

INFERMIERE

oggi

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

N° 3-4



26 settembre - Workshop al Gemelli con Jean Watson



28 settembre - Sanit

**OPI protagonista a Sanit
e all'evento sulla
Caring Science**

**SEMPRE
UN PASSO
AVANTI**

**Violenze agli operatori
Voci a confronto**

**Il professionista infermiere
Il punto di vista dei politici**

**Infermieri sui social
L'Ordine si pronuncia**



9 ottobre - Incontro direttori CdL in Infermieristica



11 ottobre - Evento sulle Maxiemergenze

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma
Anno XXVIII - N. 3-4 - LUGLIO-DICEMBRE 2018
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

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

Direttore responsabile
Ausilia Pulimeno

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

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

Coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Finito di stampare: ottobre 2018

Tiratura: 34.242 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.

Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.

Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.

Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo. Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Un passo verso il futuro**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **L'ORDINE DI ROMA PROTAGONISTA A SANIT
E ALL'EVENTO DEDICATO ALLA CARING SCIENCE**

DICONO DI NOI

- 10 **Premiati in Italia, apprezzati all'estero. Ma gli organici restano ancora in rosso**

NOTIZIE DALL'ESTERO

- 14 **Il Cecri tra gli affiliati del Joanna Briggs Institute**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 15 **Stop di Fnopi e Ordini provinciali all'uso improprio dei social network**
16 **Pulimeno risponde alla Fiaso: "Sono gli infermieri l'unico futuro possibile dell'assistenza pubblica"**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 17 **Aggressioni agli operatori sanitari. Tante voci a confronto**
18 **Tre infermieri entrano a far parte dei ruoli di ricerca all'Istituto Superiore di Sanità**
19 **Maxi-emergenze, Opi Roma e realtà civile e militare a confronto**
20 **"Eccellenze in Sanità" premiato Massimo Spalluto**

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 21 **Continua il successo dei corsi itineranti Ecm dell'Ordine di Roma**
21 **Infermieri e artiterapie. Al Pertini, esperti a confronto**
22 **Ait, giornata di studio sulla "violenza di genere"**
23 **Premio Petrini alla "Miglior Tesi di laurea in Infermieristica" dell'Università Tor Vergata**

CONTRIBUTI

- 24 **Sintesi della revisione sistematica della letteratura sull'efficacia della Valutazione multidimensionale nei pazienti anziani ricoverati in reparti chirurgici**
di Marina Palombi, Stefano Casciato, Maria Matarese

- 28 **Il problema della violenza negli Spdc**
La Broset violence checklist nuovo strumento per prevenirla
di Ione Moriconi, Sara Vuto

- 33 **Valutazione e gestione infermieristica del dolore in triage**
di Margherita Morelli

- 42 **Il professionista infermiere**
Il punto di vista dei politici attraverso un'indagine conoscitiva
di Raffaele Piscitelli, Filippo Quarta, Dino Parisi, Francesco Scerbo

- 47 **Lavoro a turni e salute**
Effetti sulla sfera biologica, lavorativa e sociale
di Ruby Geraldine Gonzales Banon, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni

- 53 **Analisi comparativa della documentazione infermieristica cartacea e digitalizzata**
di Antonio Capodilupo, Sabrina Pavano, Pasquale Tripepi

LETTO PER VOI

- 60 **Sofferenza e condizione umana nella società globalizzata**
61 **Concetti, procedure e pratica del Nursing contemporaneo**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Infermieri e obbligo di iscrizione all'Albo**
Finalmente un po' di chiarezza

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Un passo verso il futuro

di Ausilia M.L. Pulimeno

Riecheggia in queste settimane l'allarme sulla carenza di medici che si prospetta già a partire dal prossimo anno. È l'effetto dell'annunciata raffica di pensionamenti e di un ricambio insufficiente. Senza medici la sanità collasserà presto, si ripete da più parti adombrando foschi presagi. Il problema esiste e non va negato. Ma ce n'è uno ancora più grande, incalzante e sottovalutato: la mancanza di infermieri.

Eppure investire su questi professionisti costerebbe poco e renderebbe molto, consentirebbe di affrontare con ben altre prospettive la stessa penuria di medici prefigurata per il prossimo futuro. Già perché puntare sulla nostra professione significa anche ridurre la necessità di medici e consentire loro di operare in ambiti maggiormente specialistici, lasciando spazi più ampi all'esercizio delle altre professioni sanitarie. Con benefici per tutti.

Nella nostra Regione gli organici infermieristici sono ormai ridotti all'osso e in molti casi anche peggio. Accade sia nella strutture pubbliche sia in quelle private. La sanità romana, da sempre fucina di eccellenze in ogni campo della cura e dell'assistenza, è "incerottata" soprattutto per questo. Tanto più che il piano di stabilizzazione dei colleghi precari procede a passo lento. Il che produce spesso un demansionamento strisciante e diffuso, con infermieri utilizzati in modo improprio per "tappare i buchi", costretti a sobbarcarsi incombenze non loro pur di tirare avanti la baracca e garantire tutta l'assistenza possibile ai cittadini. Mansioni ben lontane dalle competenze di un infermiere. E di certo anche dalle sue aspettative.

Colmare i vuoti di organico ricorrendo al lavoro interinale e al sistema delle cooperative è illusorio. La storia di questi anni ci dice che la strategia è sbagliata. Ce lo confermano tanti giovani infermieri penalizzati da questo approccio con il lavoro, un impiego sottopagato che non garantisce loro alcuna stabilità né la

possibilità di sviluppare competenze avanzate spendibili poi sul mercato occupazionale.

Preoccupano inoltre le previsioni di uscita dal lavoro con l'introduzione della fatidica "quota cento" per il pensionamento. Ai già scandalosi vuoti di organico attuali, dovremo aggiungere poco meno di quarantamila colleghi che potrebbero lasciare il lavoro il prossimo anno e altri settantamila nei periodi successivi: un'ecatombe che porterebbe dritti al disastro, alla chiusura di reparti, servizi e ambulatori, a una desertificazione sanitaria in stridente contrasto con il costante aumento della domanda di salute. E soprattutto di assistenza qualificata.

In questo campo non ragioniamo su semplici previsioni ma su quella che è già la realtà. Il rapido invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie degenerative, delle cronicità e delle multipatologie accrescono i bisogni di assistenza della popolazione, in particolare di quella infermieristica. Una figura professionale, la nostra, che ha saputo sviluppare in questi anni preziose competenze ed è in grado di rispondere adeguatamente alle nuove esigenze. Il punto è che non ci lasciano fare. Forse perché la nostra crescita spaventa.

C'è bisogno di un cambio netto, anzitutto di mentalità. È quello che il nostro gruppo professionale reclama a gran voce da tempo, tra rinnovate speranze e cocenti delusioni. In tante occasioni e a tutti i livelli istituzionali, insieme alla Federazione Nazionale, abbiamo proposto il nostro "cambiamento": una trasformazione radicale dell'organizzazione del lavoro capace di ridurre la necessità (più costosa) di medici ponendo finalmente al centro dell'assistenza la figura dell'infermiere. Con le sue molteplici competenze e potenzialità. Un salto nel futuro possibile, anzi indispensabile per salvare il carattere universalistico e solidale del nostro servizio sanitario, la cui tenuta appare oggi sempre più a rischio.

In questi tempi incerti e difficili, teniamo la barra dritta su una riorganizzazione del sistema che dia maggiore spazio agli infermieri. Non per mero interesse professionale ma perché è di questo che i cittadini hanno bisogno. Una sanità più prossimale, più attiva sul territorio e anche più sostenibile in termini economici. L'infermiere ha mille potenzialità, può operare in contesti e scenari diversi, può portare l'assistenza laddove serve, può migliorare sensibilmente la prevenzione promuovendo comportamenti e stili di vita più sani. In sostanza ha nelle sue corde professionali ciò di cui la comunità ha bisogno. Parlano per noi le numerose esperienze convalidate sul campo che indicano questa come la strada maestra da seguire. Sperimentazioni concluse con successo che in qualche caso hanno già determinato quel cambiamento che aspettiamo si compia anche a Roma e nel Lazio. Lo invochiamo innanzi tutto per i cittadini.

Il modello di riorganizzazione dei servizi che proponiamo è concreto, realistico e ben argomentato. Lo sosteniamo con la forza e la consapevolezza di chi si misura ogni giorno con le criticità esistenti e fronteggia con spirito di abnegazione condizioni di lavoro spesso insopportabili oltreché ingiuste. Uno scenario che si può cambiare. Ci rivolgiamo in primis alla Regione Lazio, all'assessore alla Sanità, ai consiglieri, ai dirigenti della Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e della provincia. A loro diciamo: è ora di cambiare, proviamoci tutti insieme.

Quando c'è di mezzo la tutela dei cittadini e del loro bene primario, la salute, il nostro approccio è sempre costruttivo. Proprio per fornire un contributo alla definizione di una migliore offerta assistenziale e per assicurare prestazioni sanitarie omogenee su tutto il territorio regionale, l'OPI di Roma, sulla scorta delle esperienze maturate in questi anni e delle sperimentazioni effettuate, ha elaborato un ventaglio di misure capaci di implementare la qualità dell'assistenza e la prossimità delle cure. Iniziative che possono migliorare notevolmente l'efficacia delle prestazioni riducendone i costi a carico del Servizio sanitario regionale.

L'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia è tra queste. Un servizio che ha dimostrato sul campo di poter assicurare in modo capillare la continuità delle cure, l'assistenza ai malati cro-

nici, la prevenzione sanitaria. È il "filtro" che oggi manca tra il cittadino e l'ospedale, che può ridurre i ricoveri e accompagnare adeguatamente i pazienti verso la guarigione una volta a casa. Un supporto di grande efficacia per la gestione delle patologie croniche e per orientare le famiglie in campo sanitario. In questa chiave rientra anche lo sviluppo del progetto della "Farmacia dei servizi", con la presenza di infermieri esperti formati per offrire ai cittadini servizi di consulenza e suggerire stili di vita sani.

Il territorio ha bisogno di infermieri. Lo dicono a chiare note le esperienze maturate in campo nazionale e internazionale con le Unità di degenza infermieristica. Una soluzione che funziona e che va implementata rapidamente con l'attivazione di nuove UDI e il potenziamento di quelle già operanti. Discorso che vale anche per gli Ambulatori infermieristici, presidi fondamentali nella gestione di un modello di sanità diffusa ma che risentono ancora di una marcata disomogeneità territoriale.

Il cambiamento che auspichiamo non potrà coinvolgere solo gli infermieri. Abbiamo bisogno di rinforzi e della disponibilità operativa del personale di supporto. Accanto all'internalizzazione dei servizi di assistenza infermieristica e al completamento del percorso di stabilizzazione del personale precario, occorre rimpinguare gli organici degli OSS anche per sgravare gli infermieri da compiti impropri che sottraggono tempo prezioso alle sue vere funzioni e attività.

Chiediamo inoltre alla Regione Lazio la definizione di uno specifico "Nomenclatore delle prestazioni infermieristiche" da introdurre come norma transitoria e la valorizzazione della nostra professione anche attraverso il riconoscimento economico della progressione di carriera.

Sappiamo quanto possiamo dare per la riorganizzazione del sistema. Per questo chiediamo di essere coinvolti direttamente e preventivamente nelle disposizioni che riguardano l'organizzazione del lavoro infermieristico e quello degli OSS. Non lo reclamiamo come un diritto acquisito, ma lo offriamo alla collettività come frutto del nostro lavoro e della nostra vicinanza all'anello più debole della catena: i cittadini.



Focus

L'Ordine di Roma protagonista a Sanit
e all'evento dedicato alla *Caring Science*



**TANTI APPLAUSI PER LA PROFESSORESSA JEAN WATSON E
LA SUA LEZIONE SULLA CARING SCIENCE.
"L'INFERMIERISTICA È UNA RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELL'UMANITÀ"**

Successo per l'evento internazionale al Gemelli

Il 26 settembre, l'aula Brasca del Policlinico Universitario "A. Gemelli"-IRCSS ha ospitato il corso Ecm: "Caring Science: la scienza dal volto umano nel futuro dell'Infermieristica".

Un evento promosso dal Master per le Funzioni di Coordinamento, assieme al CdL in Infermieristica, UCSC-Roma, e il patrocinio di OPI Roma, Cecri e Cnai, a cui sono intervenuti illustri relatori, nazionali e internazionali.

Primo fra tutti: la professoressa **Jean Watson**, PhD, RN, AHN-BC, FAAN, (L.L.-AAN), WCSI-Watson Caring Science Institute, con la "sua" Filosofia dello *Human Caring* e i "10 processi di Carità universali".

La giornata si è articolata in due sessioni, preceduta dal saluto di **Ausilia Pulimeno**, Presidente OPI Roma, e degli ospiti: **Rocco Bellantone**, Preside Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e **Pierluigi Granone**, Direttore Master per le Funzioni di Coordinamento, Presidente CdL in Infermieristica presso lo stesso ateneo; nonché di **Maurizio Zega**, consigliere OPI Roma e responsabile SITRA Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, IRCCS.

Dalle ore 10, moderati da **Loredana Lapia** e **Vincenzo Da Falco**, oltre a quello di Watson, si sono susseguiti gli interventi: "Caring Science: perché portare la teoria in Italia" (**Walter Pellegrini**, infermiere, coordinatore Struttura per Anziani "Pro senectute Counselor"); "Diffusione della Teoria nella pratica Professionale" (**Jo-**

seph Giovannoni, DNP, MA MS APRN, PMHCNS-BC, WCSI Caritas Coach) e "Esperienza Applicativa della Teoria in America" (**Marlienne Goldin**, DCS, MPA, BSN, RN, CCEP, CNML, Department Director ICU).

"È evidente che viviamo in un mondo globalizzato – ha spiegato la professoressa Watson –, ma, paradossalmente, le persone tendono a isolarsi. Il nostro è un 'lavoro sacro' e lo è perché lavoriamo non solo con le forze vitali di un'altra persona, ma anche con quelle di ognuno di noi, in un cammino di condivisione. Se ci fermassimo a pensare, potremmo scoprire che forse, questo preciso momen-

to, con quella determinata persona, è la vera ragione per cui siamo qui, sulla Terra...".

Un concetto che apporta un'aura filosofica a quello stesso di Infermieristica. Scienza sì, ma "prendersi cura" dell'altro è qualcosa di più.

"L'Infermieristica è una responsabilità nei confronti dell'umanità – ha continuato -. La mia teoria tenta di dare un 'linguaggio' al cuore dell'assistenza. L'ho trovato nella, cosiddetta, disciplina infermieristica, il 'contenitore delle teorie', la deontologia che ci guida nel contatto con il malato. Il cuore della nostra pratica è 'stare accanto alle persone'. La Scienza



La professoressa Jean Watson



del *Caring* è fuori dai concetti standard delle moderne scienze occidentali, perché include un profondo concetto di Caritas, che significa avvicinarsi agli altri, conoscerli, confrontarsi e, attraverso loro, conoscere meglio se stessi. È nel contatto con l'altro che la teoria diviene pratica, perché non dobbiamo mai dimenticare che, dietro una diagnosi, c'è una persona. Comprendere l'altro significa, al contempo, maturare se stessi, crescere. L'uomo è tutt'uno con gli altri e con l'universo che lo circonda: un flusso dinamico di cui fanno parte infermieri e pazienti. Ogni giorno, gli infermieri entrano in contatto con i sentimenti di altri, con le loro paure, il loro dolore: in pratica, portano su di sé le ferite dell'umanità. Non è sbagliato dire che, sul luogo di lavoro, noi portiamo *caring e caritas*, che il nostro fare quotidiano consta di interconnessioni fra gli uomini e di interconnessioni fra uomini e l'universo intero. I milioni di infermieri che sono accanto alla gente che soffre nel mondo,

ne toccano la vita. È indispensabile avere ben chiaro che, se riusciamo a essere davvero presenti nella vita del malato, lo

aiutiamo anche nel processo di guarigione. Se siamo presi da altro, se siamo distratti, non aiutiamo nessuno. La nostra



Jean Watson e il professor J. Giovannoni

professione, pur appena centenaria, ha fatto passi da gigante, ma deve crescere anche a livello di comunità, perché deve

credere nel suo potenziale. Deve credere di apportare un beneficio a tutti".

