

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazioni e cultura dell'OPI di Roma

N° 2



Giornata dell'Infermiere 2018
L'Ordine scende in piazza

X Workshop Cecri
a Villa Carpegna

Legge Lorenzin: quali
novità per gli infermieri?



INFERMIERE

oggi



Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opì di Roma
Anno XXVIII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 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, Nataschia Mazzitelli,
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: giugno 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'Opì di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Infermieri e cittadini: dalla stessa parte**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **LE INIZIATIVE PER LA GIORNATA DELL'INFERMIERE 2018**

DICONO DI NOI

- 16 **Pochi e maltrattati: il 2018 iniziato male per gli infermieri**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 19 **Infermieri e cittadini: dal Congresso Fnopi la ricetta per migliorare l'assistenza**
"Tante vite si salvano grazie a voi!"
Il Papa incontra gli infermieri
- 26 **Violenze sugli operatori sanitari mentre lavorano**
La posizione della Fnopi
- 27 **Nato l'Osservatorio nazionale sulle aggressioni agli operatori della salute**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 28 **Il nuovo assetto nel Lazio per il governo della Sanità**
- 29 **Rosaria Alvaro, professore ordinario all'Università di Tor Vergata**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 30 **Biblioteca, presentata la relazione annuale**
- 35 **Bilancio 2017**
- 37 **Fondazione "Insieme per Vita agli Anni"**
Concorso per un progetto di ricerca
- 37 **Si al progetto per "San Donato's group"**
- 38 **All'Istituto Superiore di Sanità Opì di Roma discute di vaccinazioni e coinvolgimento infermieristico**

CONTRIBUTI

- 39 **Efficacia delle strategie di intervento comportamentale che utilizzano applicazioni sanitarie per dispositivi mobili per la gestione delle malattie croniche**
Una revisione sistematica della letteratura
di Silvia Sferrazza, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese
- 43 **Audit clinico sull'implementazione delle buone pratiche per la gestione della contezione fisica dei pazienti ospedalizzati**
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Fabrizio d'Alba, Daniela Orzi, Francesca Milito, Lucia Mitello, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese
- 50 **La prevenzione delle infezioni nel paziente candidato al trapianto autologo delle cellule staminali emopoietiche**
Una revisione della letteratura
di Paola Sikora, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni
- 55 **L'evoluzione del Coordinatore infermieristico**
di Daniele Vannozzi, Annie Yasmine De Vincenti

LETTO PER VOI

- 60 **Un manuale di procedure infermieristiche basate sulle evidenze**
- 61 **Valutare il paziente con lesioni cutanee**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Legge Lorenzin: quali novità per gli infermieri? Una lente di ingrandimento sulle modifiche normative più significative introdotte dalla legge n. 3/2018**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Infermieri e cittadini: dalla stessa parte

di Ausilia M.L. Pulimeno

I casi di violenza contro gli operatori sanitari sono sempre più numerosi. Un fenomeno pericoloso quanto assurdo. Ce lo raccontano le cronache con cadenza pressoché quotidiana e soprattutto l'esperienza diretta di chi lavora a contatto diretto con i cittadini, specie nei reparti d'emergenza e in quelli psichiatrici, in primis gli infermieri. Le aggressioni sono ormai all'ordine del giorno. Uno stillicidio che spaventa e umilia i professionisti dell'assistenza. C'è da chiedersi perché questo accada. E bisogna passare rapidamente all'azione attuando ciò che si può e si deve fare.

Le ragioni profonde della rabbia che spesso scatena reazioni inconsulte e atteggiamenti violenti nei confronti di infermieri, medici e del personale ausiliario scivolano sul piano della sociologia. E pongono quesiti inquietanti sulla degenerazione dei costumi e dei comportamenti. Una società sempre più stressata e iracunda nasconde un'angoscia diffusa che andrebbe analizzata a fondo.

L'importante è ribadire un concetto che tuttora, nonostante gli sforzi compiuti in questi anni dalla nostra categoria professionale, sfugge a chi scarica la sua tensione emotiva sugli infermieri con atteggiamenti violenti, insulti, minacce: noi siamo dalla parte dei cittadini non dall'altro lato della barricata. Siamo coloro che si sobbarcano l'arduo compito di garantire nel miglior modo possibile (e non è affatto facile) i servizi sanitari destinati alla popolazione, Dunque siamo nella stessa trincea, non nemici ma accompagnatori nel percorso di cura.

Siamo e vogliamo continuare ad essere "complici" del paziente e dei suoi familiari. Prendersela con noi se le cose non vanno come si desidera è ingiusto, a dir poco ingeneroso. Non è colpa nostra se le procedure e i controlli di sicurezza nei pronto soccorso e nei reparti a maggior rischio di violenza sono inadeguati; se le sale d'attesa sono superaffollate e le liste di prenotazione

di esami e visite sono chilometriche; se mancano i posti letto e perfino le barelle delle ambulanze; se l'abuso di alcol e droghe finisce per scatenare aggressioni verbali e fisiche contro i poveri infermieri in prima linea. Siamo noi i primi a patire per questi disagi, professionisti troppo spesso lasciati soli a fronteggiare l'insostenibile.

Proprio questo abbiamo voluto ricordare ai cittadini il 12 maggio scorso quando, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, abbiamo portato in piazza e in numerose strutture sanitarie di Roma e della provincia la nostra voce. Abbiamo voluto rinsaldare e al contempo ridefinire il patto con i nostri assistiti e con le loro famiglie: vicini a chi soffre, ancor più di una volta, consapevoli che la presa in carico di cui siamo capaci non debba limitarsi al "malato" ma abbracciare la "persona" nella sua interezza.

Le difficoltà psicologiche e relazionali della persona malata non ci sfuggono e comprendiamo bene le fragilità e gli stati ansiosi vissuti da chi attraversa una fase difficile della sua esistenza. Lo stesso dicasi per i familiari, normalmente impreparati anche sul piano emotivo a gestire la situazione. Perciò ci siamo formati a dovere per affrontare al meglio anche questo fondamentale aspetto dell'assistenza, abbiamo maturato capacità relazionali specifiche anche al di là delle nostre competenze tecniche (non technical skill). Abbiamo tanto da offrire in questo ambito e non solo.

Anche sugli aspetti organizzativi dei servizi sanitari gli infermieri hanno molto da dire. E molto da fare. Da tempo studiamo, con il sostegno della ricerca infermieristica, sistemi innovativi in grado di riorganizzare l'intero sistema assistenziale in modo diverso, appunto più vicino ai cittadini. Una sanità di prossimità, una rete di servizi capillari sul territorio capaci di disingolfare i

EDITORIALE

reparti ospedalieri e i pronto soccorso, di promuovere la prevenzione e l'educazione ai corretti stili di vita, di instaurare con gli assistiti un rapporto più vero e profondo, quello fra il cittadino e il suo "consulente della salute".

Abbiamo elaborato modelli organizzativi-assistenziali che possono funzionare bene, come dimostrano numerose esperienze avviate a titolo sperimentale e che ormai, corroborate da risultati tangibili, non sono più tali. È la prova provata che si può fare e che, unitamente all'adozione di misure tecnologiche adeguate, si può contribuire fattivamente a rendere più sicuro l'ambiente di lavoro.

D'altronde la sicurezza degli operatori sanitari è determinante per poter offrire servizi all'altezza delle aspettative. In questa chiave non mancano indicazioni importanti che giungono da alcune esperienze maturate sul campo. Come quella degli "steeward" di pronto soccorso sperimentati con successo all'ospedale Sant'Eugenio di Roma.

Forse non abbiamo fatto abbastanza per spiegare ai cittadini chi siamo e qual è la nostra mission professionale. Dovremmo insistere su questo tasto, un aspetto cruciale del rapporto infermiere-cittadino. Magari realizzando campagne informative e di sensibilizzazione sul tema per ribadire che siamo professionisti qualificati ed esperti, che ciascuno di noi ha alle spalle anni di studio, di lavoro, di sacrificio. Dobbiamo far capire che non meritiamo di essere maltrattati e quanto sia difficile per un operatore sanitario prendersi cura in modo corretto dei pazienti se subisce in continuazione aggressioni verbali o addirittura fisiche.

Non ci lamentiamo per il gusto di farlo. Per noi parlano i dati che descrivono una situazione non più sostenibile. Lo studio

realizzato dalla Asl Rm/B su 58 operatori del Dipartimento di Emergenza fotografa una realtà davvero allarmante: negli ultimi cinque anni tutti gli intervistati hanno subito almeno una volta aggressioni fisiche o verbali sul posto di lavoro da parte di pazienti o dei loro familiari. Comportamenti violenti che determinano conseguenze anche gravi sulla salute degli stessi professionisti, come stati d'ansia e depressione. Dalla ricerca emergono soprattutto reazioni emotive di umiliazione, paura, irritazione e senso d'impotenza, con un quarto del personale coinvolto che riferisce di sentirsi demotivato e che perciò accusa una riduzione della performance professionale.

Una condizione purtroppo divenuta "normale", tanto che una buona parte dei colleghi che subiscono un'aggressione non la segnala all'autorità di pubblica sicurezza e spesso informa solo verbalmente dell'accaduto i dirigenti della struttura in cui lavora. Assistiamo dunque a una sorta di assuefazione alla violenza, specie alle minacce e agli insulti, che non promette nulla di buono. Perciò dobbiamo scrollarci di dosso ogni timore e denunciare apertamente ogni abuso subito. Da chiunque. È il nostro ruolo a richiederlo, la nostra deontologia. Siamo tanto più utili al cittadino e al suo entourage familiare quanto più possiamo operare in modo sicuro.

Un obiettivo che però non possiamo cogliere da soli. La politica deve ascoltarci e deve aprire nei nostri confronti una linea di credito. Abbiamo le carte in regola per disinnescare la "mina", dateci l'opportunità di suggerire modelli operativi in grado di fronteggiare l'emergenza e di incidere positivamente sulle situazioni di rischio. Contemperare le istanze dei cittadini, la professionalità degli infermieri e l'umanizzazione dei servizi sanitari non solo è possibile, ma è un obbligo morale per tutti.



Focus

**Le iniziative per la
Giornata dell'Infermiere 2018**



Dal X Workshop internazionale conferme e riconoscimenti per il Cecri

Con il patrocinio del Ministero della Salute, della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e della Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS), l'Opi di Roma ha organizzato il X Workshop Internazionale del Cecri dedicato all': "Infermieristica e Ricerca: aree di sviluppo emergenti in Italia". L'appuntamento, dal 7 all'8 maggio a Villa Carpegna, Roma, ha visto succedersi diversi esperti italiani e stranieri che dell'Infermieristica hanno fatto ragione di studio, di professione e di vita.

Una pioggia di applausi sul Cecri, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Opi di Roma. Nonché di prestigiosi annunci.

Il 7 maggio scorso, infatti, nel corso della prima sessione dei lavori, proprio uno dei numi tutelari dell'Infermieristica mondiale, invitato per l'occasione, **Franklin Shaffer** (a capo della Commissione per il riconoscimento delle lauree infermieristiche negli Usa) ha spiegato che l'organismo da lui guidato, tra i più selettivi e



La presidente Opi Roma Pulimeno con il vicepresidente Casciato

prestigiosi, ha deciso di accreditare il Cecri per la quantità e la qualità delle attività di ricerca che svolge con crescente impegno, continuità e ottimi risultati ormai dal 2010, data della fondazione.

Il secondo, invece, è arrivato per bocca della presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, **Ausilia Pulimeno**, in veste di vice presidente della Federazione nazionale: anche la Fnopi si accinge a formalizzare una convenzione con i Centri di Eccellenza tra cui il Cecri. Un doppio traguardo, dunque, che ha suscitato grande entusiasmo nella sala gre-

mita di infermieri e strappato scroscianti applausi.

Si tratta di un riconoscimento al lavoro svolto dal Cecri e allo sforzo compiuto dall'Opi di Roma per sostenerne l'attività. Una scommessa vinta che pone, però, nuove sfide sul tavolo e altri traguardi da tagliare.

Se n'è discusso diffusamente in mattinata, con la sessione dedicata alle "Linee di sviluppo della ricerca infermieristica", moderata dalla presidente Pulimeno, e dal vice, **Stefano Casciato**.

È stato il neo assessore alla Sanità della Regione Lazio, **Alessio D'Amato**, a inaugurare la serie di interventi. Portando il saluto dell'amministrazione regionale e del presidente Nicola Zingaretti, D'Amato ha raccolto pubblicamente la richiesta degli infermieri romani di essere coinvolti direttamente nei programmi e nei processi d'innovazione del sistema sanitario, impegnandosi a fissare a stretto giro un primo incontro per definire insieme un piano operativo per il prossimo triennio. Questo, assieme all'impegno di attivare subito un tavolo sul tema occupazionale e sul precariato diffuso che, da tempo, affligge la professione infermieristica a Roma e nel Lazio.





La presidente Pulimeno e il vice Casciato, nel ruolo di direttore del Polo per l'*Evidence based practice* del Cecri, hanno ringraziato l'assessore e introdotto gli interventi degli illustri relatori stranieri. Nell'ordine: **Joyce Fitzpatrick**, docente di Nursing alla Frances Payne Bolton School of Nursing di Cleveland (Usa); **Dyanne Affonso**, preside e decano della Facoltà di Nursing dell'Università di Toronto (Canada); **Franklin Shaffer**, direttore generale della Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli Usa; **Thomas Kearns** (Irlanda), interim CEO dell'International Council of Nurses. In pratica, il gotha dell'Infermieristica mondiale. Con loro, il direttore scientifico e fondatore del Cecri, **Gennaro Rocco**.



La relazione della Fitzpatrick ha messo in luce i recenti sviluppi della ricerca infermieristica negli Usa, enfatizzando l'efficacia di alcuni progetti in corso, come quello delle cosiddette "*nonne caregiver*", figure familiari opportunamente istruite a supporto degli infermieri per la sostenibilità e la qualità della continuità assistenziale e la diffusione di corretti stili di vita. Ha precisato gli ambiti priori-

tari d'intervento nel suo Paese e ha concluso con uno sguardo sul futuro della professione, sottolineando l'influenza che gli sviluppi della genetica, delle terapie alternative e della tele-salute avranno inevitabilmente sul comportamento degli infermieri.

La professoressa Affonso ha fatto il punto sui centri di ricerca infermieristica in Nord America e sulle loro straordinarie prospettive di crescita. Questo, delineando le linee-guida delle principali ricerche avviate nei campi del benessere, dell'autogestione, del fine vita e di quella che ha definito la "*scienza della compassione*", ovvero dell'empatia solidale con il paziente. Da lei un prezioso consiglio al Cecri: "Non cercate di imitare altri modelli – ha detto –. Cercate di crearne uno adatto a voi".

Con un rapido, ma dettagliato report sull'attività del Cecri, il direttore scientifico Gennaro Rocco ha illustrato i dati delle ricerche dal 2010 a oggi, il bilancio dell'attività 2017 e i programmi approvati per il 2018. Numeri record, con un trend in netto aumento.

Il professor Shaffer si è soffermato sulle modalità e sui modelli di accreditamento dei Centri d'Eccellenza. Anche lui, al pari degli altri relatori, ha avuto parole di elogio per lo



La presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli

sforzo compiuto dall'Opi di Roma con il suo Cecri.

Ha, quindi, sottolineato come negli Usa esista un apposito istituto nazionale che finanzia la ricerca infermieristica: possibilità che in Italia non c'è e che rende difficile il reperimento delle risorse necessarie. In chiusura, ha ribadito la necessità di digitalizzare l'intero percorso di accreditamento per fare un ulteriore passo in avanti.

Il professor Kearns ha illustrato la com-

posizione e gli obiettivi dell'International Council of Nurses, insistendo sull'importanza della ricerca per far crescere ulteriormente la professione infermieristica. "Fondamentale, per ottenere buoni risultati - ha raccomandato - è la stretta correlazione tra chi fa ricerca e chi fa pratica clinica". Ha, quindi, illustrato le principali aree di ricerca dell'Icn, con particolare riferimento alla diffusione crescente delle patologie croniche anche in relazione all'invecchiamento della popolazione.

Quindi, la tavola rotonda sulle: "Strategie per avanzare la ricerca infermieristica", moderata dal giornalista **Paolo Romano** e dal ricercatore Cecri, **Alessandro Stievano** che ha traghettato i presenti verso la conclusione della sessione mattutina del 7 maggio. Tavola rotonda a cui hanno preso parte: Alvaro, Fitzpatrick, Pulimeno, Rocco, Shaffer e Kearns. Tutti concordi nel sottolineare la necessità di una "visione" per migliorare l'Infermieristica globale; di cercare l'interdisciplina-

LA SCHEDA

Presentato il Rapporto 2017 sugli studi promossi dal Cecri

In apertura dei lavori della prima giornata a Villa Carpegna, il direttore scientifico del Cecri, **Gennaro Rocco**, ha presentato il Rapporto 2017 sugli studi promossi e il programma delle attività per il 2018 del centro di Eccellenza dell'Opi di Roma.

"L'anno appena passato è stato particolarmente fecondo: tanti studi e ricerche portati a termine; tantissima formazione; nuove partnership e, soprattutto, lo sviluppo di una rete internazionale di collaborazione e la partecipazione ad importanti eventi scientifici nazionali ed internazionali", ha detto.

Anche grazie al contributo del Cecri, infatti, sono migliaia, ormai, gli infermieri italiani che partecipano a progetti di ricerca, stimolati, invogliati e coinvolti dalle cattedre di Infermieristica delle Università, dalle Scuole di dottorato, da Fondazioni ed anche da alcune aziende e gruppi ospedalieri. Nonché da altri Centri di Eccellenza nati in Italia. "La presenza del Cecri nel contesto delle Scienze sanitarie rappresenta un valore aggiunto insostituibile, E ormai imprescindibile", ha spiegato Rocco.

Dal 2010 al 2017, **i progetti realizzati sono stati 188.**

Per l'anno 2018, sono stati approvati ulteriori 42 nuovi progetti: il dato numericamente più alto su base annuale dalla creazione del Centro (nel 2010). Sono stati oltre 15.500 gli infermieri che hanno contribuito, nei diversi ruoli, alle ricerche del Centro, molte delle quali presentate con successo al primo Congresso nazionale della Fnopi (che si è svolto a Roma, dal 5 al 7 marzo scorso). Oltre 500 hanno personalmente partecipato alla elaborazione dei progetti tra ricercatori, rilevatori, docenti e tutor delle attività previste. Oltre 1.100 hanno partecipato al reclutamento di pazienti e dei loro caregiver, o alla raccolta dei dati previsti per i vari progetti (tra questi molti studenti dei corsi di base, dei master e della Laurea magistrale).

Più di 50 gli ospedali, le aziende sanitarie, gli IRCCS, e le altre strutture sanitarie coinvolte (scuole di dottorato, associazioni professionali e società scientifiche, associazioni dei cittadini, fonda-

zioni). Numerosi gli atenei italiani e stranieri che collaborano - o hanno collaborato - ai progetti e alle iniziative del Cecri, a cui si sono aggiunte, di recente, nuove collaborazioni con prestigiose università ed istituzioni americane (Case Western Reserve University - Cleveland, Rush University di Chicago, Boston College, Sigma Teta Tau Indianapolis, CGFNS Philadelphia).

Da quest'anno, il Cecri è anche Centro collaborante del Joanna Briggs Institute (JBI), una delle più importanti organizzazioni al mondo di pratica basata sulle prove (EBP). Le revisioni sistematiche sull'evidenza del JBI aiutano gli operatori sanitari a implementare un programma di pratica efficace basato sull'evidenza, per fornire la migliore assistenza possibile al paziente.

Novanta, infine, gli articoli scientifici pubblicati su riviste scientifiche italiane e straniere indicizzate e con IF: risultato delle ricerche promosse e sostenute dal Cecri.

Di seguito, i progetti approvati e in corso di realizzazione per l'anno 2018.

POLO PER L'ISTRUZIONE

- *Un modello per la valutazione del Core Competence Infermieristico nell'esame di abilitazione professionale. (Applicazione)*
- *Etica-mente parlando. Responsabilità, formazione, ricerca*
- *Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017*
- *Percezioni e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: indagine conoscitiva sugli studenti del III anno del CdL in Infermieristica nell'area di Roma*
- *"Anlaids Lazio incontra gli Studenti" - campagna di in/Formazione e Prevenzione sull'infezione da HIV/AIDS/IST per la promozione dei comportamenti non a rischio e per una sessualità consapevole, rivolta ai giovani e agli studenti infermieri*
- *Nursing & resilienza: applicazione della ricerca nell'individuazione del costruito*

rietà nella ricerca, strutturandola il più possibile e mettendo a disposizione della comunità scientifica internazionale i risultati; la voglia di lavorare assieme, divulgare e condividere quanto ottenuto. Questo, senza dimenticare il fatto che in Italia, oggi, sono gli infermieri ad insegnare agli altri infermieri, nelle Università: il traguardo della docenza è un caposaldo dell'Infermieristica 2.0. "Abbiamo indubbiamente attirato tanta attenzione su di noi – ha chiosato Ausilia Pu-



- *Violenza contro le donne: una priorità della sanità pubblica*
- *Le patologie invalidanti e la loro gestione: il contributo infermieristico nello sviluppo delle abilità residue*
- *Integrazione sociale e professionale dell'infermiere*
- *Le tematiche professionali della sanità privata, studio, analisi e proposte*

POLO PER LA RICERCA

- *Sviluppo della versione 3.0 del Professional Assessment Instrument (PAI)*
- *Bisogni e burden dei caregiver nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei caregiver?*
- *Validazione di nuovi strumenti per misurare il self-care e la qualità di vita nelle donne in post-menopausa con osteoporosi*
- *Validazione linguistica e culturale al contesto italiano del Nursing Teamwork Survey*
- *Indagine nazionale sui sistemi di prevenzione e risposta al deterioramento clinico ospedaliero pediatrico*
- *Intervento di mindfulness per la riduzione dello stress in pazienti con BPCO e loro caregiver*
- *Gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica in un'Unità Operativa a Gestione Infermieristica*
- *Competenze cliniche infermieristiche valutate con la Nurse Competence Scale e il ragionamento clinico valutato tramite la Nurses Clinical Reasoning*
- *Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche*
- *Esiti dell'assistenza infermieristica nella gestione delle ferite difficili: gli strumenti di valutazione del processo di guarigione. Un progetto di ricerca mixed method*
- *Informazioni sanitarie nell'era dei social network*
- *Studio di incidenza della fragilità nella popolazione anziana non sottoposta ad interventi di prevenzione*
- *Il comfort dei pazienti sottoposti ad impianto di PICC e Midline: Studio a metodo misto*
- *Efficacia della realtà virtuale in ambito clinico-assistenziale per la gestione degli effetti collaterali alla patologia cancerosa e*

della chemioterapia

- *La salute degli infermieri (qualità di vita e sindrome metabolica): quali ripercussioni sul fenomeno dell'assenteismo e sulle Missed Nursing Care*
- *Studio prospettico multicentrico sulle lesioni da pressione nei pazienti ricoverati in hospice: prevalenza, incidenza e fattori associati*
- *Valutazione della capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extraistituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste. FASE 2*

POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI

- *La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati biomediche*
- *L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze infermieristiche*
- *Inglese: linguaggio*
- *Inglese: fonetica*
- *La responsabilità professionale infermieristica nell'era della pratica basata sulle evidenze scientifiche*
- *Il modello del case management per i portatori di stomia: risultati di una ricerca sul territorio laziale (1 evento)*

POLO DELLA PRATICA CLINICA

- *EBP: l'infermiere esperto clinico, agente di cambiamento nella realtà*
- *L'applicazione dell'Evidence based practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche*
- *Ebp e pratica clinica: fantasia o realtà?*
- *L'arte terapia in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni*
- *Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto*
- *Vaccinazioni e loro impatto sulla salute del cittadino. Quale coinvolgimento del professionista infermiere.*



Da sinistra: Kearns, Shaffer, Pulimeno, Ftizpatrick, Rocco, Alvaro, Affonso, Stievano, Matarese

limeno -. Ma, al contempo, questa visibilità ci impone di puntare sempre di più sull'eccellenza: quella dei nostri dottorati di ricerca, per esempio. Una ricerca che deve raccordarsi con la pratica clinica che, a sua volta, dovrà incidere sul benessere della popolazione. La nostra credibilità aumenta ogni giorno di più: ora, è il momento di restare compatti". Nel pomeriggio, la sessione dedicata alle: "Linee di ricerca del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica", moderata da Stefano Casciato e **Maria Grazia Proietti**, direttore Polo per la Formazione dei ricercatori-Cecri. Sono intervenuti: Gennaro Rocco con: "Le strategie per la ricerca nella società che invecchia: la Fondazione 'Insieme per dare vita agli anni' "; **Marco Di Muzio**, ricercatore e direttore del CdL magistrale in Scienze infermieristiche e Ostetriche all'Università La Sapienza e **Noemi Giannetta**, dottoranda all'Università Tor Vergata-Roma con: "Indagine su conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'uti-

lizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive. Una linea di ricerca"; **Fabio D'Agostino**, dottore di ricerca all'Università Tor Vergata-Roma, con: "L'intensità dell'assistenza infermieristica descritta dagli interventi infermieristici del PAI. Una linea di sviluppo organizzativo"; **Anna Marchetti** dottore di ricerca all'Università Tor Vergata-Roma, e **Maria Grazia De Marinis**, professore di Nursing-Campus Biomedico di Roma, con: "Un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico e per la progettazione dell'esame di abilitazione professionale. Una linea di ricerca"; **Ippolito Notarnicola**, nurse research fellow-Cecri con: "Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche nei diversi setting assistenziali. Una linea di ricerca"; **Roberto Latina**, direttore CdL magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche-Università La Sapienza, Roma, e **Albina Paterniani**, dottore di ricerca in Malattie Infettive e Sanità Pubblica-Università La Sapienza, Roma, con: "L'impatto del do-

lore cronico non oncologico sulla qualità di vita. Una linea di ricerca"; **Immacolata Dall'Oglio** e **Angela Ragni**, con: "Assistenza centrata sulla famiglia in neonatologia e soddisfazione dei genitori, il monitoraggio nel tempo"; **Emanuela Tiozzo** e **Gianna Scarselletta** con: "Pazienti pediatrici e somministrazione dei farmaci a domicilio, sperimentazione di un App per il monitoraggio degli errori", tutte in forze all'IRCCS Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma.

La seconda giornata, l'8 maggio 2018, è iniziata con l'intervento della presidente Pulimeno, che ha riportato i saluti del Ministro della Salute, quindi con l'avvio dei lavori con ospiti di rilievo internazionale. Moderata anche dalla professoressa **Rosaria Alvaro** (Università di Tor Vergata), la sessione mattutina è stata dedicata a: "Self-care nelle malattie croniche".

Sul podio: Barbara Riegel, professore di Nursing-Università della Pennsylvania, con: "The middle-range theory of self-care in chronic illnesses: overview and updates"; **Tiny Jaarsma** con: "Self-care

and technology in chronic illnesses" e **Anna Stromberg** con: "Family role in self-care", entrambe professori di Nursing alla Linkoping University, Svezia. Quindi, spazio al "Self-care nelle malattie croniche: i risultati dei principali studi italiani", a cui hanno preso parte: **Ercole Vellone**, Nursing researcher all'Università di Tor Vergata, con: "Self-care e scompenso cardiaco"; **Maria Matarese**, professore associato di Nursing-Campus Biomedico di Roma, con: "Self-care e BPCO" e **Davide Ausili**, Nursing researcher dell'Università di Milano, con: "Self-care e diabete".

A chiudere il ciclo di riflessioni, l'intervento della presidente nazionale Fnopi, **Barbara Mangiacavalli**, che ha ulteriormente valorizzato il tema del self-care nelle malattie croniche, come obiettivo sempre più necessario perché incontra le esigenze demografiche e assistenziali della popolazione. Mangiacavalli ha sottolineato come la promozione della salute, l'educazione sanitaria e l'empowerment del paziente sono specializzazioni essenziali per il professionista che ha, per oggetto, un percorso di assistenza che parte dallo stato di buona salute fino alle esigenze derivanti da una patologia cronica. "Dobbiamo cambiare il nostro orizzonte: andare oltre l'ospedale e intervenire, essere presenti e protagonisti anche prima dell'acuzie", ha spiegato. La presidente nazionale degli Infermieri ha pure ribadito la necessità di introdurre il termine "specializzazione" per la professione che, rispetto alla "competenza", prevede un percorso che, dalla formazione, include un inquadramento giuridico (percorso formativo, competenze acquisite e relative posizioni all'interno dell'organizzazione) e uno economico (retribuzione correlata alle responsabilità e alla posizione organizzativa). "Il lavoro dei ricercatori è fondamentale. Per questo motivo, non possiamo che plaudire a istituzioni come il Cecri. Tuttavia, per noi è ancora più importante che tutti i nostri infermieri iscritti all'Albo siano sempre aggiornati sulle evidenze scien-

tifiche per poterle applicare in un'ottica di best practice continua. In questo senso voglio leggere iniziative di livello come questo Workshop dell'Opi di Roma", ha concluso, lasciando la parola ai relatori del pomeriggio, per la sessione dedicata alle "Nuove aree di studio del self-care".

