutte le fasi, si è analizzato: il tempo, la qualità della consegna infermieristica e le ore di straordinario del personale.

Il grafico mostra la media del tempo che l'infermiere esaminato ha impiegato per trasmettere le informazioni di un singolo paziente al collega montante il turno. (Grafico 1)

Per ottenere questo risultato sono state analizzate tutte le rilevazioni del tempo e del numero dei pazienti in carico, sia nella fase di osservazione sia in quella di attuazione, per ogni singolo infermiere. Dal grafico, possiamo notare una netta riduzione complessiva dei minuti impiegati per la consegna; maggiormente visibile nei dati dell'infermiere n. 10 che impiegava, prima dell'utilizzo del metodo Sbar, 2,87 minuti a paziente mentre dopo ne adoperava 1,09. Così come l'infermiere n. 6 passa da un tempo di 1,85 minuti a 1,06. Questa riduzione è stata raggiunta anche nel personale neoassunto, che hanno, rispettivamente, ridotto il loro tempo da 1,37 a 1,04 per l'infermiere n. 2 e da 1,68 a 1,31 per l'infermiere n. 12.

I dati raccolti ed elaborati tramite il modulo "Handoff provider evaluation form" hanno sottolineato un miglioramento complessivo nella qualità della consegna infermieristica. (Grafico 2)

Nello specifico, il metodo Sbar ha aiutato gli infermieri in esame a migliorare non solo i contenuti della consegna, ma anche la loro capacità di organizzazione mentale e di comunicazione.

Ne consegue un miglioramento nel proprio giudizio clinico e nella competenza.

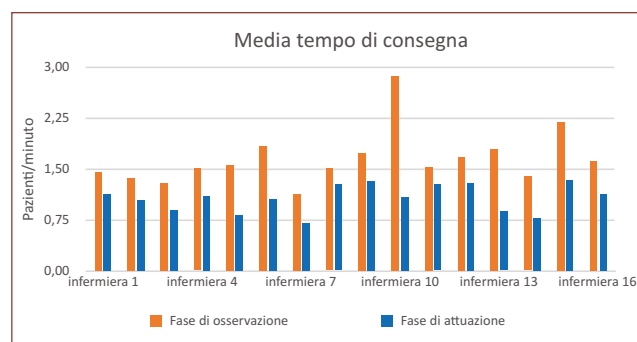


Grafico 1. Media del tempo di consegna per singolo paziente

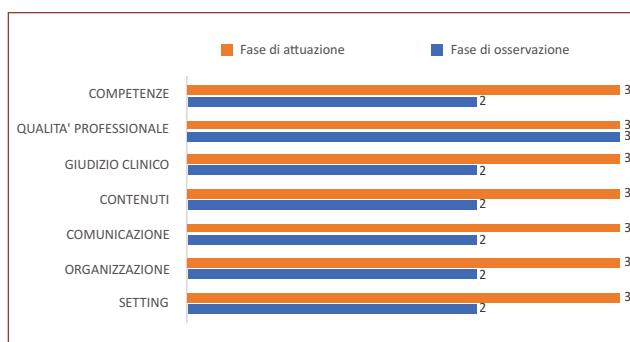


Grafico 2. Risultati complessivi "Handoff provider evaluation form"

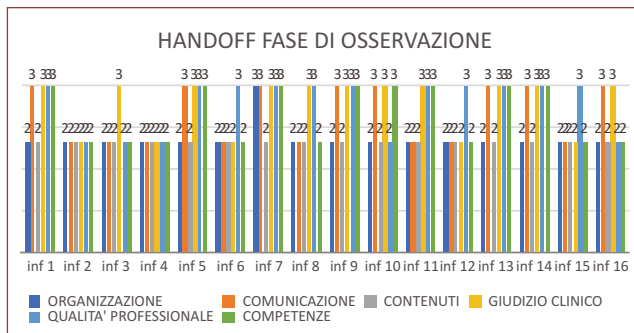


Grafico 3. Risultati "Handoff provider evaluation form" nella fase di osservazione

Nei grafici successivi (3 e 4) sono riportati i risultati delle singole aree del modulo per ciascun infermiere.

Per tutti gli esaminati, gli aspetti più difficili da migliorare sono stati i contenuti e l'organizzazione. Questa difficoltà non è correlata all'esperienza professionale, in quanto si è notata non solo negli infermieri neoassunti, ma anche in quelli senior e junior. Sei esaminati non hanno mostrato un miglioramento in tutte le aree valutate. Ciò non è riferibile ad una resistenza all'utilizzo del metodo (viste le modificate positive nel loro tempo e in alcuni aspetti della consegna), ma ad un apprendimento più lento, non visibile in un tempo così ristretto.

La tesi viene avvalorata anche dal personale neoassunto (infermiere n. 2 e n. 12), che, confrontando i risultati, mostrano una diversa capacità di apprendimento e di adeguamento al cambiamento.

Avendo constatato la riduzione del tempo di consegna degli infermieri osservati, ho voluto valutare se influisse positivamente anche sulla riduzione del lavoro straordinario, in quanto ne eseguivano circa mezz'ora quotidianamente. (Grafico 5)

Nel complesso, solo il 44% degli infermieri non ha ridotto le proprie ore extra lavorative, a differenza del restante 56%. Questa lieve diminuzione delle ore di straordinario può essere giustificata da due motivazioni: la difficoltà, da parte di alcuni infermieri, nella corretta applicazione del metodo Sbar (se la finestra di tempo in esame per la fase di attuazione fosse maggiore, sarebbe sicuramente possibile riscontrare una riduzione dello straordinario da parte di tutti gli operatori) e, conseguenzialmente, il modello as-

sistenziale del reparto in esame che prevede la presenza, durante la consegna di cambio turno, di tutti gli infermieri entranti e, a rotazione, di quelli smontanti.

Entrambe le motivazioni, nell'insieme, comportano un aumento di ore di straordinario anche negli esaminati che hanno ridotto il loro tempo tramite il metodo.

D'altronde, possiamo dire che non tutto lo straordinario è riferibile alla sola consegna infermieristica, ma anche ad esigenze prettamente assistenziali come, ad esempio, la gestione di un'emergenza verificatasi nel cambio turno.

CONCLUSIONI

Ridisegnare i processi di consegna infermieristica per soddisfare gli standard Jci non è semplice.

In questo studio, seppur breve, si è potuto constatare che l'utilizzo dello Sbar per migliorare la consegna infermieristica è di facile apprendimento, sia per il personale neoassunto che non.

La standardizzazione della consegna favorisce la formazione di un modello mentale condiviso, semplifica lo scambio di informazioni velocizzandone il tempo senza commettere errori.

Ciò comporta un netto miglioramento nella qualità delle informazioni intercorse tra il personale infermieristico e, soprattutto, una forte riduzione del tempo di consegna, permettendo al personale un

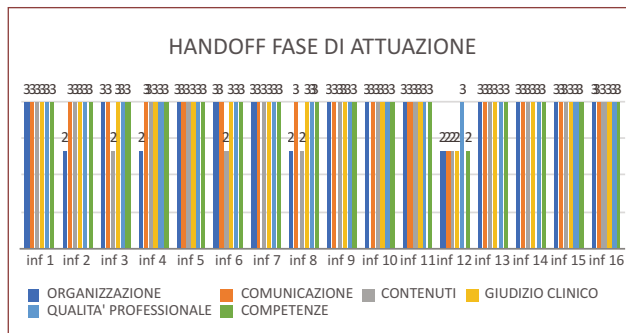


Grafico 4. Risultati "Handoff provider evaluation form" nella fase di attuazione

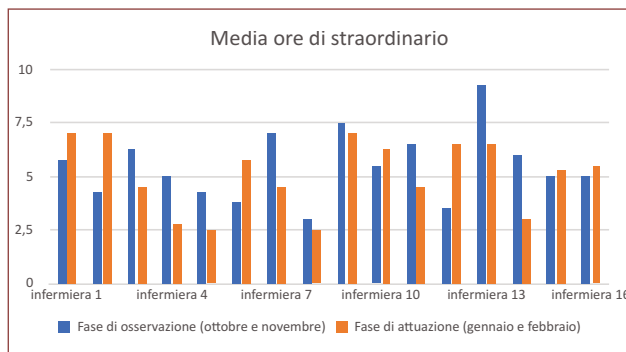


Grafico 5. Media delle ore di straordinario

maggior rispetto dei piani di lavoro giornalieri.

Il riacquistare tempo previsto per l'esecuzione delle pratiche assistenziali diminuisce lo stress del personale infermieristico che così tende ad evitare l'errore. Il cambiamento dallo stile narrativo ad un metodo standardizzato (come quello Sbar), oltre alla riduzione dei tempi, elimina la presenza di informazioni inutili, irrilevanti o ripetitive, fonte di un passaggio inefficace di consegna.

Diminuiscono gli errori dovuti a dimenticanze e "malpractice".

Un altro miglioramento ottenuto, in parte, con l'utilizzo del metodo Sbar ha riguardato il costo del personale relativo alle ore di straordinario: si è evidenziata una forte riduzione negli infermieri che hanno applicato correttamente il metodo, anche se il tempo a disposizione per l'analisi dei costi è stato insufficiente.

L'aumento del lavoro riduce il tempo e l'energia per le altre attività e ha un effetto negativo sul benessere delle persone: ciò si può applicare anche in ambito sanitario, nel caso degli infermieri professionali. Il lavoro su turni è una modalità di lavoro stressante mentalmente e

fisicamente, che rende ancora più difficile mantenere l'equilibrio vita privata-lavoro.

Per aumentare la performance lavorativa, è importante ridurre l'orario di lavoro che si protrae oltre a quello stabilito e che questo non sia causato da gestioni di emergenze che si verificano durante il

cambio turno. Il **metodo Sbar**, riducendo il tempo dedicato allo scambio delle consegne e consentendo il rispetto del piano di lavoro, **aiuta gli infermieri ad aumentare la soddisfazione lavorativa** rendendoli in grado di combinare il lavoro alla vita privata.

L'auspicio è che questo studio parziale

possa essere utile per un percorso futuro sempre migliore.

AUTORI:

Eleonora Saraceni, infermiera, Policlinico Campus Bio-Medico, Roma,

BIBLIOGRAFIA

- Abraham J, Kannampallil T, Patel V, *A systematic review of the literature on the evaluation of handoff tools: implications for research and practice*. Journal of the American Medical Informatics Association. 2014;21(1):154-162.
- Agosti M, Andersson I, Ejlerstsson G, Janlöv A, *Shift work to balance everyday life - a salutogenic nursing perspective in home help service in Sweden*. BMC Nursing. 2015;14(1):2.
- Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J, *Nursing bedside clinical handover - an integrated review of issues and tools*. Journal of Clinical Nursing. 2014;24(5-6):662-671.
- Arora V, Johnson J, Meltzer D, Humphrey H, *A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs*. Quality and Safety in Health Care. 2008;17(1):11-14.
- Cimete G, Gencalp N, Keskin G, *Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses*. Journal of Nursing Care Quality. 2003;18(2):151-158.
- Cornell P, *Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding*. Medsurg Nursing. 2014;23(5):334-342.
- De Meester K, Verspuys M, Monsieurs K, Van Bogaert P, *SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study*. Resuscitation. 2013;84(9):1192-1196.
- Diamante I, *Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento*. L'Infermiere. 2014;(4):8-13.
- Fiedler F, *Leadership experience and leadership performance*. New York: Wiley; 1987.
- Gephart S, *The Art of Effective Handoffs*. Advances in Neonatal Care. 2012;12(1):37-39.
- Gordon M, *Training on handover of patient care within UK medical schools*. Medical Education Online. 2013;18(1):1-5.
- Halm M, *Nursing Handoffs: Ensuring Safe Passage for Patients*. American Journal of Critical Care. 2013;22(2):158-162.
- Leonard M, *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(suppl_1):85-90.
- Matarese M, Murgese S, Barros C, *Un modello di organizzazione dell'attività infermieristica centrato sul paziente ricoverato: l'esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma*. MEDIC. 2007;15(2):92-97.
- Ming C, Kawang C, *A structured evidence-based literature review regarding the effectiveness of improvement interventions in clinical handover*. Australian Commission of Safety and Quality in Health Care. 2008; Clinical Handover Literature Review.
- Mitchell E, Lee D, Arora S, Kwong K, Liem T, Landry G et al, *SBAR M&M: a feasible, reliable, and valid tool to assess the quality of, surgical morbidity and mortality conference presentations*. The American Journal of Surgery. 2012;203(1):26-31.
- Novak K, Fairchild R, *Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction*. Journal of Pediatric Nursing. 2012;27(6):760-762.
- Ong M, Biomed E M, Coiera E, *A Systematic Review of Failures in Handoff Communication During Intrahospital Transfers*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2011;37(6):274-248.
- Patterson E, Wears R, *Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive*. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2010;36(2):52-61.
- Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström M, *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. BMJ Open. 2014;4(1):e004268.
- Renz S, Boltz M, Wagner L, Capezuti E, Lawrence T, *Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care*. Geriatric Nursing. 2013;34(4):295-301.
- Riesenberg L, Leitzsch J, Little B, *Systematic Review of Handoff Mnemonics Literature*. American Journal of Medical Quality. 2009;24(3):196-204.
- Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H, *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*. Cochrane Database Syst Rev. 2014;24(6).
- Voydanoff P, *Toward a Conceptualization of Perceived Work-Family Fit and Balance: a demands and resources approach*. Journal of Marriage and Family. 2005;67(4):822-836.
- Welsh C, Flanagan M, Ebright P, *Barriers and facilitators to nursing handoffs: recommendations for redesign*. Nursing Outlook. 2010;58(3):148-154.
- Wrae H, James N, *Human factors in clinical shift handover communication. Review of reliability and resilience principles applied to change of shift report*. Canadian Journal of Respiratory Therapy. 2010;46(1).

La donna vittima di violenza sessuale

Una revisione bibliografica

di Ione Moriconi, Valerio Sorge

ABSTRACT

Obiettivo di questo studio è stato l'analisi delle conseguenze della violenza sessuale sulle vittime e la ricerca di una figura professionale infermieristica che affronti la problematica attraverso metodologie differenti.

È stata condotta una ricerca documentale nelle banche dati internazionali di studi scientifici (di interesse infermieristico) per identificare le competenze e responsabilità dell'infermiere per ridurre le problematiche legate alla violenza sessuale.

Per la revisione sono state esaminate tutte le fonti pubblicate negli ultimi cinque anni, selezionando gli articoli dopo valutazione dell'*abstract*.

Gli articoli selezionati sono stati analizzati e classificati in una griglia di ricerca utilizzando il metodo Pico: il "problema" considerato è la violenza sessuale; gli "interventi" sono di prevenzione primaria, integrazione dello *screening* nella presa in carico della paziente, collaborazione con altri operatori sanitari; "*outcome*, esito o risultato": le donne hanno meno complicanze conseguenti alla violenza e maggiori possibilità di guarigione se trattate bene e tempestivamente.

Dall'analisi degli studi considerati, si evidenzia che le conseguenze a cui va incontro la vittima di violenza sessuale sono, fondamentalmente, tre:

1. problemi di salute mentale (depressione, Ptsd, spinta al suicidio etc.);
2. problemi di salute fisica legati ai traumi corporali subiti;

3. problemi di ordine comportamentale. All'interno di un'organizzazione di lavoro, gli infermieri possono frequentare e proporre corsi di formazione continua ai colleghi e ai comitati ospedalieri per assicurarsi che questo fenomeno sia preso nella giusta considerazione.

Non riconoscere o intervenire in modo tempestivo sulle donne che stanno vivendo problemi legati alla violenza sessuale può avere effetti a lungo termine.

In Inghilterra, esiste una nuova figura di infermiere: il Sane (*Sexual assault nurse examiner*), o Infermiere esaminatore dell'aggressione sessuale, che riceve una formazione specifica nel trattamento medico, legale e forense delle vittime di violenza, raccoglie e custodisce le prove forensi e interpreta i loro risultati, tratta le eventuali lesioni e attua la profilassi della gravidanza e delle infezioni sessualmente trasmissibili.

Parole-chiave: *sexual assault, sexual violence, sexual abuse.*

INTRODUZIONE

La violenza sulle donne è un fenomeno con innumerevoli sfaccettature, ognuna delle quali meriterebbe un esame approfondito. E negli ultimi anni, purtroppo, è diventato un argomento di scottante attualità.

Nel testo si analizza la violenza sessuale sulle donne perché, tra le varie tipologie di crimini nei confronti del mondo femminile, è forse quella che tende a colpire di più l'attenzione vista l'efferatezza del

gesto che annienta la vittima sia fisicamente che psicologicamente.

La violenza psicologica: "si attua attraverso l'uso della comunicazione verbale e non verbale con l'intento di ledere psicologicamente ed emotivamente un'altra persona e/o esercitare il controllo su un altro soggetto". È una tipologia di violenza subdola e graduale molto difficile da riconoscere.

Questa forma di violenza potrebbe essere considerata come una tipologia di abuso più perversa e insidiosa perché non ha effetti palesemente visibili o documentabili scientificamente, come accade, invece, per la violenza fisica e rappresenta una delle più potenti e distruttive forme di esercizio del potere e del controllo sull'altro.

Si pensa, erroneamente, che la violenza appartenga solo a realtà caratterizzate da degrado culturale ed economico, ma non è così, perché spesso avviene proprio all'interno di una coppia o tra le mura domestiche, come tra i banchi di scuola.

Spesso, la violenza psicologica non viene neanche riconosciuta come tale, proprio perché è caratterizzata da mille sfumature e gradi, e per questo ne consegue una sua "banalizzazione".

Le azioni psicologicamente aggressive non sono gli atti materiali della violenza e, in alcuni casi, non possono essere percepite come aggressione perché hanno una natura nascosta, che ha effetti manipolatori.