Pausa pranzo e una tavola rotonda, mo-

derata da *Gabriele Giacomelli* e Maurizio Zega, per ascoltare: **Giuliana Masera**, docente Discipline Demo-etnoantropologiche presso l'Università degli Studi di Parma, responsabile della Casa della Salute Bettola (Piacenza) con: "Parole e Gestì di cura"; **Mara Pellizzari**, della Direzione Struttura Complessa Servizio Aziendale Professioni Sanitarie AAS2, Bassa friulana Isontina con: "Caring Science: il Progetto Friulano" e **Flavio Paoletti**, Direttore della SC Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione ed Attività Sociosanitarie con: "Take Care: un racconto per immagini".

Conclusioni affidate alla Presidente Pulimeno, anche responsabile scientifica dell'evento, assieme a **Lucia Zaino**, Direttore delle attività didattiche professionalizzanti del CdL in Infermieristica.



PROGETTI IN CORSO

EBP e pratica clinica Fantasia o realtà?

Allo scopo di migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica. E per promuovere l'acquisizione di competenze in *Evidence Best Practice* (Ebp); stimolare i professionisti sanitari a utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica; supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo; fornire strumenti metodologici che promuovano il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica dei principi e delle procedure dell'Ebp. Per tutti questi motivi, l'Opi di Roma e il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) ha organizzato l'evento itinerante: "EBP e pratica clinica: fantasia o realtà?".

La prima edizione si è svolta il 20 ottobre a Roma, alla Fondazione Policlinico A. Gemelli, presso la sede del CdL in Infermieristica; la seconda si terrà il 17 novembre, a Civitavecchia, presso l'Asl Roma 4, sempre nell'aula del CdL in Infermieristica.

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

L'importanza dell'influenza dei fattori umani sulla produzione e sul trasferimento delle conoscenze scientifiche ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di "professionisti intermediari", infermieri clinici presenti nei propri *setting* di lavoro. Tali figure rappresentano un importante riferimento professionale per i colleghi, poichè capaci di veicolare le conoscenze al gruppo di pari e di applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica quotidiana.

Le revisioni sistematiche e i *clinical audit* rappresentano importanti strumenti metodologici per migliorare l'efficacia e l'appropriatezza nella pratica clinico-assistenziale e dare avvio a processi di cambiamento della *clinical governance*.

Questi due appuntamenti voluti dall'Opi di Roma sono solo i primi di una serie di "giornate formative itineranti" che coinvolgano professionisti di diverse strutture sanitarie, allo scopo di diffondere la cultura dell'Ebp nella pratica infermieristica quotidiana.

Organizzate entrambe in due sessioni (mattutina e pomeridiana), le giornate hanno avuto il medesimo programma, con una prima parte dedicata alla revisione della letteratura (moderatori: il vicepresidente Opi di Roma, Stefano Casciato, e la consigliera Natascia Mazzitelli) e una seconda su: "L'Audit nella pratica clinica" (moderatori: le consigliere, Claudia Lorenzetti e Cinzia Puleio).

Il contributo della formazione infermieristica per la promozione della cultura della salute

Il 28 settembre, al teatro Olimpico, si è svolto l'evento formativo gratuito per studenti ed iscritti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma in seno a Sanit, nota kermesse dedicata alla salute e al benessere nella quale gli infermieri capitolini hanno sempre giocato un ruolo da protagonisti.

La particolarità di questa edizione 2018 è stata rappresentata dalla volontà dell'Ordine di riunire attorno ad un tavolo i quattro grandi poli universitari romani, per favorire uno scambio di informazioni, esperienze e competenze rispetto all'attuale contributo della formazione infermieristica in tema di promozione della cultura della salute.

Ad aprire la giornata, davanti a un'affollata platea di giovanissimi, c'erano, infat-

ti, con la presidente **Ausilia Pulimeno**; **Marco di Muzio**, ricercatore in Scienze Infermieristiche dell'università La Sapienza; **Elena Cristofori**, tutor didattico del CdL in Infermieristica all'Università Cattolica del Sacro Cuore; **Daniela Tartaglino**, professore associato in Scienze Infermieristiche al Campus Bio-Medico e **Ercole Vellone**, ricercatore universitario di Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche all'università di Tor Vergata.

Tra i saluti istituzionali, quello del consigliere regionale **Paolo Ciani** (Centro Solidale), vicepresidente della commissione Salute alla Pisana.

Una giornata di formazione, quindi, quella voluta dall'OPI Roma, per presentare alcune delle esperienze di ricerca più si-

gnificative condotte all'interno dei corsi di Laurea, Laurea Magistrale e Dottorato di Ricerca di Scienze Infermieristiche delle quattro università del territorio regionale.

Ricerche che, a vari livelli, concorrono alla produzione di evidenze scientifiche applicabili nella pratica clinico-organizzativa dei diversi *setting* assistenziali, per migliorare i risultati di salute per il cittadino e la qualità del lavoro degli stessi professionisti.

Per l'occasione, gli studenti sono stati i veri protagonisti, presentando alcune delle ricerche ritenute di spiccato interesse professionale: quelle che potranno incidere sul cambiamento del Sistema Sanitario Nazionale, a sostegno di un'assistenza infermieristica più attenta all'ef-



ficacia e all'appropriatezza delle cure.

La prima sessione, moderata da: **Barbara Raffaele**, **M. Francesca Boccolini** e **Pasquale Varriale**, è stata dedicata all': "Accesso alle cure, quale contributo infermieristico".

Il primo intervento: "Il senso di casa: Percezioni e aspettative degli anziani riguardo le strutture residenziali" è stato a cura di **Stefania Abbondanza**. Quindi, nell'ordine: "La presa in carico del paziente nel fine vita: Infermiere come advocate, supporter e information broker", di **Giulia De Fortunato**; "Nursing transculturale: l'assistenza infermieristica al paziente straniero e le problematiche ad essa correlate" di **Ilaria Volpe**; "Progettazione di un intervento di promozione della salute rivolto alla popolazione del distretto sanitario 2 della ASL/Roma 6" di **Laura Orsolini**; "Vaccine hesitancy: il ruolo dell'infermiere nelle scelte vaccinali" di **Federica Faiulo**.

La consueta discussione con i partecipanti ha tirato le somme di questa prima



L'intervento del vicepresidente della commissione Salute del Lazio, Ciani

parte. Prima di entrare nel vivo della seconda sessione dedicata all': "Aderenza ai regimi terapeutici", moderata da: **Rossella Ambrosca**, **Laura Iacorossi** e **Andrea Zucaro**.

"La percezione della macchina per emodialisi nei pazienti con insufficienza renale cronica terminale: indagine qualitativa" di **Alessio Bertini** è stato il primo intervento in mattinata; poi: l'"Educazione terapeutica nei pazienti oncologici in trattamento con antineoplastici orali: tra-

duzione italiana del Moatt" a cura di **Rosaria De Domenico**; "Studio di validazione di un questionario sulla percezione delle informazioni ricevute alla dimissione dei pazienti anziani con patologia cronica" di **Barbara Riente**; "Diritto alla salute e accessibilità alle cure per le persone senza fissa dimora. Revisione della letteratura e individuazione di strategie infermieristiche per migliorarne le condizioni di vita" di **Francesco Barucchi**; "Per un'etiologia dell'errore da terapia: fattori umani e organizzativi" di **Emanuele Di Simone** e **Noemi Giannetta**; "L'utilizzo della 'Theory of planned behaviour' nella prevenzione dell'errore da terapia" di **Elena Caldarola** e, infine, "Il ruolo del care manager nel difficile percorso di sospensione della terapia immunosoppressiva post trapianto di fegato" di **Ludovica Pagliara**.

La discussione con i partecipanti ha chiuso la prima parte dell'evento.

Terza sessione, nel pomeriggio, per parlare di: "La comunicazione efficace nei contesti cura", moderata da: **Antonio Garofalo**, **Noemi Giannetta** e **Carla Russo**. Prima sul palco, **Miriam Casali** con: "Valutazione del dolore



Stand Opi Roma al Villaggio della Salute



nei soggetti affetti da Morbo di Parkinson”; quindi: **Francesca Gambalunga** con: “Studio osservazionale sulla comunicazione delle bad news in ambito Oncologico”; **Luca Savoca** con: “La relazione tra empatia e regolazione emotiva nella professione infermieristica”; **Stefan Andrea Iuliana** con: “Educazione del paziente: un’analisi quali-quantitativa del materiale informativo sanitario”; **Valeria Di Giuseppe** con: “Giocare con le parole: come scegliere una comunicazione efficace”; **Micol Mattei e Carla Russo** con: “Uso dello smartphone da parte degli infermieri durante l’attività assistenziale: comunicazione efficace o distrazione?”; **Federica Caruso** con: “Comunità sorda e assistenza infermieristica: barriere linguistiche e strategie comunicative”; **Sharon Scozzari** con: “Peer education nel primo soccorso: progetto educativo rivolto agli studenti della scuola media inferiore” e **Francesca Molinari** con: “Educare alla salute: il ruolo dell’infermiere nella promozione della sicurezza alimentare nei bambini”. Consueto dibattito finale con i partecipanti e conclusione dei lavori. L’edizione 2018 di Sanit è poi proseguita, il giorno successivo, con incontri tarati sulla salute del cuore, tema protagonista della kermesse.

“Tropo spesso dimentichiamo di proteggere la salute del nostro cuore, specie quando è sottoposto a stress psicofisico - ha detto il professor Francesco Fedele, direttore DAI-Malattie Cardiovascolari e Respiratorie presso il Policlinico ‘Umberto I’ di Roma e presidente dell’Istituto nazionale per le Ricerche Cardiovascolari, della direzione scientifica della CardioRace -. Ansia, stress, fumo, dieta errata, consumo di alcolici, sono fattori di rischio in crescita, in particolare fra i giovani”.

In occasione della IV edizione della Car-

dio Race, e in concomitanza con la Giornata Mondiale del Cuore, infatti, (Ponte della Musica) è stato allestito il villaggio del benessere presso Piazza Gentile da Fabriano, con controlli gratuiti del cuore, elettrocardiogramma e ecoscopia. L’Opi di Roma ha animato uno degli stand più frequentati della manifestazione.

La Cardio Race si è divisa in gare podistiche competitive e non competitive aperte a tutti.

FOTO DI: @Fotoincorsa - @Stefania Colella



Premiati in Italia, apprezzati all'estero Ma gli organici restano ancora in rosso

Sempre meno gli infermieri in Italia, sempre più quelli italiani richiesti all'estero; liste d'attesa lunghissime ma anche eccellenze di livello mondiale; l'escalation di violenza ai danni degli operatori sanitari e la politica che finalmente corre ai ripari.

Va in archivio così un'estate a doppia faccia per la professione, tra i problemi di sempre, le nuove emergenze e gli importanti progressi conseguiti sul piano scientifico.

La stagione si apre con quella che i media definiscono "rivoluzione dei codici".

CORRIERE DELLA SERA Il *Corriere della Sera* (4/6/18) titola "Svolta al pronto soccorso: invece dei 4 codici colorati una scala di 5 numeri". Si legge: "C'è molto più del semplice cambiamento di colore nella rivoluzione dei codici appena avviata dal Lazio nel pronto soccorso e destinata poi a coinvolgere tutti gli ospedali italiani. Il Lazio è l'unica Regione ad aver fatto precedere la «riforma» da una sperimentazione tra gli operatori ed ora è pronta al via. Si comincia a gennaio. Lo scopo del nuovo modello, impostato anche da Toscana e Friuli-Venezia Giulia, è accorciare le attese e restringere il margine di errore. Si passa dai tradizionali quattro colori di priorità (rosso, giallo, verde e bianco) a cinque numeri".

I giornali riscoprono un paradosso tutto italiano: organici infermieristici decimati in patria, professionisti ricercatissimi all'estero.

Il *Corriere della Sera* (5/6/18) scrive: "Sanità, oltre 800 offerte in Europa". E spiega: "Sotto la lente ci sono medici, infermieri, fisioterapisti e logopedisti. Il numero di richieste più consistente arriva dalla Gran Bretagna. Le ricerche sono condotte dalla divisione Sanità dell'Agenzia per il lavoro Orienta, che già nel 2017 ha collocato 200 giovani italiani nel Regno Unito. Ora, entro il 2018, vuole reperire ulteriori 200 infermieri da inviare Oltremarina".



Anche *Avvenire* (7/6/18) affronta il tema: "Germania con pochi medici e infermieri. Ora li cerca in Italia". Nell'articolo si legge: "La Germania cerca medici specialisti, infermieri e soprattutto ostetriche. E da un paio d'anni ha avviato una vera e propria campagna acquisti in Italia. L'allarme è stato lanciato dal principale quotidiano economico tedesco Handelsblatt. Il governo federale sta cercando di correre ai ripari, proponendo concorsi anche per personale straniero. La Germania nell'ultimo anno ha registrato un inatteso record di nascite che ha fatto venire alla luce un altro problema del si-

stema sanitario: la carenza ormai cronica di ostetriche e levatrici".

Intanto, gli italiani sono costretti a spendere sempre di più per curarsi, mentre i conti del sistema sanitario nazionale non torna-

Italia Oggi no. Se ne occupa il quotidiano economico *Italia Oggi* (8/6/18) che titola: "Sanità, uno spreco da 24 miliardi". Il servizio spiega: "Il rapporto sulla sanità realizzato dalla fondazione Gimbe stima che la spesa sanitaria sia ammontata (nel 2016) a 157,5 miliardi di euro, di cui 112,1 miliardi di spesa pubblica e 45,4 miliardi di spesa privata che a sua volta si può suddividere in 5,6 miliardi di spesa intermediata da mutue e assicurazioni e 39,8 miliardi di spesa interamente a carico delle famiglie. Insomma, la salute è la più grossa industria del Paese. Sarebbe quindi opportuno farla funzionare al meglio".

Numeri che fanno riflettere, come quelli per la prima volta "in verde" delle liste d'attesa a Roma e nel Lazio. *La Repubblica* (8/6/18) titola "Sanità online, liste più brevi". "«Dopo tanto tempo c'è una prima importante inversione di tendenza: rispetto al 2015 si passa dal 50% delle erogazioni nel rispetto dei tempi, all'80% del 2018» - scrive il quotidiano citando le parole del presidente Zingaretti - Ma cosa è successo? È successo che nel 2016 le erogazioni dei servizi sanitari nel rispetto dei tempi è stato del 62,2% e del 70% nel 2017 «a dimostrazione dei miglioramenti costanti di questi anni». L'obiettivo ora è quello di raggiungere nel 2019 il 90% dei tempi per i primi accessi sulle prestazioni critiche".