Il vicepresidente Opi di Roma, Casciato, e la segretaria Proietti hanno introdotto i lavori di alcuni PhD student dell'Università di Tor Vergata, Roma. **Maddalena De Maria**, con: "Self-care nelle malattie croniche con comorbidità multiple"; **Barbara Bassola** con: "Self-care nelle persone con malattia del motoneurone"; **Noemi Cittadini** con: "Self-care nelle persone con osteoporosi"; **Alessio Conti** con: "Self-care nelle persone con lesione midollare"; **Daniela D'Angelo**, con: "Self-care nelle persone in trattamento con chemioterapia orale"; **Vittoria Giordano** con: "Self-care nelle persone con stomia intestinale ed urinaria" e **Gianluca Pucciarelli** con: "Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da stroke 2.0". Sguardo internazionale sul problema con il professor **Raul Juarez Vela** dell'Università di San Jorge-Saragozza, che ha parlato di: "Self-care nello scompenso cardiaco in Spagna"; a seguire: **Angela Durante**, PhD student-Università di Tor Vergata con: "HF2Care: uno studio internazionale sui bisogni dei caregiver impegnati nell'assistenza ai malati con scompenso cardiaco".

Terminate le presentazioni dei progetti

di ricerca, la segretaria Opi Roma, Maria Grazia Proietti, ha ribadito la necessità di implementare la ricerca nei luoghi in cui si eroga l'assistenza e nella pratica clinica, attraverso un ruolo sempre più marcato della dirigenza infermieristica e la formazione sul campo. Bisognerà dar retta a Casciato che "provocatoriamente" ha lanciato l'idea di presentare il prossimo Workshop Internazionale a piazza Montecitorio o a palazzo Madama? Certo è che la professione infermieristica, con il trasferimento delle evidenze nella pratica clinica, permetterebbe un impiego migliore delle risorse, con evidente risparmio di denaro pubblico. La partecipazione di colleghi e istituzioni dell'evento voluto dall'Opi di Roma ha sottolineato, ancora una volta, la necessità di favorire occasioni di tal genere per fare il punto della situazione a proposito di ricerca infermieristica; linee-guida; esperienze internazionali; l'importanza delle relazioni tra Centri di ricerca, società, economia e politica. Tutto, per far crescere la professione, proiettarla nel terzo millennio e cercare di attrarre attenzione e finanziamenti. Ne è convinta la presidente Pulimeno, che ha ringraziato tutti, ribadendo l'importanza della specializzazione professionale orientata al Self-care management, nonché quella del Cecri che, assieme all'Ordine di Roma, investe tutto il possibile nella ricerca: "Perché – ha chiosato – è denaro speso bene e per il bene della comunità professionale".



**GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE CELEBRATA ALL'INSEGNA
DI COLLABORAZIONE, INFORMAZIONE E PREVENZIONE VERSO IL CITTADINO**

I Gazebo della Salute fanno... Ordine in piazze, Asl e ospedali di Roma e provincia

Collaborazione, informazione, prevenzione. Con queste parole d'ordine la Giornata internazionale dell'Infermiere è stata vissuta a Roma e in tutta la provincia lo scorso 12 maggio grazie a numerose iniziative promosse dall'Opi per favorire l'incontro e il confronto con i cittadini.

Dopo il successo delle ultime due edizioni, l'iniziativa dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma è tornata nelle piazze della Capitale e nei grandi ospedali, con la collaborazione di numerose Aziende sanitarie e ospedaliere e di concerto con le quattro Università romane. Sabato 12 maggio, in particolare, ovvero nella data in cui si sono tenute in tutto il mondo celebrazioni per ricordare la figura di Florence Nightingale (fondatrice dell'Infermieristica moderna), gli infermieri hanno incontrato romani e turisti nella centralissima piazza del Popolo, dove dalle 10 alle 18 è stato allestito un Gazebo della Salute. Negli stessi orari, altri punti d'incontro sono stati attivati in Asl e ospedali aderenti all'iniziativa, così come in altre piazze in provincia. È stata dunque l'ennesima occasione di successo per divulgare, attraverso colloqui diretti e la distribuzione di brochure, informazioni sui corretti stili di vita e sulla prevenzione sanitaria, illustrando e promuovendo le competenze che l'Infermiere può fornire alla comunità per migliorare le condizioni di vita della popolazione.

I professionisti presenti nei Gazebo della Salute hanno infatti fornito informazioni preziose sulla prevenzione delle patologie più diffuse. Presente in piazza del Popolo anche una postazione dell'Ares 118, con l'intervento di propri Istruttori qualificati (Infermieri) che hanno illustrato ai cittadini le manovre per la distruzione delle vie aeree e, avvalendosi di appositi manichini per la simulazione, come effettuare correttamente la rianimazione cardiopolmonare (Basic Life Support), da attivare in caso di arresto

cardiocircolatorio. Ha partecipato alla Giornata anche il Cives – Roma Odv (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza Sanitaria). I cittadini, in particolare, hanno ricevuto opuscoli e dépliant informativi.

Ecco, nel dettaglio, i titoli dei 16 lavori realizzati dagli studenti dei Corsi di Laurea triennale in Infermieristica e Magistrale in Scienze infermieristiche delle quattro Università di Roma: Campus Bio-Medico - Cattolica del Sacro Cuore - La Sapienza - Tor Vergata.



Un momento delle dimostrazioni in piazza del Popolo



La presidente Pulimeno al Gazebo di piazza del Popolo



In piazza a Ladispoli - Asl Roma 4



Civitavecchia



In piazza ad Anguillara Sabazia - Asl Roma 4



In piazza a Bracciano



Policlinico Umberto I



Nuovo Regina Margherita



Cives al Gazebo della Salute in piazza del Popolo



Poliambulatorio Centro della Gioia
Asl Roma 2



In piazza a Cerveteri



Distretto 8 di via Malfante - Asl Roma 2

focus



Presidio ospedaliero Sandro Pertini - Asl Roma 2



Poliambulatorio di Decima - Asl Roma 2



Ospedale San Pietro FBF



Distretto H4 via dei Tassi ad Ardea - Asl Roma 6



Distretto H3 di Ciampino - Asl Roma 6



Casa della Salute di Rocca Priora - Asl Roma 6



Villa Albani ad Anzio - Asl Roma 6



Distretto H4 di Pomezia - Asl Roma 6



Pronto soccorso di Velletri - Asl Roma 6



Casa della Salute di Terranova
Asl Roma 2



Poliambulatorio di via Bresadola
Asl Roma 2



Presidio ospedaliero di Subiaco - Asl Roma 5



Presidio ospedaliero di Tivoli



Policlinico Agostino Gemelli



Per le vie di Tivoli



Poliambulatorio di Vitinia
Asl Roma 3



Azienda ospedaliera San Camillo - Forlanini



Presidio ospedaliero di Monterotondo



IRCCS Spallanzani



Presidio ospedaliero di Velletri
Asl Roma 6



Presidio ospedaliero Spolverini di
Ariccia - Asl Roma 6



In piazza a Capena - Asl Roma 4



Presidio ospedaliero di Genzano
Asl Roma 2



Presidio ospedaliero Sant'Eugenio
Asl Roma 2

Pochi e maltrattati: il 2018 iniziato male per gli infermieri

Anche in questa prima parte dell'anno, l'attenzione dei media resta alta sulla sanità e sui suoi operatori, alle prese con le criticità di sempre ma pure con nuove sfide.

IL TEMPO Il *Tempo* (4/1/18) non spegne i riflettori sul caos nei pronto soccorso e sulla carenza di posti letto nei grandi ospedali romani. Il titolo è "Pazienti come sardine. Dea trasformati in reparti di degenza San Camillo, Umberto I e Gemelli: caccia a 400 posti letto mancanti". Il servizio spiega: "È anche così che davanti ai pronto soccorso si sono riformate le famigerate "piazzette-ambulanza", i "ricoveri" sui mezzi di soccorso del 118 che non possono ripartire, ma anche i ricoveri in barella: ieri a Roma mancavano all'appello circa 400 posti letto, 363 in meno, 90 in meno in Provincia, situazione cristallizzata dai numeri alle ore 14 (fonte Regione Lazio), un quarto dei mille pazienti di fatto ricoverato in barella". E aggiunge: "Così medici e infermieri finiscono per diventare dei badanti".

Ci si mette pure l'epidemia influenzale.

la Repubblica *La Repubblica* (5/1/18) scrive "Influenza, ospedali a rischio caos". Si legge: "Allarme influenza: sale d'attesa affollate e ricoveri difficili negli ospedali della capitale. E nei pronto soccorso si rischia il collasso da mercoledì quando su 1000 pazienti in 300 sono rimasti in attesa di un posto letto. E non è andata meglio ieri con 600 malati in fila e 180 rimasti parcheggiati sopra le barelle". Non solo ospedali. Anche la sanità territoriale arranca. Il *Tempo* (8/1/18) titola "Case della salute: dovevano integrare i pronto soccorso. Invece molte sono chiuse e le poche aperte nemmeno funzionano". L'accusa alla Regione è diretta: "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".

Organici infermieristici falciati e problemi sempre più grossi al policlinico Umberto I.

IL TEMPO È ancora *Il Tempo* (10/1/18) a lanciare l'allarme con il titolo "Perdite record, caos infermieri. Che brutta fine l'Umberto I". Nell'articolo si legge: "L'Umberto I, un tempo gioiello della sanità pubblica, risulta ultimo nella classifica degli organici infermieristici. Per ov-

viare a questa 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 «somministrazione di 200 infermieri» per 6 mesi (rinnovabili fino a 2 volte) per un importo di 11 milioni e mezzo di euro".

Eppure sui drammatici vuoti negli organici infermieristici si scorge qualche segnale positivo.

Il Messaggero Il *Messaggero* (1/2/18) titola "L'Asl Roma 6 sblocca le assunzioni: 16 operatori". E spiega: "L'azienda sanitaria dei Castelli Romani e del litorale torna ad assumere personale a tempo indeterminato. Dopo il recente superamento dei blocchi del ricambio generazionale imposti dal grave deficit di bilancio che si trascina da tempo alla Regione, da palazzo Corsini ad Albano, la direzione generale della Asl ha annunciato le prime 16 assunzioni di operatori sanitari da inserire nei consultori dell'azienda".

Naturalmente, è troppo poco per rallegrarsi. Gli infermieri sono pochi e maltrattati. Perciò scioperano.

IL GIORNALE D'ITALIA Il *Giornale d'Italia* (2/2/18) è tra i primi organi d'informazione ad annunciarlo: "Protestano medici e infermieri" è il titolo. Il servizio spiega: "Le due categorie si uniscono il 23 febbraio contro i tagli e il rinnovo del contratto. La sanità è al collasso. Così i camici bianchi si uniscono alla protesta degli infermieri, ben 250mila quelli impiegati nel Ssn, con

il blackout di ospedali e sale operatorie". Il *Fatto Quotidiano* (3/2/18) fa due conti sugli organici e titola "Medici e infermieri, in 8 anni bruciati 45 mila posti di lavoro". Si legge: "Medici, infermieri, ostetriche e radiologi: in otto anni, dal 2009 al 2016, i piani di rientro e il blocco del turnover hanno ridotto di 45mila unità il personale della sanità pubblica. È quanto si legge nel Conto economico del personale della Pa 2016, pubblicato dalla Ragioneria generale dello Stato". E ancora: "In questi 8 anni i dipendenti della sanità sono passati da 693.716 unità a 648.663, il picco più basso nell'ultimo decennio. In particolare, dal 2009 al 2016, si contano 7.700 medici in meno e ben 12mila infermieri".

Il Sole 24 Ore (6/2/18) rilancia la notizia

dello sciopero col titolo "23 febbraio, sanità chiusa per sciopero". Si legge: "Lo hanno minacciato, lo hanno spiegato, lo hanno proclamato: il 23 febbraio medici e infermieri della sanità pubblica incroceranno le braccia per uno sciopero congiunto. Insieme come non era mai accaduto. Così, l'Italia delle cure si ferma per 24 ore. Medici e personale sanitario hanno superato la fase delle richieste di impegni. Vogliono fatti".

la Repubblica I soliti intoppi nei pochi concorsi banditi non aiutano. **La Repubblica** (6/2/18) titola "Tor Vergata: infermieri assunti, tutto da rifare". Il servizio spiega: "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".

La fiducia dei cittadini negli infermieri cresce, ma la carenza di professionisti rende tutto più difficile. **IL TEMPO** **Sole24Ore Sanità** (8/5/18) titola "Indagine Censis sugli infermieri: fiducia all'84,7%", sottolineando che: "Mancano tuttavia all'appello almeno 50mila infermieri per poter erogare un servizio in linea con i bisogni dei cittadini. Di questi circa 20mila sono quelli necessari alla copertura dei turni secondo le regole sull'orario di lavoro dettate dall'Ue negli ospedali; altri 30mila almeno servono per soddisfare la domanda di assistenza sul territorio".

Il 4 marzo gli italiani vanno al voto. In Parlamento non vince nessuno e, alla Regione Lazio, la spunta Zingaretti, anche se con l'effetto "anatra zoppa". Qualche settimana dopo, arriva la nuova giunta regionale con un ritorno, quello dell'assessore alla Sanità e integrazione socio-sanitaria dopo un lungo periodo di commissariamento. Il prescelto è Alessio D'Amato, già membro della Commissione Sanità della Pisana dal 2005 al 2010, presidente della Commissione Affari costituzionali dal 2008 al 2010 e dal 2013 responsabile della Cabina di regia della sanità della Regione Lazio.

QS **Quotidianosanità.it** (23/3/18) annuncia il varo della squadra di governo col titolo "Zingaretti presenta la nuova Giunta. Alessio D'Amato è il nuovo assessore alla Sanità". E aggiunge: "La Giunta sarà composta da 4 donne e 5 uomini oltre al presidente che manterrà le deleghe alla Cultura, allo Sport e Politiche giovanili. D'Amato aveva già ricoperto il ruolo di responsabile della cabina di regia del Ssr durante la scorsa amministrazione. Zingaretti: "Sono molto contento della nuova Giunta regionale. Una squadra solida per il futuro del Lazio che unisce esperienze provenienti dalla scorsa legislatura e facce nuove".

Una novità importante tra i grandi ospedali della capitale. L'an-



nuncia per primo **Avenir** (1/3/18) titolando "Il Policlinico Gemelli riconosciuto Irccs". Si legge: "La Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma è ufficialmente un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) per le discipline di "Medicina personalizzata" e "Biotecnologie innovative". A firmare il decreto di riconoscimento, il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, nell'Aula Branca del Policlinico Universitario".

L'impegno professionale e la ricerca da una parte, la cruda realtà sul posto di lavoro dall'altra.

Della violenza nei pronto soccorso, nelle corsie ospedaliere e negli ambulatori dove operano gli infermieri se ne occupa

IL TEMPO **Il Tempo** (16/3/18) che titola "Picchiato un infermiere su tre". I numeri: "Operatori della sanità sull'orlo di una crisi di nervi: su 4000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, infatti, più di 1200 riguardano i lavoratori del comparto, pari al 30%. (...) Tra le aree maggiormente a rischio di violenza ci sono i presidi di guardia medica, gli ambulatori, i servizi psichiatrici; i pronto soccorso e i reparti ospedalieri. In special modo ai danni degli infermieri: lo scorso anno sono state conteggiate 767 giornate di infortunio per 1765 operatori sanitari, con oltre trenta milioni di euro di costi nel comparto della sanità pubblica. Sono i dati dell'aggressione fisica in corsia, emersi da un'indagine dell'Ipsvi nazionale svolta nella Regione Lazio".

CORRIERE DELLA SERA Qualche settimana dopo, anche il **Corriere della Sera** (6/5/18) si occupa del preoccupante fenomeno. Il Titolo è "Violenza contro medici e infermieri. Quasi dieci casi ogni giorno". Si legge: "Insulti, spinte e ceffoni, quando va bene. Ma nell'elenco degli episodi di cronaca ci sono anche le coltellate. Quella delle violenze contro medici, infermieri e altri professionisti della sanità è diventata una vera e propria emergenza nel nostro Paese. Secondo Fiaso, la Federazione che riunisce Asl e ospedali, i casi registrati sarebbero addirittura 3mila l'anno, ovvero circa 10 al giorno. Sono 1.420 gli episodi compiuti nel 2017. Nel dettaglio, si tratta di 41 aggressioni al 112/118, 320 negli ambulatori, 20 nelle case di riposo, 400 nei reparti di degenza, 37 in assistenza domiciliare, 456 al Pronto soccorso, 72 negli ambulatori del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, 62 in Terapia intensiva".

Novità in vista per gli infermieri liberi professionisti.

Libero Ad annunciarla è **Libero** (30/3/18) che titola "Pure l'Enpapi firma per il cumulo gratuito". L'articolo spiega: "L'Ente di previdenza degli infermieri professionali ha sottoscritto ieri una convenzione con l'Inps: gli iscritti avranno la possibilità di cumulare gratuitamente i periodi assicurativi maturati presso le due gestioni. La convenzione arriva dopo quella siglata da Enpam e Inarcassa, in seguito all'accordo raggiunto tra Inps e Adepp sul cumulo delle pensioni. Accordo che ha superato il nodo di chi deve pagare i costi delle pratiche, rinviando la questione ad un successivo tavolo".

All'indomani dello sciopero degli infermieri italiani per il rinnovo del contratto di lavoro, una notizia dall'Africa sciocca il mondo.



Fra i primi a rilanciarla è il quotidiano cattolico **Avvenire** (19/4/18) che titola "Diecimila infermiere licenziate per «sciopero»". E spiega: "Più di 10mila infermiere dello Zimbabwe sono state licenziate in massa perché si sono rifiutate di rientrare in servizio da uno sciopero iniziato lunedì per rivendicazioni salariali. La decisione è stata annunciata dal vicepresidente Constantino Chiwenga, il generale che in novembre guidò l'intervento militare che costrinse Robert Mugabe alle dimissioni". È proprio vero che la realtà può superare la fantasia e divenire assurda.

La Gazzetta dello Sport

Intanto, perfino il celebre quotidiano sportivo **La Gazzetta**

dello Sport (3/5/18) si occupa della carenza d'infermieri titolando "Allarme per il 118: «Pochi medici e infermieri sulle ambulanze»". Nell'articolo si legge: "Non ci sono medici e infermieri sulle ambulanze del 118 e il sistema è a rischio di smantellamento. E l'allarme lanciato dal presidente nazionale del Sis 118 (Società italiana sistemi), Mario Balzanelli. Ad oggi la rete di soccorso, nata nel 1992, conta su 76 centrali operative che gestiscono le chiamate di emergenza. Secondo Balzanelli il sistema è in crisi già da diverso tempo: «Negli ultimi 7, 8 anni il sistema di soccorso salva-vita del 118 è stato smantellato. Sulle ambulanze mancano medici e infermieri, ossia chi è deputato a intervenire con diagnosi e terapia immediate»".

Insomma, anche il mondo dello sport si mostra preoccupato.



Infermieri e cittadini: dal Congresso Fnopi la ricetta per migliorare l'assistenza

Il primo Congresso della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) si è svolto a Roma dal 5 al 7 marzo ed ha riscosso un grande successo di partecipazione e consenso. L'evento, che di fatto ha "battezzato" la nascita del nuovo Ordine, è nato all'insegna di novità che caratterizzano e hanno caratterizzato, nei tre anni trascorsi dall'ultimo appuntamento congressuale, la professione infermieristica. Per questo, la Federazione ha deciso che l'immagine del Congresso fosse contrassegnata proprio dall'impronta che gli infermieri danno all'assistenza, gestendola secondo l'uso ottimale delle risorse, sempre più spesso scarse e garantendo risposte coerenti alle necessità della collettività con la massima appropriatezza clinica e organizzativa.

È stato il Congresso "degli infermieri", pertanto caratterizzato da un ampio spazio per idee, progetti e realtà sviluppate a dimostrazione delle capacità proattive e attuative di ripensare e ripensarsi dentro l'organizzazione e secondo processi per orientare l'agire e le competenze a favore dei bisogni dei cittadini e per aggiornare il sistema salute.

La Federazione, poi, per la prima volta, ha delineato la sua posizione attraverso le scelte che i presidenti degli Ordini hanno determinato insieme durante i lavori, come guida alla mozione finale, politica e professionale, dell'intero Congresso.

Un Congresso che, quindi, ha messo in mostra le capacità della

professione, restituendo un forte senso di identità e di comunità professionale.

Lo stand dell'Ordine provinciale di Roma, inoltre, è stato tra i più visitati ed ha offerto numerosi servizi e informazioni ai congressisti.

Anche il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Opi di Roma ha registrato un grande successo.

Il Cecri, infatti, ha risposto all'invito del Comitato Centrale Fnopi per la sezione: "Progetti, sperimentazioni e ricerche di buona pratica" con diversi lavori, di cui alcuni affissi come poster e due, invece, inclusi fra i 18 lavori ammessi alla presentazione orale sul palco, durante la sessione mattutina del 6 marzo scorso.

Si tratta dei seguenti lavori: *"Traiettorie della qualità di vita dei pazienti con ictus cerebrale e loro associazione con burden, ansia e depressione del caregiver"* a cura di Gianluca Pucciarelli e *"Self care e qualità di vita nelle donne affette da osteoporosi. Il progetto Guardian Angel® e la figura del Bone Care Nurse"* a cura di Annalisa Pennini.

Affissione del poster, invece, per questi altri progetti: *"Rispetto professionale: prospettive in Italia e Gran Bretagna"*; *"Cambiamenti e sfide globali per gli enti regolatori infermieristici"*; *"La dignità professionale infermieristica nelle cure palliative"*; *"Conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri di terapia intensiva/rianimazione sugli errori nell'utilizzo*



dei farmaci per via endovenosa: uno studio multicentrico italiano"; "Infermieri indiani in Italia: uno studio qualitativo sulla loro integrazione professionale e sociale"; "Sistemi adattativi complessi e loro rilevanza per l'infermieristica: un'analisi concettuale evolutiva"; "Valutazione della percezione delle competenze cliniche degli studenti infermieri nei diversi setting clinici: uno studio osservazionale"; "La resilienza del caregiver informale in End of Life"; "Evoluzione dei modelli di infermieristica di famiglia e di comunità in Italia. Continuità delle cure per una società in transizione epidemiologica".

Fra quelli poi pervenuti dall'Università di Tor Vergata: *"Quale contributo del caregivers al self-care maintenance and management dei pazienti con scompenso cardiaco? Studio qualitativo descrittivo"; "Pattern di self-care ed eventi clinici in pazienti con scompenso cardiaco. Validazione psicometrica della Mutuality Scale nei pazienti affetti da scompenso cardiaco e loro caregiver"; "Un Minimum Data Set Infermieristico per descrivere l'assistenza infermieristica e la sua relazione con i risultati di assistenza in un setting ospedaliero oncologico"; "Potere predittivo delle Diagnosi Infermieristiche sulla durata della degenza ospedaliera"; "Paziente fragile: variabili connesse alla durata della degenza. L'esperienza di una Unità di degenza infermieristica*



territoriale"; "Qualità di vita, ansia, depressione e burden dei caregivers di pazienti con ictus cerebrale: uno studio longitudinale multicentrico".

Al termine dell'evento, a tirare le somme sulle urgenze su cui intervenire al più presto, ci ha pensato la presidente nazionale, Barbara Mangiacavalli.

IPSE DIXIT

Le parole della presidente Pulimeno aprono il primo Congresso Fnopi

Come recita il "cerimoniale" dei Congressi nazionali Ipasvi prima, e oggi quello della neonata Fnopi, è compito del presidente dell'Ordine ospitante tagliare, virtualmente, il nastro dell'evento all'Auditorium.

Trovandoci, per la seconda volta, nella capitale, è toccato, dunque, alla presidente Opi di Roma, Ausilia Pulimeno prendere la parola e dichiarare aperti i lavori del primo Congresso Fnopi.

Lo ha fatto rivolgendosi alla Presidente Mangiacavalli, alle autorità, ai "cari colleghe e cari colleghi" per "un compito emotivamente difficile quanto orgogliosamente bello: darvi il benvenuto a Roma per lasciare insieme, con questo appuntamento, un altro, significativo segno nella storia, quell'impronta, richiamata nel titolo del congresso, che ci renda ancora protagonisti". Il primo congresso della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche è un traguardo davvero importante, ma che, al contempo, ha segnato "la linea della ripartenza". "Lo storico obiettivo di avere un Ordine professionale con il quale poterci confrontare con pari dignità con le altre Professioni sanitarie ci consegna nuove e pressanti responsabilità", ha continuato. Responsabilità da esercitare appieno.

"Ecco il senso di questo congresso: offrire il nostro contributo di idee e di progetti ai destinatari dei servizi sanitari, quei cittadini con i quali abbiamo stretto un patto nel 1996 al quale non intendiamo derogare". "Siamo cresciuti, siamo bravi, siamo tanti e motivati, siamo proiettati al futuro. La forza che ci muove è nella nostra mission professionale... In questi anni, abbiamo elaborato modelli assistenziali innovativi. Li abbiamo studiati e sperimentati con successo. Siamo pronti a metterli a disposizione di una sanità nuova, più efficace e vicina alle esigenze dei cittadini... Tre anni fa, proprio qui a Roma, portando il saluto degli infermieri romani al congresso della Federazione IPASVI, parlai di un momento cruciale per la sanità del Paese che si avvicinava. E che oggi è arrivato. Da qui, ora, rilanciamo la nostra strategia d'insieme", ha concluso la presidente Pulimeno.



“Mancano Professionisti, mancano anche gli infermieri, tutti lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. **A mancare, però, è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizza attraverso lo sviluppo delle competenze**”. Così, la Federazione a proposito della carenza ormai cronica di personale sanitario. “Il Paese – ha proseguito Mangiacavalli – ha bisogno di infermieri e di infermieristica. Eppure il Ssn vede un costante decremento del numero di professionisti in Sanità e conseguentemente una sempre minore capacità di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Su questa impostazione la comunità degli infermieri chiama a un confronto esplicito la politica Nazionale e Regionale”.

I cittadini apprezzano e stimano gli infermieri, ma vorrebbero non solo ce ne fossero di più, anche che potessero essergli più vicini, senza burocrazia e comunque non solo in ospedale. E hanno ragione, visto che ne mancano almeno 20mila in ospedale e 30mila per rendere efficiente l’assistenza continua sul territorio.

Anzi, il loro numero – come quello di tutte le professioni sanitarie – continua ogni anno a calare per i risparmi di spesa a cui sono costrette le Regioni e dal 2009 al 2016 se ne sono persi oltre 12mila.

I cittadini, secondo i risultati dell’Osservatorio civico Fnopi-Cittadinanzattiva presentati al primo Congresso della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, oltre che in ospedale (dove, nell’80% dei casi analizzati, hanno percepito “sicurezza” dall’assistenza assicurata dagli infermieri), vorrebbero più infermieri sul territorio, nella farmacia dei servizi (65,55%), ad esempio e anche come infermiere di famiglia/comunità, in analogia col medico di medicina generale (78,61%); vorrebbero avere la possibilità di consultare un infermiere esperto in trattamento di ferite/lesioni cutanee (86,09%); avere un in-

fermiere disponibile anche nei plessi scolastici per i bambini/ragazzi che ne potrebbero avere bisogno (84,08%).

Gli infermieri, dal canto loro, amano la propria professione, ma non dal punto di vista economico e sono convinti che questa sia “interessante e importante”, ma non vedono grandi possibilità di carriera allo stato attuale delle cose.

I loro “voti” alla professione, secondo un’analisi condotta sui dati della Rilevazione delle forze-lavoro (Rclf) dell’Istat, sono tra i più alti di tutte le professioni, anche se nella loro attività regnano i turni e non quelli normali e per la maggior parte delle professioni (non sanitarie) limitati, soprattutto quelli notturni e festivi. Tra gli infermieri, il lavoro di domenica è quasi la norma, e tocca il 68,3% nei servizi ospedalieri (tra quest’ultimi, ben il 57,8% afferma di aver lavorato di notte nelle ultime 4 settimane) e il 44,4% per 2 o più volte ogni settimana.

Per quanto riguarda la soddisfazione per le possibilità di carriera, nel complesso i punteggi non sono elevati in tutte le professioni (la media totale è 6).

Gli infermieri sono meno soddisfatti della carriera rispetto ai me-





dici (6,3 contro 6,7 nei servizi ospedalieri, ma 6,4 rispetto a 6,2 in altri comparti di sanità e assistenza), ma lo sono di più rispetto alla media delle professioni (tutte tra 5,9 e 6).

Eppure, attualmente, l'85% delle aziende nel privato e i l'84% nel pubblico investe in ruoli dirigenziali per gli infermieri. L'88% delle aziende individua competenze specialistiche distintive per gli infermieri (100% delle private e 85% delle pubbliche). Il 57% delle aziende ha selezionato infermieri in aree di responsabilità organizzativo gestionale "contentibili" con altre professioni (54% delle aziende private e 57% di quelle pubbliche) con compiti che vanno dalla gestione della qualità al *risk management*, dal *bed management* all'*operation management* fino alla conduzione di team multiprofessionali e, nel pubblico, anche incarichi di direzione di Unità operative, come i consultori e i distretti o anche la direzione sociosanitaria aziendale.