È questo l'ambito che maggiormente fatica a guarire, anche quando le ferite fisiche sembrano scomparire: rimane come

un'ombra, una sorta di spada di Damocle sulla testa della vittima che rimane intrappolata in un senso di precarietà costante, che l'accompagna nel quotidiano. La violenza sessuale, invece, è definita come: *"un atto sessuale che è compiuto, o tentato, da un'altra persona, senza ottenere il consenso della vittima o contro qualcuno che non è in grado di dare il proprio consenso o di rifiutare"*.

La violenza sessuale include: la penetrazione di una vittima forzata o agevolata

dall'assunzione dell'alcol o droga; i casi in cui la vittima costretta o agevolata dall'assunzione dell'alcol o droga è stata stuprata dall'aggressore o da qualcun altro; la penetrazione indesiderata fisicamente non costretta; il contatto sessuale intenzionale o gli atti di natura sessuale senza contatto.

La violenza sessuale si distingue nei seguenti tipi:

- stupro o tentato stupro;
- stupro o tentato stupro facilitato dall'assunzione di alcol/droga;
- atti sessuali forzati compiuti o tentati nei quali la vittima è stata stuprata dall'aggressore o da qualcun altro;
- atti sessuali compiuti o tentati, facilitati dall'assunzione di alcol/droga, nei quali la vittima è stata stuprata dall'aggressore o da qualcun altro;
- stupro fisicamente non-forzato che si verifica quando una persona è costretta verbalmente o tramite l'intimidazione o l'abuso di autorità a dare il proprio consenso;
- contatto sessuale indesiderato;
- esperienze sessuali indesiderate senza contatto.

Per stupro si intende: *"la penetrazione, anche minima, del pene in vagina, nell'ano o nella bocca o anche l'inserimento*



di una mano, di un dito, o di un oggetto nell'orifizio anale o genitale di un'altra persona".

Lo stupro si distingue in:

- stupro con l'uso della forza: include la penetrazione indesiderata della vagina, della cavità orale, o dell'orifizio anale tramite l'uso della forza fisica o le minacce di ledere fisicamente la vittima. Gli esempi riguardano il legare le braccia della vittima, usare il peso del proprio corpo per evitare il movimento e la fuga, usare un'arma o minacciare di usarla, e l'aggreire la vittima;
- stupro facilitato dall'assunzione di alcol/droga, ovvero quando la vittima era incapace di dare il consenso a causa dello stato di ebbrezza (ad es, l'inabilitazione, la mancanza di coscienza o la mancanza di consapevolezza) dovuto all'uso volontario o meno di alcol o droghe.

La vittima si tiene sotto pressione verbalmente o tramite l'intimidazione o l'abuso di autorità, allo scopo di farla acconsentire. Gli esempi includono l'essere usati da qualcuno che, frequentemente, chiedeva di fare sesso o mostrava di essere insoddisfatto; il sentirsi sotto pressione dall'essere ingannati, o dall'aver sentito promesse che non erano vere da qualcuno che fa minacce al fine di avere una

relazione o che diffonde dicerie.

Il contatto intenzionale può essere diretto o indiretto attraverso l'abbigliamento, sui genitali, sull'ano, sull'inguine, sul seno, sulla coscia interna, o sulle natiche, verso qualsiasi persona senza il suo consenso, o di una persona che è incapace di dare il proprio consenso o di rifiutarsi. Il contatto sessuale indesiderato può essere perpetrato nei confronti della vittima facendo in modo che la stessa tocchi l'aggressore anche non intenzionalmente. Un esempio frequente si verifica nei luoghi molto affollati come bus, metro e altri luoghi in cui la vittima ha difficoltà a negarsi al contatto.

Anche in alcuni contesti (scuola o luogo di lavoro) può avvenire il contatto sessuale indesiderato e potrebbe essere inteso come una molestia sessuale in quanto si tratta di violenza sessuale che non riguarda il contatto fisico di natura sessuale tra l'aggressore e la vittima, ma di attenzioni non desiderate che si subiscono da parte di qualcuno che ha l'idea di non poter essere rifiutato o affrontato pubblicamente. Alcune azioni di esperienze sessuali indesiderate si verificano senza che la vittima ne sia a conoscenza (ad esempio, attraverso gli strumenti tecnologici).

Le esperienze sessuali indesiderate sen-

za contatto includono azioni come:

- esposizione indesiderata a situazioni sessuali, pornografia, voyeurismo, esibizionismo;
- molestie verbali o sessuali: fare commenti a sfondo sessuale, diffondere dicerie, inviare foto indesiderate sessualmente esplicite, o creare un ambiente sessualmente ostile, di fronte alla persona o attraverso l'uso della tecnologia;
- fare un filmato indesiderato, prendere o divulgare foto di natura sessuale di un'altra persona.

Questi sono i metodi usati dall'aggressore per obbligare qualcuno a partecipare o a essere esposto ad atti sessuali.

Invece, le tattiche usate per perpetrare la violenza sessuale sono:

- usare o minacciare di usare la forza fisica contro la vittima allo scopo di ottenere la condiscendenza della vittima per ricevere un atto sessuale (immobilizzare a terra, aggredire la vittima);
- somministrare alcol o droghe alla vittima allo scopo di ottenere il consenso della vittima per ricevere un atto sessuale (ad esempio, drogare il drink);
- approfittare della vittima che è incapace di acconsentire a causa dello stato di ebbrezza o inabilità derivante dall'assunzione volontaria dell'alcol, "delle droghe da sballo", o dei farmaci;
- sfruttamento della vulnerabilità (ad esempio, status di immigrazione, disabilità, orientamento sessuale non definito, età);
- intimidazione;
- abuso di autorità (ad esempio, usare la propria posizione di potere per obbligare o forzare una persona ad avere un rapporto sessuale);
- coercizione economica, come barattare il sesso per i bisogni primari (casa, lavoro/stipendio, i documenti d'immigrazione) o la cura dei figli;
- il danneggiamento della vittima in quanto tale, insultandola o umiliandola;
- la truffa (mentire o dare falsa dichiarazione dell'identità dell'aggressore);
- violenza verbale continua, come quando la vittima è sfinita da qualcuno che, insistentemente, le chiede di avere un rapporto sessuale (qualcuno che si lamenta del fatto che la vittima non lo ami abbastanza, non glielo dimostri ab-

bastanza);

- minacce non fisiche come quelle alla fine della relazione o diffondere dicerie. La vittima ha la sensazione di vivere in un limbo, di vedere le cose attraverso un velo, non è più pienamente se stessa, vive come in terza persona tutto ciò che le accade, niente sembra più toccarla.

Alla luce di tutto questo, non si può non considerare la violenza sessuale nei confronti della donna come uno dei più importanti tra i vari problemi riguardanti la salute pubblica.

Oggi, è quasi impossibile accendere la tv o leggere notizie sui social (o sui giornali) senza che i mass media parlino di questo fenomeno. Fenomeno che ha un impatto significativo sulla salute psico-fisica della donna.

Da sempre, problema sottostimato e sommerso (a causa dello stigma sociale che le donne vittime di questo fenomeno si trovano spesso ad affrontare), ora, alle donne non è chiesto di doversi giustificare per qualcosa che si è subito.

L'uomo, statisticamente, è l'autore della violenza sessuale, e la maggior parte delle volte commette tale crimine nei confronti della propria partner.

La letteratura criminale è piena di casi in cui la violenza è portata avanti dal partner della vittima, che, nella maggior parte delle realtà affrontate, arriva a denunciare il fatto molto tardi, e spesso contro l'opinione della sua stessa famiglia.

È spesso difficilissimo intravedere l'aspetto del carnefice, dell'orco nelle sembianze di un marito, di un compagno o del padre dei tuoi figli, ma le statistiche, invece, rivelano proprio questo: nella maggioranza dei casi, il colpevole è nella famiglia.

Uno dei motivi che rendono la violenza sulle donne un argomento tanto controverso risulta essere il fatto che l'uomo, il compagno, l'amico, il padre, dovrebbe essere colui che protegge la sua amata e non il colpevole della violenza.

Perché è necessario parlarne? Perché lo si fa ancora poco, o solo quando accadono eventi eclatanti. Parlare della donna vittima di violenza sessuale ci permette di riflettere su tutte le dinamiche e problematiche che ci sono intorno a tali accadimenti, per dare la giusta forma e concretezza al tema. Un tema scomodo

e molto complesso, ma proprio per questo da conoscere, per arrivare, come Stato e come sanità, a trovare una soluzione soddisfacente per prevenire, gestire e alleviare i problemi che ne derivano.

Motivi che hanno spinto a fare una revisione della letteratura su come, e quanto, tale problematica sia stata esaminata ed affrontata in altri Paesi, diversi dall'Italia.

MATERIALI E METODI

Il lavoro di revisione prende in considerazione la letteratura specifica esistente nella banca dati PubMed, in un determinato periodo specifico.

Le informazioni esistenti in letteratura sono state identificate ed analizzate.

In seguito, le parole-chiave fondamentali sono state combinate attraverso gli operatori booleani, con altre parole quali: *health consequences, pregnancy, alcohol abuse, physical mental health outcomes, health outcomes, sexually transmitted infections*.

Alla ricerca bibliografica sono stati imposti i seguenti parametri restrittivi:

- *abstract*;
- tempo: sono stati inclusi articoli con data di pubblicazione dal 2011 al 2016;
- specie: *humans*;
- genere: *female*.

In totale, gli articoli reperiti tramite la banca dati PubMed sono stati 46.

Dopo la lettura dei rispettivi *abstract*, per valutarne l'attinenza con la domanda di ricerca e gli obiettivi, ne sono stati selezionati 20 (gli altri 26 non erano pertinenti al focus in oggetto).

Sono stati recuperati e studiati i *full-text* degli articoli e, si è sinteticamente riportato su una tabella i risultati dei 18 articoli descrivendone:

- anno, rivista, autore/i;
- scopo, metodo/i dello studio;
- risultati e conclusioni.

Due articoli, in quanto non studi, non sono stati inseriti in tabella, prendendoli in considerazione nel lavoro di revisione.

Dei 18 articoli:

- 10 sono studi *cross-sectional*;
- 5 sono studi di coorte;
- 1 studio caso controllo;
- una revisione;
- uno studio longitudinale.

RIVISTA ANNO	AUTORE/I	TITOLO	OBIETTIVO/SCOPO DELLO STUDIO	MATERIALI E METODI	RISULTATI
2016 Journal of Public Health	Domenech del Rio I., Garcia del Valle E.S.	36 Non-partner sexual violence against women in Spain: lifetime prevalence, perpetrators and consequences on mental health.	3 Obiettivi: 1) analizzare la prevalenza delle diverse forme di violenza sessuale non da parte del partner in Spagna e gli aggressori, 2) analizzare le conseguenze della violenza sessuale non da parte del partner sulla salute mentale e 3) stimare la percentuale di stupri riportati alla polizia.	Sono stati utilizzati i dati dell'indagine Spagnola del 2015; campione nazionale rappresentativo di 10171 donne; sono stati applicati i modelli di regressione logistica.	Tutte le categorie della violenza sessuale non da parte del partner erano fortemente associate con i diversi problemi di salute. Lo stupro aumentava più di tre volte la probabilità di riferire ansia, depressione a causa di sentimenti di infelicità e il desiderio di piangere senza ragione.
2015 Int J Sex Health	Jones D., Marks G., Villar-Loubet O. et al	37 Experience of forced sex and subsequent sexual, drug, and mental health outcomes: African American and Hispanic women in the southeastern united states.	Scopo: questo studio di tipo <i>cross-sectional</i> analizza i casi di stupro delle donne Afro-Americane e Ispaniche (N=1509) e le sue associazioni con le conseguenze di salute mentali e comportamentali dopo l'evento.	Metodi: la selezione, lo screening e l'inserimento delle donne nello studio sono stati condotti nel periodo ottobre 2008- settembre 2009. Criteri d'inclusione: età 18-59 anni.	Quando si verificava il primo stupro, le donne avevano maggior probabilità di rapporti sessuali (anal e vaginali) non protetti, di avere più partner intimi, di avere infezioni sessualmente trasmissibili, di bere molto e fare uso di droghe, e di manifestare <i>distress</i> . Conclusioni: lo stupro può avere, anche anni dopo l'accaduto, un'ampia portata di conseguenze sulla salute mentale e comportamentale.
2012 AddictBehav	Lindgren P.K., Neighbors C., Blayney A.J. et al	38 Do drinking motives mediate the association between sexual assault and problem drinking?	Scopo: analizzare la relazione tra aggressione sessuale - problema di alcol.	Campione: 131 donne universitarie. Età media di 18,65 anni (SD=1.50). Il <i>Daily Drinking Questionnaire</i> (Ddq) misura l'assunzione di alcol dopo 6 mesi. <i>Rutgers Alcohol Problems Index</i> (Rapi): misura le conseguenze associate all'alcol dopo sei mesi. L'alpha è di 0.89.	I risultati supportano una relazione positiva e diretta tra l'aggressione sessuale e l'alcolismo. In generale, i risultati sono coerenti con la nozione che le donne che subiscono violenza sessuale vanno incontro a un problema di alcol a causa, in parte, del desiderio di ridurre o gestire il <i>distress</i> .
2014 Eur J Pain	Ulirsch J.C., Ballina L.E., Soward A.C. et al	39 Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: results of a prospective longitudinal study	Background: studi <i>cross sectional</i> hanno mostrato che il dolore muscolo-scheletrico cronico e i sintomi somatici sono riferiti frequentemente dalle vittime di aggressione sessuale (SA).	Metodi: sono state inserite nello studio donne di 18 anni di età e oltre. Il dolore in otto regioni del corpo e 21 sintomi somatici comuni (ad es., mal di testa, nausea, insonnia) erano valutati (su una scala numerica che va da 0 a 10) al momento della presentazione, dopo 1 settimana, dopo 6 settimane e tre mesi dall'intervista.	I sintomi di un dolore clinicamente significativo o di un dolore che tende a peggiorare (Csnwp) erano comuni tra le partecipanti dello studio, 6 settimane dopo l'SA e tre mesi dopo l'SA e generalmente si localizzavano in zone non interessate dal trauma. Le vittime provavano un peggioramento di molti sintomi somatici comuni: 8/21 (38%) e 11/21 (52%) mostravano un significativo peggioramento 6 settimane e tre mesi dopo l'SA.
2014 Ethiop J Health Sci.	Amenu D., Hiko D.	40 Sexual assault: pattern and related complications among cases managed in Jimma University specialized hospital.	Scopo: valutare i motivi della violenza sessuale e le complicanze associate su casi che sono stati trattati al Jimma University Specialized Hospital dal 1 novembre del 2011 al 31 Ottobre del 2012, in Etiopia.	Metodi: studio descrittivo di tipo <i>cross-sectional</i> su 99 casi gestiti al Dipartimento Ginecologico dell'ospedale. I dati sono stati raccolti tramite questionari validati.	Di tutte le vittime di violenza sessuale, 76 (76.8%), 98 (99%), 92 (93%) sono state sottoposte al test di gravidanza, al test HIV, allo screening delle malattie sessualmente trasmissibili. I risultati del test erano positivi al momento della valutazione per la gravidanza, HIV, e alcune STIs in 13 (17.1%), 5 (5.1%), 13 (14.1%) vittime rispettivamente. Tutte le vittime positive all'HIV avevano meno di 15 anni. Per quanto riguarda le lesioni associate all'aggressione sessuale: 80 (80.8%) avevano lesioni genitali delle quali 75 (75.8%) lacerazioni dell'imene, 3 lesioni perineali (3.0%), 1 (1.0%) fistola retrovaginale.
2012 J. Pain	McLean A.S., Soward A.C., Ballina L.E. et al	41 Acute Severe Pain is a Common Consequence of Sexual Assault.		Metodi: erano incluse nello studio le vittime di violenza sessuale di 18 anni e oltre che si sono rivolte all'assistenza sanitaria (valutazione da parte del Sane) entro 48 ore dall'accaduto. Sono state escluse le donne incapaci di dare il consenso informato per motivi vari.	Il dolore di grave intensità (7 su una scala numerica che va da 0 a 10) era riferito da 53/83 donne vittime di violenza sessuale nel momento della valutazione del Sane e da 43/83 donne una settimana dopo. Il dolore localizzato in 4 o più aree del corpo era riferito da 44/83 donne nel momento della valutazione iniziale e da 49/83 donne ad 1 settimana del <i>follow-up</i> .
2013 Journal of Interpersonal Violence	Lindquist C.H., Barrick K., Krebs C. et al	42 The context and consequences of Sexual Assault Among Undergraduate Women at Historically Black Colleges and Universities (HBCUs)	Scopo: valutare il contesto, le azioni post-aggressione della violenza sessuale e le conseguenze tra le donne che frequentano storici Black college o università (HBCUs).	Metodo: studio di tipo <i>cross-sectional</i> di un'indagine condotta sul web che coinvolgeva 3951 donne universitarie. Periodo: da novembre ad aprile 2008. I due problemi di salute mentale analizzati sono la depressione e il PTSD; la depressione è stata misurata con una scala di 10 domande, il PTSD con una versione modificata del Primary Care (PC-PTSD).	I risultati indicano che entrambi i tipi di vittime (ad es., vittime di aggressione sessuale fisicamente forzata e vittime di aggressione sessuale che sono incapaci a reagire) hanno maggiori sintomi di depressione e avevano una maggiore probabilità di essere positive al PTSD confrontate con le donne che non hanno subito violenza sessuale. L'associazione era chiara anche quando è stata controllata con una varietà di fattori, inclusi una precedente aggressione sessuale, il consumo di alcol, la salute fisica, l'età, razza, stato civile, violenza da parte del partner intimo, numero di partner consenzienti, e orientamento sessuale.