Tuttavia, la sanità romana continua a essere in grande affanno.

IL TEMPO Una feroce notizia arriva da *Il Tempo* (20/6/18) che titola: "L'Ime licenzia i suoi 42 dipendenti". Si legge: "Due anni e mezzo dopo la solenne assicurazione di un immediato «trapianto» in un altro ospedale, l'ormai disciolto Istituto Mediterraneo di Ematologia ha invece licenziato i suoi 42 dipendenti. Lo smembramento era stato avviato dopo ben 400 trapianti realizzati a Roma in 11 anni. Fino a quando, nel gennaio 2016, è stato deliberato lo scioglimento della Fondazione Ime a causa dello sfratto intimato dal Policlinico Tor Vergata per una morosità di 7 milioni e mezzo di euro". Una pagina gloriosa dell'eccellenza sanitaria romana che si chiude.

Della crisi di un'altra storica struttura della sanità romana si occupa *Il Corriere della Sera* (24/6/18) con il

servizio intitolato "Idi, il top manager si taglia lo stipendio e premia medici, infermieri e ricercatori". Si legge: "Lo ha annunciato in una lettera inviata a tutti i dipendenti il presidente della «Fondazione Idi - Luigi Maria Monti», l'avvocato Antonio Maria Leozappa, da un anno a capo dell'Istituto specializzato in dermatologia (di proprietà del Vaticano). Il manager ha istituito un premio in denaro tagliando di 10.000 euro il proprio compenso annuale per destinare la cifra ai vincitori di un «riconoscimento» che dovrà essere espresso con un voto di chi lavora e opera all'Idi, ma aperto anche ai pazienti che vengono curati nell'ospedale". Il Lazio in uscita dal lungo tunnel della crisi? La speranza viene

CORRIERE DELLA SERA rilanciata da **Il Corriere della Sera** (28/6/18) che titola: "Cinquemila assunzioni di medici e infermieri". L'articolo spiega: "Cinquemila assunzioni di medici, infermieri e operatori sanitari in cinque anni. Ma soprattutto sblocco del turn over, che per anni ha paralizzato tutto il settore, e immissione di forza lavoro giovane. Nella Regione Lazio infatti il 35% dei lavoratori della sanità ha superato i 54 anni di età, il che si traduce in una manciata di anni dalla pensione. «Asl e ospedali del Lazio hanno bisogno di nuovi concorsi - ha spiegato Alessio D'Amato, assessore regionale alla Sanità - per far entrare nuove leve di giovani e dare forma così ad una nuova generazione di professionisti». Questa rivoluzione passa per una legge, approvata ieri in Consiglio (la numero 30 del 16 maggio 2018 concernente Disposizioni in materia di vigenza delle graduatorie delle aziende ed enti di servizio sanitario regionale)".

L'estate è ormai inoltrata, ma le liste d'attesa non vanno in ferie, anzi. Lo denuncia **Il Tempo** (5/7/18) che titola: "Devi fare la Tac? Torna l'anno prossimo". "Il centralino regionale per le prenotazioni degli appuntamenti sanitari è in difficoltà nel fissare nuove date in agenda, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni cosiddette "differibili", ossia non urgenti, anche se altrettanto importanti, soprattutto per la prevenzione - si legge nell'articolo - Gli ultimi dati resi noti indicano, nell'Asl Roma 2, fino a 10 mesi di fila sia per la Tac del capo (309 giorni, 315 invece a Latina) che per quella del massiccio facciale (304 giorni, ma a Rieti sono 356). Questa la situazione almeno fino al marzo scorso. Perché, da allora, la Regione Lazio ha predisposto un nuovo sistema di rilevazione dei tempi di attesa".

Sanità romana impantanata nei problemi di sempre ma anche capace di stupire il mondo con le sue eccellenze. **Il Corriere della Sera** (5/07/2018) annuncia: "Un «naso» romano scopre i tumori". E spiega: "Un naso elettronico in grado di riconoscere la presenza di tumori nell'organismo semplicemente analizzando il respiro del paziente. È tutto made in Italy, più precisamente made in Rome, l'apparecchio che tra pochi giorni farà il suo ingresso nei laboratori del «Memorial Sloan Kettering» di New York per essere testato sui degenti americani. Il prestigioso centro di ricerca e cura oncologica sta-

tunitense a partire da questo mese inaugurerà, infatti, la sperimentazione del dispositivo brevettato dall'Università Campus

Il Messaggero Biomedico di Roma". **Il Messaggero** (12/7/18) fa il punto su un'altra straordinaria realtà capitolina: "Bambino Gesù, trapianti record e l'ospedale raddoppia gli spazi". Si legge: "L'annuncio è della presidente Mariella Enoc: gli spazi a disposizione per la ricerca e l'assistenza di eccellenza del Bambino Gesù non sono sufficienti, parte l'operazione per ampliare l'ospedale pediatrico. «Aprirà a gennaio, a Villa Luisa, il primo hospice pediatrico del Centro Sud. Nei prossimi anni, inoltre, ci sarà la realizzazione di un grande polo ospedaliero in via di Villa Pamphili che raddoppierà la superficie della sede del Gianicolo dell'ospedale pediatrico».

Eccellenze della sanità romana come l'ematologo Franco Mandelli. La sua morte genera cordoglio in tutto il mondo scientifico. **Il Messaggero** (16/7/18) titola "Addio all'ematologo Franco Mandelli, una vita in trincea contro la leucemia". Il quotidiano romano lo ricorda così: "Testardo, autorevole nel comandare, ostinato a superare tutti gli ostacoli. Non di rado burbero e tagliente. Tenero, pacato e capace di ascoltare quando era davanti al paziente. Che fosse un adulto o un bambino. Franco Mandelli, 87 anni bergamasco maestro dell'ematologia moderna, riusciva ad essere ostico e assolutamente amorevole nella sua vita. È scomparso ieri in una Roma afosa e deserta. L'annuncio della morte su Facebook. A darlo i "suoi" volontari, quasi 25 mila, della "sua" Ail".

Un'altra estate all'insegna della violenza contro gli operatori sanitari. Quella delle aggressioni nei pronto soccorso, nei reparti e negli ambulatori ha ormai i tratti di una vera emergenza e finalmente i giornali, ma anche le istituzioni, se ne accorgono. **Il Tempo** (23/7/18) titola: "Ospedali come ring: 150 aggressioni". E spiega:

"Annus horribilis per gli operatori sanitari nel Lazio: sono stati 150, finora, i casi di aggressioni, soprattutto nei pronto soccorso, e la Regione corre ai ripari istituendo un Osservatorio per contrastare la violenza nelle strutture". Il caso è nazionale. **La**

la Repubblica **Repubblica** (2/8/18) intervista il neo ministro della Salute, Giulia Grillo. Il titolo è: "Caos pronto soccorso, subito poli alternativi". "Nei pronto soccorso non sono infrequenti aggressioni, insulti e pestaggi contro il personale curante. Cosa pensate di fare? - è la domanda - «La prossima settimana, insieme al ministro Bonafede, presenteremo un disegno di legge che affronta il problema sotto il profilo giudiziario». Ma in che direzione andrà? «Vogliamo far capire che le aggressioni al personale sanitario nell'esercizio delle sue funzioni presentano fattori di gravità tale da non poter essere ignorati. Questo fenomeno, che i dati dicono in aumento, non colpisce solo una determinata categoria lavorativa, fa venir meno la capacità di risposta di un servizio erogato per la comunità»".

IL TEMPO Se ne occupa anche **Il Tempo** (2/8/18)

con un titolo ad effetto: "Aggressioni in ospedale: «Ci vogliono i soldati»". Si legge: "I militari dell'operazione Strade Sicure contro le aggressioni a medici e infermieri nei pronto soccorso degli ospedali e nei presidi medici, dove si assiste ad un'escalation di violenze contro gli operatori sanitari. È la proposta del ministro Grillo a Salvini e Trenta. Il ministro ha infatti inviato richiesta ai colleghi per «rimodulare piano utilizzo contingente (...)



) affinché sia impiegato anche per la sicurezza e il controllo dei presidi sanitari e ospedalieri». **Quotidiano Nazionale** (5/8/18) titola: "Polizia in ospedale e pene più severe". "Il disegno di legge contro le violenze negli ospedali sarà all'esame del prossimo Consiglio dei ministri - riferisce il servizio - La ministra della Salute, Giulia Grillo, lo ha annunciato ieri, a 24 ore dall'ennesimo caso di violenza: ancora una volta protagonista un medico che al San Giovanni di Dio di Crotone è stato picchiato dai parenti a cui aveva appena comunicato il decesso del proprio caro".

Il Messaggero

"Via libera ai militari negli ospedali" gli fa eco **Il Messaggero** (9/8/18) che spiega: "Il Consiglio dei ministri ha approvato il ddl del ministro della Salute Giulia Grillo che introduce un'aggravante per l'aggressione al personale sanitario durante l'esercizio delle funzioni. Nell'articolo 61 del codice penale si preciserà che l'aggravante riguarderà la violenza ma anche solo la minaccia a medici e infermieri. Istituito anche un osservatorio anti-violenza. «È un primo passo, primo ma fondamentale. Un provvedimento che vuole essere un segnale forte per tutti i dipendenti del Ssn - afferma il ministro Grillo - lavoratori impegnati giorno e notte nell'assistenza dei cittadini, che non possono rischiare la propria incolumità in condizioni spesso di grande difficoltà. Faremo di tutto per proteggere chi si prende cura di noi con tanto sacrificio»".

la Repubblica

La Repubblica (10/8/18) riferisce di quanto sta accadendo nella vicina Toscana: "Metal detector all'ingresso dei pronto soccorso per bloccare l'ingresso a ubriachi e a persone moleste - scrive - Pulsanti di allarme al desk accoglienza come nelle banche, telecamere a circuito chiuso e luci al led per illuminare le zone più nascoste. Gli ospedali della Toscana si preparano a trasformarsi in fortini anti aggressione. Dopo i ripetuti attacchi a medici e infermieri da parte di ubriachi o persone sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, la Regione mette a punto un 'pacchetto sicurezza' per proteggere gli operatori sanitari che, ogni notte, si presentano a lavoro ma si ritrovano in trincea".

Il Ferragosto è segnato dall'immane tragedia del ponte Morandi. Una sciagura per la quale la nostra comunità professionale paga un tributo altissimo.

AssoCareNews.it

Il sito **assocarenews.it** (15/8/18) titola: "Infermiera muore dopo crollo ponte a Genova: addio a Marta Danisi". "Marta Danisi aveva 29 anni ed era diventata infermiera da pochi anni - ricorda la redazione del sito web - Ora non c'è più, travolta dal crollo del ponte Morandi a Genova. Infermieri impegnati da oltre 24 ore nei soc-

corsi e nel tentativo di salvare vite, ma anche infermieri colpiti direttamente al cuore per la morte di una giovane collega".

Intanto, come ogni estate, la grave carenza di infermieri nelle strutture sanitarie pubbliche e private richiama l'attenzione dei media.

IL TEMPO

Il Tempo (7/9/18) tira le somme e titola: "Nel Lazio in 7 anni perso un infermiere al giorno". Nel servizio si legge: "Il Lazio negli ultimi 7 anni ha perduto un infermiere al giorno. E ora ne servirebbero 5.835 per riuscire a coprire tutte le esigenze di ospedali, distretti e poliambulatori, dove ogni infermiere è chiamato a far fronte a una media di 16 pazienti contro gli 11 del resto d'Italia. Ma l'emergenza ormai è nazionale: «Mancano oltre 50 mila infermieri in tutta Italia - denuncia la Federazione nazionale delle professioni infermieristiche (Fnopi) - Rischio servizi in calo e mortalità in aumento»".



Anche **Avvenire** (18/9/18) accende i riflettori sull'emergenza: "In Italia mancano infermieri. Sono 53.000 in meno, è allarme". "In Italia mancano almeno 53.000 infermieri e chi presta servizio si trova ad assistere in media contemporaneamente 11 pazienti, decisamente troppi per poter dedicare a ogni malato il giusto tempo e le dovute attenzioni - spiega l'articolo - La carenza riflette la salute dei sistemi sanitari regionali e arriva a 8.937 infermieri in meno solo in Campania, regione altamente popolata, in cui chi è in servizio assiste in media 17 malati. A rivelarlo è un'analisi del Centro studi della Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri (Fnopi) sui dati del Conto annuale 2016 del ministero dell'Economia".

Desta grande clamore mediatico il primo trapianto di viso eseguito in Italia, al policlinico Sant'Andrea di Roma. I giornali se ne occupano diffusamente.

Libero

Libero (23/09/2018) titola: "Primo trapianto di viso. La donatrice è una 21enne vittima di incidente". **Il Messaggero** (23/9/18): "Sant'Andrea, nuovo viso per una donna. È il primo trapianto di faccia in Italia".

Il Messaggero

Il Corriere della Sera (23/9/18): "Primo trapianto di faccia su una donna italiana". **Il Tempo** (23/9/18): "Primo trapianto di faccia in Italia al Sant'Andrea".

CORRIERE DELLA SERA

IL TEMPO

Nella formidabile équipe che ha eseguito il complesso intervento anche un gruppo di infermieri strumentisti ai quali è andato il pubblico plauso dell'**Opi di Roma** (23/9/18). Nel comunicato diramato agli organi d'informazione si legge: "Ai nostri colleghi impegnati in questa coraggiosa impresa professionale rappresentiamo la nostra ammirazione e il nostro orgoglio - dice la presidente dell'OPI di Roma Lia Pulimeno - Un esempio concreto e illuminante di quanto l'eccellenza infermieristica sia oggi determinante per il progresso scientifico". Quotidiani, tv, radio e web continuano a seguire il caso anche nei giorni seguenti, quando si rende necessario un





La professoressa Rosaria Alvaro riceve il Premio nazionale Bonifacio VIII

secondo intervento per il rigetto del primo tessuto trapiantato.

La comunità infermieristica guadagna la ribalta mediatica anche con altri esempi professionali, come quello della professoressa Rosaria Alvaro.



Il sito della **Federazione fnopi.it** (24/9/18) titola: "A Rosa-

ria Alvaro, prima infermiera in Italia, il Premio nazionale Bonifacio VIII, dell'Accademia Bonifaciana di Anagni". Si legge: *"La professoressa Rosaria Alvaro, ordinario Scienze Infermieristiche dell'Università degli studi di 'Tor Vergata', prima infermiera in Italia, è stata insignita del Premio Nazionale Bonifacio VIII, dell'Accademia Bonifaciana di Anagni, per il suo contributo alla ricerca scientifica, fornito all'Infermieristica e portato ai massimi livelli dalla stessa, con impegno costante ed esemplare abnegazione"*.



IMPORTANTE

In applicazione della legge n. 3/2018, a far data dal 1 luglio 2018, l'albo provinciale di Roma degli Assistenti Sanitari è trasferito dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) all'Ordine dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM-PSTRP).

Di conseguenza, da quella data, tutte le richieste degli Assistenti Sanitari relative all'Albo (iscrizioni, cancellazioni, trasferimenti) devono essere presentate all'Ordine TSRM-PSTRP di Roma (roma@pec.tsrp.org).