Vista la situazione, però, gli infermieri parlano chiaro: **mancano professionisti in sanità**, mancano anche gli infermieri. Tutte le professioni lanciano il loro grido di allarme, nessuno si sottrae. A mancare, però, è soprattutto un serio ed equilibrato rapporto tra i professionisti che si realizzi attraverso lo sviluppo delle competenze.

Per questo, la loro proposta è chiara: si deve riuscire ad aumentare rapidamente il rapporto infermieri/medici per accompagnare l'evoluzione dei bisogni e migliorare appropriatezza e sostenibilità del sistema, soprattutto nelle regioni in cui demografia ed epidemiologia rendono il *gap* bisogni/offerta più ampio che in altre.

E per realizzare l'obiettivo è necessario:

- definire *target* espliciti di rapporto infermieri medici da raggiungere entro periodi determinati.

Attualmente, il rapporto medici/infermieri è costante nel tempo, ma perché segue le carenze progressive delle due professioni. Il rapporto infermieri/medici in ospedale è passato ad esempio da 2,48 del 2010 a 2,52 del 2016;

- accompagnare i cambiamenti con azioni (sperimentazioni, formazione, trasferimento di esperienze...) che aiutino l'evoluzione del sistema verso una minore densità medica.

La ricetta è anche quella dello **skill-mix**, ovvero modifica nel pe-

rimetro di attribuzione delle competenze tra medici e altre professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica, descritta nell'ultimo rapporto Oasi 2017 di Sda Cergas Bocconi.

Un'interazione necessaria secondo il Cergas, come dimostra anche l'analisi delle esperienze internazionali, in cui si vede come politiche di modifica dello *skill mix* siano sempre più frequenti, e come - sebbene diffuse principalmente a livello di assistenza primaria - sempre più si stiano estendendo anche al mondo delle cure per acuti.

Al momento, il dibattito è attraversato da periodici allarmi di taglio "settoriale": mancano medici negli ospedali, mancano infermieri, mancano medici di famiglia. L'assenza di ogni riferimento a orizzonti complessivi, come, ad esempio, i vincoli finanziari e reali che i diversi Ssr sperimentano e la necessità di operare delle scelte sul mix delle assunzioni (ogni assunzione ne preclude un'altra), comporta il prevalere di logiche incrementalistiche basate sugli equilibri consolidati e sui rapporti di forza (capacità di interlocuzione e di interdizione) tra le diverse professioni e discipline.

Si tratterebbe, secondo la Fnopi, di modificare la composizione del personale nel quadro di invarianza delle risorse. Da questo punto di vista il vincolo reale con cui il sistema deve fare i conti non è - o non solo e comunque non prioritariamente - quello di una carenza di specialistici medici, ma delle risorse a disposizione per assumere il personale nel suo insieme.

IL TESTO DELLA MOZIONE FINALE APPROVATA DAL CONGRESSO

Gli Infermieri, riuniti a Roma dal 5 al 7 marzo 2018, per il primo Congresso della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche,

- nella consapevolezza dei progressi fatti dalla professione in questi ultimi anni non solo per il passaggio atteso da Collegi a Ordini, ma anche per il loro contributo ai vari livelli istituzionali;
- certi della necessità di rimodulare gli equilibri di potere e di influenza cogliendo le opportunità, evitando infruttuose contrapposizioni;



- consapevoli dell'importanza di valorizzare il riconoscimento reciproco e la collaborazione tra professioni per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- convinti che vada dato ampio spazio a progetti e realtà sviluppate a dimostrazione delle capacità di ripensare e ripensarsi dentro l'organizzazione per orientare l'agire a favore dei bisogni dei cittadini;
- convinti che l'organizzazione del lavoro debba trovare soluzioni e proposte che armonizzino il rispetto delle norme con la dignità professionale;
- recependo le istanze dei Presidenti degli Ordini provinciali riuniti ai tavoli di lavoro.

Approvano la relazione della presidente Barbara Mangiacavalli e si impegnano a:

- consolidare il loro contributo ai tavoli istituzionali per ottenere sempre maggiori risultati per la professione e fare in modo che questa sia riconosciuta per il suo valore e il suo contributo all'interno del sistema salute;
- sostenere le società scientifiche per lo sviluppo e il consolidamento delle buone pratiche;
- consolidare le alleanze e le sinergie con le associazioni dei cittadini, creando nuove strategie.

E danno mandato alla Federazione nazionale e agli Ordini provinciali di:

- far riconoscere e valorizzare le nuove competenze e da queste delineare un percorso di infungibilità del professionista;
- attivare un percorso per la certificazione delle competenze;
- promuovere lo sviluppo di una nuova cultura politica all'interno della professione;
- sostenere lo sviluppo dell'esercizio libero professionale anche colmando le attuali carenze normative e rendendo attuativo il neo normato equo compenso;
- rinforzare il ruolo professionale agito identificando le "aree di fragilità" e contrastando l'abusivismo;

- creare sinergie con le rappresentanze sindacali perché sia mantenuta e difesa la dignità dell'infermieristica e valorizzato il suo riconoscimento a tutti i livelli;
- attivare ogni forma di intervento utile a garantire la sicurezza degli operatori e lo sviluppo di programmi di sorveglianza sulla sicurezza;
- affrontare e risolvere la questione organizzativa per tutelare i cittadini e allineare le rinnovate responsabilità degli infermieri, ridisegnando anche i modelli organizzativi;
- attivare modalità di definizione del fabbisogno di infermieri che superino la logica del minutaggio;
- promuovere il confronto e percorsi di studio sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche;
- promuovere lo sviluppo di percorsi di presa in carico nell'ambito della cronicità nel contesto territoriale;
- consolidare la sinergia tra gli ordini professionali e con le altre professioni per il perseguimento di obiettivi comuni;
- attivare tavoli di confronto con l'Università per rendere i percorsi di studio maggiormente aderenti ai bisogni di salute e incrementare il corpo docenti nel nostro settore scientifico disciplinare.



Un momento dello spettacolo di Giacomo Poretti

"Tante vite si salvano grazie a voi!" Il Papa incontra gli infermieri

/// Sono lieto di incontrarvi e, prima di tutto, vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!". Queste, nell'Aula Paolo VI, le prime parole del discorso di Papa Francesco che ha incontrato in udienza privata 6.500 infermieri provenienti da tutta Italia.

"Vorrei esprimervi la mia riconoscenza e la mia stima per il lavoro così prezioso che svolgete verso tante persone e per il bene di tutta la società. Grazie, grazie tante!".

Un discorso, quello di Francesco, rivolto agli infermieri guidati dal nuovo Comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini e dalla Presidente nazionale, Barbara Mangiacavalli, che ha offerto al Santo Padre, come dono simbolico, una prima edizione del 1.700 della vita del patrono degli infermieri, San Camillo De Lellis.

Il Papa ha salutato la "neonata" Federazione sottolineando soprattutto il lavoro degli infermieri e la sua importanza per le persone che assistono. "È davvero insostituibile il ruolo degli infermieri nell'assistenza al malato – ha detto –. Al pari di nessun altro, l'infermiere ha una relazione diretta e continua con i pazienti, se ne prende cura quotidianamente, ascolta le loro necessità ed entra in contatto con il loro stesso corpo, che accudisce. È peculiare l'approccio alla cura che realizzate con la vostra azione, facendovi carico integralmente dei bisogni delle persone, con quella tipica premura che i pazienti vi riconoscono, e che rappresenta una parte fondamentale nel processo di cura e di guarigione".

Papa Francesco si è rivolto agli infermieri sottolineando che "prendendovi cura di donne e di uomini, di bambini e anziani, in ogni fase della loro vita, dalla nascita alla morte, siete impegnati in un continuo ascolto, teso a comprendere quali siano le esigenze di quel malato, nella fase che sta attraversando. Davanti alla singolarità di ogni situazione, infatti – ha continuato –, non è mai abbastanza seguire un protocollo, ma si richiede un continuo – e faticoso – sforzo di discernimento e di attenzione alla singola persona. Tutto questo fa della vostra professione una vera e propria missione, e di voi degli "esperti in umanità", chia-



mati ad assolvere un compito insostituibile di umanizzazione in una società distratta, che troppo spesso lascia ai margini le persone più deboli, interessandosi solo di chi 'vale', o risponde a criteri di efficienza o di guadagno".

"Stando con i malati ed esercitando la vostra professione – ha aggiunto il Papa –, voi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distratta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito. Facendo così, il contatto che si stabilisce con i pazienti porta loro come un riverbero della vicinanza di Dio Padre, della sua tenerezza per ognuno dei suoi figli. Proprio la tenerezza: la tenerezza è la 'chiave' per capire l'ammalato ed è anche una medicina preziosa per la sua guarigione. E la tenerezza passa dal cuore alle mani, passa attraverso un 'toccare' le ferite pieno di rispetto e di amore. Con la durezza non si capisce l'ammalato". Ma il Papa non ha dimenticato i problemi che tutti i giorni affrontano gli infermieri nella loro professione, dando anche una tirata di orecchi a chi gestisce e programma la sanità. "Non stancatevi mai di stare vicini alle persone con questo stile umano e fraterno, trovando sempre la motivazione e la spinta per svolgere il vostro compito. Siate anche attenti, però – ha affermato con forza –, a non spendervi fino quasi a consumarvi, come accade se si è coinvolti nel rapporto coi pazienti al punto da farsi assorbire, vivendo in prima persona tutto ciò che accade loro. Quello che svolgete è un lavoro usurante, oltre che esposto a



rischi, e un eccessivo coinvolgimento, unito alla durezza delle mansioni e dei turni, potrebbero farvi perdere la freschezza e la serenità che vi sono necessarie. State attenti! Un altro elemento che rende gravoso e talora insostenibile lo svolgimento della vostra professione è la carenza di personale, che non può giovare

a migliorare i servizi offerti, e che un'amministrazione saggia non può intendere in alcun modo come una fonte di risparmio". Papa Francesco ha anche avuto un momento di commozione personale ricordando un episodio della sua vita: "Vorrei rendere omaggio – ha detto il papa agli infermieri - a un'infermiera che

mi ha salvato la vita. Era un'infermiera suora (suor Cornelia Caraglio, ndr): italiana, dominicana, inviata in Grecia come professoressa, molto colta... Ma sempre come infermiera poi è arrivata in Argentina. E quando io, a vent'anni, ero in punto di morte, è stata lei a dire ai dottori, anche discutendo con loro: 'No, questo non va, bisogna dare di più'. E grazie a lei, io sono sopravvissuto!"

Molto nutrita la presenza di infermieri laziali e romani per l'udienza papale, accorsi in massa nella Sala Nervi, con il coordinamento dell'Opi di Roma, presente con tutto il proprio personale e con il rinnovato comitato direttivo guidato dalla Presidente, Ausilia Pulimeno.



Violenze sugli operatori sanitari mentre lavorano La posizione della Fnopi

Viste le quasi ormai quotidiane notizie di aggressioni, anche gravi, a personale sanitario durante lo svolgimento del loro lavoro, la Fnopi, Federazione nazionale delle professioni infermieristiche (parte attiva dell'Osservatorio per la sicurezza e la prevenzione della violenza sugli operatori sanitari, istituito al ministero della Salute) prende posizione per non lasciare solo alcun collega.

Lo farà attraverso l'azione che tanti Ordini provinciali stanno già mettendo in campo da tempo.

L'infermiere non è un bersaglio, un capro espiatorio, un contenitore inerme dove riversare rabbia, frustrazione e l'inefficienze del sistema. **L'infermiere è un professionista alleato del cittadino** e tutto il Servizio Sanitario Nazionale deve impegnarsi affinché quest'alleanza possa esprimersi al meglio, per aumentare sicurezza e fiducia.

"Nel settore sanitario, sociosanitario e, in modo particolare, nei servizi di emergenza-urgenza e nelle strutture psichiatriche - ricorda la Fnopi - le aggressioni fisiche hanno raggiunto rispettivamente il 48% e il 27% degli operatori; gli insulti sono risultati invece praticamente ubiquitari, avendo coinvolto rispettivamente l'82 e il 64% degli operatori, e percentuali più o meno simili si trovano per le minacce".

Certo, il tema della sicurezza è sicuramente fondamentale, ma non l'unico.

È necessaria la formazione continua degli operatori sugli aspetti della comunicazione e della relazione di aiuto nei confronti delle persone assistite ed è importante che sappiano comunicare con fermezza agli utenti, agli accompagnatori e al personale che gli atti di violenza non sono permessi o tollerati.

Oggi, si stanno affermando messaggi culturali che inducono la popolazione a coltivare una rabbia crescente verso gli operatori delle strutture sanitarie. A questo concorrono le notizie spesso scandalistiche sui servizi sanitari, che creano a priori un'aspettativa negativa nei confronti dei servizi, che a sua volta fomenta la frustrazione e la rabbia e mina il rapporto di fiducia tra cittadini e operatori.

La prevenzione degli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari richiede che l'organizzazione identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie organizzative, strutturali e tecnologiche più opportune; diffonda una politica di tolleranza zero verso atti di violenza nei servizi sa-



nitari; incoraggi il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi e faciliti il coordinamento con le Forze dell'ordine o altri soggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie atte a eliminare o ad attenuare la violenza nei servizi sanitari.

Ma solo l'impegno comune di tutti (direzioni aziendali, dirigenza infermieristica e medica, coordinatori, professionisti e loro rappresentanti, organizzazioni sindacali, rappresentanti dei cittadini, organi di informazione) può migliorare l'approccio al problema e assicurare un ambiente di lavoro sicuro.

Tanto più che gli atti di violenza possono ripercuotersi negativamente anche sulla qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

Le misure possibili, secondo la Fnopi, vanno dalla definizione di disposizioni sulla chiusura serale dei reparti e sulla chiusura notturna degli accessi ai presidi ospedalieri a misure di tipo tecnologico, di videosorveglianza, e alla sperimentazione di forme di potenziamento della guardiania.

"Il tavolo di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari - spiega Lia Pulimeno, vicepresidente Fnopi, presidente dell'Ordine di Roma e componente dell'Osservatorio ministeriale per gli infermieri - sta anche mettendo a punto nuove strategie per arginare il fenomeno della violenza in cui sia previsto un importante coinvolgimento anche delle Regioni che rappresentano la prima linea di intervento in questo delicato settore, essendo i programmatori e gli organizzatori dei servizi oltre che i datori di lavoro degli operatori, purtroppo, coinvolti".

Nato l'Osservatorio nazionale sulle aggressioni agli operatori della salute

L'intollerabile fenomeno delle aggressioni e violenze in sanità non sarà mai più minimizzato, specie grazie alla nascita dell'Osservatorio nazionale sulle aggressioni ad operatori della salute del 13 marzo scorso.

Un problema atavico, quello delle violenze agli operatori, che andava affrontato con decisione, misure strutturali e organizzative mirate, oltre che con ad un'adeguata formazione per gli stessi professionisti della salute.

L'esigenza pressante di gestire l'accadere di questi eventi nelle strutture sanitarie, pubbliche e private è stato il viatico per la costituzione di un tavolo tecnico permanente da cui è sorto l'Osservatorio nazionale che, oggi, mette in rete le sinergie già sviluppate sulla questione.

Nella PA, e soprattutto in sanità, la maggiore esposizione del personale sanitario allo specifico rischio in questione, richiama l'attenzione sulle **legittime misure di sicurezza di medici ed infermieri** quotidianamente impegnati nel proprio lavoro di cura. Partendo dalle specifiche indicazioni delle schede informative elaborate dall'Agenzia Europea sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, Della Porta ha sottolineato l'importanza di un valido Servizio di Prevenzione e Protezione a supporto della valutazione del rischio aggressione e violenza sul lavoro, che faccia ricorso a professionalità multidisciplinari quali psicologi, sociologi, esperti in comunicazione e in comportamenti, oltre alle figure tradizionali quali tecnici della prevenzione e medici competenti.

A questo punto, sono stati indicati i vari passaggi da tener presente nel percorso valutativo, dalla individuazione dei gruppi omogenei alla classificazione dei motivi delle aggressioni, dall'analisi degli indicatori di probabilità a quelli di entità, e poi la quantificazione del rischio, il calcolo del rischio residuo, il monitoraggio e l'analisi di eventi sentinella ed infine la individuazione degli interventi di miglioramento.

Alla fine, il **13 marzo, alla presenza del ministro Beatrice Lorenzin, si è insediato, l'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari al ministero della Salute.**

L'Osservatorio risponde a una proposta del presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, Filippo Anelli, e avrà il compito di raccogliere dati, fare proposte per la prevenzione, per nuove norme di legge, per misure amministrative e organizzative.

"L'Osservatorio – ha detto il ministro Lorenzin – si pone importanti obiettivi: attivare un monitoraggio su tutti i livelli di sicurezza degli operatori sanitari, proporre misure concrete che li mettano in sicurezza negli ambiti di rischio, innalzando, al contempo, il loro livello di formazione rispetto alla gestione del rischio, e intervenire sugli aspetti organizzativi delle singole Asl e Regioni, perché spesso siamo di fronte a tematiche legate a problemi non solo sociologici, ma anche organizzativi. Un'azione coordinata e corale, che mira a ridare prestigio e dignità alle professioni sanitarie, proteggendo e valorizzando il loro quotidiano indispensabile lavoro, al servizio, non va dimenticato, dei pazienti e di tutti i cittadini".

L'Osservatorio è presieduto dal ministro della Salute e ne fanno parte: il comandante dei Carabinieri del Nas, il coordinatore degli assessori alla sanità regionali, il presidente della Fnomceo, il presidente della Fnopi, il presidente della Federazione nazionale ordini dei veterinari, il presidente della Federazione dei farmacisti, il direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e i direttori generali della Prevenzione, programmazione e professioni sanitarie del Ministero.



Il nuovo assetto nel Lazio per il governo della Sanità

Dopo il voto dello scorso 4 marzo, il rieletto presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**, ha presentato la nuova Giunta, composta da quattro donne e sei uomini, oltre al presidente stesso che manterrà, per sé, le deleghe alla Cultura, Sport e Politiche giovanili.

Alla Sanità e all'Integrazione sociosanitaria, **Alessio D'Amato**, che aveva già ricoperto il ruolo di responsabile della cabina di regia del Servizio sanitario regionale durante la scorsa amministrazione.

Nato a Roma nel 1968, è laureato in Sociologia e ha conseguito un Master in "Peacekeeping and security studies" e è autore di diverse pubblicazioni. Membro della Commissione Sanità e Bilancio del Consiglio regionale del Lazio e della Commissione Sicurezza sul Lavoro dal 2005 al 2010. Dal 2008 al 2010, ha ricoperto anche l'incarico di presidente della Commissione Affari Costituzionali del Consiglio regionale del Lazio. Proprio in Consiglio regionale, lo scorso 16 maggio, si sono insediate le 12 commissioni consiliari permanenti. A presiedere la commissione Salute e Politiche sociali è stato eletto **Pino Simeone** (Forza Italia). Simeone, originario di Sperlonga (Latina), è in politica da tempo. È stato assessore all'Ambiente della Provincia di Latina dal 1995 al 2001, dal 2002 al 2012 componente del Consiglio d'amministrazione della società Acqualatina SpA. Dal 1985 a oggi ha ricoperto vari incarichi nel Comune di Formia: Vice sindaco, assessore ai Lavori pubblici, alle Attività produttive, al Turismo, all'Ambiente, ai Servizi sociali, Presidente del Consiglio comunale. Diventa Consigliere regionale nel 2013, poi riconfer-



Giuseppe Simeone

mato nell'ultima tornata elettorale con 12.241 preferenze.

«Assumo questo incarico come un impegno e non come una medaglia da esibire – afferma Simeone – Sarò integerrimo nel tutelare gli interessi di ogni singolo cittadino che ha diritto ad avere una assistenza degna e qualificata nel momento più difficile. Sarò anche il portatore degli interessi delle province del Lazio i cui cittadini hanno non più diritti, ma neanche meno, rispetto a quelli di Roma Capitale. Dobbiamo essere capaci di trovare una sintesi in grado di collocare in maniera equa le risorse disponibili. Stiamo per uscire dalla fase di commissariamento – prosegue Simeone –. Questo consentirà al Consiglio e alla commissione di tornare a svolgere il proprio ruolo di programmazione e organizzazione politica della rete di assistenza regionale».

Questi, infine, gli altri assessori della Giunta Zingaretti: **Massimiliano Smeriglio**, Vice Presidente con deleghe alla Formazione, Università, Attuazione del Programma, Coordinamento dell'attività della Giunta sull'Area del Sisma e Protezione civile; **Alessandra Sartore**, assessore al Bilancio e Patrimonio; **Lorenza Bonaccorsi**, assessore al Turismo e alle Pari Opportunità; **Alessandra Troncarelli**, assessore alle Politiche Sociali, Welfare ed Enti Locali; **Enrica Onorati**, assessore all'Agricoltura, Ambiente e Politiche della Valorizzazione della Natura; **Gian Paolo Manzella**, assessore allo Sviluppo Economico, Commercio e Artigianato, Start-Up e Innovazione; **Mauro Alessandri**, assessore alle Infrastrutture, Lavori Pubblici e Tutela del Territorio, Trasporti e Piccoli Comuni; **Massimiliano Valeriani**, assessore con deleghe alle Politiche abitative, Urbanistica e Rifiuti; **Claudio Di Bernardino**, assessore Lavoro e nuovi diritti, Politiche per la Ricostruzione.



Alessio D'Amato

Rosaria Alvaro, professore ordinario all'Università di Tor Vergata

La professoressa Rosaria Alvaro, infermiera dal 1987, iscritta all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, è uno dei professori Ordinari dell'Università di Tor Vergata.

La nomina è stata ufficializzata durante una cerimonia proprio presso l'ateneo romano. Ateneo in cui, la Alvaro, dal 2005, è Professore Associato di Scienze Infermieristiche Med/45, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia. È presidente del corso di Laurea triennale in Infermieristica e Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche ed è coordinatore profili professionali lauree triennali area sanitaria Facoltà di Medicina e Chirurgia. È membro del collegio dei docenti del Dottorato di Ricerca in Infermieristica e Sanità Pubblica sempre dell'Università di Roma, Tor Vergata.

La professoressa ha lavorato all'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, sia presso la sala operatoria e pronto soccorso, che presso la Scuola per Infermieri. È stata direttore dei corsi Ota/Oss a Roma presso Ospedale Militare Celio, la Casa di Cura Villa Verde



la Casa di Cura Aurelia Hospital. Nel 1995 ha la qualifica di Operatore Professionale Coordinatore presso la Divisione di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Sanitaria San Camillo Forlanini Spallanzani di Roma e dal 1996 di Operatore Professionale Dirigente-Capo Servizi Sanitari Ausiliari, presso il dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica per il Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche dell'Università di Tor Vergata e, dal 2001 al 2005, ha un incarico di Capo Servizi Sanitari per il supporto organizzativo alle attività clinico assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario "Tor Vergata" - Roma.

Completano il suo curriculum: la delega del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata per l'Orientamento studenti; direttore del Master in Management infermieristico e per le professioni sanitarie, Infermieristica in area critica, Camera operatoria Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Tor Vergata.

Autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali, è anche membro dell'Osservatorio delle professioni sanitarie.

Quest'ultimo suo riconoscimento è importante per l'intera professione infermieristica, sulla strada dell'affermazione della docenza infermieristica per le nuove generazioni.

Biblioteca, presentata la relazione annuale

LA BIBLIOTECA OPI ROMA

È noto che dal 2011 la **Biblioteca Digitale** è disponibile in accesso remoto per tutti gli iscritti sul sito dell'Ordine, questa ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, pacchetti di abbonamenti sottoscritti, collezioni di journal concesse in convenzione, journals open access di diverse fonti) è concepita per essere un incentivo per la ricerca degli infermieri che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità. Inevitabilmente è diventata estensione e fulcro della stessa biblioteca di sede, questa, così integrata del patrimonio bibliografico digitale, è apprezzata dal mondo accademico e dall'utenza generale come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica: è frequentata dagli studenti dei corsi di Laurea in Infermieristica, delle Lauree Magistrali e dei Master delle diverse Università romane, del Lazio e di altre regioni. Importanti, ma meno numerose negli ultimi anni, sono le visite istituzionali richieste dai docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle sempre più precocemente all'uso degli strumenti della ricerca infermieristica. L'esperienza conferma che queste visite guidate, assieme alle risorse disponibili, producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti. Nonostante gli infermieri iscritti possano accedere a gran parte delle risorse nella modalità remota non mancano di frequentare la struttura per assistenze personalizzate, per il cartaceo italiano, o perché coinvolti in progetti di ricerca.

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

Come si vedrà, le statistiche d'uso in remoto sono sempre consistenti e convincenti, ancor più se si ricorda che negli anni passati l'utenza infermieristica opponeva una discreta resistenza alle risorse internazionali per le difficoltà con la lingua inglese, funzionali a questo successo i continui corsi di inglese che si tengono in sede. Significativi per la fruizione delle risorse sono anche i dati delle consultazioni in sede.

LA BIBLIOTECA DIGITALE

Il portale è fruibile da remoto e in sede, attraverso **FULL TEXT FINDER** di EBSCO che aggrega risorse EBSCO ed OVID Te-

chnologies, periodici elettronici *fulltext*, catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche di interesse infermieristico; attraverso il sistema "*linksour*ce" aggrega tutti i *fulltext* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche dati Cinahl e Pubmed.

Periodici digitali disponibili

Le testate elettroniche sono in parte sottoscritte (**26 testate attive, 41 con gli archivi pregressi di testate sottoscritte, cessate per cambio titolo**), in parte concesse in convenzione da EBSCO Publishing e Ovid Technologies in parte gratuitamente aggregate (*open access/free Journals*) per la comodità del ricercatore, le collezioni disponibili sono:

- Collezione Full text Cinahl Complete (EBSCO Publishing), circa 1.400 testate
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection
- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier
- Nursing Journals; singoli journals (26 titoli sottoscritti, totale 41)
- Open Access PubMed Central
- Ovid Open Access Journal (1.353 titoli)

Le collezioni sono in continuo divenire per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori ma si può parlare indicativamente della disponibilità di complessive 8.353 testate di area biomedica.

Descrizione delle banche dati

- **CINAHL**, prodotto EBSCO, dal 2014 è sottoscritto nella **versione massima "Cinahl Complete"**, questa offre, oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva dal 1937, un incremento delle monografie disponibili, circa **1.400 periodici full text**, nonché *evidence-based care sheet* e *quick lessons*. Per comprendere le dimensioni di questa banca dati, che deve esser lo strumento operativo per la ricerca accademica e clinica infermieristica, si evidenzia che indicizza 5.171 Journals per circa 4 milioni di record, così da essere il meglio per la ricerca della letteratura mondiale di nursing a disposizione degli infermieri iscritti al Collegio di Roma

- **NURSING REFERENCE CENTER**, prodotto EBSCO, è di particolare interesse per gli infermieri ospedalieri data la ricchezza di strumenti dedicati alla clinica: *evidence-based care sheets*, *quick lessons*, informazioni farmacologiche, linee guida, docu-

menti di educazione del paziente alla dimissione, documenti di competenze e procedure infermieristiche.

- **COCHRANE COLLECTION PLUS**, distribuita da EBSCO, sottoscritta dal 2013, la collezione di database è nota per l'eccellenza dei suoi documenti e revisioni, è **però consultabile solo presso la biblioteca della sede**.

- **PUBMED (NLM)**, liberamente disponibile nel web, aggregato nella biblioteca digitale consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il *linksource*, la potenziale disponibilità di *fulltext* o del cartaceo nella biblioteca della sede.

- **OVID/SP**, prodotto Ovid Technologies, è la piattaforma di ricerca che, oltre ad aggregare i periodici sottoscritti dal Collegio in formato elettronico ed individuabili nel pacchetto "YourJournals@Ovid", aggrega la collezione OPEN ACCESS Lippincott, gentilmente concessa dalla Società proprietaria, la ricca collezione di Journal Ovid@Fulltext, non ultima, consente la consultazione di Medline (NLM).

- **ILISI**, la banca dati bibliografica del Collegio, **liberamente disponibile nel web**, è aggregata nell'area autenticata per la comodità del ricercatore che voglia svolgere ricerche sulla letteratura italiana.

Statistiche

Come consueto per le risorse EBSCO Information System i dati sono stati rilevati attraverso il sito Admin di Ebscohost, per OvidSp le statistiche sono state fornite da Ovid Technologies. Nel corso degli ultimi anni entrambe le società aggregatrici hanno modificato i livelli di analisi, sostituito alcuni dei dati metrici di utilizzo, così che le statistiche specifiche ne risulteranno in parte modificate, non essendo alcuni dati più disponibili.

I dati annuali, per singole banche dati e nel complesso della biblioteca digitale, sono di soddisfazione perché consolidati, indicativi di un'attività di ricerca costante e dinamica, particolarmente apprezzabili se contestualizzati alla reale condizione lavorativa della categoria, le ricerche svolte nella biblioteca digitale testimoniano dati significativamente consistenti ed un'attività di ricerca elevata e dinamica, di qualità. Gli accessi complessivi sono **7.207**, le ricerche **26.289**, **75.209** gli *abstract* visionati, il download di documenti in lingua inglese complessivamente scaricati dal sistema è pari a **12.339**.