RIVISTA ANNO	AUTORE/I	TITOLO	OBIETTIVO/SCOPO DELLO STUDIO	MATERIALI E METODI	RISULTATI
2016 ObstetGynecol	Seyller M., Denis C., Dang C. et al	43 Intimate Partner Sexual Assault Traumatic Injuries, Psychological Symptoms, and Perceived Social Reactions	Scopo: confrontare le conseguenze dell'aggressione sessuale derivante dalla relazione della donna con il suo aggressore dichiarato.	Metodi: da gennaio 2008 a marzo 2011, è stato condotto uno studio di tipo prospettico osservazionale sulle donne di età superiore ai 15 anni. Le donne incluse nello studio erano 767, dopo aver escluso le vittime di sesso maschile.	I sintomi somatici erano riportati da 532 pazienti (69%) e riguardavano principalmente la fatica e il dolore. Sono state riscontrate lesioni traumatiche recenti in 388 vittime (51%). Le lesioni traumatiche extra genitali erano più frequenti nelle aggressioni da parte del partner intimo. Sono stati scoperti sintomi psicologici nell'84% delle pazienti durante la prima valutazione. I sintomi più frequenti includevano ansia (50%), paura (34%), vergogna (25%) e tristezza (22%). Al follow-up, sono stati osservati sintomi psicologici in 271/294 pazienti (92%). I sintomi più frequenti riguardavano disturbi del sonno, sintomi depressivi, auto-colpevolizzazione, paura, ri-esperienza del trauma, vergogna, ansia, disordini alimentari, e isolamento sociale. I punteggi ottenuti nelle scale di valutazione indicavano che la maggior parte delle vittime presentava un Tpsd o un disturbo psichiatrico minore (il 79% e l'89%).
2016 PLOS ONE	Gisladdottir A., Luque-Fernandez M.A., Harlow B.L. et al	44 Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence	Scopo: valutare se le donne esposte alla violenza in età adolescenziale (12-19 anni) o in età adulta si presentavano con diversi problemi ostetrici rispetto alle donne non soggette a precedenti violenze.	Metodi: sono state incluse nello studio le donne che hanno frequentato il Rape Trauma Service (Rts) in Islanda dal 1993 al 2010 e hanno avuto almeno un bambino (in media 5.8 anni dopo), dal 2012 hanno rappresentato il gruppo di coorte degli esposti (n=1068).	Confrontate con le donne non-esposte, le donne esposte si presentavano con un maggior rischio di distress materno durante il travaglio e il parto, la prima fase di travaglio prolungata, sanguinamento ante partum e parto chirurgico d'emergenza. Sono stati notati rischi leggermente più alti per le donne aggredite in età adolescenziale. I dati prospettici suggeriscono che le donne con una storia di violenza sessuale, particolarmente le adolescenti, hanno rischi maggiori di problemi ostetrici avversi.
2014 BMC Public Health	Santaularia J., Johnson M., Hart L. et al	45 Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study	Background: pochi studi hanno valutato le associazioni tra la violenza sessuale e i comportamenti di salute a rischio, le condizioni di salute croniche e le condizioni di salute mentale utilizzando i dati della popolazione del Kansas.	Metodi: le analisi secondarie sono state svolte utilizzando i dati provenienti dal modulo della violenza sessuale (N=4886) del Kansas Behavioral Risk Factor Surveillance System. Il Kansas BRFSS è un'indagine che riguarda gli adulti ricoverati di 18 anni e oltre. Sono stati implementati i modelli di regressione logistica con lo scopo di analizzare l'associazione tra violenza sessuale e comportamenti di salute a rischio.	C'era una prevalenza significativamente più alta dei comportamenti di salute rischiosi (bere molto, bere compulsivamente e fumare), condizioni di salute cronica (disabilità, asma) e condizioni di salute mentale (depressione, ansia e idee suicide) tra le donne che hanno subito violenza sessuale rispetto a quelle che non l'hanno subita, anche dopo l'adattamento dei possibili fattori confondenti.
2015 Egyptian Journal of Forensic Sciences	Mohammed G.F., Hashish R.K.H.	46 Sexual violence against females and its impact on their sexual function	Background: ad oggi non ci sono studi epidemiologici Egiziani accurati che valutino la portata del problema della violenza sessuale femminile e il suo impatto sulla funzione riproduttiva della donna	Metodo: questo studio di tipo cross-sectional ha incluso 150 donne che hanno compilato un questionario. La funzione riproduttiva era valutata dal Female Sexual Function Index (Fsfi).	Su 46 partecipanti sessualmente attive, 33 avevano una disfunzione sessuale. Il confronto dei punteggi dell'Fsfi, nei tre tipi di vittime che hanno subito violenza sessuale, indicavano che il desiderio, l'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo e la soddisfazione sessuale diminuivano significativamente con l'aumentare della gravità della violenza (P value= 0.024, 0.024, 0.018, 0.004 e 0.000, rispettivamente).
2013 JOGNN	Wadsworth P., Records K.	47 A Review of the Health Effects of Sexual Assault on African American Women and Adolescents	Scopo: rivedere i risultati della ricerca sui problemi di salute fisica e mentale e i comportamenti legati alla salute delle donne Afro-Americane e delle adolescenti dopo l'aggressione sessuale.	Selezione dello studio: i criteri di inclusione riguardavano a) i risultati delle ricerche principali condotte negli Stati Uniti e pubblicate in inglese, b) ragazze afro-americane di 13 anni e oltre c) aggressione sessuale e abuso sessuale riferiti in modo distinto da altri tipi di abuso e d) lo stato di salute considerato come una variabile di risultato. Ventuno pubblicazioni avevano i criteri d'inclusione sopracitati.	La violenza sessuale era un fattore di rischio importante per la depressione e il Tpsd. In due studi c'era una relazione significativa tra l'aggressione sessuale e l'ansia. Una storia di violenza sessuale in età adulta o adolescenziale era significativamente associata con idee suicide. L'aggressione sessuale da parte del partner era associata ad un significativo stress. Le conseguenze sulla salute fisica erano: problemi genito urinari, infezioni sessualmente trasmissibili, dolore e gravidanza imprevista. I comportamenti relativi alla salute includevano comportamenti sessuali rischiosi, abuso di sostanze stupefacenti e disordini alimentari.
2015 Journal of Interpersonal Violence	Dossa N.I., Zunzunegui M.V., Hatem M. et al	48 Mental health disorders among women victims of conflict-related sexual violence in the Democratic Republic of Congo	Scopo: valutare le conseguenze della violenza sessuale (Sv) in contesti di guerra sulla salute mentale delle donne, da sole o insieme ai problemi di salute riproduttiva come la fistola e il dolore pelvico cronico (Cp).	Metodo: nel periodo luglio-agosto del 2012, 320 adolescenti e donne adulte che vivono in quattro quartieri della città di Goma (Repubblica Democratica del Congo), hanno preso parte ad uno studio di tipo cross-sectional. Le partecipanti erano incluse solo se avevano un'età compresa tra i 15 e i 45 anni. L'età era il solo criterio di inclusione e di esclusione usato. SRQ-20: scala di valutazione del distress psicologico (Pds). IES-R: scala di valutazione dei sintomi del Tpsd.	La violenza sessuale subita in un contesto di guerra era associata con un più grave distress psicologico. Solo la violenza sessuale subita in un contesto di guerra (Crsv) era associata con sintomi più severi di Tpsd.

RIVISTA ANNO	AUTORE/I	TITOLO	OBIETTIVO/SCOPO DELLO STUDIO	MATERIALI E METODI	RISULTATI
2013 Matern Child Health J.	Tucker Halpern C., Tucker C.M., Bengtson A. et al.	49 Somatic Symptoms Among US Adolescent Females: associations with sexual and physical violence exposure	Scopo: esaminare l'associazione tra l'esposizione alla violenza fisica e sessuale e i sintomi somatici tra le ragazze adolescenti.	Metodi: campione nazionale rappresentativo di 8531 donne, età compresa tra 11-21 anni; sono state analizzate le associazioni tra l'esposizione alla violenza delle adolescenti e i sintomi somatici usando analisi di regressione logistica multinomiale.	Le adolescenti che hanno subito sia violenza sessuale che non sessuale avevano maggiori probabilità di riportare sintomi cronici (ad es., sintomi che si verificano una volta a settimana o più nei 12 mesi precedenti), seguito dal gruppo che ha subito solo violenza sessuale, poi dal gruppo che ha subito solo violenza non sessuale, e infine, il gruppo che non ha subito violenza.
2015 J. Trauma Stress	Stahlman S., Javanbakht M., Cochran S. et al	50 Mental health and substance use factors associated with unwanted sexual contact among U.S. Active Duty Service Women	Scopo: valutare se il contatto sessuale indesiderato era associato con lo stress, con il risultare positive ai disturbi mentali, o all'uso di sostanze tra le donne che sono in servizio.	Metodi: sono stati usati i dati di un file dell'Indagine del Dipartimento di Difesa (Hrbs). L'Hrbs del 2008 era un questionario di tipo <i>cross sectional</i> somministrato a 28546 membri in servizio (comprendenti 20927 uomini e 7619 donne) che sono rappresentativi di tutto il personale in servizio.	La depressione, l'ansia, il <i>distress</i> psicologico, e le idee suicide o il tentato suicidio erano associati al contatto sessuale indesiderato (AOR = 1.57-2.11). Per quanto riguarda l'uso di alcol/droghe, solo l'uso di rilassanti muscolari/tranquillanti (nei 12 mesi precedenti) era associato con il contatto sessuale indesiderato (AOR = 1.35).
2014 BMC Women's Health	Tiwari A., Shuk Ting Cheung D. et al	51 Intimate partner sexual aggression against chinese women: a mixed methods study	Scopo: questo articolo ha lo scopo di valutare l'aggressione sessuale nelle relazioni di coppia cinesi, incluso l'uso della forza o la minaccia di usare la forza e le tattiche di coercizione non fisiche nel rapporto sessuale indesiderato.	Metodi: sono state reclutate dalle zone di tutti i distretti di Hong Kong 745 donne cinesi in totale di 18 anni d'età e oltre che hanno avuto una relazione di coppia nei 12 mesi precedenti.	L'aggressione sessuale da parte del partner intimo ha predetto in modo significativo i sintomi della depressione e del PTSD dopo aver controllato se ci fosse violenza fisica da parte dello stesso. Il rapporto sessuale fisicamente forzato e la coercizione sessuale non fisica avevano diverse conseguenze sulla salute delle donne cinesi. Quelle che subivano un rapporto sessuale fisicamente forzato riferivano un peggior PTSD e sintomi depressivi rispetto a quelle soggette a coercizione sessuale non fisica.
2012 BMC Pregnancy and Childbirth	Lukasse M., Henriksen L., Vangen S. et al	52 Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms	<i>Background:</i> pochi studi hanno valutato l'impatto della violenza sessuale sulla salute delle donne durante la gravidanza. È stata analizzata l'associazione tra la violenza sessuale e la segnalazione dei sintomi fisici durante la gravidanza.	Metodi: studio di coorte nazionale condotto dallo studio del <i>The Norwegian Mother and Child Cohort</i> che ha raccolto dati dalle donne in stato di gravidanza attraverso un questionario spedito per posta a 17 e 32 settimane della gestazione. Campione: 78660 donne.	La violenza sessuale era significativamente associata con una maggiore segnalazione di sintomi fisici relativi alla gravidanza, misurati sia come numero di sintomi che come durata/grado di sofferenza. La violenza sessuale grave, sia in precedenza che recentemente, aveva la più forte associazione con il soffrire di sintomi legati alla gravidanza - 8 volte, AOR 6.70 (2.34-19.14).
2013 Sex TransmDis	Williams C.M., Clear E.R., Coker A.L.	53 Sexual Coercion and Sexual Violence at First Intercourse Associated with Sexually Transmitted Infections	<i>Background:</i> la violenza contro le donne è stata associata con i successivi comportamenti sessuali a rischio e con le infezioni sessualmente trasmissibili. È stata analizzata se la coercizione sessuale o la violenza nel primo rapporto sessuale erano associate con le infezioni sessualmente trasmissibili (STIs).	Metodi: sono state valutate le donne di età compresa tra i 18 e i 44 anni (n=9466) a cui sono state fatte domande sulla coercizione nel primo rapporto sessuale e sulle STIs usando le analisi di regressione logistica.	La coercizione nel primo rapporto sessuale era significativamente associata con le STIs nelle analisi adattate: l'Odds adattato di un STI era 1.58 per le donne che subivano coercizione sessuale e 1.45 per le donne che subivano violenza sessuale (tabella 3). Quando sono stati analizzati i fattori demografici e le covariate dell'infanzia (Modello 1), l'associazione tra la coercizione sessuale e la violenza sessuale nel primo rapporto sessuale e le STIs rimanevano importanti. Tuttavia, quando era aggiunta la successiva violenza sessuale al modello (Modello 2), l'associazione non era più statisticamente significativa; l'associazione tra la coercizione sessuale e le STIs restava importante. Infine, quando erano aggiunti i comportamenti sessuali pericolosi al modello (Modello 3), l'associazione tra coercizione sessuale e STIs rimaneva importante.

RISULTATI

Dai risultati di sei studi, quattro *cross sectional* uno di coorte e uno di revisione (36, 37, 51, 45, 47 e 48) è emerso che **la violenza sessuale può determinare diversi problemi di salute mentale**. Infatti, i risultati degli studi (37, 45, 42 e 48) suggeriscono che le donne vittime di violenza sessuale, confrontate con le donne non vittime, possano averne con maggior probabilità. Questi studi (36, 37, 45, 47 e 48) evidenziano che alcune donne manifestano sin-

tomi depressivi; sintomi sono più severi nel caso in cui riportino una lesione (42). Possono manifestare sintomi del disturbo da stress post-traumatico (42, 47, 50, 51, 43 e 48), sintomi di *distress* psicologico (48, 50 e 37), ansia (50, 47, 43, 36 e 45). Lo studio 47 mostra risultati contraddittori, affermando che ci può essere/non essere una relazione significativa tra l'aggressione sessuale e l'ansia. Tra i problemi di salute mentale ci sono anche le idee suicide da parte di alcune donne

con una storia di violenza sessuale (47 e 45).

Le adolescenti che frequentano la scuola media sono a maggior rischio di idee suicide quando subiscono sia lo stupro che la violenza fisica, confrontate con quelle che subiscono solo lo stupro (47). Vari studi (50, 37, 43, 47, 45, 38 e 42) indicano che alcune donne, a causa della violenza sessuale, possono adottare comportamenti di salute dannosi e possono manifestare comportamenti sessuali rischiosi: avere diversi partner inti-

mi (47 e 37), abusare di sostanze stupefacenti (47, 50 e 37) e avere anche disordini alimentari (43 e 47).

Gli studi 37, 42 e 45 evidenziano che le donne esposte alla violenza sessuale, rispetto a quelle non esposte, possono consumare più facilmente quantità elevate di alcol. Nel momento dell'aggressione, alcune vittime e alcuni aggressori hanno consumato in precedenza alcol (42).

I risultati di due studi, uno *cross sectional* e uno di coorte (40 e 43) hanno indicato che le donne possono riportare lesioni associate all'aggressione. Queste lesioni sono di due tipi: traumatiche genitali e traumatiche extra genitali. In particolare, lo studio 40 indica che, su 99 casi, 80 donne avevano lesioni genitali: 75 lacerazioni dell'imene, 3 lesioni perineali e una fistola retrovaginale. Invece, il 27% del campione presentava lesioni extra genitali e, di queste, era frequente la contusione. Alcune donne avevano anche problemi genito-urinari come perdite vaginali, cicli mestruali anormali, più giorni di abbondante ciclo mestruale, dismenorrea, sanguinamento post-coito e dispaurenia (47). Nello studio 46, su 46 partecipanti sessualmente attive, 33 avevano una disfunzione sessuale. In base alla gravità della violenza, il desiderio, l'eccitazione, la lubrificazione, l'orgasmo e la soddisfazione sessuale diminuivano significativamente.

C'è una relazione importante tra il dolore e la violenza sessuale (47).

I risultati di due studi (39 e 41), uno longitudinale e uno di coorte, hanno indicato che alcune donne riferivano un dolore di media-grave intensità nel periodo successivo alla violenza sessuale, localizzato in diverse aree del corpo.

Lo studio 46 aggiunge che il dolore mostrava un significativo peggioramento in relazione all'aumentare della gravità della violenza subita. Lo studio 49 mette in evidenza che le ragazze adolescenti, con una storia di violenza fisica e sessuale, possono avere diversi sintomi somatici (emicrania, dolori articolari, dolore epigastrico, debolezza fisica, insonnia etc.).

I risultati dello studio 43 riportano che, su 767 donne, 532 riferiscono sintomi somatici, in particolare la fatica e il do-

lore. Inoltre, nello studio 39, alla visita di controllo, le vittime avevano un peggioramento di molti sintomi somatici comuni, sei settimane e tre mesi dopo la violenza sessuale.

Dagli studi (40, 37, 47 e 53) è emerso che le donne vittime di violenza sessuale sono a maggior rischio di malattie sessualmente trasmissibili. Anche la coercizione nel primo rapporto sessuale era significativamente associata con le infezioni sessualmente trasmissibili (53).

I risultati della revisione (47) mostrano risultati contraddittori: ci sono studi che hanno trovato una relazione significativa tra violenza sessuale e infezioni sessualmente trasmissibili, invece altri studi no. Gli studi 47 e 44 sostengono che le donne possono essere a maggior rischio di una gravidanza imprevista; le donne e le adolescenti possono avere maggiori rischi di problemi ostetrici avversi: sanguinamento ante-partum, prima fase di travaglio prolungata, *distress* materno (44). Alcune donne, con una storia di violenza sessuale, presentano diversi sintomi fisici associati alla gravidanza (mal di schiena, stanchezza, costipazione, nausea e vomito, mal di testa etc) (52).

CONCLUSIONI

La violenza sessuale nei confronti della donna può determinare problemi di salute mentale, di salute fisica e di salute comportamentale.

Alla luce di quanto osservato fino ad ora, il presente studio ha evidenziato la necessità, per la categoria professionale degli infermieri, di tenersi al passo con i tempi, dando uno sguardo anche a quei Paesi che trattano la violenza sessuale, in modo diverso dalla sanità italiana.