Il Cecri tra gli affiliati del *Joanna Briggs Institute*

Ancora un importante riconoscimento per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) dell'Opi di Roma.

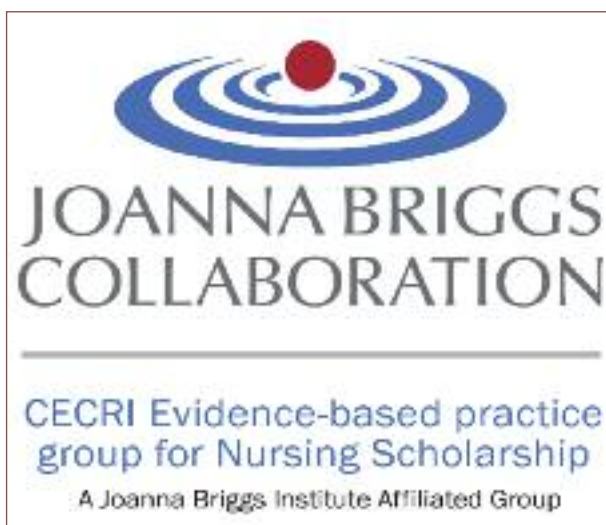
Il Centro, infatti, è entrato a far parte, unico in Italia, tra i gruppi di ricerca affiliati al prestigioso *Joanna Briggs Institute* (JBI), storica organizzazione internazionale di ricerca e sviluppo, che collabora con quasi 100 Centri/gruppi nel mondo.

Nata nel 1996 per opera dell'University of Adelaide e del Royal Adelaide Hospital, la sua banca-dati *full-text*, che offre agli operatori sanitari informazioni e strumenti aggiornati e accreditati per implementare le pratiche cliniche basate sull'evidenza, raccoglie revisioni sistematiche e protocolli redatti secondo la metodologia JBI.

Il modello di pratica dell'*evidence-based* del JBI è riconosciuto come standard globale di eccellenza nel settore delle professioni sanitarie; contiene raccomandazioni di buona pratica, revisioni sistematiche, informazioni per i pazienti.

Ecco l'annuncio ufficiale diramato attraverso la newsletter di luglio del JBI: "*CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship - A Joanna Briggs Institute Affiliated Group Rome, Italy is convened by Stefano Casciato, Vice President Opi Rome Nursing Board. The Centre of Excellence for Nursing Scholarship (CECRI), established in 2009, is endorsed by the IPA-SVI Nursing Board of Rome. CECRI is a unique project for Italy, and one of the first to be established in Europe. The Group's*

areas of interest are self-care in chronic diseases; ageing processes; clinical areas such as wound management, ostomies, haemodialysis; and ethical issues linked to the nursing profession". Anche la CGFNS International (conosciuta anche come Commissione sui laureati delle scuole straniere di Infermieristica) si sta interessando al Cecri, ed è lecito credere che, dopo quello del Joanna Briggs Institute, presto arriverà anche il suo accreditamento, di cui daremo conto nel prossimo numero.



L'EVENTO

Il Cecri di Roma al XX incontro annuale *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

A Roma, dal 12 al 14 settembre, si è svolta la conferenza annuale dell'*European Pressure Ulcer Advisory Panel* (Epuap).

Quest'anno, il tema principale è stato: il lavoro di squadra interdisciplinare e delle innovazioni tecnologiche come approccio vincente nella gestione delle ulcere da pressione.

All'evento hanno partecipato relatori di rilevanza internazionale e partecipanti da tutto il mondo impegnati in prima linea nella *care* dei pazienti portatori di lesioni da pressione (ldp).

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) è stato presente attraverso la presentazione di due lavori, selezionati come *abstract* e presentati come poster: "*Fostering pressure injury prevention: the role of Clinical Nurse Leaders*" e "*Center of Excellence for Nursing Scholarship: five years experience with pressure ulcer prevention*".

Entrambi i lavori hanno mostrato ai presenti i risultati dell'attività che i membri del 4 Polo della Pratica Clinica del Cecri stanno portando avanti da diversi anni con i progetti di Audit Clinici e di implementazione della Pratica Clinica basata sulle Evidenze nell'ambito della prevenzione delle ldp.

Stop di Fnopi e Ordini provinciali all'uso improprio dei social network

Condotte inopportune degli Infermieri sui social? Altolà della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche. I 102 presidenti degli Ordini provinciali riuniti nel Consiglio nazionale a Milano il 13 ottobre scorso hanno sottoscritto un documento sulla condotta dei propri iscritti sui social.

Guai all'infermiere che qualificandosi tale agisce sui social e sul web, magari creando anche un profilo fake, mancando di decoro, di rispetto, usando turpiloquio, rinunciando a ogni possibilità di confronto costruttivo e sereno, parlando senza cognizione di causa sia in merito a evidenze scientifiche sia in merito a una consapevolezza ragionata dei fenomeni di cui discute: Federazione e Ordini provinciali interverranno sul piano disciplinare.

La scelta di un posizionamento ufficiale che preveda maggior rigore nei confronti di chi utilizza i social qualificandosi come infermiere minando l'immagine di tutta la comunità professionale che ne esce mortificata sul piano etico, deontologico, culturale e frenando la credibilità politica istituzionale delle rappresentanze nei confronti della società civile, politica, professionale, nasce dai troppi casi in cui ultimamente una compattezza professionale avrebbe potuto ottenere vantaggio dalla comunicazione social mentre l'atteggiamento e l'uso improprio di alcuni sono diventati vetrina di una minoranza professionale livorosa, aggressiva e violenta che danneggia tutti.

La FNOPI e tutti gli Ordini provinciali ritengono quindi indispensabile dotarsi di una policy (o anche di condividere una netiquette – la buona educazione in rete – con i propri utenti) per poter moderare in modo corretto e trasparente le discussioni generate dai post pubblicati e comprendere che non tutti i contenuti sono adatti a Facebook: le immagini possono trovare spazio su Instagram, i video su Youtube, i posizionamenti istituzionali su Twitter, gli approfondimenti e i documenti ufficiali sul sito istituzionale e così via.

Cinque i passaggi mutuati dal Codice Deontologico vigente da ri-

spettare se ci si qualifica come infermiere su ogni piattaforma comunicativa:

- 1) tenere conto dei valori etici, religiosi e culturali, del genere e delle condizioni sociali della persona;
- 2) impegnarsi a cercare il dialogo, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche;
- 3) perseguire uno spirito di collaborazione e confronto con i colleghi o con altri professionisti sanitari e non;
- 4) riconoscere e valorizzare lo specifico apporto degli altri attori che operano nell'equipe;
- 5) tutelare il decoro personale e il proprio nome e salvaguardare il prestigio della professione.

“Se i mezzi di comunicazione oggi ci hanno dato libertà di parola su ogni argomento e in ogni contesto – sottolinea nel documento la FNOPI – questo non significa che tale libertà sia esente da conseguenze anche disciplinari”.

Per questo Federazione e Ordini hanno deciso di agire. Ogni comportamento che leda la professione e l'immagine dei professionisti attraverso i social sarà punito: la rappresentanza professionale si impegna a essere guida ed esempio per un buon uso dei social.



Pulimeno risponde alla Fiaso: "Sono gli infermieri l'unico futuro possibile dell'assistenza pubblica"

Ausilia Pulimeno, presidente dell'Ordine degli Infermieri di Roma, e vicepresidente della Federazione nazionale degli Ordini degli Infermieri (Fnopi), intervenuta alla tavola rotonda organizzata dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (Fiaso) sull'evoluzione professionale e lo sviluppo organizzativo del Ssn, ha commentato la pubblicazione dei risultati di uno studio voluto dalla Fiaso sulle future carenze nelle specialità mediche, e le possibili soluzioni che la Federazione dei direttori generali ha disegnato.

La Fiaso rappresenta, presso le istituzioni, i *decision maker* e i media il maggior numero delle Aziende sanitarie e ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del territorio nazionale. Valorizza la partecipazione e la collaborazione attiva delle componenti associative mediante il lavoro di gruppo e il coinvolgimento diretto del management delle aziende.

Nell'occasione, la presidente Pulimeno ha detto: "Siamo d'accordo con lo sviluppo di alternative che vedano l'avanzamento del cosiddetto 'middle management' e della dirigenza del comparto. E di più quando, nel documento di posizionamento, si chiede chiaramente di valorizzare l'apporto infermieristico attraverso il pieno svolgimento delle nostre attività, la diffusione di reparti a gestione infermieristica e modelli di cure intermedie sempre a gestione infermieristica, le specializzazioni in ambito infermieristico". Ma: "Non siamo d'accordo - ha continuato - con una delle proposte che si orienta a prevedere nuovi modelli contrattuali per i medici che non accedono alle scuole di specializzazione, con percorsi protetti da sistemi di tutoraggio e formazione in Azienda. O ancora a inserire medici neo-laureati non specializzati per la gestione di pazienti post-acuti. Si sta forse



proponendo una sorta di abbassamento delle competenze mediche, utili a coprire nodi scoperti dell'assistenza? La gestione dei pazienti post acuti e molti altri ambiti assistenziali hanno già la soluzione che è quella individuata anche da FIASO: gli infermieri e l'infermieristica".

Secondo Ausilia Pulimeno, il sistema deve andare verso lo sviluppo delle competenze e mettere i professionisti in condizioni di saturarle e di esprimere tutte le loro potenzialità. "Infermieri specializzati con competenze avanzate che lavorano insieme a medici specializzati dediti al loro specifico disciplinare", ha concluso.

Non serve, dunque, creare nuove figure o nuove funzioni, ma solo investire sui professionisti che sono in grado già di ricoprire quelle funzioni, se messi in condizioni di farlo. "I medici - sottolinea ancora la vicepresidente Fnopi - devono essere valutati per il loro livello di specialità e la carenza di alcune figure è grave per la cura dei cittadini. Ma è altrettanto grave la carenza di infermieri e, come tutti sottolineano, c'è e ci sarà sempre maggiore richiesta di assistenza nel prossimo futuro. Sono i bisogni dei cittadini che devono orientare le scelte e far riflettere sulla tipologia di professionisti sanitari utili al sistema ed è di assistenza che si ha bisogno in modo prevalente, assistenza erogata da professionisti sempre più specializzati. È il sistema, i cittadini, le associazioni a chiedercelo".

"Sono anni che lo diciamo - conclude Pulimeno - : gli infermieri si dedicano all'assistenza e alla sua gestione perché i bisogni dei cittadini, l'aderenza alle terapie e l'appropriatezza della cura sia garantita da professionisti preparati e pronti a lavorare in équipe multidisciplinari. Sono loro che, anche a livello internazionale, dove già sono operativi, rappresentano l'unico futuro possibile della vera assistenza pubblica".



Aggressioni agli operatori sanitari Tante voci a confronto

Con un comunicato, l'Opi di Roma, ha voluto esprimere tutta la sua indignazione per un'altra aggressione avvenuta ai danni del personale sanitario. Nello specifico, a quello del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Tivoli: un evento che, si legge: *"non ha alcun tipo di attenuante"*. Violenza nei confronti di infermieri impegnati duramente a garantire un servizio indispensabile come quello dell'assistenza psichiatrica.

Durante un Trattamento sanitario obbligatorio, un paziente e un suo familiare hanno aggredito il personale e danneggiato i locali: tre colleghi sono rimasti feriti. *"Innanzitutto a loro va il pensiero solidale dell'Ordine e l'abbraccio corale di tutta la comunità infermieristica di Roma e della provincia"*, continua il comunicato. *"Sono loro l'ennesimo baluardo maltrattato di una professione sempre in prima linea e troppo spesso lasciata sola. I colleghi aggrediti a Tivoli hanno dovuto attendere l'arrivo di Carabinieri e Polizia per venire a capo della situazione, non potendo contare sul servizio d'ordine interno che, in casi del genere, non è tenuto a intervenire. Anche questo aspetto della vicenda ci lascia amareggiati e con un senso d'impotente solitudine"*.

Un'escalation di episodi di violenza che va fermata, prevenuta, scongiurata. Pazienti e operatori sono dalla stessa parte, alleati con quel "Patto Infermiere-Cittadino" che implica solidarietà e non certo violenza. Vale forse la pena di sottolineare che la tutela dei cittadini e della loro salute passa attraverso quella dei professionisti sanitari.

Quindi, diverse iniziative si sono susseguite in tutta la penisola, per parlare di questo tema. Il 13 settembre, a Bari, anche il Comitato Centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) è sceso in campo. Una manifestazione a cui sono intervenuti i rappresentanti delle Federazioni delle principali professioni sanitarie: in primis, **Barbara Mangiacavalli**, Presidente nazionale Fnopi.

Un incontro tra l'Ordine dei medici e l'Opi della città si è svolto pure a Latina, il 19 settembre.

Secondo un sondaggio a cui hanno risposto 5.000 professionisti sanitari, nell'ultimo anno, il 50% ha subito aggressioni verbali e il 4% è stato vittima di violenza fisica. Più del 56% di chi ha subito violenza ritiene che l'aggressione potesse essere prevista, anche se il 78% degli intervistati non sa se esistano o meno procedure aziendali per prevenire o gestire gli atti di violenza. Oltre il 38% degli operatori sanitari si sente "poco o per nulla



al sicuro" e più del 46% è "abbastanza o molto preoccupato di subire aggressioni".

Sull'argomento, il Ministro della Salute, **Giulia Grillo**, ha sempre mostrato una grande sensibilità, tanto da presentare già un disegno di legge per aumentare le pene nei confronti di quanti si rendono responsabili di tali atti di violenza.

Intanto, resiste l'Osservatorio sulla sicurezza degli operatori sanitari di cui fanno parte gli Ordini dei Medici e degli Infermieri che ha il compito di osservare e combattere il fenomeno.

Intanto, il primo ottobre scorso si è riunito nella sede della Regione Lazio per la prima volta l'Osservatorio sulla sicurezza degli operatori sanitari. Una struttura, fortemente richiesta dagli operatori, che ha l'obiettivo di esaminare e comprendere le dimensioni del fenomeno delle aggressioni al personale sanitario che negli ultimi mesi ha visto aumentare a livello nazionale il numero dei casi denunciati.

"Sono state esaminate tutte le segnalazioni del Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) in merito ai casi di aggressione denunciati", ha spiegato al termine della riunione l'Assessore alla Sanità, **Alessio D'Amato**. L'Osservatorio si riunirà con una frequenza quadrimestrale. Il documento elaborato ora verrà esaminato da tutti i componenti per eventuali modifiche o integrazioni per ottenere la maggior condivisione possibile con tutti i partecipanti al tavolo. È stata elaborata inoltre una campagna informativa multilingue per il contrasto del fenomeno con il seguente tema: 'aggre- dire un operatore sanitario è come aggredire se stessi'.

Per Opi Roma, presente la presidente **Ausilia Pulimeno**.

Tre infermieri entrano a far parte dei ruoli di ricerca all'Istituto superiore di Sanità

Tre infermieri entrano a far parte dei ruoli di ricerca all'Istituto superiore di Sanità. È la prima volta che accade.

Dal 1 agosto, infatti, con il completamento delle autorizzazioni degli Enti del Servizio sanitario nazionale a cui i tre sono stati richiesti, si sono completati i comandi di: **Fabio D'Agostino** (dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata di Roma), **Daniela D'Angelo** (in origine dell'Asl Roma 6) e **Laura Iacorossi** (dell'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena IRCSS-IFO di Roma).