La banca dati Cinahl, standard d'eccellenza per la ricerca infermieristica, registra un incremento negli accessi del **+10,39%**, ed un numero sempre imponente di *Fulltext* scaricati (**9.725**). La piattaforma OvidSp mostra un incremento in tutti i valori rispetto

all'anno precedente: **+99,06%** degli accessi, **+127,13%** ricerche, **+2,62%** per i *fulltext* scaricati. Interessanti i nuovi dati delle Sessioni e Ricerche Federate di OvidSP (per il sistema EBSCO le Ricerche Federate sono pari a 0), che indicano Sessioni e Ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti dopo aver fatto una ricerca sul proprio argomento di interesse per ottenere aggiornamenti senza dover più accedere alla piattaforma di ricerca, si tratta di 1.617 accessi automatici e 9.254 ricerche che assieme agli altri dati della piattaforma e la visione/utilizzo di complessiva di 53.462 *abstract*, indicano un'estesa attività di revisione sistematica, scientifica e un capace utilizzo delle funzioni di information retrieval. I dati nel loro insieme testimoniano che il sistema funziona, la piattaforma della Biblioteca Digitale è frequentata da un'utenza remota stabile, capace di utilizzare con sempre maggior competenza le diverse risorse disponibili per rispondere ai propri bisogni informativi.

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract
Portale Full Text Finder	2017	n.d	n.d	n.d	
Cinahl Complete	2017	3.939 (+10,39%)	13.831 (-46,23%)	9.725 (-24,03%)	20.867 (-28,24%)
NRC Nursing Reference Center	2017	465	761	1.600	635
Cochrane Collection PLUS**	2017	253	549	75	245
Cochrane Systematic Reviews***	2017	95	177	74	24
OvidSP	2017	2.550 (+99,06%)	11.148 (+127,13%)	939 (+2,62%)	53.462 (-23,86%)
OvidMedline	2017	675	3.784	-	52.286
Ovid totale Sess/Ricer Federate*	2017	1.617	9.254	-	-
ILISI	2017	19.765 (-17,26%)			
GRAN Totale BD		7.207	26.289	12.339	75.209

Tabella 1. Statistiche gennaio-dicembre 2017

Legenda:

- Sono evidenziati in giallo i valori crescenti;
- Il nuovo valore delle ricerche federate è evidenziato in verde
- ** Valori complessivi del pluridatabase Cochrane Collection PLUS consultabile solo in sede;
- ***specifico database di Collection PLUS.
- specifico database di OvidSP
- *Ovid Sessioni/Ricerche Federate, nuovo valore relativo alle sessioni e ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti per ricerche di proprio interesse

UTENZA ALLA CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

La biblioteca della sede ha visto mutare le esigenze dell'utenza: per gli infermieri iscritti è il luogo in cui possono richiedere servizi complementari alla consultazione in remoto: assistenza personalizzata alla ricerca bibliografica, accesso al cartaceo italiano e internazionale, richiesta presso altre biblioteche di articoli non disponibili. Per coloro che non sono iscritti, è il luogo di accesso all'area digitale: frequentatori numerosi sono gli infermieri iscritti ad altri Ordini che lavorano a Roma e gli studenti delle Scuole infermieristiche, già tradizionali utenti. Questi ultimi si rivolgono inizialmente alla manualistica e alla letteratura italiana, per convergere poi sulle risorse internazionali nella fase di apprendimento degli strumenti di metodologia della ricerca e di elaborazione della tesi; richiedono allora ricerche autonome o assistite alle banche dati, o di corredare con il reperimento di *full-text* e articoli cartacei ricerche svolte su PubMed o sul Cinahl con gli insegnanti.

I dati mostrano che le postazioni informatiche sono utilizzate esclusivamente per la consultazione delle banche dati della Biblioteca digitale.

Nell'anno 2017 la biblioteca della sede è stata aperta per la consultazione: il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio; il martedì mattina per la consultazione assistita della banca dati Cinahl ed eventuali altre ritenute necessarie per la ricerca dell'utente. Relativamente ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti si registrano dai moduli i seguenti numeri:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **614** utenti
- consultazione autonoma delle banche dati: **153**
- consultazione assistita delle banche dati: **297**

Per un totale di **1.064** utenti che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca del Collegio.

La biblioteca di sede, oltre ad essere il back office della biblioteca digitale, presta assistenza telefonica o via mail agli infermieri che in accesso remoto abbiano difficoltà alla consultazione o a registrarsi o a recuperare le proprie credenziali di accesso, per indirizzarli poi al supporto tecnico Opi, quando necessario.

È standard l'uso degli strumenti di indicizzazione (ILISI, Cinahl e PubMed), per accedere alla consultazione della letteratura italiana ed internazionale, numerosi gli utenti che accedono con una bibliografia ILISI, diversamente utilizzano la banca dati in sede.

Richiedendo esplicitamente nel modulo di consultazione quanti la abbiano utilizzata per ottenere i riferimenti bibliografici, si è espresso positivamente il **24,75%** di quanti hanno consultato il cartaceo (scorso anno il 23,77%). Più particolarmente, tra quanti hanno consultato i periodici italiani (239): il **63,59%** (152) si è espresso positivamente, il **5,85%** (14) si è espresso negativamente, il **30,54%** (73) non si è espresso.

Sulla consultazione totale del cartaceo, approssimativamente (alcuni moduli indicano una consultazione mista e quindi sono assegnati alla categoria prevalente), si possono calcolare le seguenti percentuali:

- manualistica 41,86%;
- letteratura infermieristica internazionale 19,22%;
- letteratura infermieristica italiana 38,92%.

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso alle risorse elettroniche, talvolta anche l'utente esperto deve essere introdotto all'ambiente informatico, alle diverse funzioni del semplice interfaccia della Biblioteca digitale e/o delle banche dati.

I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede in formato cartaceo e elettronico, presenti anche sul sito dell'Ordine, nella pagina dedicata alla Biblioteca di sede.

La valutazione da parte dell'utenza è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile e per il servizio offerto.

Postazioni informatiche

Le postazioni informatiche sono tre ed utilizzate esclusivamente per l'accesso alla Biblioteca digitale (Catalogo, banche dati ILISI, Cinahl, Nursing Reference Center, Cochrane, PubMed, OPAC e ACNP). Il modulo per la consultazione delle banche dati, consente di tracciare al meglio gli accessi degli utenti alle singole banche dati. Ne è esclusa la Cochrane Collection PLUS, consultabile solo in sede, le cui statistiche di uso sono generate dal sito Admin di EBSCO.

Consultazione in sede delle banche dati

Relativamente ai tipi di consultazione, la "ricerca assistita" è quella svolta con il responsabile di biblioteca, prevalentemente il martedì mattina per appuntamento ma anche nei pomeriggi di consultazione, quando possibile; per "autonoma" si intende la ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotto ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso dell'interfaccia. I moduli registrano 297 consultazioni assistite e 153 consultazioni autonome, per un totale di 450 utenti.

2017	Cinahl	NRC	PubMed	OvidSP	ILISI
Cons. Ass.	217	54	51	42	66
Cons. Aut.	110	36	27	17	76
Totale	327 (+1,86%)	90 (-13,46%)	78 (-7,14%)	59 (+84,37%)	142 (+10,07%)

Dinanzi all'offerta variegata di banche dati, complessivamente in sede la banca dati Cinahl è stata consultata da 327 utenti, del tutto stabile, registra rispetto allo scorso anno un lieve incremento dell'1,86%. La fruizione in sede rappresenta l'8,30% del totale come lo scorso anno. Incrementi di accesso sono attestati in alcune banche dati, testimoniando comunque un solido utilizzo delle risorse.

Per la Cochrane PLUS Collection (sottoscritta dal 2013) ed accessibile solo in sede, la consultazione è complementare alle ricerche svolte sul Cinahl con il recupero di revisioni Cochrane indicate nella banca dati, o richiesta in modo specifico dall'utente.

Cochrane	Accessi	Ricerche	FullText	Abstract
2017	253	549	75	245

Patrimonio bibliografico cartaceo

PERIODICI - Come anticipato, l'attenzione ora è, ove possibile, di convertire il cartaceo in formato elettronico per ampliare l'accesso all'utenza remota e, non ultimo, per contingentare i problemi di spazio. Rimane comunque significativa la presenza del cartaceo che rende possibile l'accesso alla letteratura italiana e a quella internazionale, più autorevole per la ricerca, non disponibile in formato elettronico, è il caso di *Journal of Clinical Nursing* e di *Journal of Advanced Nursing*.

Oltre a quanto sottoscritto, sono presenti in biblioteca numerosi periodici che afferiscono in sede perché offerti in regime di scambio, o gratuitamente perché di interesse sanitario.

Anno	Totale abbonamenti attivi cartacei	Abb. periodici internaz.	Abb. periodici italiani
2017	29	12	17
2016	31	12	19
2015	32	12	20

MONOGRAFIE - Per le monografie, la biblioteca ha acquisito nel corso dell'anno una decina di nuovi libri di management, Competenze infermieristiche, Ricerca Infermieristica, Statistica. È in progetto di acquisire, ove possibile, la manualistica infermieristica clinica più recente.

DOCUMENT DELIVERY - Nel corso dell'anno la biblioteca ha fornito sperimentalmente, ovvero informalmente, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di *Document Delivery* che richiede, in regime di scambio gratuito, ad altre Biblioteche articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2017 la commissione ha continuato i suoi consueti lavori con le professionalità presenti in commissione, il gruppo è così formato: Carlo Turci - Tesoriere, Eleonora Bruno, Barbara Di Donato, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla. Per l'aspetto informatico la commissione è supportata dal webmaster del Vladislav Popov.

La commissione ha focalizzato la sua attività sulla tenuta di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica ed il rinnovo della Banca dati bibliografica ILISI. Ha somministrato, su richiesta delle Aziende Ospedaliere, il corso itinerante di mezza giornata intitolato: *La Ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle Banche dati On-Line*, il fine è sempre promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica fornendo contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti del Collegio di Roma.

Per l'attività formativa la commissione ha quindi tenuto complessivamente quattro corsi itineranti sul territorio: all'Ospedale IFO Regina Elena, all'Ospedale Celio, all'Ospedale S. Andrea, all'Ospedale S. Giovanni dell'Addolorata.

Progetto Banca Dati ILISI

Nel progetto sono coinvolti tutti i membri della commissione biblioteca e gli indicizzatori formati che collaborano ad oggi:

- Referenti Opi: Presidente M.L. Pulimeno e Tesoriere C. Turci.
- Gruppo di progetto: E. Bruno, B. Di Donato, E. Fanfera, G. Finocchi, S. Martelli, M.R. Monaco, P. Nappini, C. Onofri, A. Pizzalla, A. Stievano, C. Turci.

- Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2017): Paola Cortesini, Barbara Di Donato, Valentina Biagioli, Tiziana Di Giovanni, Tania Diottasi, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Mauro Iossa, Lorian Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Silvia Sferazza, Daniela Trinca.

Esce dal progetto al termine del 2016, per sopraggiunti impegni personali, Teresa Compagnone, l'occasione è perfetta per ringraziarla del lavoro puntuale e sistematico che ha svolto per ILISI.

Macro obiettivi necessari alla funzionalità del progetto:

1. Revisione periodica del Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche (ThiSi) redatto.
2. Formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il Corso dedicato "L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURE SCIENTIFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: Corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica" e successiva fase di Training con sessioni di indicizzazione presso la sede.
3. Aggiornamento continuo del software che supporta la collezione dei dati e la ricerca online, con interfaccia in lingua italiana, adattamento delle funzioni alle necessità del progetto,

4. Indicizzazione in modalità remota di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse.
5. Revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione.
6. Presentazione del Progetto e della banca dati in eventi significativi della comunità infermieristica.
7. Continua fruizione pubblica del database sul sito dell'Ordine provinciale.
8. Gestione materiale organizzativo: anagrafica, abbinamenti, annate pregresse ecc.
9. Applicazioni eventuali del regolamento per la gestione formale e pratica dei rapporti all'interno dell'esteso gruppo del Progetto ILISI.

Raccolta dati, elaborazione e redazione della relazione a cura del dott. Carlo Turci e della dott.ssa Edvige Fanfera.



Bilancio 2017

1. Rendiconto finanziario

Entrate

	GESTIONE DI COMPETENZA						GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE	
	PREVISIONI		SOMME ACCERTATE				Scostamento	Iniziali	Variazioni	Riscosti	Da riscuotere	Residui Finali	CASSA Tot. Inc.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale							
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI													
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI													
Quote iscrizioni	€ 1.980.000,00	€ -	€ 1.980.000,00	€ 1.710.444,72	€ 242.195,28	€ 1.952.640,00	€ -27.360,00	€ 987.458,29	€ -	€ 178.973,81	€ 808.484,48	€ 1.050.679,76	€ 1.889.418,53
Quote nuovi iscritti	€ 72.000,00	€ -	€ 72.000,00	€ 57.960,00	€ 14.040,00	€ 57.960,00	€ -14.040,00	€ 62,50	€ -	€ 62,50	€ -	€ -	€ 58.022,50
Tasse iscrizioni	€ 108.000,00	€ -	€ 108.000,00	€ 86.940,00	€ 21.060,00	€ 86.940,00	€ -21.060,00	€ 90,00	€ -	€ 90,00	€ -	€ -	€ 87.030,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.160.000,00	€ -	€ 2.160.000,00	€ 1.855.344,72	€ 242.195,28	€ 2.097.540,00	€ -62.460,00	€ 987.610,79	€ -	€ 179.126,31	€ 808.484,48	€ 1.050.679,76	€ 2.034.471,03
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI													
Corsi di aggiornamento	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 15.480,00	€ 9.520,00	€ 15.480,00	€ -9.520,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.480,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 15.480,00	€ 9.520,00	€ 15.480,00	€ -9.520,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.480,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI													
Rilascio tessere	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI													
Trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI													
Vendita pubblicazioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI													
Interessi attivi	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 2.099,87	€ 95,15	€ 2.195,02	€ 195,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 95,15	€ 2.099,87
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 2.099,87	€ 95,15	€ 2.195,02	€ 195,02	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 95,15	€ 2.099,87
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI													
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ -	€ 1.175,75	€ 1.175,75	€ -824,25	€ -	€ 1.598,06	€ 1.598,06	€ -	€ 1.175,75	€ 1.598,06
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ -	€ 1.175,75	€ 1.175,75	€ -824,25	€ -	€ 1.598,06	€ 1.598,06	€ -	€ 1.175,75	€ 1.598,06
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Entrate varie	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 570,33	€ -	€ 570,33	€ -429,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 570,33
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 570,33	€ -	€ 570,33	€ -429,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 570,33
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.190.000,00	€ -	€ 2.190.000,00	€ 1.873.494,92	€ 243.466,18	€ 2.116.961,10	€ -73.038,90	€ 987.610,79	€ 1.598,06	€ 180.724,37	€ 808.484,48	€ 1.051.950,66	€ 2.054.219,29
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE													
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI													
Alienazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale alienazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

	GESTIONE DI COMPETENZA						GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE	
	PREVISIONI		SOMME ACCERTATE				Scostamento	Iniziali	Variazioni	Riscosti	Da riscuotere	Residui Finali	CASSA Tot. Inc.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale							
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE													
Vendita mobili ed arredi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RISCOSSIONE DI CREDITI													
Riscossione credito	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale riscossione di crediti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE													
Trasferimento	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale trasferimenti in conto capitale	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ASSUNZIONE DI MUTUI													
Assunzione mutuo	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale Assunzione di mutui	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI													
Assunzione debito finanziario	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale assunzione di altri debiti finanziari	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TITOLO III - PARTITE DI GIRO													
ENTRATE AVVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Ritenute erariali	€ 220.000,00	€ -	€ 220.000,00	€ 193.817,02	€ 782,95	€ 194.599,97	€ -25.400,03	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 782,95	€ 193.817,02
Ritenute previdenziali	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 51.150,88	€ 15.150,88	€ 51.150,88	€ -8.849,12	€ 51,00	€ -	€ 51,00	€ 51,00	€ 51,00	€ 51.150,88
altre partite di giro	€ 250.000,00	€ -	€ 250.000,00	€ 166.123,40	€ 13.647,82	€ 179.771,22	€ -70.228,78	€ 27.333,34	€ -	€ 8.620,53	€ 18.712,81	€ 32.360,63	€ 174.743,93
IVA Split Payment	€ -	€ -	€ -	€ 30.878,66	€ -	€ 30.878,66	€ -30.878,66	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 30.878,66
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 530.000,00	€ -	€ 530.000,00	€ 441.970,96	€ 14.430,77	€ 456.401,72	€ -73.598,27	€ 27.384,34	€ -	€ 8.620,53	€ 18.763,81	€ 33.194,58	€ 450.396,49
TOTALE ENTRATE	€ 2.720.000,00	€ -	€ 2.720.000,00	€ 2.315.464,88	€ 257.896,95	€ 2.573.361,83	€ -146.638,17	€ 1.014.995,13	€ 1.598,06	€ 189.344,90	€ 827.248,29	€ 1.085.145,24	€ 2.504.809,78
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 350.050,00	€ -	€ 350.050,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TOTALE GENERALE	€ 3.070.050,00	€ -	€ 3.070.050,00	€ 2.315.464,88	€ 257.896,95	€ 2.573.361,83	€ -146.638,17	€ 1.014.995,13	€ 1.598,06	€ 189.344,90	€ 827.248,29	€ 1.085.145,24	€ 2.504.809,78

Bilancio 2017

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA					GESTIONE DEI RESIDUI				GESTIONE CASSA			
	PREVISIONI		SOMME IMPEGNATE		Totale	Scostamento	Iniziali	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.	
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato									Da pagare
TITOLO I - USCITE CORRENTI													
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE													
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e C.R.C.	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 15.760,00	€ 1.360,00	€ 17.120,00	€ 7.880,00	€ 2.480,00		€ 2.480,00	€ -	€ 1.360,00	€ 19.240,00
Ogni. patine C.N., Congressi e Seminari	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 7.139,06	€ 7.139,06	€ 360,94				€ -	€ -	€ 7.139,06	€ 7.139,06
Rimborsi spese	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 18.230,97	€ 698,06	€ 18.929,03	€ 1.070,97	€ 988,70		€ 988,70	€ -	€ 698,06	€ 19.219,67
Gettoni e ind. attività Organi Diret.	€ 140.000,00		€ 140.000,00	€ 126.980,00	€ 3.440,00	€ 130.420,00	€ 9.580,00	€ 2.940,00		€ 2.940,00	€ -	€ 3.440,00	€ 129.920,00
Assicurazioni organi statutari	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 5.471,92	€ 5.471,92	€ 2.028,08				€ -	€ -	€ 5.471,92	€ 5.471,92
Totale uscite per gli organi dell'ente	€ 200.000,00	€ -	€ 200.000,00	€ 173.581,95	€ 5.498,06	€ 179.080,01	€ 20.919,99	€ 6.408,70	€ -	€ 6.408,70	€ -	€ 5.498,06	€ 179.990,65
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO													
Stipendi e oneri inflessi	€ 230.000,00		€ 230.000,00	€ 193.636,25	€ 14.137,02	€ 207.773,27	€ 22.226,73	€ 13.327,70	€ 893,24	€ 12.434,46	€ -	€ 14.137,02	€ 206.070,71
Assicurazioni personale	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 4.758,93	€ 902,26	€ 5.661,19	€ 1.838,81			€ -	€ -	€ 902,26	€ 4.758,93
Fondo incentivazione	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 76.525,74	€ 1.500,00	€ 78.025,74	€ 1.974,26	€ 700,00		€ 700,00	€ -	€ 1.500,00	€ 77.225,74
Corsi di formazione	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 522,20	€ 934,40	€ 1.256,60	€ 3.743,40	€ 1.591,08		€ 1.591,08	€ -	€ 522,20	€ 2.213,28
Lavoro temporaneo	€ 27.900,00	€ 6.858,02	€ 34.758,02	€ 18.276,10	€ 16.481,92	€ 34.758,02	€ -	€ 12.560,82	€ 182,21	€ 12.743,03	€ -	€ 16.481,92	€ 31.019,13
Totale oneri per il personale in servizio	€ 350.400,00	€ 6.858,02	€ 357.258,02	€ 293.819,22	€ 33.655,60	€ 327.474,82	€ 29.783,20	€ 28.179,60	€ 711,03	€ 27.488,57	€ -	€ 33.655,60	€ 321.287,79
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI													
Compenso per la riscossione	€ 45.000,00		€ 45.000,00	€ 29.214,97	€ 974,09	€ 30.189,06	€ 14.810,94	€ 114,00	€ -	€ -	€ -	€ 974,09	€ 29.214,97
Servizi legali	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 29.015,87	€ 38.944,23	€ 67.960,10	€ 12.039,00	€ 56.572,62		€ 56.572,62	€ -	€ 38.944,23	€ 85.588,49
Servizi contabili e fiscali	€ 38.000,00		€ 38.000,00	€ 25.306,13	€ 12.622,62	€ 37.928,75	€ 71,25	€ 9.377,91	€ 0,07	€ 9.377,91	€ -	€ 12.622,62	€ 34.683,97
Servizi vari e comunicazione	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 10.930,56	€ 8.783,97	€ 19.714,53	€ 5.285,47	€ 7.698,68	€ 3,52	€ 7.695,16	€ -	€ 8.783,97	€ 18.625,72
Servizi informatici	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 24.970,02	€ 25.693,21	€ 50.663,23	€ 9.336,77	€ 24.064,50		€ 24.064,50	€ -	€ 25.693,21	€ 49.034,52
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 14.845,81	€ 9.442,87	€ 24.288,68	€ 5.711,32	€ 13.932,22	€ 2,44	€ 13.979,73	€ -	€ 9.442,87	€ 28.525,59
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 4.000,00		€ 4.000,00	€ 1.427,40	€ 1.494,08	€ 2.921,48	€ 1.078,52	€ 745,95	€ 59,98	€ 805,93	€ -	€ 1.494,08	€ 2.233,33
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 282.000,00	€ -	€ 282.000,00	€ 135.710,76	€ 97.955,07	€ 233.665,83	€ 48.334,17	€ 112.255,88	€ 60,05	€ 112.195,83	€ -	€ 97.955,07	€ 247.906,59
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI													
Affitto local. riscaldamento condominio approvvigionamenti	€ 145.000,00		€ 145.000,00	€ 114.516,55	€ 8.539,57	€ 123.056,12	€ 21.841,88	€ 5.719,68	€ 6.168,23	€ 11.887,91	€ -	€ 8.539,57	€ 126.406,46
Canoletteria e stampati	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 9.604,81	€ 6.541,42	€ 15.146,23	€ 8.853,77	€ 1.711,80	€ 1.415,62	€ 1.587,42	€ -	€ 6.541,42	€ 11.192,23
Spese postali e telefoniche	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 8.075,75	€ 1.104,51	€ 9.180,26	€ 20.819,74	€ 12.825,80	€ 10.058,28	€ 2.767,52	€ -	€ 1.104,51	€ 10.843,27
Spese di pulizia	€ 21.000,00		€ 21.000,00	€ 11.834,00	€ 5.807,20	€ 17.641,20	€ 3.358,80	€ 4.355,40		€ 4.355,40	€ -	€ 5.807,20	€ 16.189,40
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.290,51	€ 232,64	€ 1.523,15	€ 476,85	€ 274,59		€ 274,59	€ -	€ 232,64	€ 1.565,10
Spese varie	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 746,44	€ 746,44	€ 746,44	€ 2.253,56			€ -	€ -	€ 746,44	€ 746,44
Archiviazione e gestione documenti	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 7.565,54	€ 3.050,00	€ 10.615,54	€ 4.384,46	€ 4.363,02	€ 828,06	€ 5.191,08	€ -	€ 3.050,00	€ 12.756,62
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 241.000,00	€ -	€ 241.000,00	€ 153.635,60	€ 25.275,34	€ 178.910,94	€ 62.089,06	€ 28.954,11	€ 2.890,19	€ 25.275,34	€ -	€ 25.275,34	€ 179.699,52
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI													
Aggiornamenti professionali	€ 550.000,00		€ 550.000,00	€ 293.214,81	€ 88.646,51	€ 381.861,32	€ 168.138,68	€ 191.041,29	€ 7.867,38	€ 107.393,12	€ 75.780,79	€ 164.427,30	€ 400.607,93
Rivista "Infermiere oggi"	€ 110.000,00		€ 110.000,00	€ 79.807,08	€ 25.492,12	€ 105.299,20	€ 4.700,80	€ 34.666,55		€ 34.666,55	€ -	€ 25.492,12	€ 114.473,63
Biblioteca	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 68.460,27	€ 22.011,77	€ 90.472,04	€ 9.527,96	€ 20.222,60	€ 787,37	€ 18.256,08	€ 1.179,15	€ 23.190,92	€ 86.716,35
Promozione immagine (pubblicità)	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 5.000,00			€ -	€ -	€ -	€ -
Commissioni di studio	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 1.840,00	€ 1.580,00	€ 3.420,00	€ 6.580,00			€ -	€ -	€ 1.580,00	€ 1.840,00
Spese di rappresentanza	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 200,00	€ 200,00	€ 200,00	€ 2.800,00			€ -	€ -	€ 200,00	€ 200,00
Quote spettanti Federazione	€ 239.400,00		€ 239.400,00	€ 227.808,00	€ 6.782,00	€ 234.570,00	€ 4.830,00	€ 6.118,00		€ 6.118,00	€ -	€ 6.782,00	€ 233.926,00
Progetto qualità Collegio ISO 9000	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 7.008,90	€ 7.008,90	€ 7.008,90	€ 491,10			€ -	€ -	€ 7.008,90	€ 7.008,90
Iniziativa di Solidarietà	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 15.500,00	€ 15.500,00	€ 15.500,00	€ 4.500,00	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ -	€ -	€ 20.500,00
Posta elettronica certificata	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 1.050,00	€ 1.050,00	€ 1.050,00	€ -	€ -		€ -	€ -	€ 1.050,00	€ 1.050,00
Quote dovute al coord.to del Lazio	€ 500,00	€ 550,00	€ 1.050,00	€ 1.050,00	€ 1.050,00	€ 1.050,00	€ -	€ -		€ -	€ -	€ 1.050,00	€ 1.050,00
Spese elezioni organi direttivi	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 25.192,94	€ 51.407,17	€ 76.600,11	€ 3.999,89			€ -	€ -	€ 51.407,17	€ 25.192,94
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.137.600,00	€ 550,00	€ 1.138.150,00	€ 732.282,00	€ 195.899,57	€ 928.181,57	€ 209.968,43	€ 257.048,44	€ 8.654,75	€ 171.433,75	€ 76.959,94	€ 227.859,51	€ 903.715,75

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA					GESTIONE DEI RESIDUI				GESTIONE CASSA			
	PREVISIONI		SOMME IMPEGNATE		Totale	Scostamento	Iniziali	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.	
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato									Da pagare
ONERI FINANZIARI													
Interessi passivi													
Totale oneri finanziari													
ONERI TRIBUTARI													
Imp. irap e altri tributi	€ 100.000,00	€ 9.344,85	€ 109.344,85	€ 90.252,74	€ 19.092,11	€ 109.344,85	€ -	€ 14.412,06	€ 19,62	€ 14.431,68	€ 0,00	€ 19.092,11	€ 104.684,42
Nettezza urbana	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 3.162,43	€ 219,60	€ 3.382,03	€ 1.617,97	€ 219,60	€ 48,80	€ 268,40	€ -	€ 219,60	€ 3.430,83
Totale oneri tributari	€ 105.000,00	€ 9.344,85	€ 114.344,85	€ 93.415,17	€ 19.311,71	€ 112.726,88	€ 1.617,97	€ 14.631,66	€ 68,42	€ 14.700,08	€ 0,00	€ 19.311,71	€ 108.115,25
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI													
Rimborsi vari	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 2.415,00	€ 2.415,00	€ 2.415,00	€ 2.585,00			€ -	€ -	€ 2.415,00	€ 2.415,00
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 2.415,00	€ 2.415,00	€ 2.415,00	€ 2.585,00			€ -	€ -	€ 2.415,00	€ 2.415,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Fondo spese imprevidite	€ 117.050,00	€ -	€ 117.050,00	€ 100.297,13	€ 100.297,13	€ 100.297,13	€ -	€ 100.297,13		€ 100.297,13	€ -	€ 100,297,13	€ 100,297,13
Totale uscite non classificabili in altre voci	€ 117.050,00	€ -	€ 117.050,00	€ 100.297,13	€ 100.297,13	€ 100.297,13	€ -	€ 100,297,13		€ 100,297,13	€ -	€ 100,297,13	€ 100,297,13
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO													
Trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 17,027	€ 12.281,37	€ 12.451,54	€ 7.548,36	€ 159.160,04		€ 159.160,04	€ -	€ 171.441,41	€ 170,227
Totale trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 17,027	€ 12.281,37	€ 12.451,54	€ 7.548,36	€ 159.160,04	€ -	€ 159.160,04	€ -	€ 171,441,41	€ 170,227
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI													
Rimborso quote estorata													
Totale accantonamento fondo rischi e oneri													
TOTALE TITOLO I - USCITE CORRENTI	€ 2.458.050,00	€ 0,00	€ 2.458.050,00	€ 1.585.029,97	€ 389.876,72	€ 1.974.906,69	€ 463.143,31	€ 606.638,43	€ 12.247,60	€ 358.270,85	€ 236.119,98	€ 625.996,70	€ 1.943.300,62
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE													
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI													
Ristrutturazione sede	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 400,00	€ 400,00	€ 400,00	€ 59.600,00	€ 7.320,00		€ 7.320,00	€ -	€ 7.320,00	€ 400,00
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 400,00	€ 400,00	€ 400,00	€ 59.600,00	€ 7.320,00	€ -	€ 7.320,00	€ -	€ 7.320,00	€ 400,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE													
Acquisto mobili e arredi	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 7.490,80	€ 7.490,80	€ 7.490,80	€ 2.509,20	€ 6.490,40		€ 6.490,40	€ -	€ -</	

Fondazione "Insieme per Vita agli Anni" Concorso per un progetto di ricerca

La Fondazione "Insieme per Vita agli Anni" ha bandito un concorso per assegnare un premio di 8000 euro a un progetto di ricerca che abbia lo scopo di sostenere la persona e la qualità della sua esistenza, individuando nuovi modelli di presa in carico globale in ogni età della vita, e mettendo a punto strategie assistenziali innovative. La Fondazione nasce dall'incontro di persone con caratteristiche e vocazioni diverse per interessi, professionalità ed esperienze, unite dal voler sostenere la persona e la qualità della sua esistenza. Per sostenere i progetti grazie ai contributi professionali ed economici che raccoglie sul tema del sostegno alla persona e alla qualità della salute in tutte le fasi della vita, proponendo soluzioni innovative alla crisi del sistema sanitario. Possono parteciparvi: titolari di laurea magistrale/Dottorato di ricerca; la cui età non sia superiore a 45

anni compiuti alla data di scadenza del bando; i candidati devono dimostrare buona conoscenza dell'inglese.