A tal proposito, si è fatto riferimento alla figura del Sane, un infermiere specializzato e altamente preparato per la raccolta di prove in riferimento ad una violenza sessuale ipoteticamente subita, in vista di un eventuale processo penale. Realtà questa molto diversa dalla nostra.

Analizzando le fonti straniere, si è evidenziata la necessità di una risposta coordinata con la finalità di arrivare ad aiutare la vittima in modo coerente e proficuo.

Gli infermieri hanno la possibilità di migliorare le proprie conoscenze leggendo

articoli scientifici su questa problematica, frequentando corsi di formazione continua e valutando le risorse formative nazionali e locali.

Questa categoria professionale può attuare interventi di prevenzione primaria, parlando dei fattori di rischio e di quelli protettivi con i pazienti e i membri della comunità.

Possono migliorare i servizi per l'identificazione precoce delle donne che sono a rischio o che subiscono violenza, parlando con le donne della violenza sessuale, fornendo materiale scritto e integrando lo *screening* nella presa in carico della paziente.

All'interno di un'organizzazione di lavoro, gli infermieri possono elaborare protocolli relativi alla violenza sessuale, presentare corsi di formazione continua ai colleghi e ai comitati ospedalieri per assicurarsi che questo fenomeno sia preso nella giusta considerazione.

Gli infermieri possono collaborare con gli altri operatori sanitari ed esperti di violenza sessuale nella loro comunità, per creare una rete di servizi di riferimento. Non riconoscere o non intervenire in modo tempestivo sulle donne che stanno vivendo problemi legati a questo fenomeno può avere effetti deleteri, a lungo termine.

Le donne che riescono a parlare dell'accaduto e che ricevono risposte di supporto, empatiche e non giudicanti vivono meno le conseguenze legate al trauma e hanno maggiori possibilità di guarigione. Non è possibile dimenticare che la violenza sessuale ha gravissime conseguenze sulla salute e queste possono essere a breve e lungo termine, pertanto è assolutamente necessario aumentare la conoscenza del problema e dei fattori di rischio che lo influenzano.

Gli infermieri, come categoria professionale, e, nello specifico, quelli che trattano la violenza sulle donne sono in una posizione unica per identificare e gestire i pazienti che potrebbero aver subito violenza sessuale o che possono presentare un trauma sessuale irrisolto.

Le domande e/o gli aspetti che sono nati da questo lavoro di revisione sono:

- quali sono le conseguenze della violenza sessuale nelle vittime di sesso ma-

- schile in età adulta e adolescenziale?;
- Analizzare le differenze tra i gruppi di donne e adolescenti che subiscono violenza sessuale porterà al conseguimento di uno dei principali obiettivi dell'Healthy People 2020, cioè analizzare la complessa relazione tra razza, razzismo, comportamento e problemi di salute;
- sono necessari studi che valutino le diverse reazioni nei confronti della violenza tra le vittime di sesso maschile e le vittime di sesso femminile;
- ulteriori ricerche sono necessarie per

sapere come queste vittime possano essere supportate durante la gravidanza e il parto;

- quali sono le conseguenze del dolore tra le vittime di violenza sessuale?;
- devono essere condotti studi di coorte sulle vittime di violenza sessuale, che abbiano un campione numeroso per valutare le caratteristiche demografiche, di pre aggressione e di aggressione predittive di un dolore persistente e/o di sintomi somatici. In futuro tali informazioni dovrebbero essere usate per identificare le donne ad alto rischio

di violenza sessuale per attuare interventi di prevenzione;

- la ricerca futura su queste donne deve prendere in considerazione i problemi di salute fisica e riproduttiva. La nuova ricerca dovrebbe sviluppare programmi di assistenza psicologica che soddisfanno i bisogni delle donne.

AUTORI:

Irene Moriconi, P.O. Responsabile Assistenza Infermieristica Dsm ex RM A; Valerio Sorge, infermiere.

BIBLIOGRAFIA

- Domenech del Rio I, Garcia del Valle E.S, *Non-partner sexual violence against women in Spain: lifetime prevalence, perpetrators and consequences on mental health*. Journal of Public Health. 2016; 1-7.
- Jones D, Marks G, Villar-Loubet O, Weiss S.M, Borkowf C.B, Simpson C et al, *Experience of forced sex and subsequent sexual, drug, and mental health outcomes: africanamerican and hispanic women in the southeastern United States*. Int J Sex Health. 2015; 27(3): 249-263.
- Lindgren K.P, Neighbors C, Blayney J.A, Mullins P.M, Kaysen D, *Do drinking motives mediate the association between sexual assault and problem drinking?* Addict Behav. 2012; 37(3): 323-326.
- Ulirsch J.C, Ballina L.E, Soward A.C, Rossi C, Hauda W, Holbrook D et al, *Pain and somatic symptoms are sequelae of sexual assault: results of a prospective longitudinal study*. Eur J Pain. 2014; 18: 559-566.
- Amenu D, Hiko D, *Sexual assault: pattern and related complications among cases managed in jimma university specialized hospital*. Ethiop J Health Sci. 2014; 24(1).
- McLean S.A, Soward A.C, Ballina L.E, Rossi C, Rotolo S, Wheeler R, *Acute severe pain is a common consequence of sexual assault*. J Pain. 2012; 13(8): 736-741.
- Lindquist C.H, Barrick K, Krebs C, Crosby C.M, Lockard A.J, Sanders-Phillips K, *The context and consequences of sexual assault among undergraduate women at historically black colleges and universities (HBCUs)*. Journal of Interpersonal Violence. 2013; 28(12): 2437-2461.
- Seyller M, Denis C, Dang C, Boraud C, Lepresle A, Lefèvre T et al, *Intimate partner sexual assault: traumatic injuries, psychological symptoms, and perceived social reactions*. Obstetrics & Gynecology. 2016; 127(3).
- Gisladottir A, Luque-Fernandez M.A, Harlow B.L, Gudmundsdottir B, Jonsdottir E, Bjarnadottir R.I et al, *Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence*. Plos One. 2016.
- Santaularia J, Johnson M, Hart L, Haskett L, Welsh E, Faseru B, *Relationships between sexual violence and chronic disease: a cross-sectional study*. BMC Public Health. 2014; 14:1286.
- Mohammed G.F, Hashish R.K.H, *Sexual violence against females and its impact on their sexual function*. Egyptian Journal of Forensic Sciences. 2015; 5: 96-102.
- Wadsworth P, Records K, *A review of the health effects of sexual assault on africanamerican women and adolescents*. JOGNN. 2013; 42(3): 249-273.
- Dossa N.I, Zunzunegui M.V, Hatem M, Fraser W.D, *Mental health disorders among women victims of conflict-related sexual violence in the Democratic Republic of Congo*. Journal of Interpersonal Violence. 2015; 30(13): 2199-2220.
- Tucker Halpern C, Tucker C.M, Bengtson A, Kupper L.L, Mclean S.A, Martin S.L, *Somatic symptoms among us adolescent females: associations with sexual and physical violence exposure*. Matern Child Health J. 2013; 17(10).
- Stahman S, Javanbakht M, Cochran S, Hamilton A.B, Shoptaw S, Gorbach P.M, *Mental health and substance use factors associated with unwanted sexual contact among U.S Active Duty Service Women*. J Trauma Stress. 2015; 28(3): 167-173.
- Tiwari A, Shuk Ting Cheung D, Ling Chan K, Yee Tak Fong D, Chau Wai Yan E, Ling Lee Lam G et al, *Intimate partner sexual aggression against chinese women: a mixed methods study*. BMC Women's Health. 2014; 14:70.
- Lukasse M, Henriksen L, Vangen S, Schei B, *Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012; 12:83.
- Williams C.M, Clear E.R, Coker A.L, *Sexual coercion and sexual violence at first intercourse associated with sexually transmitted infections*. Sex Transm Dis. 2013; 40(10): 771-775.
- Padden M.L, *Sexual violence and the silent reaction to rape: implications for nurses*. Nursing for Women's Health. 2008; 12(2).
- Long D.C, *Addressing sexual violence through preventive nursing practice*. Nursing for Women's Health. 2014; 18(6).
- Bimber T, *The medical/legal aspects of sexual assault nurse examiner(sane) programs in emergency departments*. Journal of Legal Nurse Consulting. 2014; 25(1).

Il fenomeno dei *social network* nella comunità infermieristica

Studio conoscitivo sull'uso di *Facebook* dalla popolazione infermieristica e indagine sui possibili strumenti impiegabili nella ricerca

di Tiziano Bellu, Silvia Maria Mancini, Giustina Faparelli

ABSTRACT

L'impiego dei Social Media (Sm) all'interno della vita di tutti i giorni ha cambiato in maniera incisiva le abitudini di comunicazione, informazione e divulgazione per quanti accedono alla rete.

Questo lavoro vuole proporre uno spaccato sull'uso che viene fatto dei *social network* in ambito infermieristico, rivolgendo attenzione ai flussi informativi che vengono generati su *Facebook*; realizzare un'indagine sull'uso fatto dei Sm in ambito sanitario, ed infine teorizzare nuove possibilità nel campo della ricerca attraverso l'uso del *Social Media Analysis* (Sma) in Sanità.

L'approccio iniziale ha riguardato una raccolta bibliografica mediante i database Pubmed, Iltis e Joanna Briggs Institute (JBI), a seguito del quale è stata effettuata una ricerca della letteratura grigia reperibile in rete.

Le banche dati hanno evidenziato che i principali destinatari dei Sm sono utenti sanitari, infermieri e studenti infermieri. A seguito della raccolta bibliografica, lo studio è continuato con la ricerca di strumenti che trovano impiego nel Sma.

Per l'estrazione di dati da *Facebook* è stato usato Netvizz, mentre, per la visualizzazione dei grafi generati, è stato impiegato Gephi, un *software opensource*. Netvizz ha permesso di accedere alle parti del *social network* relative a gruppi



La pagina Facebook del ministero della Salute

e a pagine. Attraverso le parole-chiave "Infermieri" ed "infermiere" sono state ottenute 821 pagine e 286 gruppi in lingua italiana (le pagine sono state classificate per numero di iscritti e di interazioni generate).

Il lavoro, la formazione, l'informazione, l'intrattenimento e la clinica sono i temi trattati da pagine e da gruppi.

I Sm sono degli strumenti che risultano molto importanti nella comunicazione quotidiana, e presentano molti aspetti favorevoli al lavoro infermieristico di ricerca.

Sono utili nella comunicazione con i pazienti e nella formazione degli studenti infermieri, soprattutto, ma, non essendo strumenti esenti da rischi, è necessario indagare ulteriormente sulle possibilità che offrono.

Una discussione ben più ampia riguarda gli strumenti di Sma per cui, tuttavia, non esistono delle tecnologie consolidate e che vanno indagate con un approccio multiprofessionale, in collaborazione con professionisti dell'Irc.

Risulta evidente come questi strumenti possano rappresentare un'ulteriore opportunità per la ricerca qualitativa e quantitativa.

INTRODUZIONE

Nel 1958, il dipartimento della difesa statunitense, in risposta alla supremazia russa durante la Guerra Fredda, istituì l'Arpa (*Advanced Research Project Agency*), un ente strettamente legato al ministero della Difesa americano la cui funzione era quella di coordinare e finanziare le attività di ricerca a livello nazionale.

Un'istituzione che si occupò di teorizzare le metodiche per condividere informazioni tra più computer connessi tra loro. Nel 1967, venne realizzata una rete che permise di connettere l'Università della California di Los Angeles, lo Stanford Research Institute, l'Università della California di Santa Barbara, e l'Università dello Utah. Nel 1991, a seguito dell'implementazione dei protocolli comunicativi, nacque la rete Internet ed il *World Wide Web*.

Ad oggi, tra i servizi offerti dalla rete quelli di maggior interesse mediatico sono i *Social Network* (Sn) la cui funzione è quella di permettere la creazione di un profilo personale e realizzare delle reti sociali virtuali così da potersi connettere con le proprie cerchie di contatti.

Tra i principali Sn, *Facebook* è il terzo sito più visitato al mondo, il secondo più visitato in Italia ed, al 31 dicembre 2015, contava una popolazione di 1,59 miliardi di utenti.

Le sue principali funzioni, previa registrazione con dati anagrafici, sono:

- la realizzazione di un profilo personale;
- l'inclusione di altri utenti nella propria rete sociale con diversi livelli di importanza;
- lo scambio di messaggi privati;
- la condivisione di contenuti personali;
- la ricezione automatica di notifiche quando la nostra cerchia interagisce con i nostri contenuti multimediali.

Questo, senza contare che gli utenti possono fondare e unirsi in gruppi, ovvero spazi virtuali comuni.

Nel 2010, il ministero della Salute ha elaborato le linee-guida per la comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute.

Tale elaborato punta a definire un quadro conoscitivo generale per descrivere il fenomeno del web in ambito sanitario, in tutte le varie sfaccettature in cui si articola, muovendosi in direzione propositiva nei confronti degli strumenti a disposizione dei sanitari.

Viene considerata fondamentale la centralità del cittadino-paziente, a cui devono essere garantiti strumenti di *empowerment* in linea con i nuovi bisogni informativi, e che permettano all'utente di riavvicinarsi all'istituzione.

Omologa è la posizione della federazione

nazionale dei Collegi Ispasvi che, rivolgendosi agli infermieri, definisce l'uso corretto dei Sn.

Nel 2013, sulla rivista "L'Infermiere", n. 5, vengono pubblicate le *"Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri"*: tutte le linee-guida visionate erano concordi nel definire i Sm come: *"strumenti potenzialmente utili per le relazioni sociali e professionali, per migliorare la comunicazione con il cittadino, come strumento didattico, per potenziare la diffusione di messaggi o compagne di sensibilizzazione, nel favorire la diffusione e discussione di buone pratiche di assistenza, nel costruire una rete sui temi della salute e nel rappresentare e tutelare la professione"*.

Di contro, le criticità: la potenziale violazione della privacy dei pazienti o dei colleghi, l'inappropriata condivisione di informazioni sensibili, la violazione della riservatezza di informazioni sanitarie e la compromissione dell'immagine professionale.

MATERIALI E METODI

L'attività di ricerca è stata divisa in due fasi: la prima, nel mese di giugno 2016, è dedicata alla raccolta bibliografica; la seconda, rivolta all'uso degli strumenti di Sma, svolta nel mese di luglio 2016.

In una prima fase è stata effettuata la ricerca dei termini Mesh per i concetti di "Internet" e "Social Media".

La raccolta bibliografica è stata condotta mediante l'uso delle *keyword* "social media", "nurse" o "nursing" in banche dati a carattere biomedico come Pubmed, Joanna Briggs Institute ed Iliasi, prendendo in considerazione un intervallo di 5 anni.

Per avere una visione generale del fenomeno in Italia, è stata effettuata anche una ricerca della letteratura grigia reperibile in rete mediante il motore di ricerca Google, utilizzando le parole-chiave "social network" e "infermieri".

Successivamente, è stato utilizzato Netvizz, un programma sviluppato specificamente per Facebook da un docente dell'Università di Amsterdam, allo scopo di interrogare i *database* del Sn ed acquisire dati in merito alle pagine e ai gruppi. All'interno del programma sono stati acquisiti dati attraverso le parole-chiave "Infermieri" ed "Infermiere", e, una volta analizzati i dati mediante un programma per fogli di calcolo, l'indagine statistica ha avuto lo scopo di classificare le pagine per numero di utenze e attività dei membri.

Per descrivere i principali usi delle pagine e poterle classificare in base ai propo-



Il profilo della Federazione nazionale Infermieri

siti dei divulgatori sono state cercate le parole-chiave presenti nel nome e nella descrizione fornita dagli amministratori stessi.

La popolazione iniziale riguarda le 821 pagine in italiano da cui sono state eliminate tutte le pagine con un'utenza inferiore ai 50 membri.

All'interno della popolazione è stata selezionata la pagina "Infermieritalia": è quella col maggior numero di risposte prodotte dagli utenti in relazione al numero di iscritti.

Oltre aver analizzato tipi di contenuti e le risposte degli utenti, l'indagine ha continuato con la rielaborazione dell'andamento dell'attività mensile della pagina. Infine, per indagare tutte le funzionalità di Netvizz è stato utilizzato un ulteriore programma, Gephi, che ha permesso la costruzione di un grafo che rappresentasse i flussi informativi di "Federazione Nazionale Infermieri".

RISULTATI E DISCUSSIONE

Un'analisi preliminare dei contenuti reperiti nel panorama italiano e quello estero ha permesso di chiarire, sin da subito, le principali differenze in merito all'approccio che infermieri italiani e stranieri rivolgono a queste nuove realtà.

Sembra, infatti, che, in Italia, l'attenzione sia rivolta principalmente agli aspetti cautelativi dei professionisti in merito ai temi di privacy e violazione del Codice Deontologico; all'estero sono rilevanti gli studi che utilizzano i Sm come tema di indagine ma che, al contempo, usano queste piattaforme per reperire la popolazione e somministrare questionari. In merito all'uso fatto nel campo della ricerca estera è possibile evidenziare tre diverse popolazioni di riferimento ed altrettante finalità: il Sm è usato come strumento di supporto allo studio per gli studenti infermieri; come supporto professionale ed emotivo per i professionisti e come strumento educativo per l'utente sanitario.

I Sm sono utili agli studenti infermieri poiché capaci di migliorare la comunicazione con l'istituzione; condividere materiale informativo e professionale e potenziare la coesione tra studenti. A tal

punto da ridurre la dispersione accademica dopo il primo anno di studio.

La medesima **funzione del Sm come strumento di "peer-to-peer support"** ("supporto tra pari") risulta efficace anche nei confronti degli infermieri già formati, che sfruttano *Facebook*, o altri Sn dedicati, per il confronto professionale o alla ricerca infermieristica.

Infine, dalla raccolta bibliografica emerge la necessità di approfondire la natura educativa del Sm verso l'utenza sanitaria, poiché gli studi propongono risultati contrastanti, il cui esito va ricercato nelle diverse metodologie di somministrazione e nel diverso tipo di popolazioni interessate.