A autorizzare i comandi dei tre nuovi ricercatori dell'ISS, sono stati i direttori generali delle strutture di provenienza, rispettivamente: Ilde Corio, Narciso Mostarda e Francesco Ripa di Meana. Primiano Iannone, responsabile del Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'Iss ha spiegato che: "Il loro ruolo sarà quello di verificare e validare gli standard di efficacia, efficienza, qualità e appropriatezza, per la professione infermieristica, attraverso la ricerca e l'analisi delle evidenze disponibili. Buone pratiche e linee-guida infermieristiche quindi, come la legge 24/2017 sulla responsabilità professionale dà mandato all'Iss".

Non si è fatto attendere il commento della presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Barbara Mangiacavalli: "È fondamentale, data la rilevanza che la nostra professione ha assunto nell'assistenza e nella verifica dell'appropriatezza delle cure, lo sviluppo di programmi di formazione infermieristica, ricerca, servizi e sistemi guidati da bisogni di salute, prove e priorità strategiche per le persone. Anche secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, adottare meccanismi e standard basati su prove per le migliori pratiche, che promuovono istruzione e ricerca infermieristica anche rispetto a una maggiore regolamentazione professionale efficace, sono requisiti indispensabili non solo per la professione, ma per i sistemi sanitari. Tra i nostri principali obiettivi – ha concluso – c'è sicuramente quello di rendere i percorsi di studio maggiormente aderenti ai bisogni di salute, ma, per farlo, è fondamentale investire nel nostro settore scientifico disciplinare, anche implementando la rete della ricerca infermieristica, per contribuire, attraverso lo sviluppo della scienza infermieristica, al sistema salute di tutto il Paese".



Maxi-emergenze, Opi Roma e realtà civile e militare a confronto

L'11 ottobre, alla Casa dell'Aviatore, OPI Roma, Centro di Eccellenza (Cecri), Cives Roma e diverse autorità militari si sono incontrati per l'evento dal titolo: "Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze: realtà civile e militare".

Un'occasione per fare il punto sulle soluzioni più appropriate, in termini di competenze infermieristiche, da intraprendere in caso di grandi eventi che coinvolgono centinaia di persone.

Ad accogliere gli ospiti, la presidente e il vicepresidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** e **Stefano Casciato**. Le Autorità militari intervenute sono state: Tenente Generale **Mario Alberto Germani**, Consigliere del Capo di Stato Maggiore della Difesa per la Sanità Militare Interforze; Maggiore Generale **Nicola Sebastiani**, Ispettore Generale della Sanità Militare; Brigadiere generale **Luigi D'Anna**, Comandante della Scuola di Sanità e Veterinaria dell'Esercito. Le maxi-emergenze sono eventi inattesi e improvvisi che determinano gravissimi danni alle popolazioni colpite, generando un numero di vittime che oltrepassa le capacità di risposta del sistema sanitario di riferimento territoriale. Per questo, sono si-



tuazioni che, ai sistemi di soccorso, richiedono modalità di intervento diverse da quelle utilizzate nell'ordinario. È necessaria un'accurata programmazione che definisca i compiti e le modalità d'intervento per ciascuna delle diverse componenti della catena dei soccorsi: quella sanitaria (costituita da personale del Servizio Sanitario Nazionale afferente sia alle strutture ospedaliere di riferimento che alle strutture di emergenza di ARES 118 e dagli Enti di Soccorso di volontariato) e quella costituita dalle Forze dell'Ordine e dalle Forze Armate (le forze Armate hanno un ruolo fondamentale: il servizio sanitario militare offre sostegno adeguato in situazioni di crisi, tanto in Patria quanto all'estero).

La giornata capitolina, divisa in due sessioni (la prima, sulla: "Sinergia civile e militare nelle maxi-emergenze", moderata dal vicepresidente OPI Roma, Casciato, e dalla segretaria OPI Roma, **Maria Grazia Proietti**, mentre la seconda, sulle: "Esperienze militari sul campo", moderata da **Francesco Campagna** dell'Università Tor Vergata e da **Giuseppe Esposito**, Revisore dei Conti OPI Roma) ha approfondito la gestione delle maxi-emergenze in ambito nazionale ed internazionale, sia attraverso le esperienze civili che militari, per implementare la sinergia tra Sanità Militare e Civile. Un incontro quanto mai utile per migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica e le procedure derivanti dall'*Evidence Based Practice*.

Con il Patrocinio del Ministero della Difesa e dell'ARES 118.



Il vicepresidente OPI Roma, Stefano Casciato, con il presidente nazionale CIVES, Maurizio Fiorda

"Eccellenze in Sanità" premiato Massimo Spalluto

Mercoledì 13 giugno 2018, alle ore 18, nella splendida e prestigiosa cornice del Museo nazionale Etrusco di Villa Giulia si è tenuta la IV edizione del premio 2018 delle "Eccellenze in Sanità" a cura della fondazione San Camillo-Forlanini di Roma.

Madrina, il noto volto tv, Livia Azzariti.

Il premio ha lo scopo di dare rilievo alla, cosiddetta, "buona Sanità", evidenziando le eccellenze finalizzato a proporre una più corretta e serena visione del mondo dell'assistenza, delle cure, della solidarietà, della qualità e dell'impegno degli operatori tutti in Italia.

Per quanto riguarda il settore "Professioni Sanitarie" è stato conferito il premio al dottor Massimo Spalluto, Coordinatore PICC Team. Infermiere dal 1986, diplomato presso la scuola Infermieri "Carlo Forlanini", specializzato in Terapia Intensiva (1989), Camera Operatoria (1990), Abilitazione a Funzioni Direttive (1996), Dirigente Assistenza Infermieristica (2000), ha anche conseguito la laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (2007). Ha partecipato a varie missioni umanitarie all'estero; è Coordinatore infermieristico Centro Rianimazione 4 dal



2013, nonché Coordinatore del PICC Team Aziendale dal 2015. Al neo premiato, le più vive congratulazioni dai Corsi di Laurea in Infermieristica e in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche della sede formativa "Carlo Forlanini".

Loredana Fabriani

LA LETTERA

Salgono le "quote" internazionali dell'Università di Tor Vergata

La professoressa Rosaria Alvaro, presidente del Corso di Laurea in Infermieristica e del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche all'Università di Tor Vergata, ha indirizzato una lettera all'Opi di Roma il cui contenuto inorgoglisce tutta la classe dei professionisti sanitari laziali e non.

Ecco il testo:

Gentilissimi,

Sono lieta di comunicarVi che lo ShanghaiRanking Consultancy, un ente indipendente che valuta gli atenei e la performance delle discipline accademiche a livello mondiale, ha classificato il 'Nursing' dell'Università di Roma 'Tor Vergata' al 43 posto nel Global Ranking of Academic Subjects.

Da quanto mi risulta, è la prima volta che per il Subject "Nursing"



viene considerata un'università italiana, ed il 43 posto non è affatto trascurabile considerato che la classifica è di carattere mondiale. Questo importante riconoscimento è stato sicuramente reso possibile grazie al supporto che, in questi anni, avete dato alla Cattedra di Scienze Infermieristiche dell'Università di Roma Tor Vergata finanziando studi di ricerca, borse e assegni di ricerca e tutte le iniziative volte alla diffusione della conoscenza scientifica a livello nazionale ed internazionale.

La valutazione dello Shanghai Ranking va sicuramente a premiare la stretta sinergia che ha sempre caratterizzato la nostra collaborazione e ci stimola a fare di più e meglio per il futuro.

Vi ringrazio e Vi saluto cordialmente,

Prof. Rosaria Alvaro

Continua il successo dei corsi itineranti Ecm dell'Ordine di Roma

Continueranno fino al 12 dicembre prossimo i corsi itineranti Ecm voluti dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

Il successo registrato nelle passate edizioni, infatti, ha incoraggiato i vertici dell'Opi a continuare a offrire questo prezioso servizio ai suoi iscritti.

Da lunedì 24 settembre a Civitavecchia e fino al 30 novembre 2018 (sede dell'ultimo incontro: Istituto Idi), il corso: "Eticamente parlando. Relazione-Responsabilità-Ricerca" ha fatto tappa all'ospedale Sant'Eugenio e al Gemelli della capitale, ma pure in provincia: a Bracciano e all'ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale.

Grazie agli interventi di esperti e di alcuni componenti del Comitato Centrale dell'Opi di Roma (in primis, della presidente Au-

silia Pulimeno e del vice, Stefano Casciato), i discenti hanno potuto discutere di tanti aspetti dell'Infermieristica moderna, da "Lo stato dell'arte della professione" a "Etica e responsabilità professionale"; passando per la "comunicazione e ricerca". Sei appuntamenti che hanno arricchito il bagaglio culturale degli infermieri laziali.

Così, come maggiormente preparati su come: "Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017" saranno quelli che hanno preso parte al corso Ecm iniziato il 29 settembre 2018, al Fatebenefratelli di Villa San Pietro, passando poi per gli incontri, tutti fuori Roma, di: Rocca Priora (il 10 ottobre); Nemi (il 20 ottobre); Rivoli (il 28 novembre) e, in chiusura, a Roma: all'ospedale Santo Spirito (il 14 novembre) e all'Inmi Spalanzani (il 12 dicembre 2018).

Infermieri e artiterapie Al Pertini, esperti a confronto

Sono stati 80, tra infermieri e infermieri pediatrici, i partecipanti all'evento del 27 ottobre, all'ospedale Sandro Pertini di Roma, dal titolo: "Le artiterapie: alla scoperta di nuove competenze".

Voluta dall'Opi di Roma e dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), la giornata ha verso sulla presentazione di una metodologia di trattamento multidisciplinare in contesto terapeutico, collegato ad una esperienza in atto presso una Comunità Terapeutico Riabilitativa Psichiatrica dell'area romana.

Con il termine di "arti terapie" si comprendono una serie di attività che, nel tempo, hanno accompagnato il lavoro riabilitativo nella salute mentale. La musicoterapia, ma pure il teatro, la danza-terapia, la poesia e la scrittura.

Oggi, le arti terapie sono parte integrante del percorso di "recovery" del paziente affetto da disagio psichico, il loro valore di recupero delle capacità e risorse relazionali ed espressive della persona è riconosciuto ovunque.

L'evento formativo, articolato su due sessioni (mattina e pomeriggio, entrambe moderate dal vicepresidente Opi di Roma, Stefano Casciato, e dalla consigliera Cinzia Puleio), ha presentato, tra l'altro, una lectio magistralis di Tommaso Losavio: "40 anni di 180: dalla Psichiatria alla salute mentale" e una tavola rotonda (moderata dal tesoriere Opi di Roma, Carlo Turci) dedicata anche all'esposizione di contesti clinici ed educativi pubblici per mostrare alcune metodologie terapeutico-riabilitative tramite artiterapie usate da varie professioni all'interno dei più ampi progetti clinici per le persone affette da disturbo mentale o da disagio sociale.

Le artiterapie sono uno strumento terapeutico importante anche nella medicina in generale.

Al Sandro Pertini, attraverso i vari interventi degli esperti presenti, si è tentato di introdurre le professioni sanitarie a questa modalità di intervento, riconoscendone il valore trasformativo, dimostrato dalle ricerche nelle neuroscienze.

Otto i crediti Ecm assegnati.

Ait, giornata di studio sulla "violenza di genere"

In collaborazione con l'Opi di Roma e il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri), l'Associazione Infermieristica Transculturale (Ait) ha organizzato un corso dal titolo: "La presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza", che si è svolto il 6 ottobre scorso all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea.

L'obiettivo della giornata è stato di sensibilizzare i professionisti sanitari sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne. L'art. 1 della dichiarazione dell'Onu sull'eliminazione della violenza contro le donne (1993), infatti, definisce "violenza contro le donne": *"ogni atto di violenza fondato sul genere che provochi un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le donne, incluse le minacce, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà"*.

In Italia, con la Legge n.109 del 15 ottobre 2013, in materia di contrasto alla violenza di genere, vengono perseguiti tre obiettivi principali: prevenire i reati; punire i colpevoli; proteggere le vittime.

La normativa rientra interamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul (2011) che riconosce la violenza sulle donne come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione. Questo è un problema globale che deve essere affrontato strategicamente ed in maniera programmatica attraverso le agende dei Governi affinché ci sia un'assunzione di responsabilità da parte di tutte le istituzioni.

È proprio in tale quadro teorico/normativo che si è inserita la proposta dell'Ait, un percorso formativo che vuol portare alla

luce un fenomeno troppo spesso sottaciuto e, quindi, sottovalutato.

Come da programma, dopo l'accoglienza dei partecipanti e il saluto delle autorità, si è passati alla prima sessione, dedicata alla: "violenza di genere", moderata dalla presidente OPI di Roma, Ausilia Pulimeno, e da Loredana Fabriani, direttore CdL in Infermieristica-Università "La Sapienza", sede: A.O. San Camillo-Forlanini).

Gli interventi: "La violenza di genere: inquadramento del fenomeno" (Cossutta-Minchella); "Il pronto soccorso: luogo privilegiato per l'emersione del fenomeno" (Delle Fratte-Di Bari); "Lo sportello donna in PS e la presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza" (Gargano).

Largo, nella seconda sessione, agli "Aspetti tecnico-operativi" della questione. Moderati dalla consigliera OPI di Roma, Cinzia Puleio, e da Alessandro Da Fre (Coordinatore CdL in Infermieristica, Università "La Sapienza", sede: A.O. San Camillo-Forlanini), i titoli degli interventi: "Aspetti medico legali; consenso informato, anamnesi, l'esame obiettivo e la descrizione delle lesioni" (Potenza); "La tutela legale delle donne vittime di violenza" (Quinto); "Violenza sessuale: criticità nel repertamento di campioni biologici e catena di custodia delle prove acquisite" (Grammatico-Binni); "Le droghe dello stupro e la diagnosi tossicologica" (Lagravinese).

La discussione con i partecipanti, somministrazione del questionario Ecm, e consegna degli attestati ha chiuso il convegno per gli 80 partecipanti.

Premio Petrini alla "Miglior Tesi di laurea in Infermieristica" dell'Università Tor Vergata

Giovedì 31 maggio 2018, a Ostia Lido, è stata premiata la tesi vincitrice del Premio "Dino ed Oddo Petrini", rivolto agli studenti neolaureati del CdL in Infermieristica della sede della Asl/RM3-Tor Vergata.

Il premio, promosso e realizzato già dal 2016, è stato voluto dalla famiglia Petrini per onorare la memoria dei loro congiunti, i fratelli Dino ed Oddo, pionieri dell'imprenditoria del litorale romano, che hanno saputo costruire, con impegno, il futuro di molti cittadini di Ostia che ancora oggi ne ricordano il valore.

Il riconoscimento premia il merito di quanti si sono distinti nel percorso di Laurea in Infermieristica e che sono già pronti ad adoperarsi con competenza e passione nella promozione della salute ad ogni livello.

Alla giornata sono intervenuti: il Direttore Generale della Asl/RM3, Vitaliano de Salazar; il Direttore delle professioni infermieristiche, Gigliola Martinelli; la Presidente della Circoscrizione del X Municipio,; il Responsabile della Formazione del personale della ASL/RM 3, Antonella Grassitelli.