La domanda di partecipazione dovrà essere presentata entro il **30 giugno 2018**, all'indirizzo: direttoregenerale@ipervita.org.

La valutazione dei progetti sarà effettuata considerando: il rispetto degli aspetti etico-deontologici della ricerca da effettuare; la rilevanza, anche in termine di innovazione, del quesito di ricerca; la validità del rationale scientifico; l'appropriatezza della bibliografia a sostegno del rationale; la validità del disegno dello studio e della metodologia della ricerca; l'operatività dello strumento e/o degli strumenti proposti; il congruo utilizzo delle risorse previste; la multidisciplinarietà e la multi professionalità; la valenza internazionale del progetto di ricerca; la presentazione del progetto anche in inglese.

Sì al progetto per "San Donato's group"

Si sta svolgendo il progetto "Ensuring The excellence of a global workforce for San Donato's group".

Un'iniziativa che vede la partnership della Fondazione "Insieme per vita agli anni" ed il Gruppo San Donato che hanno sottoscritto una convenzione (della durata quinquennale) con l'istituzione della "S. Donato Academy of health professions", Accademia a cui potranno accedere infermieri e professionisti sanitari di eccellenza. I membri dell'Accademia costituiranno la base per l'accreditamento dei Global health nurses and health professionals del Gruppo San Donato.

Un progetto in collaborazione scientifica con il Cecri dell'OPI di Roma e del CGFNS (Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools) di Philadelphia.

Lezioni in inglese scientifico e di politiche sanitarie in un contesto globale, oltre che elementi di infermieristica transculturale,

per il primo gruppo di corsisti.

La sintesi dei migliori lavori è stata presentata in occasione della Conferenza di giugno, occasione per consegnare anche gli attestati di partecipazione.



Da sinistra: Pittella, Caruso, Kearns, Rocco, Fiorini, Shaffer, Stievano, Ausili

All'Istituto Superiore di Sanità Opi di Roma discute di vaccinazioni e coinvolgimento infermieristico

A Roma, il 22 marzo 2018, presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e l'Istituto Superiore di Sanità, è stato protagonista de: "Vaccinazioni e loro impatto sulla salute del cittadino. Quale coinvolgimento per il professionista infermiere".

Un evento rilevante, specie in questo momento in cui il dibattito sulle vaccinazioni è sempre più acceso, e che ha affrontato il tema con particolare riferimento all'importanza dell'intervento del professionista infermiere impegnato in tale ambito.

Negli ultimi anni, infatti, i professionisti sanitari impattano sempre più spesso nel crescente scetticismo nei confronti delle vaccinazioni.

Un fenomeno complesso che consiste nel ritardo, rifiuto parziale o totale di adesione alla vaccinazione, nonostante la disponibilità dei Servizi Vaccinali.

È emerso che la decisione di seguire o meno le raccomandazioni in merito alle è influenzata da un'ampia gamma di fattori medici, psicologici, socio-economici e culturali tra cui quali: sfiducia nelle istituzioni sanitarie, dubbi sulla sicurezza e l'efficacia dei vaccini, mancanza di informazioni adeguate, utilizzo di metodi alternativi, condizionamenti dei media, livello di istruzione dei genitori, differenze di genere e credenze religiose.

Così, contestualmente, la comunità scientifica deve continuare nei suoi percorsi di formazione/aggiornamento, affinché i professionisti sanitari possano disporre di un bagaglio tec-

nico-scientifico e comunicativo relazionale capace di superare eventuali dubbi nei confronti del valore e della sicurezza dei vaccini.

La giornata voluta dall'Opi di Roma ha rappresentato un momento di condivisione e di confronto tra infermieri, ricercatori ed esperti impegnati sul campo al fine di valorizzare il ruolo preminente, in sanità pubblica, delle vaccinazioni, tanto per la tutela della salute del singolo individuo che dell'intera collettività.

All'Iss, gli esperti hanno insistito sulla necessità di sensibilizzare i professionisti infermieri in tema di immunizzazione vaccinale e definito interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute basati sulle migliori evidenze di efficacia.

Per l'occasione, sono stati illustrate le strategie vaccinali previste nel piano di prevenzione 2017-2019; rilevato lo stato dell'arte e i falsi miti delle vaccinazioni; identificate le malattie infettive prevenibili da vaccino; acquisito conoscenze di base sulla vaccinazione antinfluenzale; presentati gli aspetti epidemiologici e clinico-virologici del morbillo in Italia e in Europa; illustrati gli aspetti salienti della Legge "Dispositivi urgenti in materia di prevenzione vaccinale di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci".

Ma, soprattutto, sono state delineate le competenze tecnico-scientifiche dell'infermiere impegnato nell'ambito vaccinale, individuando le competenze comunicativo-relazionali dell'infermiere impegnato nell'ambito vaccinale.

Efficacia delle strategie di intervento comportamentale che utilizzano applicazioni sanitarie per dispositivi mobili per la gestione delle malattie croniche

Una revisione sistematica della letteratura

di Silvia Sferrazza, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Lee J.A, Choi M, Lee S.A&Jiang N, "Effective behavioral intervention strategies using mobile health applications for chronic disease management: a systematic review". *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18:12. doi: 10.1186/s12911-018-0591-0. 2018.

INTRODUZIONE AL PROBLEMA

La prevalenza delle malattie croniche è in continuo aumento in tutto il mondo a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Secondo l'Oms, le patologie croniche rappresentano, per il 60%, la principale causa di morte nel mondo.

Secondo i *Centers for Disease Control and Prevention*, circa la metà della popolazione americana (approssimativamente, 117 milioni di persone) vive una condizione di comorbilità.

E poiché le malattie croniche sono la principale causa di morte tra gli americani, nel 2010 hanno rappresentato circa l'86% della spesa sanitaria.

La gestione di queste patologie rappresenta una sfida anche in altri Paesi: in Europa più del 40% della popolazione, con una età superiore ai 15 anni, presenta almeno una malattia cronica.

Per migliorare la gestione delle malattie croniche da parte dei pazienti è stato proposto l'uso di applicazioni per le tecnologie mobili, come *smartphone* o *tablet*, che permettono ai pazienti di gesti-

re e monitorare autonomamente, o attraverso l'interazione con i professionisti sanitari, il proprio stato di salute e di benessere.

Queste vengono indicate, in inglese, con il termine di *mHealth* (*mobile health*) e possono prevedere il semplice invio di messaggi di testo per ricordare le visite mediche fino al monitoraggio e valutazione in tempo reale di sintomi e parametri fisiologici in qualsiasi luogo.

Ad esempio, può essere prevista la registrazione del peso corporeo, della pressione arteriosa, dell'attività fisica, o della glicemia connettendo via *wireless* gli apparecchi allo *smartphone* e apposite applicazioni ne permettono la visualizzazione e la trasmissione ai professionisti sanitari, o ad altre persone come i familiari, per una rapida valutazione.

Anche se l'uso della *mHealth* si sta diffondendo, attualmente, sono ancora poche le evidenze che ne dimostrino l'efficacia nella gestione delle malattie croniche. Alcuni studi ne hanno indicato l'efficacia; altri non ne supportano l'evidenza scientifica.

Per questo motivo, Lee e collaboratori hanno deciso di effettuare una revisione sistematica della letteratura.

VALUTAZIONE CRITICA DELLA REVISIONE SISTEMATICA

Quesito di ricerca

È dichiarato l'obiettivo specifico?

Nell'introduzione, Lee et al. specificano che la revisione intende ricercare le evidenze scientifiche relative all'efficacia dell'utilizzo delle applicazioni sanitarie per dispositivi mobili per migliorare la gestione delle malattie croniche nella popolazione adulta e gli effetti di tali trattamenti sugli *outcome* di salute.

Strategia della ricerca

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

Gli autori della revisione hanno consultato le cinque principali banche dati biomediche, PubMed, CINAHL, Embase, Cochrane Library, PsycINFO e Web of Science, e sono stati selezionati gli studi in lingua inglese pubblicati da gennaio 2005 a marzo 2016, su riviste soggette a processo di revisione.



Poiché la tecnologia mHealth è piuttosto recente, tale periodo temporale è apparso adeguato.

Criteria di inclusione

Come sono stati selezionati gli studi?

Per il quesito di ricerca è stato utilizzato l'acronimo Picos.

Popolazione/partecipanti: sono state incluse tutte le persone over 18 con una patologia cronica, fatta eccezione per il diabete (visto che già altre revisioni in precedenza ne avevano valutato l'efficacia).

Intervento: qualsiasi intervento che prevedeva l'uso di applicazioni sanitarie per smartphone e tablet.

Comparazione: intervento usuale. Non è stato però specificato quali fossero nei vari studi.

Outcome: *outcome* fisiologici (cammino e equilibrio, peso corporeo, pressione arteriosa), e *outcome* psicologici (ansia, depressione).

Tipo di studi: sono stati analizzati studi clinici randomizzati e controllati (Rct) per

valutare l'efficacia del trattamento. Questi sono il *gold standard* per valutare l'efficacia degli interventi per cui la scelta è stata adeguata alle finalità della revisione.

Valutazione critica degli articoli

È stata valutata la validità degli studi?

Due revisori hanno valutato, in maniera indipendente, la qualità degli studi da includere nella revisione. In caso di discordanza è stato consultato un terzo revisore.

Il rischio di *bias* è stato analizzato utilizzando lo strumento fornito dalla *Cochrane Handbook for systematic Reviews of intervention* e ogni voce è stata classificata come a basso, alto, o non chiaro rischio di errore sistematico.

I 12 studi inclusi nella revisione presentavano vari rischi di errore o rischi non determinabili a causa della mancata descrizione nell'articolo.

Sintesi dei dati

Come sono stati aggregati gli studi?

È stata effettuata una sintesi qualitativa degli Rct. Non è stato possibile effet-

tuare una meta-analisi a causa della eterogeneità delle applicazioni utilizzate e delle malattie croniche considerate.

Omogeneità degli studi

Le malattie croniche gestite, utilizzando le applicazioni mobili negli studi identificati includevano: riniti allergiche; asma; cancro del polmone, del seno, del colon/retto; dolore cronico; nefropatia cronica; trapianto di polmone; insufficienza cardiaca; spina bifida; scompenso cardiaco e morbo di Parkinson.

I tempi di intervento differivano tra uno studio e l'altro così come i *follow up* che andavano dalle 2 settimane ai 12 mesi. La metà degli studi ha avuto una durata di intervento superiore ai sei mesi. L'eterogeneità si riscontrava anche nelle dimensioni del campione che variava dai 28 pazienti (quelli con spina bifida) ai 372 (quelli con infarto cardiaco).

L'età media dei partecipanti era 50, e alcuni studi si erano rivolti a fasce specifiche di popolazione, come over 18, tra i 18-40 e over 69.

Gli *outcome* valutati sono stati fisici (ad es. andatura ed equilibrio nei pazienti affetti da morbo di Parkinson o la *fatigue* nei pazienti con cancro) e psicologici (ad es. qualità di vita, depressione, ansia). Gli strumenti di misura utilizzati sono stati sia quantitativi come i questionari che qualitativi come domande a risposta aperta o *focus group*.

RISULTATI

Gli articoli eleggibili sono stati 58, di cui solo 13 sono stati inclusi nella revisione sistematica, specificando le ragioni dell'esclusione degli altri 45.

I risultati presentati nella revisione si basavano su 12 Rct, perchè due articoli di Kristjansdottir et al. (2013) hanno presentato uno il *follow up* a breve termine e l'altro a lungo termine.

Tutti gli articoli sono stati pubblicati negli ultimi cinque anni a dimostrazione dell'interesse recente di tale tecnologia in ambito sanitario.

La maggior parte degli studi (10 su 12, ovvero: l'83,3%) ha mostrato effetti statisticamente significativi sugli *outcome* di salute derivanti dall'uso di applicazioni sanitarie per dispositivi mobili per la gestione delle malattie croniche. Questi, infatti, hanno dimostrato una migliorata funzionalità fisica, una buona aderenza alla terapia farmacologica, una facilità nella valutazione dei sintomi e un miglioramento dei report forniti agli operatori sanitari.

In particolare, nel Regno Unito, Kearney et al. (2009) hanno riportato un miglioramento significativo nella gestione della *fatigue* ($p=0.040$) e nella sindrome mano-piede da chemioterapia ($p=0.031$) nei pazienti con cancro al polmone, al seno e al colon/retto.

In Norvegia, Kristjandottir et al. (2013) hanno mostrato un effetto favorevole sulla gestione del dolore a quattro settimane ma non a cinque e 11 mesi.

In Turchia, Cingi et al. (2015) hanno riportato, nei pazienti con rinite allergica o asma, un miglioramento della qualità di vita e una buona gestione dei sintomi rispetto al gruppo di controllo. Dicianno et al. (2015) hanno riportato gli stessi risultati sui pazienti affetti da spina bifida, mentre, in Svezia, l'utilizzo di *tablet* da

parte di pazienti con insufficienza cardiaca (Hagglund et al., 2015) ha mostrato una migliorata autocura, un aumento della qualità della vita e una riduzione dei giorni di ospedalizzazione.

In Israele, Ginis et al. (2016) hanno mostrato un miglioramento dell'equilibrio e del cammino nei pazienti con morbo di Parkinson attraverso l'uso degli *smartphone* che fornivano *feedback* sul cammino.

Negli Usa, Piette et al. (2015) hanno mostrato un miglioramento dell'aderenza alla terapia farmacologica e uno della comunicazione con il familiare grazie all'uso di tali dispositivi condivisi con i familiari.

Due dei 12 studi (il 16,7%) (Vuorinen et al., 2014; Cubo et al., 2016) non hanno mostrato differenze significative tra gruppo di controllo e sperimentale sui principali *outcome* di interesse.

CONCLUSIONI

I risultati della revisione mostrano che **l'uso di applicazioni sanitarie per apparecchi mobili porta a miglioramenti in alcuni outcome di salute.**

Fattori favorevoli all'utilizzo delle applicazioni mobili sono i promemoria automatici utili ai pazienti, il monitoraggio dei sintomi in tempo reale, la migliorata comunicazione tra pazienti e operatori sanitari nella gestione della malattia cronica.

Nessuna applicazione commerciale è stata utilizzata negli studi esaminati e l'uso delle applicazioni non risultava essere pratica usuale nei contesti sanitari studiati.

Inoltre, i dispositivi sanitari connessi a tali applicazioni e gli stessi *smartphone* hanno un costo che è a carico dell'utilizzatore, rendendo difficile l'estensione di tale tecnologia ad ampie fette di popolazione.

Un aspetto che non è stato preso in considerazione è l'effetto a lungo termine dell'utilizzo di tali applicazioni, in quanto i pazienti potrebbero trovarli stancanti strada facendo, con una riduzione del loro utilizzo.

Inoltre, a causa dell'aumento delle informazioni che vengono trasmesse ai professionisti sanitari il loro carico di lavoro

potrebbe aumentare.

Per migliorare l'auto-cura di questi pazienti e alcuni *outcome* di salute si dovrebbe pensare, in futuro, di incrementare l'utilizzo di apparecchiature rigorosamente testate.

Studi futuri dovrebbero approfondire questo aspetto.

Ciò detto, l'impatto dell'inclusione dei familiari come utilizzatori della *mHealth* a supporto dei pazienti nella gestione della malattia dovrebbe essere ulteriormente studiato.

RACCOMANDAZIONI

Visto l'ampio utilizzo degli *smartphone* e *tablet* nella vita di tutti i giorni, la loro applicazione per migliorare la salute e il benessere delle persone dovrebbe essere preso in considerazione dai professionisti sanitari.

I pazienti con malattie croniche, che hanno bisogno di gestire quotidianamente la loro malattia, potrebbero trarre giovamento dall'uso di applicazioni sanitarie per *smartphone* o altri dispositivi mobili e i servizi sanitari potrebbero integrare, nei loro piani di cura, le applicazioni più appropriate per i problemi di salute che devono essere monitorati e valutati.

Aspettiamo ulteriori ricerche che aiutino a capire quali categorie di pazienti (ad es. giovani vs anziani) e con quali tipologie di malattie croniche si possano ottenere i migliori risultati.

AUTORI:

Silvia Sferrazza, infermiera Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Stefano Casciato, coordinatore Infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, infermiera Ao Sant'Orsola Malpighi, Comitato Scientifico e Faculty GIMBE, componente esperta del Polo Pratica Clinica del CECRI;

Maria Matarese, Professore associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

Audit clinico sull'implementazione delle buone pratiche per la gestione della contenzione fisica dei pazienti ospedalizzati

di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Fabrizio d'Alba, Daniela Orazi, Francesca Milito, Lucia Mitello, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

ABSTRACT

Background

La contenzione fisica è un atto sanitario-assistenziale che ha lo scopo di impedire all'assistito di procurare danni a sé e/o agli altri.

Il ricorso ai mezzi di contenzione fisica richiede un atto medico prescrittivo che deve essere seguito dall'applicazione dei mezzi contenitivi prescritti e dal monitoraggio infermieristico, al fine di prevenire eventuali danni iatrogeni da contenzione.

A causa di una procedura non aggiornata e scarsamente applicata, è stato deciso di avviare, presso un'azienda ospedaliera romana, un audit clinico sull'implementazione delle buone pratiche per la gestione della contenzione fisica dei pazienti ricoverati.

Metodi

Previa autorizzazione della Direzione Sanitaria aziendale, il gruppo di lavoro ha costruito il progetto di audit clinico nel rispetto delle seguenti fasi: revisione della letteratura; stesura del progetto di audit; revisione della procedura aziendale, rilevazione della pratica assistenziale nella fase pre-audit (audit incidente); redazione del progetto formativo; formazione del personale infermieristico; rilevazione della pratica assistenziale ed analisi dei dati raccolti nelle documentazioni cliniche nelle fasi pre-audit e re-audit; valutazione della corrispondenza

tra i dati acquisiti in fase pre e re-audit con gli indicatori di struttura, processo ed esito individuati.

Risultati

Sono state oggetto di audit tre Unità operative: Neurochirurgia, Neurologia ed Ortopedia.

In tutte e tre le Unità si sono registrati dei miglioramenti per la maggior parte degli indicatori di struttura, processo ed esito tra pre e post audit.

Conclusioni

Il progetto di audit implementato ha permesso di uniformare i comportamenti nelle Unità operative coinvolte nel progetto e di sviluppare una maggiore coscienza e conoscenza sul tema della contenzione da parte degli operatori sanitari.

Parole-chiave: *physical restraint, clinical audit.*

INTRODUZIONE

La contenzione fisica è un atto sanitario-assistenziale che, attraverso mezzi fisici o ambientali che limitano la capacità e la libertà di movimento volontario della persona assistita, ha lo scopo esclusivo di impedire all'assistito di procurare danni a sé e/o agli altri (1).

Il termine "contenzione" fa riferimento alla capacità di accogliere, comprendere all'interno o in senso lato di voler "contenere", intesa come "limitazione, freno, immobilizzazione" (2).

Questa pratica compare nella nostra giurisprudenza con la Legge 180 del 1978, "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori", comunemente denominata "Legge Basaglia", che ha riformato il sistema manicomiale italiano.

In questa legge non si esclude, ma neppure si autorizza e si disciplina, il ricorso a questa forma di misura coercitiva. Pertanto, nel nostro ordinamento non c'è alcuna disposizione di legge che, implicitamente o esplicitamente, autorizzi l'uso di mezzi di contenzione.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge: il ricorso ingiustificato ai mezzi di contenzione fisica, configura un reato punibile in base alle norme del codice penale (c.p.).

Secondo il nostro ordinamento giuridico è possibile ricorrere alla contenzione fisica in due casi, regolamentati dal codice penale:

- lo stato di necessità art. 54 c.p., per cui "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo [...]";
- l'esercizio di un diritto o adempimento di un dovere art. 51 c.p., secondo il quale "l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una nor-

ma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità [...]”.

In particolare, nel caso ricorrano le condizioni previste dallo stato di necessità e non si applichi la misura di contenzione dovuta (che deve essere sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) si può incorrere nel reato di “abbandono di persone minori o incapaci” (art. 591 del c.p.). Qualora la contenzione fosse impropria o ingiustificata, perché sostenuta da motivazioni di carattere disciplinare o per sopperire a carenze organizzative o, ancora, per convenienza del personale sanitario, si possono configurare i reati di sequestro di persona (art. 605 c.p.), violenza privata (art. 610 c.p.), abuso di mezzi di correzione o disciplina (art. 571 c.p.) e maltrattamenti (art. 572 c.p.). Infine, se a causa dell’uso dei mezzi di contenzione, si verificassero danni alla persona (lesioni traumatiche, asfissia, patologie funzionali ed organiche), si configurano le ipotesi di reato per responsabilità colposa (art. 589 c.p. omicidio colposo e art. 590 c.p. lesioni personali colpose).

Proprio per le importanti implicazioni legali connesse al suo uso, il ricorso ai mezzi di contenzione fisica è subordinato ad un atto medico prescrittivo e deve essere seguito sia dall’applicazione dei mezzi contenitivi ivi prescritti, che dal monitoraggio infermieristico per la prevenzione di eventuali danni iatrogeni da contenzione.

In situazioni di emergenza ed in assenza del medico, l’infermiere può decidere di applicare una contenzione;

questa decisione deve, tuttavia, essere comunicata, valutata e formalizzata dal medico nella documentazione clinica sanitaria nel più breve tempo possibile (1).

La contenzione è un intervento di gestione dei pazienti che, normalmente, è utilizzato ma rimane ancora scarsamente documentato (3). Uno studio effettuato nel 2009 sull’utilizzo della contenzione e sull’uso di antipsicotici nelle residenze per anziani ha evidenziato che la prevalenza della contenzione fi-

sica era del 6% in Svizzera, 9% negli Stati Uniti, 20% in Hong Kong, 28% in Finlandia e oltre del 31% in Canada (4). Negli ospedali italiani si è rilevata una prevalenza dell’uso della contenzione pari al 15,8% su un campione di 2.808 pazienti ricoverati in diverse Unità operative ospedaliere italiane (5).

Dato l’uso abituale della contenzione fisica nella pratica clinica e le ripercussioni etiche e legali connesse al suo uso sono state prodotte, a livello internazionale, numerose linee-guida.

Ad esempio, il Joanna Briggs Institute ha prodotto i *Best Practice-Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals* derivanti da revisioni sistematiche che descrivono dettagliatamente le caratteristiche, la popolazione, le ragioni della contenzione e le lesioni derivanti dalla stessa. Suggestiscono, inoltre, come attivare programmi di riduzione della contenzione, implementando metodiche alternative alla contenzione ed un uso oculato della stessa, proponendo una valutazione costante dei potenziali benefici e stimolando una sempre più crescente formazione in questo ambito (2).

Anche la *Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO)*, nel 2012, ha affrontato questo argomento pubblicando il: *“Clinical Best Practice Guidelines, promotion Safety: alternative Approaches to the Use of restraints”*, un insieme di raccomandazioni inerenti la contenzione (3). In Italia, il Ministero della Salute ha emanato delle raccomandazioni per la prevenzione e la gestione delle cadute del paziente nelle strutture sanitarie (6) e, all’interno di questo documento, ha dato indicazioni

per la contenzione fisica temporanea. Ogni regione ha recepito le direttive nazionali adattandole al proprio contesto sanitario regionale, come, ad esempio, la regione Lazio (1), anche se in letteratura è noto da tempo che l’uso di restrizioni fisiche non riduce le cadute e le lesioni conseguenti a caduta ma anzi ne aumenta il rischio (7).

Inoltre, l’uso a breve termine della contenzione è stata associata a morte improvvisa causata da trombosi venosa profonda e da embolia polmonare (8). Questo articolo intende presentare l’esperienza di un audit clinico riguardante la contenzione fisica del paziente ospedalizzato, promosso dal Polo 4 della Pratica Clinica - Centro di Eccellenza per la Cultura e Ricerca Infermieristica (CECRI) dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma - effettuato presso l’Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, struttura riconosciuta a livello regionale come HuB di riferimento Cardiochirurgico e Neurochirurgico e DEA di Il Livello.

Il gruppo di lavoro, avvalendosi del diagramma causa-effetto di Hishikawa (figura 1), ha identificato le criticità presenti all’interno dell’azienda in merito alla contenzione fisica dei pazienti.

- L’audit si è prefisso i seguenti obiettivi:
- migliorare le conoscenze del personale infermieristico sulla normativa ed il corretto utilizzo della contenzione;
 - implementare le buone pratiche assistenziali per la corretta gestione della contenzione fisica dei pazienti, al fine di ridurre i rischi e gli eventi avversi derivanti da tale pratica.

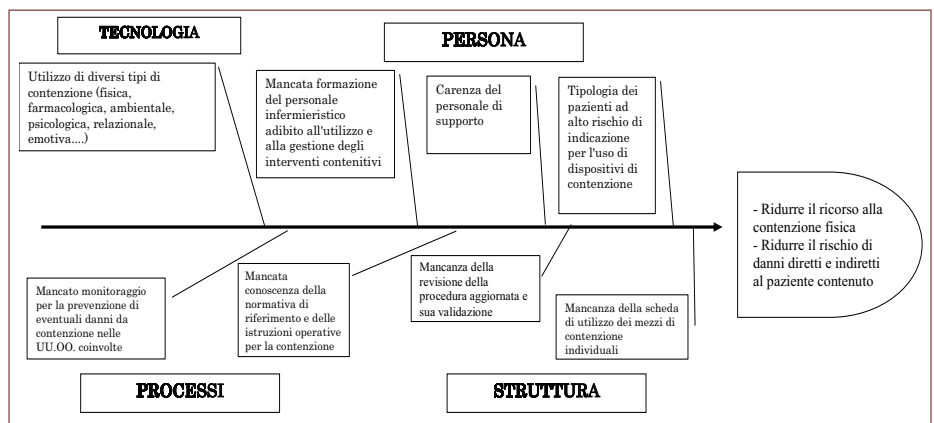


Figura 1. Diagramma di Hishikawa: individuazione delle cause probabili del problema

Per raggiungere gli obiettivi si sono rese necessarie:

- un'accurata revisione ed aggiornamento della procedura aziendale di gestione della contenzione fisica dei pazienti sulla base delle linee-guida e della normativa nazionale e regionale di riferimento;
- l'implementazione della procedura interna aziendale revisionata e delle schede di prescrizione, monitoraggio e sorveglianza della contenzione fisica dei pazienti;
- la formazione del personale nella gestione della contenzione fisica dei pazienti secondo la procedura revisionata.

MATERIALI E METODI

Si è costituito un gruppo di lavoro composto da personale esperto in Evidence-based Practice (EBP) del CECRI dell'OPI di Roma e dai referenti del progetto per l'Azienda Ospedaliera (AO) San Camillo Forlanini di Roma.

Inoltre, per la revisione e la stesura del protocollo, il gruppo audit è stato supportato da un gruppo di lavoro interaziendale multidisciplinare.