Nel complesso, la raccolta bibliografica evidenzia un'eterogeneità dei contenuti che sono difficilmente relazionabili tra loro, ma che presentano il comune denominatore di essere dei primi studi di settore che si rivolgono al tema del Sm.

Scopo del gruppo	Parole ricorrenti
Lavorativo	Concorso, annunci, avviso/avvisi, mobilità, disoccupati, lavoro/lavorare, estero, UK
Formativo	Linee-guida, materiale, libri, Ecm
Studentesco	Dottori/Dottorato, Cdl, allievi/allieve, Studenti/studentesse, Anno di corso
Sociale e Divulgativo	Amici, passione, orgoglio/orgoglioso, vita

Tabella 1. Parole-chiave ricorrenti nei gruppi selezionati

Utilizzando le parole-chiave "Infermieri" ed "Infermiere" mediante l'applicazione Netvizz, il *database* ha risposto con un totale di 297 gruppi. All'interno della ricerca sono presenti 11 gruppi non italiani: dei 286 gruppi di questi, il 73% (ben 210) sono gruppi chiusi, per cui non è possibile visionare i contenuti condivisi dai membri in maniera diretta. Nella tabella 1 sono riportate le parole-chiave presenti all'interno dei gruppi ed i relativi scopi. Rispetto a quanto evidenziato dall'analisi dei gruppi, le pagine *Facebook*, favoriscono un'analisi più accurata, poiché Netvizz permette di acquisire dati in merito al codice identificativo, nome della pagina, categoria di appartenenza, sottoscrizioni, interazioni, descrizione della pagina, numero di luoghi geolocalizzati, immagine di copertina, *link* di riferimento e sito internet associato. Complessivamente, il numero di sottoscrizioni attive per tutte le pagine sono

Fasce di utenza N° utenti	N. di pag nella popolazione	% su pop. totale
50-90 mil	4	0,5%
20-49.999	10	1,2%
10-19.999	15	1,8%
5-9.999	28	3,4%
1-4.999	74	8,9%
100-999	203	24,5%
50-99	77	9,3%
20-49	69	8,4%
1-19	195	23,70%
0	146	17,80%

Tabella 2. Pagine in relazione alla loro utenza di riferimento

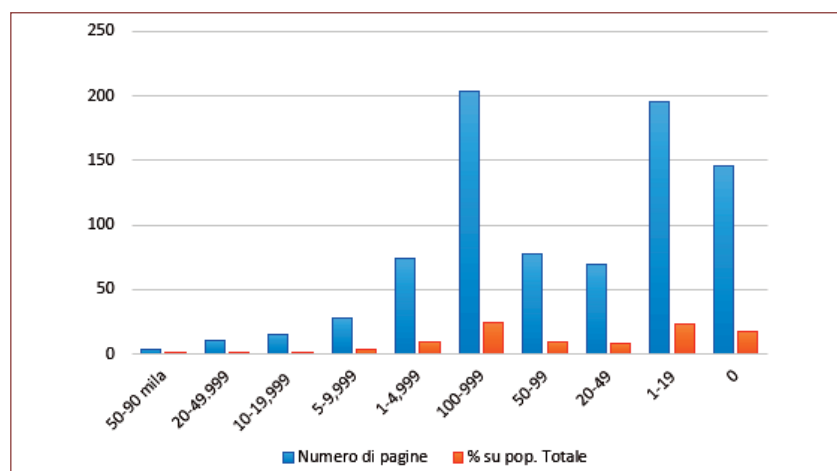


Grafico 1. Pagine in relazione alla loro utenza di riferimento

di 1 milione e 299 mila, che sta a rappresentare il numero di connessioni totali rivolte dall'utenza alle tematiche di tipo infermieristico su *Facebook*.

Il numero totale di pagine acquisite mediante le parole-chiave "infermieri" ed "infermiere" sono state di 855, di cui 821 in lingua italiana.

Nella tabella 2 vengono riportate il numero complessivo delle pagine per fasce di utenza.

Nel periodo considerato, la pagina con più "like" è "Infermiere per Passione." che conta più di 90 mila utenti.

La pagina più attiva risulta, invece, "Infermieritalia" che, nel periodo tra giugno e luglio, ha coinvolto 26.550 persone, che hanno potenzialmente letto, commentato, condiviso, o apprezzato i contenuti infermieristici, corrispondenti al 29,8% di tutte le interazioni prodotte su *Facebook*.

Nella tabella 3 e 4 vengono elencate le prime cinque pagine a tema infermieristico distribuite per "like" ed interazioni.

Pagina	Like	Interazioni
Infermiere per passione	90250	13961
Infermieri e stralucioni	83926	1516
Infermieri	58279	68
Infermieritalia	54847	26550
Federazione nazionale Infermieri	44669	2379

Tabella 3. Le prime 5 pagine per "like"

Pagina	Like	Interazioni
Infermieritalia	54847	26550
Essere infermieri oggi	8250	20429
Infermiere per passione	90250	13961
Roba da Infermieri	21742	10752
Federazione nazionale Infermieri	44669	2379

Tabella 4. Le prime 5 pagine per interazioni

La quota di pagine inattive a tema infermieristico si attesta tra il 50% ed il 62%. Di queste il 31% sono pagine senza iscrizioni, il 24% hanno iscrizioni comprese tra 1 e 5, il 4% hanno iscrizioni tra 6 e 10, il 3% tra 11 e 20 iscrizioni, e sola-

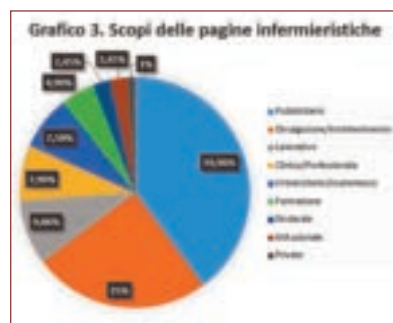
mente il 2,5% hanno tra le 21 e le 50 interazioni.

Complessivamente, le pagine si presentano come molto eterogenee, poiché, nonostante il numero complessivo di utenti sia elevato, le attività di produzione dei contenuti e l'apprezzamento degli stessi si concentra in maniera incisiva solo in pochissime pagine, che rappresentano lo 0,5% del totale di tutte le pagine infermieristiche su *Facebook*.

Nella tabella 5 sono riportati gli scopi delle pagine analizzate e, di seguito, sul grafico 3 sono rappresentati su un diagramma a torta.

Scopo	Percentuale
Pubblicitario	39,90%
Divulgazione/intrattenimento	25%
Lavorativo	9,06%
Clinico/Professionale	7,90%
Universitario/studentesco	7,50%
Formazione	4,90%
Sindacale	2,45%
Istituzionale	2,45%
Privato	1%

Tabella 5. Classificazione delle pagine per scopo



Infermieritalia rappresenta la IV *community* per numero di iscritti, e a oggi ha presentato una crescita del 5,6% da giugno 2016 ad agosto 2016.

Nel mese di giugno, ha ricevuto un totale di 24.806 "like" ai contenuti, 26.266 reazioni, 1067 commenti e 12.341 condivisioni.

La pagina ha postato da un minimo di 3, ad un massimo di 12 post giornalieri, con una media di 5,7. Ci sono state, mediamente, 411,3 condivisioni e 35,5 commenti giornalieri.

Infermieritalia ha condiviso per il 52,3% link, per il 12,7% video, per il 22,5% foto, per il 9,3% post testuali e per lo 0,5% eventi.

La pagina presenta un sito associato: www.infermieritalia.com da cui provengono il 16% dei link condivisi.

Gli altri domini di provenienza sono: Facebook.com (42,9%), Bit.ly (37,1%), riconducibile al sito internet riportato nella pagina e singoli domini (2,5%).

Nel distribuire i dati per numero di "like", è importante chiarire come i contenuti più apprezzati siano principalmente foto: queste presentano una media di 356 like, 13 commenti, contro i 59 like ed i 3 commenti dei link. Nonostante le foto, o le immagini, siano un contenuto apprezzato per la propria semplicità, spesso vi è la condivisione di immagini dallo scopo satirico, atte alla sdrammatizzazione di problematiche professionali, o sociali, i cui argomenti ricorrenti sono critiche alla Sanità.



Tuttavia, malgrado le immagini siano le più apprezzate, gli articoli provenienti dal sito, rappresentano la maggioranza, proponendo, di fatto, una serie di contenuti utili ad infermieri e laureandi.

Tra i principali argomenti vi sono quelli a carattere professionale, che vogliono fornire uno strumento di supporto alla pratica clinica, con la diffusione di procedure utili nella quotidianità del professionista. Ricorrono contenuti video di procedure infermieristiche, articoli sulla ricerca scientifica, notizie su concorsi e informazioni su corsi Ecm.

Di seguito, viene rappresentato un grafo relativo alle pagine a cui si connette "Federazione Nazionale Infermieri".

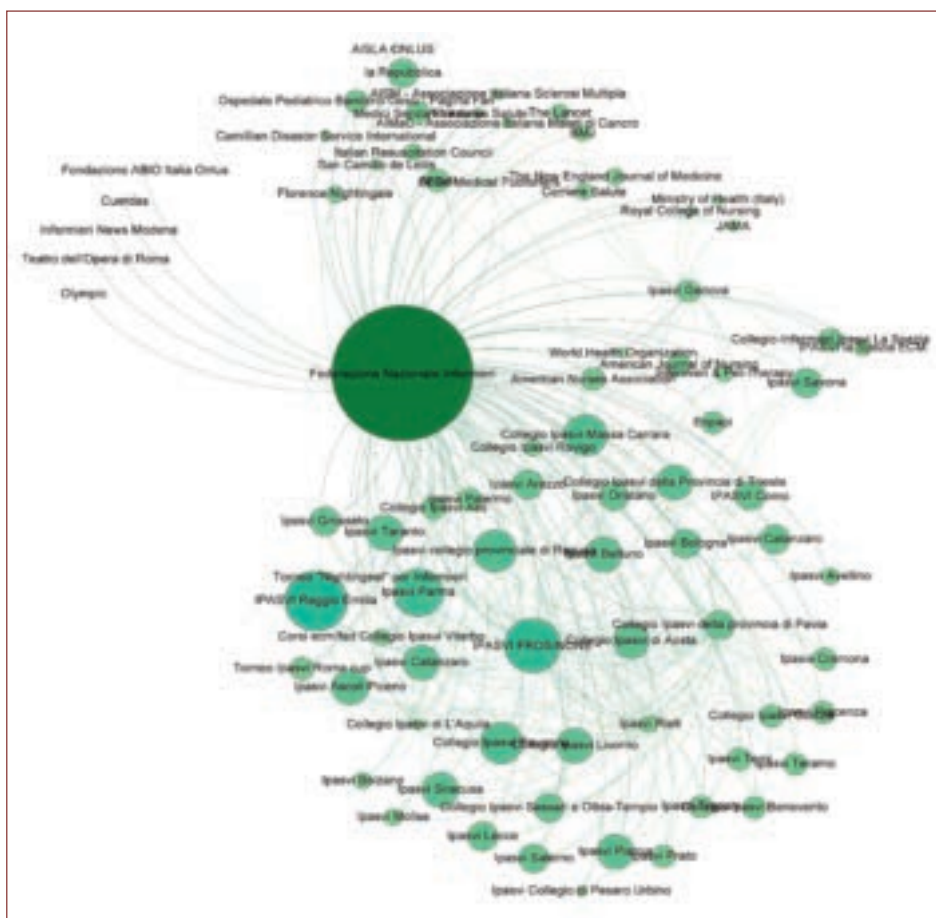
All'interno della nostra popolazione di pagine, "Federazione Nazionale Infermieri" è la prima pagina che sfrutta le funzionalità di *Facebook* per ricevere i feed dalle altre pagine.

Il grafo è elaborato mediante algoritmo

Nel lato destro del grafo è possibile vedere come Federazione Nazionali Infermieri sia connessa ad enti ed organizzazioni scientifiche: Royal College of Nursing, The New England Journal of Medicine, World Health Organization, SEEd Medical Publishers, e che progressivamente, avvicinandosi verso il polo superiore del grafo, sia possibile reperire Organizzazioni italiane: AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla), AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro) ed Italian Resuscitation Council.

Se in Italia si stanno muovendo degli importanti passi verso un uso corretto dei mezzi social, all'estero il *social media* è indagato come strumento sanitario ad uso di diverse tipologie di persone, siano essi infermieri, studenti infermieri o utenti afferenti al Sistema Sanitario. Nonostante i risultati di questo lavoro si mostrino discordanti in merito al ruolo

L'uso sempre più incisivo di strumenti informatici volti alla comunicazione ci pone davanti a diverse opportunità professionali riguardanti sia un potenziamento dell'efficacia comunicativa in tema di educazione, sia di



Rappresentazione grafica delle pagine a cui si connette "Federazione Nazionale Infermieri"

miglioramento della continuità assistenziale del paziente che afferisce al Sistema Sanitario.

In conclusione, è necessario superare i limiti tecnologici ed educativi che lo rendono uno strumento incerto per gli utenti; un'efficace sensibilizzazione in merito

alla tecnologia, la *privacy* e alla disinformazione che riguarda i vari *social network*, possono contribuire ad un avvicinamento concreto della salute globale al cittadino (come la *e-Health* e la *Mobile Health*) realizzando finanche un nuovo modo di porre il Sistema Sanitario.

AUTORI:

Tiziano Bellu, CPSI, Collegio Ipasvi di Roma;

Silvia Maria Mancini, CPSE, Collegio Ipasvi di Roma;

Giustina Faparelli, CPSE, Collegio Ipasvi di Roma.

BIBLIOGRAFIA

- De Mauro A, Greco M e Grimaldi M, *A Formal definition of Big Data based on its essential features*, in Library Review, vol. 65, n.3, 2016, pp. 122-135, (2015).
- Hernández-García A, *Using Gephi to visualize online course participation: a social learning analytics approach*, tjournal, Vol 22, No 3 (2014).
- Bastian M, Heymann S, Jacomy M, *Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks*, pubblicato negli atti della International AAAI conference on weblogs and social media, 2009.
- Bert F, Gualano M, Scaioli G, Passi S, Siliquini R, *La promozione della salute attraverso i Social Media: una sfida per la sanità del futuro*. Volume n.58 fas 3 anno 2014. Sistema salute 2014;58(3):316-325.
- Booth R.G, *Happiness, stress, a bit of vulgarity, and lots of discursive conversation: a pilot study examining nursing students' tweets about nursing education posted to Twitter*. Nurse Educ Today. Febbraio 2015; 35(2):322-7.
- Chan E.A, Nyback M.H, *A virtual caravan. A metaphor for home - internationalization through social media: a qualitative content analysis*. Nurse Educ Today. 2015 Jun;35(6):828-32.
- Duncan C, Wilson P, Thompson C, Harden M, *Social Network Analysis in Healthcare Settings: a systematic scoping review*, PLoS One. 2012; 7(8): e41911.
- Frazier B, Culley J.M, Hein L.C, Williams A, Tavakoli A.S, *Social networking policies in nursing education*. Comput Inform Nurs. 2014 Mar
- Frisch N, Atherton P, Borycki E, Mickelson G, Cordeiro J, Novak Lauscher H, Black A, *Growing a professional network to over 3000 members in less than 4 years: evaluation of InspireNet, British Columbia's virtual nursing health services research network*. J Med Internet Res. 2014 Feb 21.
- Lovink G, *Zero comments: blogging and critical Internet culture*, London, Routledge, 2008, ISBN 978-0-415-97315-1.
- Keim-Malpass J, Steeves R.H, *Talking with death at a diner: young women's online narratives of cancer*. Oncol Nurs Forum. 2012 Jul;39(4).
- Cherven K, *Network Graph Analysis and Visualization with Gephi*, Packt Publishing Ltd, 24 set 2013.
- Vanzetta M, Vellone E, Dal Molin A, Martellotti E, Rosaria A, *Raccomandazioni sul corretto utilizzo dei social media da parte degli infermieri*. L'Infermiere n. 5-2013.
- Marmo R, *Social Media Mining: estrarre ed analizzare informazioni dai Social Media*, Hoepli, 2016, ISBN 9788820367701
- Niela-Vilén H, Axelin A, Melender H.L, Löyttyniemi E, Salanterä S, *Breastfeeding preterm infants. A randomized controlled trial of the effectiveness of an Internet based peer support group*. J Adv Nurs. 2016 May 3.
- Nyangeni T, Du Rand S, Van Rooyen D, *Perceptions of nursing students regarding responsible use of social media in the Eastern Cape*. Curationis. 24 Luglio 2015; 38(2):1496.
- Pimmer C, Brysiewicz P, Linxen S, Walters F, Chipps J, Gröbhel U, *Informal mobile learning in nurse education and practice in remote areas - a case study from rural South Africa*. Nurse Educ Today. 2014 Nov;34(11):1398-404.
- Rieder B, *Studying Facebook via data extraction: the Netvizz application*, pubblicato negli atti della conferenza WebSci '13. 5th Annual ACM Web Science Conference, 2013, pp. 346-355.
- Salminen L, Gustafsson M.L, Vilén L, Fuster P, Istomina N, Papastavrou E, *Nurse teacher candidates learned to use social media during the international teacher training course*. Nurse Educ Today. 2016 Jan; 36:354-9.
- Terkamo-Moisio A, Kvist T, Kangasniemi M, Laitila T, Rynänen O.P, Pietilä A.M, *Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines*. Nurs Ethics. 2016 May 5.
- Tower M, Blacklock E, Watson B, Heffernan C, Tronoff G, *Using social media as a strategy to address 'sophomore slump' in second year nursing students: a qualitative study*. Nurse Educ Today. 2015 Nov;35(11).
- Tower M, Latimer S, Hewitt J, *Social networking as a learning tool: nursing students' perception of efficacy*. Nurse Educ Today. 2014 Jun;34(6).
- Gli infermieri sui social media: usarli correttamente è un'opportunità*, su <http://www.ipasvi.it/> URL consultato il 14 aprile 2016
- Hobbes' Internet Timeline, *The definitive ARPAnet & Internet history*, su www.cs.kent.edu. URL Consultato il 14 aprile 2016.
- I media dopo la grande trasformazione* su http://www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=121009 URL Consultato il 14 aprile 2016.
- I social Media per la Comunicazione in Sanità* su <http://salute.regione.emilia-romagna.it/> URL consultato il 29 giugno 2016.
- Linee-guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute*, su <http://www.salute.gov.it/> URL consultato il 15 aprile 2016.
- Professioni sanitarie e privacy ai tempi dei social network* su <http://www.infermieristicamente.it> URL consultato il 29 giugno 2016.
- Maull R, *Introduction to new economic models of the Digital Economy* Minitrack su <https://www.computer.org> URL consultato il 1 agosto 2016.
- Social Media in Italia: analisi dei flussi del 2015* su <http://www.audiweb.it/> URL consultato il 14 aprile 2016.
- Social network sites: definition, history and scholarship* su <http://onlinelibrary.wiley.com/> URL Consultato il 14 aprile 2016.
- Tante reti, tanti paradigmi: network analysis in sanità* su <http://www.assr.regione.emilia-romagna.it/> URL consultato il 29 giugno 2016.
- The top 500 sites on the web* su <http://www.alexa.com/topsites> URL Consultato il 14 aprile 2016.
- This day in history: october 27, Computer History Museum*, su www.computerhistory.org. URL Consultato il 14 aprile 2016.