Dopo la presentazione delle quattro migliori tesi presentate



Un momento della premiazione a Ostia

nell'a.a., la Commissione (composta da rappresentanti del mondo accademico dell'Ateneo di Tor Vergata e da personalità che si sono contraddistinte per il contributo dato alla cittadinanza di Ostia) ha selezionato un vincitore e conferito tre menzioni speciali, a: Fabiana Gizzi, Orsola Liliana Mari e Sharon Scozzari.

L'ambito riconoscimento (che prevede un premio di 2000 euro) è andato a Federica Caruso, per la tesi dal titolo: "Comunità sor-da e assistenza infermieristica: barriere linguistiche e strategie comunicative".

La cerimonia di premiazione si è svolta alla presenza della Presidente dell'Opi di Roma, Ausilia Pulimeno; del Presidente del CdL in Infermieristica di Tor Vergata, Rosaria Alvaro; del Direttore Didattico del CdL in Infermieristica della sede di Ostia, Lorian Lat-tanzi e dei coordinatori, docenti e tutor.

Ai finalisti, l'ateneo di Tor Vergata ha messo a disposizione la possibilità di iscriversi ad un Master di area infermieristica a scelta tra l'offerta formativa disponibile.



Sintesi della revisione sistematica della letteratura sull'efficacia della Valutazione multidimensionale nei pazienti anziani ricoverati in reparti chirurgici

di Marina Palombi, Stefano Casciato, Maria Matarese

ABSTRACT

Introduzione

La Valutazione multidimensionale geriatrica (Vmd) è una metodologia valutativa che ha dimostrato di essere efficace per l'identificazione delle problematiche sanitarie e sociali nel paziente anziano nei contesti di cure mediche.

L'obiettivo della revisione sistematica della letteratura della *Cochrane Collaboration* che viene presentata in questa sintesi è stato di valutare l'efficacia della Vmd nei pazienti anziani sottoposti ad intervento chirurgico sugli esiti post-operatori.

Metodi e strumenti

La revisione è stata condotta dai revisori seguendo le linee-guida del manuale della *Cochrane Collaboration*.

Sono state consultate le banche dati Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL e, per la letteratura grigia, il registro degli studi clinici dell'Organizzazione mondiale della sanità e del *National Institutes of Health* degli Stati Uniti.

La ricerca degli articoli è stata limitata a studi clinici randomizzati pubblicati entro

gennaio 2017, senza restrizioni di lingua, tipo di pubblicazione o anno di pubblicazione.

Sono stati selezionati studi sperimentali che comparavano l'uso della valutazione multidimensionale geriatrica nei pazienti anziani ricoverati presso i reparti chirurgici con le cure chirurgiche standard.

Risultati

Sette degli otto articoli inclusi nella revisione hanno valutato l'uso della Vmd nei pazienti con frattura di femore.

Gli autori della revisione concludono che i pazienti anziani sottoposti a Vmd, probabilmente, hanno meno rischi di morire e di non tornare nello stesso luogo in cui vivevano prima del ricovero in ospedale. È possibile che quelle che hanno ricevuto l'intervento sono rimaste in ospedale per un numero minore di giorni, anche se tali risultati non sono certi a causa dell'eterogeneità degli studi. Sia coloro che hanno ricevuto la Vmd che quanti non l'hanno ricevuta sono stati riammessi in ospedale un numero simile di volte.

I costi assistenziali potrebbero essere in-

feriori negli anziani che ricevono la Vmd. Per quanto riguarda le complicazioni post-chirurgiche, i risultati degli studi sono molto diversi.

Pertanto, non si può concludere che la Vmd porti a minori o maggiori complicanze post-operatorie.

Conclusioni

La revisione ha dimostrato che la valutazione multidimensionale geriatrica può essere efficace solo per alcuni esiti nei pazienti anziani ortopedici trattati per frattura di femore (come la riduzione della mortalità post-trattamento chirurgico e la dimissione a domicilio).

Sono necessari ulteriori studi sperimentali randomizzati ben disegnati per verificare l'efficacia di questa pratica assistenziale in altre popolazioni chirurgiche e per altri esiti.

BACKGROUND

Da molti anni, stiamo assistendo a una vera e propria rivoluzione demografica a livello mondiale: se nel 2000, nel mondo, c'erano circa 600 milioni di persone con più di 60 anni, nel 2025 ce ne saranno

1,2 miliardi e 2 miliardi nel 2050 (Epicentro, 2018).

Nei Paesi industrializzati, il processo di invecchiamento della popolazione è più rapido e le conseguenze legate dell'aumento della popolazione anziana rappresentano una sfida politica, economica e socio-sanitaria.

Come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, **si sta assistendo ad un aumento della richiesta di trattamenti chirurgici nella popolazione anziana.**

Si stima, infatti, che oltre la metà degli interventi chirurgici siano effettuati su persone over 65. Comparati ai pazienti più giovani, quelli anziani vanno incontro a maggiori complicanze post-operatorie, più giornate di degenza e necessità di istituzionalizzazione dopo la dimissione. L'aumento dei costi e dell'uso delle risorse sanitarie associate al trattamento chirurgico dei pazienti anziani mettono a dura prova i sistemi sanitari, evidenziando la necessità di interventi basati su evidenze che possano migliorare gli esiti in questa popolazione di pazienti (Eamer et al., 2018).

Al fine di garantire un miglioramento della qualità di vita e degli esiti di salute del paziente anziano sottoposto ad intervento chirurgico, è stato proposto di estendere, in chirurgia, l'uso della valutazione multidimensionale geriatrica (Vmd), che è stata definita, nel 1987, dal *National Institute of Health americano* come: *"una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi"*.

Mentre studi precedenti, e in particolare una recente revisione Cochrane di Ellis et al. (2017), hanno dimostrato l'efficacia della Vmd nei contesti di cure mediche nel ridurre la mortalità e favorire la dimissione al domicilio, in letteratura non erano presenti sintesi delle evidenze scientifiche che ne valutassero l'efficacia nei



contesti chirurgici.

Eamer e colleghi (2018) colmano tale lacuna effettuando una revisione sistematica della letteratura proprio allo scopo di determinare l'efficacia dell'utilizzo della valutazione multidimensionale geriatrica nel paziente anziano ricoverato in chirurgia rispetto all'assistenza chirurgica standard.

METODI E STRUMENTI

La revisione sistematica è stata effettuata secondo le raccomandazioni contenute nel manuale Cochrane, utilizzando il software GRADEpro ideato per supportare i revisori nel processo di meta-analisi e revisione sistematica della letteratura.

Sono state consultate le seguenti banche dati: registro della Cochrane sui *Controlled Trials*, Medline, Embase, PsycINFO, CINAHL.

È stata ricercata anche la letteratura grigia nel registro dei *trial* clinici dell'Oms

e del *National Institutes of Health* americano.

La ricerca è stata limitata ad articoli di ricerca pubblicati fino al 13 gennaio 2017, senza restrizioni di lingua o anno di pubblicazione. Il quesito di ricerca, sotto forma di domanda Pico. (Tabella 1)

La ricerca e l'analisi degli articoli si è svolta selezionando gli articoli pertinenti, includendo quelli che corrispondevano ai criteri di inclusione elencati nella tabella 2. Gli articoli inclusi sono stati valutati per la qualità metodologica da due valutatori indipendenti attraverso lo strumento di valutazione critica dell'*Epoc Guidance for Risk of Bias Criteria*, che prende in considerazione nove criteri. (Tabella 3)

Sono state risolte eventuali discordanze valutative attraverso una discussione tra valutatori arrivando a un consenso unanime.

A causa della diversità dell'utilizzo della Vmd, è stata effettuata una meta-analisi per gli studi con bassa e moderata eterogeneità (test $I^2 < 60\%$), mentre gli studi altamente eterogenei (test $I^2 > 60\%$) non sono stati inclusi nella meta-analisi ma utilizzati solo per una discussione narrativa.

L'analisi della sensibilità non è stata effettuata a causa del numero limitato degli studi.

L'evidenza è stata classificata come alta, moderata, bassa e molto bassa sulla base dei cinque criteri *Grade* (limiti nella qualità dello studio; coerenza degli effetti; imprecisione dei risultati; forza dell'associazione tra intervento e esito e *bias* di pubblicazione).

Popolazione	Pazienti adulti (≥ 65 anni) ricoverati in ospedale per intervento chirurgico
Intervento	Valutazione multidimensionale geriatrica pre-intra o post intervento effettuata da geriatra, internista, infermiere o altro personale addestrato.
Comparazione	Cure chirurgiche standard
Outcome	Primario: mortalità al <i>follow-up</i> chirurgico; trasferimento alla dimissione presso strutture diverse dal luogo di provenienza. Outcome secondario: Giorni di degenza, riammissioni non pianificate, costo della degenza e complicanze post-operatorie
Quesito di ricerca: l'uso della valutazione multidimensionale geriatrica nei reparti chirurgici migliora gli esiti nel paziente anziano nel post-operatorio?	

Tabella 1. Quesito di ricerca in forma Pico

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pazienti adulti ≥ 64 anni ricoverati in ospedale in qualsiasi reparto chirurgico, sia in elezione che in emergenza	Pazienti < 64 anni
Studi condotti in qualsiasi contesto chirurgico	Studi condotti in terapie intensive
Studi clinici randomizzati	Altri tipi di studio
<i>Outcome</i> primari: mortalità alla fine del follow-up dopo il trattamento chirurgico; trasferimento presso centri assistenziali ad alta complessità e a lungo termine. <i>Outcome</i> secondari: giornate di degenza, riammissioni non pianificate, costo della degenza e complicanze post-operatorie (ricovero in terapia intensiva, complicazioni vascolari, infezioni e delirium)	- Vmd utilizzata solo come predittore degli eventi avversi - parziale uso della Vmd - studi trasversali - studi che non riportavano gli esiti definiti dalla revisione sistematica

Tabella 2. Criteri di inclusione e esclusione degli studi

1. Generazione casuale delle sequenze: la sequenza di allocazione nei gruppi è stata generata adeguatamente?
2. Dissimulazione delle assegnazioni: l'occultamento delle assegnazioni era adeguato?
3. Dati sociodemografici di base tra i gruppi: gli esiti di base sono stati misurati prima dell'intervento ed erano simili tra i gruppi?
4. Dati incompleti: la perdita al follow-up o gli abbandoni sono stati sufficientemente bassi da limitare il rischio di parzialità?
5. Cecità dei partecipanti e del personale: i partecipanti e il personale non erano a conoscenza a quale gruppo appartenessero (intervento o controllo)?
6. Cecità della valutazione dei risultati: i valutatori dei risultati non erano a conoscenza dell'appartenenza dei dati ai gruppi di intervento e controllo?
7. Protezione dalla contaminazione incrociata: esistevano garanzie per la contaminazione incrociata del gruppo di controllo?
8. Segnalazione selettiva: sono stati tutti i risultati nei metodi riportati nei risultati?
9. Altri rischi di parzialità: sono stati segnalati ulteriori rischi durante la valutazione?

Tabella 3. Criteri Epoc per la valutazione della qualità degli studi sperimentali

RISULTATI

Dalla consultazione delle banche dati sono emerse 14.874 citazioni.

Dopo l'eliminazione di 655 duplicati, sono stati ulteriormente eliminate altre 13.859 citazioni sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione.

Sono stati valutati i *full text* dei restanti 363 studi e solo otto studi clinici randomizzati sono stati inclusi nella revisione. Degli otto individuati, sette sono stati effettuati su pazienti sottoposti ad intervento per frattura di femore (1.583 pazienti), e uno studio su pazienti di chirurgia oncologica (260 pazienti); sei studi sono stati condotti in Europa e due in Nord America.

L'intervento di implementazione della Vmd è stato comparato con l'assistenza chirurgica standard in tutti gli studi.

La Vmd è stata effettuata in due studi prima del trattamento chirurgico e in sei dopo il trattamento. Degli otto studi, solo in uno la Vmd pre-operatoria è stata

effettuata da un infermiere geriatrico con una consultazione medica post-intervento; negli altri studi, professionisti diversi o team multidisciplinari hanno gestito la Vmd.

Dall'integrazione dei risultati degli otto studi, i revisori hanno ricavato che la Vmd può ridurre la mortalità nei pazienti anziani con frattura di femore (RR 0.85, 95% CI 0.68-1.05; 5 studi, 1316 pazienti, $I^2 = 0\%$; moderata evidenza), e il trasferimento in *setting* diversi da quelli di provenienza dei pazienti (RR 0.71, 95% CI 0.55-0.92; 5 studi, 941 pazienti, $I^2 = 0\%$; alta evidenza).

Inoltre, è stata riscontrata una leggera riduzione della durata della degenza (4 studi, 841 pazienti, moderata evidenza). **La Vmd non influenza o ha una limitata influenza sul tasso di riammissioni ospedaliere** (RR 1.00, 95% CI 0.76-1.32; 3 studi, 741 pazienti, $I^2 = 37\%$; moderata evidenza) e una leggera riduzione dei costi totali (1 studio, 397 pazienti, moderata evidenza).

Inoltre, la stessa non influenza o ha una limitata influenza sulle principali complicanze post-operatorie (2 studi, 579 pazienti, bassa evidenza) e sulla comparsa di delirium (RR 0.75, 95% CI 0.60-0.94, studi, 705 pazienti, $I^2 = 0\%$; bassa evidenza). (Tabella 4)

Esiti valutati	Effetto	Numero partecipanti e studi	Evidenza (Grade)	Commenti
Mortalità	RR 0,85 (95% CI 0,68-1,05)	1316 (5 studi)	⊕⊕⊕ MODERATA	Pazienti con frattura di femore
Trasferimento in <i>setting</i> diversi da quello di provenienza	RR 0,71 (95% CI 0,55-0,92)	941 (5 studi)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Pazienti con frattura di femore
Durata di degenza	Meta-analisi non effettuata a causa dell'alta eterogeneità	841 (4 studi)	⊕⊕⊕ MODERATA	$I^2 = 88\%$, $p < 0,00001$
Riammissione	RR 1,00 (95% CI 0,76-1,32)	741 (3 studi)	⊕⊕⊕ MODERATA	Tutti gli studi ad eccezione dei pazienti oncologici
Costi totali	Media euro 59.486	397 (1 studio)	⊕⊕⊕ MODERATA	Un solo studio ha riportato i costi
Complicanze maggiori	Meta-analisi non effettuata a causa dell'alta eterogeneità	Two studies reported this outcome with (2 studi)	⊕⊕ BASSA	$I^2 = 77\%$, $P = 0,04$
Delirium	RR 0,75 (95% CI 0,60-0,94)	705 (3 studi)	⊕⊕ BASSA	Valutato con il Delirium Observation Scale e il Confusion Assessment Method (CAM)

Tabella 4. Riassunto dei risultati della revisione della letteratura (CI: intervallo di confidenza; RR: Rischio relativo)

CONCLUSIONI

In base alla revisione della letteratura svolta dalla Cochrane Collaboration è possibile concludere che esistono evidenze a sostegno dell'efficacia della Vmd nel paziente anziano con frattura di femore su alcuni esiti di salute, come, ad esempio, la riduzione della mortalità e il ritorno a casa.