Con l'autorizzazione della Direzione Sanitaria aziendale, il gruppo di lavoro ha costruito il progetto di audit per l'implementazione delle raccomandazioni relative alla buona pratica assistenziale nella gestione degli interventi contenitivi, attuando le seguenti fasi:

- revisione dettagliata della letteratura internazionale, nazionale e regionale attraverso la consultazione delle banche dati biomediche e dei siti istituzionali italiani;
- revisione della procedura aziendale esistente e redazione di una nuova procedura basata sulle evidenze scientifiche aggiornate, derivanti dalla revisione della letteratura e dalla condivisione con il gruppo di lavoro, che ha evidenziato la necessità di procedere con la stesura della "scheda di prescrizione dei mezzi di contenzione individuale"; della "scheda di rivalutazione giornaliera del paziente contenuto" e della "scheda di rilevazione dei dati nella documentazione" riguardo la gestione e l'utilizzo dei mezzi di contenzione; i presidi di contenzione consentiti in azienda erano le fasce per i polsi e ca-

Indicatore 1	MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE: È PRESENTE NELLA U.O. LA PROCEDURA DI GESTIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI
Categoria	STRUTTURA
Target	SI/NO
Fonte dati	PRESENZA DEL DOCUMENTO NELLE UO
Indicatore 2	MIGLIORAMENTO DELLA PERFORMANCE: È PRESENTE NELLA U.O. LA SCHEDA DI MONITORAGGIO DEI PAZIENTI CONTENUTI
Categoria	STRUTTURA
Target	SI/NO
Fonte dati	PRESENZA DELLA SCHEDA NELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Tabella 1. Indicatori di struttura

Indicatore 1	L'UTILIZZO DELLA CONTENZIONE FISICA DEVE ESSERE RIDOTTA AL MINIMO E RIVALUTATA OGNI 24 ORE
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	NUMERO DI PAZIENTI CONTENUTI PER MENO DI 24 ORE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	TOTALE PAZIENTI CONTENUTI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 2	L'UTILIZZO DELLA CONTENZIONE FISICA DEVE ESSERE RIDOTTA AL MINIMO PER I PAZIENTI A RISCHIO DI PROCURARSI DANNI
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	NUMERO DI PAZIENTI A RISCHIO DI PROCURARSI DANNI A CUI VIENE PRESCRITTA LA CONTENZIONE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	NUMERO TOTALE DEI PAZIENTI A RISCHIO DI PROCURARSI DANNI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 3	L'APPLICAZIONE DEI MEZZI CONTENITIVI DEVE ESSERE IN COLLABORAZIONE CON IL CLIENTE, LA FAMIGLIA O LEGALI RAPPRESENTANTI
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	NUMERO DI PAZIENTI CONTENUTI PER CUI È STATO RILASCIATO IL CONSENSO
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore (in)	NUMERO TOTALE DEI PAZIENTI CONTENUTI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 4	DURANTE IL PERIODO DI CONTENZIONE L'INFERMIERE/OSS GARANTISCE LA MOBILIZZAZIONE DEL PAZIENTE OGNI 2 ORE
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	NUMERO DI MOBILIZZAZIONI INFERMIERISTICHE OGNI 2H NEI PAZIENTI CONTENUTI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	NUMERO TOTALE DELLE MOBILIZZAZIONI NECESSARIE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 5	DURANTE IL PERIODO DI CONTENZIONE IL PAZIENTE DEVE ESSERE CONTROLLATO OGNI 4 ORE
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	NUMERO DI CONTROLLI OGNI 4 H
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	NUMERO TOTALE DEI CONTROLLI NECESSARI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 6	I MEZZI DI CONTENZIONE APPLICATI SUL PAZIENTE DEVONO ESSERE QUELLI PRESCRITTI
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	TIPOLOGIA DI CONTENZIONE APPLICATA
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	TIPOLOGIA DI CONTENZIONE PRESCRITTA
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 7	GLI INFERMIERI ESEGUONO LA CONTENZIONE FISICA, DOCUMENTANDO LA PROCEDURA SULLA SCHEDA DEDICATA DI GESTIONE DEGLI INTERVENTI CONTENITIVI
Categoria	PROCESSO
Target	75% (ACCETTABILITÀ) 90% (ECCELLENZA)
Numeratore	N° SCHEDE DI MONITORAGGIO DELLA CONTENZIONE COMPILATE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore	N° PAZIENTI CONTENUTI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA

Tabella 2. Indicatori di processo

Indicatore 1	I PAZIENTI CONTENUTI NON DOVREBBERO SVILUPPARE LDP
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	5%
Numeratore	N° PAZIENTI CHE HANNO SVILUPPATO LDP
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore (in)	N° PAZIENTI CONTENUTI
Denominatore (out)	PAZIENTI CON LDP GIA' PRESENTI PRIMA DELLA CONTENZIONE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 2	I PAZIENTI CONTENUTI NON DOVREBBERO SVILUPPARE EDEMI
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	5%
Numeratore	N° PAZIENTI CHE HANNO SVILUPPATO EDEMI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore (in)	N° PAZIENTI CONTENUTI
Denominatore (out)	PAZIENTI CON EDEMI PER CAUSE CLINICHE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 3	I PAZIENTI CONTENUTI NON DOVREBBERO SVILUPPARE EMATOMI
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	5%
Numeratore	N° PAZIENTI CHE HANNO SVILUPPATO EMATOMI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore (in)	N° PAZIENTI CONTENUTI
Denominatore (out)	PAZIENTI CON EMATOMI GIA' PRESENTI PRIMA DELLA CONTENZIONE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 4	I PAZIENTI CONTENUTI NON DOVREBBERO SVILUPPARE CIANOSI
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	5%
Numeratore	N° PAZIENTI CHE HANNO SVILUPPATO CIANOSI
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Denominatore (in)	N° PAZIENTI CONTENUTI
Denominatore (out)	PAZIENTI CON CIANOSI GIA' PRESENTE PRIMA DELLA CONTENZIONE
Fonte dati	DOCUMENTAZIONE CLINICO SANITARIA
Indicatore 5	TUTTO IL PERSONALE INFERMIERISTICO COINVOLTO NEL PROGETTO DOVREBBE PARTECIPARE AL CORSO FORMATIVO
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	75% (ACCETTABILITA') 100% (ECCELLENZA)
Numeratore	N° INFERMIERI PARTECIPANTI AL CORSO FORMATIVO
Fonte dati	FOGLI DI PRESENZA AL CORSO
Denominatore (in)	N° TOTALE INFERMIERI AFFERENTI ALLE AREE DI STUDIO
Denominatore (out)	INFERMIERI NON PARTECIPANTI PER ASSENZE PROGRAMMATE (ES. FERIE, ASPETTATIVE, ETC.) O IMPREVISTE (ES. MALATTIE, L.104, ECT.)
Fonte dati	PROGRAMMA AZIENDALE RILEVAZIONE PRESENZE (NOIPA)
Indicatore 6	IL PERSONALE INFERMIERISTICO CHE HA PARTECIPATO AL CORSO DOVREBBE OTTENERE UNA VALUTAZIONE SUPERIORE O UGUALE AL 85% AL TEST DI VALUTAZIONE SULLE NUOVE CONOSCENZE ACQUISITE
Categoria	ESITO/EFFICACIA
Target	85% (ACCETTABILITA') 100% (ECCELLENZA)
Numeratore	N° TOTALE RISPOSTE ESATTE
Fonte dati	QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE CONOSCENZE
Denominatore	N° TOTALE DOMANDE QUESTIONARIO

Tabella 3. Indicatori di esito

viglie, le fasce addominali, le spondine complete per il letto;

- rilevazione della pratica assistenziale nella fase di pre-audit, attraverso la consultazione della documentazione sanitaria dei pazienti contenuti fisicamente, precedentemente ricoverati nelle UU.OO. coinvolte. Tale rilevazione è avvenuta attraverso una griglia appositamente elaborata per verificare l'utilizzo della procedura e relativa specifica documentazione prima (tempo 0) e dopo (tempo 1) la revisione e aggiornamento della procedura;
- redazione del progetto formativo in col-

laborazione con l'Ufficio Formazione Permanente Aziendale;

- somministrazione di un questionario a risposte chiuse per la valutazione delle conoscenze degli infermieri appartenenti alle unità operative interessate prima dell'inizio dell'audit clinico (tempo 0) e nel post-corso Ecm (tempo 1). Le Unità operative e il personale coinvolti nell'audit sono stati: la Neurochirurgia (17 infermieri e 5 Oss), la Neurologia (18 infermieri) e l'Ortopedia (13 infermieri);
- formazione del personale infermieristico delle unità operative coinvolte

nell'implementazione della procedura aziendale revisionata e delle schede di prescrizione e di gestione e monitoraggio della contenzione fisica.

I corsi di formazione sono stati realizzati nell'arco di un mese tra maggio e giugno 2017, per un totale di 7 edizioni di sei ore ciascuna, per un totale di 42 ore formative.

Il corso è stato effettuato presso l'A.O. San Camillo; è stato fornito ad ogni partecipante materiale didattico inerente la procedura aziendale, la scheda prescrizione dei mezzi di contenzione individuale e la scheda di rivalutazione giornaliera del paziente contenuto. La modalità didattica adottata è stata sia di tipo frontale che interattiva. Il corso ha ottenuto 8 crediti formativi Ecm;

- analisi dei dati raccolti per la rilevazione delle conoscenze (questionari pre e post corso formativo);
 - dopo 5 mesi dall'implementazione della procedura, nuova somministrazione del questionario di valutazione delle conoscenze (fase di re-audit);
 - rilevazione della pratica assistenziale, nella fase di re-audit, attraverso la consultazione della documentazione sanitaria dei pazienti contenuti fisicamente, ricoverati presso le UU.OO. coinvolte;
 - analisi dei dati raccolti nelle documentazioni cliniche, nelle fasi di pre-audit e re-audit;
 - valutazione della corrispondenza tra i dati acquisiti in fase di pre e re-audit con gli indicatori di struttura, processo ed esito individuati, secondo la classificazione proposta da Donabedian (1990), ed estrapolati dalla letteratura internazionale, dalle raccomandazioni emanate dalla RNAO, dalle indicazioni del Ministero della Salute del 2011 in materia di contenzione e sulla base della revisione ed aggiornamento della procedura presente all'interno dell'azienda. (tabella 1, 2, 3)
- I dati sono stati elaborati attraverso l'uso di Excel® rispettando la normativa sulla privacy.
- L'analisi è stata effettuata analizzando ogni indicatore in relazione al target di riferimento prestabilito, confrontando il pre e il post implementazione della procedura.

RISULTATI

Il progetto di audit clinico si è svolto da febbraio a dicembre 2017.

Di seguito, sono riportati i risultati secondo la classificazione di Donabedian (1990).

Nella fase pre-audit sono state analizzate 249 cartelle cliniche dei pazienti transitati nelle 3 Unità operative coinvolte dal 1 al 31 marzo 2017 e confrontate con la fase post-audit in cui sono state analizzate 190 cartelle cliniche dei pazienti transitati nelle 3 Unità operative coinvolte dal 1 al 31 ottobre 2017.

In entrambe le fasi, è stata utilizzata la "scheda raccolta dati sulla gestione della contenzione sanitaria", per consentire il confronto e quindi il miglioramento rilevato dopo l'audit.

Risultati relativi agli indicatori di struttura
In azienda era presente una procedura per la contenzione fisica prodotta nel 2013 con relative schede di rilevazione. I due indicatori di struttura hanno verificato la presenza, all'interno delle unità operative coinvolte, sia della procedura completa sia della scheda di monitoraggio degli interventi contenitivi.

Si è passati da un 33% nel pre-audit, in quanto la procedura era presente ed utilizzata solo in una delle tre Unità operative coinvolte (Unità operativa di Neurochirurgia) ad un'implementazione del 100%.

Risultati relativi agli indicatori di processo

Indicatore 1

Nel pre-audit si era rilevato che solo all'interno dell'Unità operativa di Neurochirurgia la contenzione veniva registrata correttamente secondo la procedura. Nelle altre Unità operative, invece, la contenzione veniva comunque effettuata, come documentato dalle prescrizioni in cartella clinica, sebbene fosse spesso mancante delle componenti per una corretta prescrizione: non veniva messa in atto la procedura aziendale e vi era l'assenza della scheda di monitoraggio.

Nel post-audit in tutte le Unità operative veniva messa in atto correttamente la procedura; inoltre, si è rilevata l'introduzione delle schede di prescrizione, di monitoraggio e rivalutazione dopo 24 ore. Data l'assenza di dati nella fase pre-audit

non è stato possibile confrontare i dati pre e post-audit, ma i dati post-audit dimostrano una sensibilità all'argomento negli ambiti operativi, con un atteggiamento di apertura alla corretta applicazione della procedura.

Indicatore 2

Poiché nelle altre due Unità operative non venivano utilizzate le schede di monitoraggio, l'unico confronto tra il periodo pre e post-audit è stato effettuato nella U.o. di Neurochirurgia: in tale reparto, il tasso di prescrizioni di contenzione a pazienti a rischio di procurarsi danni è passato dall'11% al 3%.

Questo dato ha permesso di raggiungere il *target* di accettabilità.

Indicatore 3

Nel post-audit è stato ottenuto che in tutti i casi la prescrizione dei mezzi contenitivi è stata attuata in collaborazione con il cliente, la famiglia o i legali rappresentanti.

Non è stato preso in considerazione un *target* di riferimento rispetto a questo indicatore, in quanto la collaborazione nel

piano assistenziale terapeutico con il paziente, la famiglia e/o legale rappresentante è imprescindibile e fondamentale, sia per garantire una buona riuscita dello stesso che per erogare un'assistenza di alta qualità che corrisponda alle esigenze dell'individuo.

Indicatore 4

Pur non avendo i dati completi del pre-audit, dall'analisi delle schede di monitoraggio nel post-audit è emerso che la mobilitazione del paziente ogni 2 ore veniva effettuata in tutti i reparti presi in considerazione, garantendo così la corretta applicazione della procedura.

Indicatore 5

Nel post-audit, l'analisi delle schede di monitoraggio ha mostrato che il controllo ogni 4 ore dell'assistito contenuto è stato effettuato nei tre reparti presi in considerazione. La procedura è stata, dunque, eseguita correttamente ed è stata corredata di adeguata registrazione sulle schede di monitoraggio.

Indicatore 6

Dall'analisi dei dati è emerso che si è

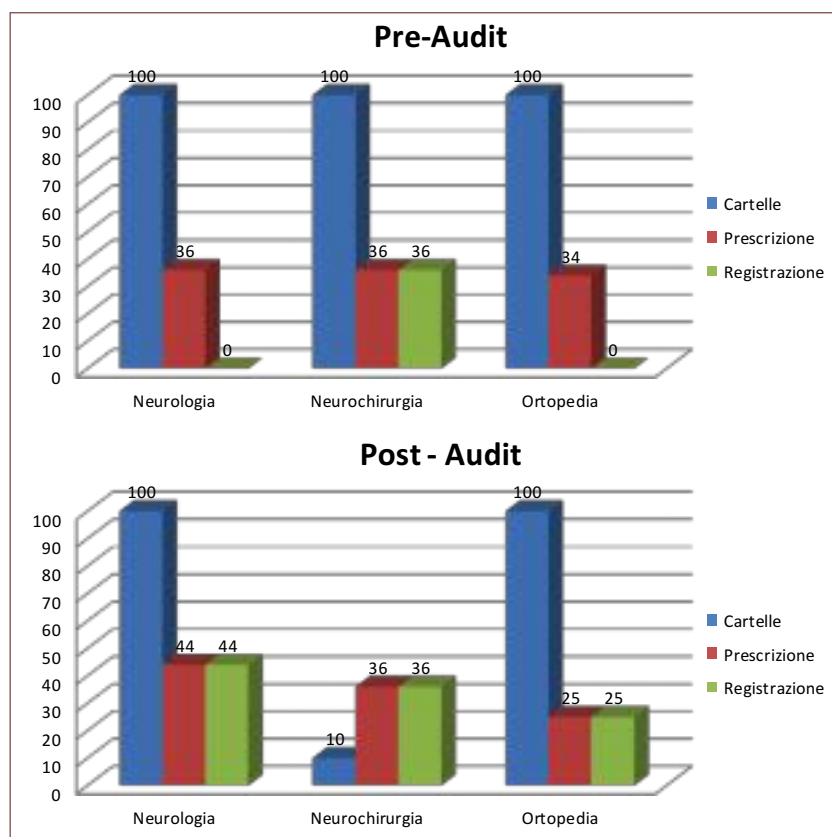


Grafico 1. Uso procedura e registrazione (dati in %) della contenzione da parte degli infermieri nel pre e post audit

passati da un 48% di aderenza, tra ciò che era prescritto e ciò che era stato applicato nel pre-audit, ad un 100% nel post-audit. Le schede di monitoraggio evidenziavano come questo eccellente risultato era stato ottenuto in parte grazie alla modifica ed aggiornamento della procedura, ma soprattutto perché si era agito garantendo una fornitura adeguata dei presidi descritti nelle istruzioni operative, come ad esempio le fasce per i polsi e caviglie e le fasce addominali.

Indicatore 7

I dati hanno mostrato che mentre nel reparto di Neurochirurgia, la contenzione era sempre stata documentata sulla scheda di gestione degli interventi contenitivi nel pre e nel post-audit, nelle altre Unità operative si è passati dall'assenza totale di registrazione da parte degli infermieri alla corretta applicazione della procedura e compilazione della scheda di monitoraggio, raggiungendo un *target* di eccellenza. (grafico 1)

Risultati relativi agli indicatori di esito I criteri e gli indicatori di esito relativi alla gestione della contenzione fisica dei pazienti hanno preso in considerazione la comparsa nei pazienti contenuti di eventi avversi quali lesioni da pressione (Ldp), edemi, ematomi, cianosi, e la partecipazione al corso formativo e la valutazione delle conoscenze nel pre e post test del personale infermieristico.

Per quanto riguarda i 4 indicatori di esito inerenti lo sviluppo di eventi avversi (grafico 2), è stata identificata come di riferimento la soglia del 5%, con l'obiettivo di mantenere il tasso di complicanze al di sotto di essa. L'analisi delle schede di monitoraggio nel post-audit ha permesso di notare come la complicità più diffusa fosse l'ematoma dovuto alle polsiere e alle cavigliere, spesso in pazienti con problematiche di agitazione psicomotoria.

I dati rilevati nel post-audit hanno indicato un aumento delle complicanze, sebbene esse siano da attribuire all'introduzione della documentazione di monitoraggio e rivalutazione che era assente nelle cartelle cliniche nel pre-audit.

Le Ldp di I stadio sono state più frequenti nella Uo di Ortopedia, in particolare nei pazienti con decubito obbligato

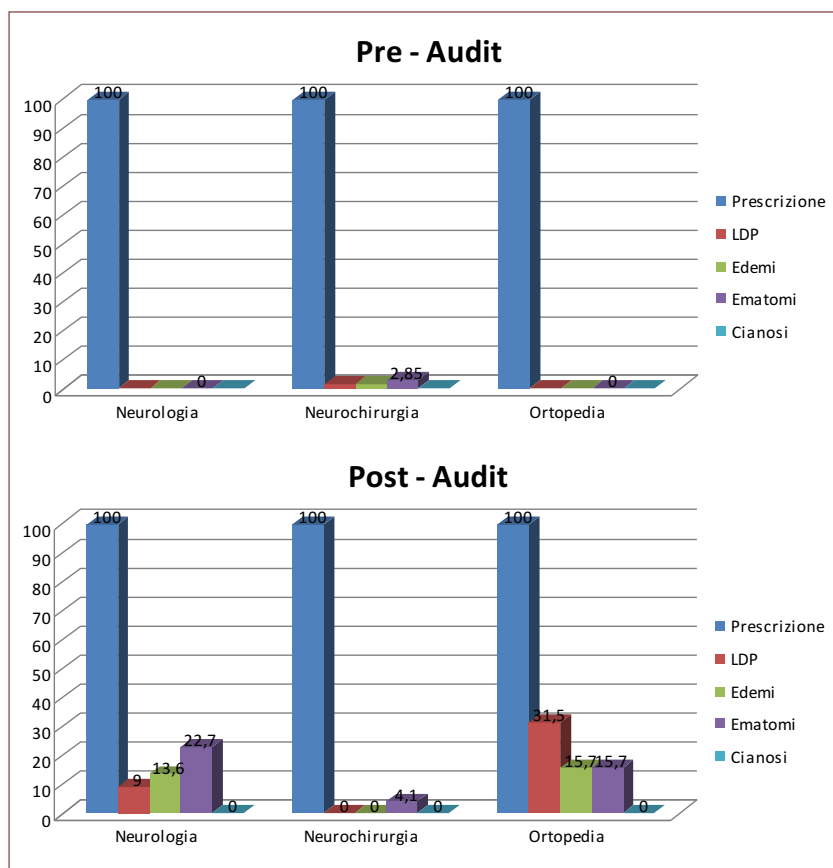


Grafico 2. Sviluppo di lesioni da pressione (Ldp), edemi, ematomi, cianosi nel pre audit (dati rilevati dalle schede di monitoraggio, ove esistenti) espressi in percentuale

per la presenza di fissatori esterni o altri presidi per il trattamento ortopedico. Solo l'Uo di Neurochirurgia ha presentato una soglia al di sotto del 5%, con l'eccezione delle complicanze legate alla presenza di ematomi (grafico 2).

Riguardo alla partecipazione alla formazione continua del personale (indicatore 5), sono state effettuate 7 edizioni del corso formativo con l'obiettivo di coinvolgere i 48 infermieri e i 5 Oss che lavoravano presso le Unità operative investigate.

Il corso di aggiornamento è stato frequentato da 27 (56%) infermieri, 9 infermieri per ciascuna unità operativa, con una scarsa partecipazione degli Oss (2 su 5), e dei medici (4 in Neurochirurgia) che erano stati inviati a partecipare. Per questo motivo, tale indicatore non ha raggiunto l'obiettivo di accettabilità.

Per quanto concerne la valutazione delle conoscenze (indicatore 6), effettuata somministrando un questionario a risposta multipla composto da 21 domande, i

dati hanno dimostrato un aumento delle conoscenze sugli interventi contenitivi fino quasi a raggi ungero il 100%. Infatti, nel pre-test il punteggio medio è stato di 13,5/21, mentre nel post test di 20,8/21.

DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dall'audit denotano il fatto che, quando il sistema del flusso informativo interaziendale funziona, in concomitanza con una più ampia e corretta formazione del personale sanitario, si ottiene una modifica dei comportamenti, migliorando l'assistenza erogata, sia in termini quantitativi che qualitativi. **La corretta registrazione e la relativa documentazione degli eventi contenitivi descrive il lavoro svolto dal personale sanitario e non lo espone, ma anzi lo protegge in caso di contenziosi.** L'implementazione delle buone pratiche è fondamentale, quindi, sia per proteggere il paziente da atti che configurano reati punibili dalle norme penali, sia per standar-



dizzare comportamenti atti a salvare l'assistito od altri dal pericolo attuale di un danno grave, che rientrano in precise disposizioni di legge definite dallo stato di necessità, ravvisato con il solo scopo di proteggere l'assistito (art. 54 c.p.).

Occorre considerare che, sebbene attualmente non esista una disposizione di legge che autorizzi alla contenzione, tale pratica sanitaria dovrebbe essere attuata con estrema ratio, ovvero nei casi in cui altri comportamenti, mezzi o atti alternativi non garantiscano sicurezza per i pazienti e per il personale sanitario. Come l'eccesso nell'uso, anche la non applicazione di una misura di contenzione dovuta (che deve sempre essere proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) espone il personale preposto al reato di "abbandono di persone minori o incapaci" (art. 591 c.p.).

Nonostante la prescrizione sia di competenza medica, in sua assenza l'infermiere è autorizzato ad applicarla in caso di emergenza.

Pertanto, revisionare ed aggiornare la

procedura della contenzione fisica risulta necessario sia per uniformare i comportamenti e per documentare correttamente l'applicazione della contenzione, come spesso ribadito in letteratura (4, 5, 9) sia per documentare tutte le azioni messe in atto, ad esempio la sorveglianza e la movimentazione ogni 2 ore, in modo da ridurre al minimo le complicazioni che si possono verificare durante il periodo di contenzione (lesioni da pressione, edemi, ematomi e cianosi).

Limiti

Durante l'audit sono state riscontrate delle difficoltà inerenti la partecipazione al corso di formazione sia da parte del personale infermieristico ed Oss arruolato, sia della componente medica. Inizialmente era stata individuata l'Uo di Cardiocirurgia da coinvolgere nell'audit insieme alle altre due unità di neurologia e neurochirurgia, ma per problematiche organizzative essa è stata sostituita con l'Uo di Ortopedia.

Queste difficoltà in itinere non hanno però alterato la buona riuscita del progetto e, in accordo con la Direzione Sa-

nitaria, il progetto verrà implementato in tutte le Unità operative, al fine di introdurre le buone pratiche sulla contenzione fisica in tutta l'Azienda.

CONCLUSIONI

L'audit ha permesso di uniformare i comportamenti nelle Unità operative coinvolte e di sviluppare una maggiore coscienza e conoscenza sul tema della contenzione.

Sarebbe opportuno estendere la formazione e l'analisi pre e post applicazione della procedura contenitiva in tutte le unità operative del nosocomio.

Inoltre, sarebbe utile che questo progetto fosse ripetuto in tutti gli ambiti riconosciuti come nevralgici dalla Direzione Strategica, in relazione ad un'analisi delle cause che più frequentemente attivano contenziosi da parte dei cittadini.

È altresì da ritenersi fondamentale una maggiore collaborazione sia tra il personale e la direzione (per perseguire un unico obiettivo condiviso), sia tra le stesse figure professionali sanitarie, uniformando quanto più possibile i compor-

tamenti, allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza.

AUTORI:

Lucia Mauro, infermiera Ao San Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del CECRI;
Claudia Lorenzetti, Coordinatore Infermieristico Ao San Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del CECRI;
Fabrizio D'Alba, Direttore Generale Ao San Camillo Forlanini;
Daniela Orazi, Direttore sanitario Ao San Camillo Forlanini;
Francesca Milito, Direttore amministrativo Ao San Camillo Forlanini;
Lucia Mitello, Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie Ao San Camillo Forlanini;
Stefano Casciato, Coordinatore Infermieristico, Direttore Polo Pratica Clinica del CECRI;
Angela Peghetti, infermiera Ao Sant'Orsola Malpighi, Comitato Scientifico e Faculty GIMBE, Componente Esperta del



Polo Pratica Clinica del CECRI;
Maria Matarese, professore associato in Scienze infermieristiche, Università

Campus Biomedico di Roma, componente esperta del Polo Pratica Clinica del CECRI.

BIBLIOGRAFIA

- Piano Regionale per la Prevenzione delle cadute dei pazienti, "Indicazioni per la contenzione temporanea dei pazienti per impedire la caduta in corso di ricovero". Determinazione 25/10/2016 n. G12356, pubblicata il 17/01/2017 Allegato n. 2. Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 5.
- Joanna Briggs Institute. Physical Restraint-Part 1: Use in acute and residential care facilities. Best Practice; 6(3): 1-6. 2002.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Clinical Best Practice Guidelines. Promotion Safety: alternative Approaches to the Use of restraints. Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario, 2012.
- Feng Z, Hirdes J.P, Smith T.F, Finne-Soveri H, Chi I, Du P.J.N, Mor V, Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2009; 24(10), 1110-1118.
- Zanetti E, Castaldo A, Miceli R, Magri M, Mariani L, Gazzola M, Muttillio G, L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza. L'infermiere, 2012; 49(2): e29-e32.
- Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie. Raccomandazione n.13 del 2011.
- Evans D, Wood J, Lambert L, A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. Journal of Advanced Nursing; 40(6): 616-625. 2002.
- Dickson B.C, Pollanen M.S, Case report: fatal thromboembolic disease: a risk in physically restrained psychiatric patients. Journal of Forensic and Legal Medicine; 16(5): 284-286. 2009.
- Degan M, Iannotta M, Genova V et al, Utilizzo della contenzione fisica in un ospedale per patologie acute. Assistenza Infermieristica e Ricerca; 23 (2): 44-47. 2004.

Il gruppo di lavoro che ha promosso l'audit era composto dal seguente personale esperto in EBP: Claudia Lorenzetti (tutor), Lucia Mauro (tutor), Doriana Bauzulli, Elisa D'Alessandro, Letizia Simoni, Paola Cocchia, Raffaella Miano. Il gruppo di lavoro ha operato in collaborazione con i referenti del progetto per l'OPI di Roma, Stefano Casciato, Angela Peghetti e Maria Matarese, e con i referenti del progetto per l'A.O. San Camillo: L. Mitello, in qualità di responsabile dell'attuazione del progetto a livello aziendale (Direttore delle Professioni Sanitarie A.O. San Camillo) e C. Lorenzetti, in qualità di responsabile del monitoraggio nell'implementazione e nello sviluppo per la buona pratica assistenziale per la gestione della contenzione fisica dei pazienti nell'A.O. San Camillo Forlanini (P.O. Governo Assistenziale). Inoltre, per la revisione e stesura del protocollo, il gruppo audit è stato supportato da un gruppo di lavoro interaziendale multidisciplinare composto da: D. Comignani (medico legale aziendale); G. Marcelli (medico legale aziendale); F.M. Corsi (Direttore U.O.C. Neurologia); E. D'Alessandro (P.O. DI.PRO. governo assistenziale); L. Di Bernardo (responsabile di Direzione Sanitaria governo clinico); A. Patti (Direttore U.O.C. Medicina); L. Luzzi (CPSE U.O.C. NCH); R. Delle Fratte (CPSE PS Adulti); F. Marti (Inf. U.O.C. NCH); A. Minardi (CPSE FKT); A. Silvestri (Direttore U.O.C. governo clinico aziendale e responsabile risk management aziendale).