Strumenti di previsione del rischio di caduta in un presidio territoriale di riabilitazione per disabilità fisica, psichica e sensoriale e di assistenza a persone non autosufficienti anche anziane Istituto San Giovanni di Dio

Analisi organizzativa degli strumenti aziendali di stima, prevenzione, monitoraggio e scomposizione dell'evento avverso nelle possibili cause/fattori di rischio

di Giulia Bianchi Matè, Maria Cardarelli

ABSTRACT

L'impatto del "fenomeno cadute" in età geriatrica è molto rilevante nella sanità pubblica, soprattutto a causa della morbidità e mortalità che esse provocano.

L'aumento della sopravvivenza con esiti di disabilità ha determinato un accrescimento della domanda di trattamenti riabilitativi erogati in vari setting e regimi assistenziali.

Questa ricerca intende esaminare il caso di una struttura istituzionalizzata di tipo assistenziale e riabilitativo, quale l'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Genzano, proponendo un'analisi organizzativa degli strumenti aziendali di stima, prevenzione, monitoraggio e scomposizione dell'evento avverso nelle possibili cause/fattori di rischio, in un'ottica di *Risk Management* che prevede una gestione proattiva e una reattiva.

I dati sono raccolti tramite strumenti di

previsione del rischio di caduta e schede di *incident reporting* per la segnalazione dell'evento avvenuto, elaborate sulla scorta delle evidenze scientifiche e di buona pratica clinica e contestualizzate nell'ambito assistenziale delle disabilità complesse psicologiche e sensoriali.

Per attuare un'efficace prevenzione si sottolinea l'importanza della valutazione multidimensionale dei pazienti e l'approccio multidisciplinare dell'equipe, promuovendo una cultura fondata sulla sicurezza e sul miglioramento continuo della qualità.

Parole-chiave: valutazione multidimensionale, equipe multidisciplinare, caduta, evento avverso, *near misses*, *incident reporting*, *Risk Management*, sicurezza, gestione del rischio clinico, prevenzione, fattori di rischio, riabilitazione.

INTRODUZIONE

L'Istituto San Giovanni di Dio ospita pazienti non autosufficienti, anche anziani, con disabilità fisica, psichica e sensoriale, esaminati da un'Unità di valutazione multidimensionale ed inviati presso la struttura riabilitativa ai sensi dei DCA 431/2012 e 39/2012.

Nell'Istituto sono presenti tre *setting*: il Presidio di Riabilitazione Funzionale ex art. 26 (L. 833/1978), in cui sono ricoverati 78 pazienti, suddivisi in aree per disabilità psichica e per disabilità neuromotoria; la Residenza Sanitaria Assistenziale per la "senescenza e la disabilità psichica" con 120 posti letto di livello assistenziale mantenimento; il "Nucleo Estensivo per Disturbi Cognitivo-Comportamentali Gravi" (N.D.C.C.G.) - Alzheimer e patologie dementigene con 20 posti letto, di cui solo 6 occupati nel periodo di svolgimento della ricerca, in quanto trattasi di fase

transitoria di ampliamento del reparto.

Le figure assistenziali e riabilitative che intervengono nell'individuazione dei Progetti Assistenziali Individuali (Pai) e dei Progetti Riabilitativi Individuali (Pri) costituiscono l'equipe multidisciplinare ad approccio integrato.

Le cadute, definite come *"un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica"*, si classificano in: prevedibili, non prevedibili ed accidentali. Tra i fattori di rischio si riscontrano "fattori intrinseci" (alterazione fisiologiche legate all'età); condizioni patologiche e utilizzo dei farmaci e fattori che invece dipendono dall'ambiente ("fattori estrinseci").

Nella maggiore parte dei casi coesistono più fattori predisponenti che contribuiscono ad aumentare in maniera esponenziale il rischio di caduta.

Nel *setting* assistenziale P.R.F. (Presidio di Riabilitazione Funzionale) neuromotorio si riscontra un'elevata presenza di fattori di rischio intrinseci legati:

- all'età dei pazienti (69,05% > 65 anni);
- alle diagnosi principali e secondarie, con distribuzione della comorbidità valutata con il test CIRS, presente nel 90% dei casi in forma moderata.

Nel *setting* assistenziale P.R.F. per disabilità psichica, pur essendo l'età media dei pazienti inferiore ai 65 anni, in più del 90% dei casi si riscontrano i seguenti fattori di rischio di rischio:

- condizioni cliniche di base delle patologie;
- assunzione di più di 4 farmaci, tra i quali sedativi e antipsicotici in più del 100% dei casi;
- crisi di agitazione psicomotoria (che causano riduzione di stabilità) e atti di eterolesionismo (es. spinte che rappresentano la vera e propria causa di caduta);
- indice di comorbidità moderato nel 72,22% dei casi.

Nell'ambito della RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) si riscontrano fattori di rischio di caduta correlabili a:

- condizioni cliniche di base dei pazienti ricoverati;
- età media di 73 anni;
- indice di comorbidità presente nel 39,50% dei casi in forma moderata;

- terapia che prevede l'assunzione nel 90% dei casi di più di 4 farmaci tra i quali sedativi e antipsicotici.

La scala di Tinetti è stata selezionata tra gli strumenti di valutazione nell'ambito delle procedure di prevenzione delle cadute dell'Istituto San Giovanni di Dio.

Secondo questo test, che nella letteratura dimostra un buon valore predittivo, nella RSA il 41% dei pazienti ricoverati presenta un rischio elevato di caduta, nel PRF neuromotorio il 75% presenta un rischio elevato (mentre nel PRF per disabili psichici il 10% presenta un rischio elevato).

Inoltre, si ritiene fondamentale la valutazione globale del paziente con considerazione di altre scale comunemente impiegate nell'Istituto, quali BARTHEL, SVAMA, SPMSQ, MMSE, ADL e IADL, CIRS (etc.).

MATERIALI E METODI

Il presente studio, di tipo descrittivo-osservazionale prospettico, ha avuto origine dalla formulazione dei seguenti quesiti di ricerca:

- quali dei fattori di rischio intrinseci ed estrinseci correlati al rischio di caduta, tra quelli contemplati in letteratura, sono maggiormente presenti in un presidio territoriale per disabilità e senescenze?

- quali sono le strategie di prevenzione, tra quelle raccomandate in letteratura, applicabili ed efficaci nell'ambito dello stesso contesto?

- quali sono le procedure adottate per la segnalazione dell'evento avverso?

- quali sono le misure di profilassi per ridurre l'incidenza delle cadute?

- quali sono gli interventi da attuare in seguito ad una caduta?

Gli strumenti per la raccolta dei dati relativi alle cadute avvenute sono: la scheda di segnalazione di eventi avversi e *near misses* per la gestione del rischio clinico (sistema di "learning" volontario) - e la scheda di analisi e segnalazione delle cadute - sistema di "accountability" obbligatorio. (Allegato 1)

Il protocollo aziendale dell'Istituto, intitolato "Mobilità-prevenzione delle cadute", stabilisce le modalità di prevenzione e

gestione dell'evento caduta secondo un iter standardizzato che sostenga la formazione e la sensibilizzazione di ogni professionista sanitario nell'ambito delle attività di *Risk Management* raccomandate dal Ministero della Salute sulla prevenzione delle cadute negli ospedali (Raccomandazione n. 13).

Nello specifico, le procedure aziendali inserite nel protocollo, in conformità con le linee-guida nazionali ed internazionali, prevedono i seguenti obiettivi:

- 1) riduzione del rischio di caduta tramite la valutazione con la scala di Tinetti;
- 2) adozione di misure di profilassi generali (per tutti i pazienti) e specifiche (per i pazienti ad elevato rischio), inclusa educazione sanitaria a pazienti e familiari ove possibile;
- 3) gestione delle molteplici problematiche derivanti dal verificarsi dell'evento tramite valutazione delle condizioni cliniche del paziente e danni riportati, revisione della terapia e segnalazione interna dell'evento caduta mediante puntuale compilazione delle apposite schede;
- 4) adeguato impiego di presidi precauzionali/strumenti di contenzione per i pazienti ad elevato rischio di caduta, coerentemente con le finalità previste dalla giurisprudenza e nel rispetto dei principi etici e deontologici;
- 5) tracciabilità delle cadute sulla Cartella Clinica Informatizzata (Sistema Informativo Atlante), al fine di creare un *report* annuale ed individuare eventuali criticità strutturali ed organizzative passibili di ulteriori interventi di prevenzione e pianificazione tecnico-organizzativa.

È inoltre proposta una *check list* per il controllo della sicurezza ambientale ad integrazione degli strumenti di valutazione del rischio precedentemente presentati.

RISULTATI

I dati delle 66 schede, raccolti tra aprile 2015 e febbraio 2016, ricavati nell'80% dalle schede di analisi e segnalazione delle cadute, sono stati inseriti in una matrice sul programma excel e rappresentati tramite diverse elaborazioni grafiche.

In generale, si evince che:

- le fasce di età più coinvolte risultano quella da 50 a 60 anni (24% circa dei pazienti caduti) e da 70 a 80 anni (27% circa dei pazienti caduti);
- nel reparto PRF neuromotorio si riportano 43 episodi di caduta, nella RSA 19, nel PRF per disabilità psichica e nel Nucleo Estensivo per Disturbi Cognitivi Comportamentali Gravi le cadute sono state 4 in totale;
- il 35% delle cadute ha provocato danni, mentre nel 65% dei casi non ne è stato rilevato alcuno. (Grafico 1)

Come riscontrato in letteratura, sono stati riferiti più episodi di caduta per lo stesso paziente.

Nel grafico n. 2 viene presentata la distribuzione dei luoghi in cui sono avvenute le cadute.

Nel grafico n. 3 è rappresentata la modalità della caduta.

Nel grafico n. 4 sono mostrati i meccanismi ed i fattori che hanno contribuito alla caduta.

Nel 20% dei casi, i pazienti hanno indossato calzature aperte durante la caduta,

nel 58% calzature chiuse e nel 22% sono risultati scalzi, o hanno indossato calzini.

Purtroppo, il "fattore calzatura" non è un elemento facilmente modificabile da parte degli operatori sanitari, soprattutto per i pazienti che si trovano in un contesto di disabilità psichica: infatti, questi vanificano gli interventi del personale finalizzati ad un corretto impiego delle calzature.

In seguito ad ogni evento, il personale sanitario è intervenuto immediatamente, rilevando i parametri vitali, mettendo il paziente in una posizione sicura e chiamando il medico di guardia nel 71% dei casi; nel 32% sono state effettuate medicazioni, 5 pazienti sono stati inviati in Pronto Soccorso per eseguire ulteriori accertamenti.

In particolare, nei differenti *setting* assistenziali emerge quanto segue:

- il reparto in cui sono avvenute più cadute è il PRF neuromotorio, l'unico reparto in cui i pazienti sono sia di sesso maschile (49%) che femminile (51%);
- il fattore di rischio aggressione/colluttazione con altro paziente dell'Istituto ha

rappresentato il meccanismo e fattore contribuente della caduta in 7 casi di pazienti con disabilità psichica. In altri tre casi c'è stata un'aggressione, ma questa non ha portato ad una vera e propria caduta, quanto ad una perdita di forza/cedimento e perdita di equilibrio, i quali sono considerati proprio un fattore contribuente alla caduta.

In questo studio è stata anche calcolata l'incidenza (intesa come rischio incidente o assoluto) su tutti i pazienti ricoverati, in quanto tutti potenzialmente a rischio di cadere per la presenza di uno o più fattori di rischio intrinseci.

Chiaramente, l'evento avverso caduta è stato considerato al pari di una patologia proprio perché causa di conseguenze spesso irreversibili.

Il rischio è massimo (cioè, pari a 1) nel PRF neuromotorio.

DISCUSSIONE

Dai dati raccolti si evidenzia che la maggior parte delle cadute avvenute nel periodo in esame sono di tipo accidentale e non prevedibile.

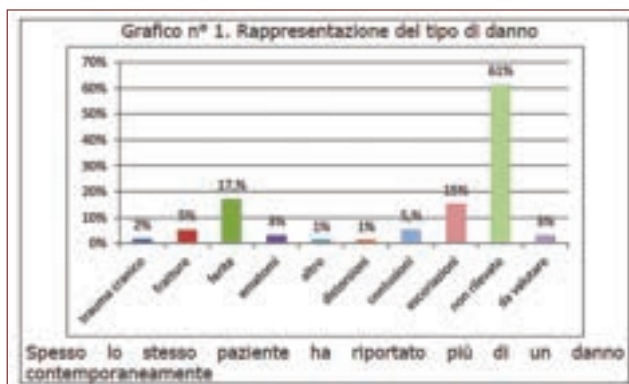


Grafico 1



Grafico 2

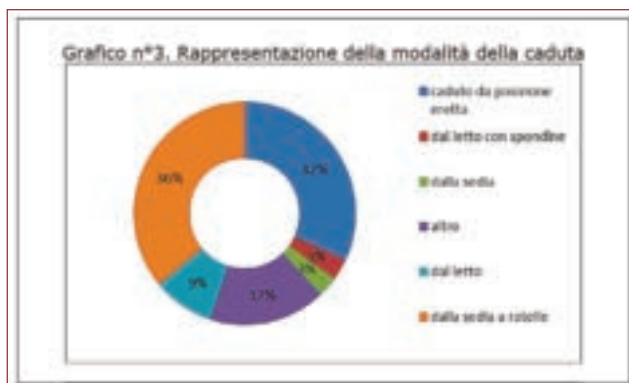


Grafico 3



Grafico 4

Inoltre, la maggior parte dei pazienti, per fattori cognitivi, non è in grado di ricevere un'educazione sanitaria, quindi di mettere in pratica le utili indicazioni preventive.

Le condizioni fisiologiche precarie, lo scarso orientamento e la mancata autonomia rientrano tra le principali cause di cadute fisiologiche imprevedibili.

Per quanto concerne l'area della disabilità psichica, la maggior parte delle cadute presenta cause e fattori di rischio non controllabili dal personale sanitario, in considerazione del fatto che i pazienti sono caratterizzati da forme di disabilità complesse in cui la prevalente componente psichica può essere associata a quella fisica e/o sensoriale.

Nonostante ciò, le strategie di prevenzione sono fondamentali per la riduzione del rischio di cadute.

Tra le misure generali, si sottolinea l'importanza del controllo e della modifica, ove necessario, sia dell'ambiente (quali adeguata illuminazione, rimozione delle barriere ambientali) che dell'abbigliamento e delle calzature del paziente, sebbene nella gestione di indumenti e calzature il comportamento dei pazienti rende in parte vane le strategie preventive.

Tra gli interventi di prevenzione specifici si evidenziano sia gli approcci riabilitativi di tipo fisioterapico, logopedico, educativo, occupazionale che permettono il recupero ed il mantenimento delle autonomie di base, sia la terapia farmacologica e psico-educazionale, che aiuta i pazienti con disabilità psichica e sensoriale a raggiungere una compensazione e stabilizzazione dei disturbi del comportamento.

CONCLUSIONI

Le strategie adottate nell'Istituto San Giovanni di Dio, tra cui: scale di valutazione del rischio di caduta individuale, sistemi di *incident reporting*, protocolli e strategie operative, rilevazione delle criticità tramite riunioni d'equipe e comunicazione tra operatori, hanno permesso di ridurre le cadute prevedibili e non su tutta la popolazione dei ricoverati.