A causa dell'assenza di studi che hanno valutato tali situazioni, non è possibile determinare se la Vmd è ugualmente efficace anche in altri contesti chirurgici e su altri tipi di patologie ortopediche. Non esistono invece evidenze a supporto dell'efficacia su altri esiti, come ad esempio riduzione delle complicanze post-operatorie o delle riammissioni ospedaliere.

Implicazioni per la pratica

La Vmd è stata definita dagli autori della revisione come un approccio bio-psico-sociale che incorpora un team multidisciplinare per affrontare le malattie, il declino fisico e i fattori sociali che rallentano il processo di guarigione dei pazienti anziani nel post-operatorio.

I pazienti anziani ricoverati in chirurgia hanno esigenze di assistenza più complesse rispetto ai pazienti più giovani: fragilità, multimorbidità e prescrizioni multiple comuni in questa popolazione. Tuttavia, la maggior parte degli ospedali è strutturata per prendersi cura di pa-



zienti con una singola malattia acuta; non sono attrezzati per soddisfare i bisogni delle persone anziane, portando spesso a cattivi esiti chirurgici.

Eseguendo la Vmd, il team assistenziale può identificare - e ottimizzare - i problemi medici e sociali associati a complicanze chirurgiche prima che abbiano un impatto negativo sulla salute del paziente, e migliorare conseguentemente gli esiti di salute.

In questo team multidisciplinare **un ruolo importante è svolto dall'infermiere che contribuisce con il suo approccio olistico** all'identificazione dei reali bisogni

del paziente anziano sottoposto ad intervento chirurgico.

AUTORI:

Marina Palombi, Coordinatore Infermieristico UTI Cardiocirurgica, A.O. Policlinico Umberto I, Roma;

Stefano Casciato, Direttore Polo della Pratica Clinica, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI, Roma;

Maria Matarese, Professore Associato MED/45, Università Campus Bio-Medico di Roma.

BIBLIOGRAFIA

Epicentro, *Invecchiare è un privilegio e una meta della società. È anche una sfida, che ha un impatto su tutti gli aspetti della società del XXI secolo*. Disponibile <http://www.epicentro.iss.it/problemi/anziani/anziani.asp>, 31/8/18.

Eamer G, Taheri A, Chen S.S, Daviduck Q, Chambers T, Shi X, Khadaroo R.G, *Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1. Art. No.: CD012485. DOI: 10.1002/14651858.CD012485.pub2.

Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, Langhorne P, Burke O, Harwood R.H, Conroy SP, Kircher T, Somme D, Saltvedt I, Wald H, O'Neill D, Robinson D, Shepperd S, *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Sep 12;9: CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

Il problema della violenza negli Spdc

La *Broset violence checklist*

nuovo strumento per prevenirla

di Ione Moriconi, Sara Vuto

ABSTRACT

Lo scopo di questo articolo è di analizzare le cause della violenza e dell'aggressività; le possibili conseguenze negative di tali atti per l'infermiere; capire quali possano essere le misure che richiedono di essere implementate per ridurre l'incidenza del fenomeno e migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Per farlo, abbiamo realizzato una ricerca documentale nelle banche dati nazionali ed internazionali di studi scientifici (PubMed, Iltisi, etc) per la consultazione di testi di interesse infermieristico.

Le diverse teorie su quali siano le cause dell'aggressività e della violenza riconducono alla definizione dell'uomo come unità bio-psicosociale, per cui le cause sono sia fattori biologici/innati che culturali/appresi.

Tra le figure professionali, quella dell'infermiere, risulta essere maggiormente coinvolta nel dover fronteggiare condotte aggressive da parte dei pazienti, stando più a stretto contatto con il paziente di altre.

Le sensazioni che gli atti di violenza inducono nell'infermiere sono: paura, stress, frustrazione e preoccupazione. Ciò porta il lavoratore ad assumere un atteggiamento più chiuso - e più distaccato - nei confronti degli assistiti, compromettendo, spesso, il ruolo terapeutico della relazione, la sicurezza e il rapporto tra i membri dello stesso personale sanitario. Dagli studi è emerso che il numero delle denunce degli episodi di aggressione è molto basso rispetto a quelli che avven-



gono: questo, perché chi subisce violenza la considera come parte integrante del lavoro.

Quello della violenza è un problema diffuso in ambito sanitario che presenta una maggiore incidenza soprattutto nei reparti psichiatrici.

La *Broset violence checklist* può costituire un valido supporto all'attività infermieristica nell'inquadramento iniziale della persona, tentando di prevedere e prevenire un evento violento già nelle prime ore successive al ricovero.

Parole-chiave: aggressività, violenza (*violence*), tecniche di gestione degli atti di violenza, l'assistenza al paziente psichiatrico, conseguenze degli atti di violenza, infermiere psichiatrico.

INTRODUZIONE

La violenza in ambiente lavorativo

Il fenomeno della violenza nei luoghi di lavoro e le relative conseguenze su chi ne è vittima sta catturando l'interesse sempre maggiore da parte degli studiosi. Gli istituti internazionali che se ne occupano, come il Niosh (*National Institute for occupational Safety and Health*), l'Ilo (*International Labour Office*) e la *European Agency for Safety and Health at Work*, hanno pubblicato dati che ne dimostrano la crescente diffusione.

In Europa, il 4% dei lavoratori riferisce di aver subito violenza fisica e aggressioni sul posto di lavoro. Il settore sanitario è quello che risulta essere maggiormente colpito (15,2%), con particolare riferimento ai servizi di emergenza e pronto

soccorso, ai reparti psichiatrici, alle case di riposo e ai servizi per le tossicodipendenze.

Nel contesto lavorativo, gli atti di violenza, nella maggior parte dei casi, sono rappresentati da eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale.

Sebbene quindi, il problema della violenza riguardi qualsiasi contesto clinico assistenziale, acquista una notevole rilevanza nei

Pronto Soccorso e nel contesto psichiatrico e in particolare all'interno del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc). Infatti, si stima che l'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti con diagnosi di schizofrenia o di disturbo bipolare in fase acuta sia di cinque volte superiore a quella della popolazione generale e 12-16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze (evenienza oggi sempre più frequente) (Rossi A et al. 2009; Steward D et al., 2015).

In Italia, gli operatori delle strutture ospedaliere che hanno fatto registrare il maggior numero di denunce di infortunio sono stati gli infermieri (46%), gli ausiliari (22%), i medici (poco meno del 6%). (INAIL, 2013). Dati che dimostrano che l'infermiere è la figura sanitaria maggiormente colpita da atti di violenza.

Le motivazioni sono da considerarsi "intrinseche" al contesto lavorativo, essendo l'infermiere la figura professionale che si trova maggiormente a contatto con i pazienti, spesso portatori di grossi disagi e di stress, la malattia e il dolore (che generano rabbia, impotenza, frustrazione e possono rendere le relazioni tra gli utenti e il personale tese, spesso conflittuali, caratterizzate da tonalità emotive estreme). Un'altra fonte di rischio sempre più frequente per il lavoratore del settore sanitario è rappresentata dagli alti livelli di stress dovuti all'eccessiva pressione delle prestazioni al sovraccarico lavorativo. Questi dati minano non solo le relazioni con l'utenza, ma contribuiscono a rendere tesi e conflittuali anche i rapporti tra colleghi.

Il settore sanitario, non a caso, detiene il primato anche per il numero di episodi di violenza che si consumano tra colleghi



definita tra i lavoratori "violenza interna sul posto di lavoro". Nonostante ciò, va detto che le segnalazioni degli episodi di aggressione è molto bassa: secondo i dati dell'Apna (*American Psychiatric Nurses Association*), il 43% delle violenze fisiche e il 61% di violenza non fisica non vengono denunciate. Il 32% dei dipendenti aggrediti e l'8% di chi subisce violenza non fisica considerano la violenza come "parte del lavoro".

Anche in Italia si sono susseguiti molti eventi negli ultimi due anni, forse dovuti ad una maggiore consapevolezza della gravità di tali eventi e alla conseguente capacità del personale di denunciarli. Un contributo importante lo ha dato la legge sulla sicurezza, la cosiddetta legge Gelli (L. 24/17) che ha fatto rivisitare alcuni concetti sopiti e riportato alla luce le diverse responsabilità. Paradossalmente, le responsabilità sono anche rivisitate dal punto di vista contrario a quello espresso dalla legge a tutela degli utenti: il concetto di responsabilità, nella nostra cultura, sta iniziando ad avere una duplice veste di reciprocità.

Definizione di aggressività e violenza

Spesso si confonde la "violenza" con l'"aggressività". I due termini però non sono affatto intercambiabili, ma indicano due diversi momenti e condizioni: si può essere aggressivi e violenti, ma si può anche essere soltanto aggressivi e non violenti.

Nel dizionario della lingua italiana i termini vengono così definiti: "aggressività": dal latino ad (verso-contro) - gredior (procedere, avanzare, avvicinarsi) finalizzata all'affermazione di sé; atto di ostilità (in questo senso assimilabile al concetto di violenza)"; "violenza": azione fisica o

psichica esercitata da una persona su un'altra deliberatamente tesa ad arrecarle un danno.

Al di là della definizione letterale, il termine è soggetto a diverse interpretazioni, tali da rendere evidente che si è in presenza di un concetto interpretativo piuttosto che descrittivo. Il criterio distintivo consiste nella motivazione che guida il comportamento di chi agisce. La violenza può essere definita

"come un atto contro l'altro con l'intenzione di provocare una sofferenza e/o una ferita"; l'aggressività, invece, è un impulso spontaneo, una manifestazione della forza vitale: può trasformarsi in violenza oppure in grinta. C'è "un'aggressività sana", che consente di fare le cose, di fronteggiare le situazioni, di sentirsi vivi e partecipi. È giusto arrabbiarsi in determinati frangenti ed è anche giusto non reprimere ogni moto aggressivo perché, così facendo, si rischia di ignorare segnali che possono essere importanti per la propria difesa e, qualche volta, di sviluppare un "falso Sé", ossia un'immagine idealizzata di se stessi come persona che non si arrabbia mai.

Immagine che finisce per bloccare quelle che, invece, sono delle reazioni normali, prevedibili, spesso risolutive.

Le cause dell'aggressività

Poiché i comportamenti aggressivi costituiscono un problema primario nell'ambito sociale, tale campo è stato ampiamente indagato dalla psicologia nel corso della storia, per la comprensione di tali comportamenti.

In generale, le teorie elaborate oscillano tra il definire come predominanti i fattori biologici/innati e culturali/appresi. Tutte, in ogni caso, ci riconducono alla definizione dell'uomo come unità bio-psicosociale, per cui nessuno di questi fattori può essere trascurato a spese degli altri, pena un non armonico manifestarsi della persona in sé.

Conseguenze della condotta aggressiva sull'infermiere

Le manifestazioni di aggressività e di violenza legate al lavoro sono dipendenti dalla malattia o dalla disabilità e sono da considerarsi non intenzionali da parte del-

l'aggressore. Ciò nonostante hanno effetti negativi sul personale che le subisce. Le aggressioni fisiche non hanno conseguenze solo sul corpo delle vittime, ma lasciano sequele psicologiche che possono diminuire, anche in termini di sicurezza, le performance lavorative degli operatori. Paure e preoccupazioni portano il lavoratore ad assumere un atteggiamento più chiuso e distaccato nei confronti degli assistiti che compromette il ruolo terapeutico della relazione, fino a determinare la sindrome del "burnout". Questa è descritta come una perdita di interesse nei confronti delle persone con cui l'operatore svolge la professione. È definita come *"condizione caratterizzata da esaurimento emotivo (esaurimento delle risorse e diminuzione dell'energia), depersonalizzazione (atteggiamenti e sentimenti negativi, insensibilità e mancanza di compassione) e mancanza di realizzazione personale (valutazione negativa del proprio lavoro relativo a sentimenti di competenza ridotta)"* (Maslach & Leiter, 2000).

Si tratta di un processo inconsapevole che colpisce prevalentemente le professioni d'aiuto, con un peggioramento degli atteggiamenti comportamentali e una conseguente riduzione della qualità nello svolgimento del proprio lavoro. (*Ibidem*)

Tecniche di de escalation

Nel caso di un episodio di violenza possono essere applicate le tecniche di de escalation, un insieme di interventi volti a ridurre e a contenere il comportamento aggressivo.

1) Fase del fattore scatenante (fase del trigger), ovvero dell'evento precipitante, in cui si cominciano a percepire comportamenti verbali ed espressivi di irritazione.

L'intervento dell'infermiere consiste nel riconoscere il fattore scatenante e, se possibile, nel rimuoverlo. La rimozione del fattore scatenante può essere possibile, o addirittura facile, in alcune situazioni, meno in altre: ad esempio, è facile rimuovere un atteggiamento sarcastico a favore di un ascolto più rispettoso; è più difficile aderire ad una richiesta di dimissione precoce, di rifiuto della terapia.

2) Fase dell'escalation: contraddistinta da un ulteriore scostamento dalla linea



basale psicoemotiva, che implica un aumento dell'*arousal*, ovvero dell'attivazione fisiologica connessa allo stato emotivo della rabbia. Nella fase dell'*escalation*, la probabilità di successo degli interventi dipende dalla rapidità con cui questi vengono messi in atto. L'atteggiamento appropriato prevede un approccio verbale mirato alla riduzione progressiva dell'atteggiamento violento assunto dal paziente tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze. È necessario avviare una negoziazione che recepisca il contenuto emotivo della crisi, ma che ne devii il percorso comportamentale. La capacità di negoziazione di un obiettivo inferiore rispetto alla richiesta del paziente nel processo di cura può essere ben accolto: ad esempio, il concordare una via di somministrazione dei farmaci più gradita al paziente; negoziare un permesso di uscita con gli operatori al posto di una dimissione precoce.

3) Fase della crisi: quella in cui si porta a compimento l'aggressione. In questa fase, l'infermiere deve focalizzare la sua attenzione sulla sicurezza e la riduzione delle conseguenze. L'intervento deve essere basato su scelte molto sintetiche: il contenimento, la fuga, l'auto-protezione.

4) Fase del recupero: quella in cui il paziente comincia a riprendere confidenza con l'ambiente e lo stato di eccitazione diminuisce progressivamente. È una fa-

se molto delicata visto che gli interventi intempestivi possono causare una riaccutizzazione della crisi con nuovi episodi di aggressività.

In questa fase, non è opportuno chiedere spiegazioni dell'accaduto o, peggio ancora, formulare dei rimproveri: è il momento per interventi di carattere psicologico volti alla elaborazione dell'evento. La contenzione, se applicata, deve essere rimossa, riconfermando al paziente che è stata applicata esclusivamente a scopo terapeutico.

5) Fase della depressione ripartiva post-critica: l'ultima del ciclo dell'aggressività. In essa si assiste alla comparsa del senso di colpa, della vergogna e del rimorso da parte di colui che ha agito la violenza (Berardi, 1998). È il momento ideale per interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento allo scopo di prendere consapevolezza degli elementi che hanno causato la perdita del controllo, e fornire strumenti per il controllo di futuri episodi.