La prevenzione delle infezioni nel paziente candidato al trapianto autologo delle cellule staminali emopoietiche

Una revisione della letteratura

di Paola Sikora, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni

ABSTRACT

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (Tcse) è una strategia terapeutica attraverso l'infusione di cellule staminali emopoietiche, in seguito a trattamenti terapeutici, per raggiungere la remissione della patologia.

Lo scopo di questo studio è evidenziare quali sono le principali infezioni che colpiscono i pazienti sottoposti a Tcse autologo, con l'obiettivo di ridurne l'incidenza adottando adeguate misure comportamentali in ambito sanitario e domiciliare. È stata condotta una revisione della letteratura consultando le principali banche dati quali Pubmed, Cinahl e Ilisi.

Sono stati selezionati 23 articoli scientifici idonei ai criteri di eleggibilità e allo scopo dello studio.

Dai risultati è emerso che le infezioni più frequenti nel paziente sottoposto a Tcse sono: Herpes Simplex, Herpes Zoster, Varicella Zoster, Cytomegalovirus, Clostridium, Enterococco.

Inoltre, sono state rilevate le infezioni correlate al catetere venoso centrale e molto frequente la mucosite, quale fattore predisponente (in misura minore, le polmoniti).

La prevenzione delle infezioni in ambito onco-ematologico è una tematica ampia e complessa.

Per prevenire tali infezioni è risultata ne-

cessaria una corretta educazione sanitaria, una precisa adozione di tecniche asettiche in particolare nella gestione del catetere venoso centrale, un'accurata rilevazione dei parametri vitali, un'attenta osservazione e una scrupolosa igiene personale del paziente, il rispetto di un'alimentazione controllata e la limitazione dei contatti sociali.

A tal fine, **è importante che gli infermieri coinvolti nel percorso assistenziale sviluppino delle competenze e conoscenze teoriche specifiche**, per sapere riconoscere i bisogni del paziente e le relative misure di protezione da attuare.

La **promozione dell'educazione sanitaria al paziente e ai caregiver**, risulta un punto cardine, in particolare al momento della dimissione.

Parole-chiave: *autologous transplantation of hematopoietic stem cells, infections, prevention, nursing care* (Trapianto cellule staminali autologo, infezioni, prevenzione, assistenza infermieristica), con operatore booleano "AND".

INTRODUZIONE

Il trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche (Tcse) consiste nella somministrazione di chemioterapia che può essere abbinata a radioterapia ad intensità sovra-massimale, denominata di

condizionamento, seguita da una reinfusione delle cellule staminali emopoietiche, raccolte e congelate prima della terapia, dal paziente stesso, che è, quindi, al contempo, donatore e ricevente.

Negli ultimi anni, si è presentato un incremento dei trapianti effettuati: dal 1991 al 2016 ne sono stati registrati 64.720. Tuttavia, una complicità frequente che influenza la qualità di vita e i costi complessivi nella gestione del paziente è rappresentata dalle infezioni.

Le principali indicazioni per il trapianto autologo di Cse sono le patologie neoplastiche ematologiche ed i tumori solidi, tra cui la leucemia acuta mieloide, la leucemia acuta linfoide, il mieloma multiplo e il linfoma.

L'età limite fino a cui è possibile venire sottoposti a tale procedura si è modificata con il miglioramento delle terapie di supporto e la minore tossicità dei farmaci usati durante le varie fasi della patologia. Ma, per limitare al minimo la tossicità e di effettuare il trapianto in regime di sicurezza, è necessario uno *screening* pre-trapianto per individuare eventuali condizioni cliniche che potrebbero controindicare l'esecuzione del trapianto stesso.

Lo scopo di questo studio è evidenziare quali sono le principali infezioni che colpiscono i pazienti sottoposti a trapianto Cse ed evidenziare l'importanza della fi-

gura infermieristica per ridurre l'incidenza, adottando adeguate misure comportamentali in ambito sanitario e domiciliare.

MATERIALI E METODI

Per effettuare la ricerca bibliografica all'interno delle diverse banche dati on line è stato compilato il modello PICO. (Tabella 1)

dinale; uno prospettico monocentrico osservazionale; 9 studi retrospettivi; uno studio caso-controllo; uno studio-pilota; uno studio prospettico di sorveglianza; 5 revisioni narrative e uno studio qualitativo.

Dai risultati è emerso che 6 articoli trattano di mucosite; 3 di infezioni associate al catetere venoso centrale (Cvc); 8 che riguardano varie tipologie di infezioni a cui è soggetto il paziente sottoposto a

È stato sottolineato il fatto che le infezioni da gram negativi sono aumentate nel tempo, mentre sono diminuite quelle da stafilococchi negativi e che spesso le infezioni sono ad opera di batteri multi resistenti, ovvero resistenti a più farmaci, e, in tal caso, è stato dimostrato che la mortalità aumenta.

Nello specifico, gli articoli selezionati trattano delle infezioni da: Herpes Simplex, Herpes Zoster, Varicella Zoster, Cytomegalovirus, Clostridium ed Enterococco.

Per quanto riguarda l'herpes simplex, la profilassi con farmaci come l'Aciclovir dovrebbe essere continuata durante tutto il periodo di aplasia, ma la riattivazione dopo la profilassi è abbastanza frequente e necessita di ulteriore trattamento. Per la Varicella Zoster il rischio di riattivazione post-trapianto è maggiore nei 3-6 mesi, per questo è stato suggerito di protrarre la profilassi, ma è anche emerso che nei pazienti sottoposti a trapianto autologo l'unico fattore di rischio è l'età avanzata.

L'infezione da Cytomegalovirus (Cmv) è risultata più frequente nei trapianti allogeneici che in quelli autologhi, ma si evidenzia che, nei pazienti sottoposti a trapianto autologo di Cse, la riattivazione del Cmv è spesso asintomatica, perciò si consiglia l'uso del monitoraggio del Dna Cmv routinario nei pazienti sottoposti a trapianto autologo Cse, anche se non è necessario nei pazienti che non ricevono il regime di fludarabina o alemtuzumab. Dall'analisi, inoltre, è venuto fuori che i pazienti con mieloma multiplo, trattati con regimi a base di bortezomib, hanno un rischio maggiore di sviluppare una riattivazione sintomatica del Cmv dopo il trapianto autologo Cse, rispetto a pazienti trattati con regime Vad (vincristina, doxorubicina e dexametasone) prima del trapianto.

Per quanto riguarda il Clostridium difficile, è emerso che i fattori di rischio sono: l'ospedalizzazione, l'uso precoce di antibiotici e chemioterapia e che tali fattori di rischio non sono facilmente modificabili (il che sottolinea la necessità di iniziare a studiare strategie preventive o profilattiche in questa popolazione ad alto rischio).

P POPOLAZIONE	I INTERVENTO	C COMPARAZIONE	O OUTCOME
Pazienti adulti affetti da tumori ematologici sottoposti a trapianto autologo di cellule staminali emopoietiche	Interventi per la prevenzione delle infezioni	Revisione letteratura recente	Ridurre le complicanze infettive associate al trapianto

Tabella 1. Modello PICO per la ricerca bibliografica

BANCHE DATI	QUERIES DI RICERCA
Pubmed	Nursing care AND autologous transplantation of hemopoietic stem cells Prevention of infections AND autologous transplantation of hematopoietic stem cells
CINAHL	Nursing care AND autologous transplantation of hemopoietic stem cells Infections AND autologous transplantation of hematopoietic stem cells
Ilisi	Trapianto AND cellule staminali

Tabella 2. Strategia di ricerca bibliografica

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Articoli in lingua italiana e inglese	Articoli in altre lingue
Articoli con campioni di pazienti ematologici in età adulta	Articoli con campioni di pazienti ematologici in età pediatrica
Articoli che trattano di trapianto di cellule staminali autologo	Articoli che trattano di trapianto di cellule staminali allogeneico
Articoli pubblicati dopo il 2007	Articoli pubblicati prima del 2007

Tabella 3. Criteri di eleggibilità

Le parole-chiave sono sintetizzate nella tabella 2.

I criteri di eleggibilità rappresentati dai criteri di inclusione ed esclusione degli articoli nella revisione della letteratura scientifica sono rappresentati nella tabella 3.

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato un totale di 107 articoli scientifici. Ne sono stati selezionati 25, in base ai criteri di eleggibilità adottati, dalle relative banche dati: 12 articoli da Pubmed, 12 da CINAHL e uno da Ilisi.

Dalla revisione della letteratura condotta, la tipologia degli studi selezionati sono: 2 studi randomizzati; 3 studi di coorte; uno centro-osservazionale-longitudi-

trapianto Cse; 2 trattano l'incidenza del Cytomegalovirus; uno dell'infezione da Herpes Zoster; uno dell'infezione da Varicella Zoster; uno dell'infezione da Clostridium; uno dell'infezione da Enterococco; uno tratta di sepsi e uno di complicanze polmonari.

Tutti gli articoli analizzati riportano l'importanza della prevenzione delle infezioni, che è uno dei aspetti cardini in ambito sanitario e soprattutto nell'assistenza infermieristica che deve essere assicurata nella continuità assistenziale.

Dai risultati è evidente che sono necessari migliori test diagnostici e migliori metodi per aumentare la resa del rilevamento delle infezioni nei pazienti con trapianto di cellule staminali emopoietiche.

In più, si ritiene che la maggior parte delle infezioni da Enterococco sia di origine nosocomiale, perciò la contaminazione delle superfici ambientali e delle apparecchiature condivise può svolgere un ruolo importante nella trasmissione endemica, soprattutto in soggetti immunocompromessi come i pazienti sottoposti a trapianto Cse. **È compito degli infermieri e di tutti gli operatori sanitari prestare attenzione alle norme e pratiche igieniche per prevenire la contaminazione.**

Si è evidenziato in alcuni studi l'importanza della corretta gestione del catetere venoso centrale. Infatti, non si evidenziano complicazioni infettive relative alla procedura di inserimento, ma le maggiori complicazioni emerse sono state l'ostruzione, le infezioni catetere-correlate e le trombosi correlate al catetere. La batteriemia associata a febbre può essere un campanello d'allarme per infezione del catetere venoso centrale che risulta molto frequente. La ricerca ha dimostrato che la complicanza più frequente nei pazienti sottoposti a trapianto CSE è la mucosite, lì dove l'ulcerazione della mucosa del cavo orale è considerata un fattore predisponente ad infezioni correlate ai trattamenti terapeutici tra cui la chemioterapia. Una possibile associazione è stata osservata tra una precedente gengivite e lo sviluppo di mucosite durante la fase di neutropenia, perciò la maggior parte dei dentisti sottolinea l'importanza delle cure dentarie regolari prima e dopo il trapianto.

In letteratura, nonostante siano descritti numerosi interventi di profilassi e terapia, non esiste, ad oggi, ancora un intervento considerato gold standard.

È stato dimostrato che il Gelclair, un gel orale che aiuta la gestione dei sintomi dolorosi da mucosite delle cavità oro-faringea, non influenza i tempi di insorgenza e l'andamento della stomatite ma riduce solo il dolore.

Si raccomanda, per la prevenzione della mucosite, la crioterapia, ovvero il raffreddamento rapido del cavo orale usando ghiaccio, che causa vasocostrizione locale e dunque riduce il flusso sanguigno alla mucosa orale per i farmaci citotossici e antineoplastici, riducendo la muco-

site causata dall'attività citotossica locale di questi farmaci (gli studi supportano l'uso della crioterapia come un metodo economico ed efficace per minimizzare la mucosite).

Tra le complicanze polmonari è emerso che le polmoniti batteriche, fungine e virali sono le complicanze infettive più comuni, mentre le principali complicazioni non infettive sono: l'edema polmonare acuto, l'emorragia diffusa alveolare, la sindrome da disturbo respiratorio e la sindrome idiopatica della polmonite. Si stima che più del 25% dei destinatari autologhi sviluppi complicanze polmonari entro un anno dal trapianto, la maggior parte delle quali sono infezioni. Pertanto, è importante porre attenzione ai pazienti con polmonite, poiché hanno un rischio di mortalità notevolmente aumentato nel primo anno.

I virus respiratori possono facilmente essere trasmessi attraverso il personale o i parenti dei pazienti: le vie di trasmissione sono quella aerea, ma la trasmissione avviene anche attraverso le mani, soprattutto dello staff.

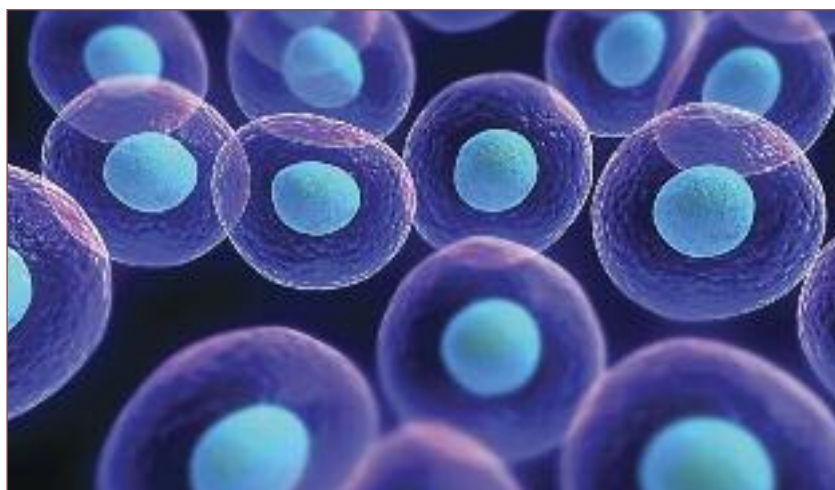
Pertanto, adeguate misure di controllo delle infezioni intraospedaliere sono molto importanti nel controllo delle infezioni da virus respiratori.

DISCUSSIONE

Le raccomandazioni del Cdc (*Center of Disease Control Prevention*, Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie) di Atlanta forniscono importanti indicazioni per la prevenzione delle infezioni opportunistiche nei pazienti sottoposti a

trapianto di cellule staminali emopoietiche. Ecco le elencate di seguito:

- ♦ la ventilazione delle stanze di degenza. Dove non necessariamente un Centro Trapianti deve possedere stanze di degenza con aria a flusso laminare, ma l'aria deve essere un flusso diretto in modo da entrare da un lato e uscire da quello opposto e le stanze di degenza devono avere una consistente pressione positiva: è necessario mantenere una differenza di pressione tra le stanze.
- ♦ La pulizia ambientale deve essere scrupolosa e ripetuta con una particolare attenzione alla polvere; i pazienti trapiantati devono essere posti in stanze ad un letto (il cosiddetto "isolamento protettivo"), e con precauzioni di barriera, ridurre al minimo il tempo passato nelle aree affollate dell'ospedale per minimizzare la potenziale esposizione a potenziali patogeni.
- ♦ Il lavaggio delle mani è la procedura singola più importante ed efficace per prevenire le infezioni ospedaliere.
- ♦ La corretta custodia delle apparecchiature. Tutte quelle del centro trapianti devono essere sterilizzate o disinfettate e mantenute tali usando solo disinfettanti Epa registrati. Occorre verificare la scadenza e l'integrità delle confezioni o che siano visivamente contaminate da detriti o da umidità.
- ♦ Piante e fiori. Sebbene i dati riferiti all'esposizione a piante e a fiori come causa di infezioni fungine nei trapiantati non sono conclusivi, i ricercatori raccomandano che piante o fiori freschi





e/o secchi non siano introdotti nelle stanze dei pazienti in regime di condizionamento e nei pazienti trapiantati (in fase I-III di ripresa del sistema immunitario). Ciò perchè l'Aspergillus è un batterio che è stato isolato nel terreno del vaso di piante ornamentali (per es. cactus), nelle composizioni di fiori secchi, e nei fiori freschi.

- ◆ Personale del centro trapianti deve avere delle linee di condotta generali riguardo immunizzazioni e vaccinazioni. Le immunizzazioni sono necessarie per prevenire la trasmissione delle malattie vaccino-prevenibili ai trapiantati e ai pazienti in fase di condizionamento.
- ◆ I visitatori che possono avere malattie infettive contagiose non devono entrare nel Centro Trapianti o avere contatti diretti con i trapiantati e i pazienti sottoposti a terapia di condizionamento e deve essere di numero limitato.
- ◆ Cura della pelle e della bocca. L'immunodepressione causata dalle terapie rende necessaria una scrupolosa igiene personale al fine di prevenire le infezioni del cavo orale. È perciò opportuno una valutazione continua dello stato dentale con un appropriato trattamento prima dell'inizio della terapia di condizionamento.
- ◆ Alimentazione. Le diete dei trapiantati

dovrebbero essere ristrette per ridurre il rischio di esposizione ad infezioni alimentari da batteri, lieviti, muffe, virus e parassiti. Attualmente, per i trapiantati è raccomandata una dieta a bassa carica microbica che dovrebbe essere portata avanti per tre mesi dopo il trapianto autologo Cse. Trascorso questo periodo, l'introduzione di nuovi alimenti deve essere graduale e concordata con il medico durante le visite di controllo ambulatoriali. I trapiantati, in questo periodo di "attenzione" non dovrebbero mangiare carni crude o poco cotte, uova crude o poco cotte o alimenti che possono contenerle per il rischio di infezione da Salmonella enteridis, non dovrebbero consumare frutti di mare per prevenire l'esposizione alla specie Vibrio, alle gastroenteriti virali e al Cryptosporidium parvum. Inoltre, tutte le bevande devono essere in confezione monodose e una volta aperte devono essere consumate entro 24 ore.

Anche il periodo post trapianto è un momento critico per i pazienti. Occorre osservare e monitorare gli eventuali segni clinici per prevenire l'insorgenza delle infezioni, in quanto la mortalità senza recidiva è elevata in presenza di infezioni. L'educazione sanitaria rivolta ai pazienti e i caregiver e la verifica della compren-

sione e dell'apprendimento delle misure atte alla prevenzione implica una comunicazione improntata sull'*empowerment* e sulla modifica dei comportamenti.

CONCLUSIONI

Le infezioni nel paziente candidato e che ha eseguito il trapianto di cellule staminali autologhe è un problema sanitario, dato che esse possono aumentare la mortalità o la comparsa di complicazioni che potrebbero prolungare l'ospedalizzazione stessa.

La formazione infermieristica in ambito specifico e l'educazione sanitaria rivestono i cardini per la prevenzione delle infezioni, dato che la conoscenza, l'osservazione e il loro tempestivo intervento sono le armi più efficaci per contrastare i danni che ne possono derivare. Di fondamentale importanza, quindi, è che gli infermieri coinvolti nel percorso assistenziale (in particolare in area oncoematologica), abbiano adeguate conoscenze teoriche e abilità pratiche per riconoscere i bisogni del paziente e i campanelli d'allarme.

L'intervento di educazione sanitaria deve essere svolto in modo continuo, in tutte le fasi del percorso terapeutico assistenziale e, in particolar modo, al momento della dimissione, dove si forniranno le indicazioni comportamentali da osservare

al domicilio, e si inviterà il paziente a segnalare ogni segno clinico anomalo.

AUTORI:

Paola Sikora, infermiere, Università La

Sapienza, Roma;

Ivo Camicioli, responsabile posizione organizzativa Dipartimento delle Specialità, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma;

Alessandra Falcioni, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche; infermiere, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Tomblyn M et al, *Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: a global perspective*. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 15 (10): 1143-1238.
- Afessa B, Abdulai R.M, Kremers W.K, Hogan W.J, Litzow M.R, Peters S.G, *Risk factors and outcome of pulmonary complications after autologous hematopoietic stem cell transplant*. *Chest*, 141(2): 442-450. 2012.
- Aldrete S.D et al, *Risk factors and epidemiology of Clostridium difficile infection in hematopoietic stem cell transplant recipients during the peritransplant period*. *Transpl Infect Dis*, 19(1). 2017.
- Mucosite nel paziente con cancro*. <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/mucosite-nel-paziente-con-cancro-id50.htm>
- Askarifar M, Lakdizaji S, Ramzi M, Rahmani A, Jabbarzadeh F, *The effects of oral cryotherapy on chemotherapy-induced oral mucositis in patients undergoing autologous transplantation of blood stem cells: a clinical trial*. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(4). 2016.
- Bhatt V, Vendrell N, Nau K, Crumb D, Roy V, *Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation*. *J Oncol Pharm Pract*, 16(3):195-204. 2010.
- Bos-den Braber J, Potting C.M, Bronkhorst E.M, Huysmans M.C, Blijlevens N.M, *Oral complaints and dental care of haematopoietic stem cell transplant patients: a qualitative survey of patients and their dentists*. *Support Care Cancer*, 23(1): 13-19. 2015.
- César-Arce A et al, *Infectious Complications and Multidrug-Resistant Bacteria in Patients With Hematopoietic Stem Cell Transplantation in the First 12 Months After Transplant*. *Transplant Proc.*, 49(6): 1444-1448. 2017.
- Chaberny I.F et al, *Surveillance with successful reduction of central line-associated bloodstream infections among neutropenic patients with hematologic or oncologic malignancies*. *Ann Hematol.*, 88(9). 2009.
- Curto-García N et al, *A team-based multidisciplinary approach to managing peripherally inserted central catheter complications in high-risk haematological patients: a prospective study*. *Support Care Cancer.*, 24(1): 93-101. 2016
- Di Paolantonio F, *Assistenza al paziente in camera sterile*. *Hematology Meeting Reports*, 2(6): 92-95. 2008.
- Fernandes L.L et al, *Oral status of patients submitted to autologous hematopoietic stem cell transplantation*. *Support Care Cancer.*, 22(1): 15-21. 2014.
- Ford C.D et al, *Decrease in Vancomycin-Resistant Enterococcus Colonization after Extensive Renovation of a Unit Dedicated to the Treatment of Hematologic Malignancies and Hematopoietic Stem-Cell Transplantation*. *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 38(9): 1055-1061. 2017.
- Hamalainen S, Kuitinen T, Matinlauri I, Nousiainen T, Koivula I, Jantunen E, *Severe sepsis in autologous stem cell transplant recipients: microbiological aetiology, risk factors and outcome*. *Scand J Infect Dis.*, 41(1): 14-20. 2009.
- Kanbayashi Y et al, *Predicting risk factors for varicella zoster virus infection and postherpetic neuralgia after hematopoietic cell transplantation using ordered logistic regression analysis*. *Annals of Hematology*, 96(2): 311-315. 2016.
- Lee L.E et al, *Rates of microbiologically diagnosed infection and pathogen detection in hematopoietic stem cell transplant patients*. *Mil Med.*, 181(11):1685-1691. 2016.
- Locasciulli A, Montante B, Pinazzi B, *Prevenzione e terapia delle infezioni virali in corso di trapianto di cellule staminali emopoietiche*. *Hematology Meeting Reports*, 2(6): 87-91. 2008.
- Marchesi F et al, *High incidence of post-transplant cytomegalovirus reactivations in myeloma patients undergoing autologous stem cell transplantation after treatment with bortezomib-based regimens: a survey from the Rome transplant network*. *Transpl Infect Dis.*, 16(1): 158-64. 2014.
- Martinez J.M et al, *Mucositis care in acute leukemia and non-Hodgkin lymphoma patients undergoing high-dose chemotherapy*. *Support Care Cancer.*, 22(9): 2563-2569. 2014.
- Miotto Barretta L, Marinilza Beccaria L, Bernardi Cesarino C, Helena Pinto M, *Complications of central venous catheter in patients transplanted with hematopoietic stem cells in a specialized service*. *Rev Lat Am Enfermagem.*, 24. 2016.
- Piukovics K et al, *Cytomegalovirus infection in patients with haematological diseases and after autologous stem cell transplantation as consolidation: a single-centre study*. *Annals of Hematology*, 96 (1): 125-131. 2017.
- Rasero L, Marsullo M, Dal Molin A, *Valutazione dell'efficacia del Gelclair nella prevenzione e cura della stomatite nei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche: studio randomizzato*. *Professioni infermieristiche*, 67(1): 15-20. 2014.
- Santos K.B, Souza R.S, Atalla A, Hallack-Neto A.E, *Herpes zoster after autologous hematopoietic stem cell transplantation*. *Rev Bras Hematol Hemoter.*, 38(4): 298-301. 2016.
- Saria M, *Preventing and Managing Infections in Neutropenic Stem Cell Transplantation Recipients: Evidence-Based Review*. *Clin J Oncol Nurs.*, 15(2): 133-139. 2011.
- Scheich S et al, *Clinical Impact of Colonization with Multidrug-Resistant Organisms on Outcome after Autologous Stem Cell Transplantation: A Retrospective Single-Center Study*. *Biol Blood Marrow Transplant*, 23(9): 1455-1462. 2017.
- Tomblyn M et al, *Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: a global perspective*. *Biol Blood Marrow Transplant.*, 15(10): 1143-1238. 2009.
- Weisser M et al, *Secular trends of bloodstream infections during neutropenia in 15 181 haematopoietic stem cell transplants: 13-year results from a European multicentre surveillance study (ONKO-KISS)*. *Clin Microbiol Infect.*, 23(11): 854-859. 2017.

L'evoluzione del Coordinatore infermieristico

di Daniele Vannozi, Annie Yasmine De Vincenti

ABSTRACT

L'evoluzione delle organizzazioni sanitarie verso sistemi di intervento socio-assistenziali caratterizzati da una notevole complessità operativa, attraverso anche la partecipazione/condivisione multi professionale, ha comportato la necessità di potenziare le funzioni di coordinamento delle risorse umane per razionalizzare le fasi di intervento e assicurare al cittadino-utente una risposta ai bisogni emergenti con maggiore efficacia. Tale aspetto è considerevole, in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione, che rende sempre più necessario la condivisione multi-professionale del processo terapeutico.

Pertanto, **la crescente aspettativa da parte dei cittadini-utenti su un'appropriatezza prestazione socio-sanitaria e qualitativamente atta a soddisfare le esigenze individuali, impone una maggiore consapevolezza delle problematiche sanitarie e una maggiore richiesta di informazioni sulle tipologie di intervento diagnostico terapeutico e sui tempi d'attesa.**

In ciò entrano a pieno titolo le funzioni di coordinamento del personale delle professioni sanitarie infermieristiche, che, in questi ultimi tempi, sono oggetto di particolare attenzione delle varie aziende sanitarie, come fulcro essenziale di un sistema organizzativo nevralgico perché di risposta immediata ai bisogni dei cittadini e, con ciò, di visibilità diretta della performance e della mission aziendale.

INTRODUZIONE

Tale studio vuole verificare se il Coordinatore infermieristico abbia un profilo di riferimento riconosciuto dalla comunità

scientifica della propria categoria di appartenenza e se e quale percorso legislativo ne abbia modificato l'aspetto contrattuale e funzionale, rendendo in considerazione l'origine deontologica e il percorso di formazione specifico.

È bene, quindi, addentrarci nelle specifiche competenze organizzative e gestionali, per cogliere ed evidenziare le potenzialità di tale profilo, per un significativo miglioramento dell'attività assistenziale nelle strutture sanitarie e sanitarie territoriali. L'analisi descrittiva delle competenze organizzative e gestionali di un'azienda intende far emergere potenzialità per il miglioramento continuo dell'assistenza all'interno delle strutture sanitarie.

Ciò comporta che il profilo dirigenziale manageriale da solo non sia sufficiente a garantire un'efficiente ed efficace funzionalità al sistema di un'organizzazione sanitaria di per sé complessa e variegata, se non accompagnato dalla previsione di figure professionali con funzioni di coordinamento, sovraordinate alle equipe operative che possono contribuire, in modo incisivo, alle funzioni aziendali con una visione molto più particolareggiata ed attenta ai bisogni e alle problematiche emergenti (e con ciò maggiormente appropriata a proporre soluzioni sul campo, perché vicini agli eventi e dagli accadimenti) sempre secondo il valido principio di sussidiarietà, inteso, in tal senso, con carattere puramente "organizzativo".

La funzione di coordinamento può assumere un'importante funzione di valorizzazione delle risorse umane immediatamente coinvolti nei processi assistenziali, ciò in ragione soprattutto delle risorse umane infermieristiche caratterizzate

da una professionalità in senso allargato, comprensiva, cioè, non solo delle capacità tecniche, ma anche degli aspetti riferiti all'interazione con l'utenza e alla collaborazione nell'ambito di un sistema organizzato.

Nel campo normativo, particolare evidenza assume la recente legge del 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", che, all'articolo 6 comma 1 lettera b, individua l'area dei professionisti coordinatori, in possesso del master di I livello in Management o per le funzioni di coordinamento, rilasciato dall'Università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica del 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270.

La recente normativa sopra indicata valorizza proprio **la natura manageriale dei professionisti coordinatori**, identificandoli come apposita articolazione professionale che necessita di una formazione specifica di Management, distinta dalla formazione dei professionisti di base e dei professionisti specialisti.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata elaborata approfondendo alcune monografie specializzate e consultando libri, eseguendo ricerche bibliografiche su banche dati internazio-

nali come MedLine e sitografia.