Molti sono i fattori che contribuiscono all'evento caduta nell'anziano ed è proprio la multifattorialità che costituisce l'ele-

Allegato 1

SCHEDA ANALISI E SEGNALAZIONE DELLE CADUTE			
Ricostruzione dell'evento			
Paziente		Reparto/Servizio	
Data di Nascita		Sesso	
Data caduta	Ora caduta		
Tipo di caduta	Con danno	Da valutare con ulteriori accertamenti	
	Senza danno		
Tipo di danno	Trauma Cranico	Distorsioni	
	Fratture	Contusioni	
	Ferite	Escoriazioni	
	Ematomi	Non Rilevato	
	Altro		
Luogo dell'evento	Camera	Corridoio	
	Bagno	Scale	
	Esterni	Altro	
Modalità della caduta	Caduto da posizione eretta	Dal letto	
	Dal letto con spondine	Dalla sedia a rotelle	
	Dalla sedia	Dalla barella	
	Altro		
Dinamica evento	Camminava nel corridoio	Camminava in camera	
	Durante la movimentazione assistita		
	Altro		
Meccanismo della caduta / Fattori contribuenti	Inciampato	Scivolato	
	Perdita di forza/cedimento	Perdita d'equilibrio	
	Perdita di coscienza	Capogiro/svenimento	
	Non rilevabile	Aggressione/colluttazione con altro paziente	
Rilevazione parametri vitali successive alla caduta	P.A. Ora		
	F.C. Ora		
Tipo di calzatura	Aperta		
	Chiusa		
	Calzini/Scalzo		
Tipologia di assistenza fornita	Medicazione presso il reparto	Medicazione + punti di sutura presso il reparto	
	Invio in PS	Richiesta consulenza interna	
	Altro		
Intervento del medico	SI Ora		
	NO		
Indice di priorità¹	Verde		
	Giallo		
	Rosso		
Comunicazione ai familiari	SI Data Ora		
	NO		
Dati Segnalazione			
N° operatori in turno / n° totale dei pazienti			
Segnalatore	Data Segnalazione	Firma	
Professione	Medico		
	Infermiere		
	OTA		
	OSS		
	Altro		
Testimoni della caduta			
Cognome Nome		Firma	
Professione	Altro Paziente		
	Familiare		
	Personale Sanitario		

¹ Da compilare soltanto se il paziente, a seguito della caduta, è stato inviato al P.S.

mento critico per la prevenzione delle cadute.

Di conseguenza, le azioni preventive devono essere necessariamente indirizzate verso la molteplicità delle cause che sottendono a tale evento.

La sensibilizzazione e la condivisione del progetto di prevenzione e gestione delle cadute ha reso gli operatori sanitari consapevoli delle criticità interne, ha permesso lo sviluppo di una maggiore responsabilizzazione e partecipazione alle iniziative di analisi e un continuo lavoro per il miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Le procedure aziendali, in tale contesto, sono state elaborate dalla Direzione Sanitaria con la consapevolezza che, in fasi successive, si sarebbe resa opportuna la partecipazione attiva del personale per

revisioni e modifiche.

Si evince, dunque, che, **per poter attuare il *Clinical Risk Management*, è necessaria la partecipazione attiva di tutti ad una cultura della condivisione dell'errore che permetta di segnalare le deficienze riscontrate nella struttura.**

È noto infatti che dall'evento/incidente è possibile trarre elementi utili per il cambiamento e miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e ai fini della prevenzione di episodi della stessa natura o simili.

Tale opportunità, di solito, è però vanificata dalla naturale propensione difensiva dei soggetti coinvolti, che vivono l'esperienza dell'errore come una mancanza da nascondere perché fonte di biasimo e di conseguenze negative.

Tutte le strategie sono, pertanto, finaliz-

zate al superamento di una cultura colpevolizzante mediante eventi formativi mirati ed incontri di *Risk Management*. Inoltre, la segnalazione informatizzata degli eventi consentirebbe la creazione di un database utile per l'analisi dei dati e per un riscontro tangibile e motivante, rispetto alle metodologie preventive adottate.

AUTORI:

Giulia Bianchi Matè, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Master di I livello in Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie;

Maria Cardarelli, Direttore Sanitario Istituto San Giovanni di Dio, FBF Genzano, Roma, Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli.

BIBLIOGRAFIA

Capon A, Di Lallo D, Mastromattei A, Simeoni S, *La fragilità nell'anziano: valutazione di un intervento di prevenzione delle cadute in un campione di anziani seguiti da un gruppo di MMG della provincia di Latina*; 2004: pp. 139-149.

Fonzo V, *Cadute nell'anziano. Quesiti Clinico-Assistenziali*. 2012. Disponibile in http://fad.saepe.it/approfondimenti/NF12_prevenzione_cadute_def.0.pdf (27/02/2017).

Ministero della Salute, *Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della cadute del paziente nelle strutture sanitarie* (n.13); 2011.

Boarino G et al, *Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita*, ASL CN 2. 2010. Disponibile in http://www.aslcn2.it/filemanager/modulistica/relazioni%20con%20gli%20utenti/3%20-%20PGSGQ55%20Prev_Gestione%20cadute%20in%20PDF%20DOCS%20PA.pdf. (27/02/2017).

Gruppo di lavoro di coordinamento del progetto regionale, *I quaderni delle campagne per la sicurezza del paziente – la prevenzione delle cadute in ospedale del Servizio Sanitario della Toscana, Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente*. Ed. ETS. 2011.

National Patient Safety Agency, *Slips, trips and falls in hospital*. Summary PSO/3. Disponibile in <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60129> (27/02/2017).

Programma nazionale per le linee-guida, *Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani*. In collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità ed il Ministero della Salute. 2007. Disponibile in http://www.snlg-iss.it/Ign_cadute_da_incidente_domestico_negli_anziani (27/02/2017).

Cartabellotta A, *Linee-guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine!* Evidence, Gimbe news, 2008. Disponibile in <http://www.evidence.it/articolodettaglio/210/it/44/linee-guida-percorsi-processi-procedure-protocolli-il-caos-articolo> (27/02/2017).

Ministero della Salute, *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. Dipartimento Della Qualità Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Essenziali Di Assistenza E Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III.

Servizio Sanitario Toscana-Gestione rischio clinico, *La prevenzione delle cadute in ospedale*. Ed. ETS. 2011.

Raccomandazione Comitato dei Ministri dell'Unione Europea n.7 del 2006.

DCA 431/2012 e DCA 39/2012.

Azienda ospedaliera Mellini di Chiari, Approvato dal Gruppo di Governo della Qualità e del Rischio Clinico. *Piano attività di Risk Management-qualità e patient safety*. 2012.

Nursing sistemico: verso un nuovo approccio integrato

di Ippolito Notarnicola, Alessandro Stievano

INTRODUZIONE

Il campo dell'assistenza infermieristica riguarda la promozione, la gestione e il ripristino della salute.

La salute, viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come: *"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"* e, pertanto, **è da ritenersi un diritto fondamentale di ogni essere umano**.

La salute, perciò, va considerata come una risorsa che, quotidianamente, consente ad ogni essere umano di poter condurre una vita proficua a livello economico, sociale e individuale. L'essere umano è "un sistema aperto" (che non può essere considerato chiuso) e "complesso" che ha la capacità di interagire con l'ambiente esterno in modo dinamico e continuativo. Non a caso le relazioni che ogni singolo ha in società sono fondamentali.

Ed è per questo che non bisogna avere una visione dell'essere umano come individuo "solo ed isolato", ma all'interno di un sistema di relazioni, o meglio, l'individuo è "un sistema adattativo complesso (Cas)" (Notarnicola et al., 2017). È importante, quindi, la quantità e la qualità delle informazioni che ogni individuo è in grado di ricevere, di comunicare e, in seguito, di elaborare.

Possiamo considerare l'essere umano come una agente multilivello che opera in ambienti differenti in maniera inces-

sante, capace di partecipare ad uno sviluppo complessivo e collettivo.

La salute va considerata come una manifestazione e il risultato di una miriade di inter-relazioni complesse nella struttura e nella funzione, sia all'interno che attraverso i molti livelli di organizzazione, dalle molecole, dalle cellule ai sistemi di tutto il corpo, alla loro interfaccia con interi ecosistemi (West, 2012).

Sebbene la visione "riduzionistica" tradizionale del Nursing abbia avuto indiscutibilmente successo e portato a grandi progressi (e notevoli intuizioni), potrebbe essere arrivato il momento di un approccio più composito, utile a integrarlo. In questo, secondo alcuni ricercatori la Scienza della complessità rappresenta semplicemente lo stadio successivo della comprensione del funzionamento dei sistemi (Fawcett, Barrett, & Wright, 2008). Ma, negli ultimi anni, questa sta, gradualmente, entrando nel Nursing.

Infatti, se l'Infermieristica ha, per tradizione, lo studio dei sistemi visti come "connessioni e interazioni all'interno di un paradigma dei sistemi e deve continuare in una visione moderna" (Holden, 2005), il fatto che la Scienza della complessità vi stia entrando diviene rilevante perché spiegano la salute e la malattia come stati diversi di un Cas. Quindi, la comprensione dello stato di salute e delle cure richiede un approccio della Scienza della complessità, introducendo una nuova dimensione per la cura e l'assistenza dei

pazienti. Ovvero, saper comprendere con quali mezzi possiamo migliorare lo stato di salute, visto che, fino a questo momento, è stato solo praticato in maniera insolita (Bircher & Hahn, 2016a).

Secondo alcuni ricercatori olandesi, un approccio sistemico – come il pensiero sistemico – *"incorpora le interazioni tra fattori rilevanti fornendo delle informazioni aggiuntive per la pianificazione e la valutazione della promozione della salute"* (Naaldenberg et al., 2009).

E, appunto per questo, il pensiero sistemico è stato definito come: *"un processo applicato a individui, team e organizzazioni per influenzare la causa e l'effetto laddove le soluzioni a problemi complessi sono realizzate attraverso uno sforzo collaborativo in base alle capacità personali rispetto al miglioramento dei componenti e al complesso. I principali attributi che caratterizzano il pensiero sistemico sono: il sistema dinamico, la prospettiva olistica, l'identificazione del modello e la trasformazione"* (Stalter et al., 2017).

Ergo, il pensiero sistemico è la capacità di riconoscere, comprendere e sintetizzare le interazioni e le interdipendenze in un sistema.

Tale metodo include la capacità di riconoscere schemi e ripetizioni nelle interazioni e una comprensione di come le azioni e le componenti possono rinforzarsi o neutralizzarsi a vicenda (Dolansky & Moore, 2013).

In altre parole, **il pensiero sistemico met-**

te in relazione l'ambiente di una persona al suo modo di agire all'interno di un sistema. Nell'erogazione dell'assistenza infermieristica, ciò implica la comprensione, da parte dell'infermiere, della valutazione di come le componenti di un sistema sanitario complesso influenzino la cura di un singolo paziente (Dolansky & Moore, 2013).

Il pensiero sistemico è una attitudine essenziale per gli infermieri.

Tuttavia, anche se quest'abilità è importante, c'è scarsa conoscenza di questo processo di pensiero e bisogna impegnarsi per invertire la tendenza, affinché esso abbia un ruolo chiave in una prospettiva di miglioramento dell'assistenza ai pazienti in organizzazioni sanitarie sempre più complesse.

Per educare al pensiero sistemico è importante migliorare la consapevolezza degli infermieri sulle interdipendenze nelle persone nei processi e nei servizi, e vedere nei problemi già avvenuti la parte di una catena di eventi di un sistema più ampio, piuttosto che come eventi a sé stanti, indipendenti.

Parole-chiave combinate: health, system thinking, Complex Adaptive System, nursing.

OBIETTIVI E METODI

Lo scopo di questo articolo è di riassumere e di evidenziare le premesse epistemologiche di metodo scientifico e di mostrare in dettaglio come applicare la scienza del modello e della complessità per una migliore comprensione della cura e dell'assistenza del paziente.

È stata intrapresa una ricerca bibliografica senza limiti temporali per recuperare gli articoli pubblicati utilizzando i seguenti database: Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®), PubMed® e Google Scholar®. Una volta identificati gli articoli, con il supporto analitico di ENDNOTE X8 (Thomson Reuters®, New York), i duplicati sono stati esclusi e gli articoli di interesse selezionati.

Sono stati recuperati e inclusi solo gli articoli in inglese. Inoltre, era necessario che, sia nel titolo che nell'*abstract*, con-

tenessero le parole-chiave selezionate. Obiettivo: identificare le evidenze in letteratura che delineavano il concetto di *Nursing* e come questo viene visto attraverso il pensiero sistemico.

Inizialmente, sono stati ritrovati 676 articoli. Dopo la rimozione dei duplicati, ne sono rimasti 646.

Gli articoli reperiti hanno utilizzato varie metodologie di ricerca, pertanto il materiale a disposizione è risultato interessante per i vari argomenti analizzati, soprattutto sul pensiero sistemico in funzione del concetto di salute (cosa che ha portato all'individuazione di 278 articoli). In seguito, sono stati analizzati gli articoli concentrandosi su quelli in cui il pensiero sistemico e il concetto di salute erano nel titolo e nell'*abstract* o c'erano contenuti inerenti a questi concetti. Ciò, ha portato all'analisi e alla discussione di

soli 10 articoli, letti e analizzati per identificare i contenuti in base allo scopo di questo documento. (Figura 1)

DISCUSSIONE

Il concetto di salute spiegato come un Cas offre nuove prospettive, in particolare agli infermieri e a tutta l'Infermieristica (Bircher & Kuruvilla, 2014). Nell'Infermieristica è importante comprendere lo stato di salute dei pazienti, in particolare, per poter migliorare le proprie competenze essenziali e la pratica clinica.

In questo, il Modello di Meikirch assume un particolare rilevanza, in quanto considera il paziente un Cas, ergo con tutte le proprietà di Cas.

Ciò è importante in quanto le relazioni dei Cas con altri concetti ci fornisce la base per nuove prospettive di sviluppo della teoria infermieristica.

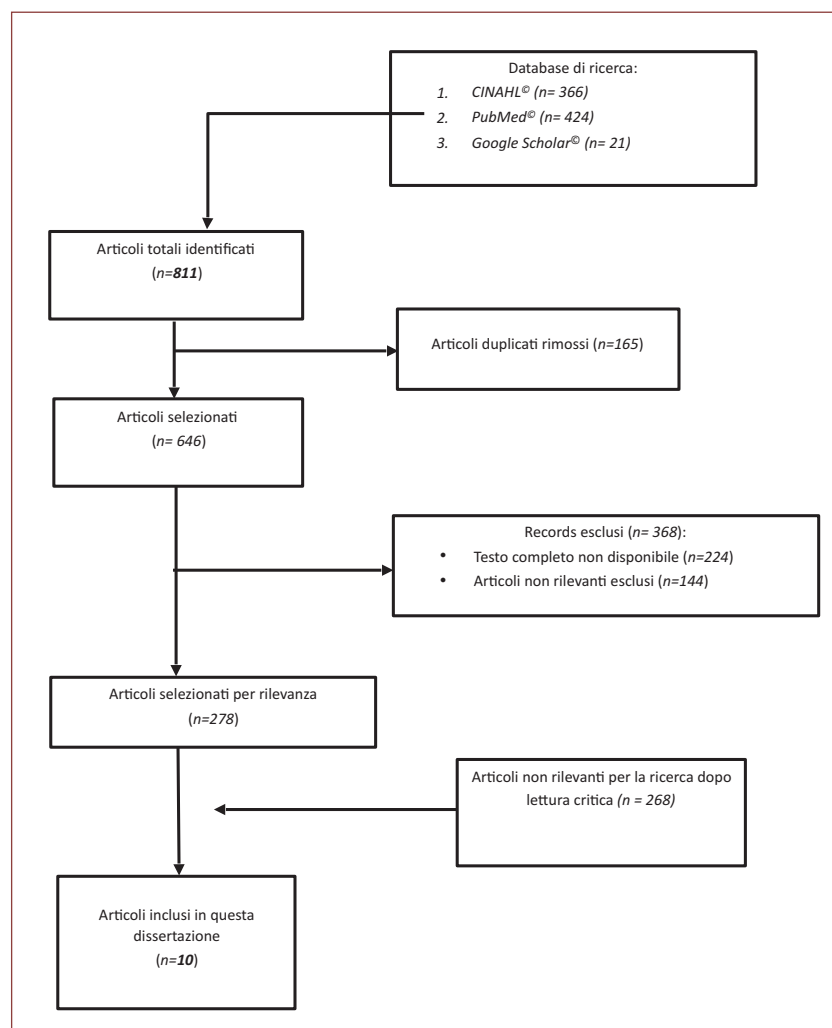


Figura 1



Non a caso, questa discussione ci fornisce ulteriori elementi per delineare il concetto dei Cas all'interno dell'Infermieristica, sviluppando diverse prospettive teoriche proprie della disciplina stessa, da poter utilizzare in diversi campi clinici e accademici (Notarnicola et al., 2017).

Per lo più, gli infermieri analizzando in maniera particolare i Cas hanno l'opportunità di ridisegnare la pratica clinica e accademica, integrandola con teorie e modelli di altri professionisti sanitari, per poter risolvere e semplificare problemi complessi, come ad esempio lo stato di salute.

A livello accademico, ad esempio, nei laboratori di simulazione, il pensiero sistemico aumenta la percezione iniziale degli studenti e dei docenti, ampliando le capacità di pensiero critico, della comunicazione interprofessionale e delle operazioni di laboratorio (Gill, 2017).

Inoltre, stanno emergendo nuovi strumenti computazionali che vanno dalla simulazione computazionale, analisi dei *social network* e *data mining*: ad esem-

pio, nella modellizzazione computazionale una serie di strumenti sono interconnessi e vengono sviluppati per rispondere a domande sul funzionamento dei Cas, compresi i comportamenti degli individui in quei sistemi che non possono essere affrontati utilizzando altri metodi di ricerca tradizionali (Clancy, Effken, & Pesut, 2008).

Nell'assistenza e nella cura dei pazienti, chi non ha capacità di sviluppare il pensiero sistemico, la comprensione della salute rimane frammentaria, creando quei fattori dannosi per la sicurezza stessa dei pazienti.

Cosicché, la mancanza di pensiero sistemico crea un ambiente di cura negativo, in cui il paziente è visto come il destinatario passivo dell'assistenza, creando ulteriori deficit nell'intero sistema in termini di costo delle cure, oneri finanziari, mortalità e morbidità e declino del paziente soddisfazione (Stalter et al., 2017).

Attraverso il pensiero sistemico, quindi, possiamo organizzare, modellare e guidare e pure costruire un modello concet-

tuale, offrendoci una visione attraverso la quale mettere a fuoco idee e relazioni (Chaffee & McNeill, 2007).

Applicare i principi del pensiero sistemico e dei Cas all'assistenza infermieristica e utilizzare un nuovo modello apre a nuove idee di pensiero e di studio, offrendo approfondimenti e nuovi punti di vista l'intera comunità infermieristica.