È stato utilizzato il metodo descrittivo; e i tempi di elaborazione del lavoro sono stati così suddivisi: sei mesi per effettuare la ricerca bibliografica e la verifica e altri due per realizzare compiutamente l'elaborato.

I *mesh terms* utilizzati nella ricerca bibliografica sono stati: *nurse coordinator role* AND *nurse coordinator*, senza parametri restrittivi per quanto riguarda la data di pubblicazione dei vari articoli. Unico limite: improntare la ricerca nel *Clinical Trial*.

Sono stati selezionate Leggi e Decreti Legislativi pubblicati dal 2000 al 2015 in materia di coordinamento infermieristico. Tuttavia, la ricerca ha prodotto un numero scarso di articoli, poiché l'argomento è tuttora inesplorato.

Si è deciso di approfondire alcune monografie specializzate riassumendone il contenuto, senza tralasciare i concetti-chiave. I titoli, gli *abstract* e i *full text*, sono stati progressivamente analizzati per verificarne l'attinenza all'argomento dello studio. In particolare, sono stati esclusi, Leggi e Decreti Legge inerenti le condizioni della figura del Coordinatore - ex caposala - antecedenti al 2000.

Inoltre dei testi/libri utilizzati sono stati considerati pertinenti tutti gli articoli/capitoli che descrivono le competenze, caratteristiche, funzioni, ruolo e modelli di stile del Coordinatore infermieristico.

RISULTATI

Nel mondo sanitario, l'istituzione del Coordinamento è avvenuta tramite l'introduzione dell'articolo 10 del Contratto Collettivo nazionale di Lavoro per il Comparto Sanità 1998/2001 - Parte economica 2001/2002, sottoscritto in data 20 settembre 2001.

Nel quadro del riordino del Servizio Sanitario Nazionale, realizzato dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e del riordino delle professioni sanitarie, iniziato con la ridefinizione dei profili sanitari e sociali (legge 26 febbraio 1999, n. 42) e proseguito con la disciplina del nuovo percorso formativo delle professioni medesime culminato nella legge 10 agosto 2000, n. 251, le parti firmatarie hanno convenuto di procedere alla valo-

rizzazione della professionalità del ruolo sanitario e delle assistenti sociali ed al loro sviluppo professionale in relazione al modello di organizzazione aziendale.

Il contratto Collettivo nazionale di lavoro in essere afferma che è prevista una specifica indennità per coloro cui sia affidata la funzione di Coordinamento delle attività dei servizi di assegnazione nonché del personale appartenente allo stesso o ad altro profilo anche di pari categorie e - ove articolata al suo interno - di pari livello economico, con assunzione di responsabilità del proprio operato.

L'indennità di coordinamento si compone di una parte fissa e una variabile.

Il nuovo allegato 1 del Contratto Collettivo nazionale di Lavoro del comparto Sanità sottoscritto in data 7 aprile 1999, parte normativa 1998/2001 e parte economica 1998/1999, rubricato "*Declaratorie delle categorie e profili*", per quanto attiene la declaratoria della categoria D, afferma che: "*Appartengono altresì a questa categoria - nel livello economico D super (Ds) - i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che, oltre alle conoscenze teoriche specialistiche e/o gestionali in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, richiedono a titolo esemplificativo e anche disgiuntamente: autonomia e responsabilità dei risultati conseguiti; ampia discrezionalità operativa nell'ambito delle strutture operative di assegnazione; funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo di risorse umane; coordinamento di attività didattiche; iniziative di programmazione e proposta*". Di seguito, il nuovo allegato 1 del Contratto Collettivo nazionale di Lavoro del 7 aprile 1999, in relazione ai profili professionali del livello economico D super (Ds), ha stabilito che il collaboratore professionale sanitario esperto: "*Programma, nell'ambito dell'attività di organizzazione dei servizi sanitari, la migliore utilizzazione delle risorse umane in relazione agli obiettivi assegnati e verifica l'espletamento delle attività del personale medesimo; collabora alla formulazione dei piani operativi e dei sistemi di verifica della qualità ai fini dell'ottimizzazione dei servizi sanitari; coordina le attività didattiche tecnico-pratiche e di tirocinio, di formazione (es: di-*

ploma universitario, formazione complementare, formazione continua) del personale appartenente ai profili sanitari a lui assegnate. Assume responsabilità diretta per le attività professionali cui è preposto e formula proposte operative per l'organizzazione del lavoro nell'ambito dell'attività affidatagli".

La **Legge del 1 febbraio 2006 n.43, all'art. 6, stabilisce "l'istituzione della funzione di coordinamento"** e prevede una articolazione delle professioni sanitarie come di seguito riportata:

a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei Corsi di Laurea o di Diploma ad esso equipollente ai sensi dell'art. 4 della Legge 26 febbraio 1999, n.42;

b) professionisti coordinatori in possesso del Master di primo livello in Management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'Università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

c) professionisti specialisti in possesso del Master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'articolo 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509, e dell'articolo 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 22 ottobre 2004, n. 270;

d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.128 del 5 giugno 2001 e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto, n. 251, e successive modificazioni. (Tabella 1)

TITOLO	CONTENUTO	MODIFICA	OBIETTIVI
LEGGE 10 AGOSTO 2000 N.251	<i>Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.</i> Gli operatori dell'area infermieristica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istituite dai relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando le metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.	Art.5 comma 1: Il Ministro dell'Università di concerto con quello della Salute, ai sensi dell'art.17 comma 95, della Legge del 15/05/1997, n.127, individua i criteri per la disciplina degli ordinamenti didattici di specifici corsi universitari ai quali ammettere gli esercenti le professioni di cui all'art. 1 L.251/00 in possesso del diploma universitario o titolo equipollente. Un secondo decreto ha determinato, in esplicita applicazione del DM n. 509/99 e della L. 127/97, la classe di laurea specialistica per gli esercenti la professione infermieristica, nulla dice riguardo alla possibilità di accesso ai corsi specialistici da parte degli esercenti le professioni di cui all'art. 1 L. 251/00, in possesso del diploma universitario o titolo equipollente come previsto dall'art. 5 e 1 della L. 251/00.	1. Le classi delle Lauree Universitarie delle professioni sanitarie, fissano gli obiettivi formativi indispensabili: la classe 1 è quella delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica. L'obiettivo del corso di laurea in infermieristica è quello di formare l'infermiere responsabile dell'assistenza generale previsto dal profilo professionale. 2. Le classi delle Lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie. L'obiettivo generale è di fornire una formazione di livello avanzato per l'esercizio di attività di elevata qualificazione, incluse le attività gestionali.
LEGGE 1 FEBBRAIO 2006 N.43	<i>Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali</i>	ART. 6: Istituzione della funzione di coordinamento , prevede una articolazione delle professioni sanitarie come di seguito riportata: a) professionisti in possesso del diploma di laurea o del titolo universitario conseguito anteriormente all'attivazione dei corsi di laurea o di diploma ad esso equipollente ai sensi dell'art. 4 della L. 26 febbraio 1999, n.42; b) professionisti coordinatori in possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento rilasciato dall'università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del MURST 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del MIUR 22 ottobre 2004, n. 270; c) professionisti specialisti in possesso del master di primo livello per le funzioni specialistiche rilasciato dall'università ai sensi dell'art. 3, comma 8, del regolamento di cui al decreto del MURST 3 novembre 1999, n. 509, e dell'art. 3, comma 9, del regolamento di cui al decreto del MIUR22 Ottobre 2004, n. 270; d) professionisti dirigenti in possesso della laurea specialistica di cui al decreto del MURST 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.128 del 5 Giugno 2001, e che abbiano esercitato l'attività professionale con rapporto di lavoro dipendente per almeno cinque anni, oppure ai quali siano stati conferiti incarichi dirigenziali ai sensi dell'art. 7 della legge 10 agosto, n. 251, e successive modificazioni.	Le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, nelle aree caratterizzate da una determinata specificità assistenziale, ove istituiscano funzioni di coordinamento ai sensi del comma 2, affidano il coordinamento allo specifico profilo professionale. Il coordinamento viene affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti e alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali.
ACCORDO STATO – REGIONI ISTITUZIONE FUNZIONE COORDINAMENTO PER LE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, OSTETRICA, RIABILITATIVE, TECNICO SANITARIE, E DELLA PREVENZIONE 1 AGOSTO 2007	Art. 2: La durata minima del master è annuale. La formazione deve essere effettuata nelle Università e deve prevedere l'espletamento di un tirocinio formativo obbligatorio di almeno 500 ore, da espletarsi presso aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere – universitarie, enti classificati e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.	Ai fini dell'accesso alla funzione di coordinamento, fatto salvo quanto previsto dall'art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 6, comma 4 e 5, della Legge 01 febbraio 2006, n.43	Oltre che ai profili professionali infermieristici, è consentito l'accesso ai corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento anche al personale appartenente ai profili professionali di ostetrica, riabilitativi, tecnico sanitari e della prevenzione.
D.Lgs 106/2009	<i>Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.</i> Obblighi del datore di lavoro e del dirigente.	D.lgs 9 APRILE 2008 N. 81, Testo coordinato con il D.lgs. 3 AGOSTO 2009 N.106 Attuazione dell'art. 1 della Legge 3 AGOSTO 2007 N.123	Disposizioni integrative e correttive del D.L. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Capo 1 – Disposizioni Generali, art. 2 e f.
D.M. 8/2009	<i>Determinazione delle classi delle lauree magistrali delle professioni sanitarie.</i>		
D.L. 2009	<i>Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie</i>		
D.L. 150/2009	LEGGE 23 DICEMBRE 2014 N.190 <i>Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato.</i>	Il decreto attuativo ridisegna, funzioni, responsabilità e poteri del dirigente della pubblica amministrazione novellando alcune disposizioni del D.lgs. n.165 del 2001.	Bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Introduzione degli obiettivi di Macro e Micro area dichiarati dall'art. 37 (Legge di stabilità 2015).
D.R. 2012	<i>Riforma degli ordinamenti professionali</i>	A norma dell'art. 3, comma 5, del D.lgs. 13 AGOSTO 2011 N.138, convertito, con modificazioni, dalla Legge 14 settembre 2011 n.148.	Le nuove norme riguardano l'accesso alla professione, la formazione continua, il tirocinio professionale, il procedimento disciplinare, l'obbligo di assicurazione, la libera concorrenza e la pubblicità, gli albi territoriali e albi unici nazionali.
DPR 16 APRILE 2013 N. 62	<i>Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici.</i>	A norma dell'art. 54 del D.lgs. 30 MARZO 2001	Il codice definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità, e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare.
LEGGE 2015	<i>Legge di Stabilità 23/12/2014 n. 190</i>	Il decreto attuativo ridisegna, funzioni, responsabilità e poteri del dirigente della pubblica amministrazione novellando alcune disposizioni del D.lgs. n. 165 del 2001.	Il decreto attuativo modifica, anzitutto, le disposizioni relative al reclutamento dei dirigenti per assicurare, ai sensi dell'art. 1 la selettività e la valorizzazione dei risultati ai fini degli incarichi dirigenziali.

Tabella 1



DISCUSSIONE

Il panorama della sanità italiana, oggi più che mai, sta subendo una serie di mutamenti che coinvolgono tutti i professionisti.

Tra questi, possiamo annoverare quello trattato in questo articolo: l'evoluzione e il ruolo del Coordinatore infermieristico, in quanto figura di coordinamento tra il "gruppo" infermieri e la dirigenza infermieristica.

Il Coordinatore riveste un ruolo strategico in questo processo di rinnovamento; nuovi riferimenti normativi gli impongono un passaggio che si esplica nell'applicazione di vere e proprie specificità tipiche del manager; deve intraprendere la funzione del proprio essere "agito" all'interno delle aziende sanitarie in modo proattivo verso il cittadino/paziente e verso i collaboratori/infermieri.

Ciò che rimane contraddittorio è che se il suo ruolo sia quello descritto dal Decreto del Presidente della Repubblica il 27 marzo 1969, n. 128, in cui s'individua il personale con funzioni direttive ma non ne specifica le peculiarità.

CONCLUSIONE

Il coordinatore infermieristico oggi ha la responsabilità professionale dei propri compiti limitatamente alle prestazioni e alle funzioni che, per la normativa vigen-

te, è tenuto ad attuare. È la prima interfaccia che si frapponne tra le persone/cliente e l'azienda sanitaria, ma anche con e tra gli operatori; in linea con l'attuale assetto organizzativo delle Aziende sanitarie stesse, oggi più che mai in continuo cambiamento.

Ciò che viene enunciato nell'allegato 1 del Contratto Collettivo nazionale di Lavoro del comparto Sanità sottoscritto in data 7 aprile 1999, parte normativa 1998/2001 e parte economica 1998/1999, esprime in modo compiuto e in linea con l'attuale assetto organizzativo delle aziende sanitarie il ruolo e le funzioni del

Coordinatore infermieristico. Questo è il nuovo ruolo del Coordinatore, colui che agisce attraverso l'*empowerment* e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi dell'attività infermieristica.

La **gestione per competenze** è divenuta oggi una forte necessità di quanti si occupano di gestione delle Risorse umane: lavorare "per e con" professionisti significa lavorare per obiettivi (e non più per compiti o mansioni). Significa, cioè, **passare da una gestione in cui, rispetto alla persona assistita, l'accento è posto sulle "cose da fare" ad una in cui tale accento è posto sulle responsabilità dei**



professionisti e che, quindi, usa le attività in vista dei "risultati da raggiungere".

Dal punto di vista della gestione delle Risorse umane, la "Teoria dell'obiettivo" rimanda al sistema che va dall'assegnazione degli obiettivi alla valutazione e al piano di sviluppo del collaboratore.

Introdurre il concetto di "obiettivo" in una struttura organizzativa abituata a lavorare per "compiti" (ovvero, per adempimenti), vuol dire introdurre un grosso cambiamento culturale che passa attraverso il cambiamento delle persone verso l'impiego di un pensiero strategico, una maggiore iniziativa e autonomia e lo sviluppo delle proprie capacità e compe-

tenze. Per farlo, alle ben note capacità professionali e relazionali che impiega con gli utenti, oggi il Coordinatore infermieristico deve sviluppare una serie di specifiche qualità manageriali che facciano sì che il "gruppo infermieristico" si cali ancor di più all'interno della realtà aziendale, facendo propri gli obiettivi che questa si pone, valorizzando, tramite la valutazione dei propri operatori, tutti quei comportamenti virtuosi che possono permettere un effettivo miglioramento del servizio erogato, il più possibile in termini di efficienza/efficacia ed in corrispondenza degli obiettivi fissati.

Compito sicuramente non facile, ma che, se svolto con chiarezza e trasparenza, può sicuramente portare ad ottimi risultati.

AUTORI:

Daniele Vannozzi, infermiere, laureato presso l'Università di Tor Vergata, Roma; master in Management e coordinamento delle professioni sanitarie. Nuova Sair-onlus;

Annie Yasmine De Vincenti, infermiera, laureata presso l'Università di Tor Vergata, Roma. Italian Hospital Group-Istituto di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Guidonia-Montecelio.

BIBLIOGRAFIA

Morelli U, De Togni M.G, *Coordinatori infermieristici*. Guerini Studio, Isbn 978-88-6250-205-4. 2010.

Antonetti G, Scampati P, *La Legislazione e la contrattazione collettiva come fattori che influenzano la gestione delle risorse umane*. Universitalia, Isbn 978-88-6507-458-9. 2013.

Marra F, *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*. Franco Angeli, Isbn 978-88-568-1567-2. 6/e 2014.

Calamandrei C, *Manuale di management per le professioni sanitarie*. Mc Graw Hill Education, Isbn 978-88-386-4613-3. 4/e 2015.

Articolo Nih Public Access West J Nurs Res. April; 28 (3): 294-309. 2006.

SITOGRAFIA

www.parlamento.it/parlam/leggi/060431.htm

www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/276/dm031199n.509

www.miur.it/0006menu_c/0098normat/4640modif/cf2.htm

www.aranagenzia.it/index.php/contrattazionecomparsi/sanita/contratti/economico200o-2001

www.camera.it/parlamento/leggi/002511l.htm

www.funzionepubblica.gov.it/media/263637/accordo.governo-autocali_01-08.07

www.lavoro.gov.it/sicurezzaalavoro/documents/20090803_dlgs_106

www.attiministeriali.miur.it/anno2009/gennaio/dm-08012009.aspx

www.attiministeriali.miur.it/anno2009/febbraio/dm-19022009.aspx

www.funzionepubblica.gov.it/media/155296/testo_del_decreto_150_del_27ottobre09

www.attiministeriali.miur.it/anno2010/dicembre/dm23122010.aspx

www.funzionepubblica.gov.it/media/1079951/dpr16apr2013_codice_comportamento

www.senato.it/service/pdf/pdfserver/bgt/00733859

www.diritto.it/materiali/sanitario/fresco1.html

www.chimici.it/cnc2014/uploads/tx_news/dpr_7.09.1984_n821

www.ipasvi.it/dpr201279n761

ERRATA CORRIGE

Sul n.1 della rivista «Infermiere Oggi», sono state pubblicate specifiche sbagliate di due autori dell'articolo "Studio conoscitivo sull'uso di Facebook dalla popolazione infermieristica...". Ecco quelle corrette:

Silvia Maria Mancini, coordinatore Tutor CdL in Infermieristica Università di Tor Vergata-sede ASL RM3;

Giustina Faparelli, CPSI Ufficio Vaccini Fiumicino ASL RM3.

Un manuale di procedure infermieristiche basate sulle evidenze

Ecco un manuale di procedure infermieristiche basate sulle evidenze.

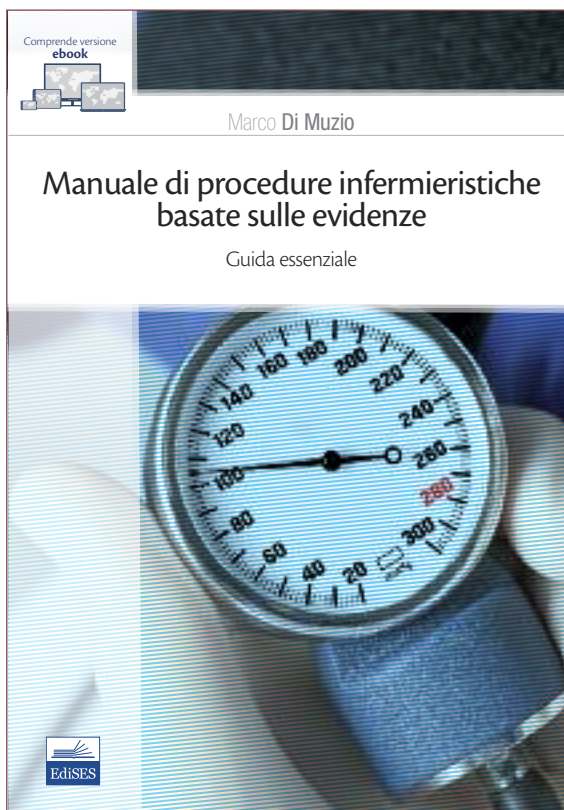
Una Guida essenziale che è l'ultima pubblicazione della Casa Editrice EdiSES: una novità assoluta e aggiornata per le Scienze Infermieristiche del 2018.

Un volume di facile consultazione che nasce con l'obiettivo di guidare lo studente nello studio e nell'esercizio della pratica clinica.

Le procedure di interesse infermieristico rappresentano un importante aspetto del curriculum didattico e professionale, per questo l'attuale piano di studi dei Corsi di Laurea in Infermieristica prevede l'acquisizione di specifiche conoscenze, abilità e competenze soprattutto di tipo assistenziale.

Questo testo aiuta ad integrare il sapere scientifico alla pratica clinica, è redatto e revisionato con la collaborazione di infermieri esperti, operanti in diversi ambiti clinici e abituati al processo di ricerca.

Una guida essenziale elaborata consultando le più importanti e recenti evidenze scientifiche presenti in letteratura, che descrive le principali procedure infermieristiche e aiuta lo studente



a comprendere l'importanza dell'assistenza clinica basata sull'*Evidence Based Nursing*.

Marco Di Muzio è un docente di discipline infermieristiche, Direttore del CdL in Infermieristica e Direttore didattico del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche presso l'università di Roma, "Sapienza".

In questo lavoro ha sapientemente coniugato le differenti necessità di ogni professionista della salute, fornendo, sia allo studente in formazione che al professionista, strumenti essenziali per entrambi.

Il testo comprende nuovi servizi e contenuti di approfondimento, come la nuova versione mista manuale + ebook e la possibilità di aggiornamenti continui.

Marco Di Muzio

Manuale di procedure infermieristiche basate sulle evidenze. Guida essenziale
EdiSES editore, 2018, 386 pagg (19,00 Euro)

Valutare il paziente con lesioni cutanee

La presa in carico e la valutazione iniziale del paziente portatore di lesioni è fondamentale per il giusto inquadramento clinico che permetta l'impostazione di un trattamento adeguato, mirato a un esito di guarigione il più rapida possibile.

Il paziente portatore di lesioni croniche vive un continuo adattamento allo stato imposto dalla malattia; malattia che porta spesso a un peggioramento della sua qualità di vita.

Per questo motivo, ha bisogno di una valutazione globale, a 360 gradi: capire come affrontare la sua condizione e come essere coinvolto attivamente nel processo di cura è fondamentale per guarire. Questo volume vuole aiutare l'operatore a approcciarsi nella migliore maniera possibile all'utente. Nel primo incontro, infatti, questi deve riuscire non solo a valutare un paziente, ma a gettare le basi di un rapporto di fiducia.

Il suo coinvolgimento e la collaborazione assistente-assistito è decisiva per un buon esito finale.



Emerge, pertanto, la necessità di guidare anche il professionista alla presa in carico, aiutarlo a migliorare le sue abilità comunicative e mettendogli a disposizione uno strumento guida appropriato. Questo volume è corredato dal "Fascicolo Toven" – *Wound care* dedicato – che, composto da 6 schede, è uno strumento che monitorizza il paziente dalla presa in carico fino alla guarigione.

È adatto al lavoro ambulatoriale o libero professionale, ma può comunque essere integrato anche nella cartella infermieristica ospedaliera.

Ogni scheda è accompagnata da indicazioni per la compilazione, approfondimenti secondo le più recenti linee-guida e materiale fotografico.

Elena Toma

La valutazione del paziente portatore di lesioni cutanee

Youcanprint, 170 pagg (29,00 Euro)

Legge Lorenzin: quali novità per gli infermieri?

Una lente di ingrandimento sulle modifiche normative più significative introdotte dalla legge n. 3/2018

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale n. 25 del 31 gennaio 2018 della legge numero 3 del 2018, recante la *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* sono state introdotte importanti novità riguardanti l'accesso, l'esercizio e il riordino della professione infermieristica. In realtà, la richiamata legge, meglio nota come "*Legge Lorenzin*", non riguarda solo la professione infermieristica ma si occupa, in maniera più ampia, del riordino delle professioni sanitarie.

Ed infatti, numerose sono le novità che riguardano anche la professione di ostetrica, di tecnico sanitario di radiologia medica e le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, per le quali la Legge Lorenzin ha istituito gli Ordini professionali.

La legge, inoltre, riguarda anche i chimici, i fisici, i biologi e gli psicologi, per i quali è prevista la vigilanza, non più del Ministero della Giustizia ma del Ministero della Salute.

Sono istituite, poi, le professioni dell'osteopata e del chiropratico. In questo articolo ci concentriamo, però, sulle principali novità riguardanti la professione infermieristica.

NASCE LA FNOPI E AI COLLEGI SI SOSTITUISCONO GLI ORDINI PROFESSIONALI

Fulcro di tale normativa è sicuramente l'istituzione degli Ordini provinciali delle professioni infermieristiche, i cosiddetti OPI, che sostituiscono i precedenti Collegi.

Non solo. Cambia il volto della Federazione, che diventa la "Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche" – FNOPI, alla quale spettano, ai sensi dell'art. 7 della suddetta Legge "*compiti di indirizzo e coordinamento e di supporto amministrativo agli ordini e alle federazioni regionali*", nonché l'emanazione del codice deontologico.

Al di là della nuova denominazione, la legge si preoccupa di definire in maniera puntuale le caratteristiche degli Ordini e delle Federazioni, precisando, all'articolo 4, che si tratta di "*enti pubblici non economici che agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio della professione*".

In altre parole, gli Ordini sono veri e propri enti pubblici, dotati di autonomia patrimoniale, regolamentare e disciplinare, che agiscono esercitando, in via sussidiaria rispetto agli organi dello Stato, poteri amministrativi.

Agli Ordini, la legge attribuisce importanti compiti, tra cui, sempre all'articolo 4:

- verificare il possesso, da parte degli iscritti, dei titoli abilitanti all'esercizio professionale e curare la tenuta degli albi dei professionisti;
- rendere il parere obbligatorio sulla disciplina dell'esame di abilitazione per l'esercizio della professione;
- vigilare sugli iscritti agli albi irrogando direttamente sanzioni disciplinari proporzionate alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito, tenendo conto degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalle norme di legge e dei contratti.

Insomma, al pari dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti, anche per gli infermieri l'Ordine rappresenta un punto di riferimento costante, costituendo, al tempo stesso garanzia per i cittadini contro ogni forma di abusivo esercizio della professione.

ESERCIZIO DEL POTERE DISCIPLINARE

A garanzia del diritto di difesa e della terzietà del giudizio, la legge prevede che la funzione istruttoria sia separata da quella giudicante.

A tal fine, come stabilito dall'articolo 4, lettera i) vengono costituiti in ogni regione appositi uffici istruttori, composti da 5 a 11 iscritti, sorteggiati tra i componenti delle commissioni disciplinari di albo, e da un rappresentante estraneo alla professione, nominato dal Ministro della salute.

Gli uffici istruttori, sulla base di esposti o su richiesta del presidente della competente commissione disciplinare, ovvero d'ufficio, compiono tutti gli atti preordinati all'instaurazione del procedimento disciplinare, tra cui la raccolta delle informazioni e della documentazione e sottopongono le proprie considerazioni all'organo giudicante che si pronuncerà sulla definizione del procedimento.

Proprio per assicurare la massima imparzialità, la legge prevede inoltre che i componenti degli uffici istruttori non possono mai partecipare a procedimenti relativi agli iscritti dei propri albi di appartenenza.

SANZIONI PIÙ SEVERE IN CASO DI ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

Sanzioni più severe sono previste in caso di esercizio abusivo della professione.

In particolare, l'art.12 della legge Lorenzin riscrive l'articolo 348



del codice penale, che stabilisce, in caso di esercizio abusivo della professione, la pena della reclusione fino a 3 anni e la multa da 10mila a 50mila euro.

La reclusione aumenta fino a 5 anni e la multa fino a 75mila euro per il professionista prestanome, che rischia anche l'interdizione da 1 a 3 anni dall'attività.

In caso di condanna, inoltre, la sentenza è trasmessa all'Ordine che procede all'interdizione dell'infermiere dalla professione per un periodo fino a tre anni.

Sempre in tema di sanzioni, viene inserito un nuovo comma all'articolo 590 del codice penale in materia di lesioni gravi e gravissime.

In virtù di tale modifica, in caso di lesioni personali gravi commesse nell'esercizio abusivo di una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato, e quindi anche della professione infermieristica, si applica la pena più severa della reclusione da sei mesi a due anni e in caso di lesioni gravissime, la reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni.

COMPOSIZIONE DEGLI ORDINI

Gli ordini disciplinati dalla Legge, e dunque anche gli ordini delle professioni infermieristiche sono composti dai seguenti organi: presidente, Consiglio direttivo, commissione di albo e collegio

dei revisori.

Nel dettaglio, i Consigli Direttivi degli Ordini Provinciali eletti in base alla nuova legge avranno fino a 7 componenti se gli iscritti sono fino a 500, 9 se sono tra 500 e 1500, 15 oltre i 1500.

I componenti del consiglio dureranno in carica non più tre, ma quattro anni.

Occorrerà, comunque, un decreto del ministero della Salute per determinare la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine *in modo da assicurare "un'adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte"*: in questo caso infermieri e infermieri pediatrici.

Il collegio dei revisori avrà un presidente iscritto nel Registro dei revisori legali e sarà composto da tre membri, di cui uno supplente, eletti tra gli iscritti agli albi.

Chi è stato presidente, vice, tesoriere e segretario, può essere rieletto nella stessa carica consecutivamente una sola volta.

Saranno necessari ora una serie di decreti attuativi per rendere operativa la nuova legge. Il ministero della Salute ha comunque già comunicato che le modifiche in materia elettorale troveranno attuazione successivamente al triennio 2018-2020.

Avv. Barbara Pisa

COME HAI FESTEGGIATO LA
NOSTRA GIORNATA INTERNAZIONALE?

... CON ORDINE!



© Bto '18

NORME EDITORIALI

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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



ROMA

Ordine Provinciale Professioni Infermieristiche

Viale Giulio Cesare, 78
Metro Ottaviano - 00192 Roma
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034
ordine@opi.roma.it

L'OPI è a disposizione del cittadino e dell'Infermiere
con i seguenti orari di apertura al Pubblico:
- dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
- il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17