CONCLUSIONI

Il pensiero sistemico connette diversi settori della conoscenza e definisce i concetti principali quali sistema, organizzazione sociale e familiare, causalità circolare, interdipendenza delle parti come portanti di un nuovo modello di pensiero. Quest'approccio nasce dall'esigenza di superare il modello meccanicistico (secondo cui ogni persona compie azioni per effetto di causalità lineari) in favore di una lettura delle causalità circolari, pertanto in azioni più complesse.

Fino ad oggi, l'Infermieristica tradizionale non si è occupata dell'assistenza sanitaria in maniera razionale: ha, invece, usato un processo intuitivo non fornendo nuo-

ve evidenze sulla comprensione della salute.

Nell'assistenza e la cura dei pazienti, chi non ha capacità di sviluppare il pensiero sistemico, la comprensione della salute rimane frammentaria, creando tutti quei

fattori dannosi che si possono immaginare per la sicurezza dei pazienti.

AUTORI:

Ippolito Notarnicola, PhD, MScN, RN, Ricercatore Centro di Eccellenza per la Cul-

tura e la Ricerca Infermieristica Opi Roma;

Alessandro Stievano PhD, MScN, RN, Ricercatore e Coordinatore Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, Opi Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Bircher J & Hahn E. G, *Applying a complex adaptive system's understanding of health to primary care*. *F1000Res*, 5, 1672. 2016 doi:10.12688/f1000research.9042.2
- Bircher J & Hahn E.G, *Understanding the nature of health: New perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs*. *F1000Res*, 5, 167. doi:10.12688/f1000research.7849.1. 2016.
- Bircher J & Hahn E.G, *Will the Meikirch Model, a New Framework for Health, Induce a Paradigm Shift in Healthcare?* *Cureus*, 9(3), e1081. 2017doi:10.7759/cureus.1081
- Bircher J & Kuruvilla S, *Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health*. *J Public Health Policy*, 35(3), 363-386. 2014doi:10.1057/jph.2014.19
- Chaffee M.W & McNeill M.M, *A model of nursing as a complex adaptive system*. *Nursing Outlook*, 55(5), 232-241.e233. 2007 doi:https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.04.003
- Clancy T.R, Effken J.A & Pesut D, *Applications of complex systems theory in nursing education, research, and practice*. *Nurs Outlook*, 56(5), 248-256 e243. 2008. doi:10.1016/j.outlook.2008.06.010
- Dolansky M.A & Moore S.M, *Quality and Safety Education for Nurses (QSEN): the key is systems thinking*. *Online J Issues Nurs*, 18(3), 1. 2013.
- Fawcett J, Barrett E.A & Wright B.W, *Development of a new conceptual model of nursing*. *Nurs Outlook*, 56(2), 49. doi:10.1016/j.outlook.2008.01.003. 2008.
- Gill T, *Development and Implementation of a Simulated Laboratory Information System to Enhance Student Critical Thinking Skills and Laboratory Operations*. *Clinical Laboratory Science*, 30(2), 88-89. 2017.
- Holden L.M, *Complex adaptive systems: concept analysis*. *J Adv Nurs*, 52(6), 651-657. 2005doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03638. 2005.
- Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers A. M, Saan H & De Hoog K, *Elaborating on systems thinking in health promotion practice*. *Global Health Promotion*, 16(1), 39-47. 2009. doi:10.1177/1757975908100749
- Notarnicola I, Petrucci C, De Jesus Barbosa M.R, Giorgi F, Stievano A, Rocco G & Lancia L, *Complex adaptive systems and their relevance for nursing: an evolutionary concept analysis*. *Int J Nurs Pract*, 23(3). doi:10.1111/ijn.12522. 2017.
- Powell K.E, Kibbe D.L, Ferencik R, Soderquist C, Phillips M. A, Vall E.A & Minyard K.J, *Systems Thinking and Simulation Modeling to Inform Childhood Obesity Policy and Practice*. *Public Health Reports*, 132, 33S-38S. 2017. doi:10.1177/0033354917723601
- Simmons S.J, *Health: a concept analysis*. *International Journal of Nursing Studies*, 26(2), 155-161. 1989. doi:10.1016/0020-7489(89)90031-X
- Stalter A.M, Phillips J.M, Ruggiero J.S, Scardaville D.L, Merriam D, Dolansky M.A, Winegardner S, *A Concept Analysis of Systems Thinking*. *Nursing Forum*, 52(4), 323-330. doi:10.1111/nuf.12196. 2017.
- West G.B, *The importance of quantitative systemic thinking in medicine*. *The Lancet*, 379(9825), 1551-1559. doi:10.1016/s0140-6736(12)60281-5. 2012.
- WHO, *The world health report 2000: health systems: improving performance*: World Health Organization. 2012.

La valutazione infermieristica Funzione-chiave dell'assistenza

Nel contesto di un'assistenza sanitaria sempre più diversificata e in cambiamento, gli infermieri sono in prima linea nel coordinare ed erogare un'assistenza olistica, e la valutazione infermieristica è una funzione-chiave dell'assistenza, per assicurare alla persona cure ottimali.

Questo testo offre gli strumenti di valutazione per aiutare l'infermiere professionista e lo studente infermiere a effettuare un accertamento completo e a svolgere un esame fisico esauriente di ogni assistito.

Il testo spiega come porre domande pertinenti e riconoscere segnali verbali e non verbali mentre si raccolgono informazioni dall'assistito per ciascun sistema corporeo. In seguito, descrive come questi risultati possono essere utilizzati, grazie alla loro interpretazione critica, per attribuire le priorità e organizzare l'esame fisico. I risultati soggettivi e oggettivi raccolti durante la valutazione infermieristica forniranno la base per la diagnosi infermieristica e il piano di assistenza personalizzato.

Il testo pone in evidenza gli aspetti di promozione della salute e prevenzione delle malattie che gli infermieri devono avere presenti quando svolgono attività di educazione alla salute degli as-



sistiti, delle famiglie e delle comunità. Inoltre, presenta numerosi richiami di anatomia e fisiologia, indispensabili per effettuare un esame obiettivo su dati utili a determinare le condizioni e i bisogni degli assistiti.

Ogni capitolo si chiude con una serie di tavole che riportano le anomalie che è possibile rilevare durante l'esame fisico, per migliorare la conoscenza dei lettori sulle condizioni cliniche importanti, su quello che si dovrebbe cercare e sul perché vengono fatte certe domande a chi si sta valutando.

Diviso in III Sezioni (Sezione I, Fondamenti; Sezione II, Sistemi corporei e Sezione III, Specifiche fasi della vita), questo volume è utile soprattutto per studenti dei CdL in Infermieristica e dei Corsi di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche e ostetriche.

Nonché per gli studenti dei Corsi Master di Infermieristica e per gli infermieri clinici.

Hogan, Quigley, Palm, Bickley, Bates
Bates, valutazione per l'assistenza infermieristica
Esame fisico e storia della persona assistita
CEA, 2017, 960 pagg (84,00 Euro)

La costruzione dell' "infermiera moderna"

Questo libro esplora i processi che, nel primo trentennio del Novecento hanno portato, in Italia, alla costruzione discorsiva e simbolica dell'assistenza infermieristica come professione "tipicamente femminile".

La storia dell' "infermiera moderna", una figura ideale che in quegli anni pervade i discorsi di attori sociali differenti quali: il movimento femminile, i medici ospedalieri, e gli artefici della medicina sociale.

Diviso in quattro capitoli (ognuno con i suoi approfondimenti), il libro della Fiorilli, che fa parte della Collana del "Premio Franca Pieroni Bortolotti" voluto dal Consiglio Regionale della Toscana, consente di gettare uno sguardo sulle nuove idee e pratiche di gestione della salute pubblica e del "patrimonio biologico" della nazione che si fanno strada al termine del-



la Grande Guerra.

L'analisi del processo di ascesa di questa figura infermieristica permette di analizzare da un'angolazione inusuale il modo in cui si incrociano e si sostengono, a vicenda, tecniche di controllo dei corpi, dispositivi biopolitici e "tecnologie del genere".

L'autrice, Olivia Fiorilli, si è laureata in Storia contemporanea presso l'Università di Roma Sapienza con una tesi sull'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà.

Silvia Fiorilli

La signorina dell'Igiene. Genere e biopolitica nella costruzione dell'infermiera moderna.

Pisa University Press editore,
320 pagg. (10,00 Euro)

Omicidio colposo all'infermiere che, in sede di triage, assegna il codice verde in caso di successivo decesso del paziente

La Corte di Cassazione - IV sezione penale, con la recentissima sentenza 10 aprile 2017, n. 18100, è intervenuta in materia di responsabilità dell'infermiere in servizio presso il triage di un Pronto Soccorso.

Come noto, con il termine "trriage" (dal verbo francese "trier": scegliere, classificare) si indica il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità per il trattamento delle patologie degli utenti che fanno richiesta a un Pronto Soccorso.

In tal modo, è possibile razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, utilizzando, quale criterio di scelta, le condizioni cliniche degli stessi e non il criterio dell'ordine di arrivo.

Come precisa anche il Ministero della Salute sul proprio portale web: "il triage è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose

per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica. L'infermiere, presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, opera sotto la supervisione del medico in servizio e secondo protocolli predefiniti e approvati dal responsabile del pronto soccorso o del dipartimento di emergenza-urgenza (D.E.A.)".

In particolare, l'attività di triage consta di una prima fase di accoglienza in cui non si procede che alla mera raccolta dei dati anagrafici e alla registrazione del paziente, ma anche alla raccolta di eventuale documentazione medica già in suo possesso, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, di una prima anamnesi (ove necessario) nonché al rilevamento dei parametri vitali. Sulla base delle informazioni in tal modo raccolte si procede alla seconda fase di assegnazione del codice di gravità sulla base di quanto indicato nel decreto del Ministero della Sanità del 15 maggio 1992.

Pertanto sarà necessario assegnare: codice rosso: molto critico,



pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure; codice giallo: mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita; codice verde: poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili; codice bianco: non critico, pazienti non urgenti.

Ciò premesso, occorre analizzare **a che tipo di responsabilità si espone l'infermiere in servizio presso il triage** che omette di assumere tutte le informazioni necessarie poc'anzi descritte e assegna, conseguentemente, un codice errato al paziente, causando così gravi complicazioni che possono portare alla morte dello stesso.

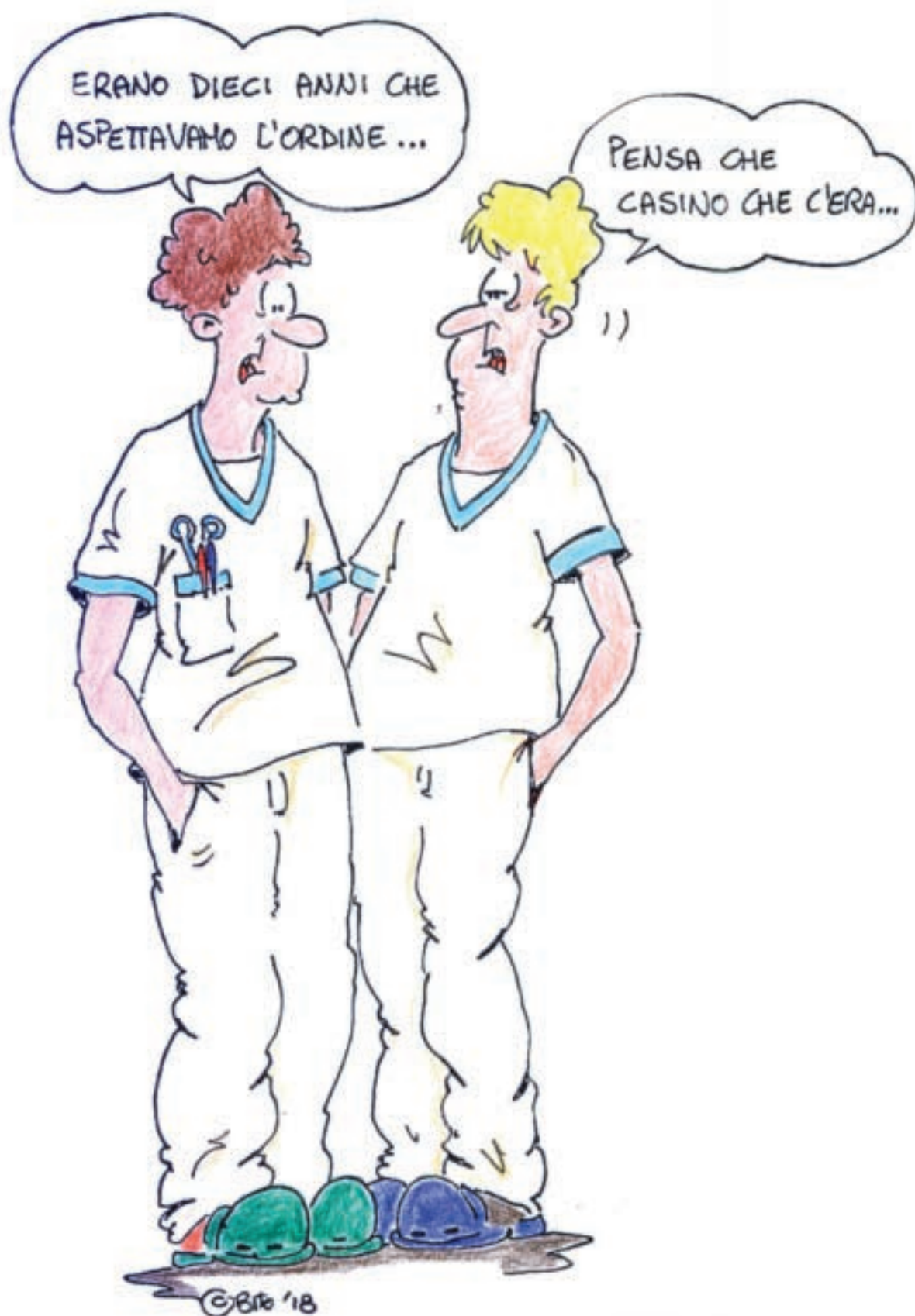
Nel caso sottoposto allo scrutinio della Corte di Cassazione, un infermiere responsabile del servizio di triage di Pronto Soccorso, in turno dalle ore 7 alle ore 14, era accusato di aver errato la valutazione del codice da assegnare nei confronti di un paziente.

Nello specifico, gli si addebitava di aver trascurato le indicazioni contenute nel referto redatto dal personale dell'ambulanza che aveva prelevato il malato presso la propria abitazione, ove era assegnato un codice giallo e dove erano state riportate le dichiarazioni rese dai familiari, in ordine al precedente decesso per infarto cardiaco occorso al padre del D.F.; di non aver provveduto a un esame del paziente, secondo le linee del triage infermieristico del predetto Ospedale, al momento dell'ingresso al Pronto Soccorso alle ore 11.49; l'incompleta compilazione della scheda di accettazione; la circostanza di aver trascurato il richiamato elemento della familiarità; l'errata attribuzione di un codice verde, laddove la corretta valutazione dei sintomi, in sede di triage, avrebbe imposto l'assegnazione di un codice giallo; l'omessa rivalutazione del paziente tra le ore 11.49 e le ore 14, così che, alle ore 15.08, gli infermieri subentrati nel turno, accertavano le condizioni gravissime del malato, che veniva immediatamente ricoverato nel reparto di Cardiologia, ove decedeva alle successive ore 16.30.

Alla luce di tale successione cronologica degli eventi, la Cassazione, e prima ancora il Tribunale e la Corte di Appello, ha valutato sussistente il requisito soggettivo della colpa in quanto l'infermiere risultava aver *"violato sia le linee guida del triage, sia le regole di comune diligenza e perizia richieste agli infermieri professionali addetti al Pronto Soccorso, tenuto conto dei sintomi mostrati dal paziente (perdita di conoscenza; incontinenza urinaria) e della acquisita anamnesi familiare. Già in sede di prelievo del paziente presso il proprio domicilio, infatti, era stato rilevato il dato attinente al precedente caso di infarto del miocardio, occorso al padre del paziente quando aveva l'età di (OMISSIS) anni, la medesima del paziente di cui si tratta. La Corte territoriale ha pure rilevato che le condizioni di sovraffollamento della struttura sanitaria, il giorno del fatto, non autorizzavano altrimenti la declassificazione del triage rispetto ai codici di priorità gialli, che afferiscono a patologie degne di particolare attenzione"*. La Corte prosegue evidenziando come: *"l'assegnazione di un corretto codice di priorità avrebbe comportato, secondo le indicazioni delle linee guida, l'effettuazione dell'elettrocardiogramma entro trenta minuti, evenienza che avrebbe consentito di intraprendere utilmente il corretto percorso diagnostico e terapeutico. [...] tale accertamento avrebbe consentito di intraprendere in tempo utile il corretto percorso diagnostico e terapeutico"*.

In tali circostanze, pertanto, la Cassazione conferma il proprio orientamento in base al quale un sovraffollamento del Pronto Soccorso non vale a scriminare una condotta contraria alle linee-guida da parte dell'infermiere responsabile di triage, mentre innova radicalmente il proprio orientamento precisando come, laddove necessario ai fini di valutare la gravità della situazione clinica del paziente, una prima anamnesi rientra tra gli oneri dell'infermiere preposto, così da poter intervenire tempestivamente in caso di possibili complicanze.

Avv. Nicoletta Galli



NORME EDITORIALI

Quali regole seguire per pubblicare un articolo su “Infermiere Oggi”

“Infermiere Oggi” pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L’articolo è sotto la responsabilità dell’autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi. Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai 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 all’Opi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

PRIMO CONGRESSO NAZIONALE

FEDERAZIONE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

ROMA 5-6-7 MARZO 2018
AUDITORIUM PARCO DELLA MUSICA

NOI INFERMIERI

la nostra impronta sul sistema salute



**GRAZIE PER
LA PARTECIPAZIONE**