In particolare, è utile educare il paziente a riconoscere i segnali prodromici e a chiedere aiuto prima del loro precipitare. Questa attività rientra in quella che è la "funzione educativa dell'infermiere", così come definita dal profilo professionale. Per intendere meglio il da farsi, è necessario individuare in quale fase del "ciclo dell'aggressione" ci si trova, perché, in

base situazione e per ciascuna delle fasi, esistono precise possibilità di intervento, che, per avere possibilità di successo, devono essere messe in atto nella tempistica giusta. **Compito dell'infermiere è attuare tutti gli interventi idonei alla escalation della situazione.** In particolare, deve essere in grado di ricondurre ad una comunicazione assertiva, basata su elementi positivi che, via via, si possono negoziare. *Talk down* è il termine inglese con cui si definisce un approccio caratterizzato dal "parlare basso", mantenere un basso profilo, lavorare per spegnere gli animi. In questo caso, la comunicazione deve essere diretta, specifica, positiva. Purtroppo, spesso accade che l'infermiere si trovi a lavorare nel contesto psichiatrico senza un'adeguata formazione, mentre, premesse teoriche ed esercitazioni sono necessarie per condurre con successo talune situazioni.

La Broset violence checklist

La valutazione, prevenzione e predizione degli agiti aggressivi non è semplice. Il solo giudizio clinico potrebbe essere insufficiente nella valutazione del rischio di agiti violenti, anche per la tendenza alla sottostima del rischio in pazienti noti. Vi sono evidenze scientifiche che attestano che l'utilizzo di scale di valutazione del rischio, nei primi tre giorni di ricovero, possano ridurre il numero di episodi di aggressività e il numero di interventi coercitivi (Abderhalden et al., 2008). Dalla ricerca effettuata sono emerse diverse scale utili per predire atti di aggressione/violenza:

- *Broset violence checklist* o Bvc (Clarke DE, 2010): costituita da 6 *items* attraverso cui il personale medico ed infermieristico può determinare il potenziale rischio di comportamenti violenti da parte di un paziente entro le 24 ore. Si è dimostrata efficace anche nella previsione a 72 ore.

- *Overt aggression scale* (Yudofsky SC, 1986): una scala composta da 4 *items* di valutazione relativi a aggressività verbale, aggressività fisica autodiretta, aggressione verso oggetti e verso altre persone. La scala si completa con una valutazione riguardante anche le azioni intraprese dal personale.

- *Face Risk Assessment* (Clifford PI,

1999): uno strumento semi-strutturato composto da un elenco di sintomi, segni, comportamenti che la letteratura indica correlati al rischio di violenza; una scheda di rilevazione dei segni premonitori e della storia individuale del rischio.

La valutazione complessiva esita nella definizione di un livello di rischio secondo un punteggio da 0 a 4, che segue un gradiente di gravità.

- *Brief agitation rating scale* o Bars (Brief Agitation Rating Scale, Finkel et al., 1993): una scala di valutazione del rischio costituita da 10 *items* (colpire, spingere, strappare, aggirarsi nervosamente senza scopo, manierismi ripetuti, irrequietezza, urla, domande o sentenze ripetute, fare anomalie rumori, lamenti ripetuti), con un punteggio da 0 a 3 per ogni *items*.

- *Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component* o Panss-Ec (Chai-chan W, 2008): è tra le scale più utilizzate in ambito di ricerca per la valutazione della risposta al trattamento farmacologico dell'agitazione. Si tratta di uno strumento agevole, composto da soli 5 *items*: ostilità, non cooperatività, impulsività, tensione e eccitamento. Ogni *item* viene valutato con un punteggio che va da 1 a 7.

- *Scala di Whittington* (Whittington R, 2006): strutturata secondo 3 assi (fattori di rischio del paziente, fattori di rischio dell'infermiere e fattori di rischio dati dall'integrazione fra le due categorie precedenti), questo strumento considera gli aspetti connessi alle interazioni tra operatore e paziente e all'ambiente nella sua globalità. Non sono attribuiti punteggi, ma si indica la presenza/assenza del fattore di rischio.

Da questa breve ricerca uno strumento che si è rivelato essere molto valido per individuare i pazienti a rischio di compiere atti di violenza negli Spdsc, è risultato essere la *Broset violence checklist*.

Questa scala è stata ideata in Norvegia da Roger Almvik e collaboratori, ed è già utilizzata in diversi contesti psichiatrici sia in Europa che in Paesi come Cina, Giappone e Russia.

Essa è costituita da 6 indicatori che corrispondono a 3 caratteristiche e 3 comportamenti.

In particolare: confusione, intesa come

evidente confusione e disorientamento, possibile non consapevolezza di tempo, luogo o persone; irritabilità: il paziente si infastidisce o si arrabbia facilmente, non tollera la presenza degli altri; clamorosità: comportamento rumoroso o chiacchioso, per esempio, sbattere le porte o alzare la voce improvvisamente; minacce verbali: esplosione verbale, che è più dell'alzare la voce, ed espressione di intimidazioni o minacce verso un'altra persona, attacchi e abusi verbali, insulti e commenti verbalmente espressi in modo aggressivo; minacce fisiche: chiara intenzione di minacciare fisicamente un'altra persona con l'assunzione di un atteggiamento aggressivo, per esempio, afferrare i vestiti di un'altra persona, chiudere il pugno e accennare a colpire qualcuno con la testa; crisi pantoclastica: attacco diretto ad un oggetto e non ad un individuo, per esempio, rompere finestre, lanciare oggetti o rompere mobili.

A ciascun indicatore presente è attribuito 1 punto. A ciascun indicatore assente è assegnato 0 punti; per un punteggio massimo di 6, dove, all'aumentare del punteggio, aumenta il rischio di compiere atti di violenza. (Tabella 1)

BROSET VIOLENCE CHECKLIST		
Indicatore	Presenza	Non presenza
Confusione	1	0
Irritabilità	1	0
Clamorosità	1	0
Minacce verbali	1	0
Minacce fisiche	1	0
Crisi pantoclastica	1	0
Punteggio totale		

Tabella 1. La Broset violence checklist

Vengono considerati ad "alto rischio di violenza" nelle 24 ore successive al ricovero tutti i pazienti che, ad ogni rilevazione, presentano un punteggio maggiore o uguale a 2.

Questa scala è stata validata presso l'azienda ospedaliera San Paolo di Milano, e nonostante sia stato dimostrato il suo buon livello di predittività nei confronti di agiti violenti, è ancora poco usata in Italia.

CONCLUSIONI

Quello della violenza è un problema diffuso soprattutto negli Spdc, che ha importanti conseguenze sull'infermiere, il quale spesso si trova a lavorare nel contesto psichiatrico senza un'adeguata formazione.

Pertanto, l'utilizzo di una scala che risulta essere affidabile e di facile impiego, dovrebbe essere introdotta anche negli ospedali italiani come strumento di supporto dell'infermiere al fine di prevedere e prevenire gli atti di violenza.

La nostra cultura non prevede la descrizione di ciò che osserviamo e di ciò che facciamo e ciò rappresenta un grosso limite all'evoluzione della professione.

La resistenza a scrivere in modo razionale secondo schemi precostituiti, inibisce la visibilità dei risultati. Dovremmo, invece, rappresentare sempre più il nostro operato, descrivendo le valutazioni dei bisogni, le azioni compiute per dimostrare la bontà degli interventi e rendere la valutazione degli esiti maggiormente possibile e visibile a noi e agli altri.

In questo modo potremo essere più consapevoli dell'efficacia del nostro assistere.

AUTORI:

Irene Moriconi, infermiera coordinatrice e P.O. Responsabile Assistenza Infermieristica Dsm: Uoc 2, 3, 13 e Tsmree della ASL ROMA 1 di Roma. Docente a contratto presso l'Università la "Sapienza", Roma;

Sara Vuto, laureata in Infermieristica, Canale C presso Università la "Sapienza", Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Amore M, D'ambrosio S, Ferrari G, *Psicologia del comportamento violento: una review*. Nòos; 1998. Vol.4, n. 2:105-118.
- Aramini G, *Infermiere e paziente nella curva dell'aggressività: una sicurezza possibile per entrambi?* NEU, 2009; 28(1): 4-9.
- Aronson W, Akert, *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino; 2006.
- Baragatti L, Dominijanni M, *L'evoluzione giuridica del trattamento della malattia mentale dall'Unità d'Italia a oggi*. Mondo Sanitario 2009; 16 (7-8): 6-12.
- Betti M, Di Fiorino M, *L'evoluzione dell'assistenza infermieristica nella storia*. Mc. Graw-Hill; 1997.
- Calabrò V, *La violenza verso gli infermieri in psichiatria: un'indagine multicentrica*. Rivista dell'infermiere n.1; 2006.
- Duzzi B, Giovanardi I, Gradellini C, *La sindrome da "burnout" negli infermieri*. Rivista L'Infermiere N. 5; 2014.
- Fontana S, Marchetti F, Turrin T, *La contenzione fisica in ospedale*. Centro Studi Ebn Attività 2001; 1: 67-73. www.evidencebasednursing.it.
- Legge 24/2017; Legge Gelli
- Lia L, Serretti A, *Psichiatria per professioni sanitarie*. Bologna, Dipartimento di Scienze biomediche e neuromotorie; Bologna: Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie. AlmaDL Alma Mater Studiorum Università di Bologna; 2014.
- Maria A, Tacchini, *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*. Milano: Masson; 1998.
- Meazzini P, *Trattato teorico pratico di terapia e modificazione del comportamento*. Pordenone: Erip; 1984.
- Oliverio A, Ferraris, *Piccoli bulli crescono*. Rizzoli; 2008.
- Pederzani M.R, *Rapporto tra infermiere e paziente psichiatrico*. www.psychiatryonline.it/psiche2000.it/attachments/article/28/psichiatriaedintorni.pdf.
- Raccomandazioni Ministero della Salute. Raccomandazione n. 8 prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori.
- Teresa E, Fischera G.P, Sensa M.T, Brunetti A, *Le strategie di prevenzione della violenza sul lavoro nel settore sanitario*. Rischio Sanità. 2009 (35): 22-29.
- Terzoni S, Ferrara P, Lo Giudice A, Destrebecq A, *Validazione italiana della Broset violence checklist (Bvc) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'Unità psichiatrica*. Rivista L'Infermiere N.1; 2016.
- Tobino M, *Per le antiche scale*. Milano: Mondadori; 1976.

SITOGRAFIA

- www.autismovicenza.it/wp-content/uploads/2011/05/23_5_Fedeli.pdf
- www.pigmentieranti.wordpress.com
- www.stateofmind.it/2014/06/psicologia-aggressivita/

Valutazione e gestione infermieristica del dolore in triage

di Margherita Morelli

INTRODUZIONE

Il dolore è uno dei sintomi più frequenti di accesso dei pazienti in Pronto Soccorso (PS) e anche il più difficile da valutare (Todd Kh, et al 2007).

Ad esempio, nel dolore toracico non sempre intensità e localizzazione coincidono con una causa cardiaca e va considerato che il paziente non è sempre in grado di comunicare verbalmente il proprio dolore (specie nell'anziano con decadimento cognitivo grave).

Valutare il dolore rappresenta una sfida per gli operatori sanitari.

Vi è evidenza che, come in altre aree di assistenza sanitaria, i pazienti nei PS/Dea in tutto il mondo, ricevano un trattamento sub-ottimale del dolore (mancato, sotto dosato o tardivo) (Todd et al, 2007).

La letteratura riporta che, in circa il 40% dei pazienti che accede al pronto soccorso, il dolore non viene trattato in modo adeguato ed efficace: ciò è indice della sussistenza di numerose barriere per la gestione del dolore di seguito descritte (Fosnocht 2004; Wheeler et al. 2010; Motov, Khan, 2009; Bergman, 2012, L'infermiere n.4, 2015).

Anche la valutazione e la gestione del dolore nei pazienti anziani con demenza non è ottimale, soprattutto a causa della mancanza di strumenti adeguati di valutazione (Tsai IP, Jeong SY, Hunter S, 2018).

Valutare e documentare presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti, è fondamentale tra i parametri da



registrare in triage, considerato dalle linee-guida V segno vitale unitamente a: pressione sanguigna, polso, temperatura e frequenza respiratoria (provvedimento 24 maggio 2001, linee-guida Italiane inerenti il progetto "Ospedale senza dolore" – anche così definito dall'*American Pain Society*).

La valutazione del dolore consente ai professionisti sanitari di trattare il dolore ed evitare sofferenze inutili (OMS, 2014 – Carta dei Diritti sul dolore inutile, 2005).

Per l'infermiere, alleviare la sofferenza è alla base dei principi etici su cui si fonda la professione (Art 34, Codice Deontologico dell'Infermiere, 2009).

La valutazione del dolore, tra i parametri da registrare in triage, determina un importante miglioramento clinico, andando a ridurre il tempo necessario affinché i pazienti ricevano l'opportuno trattamento analgesico (Raccomandazioni interso-

cietarie italiane sulla gestione del dolore in emergenza).

L'applicazione di un protocollo infermieristico consente l'impiego di metodi validati per la valutazione e per la gestione tempestiva del dolore; può evitare ritardi nel trattamento analgesico; di attuare trattamenti non farmacologici specifici e migliorare la qualità di attesa del paziente (Butti L et al, 2017 - Bailey B, Trottier ED, 2016).

Scopo e campo d'applicazione

Si riferisce all'utilizzo di un metodo di valutazione standardizzato, all'introduzione di adeguate scale di valutazione del sintomo dolore e agli interventi che possono essere messi in atto in PS dall'infermiere in fase di triage, in attesa della visita medica, per un primo trattamento del dolore.

È rivolto a pazienti di età adulta, vigili e collaboranti, pazienti in età pediatrica, pazienti con deficit cognitivo-comportamentale.

Modalità operative

I pazienti possono presentarsi in PS per patologie che causano dolore acuto (traumi, ferite, cefalee, nevralgie, coliche, processi infiammatori o dolore cronico) o anche quelli provenienti da neoplasie, neuropatie, dolori di tipo reumatico.

Gli infermieri devono porre molta attenzione alla valutazione del dolore dei pazienti che si presentano e che sono ricoverati nel PS/Dea; devono saper distinguere tra dolore nocicettivo e neuropatico e saper individuare i segni di allarme di sindromi gravi dal punto di vista diagnostico.

La descrizione del tipo di dolore è estremamente importante per indirizzare l'orientamento sulle possibili sue cause e apparati interessati, e per differenziare condizioni pericolose o potenzialmente pericolose per la vita.

A tutti i pazienti con sintomatologia dolorosa e nei pazienti non in grado di comunicare, dove si noti o viene riferito un cambiamento nel comportamento, deve essere misurato il livello di dolore, eseguita un'accurata valutazione, pianificati ed attuati gli interventi infermieristici specifici. I dati rilevati e gli interventi attuati verranno registrati sulla cartella clinica informatizzata (Sistema operativo Gipse). L'infermiere di triage accoglie/identifica il paziente e assegna la priorità di accesso, seguendo le indicazioni del Manuale di Triage Ospedaliero Regione Lazio.

Valutazione del dolore

L'infermiere di triage valuta l'intensità del dolore utilizzando le scale validate per età e condizione clinica: autovalutazione attraverso scale unidimensionali d'intensità del dolore o attraverso l'osservazione di indici comportamentali per i pazienti non in grado di collaborare.

- **Numerical Rating Scale-Nrs** per adulti anche con decadimento cognitivo leggero-moderato e per bambini di età 8 anni;
- **Wong-Baker Faces pain rating scale** per bambini di età compresa 3 e 8 anni
- **Flacc scale - Faces, legs, activity, cry,**

consolability per bambini da 0 fino a 3 anni o per bambini che, per deficit motori o cognitivi, non possono fornire una valutazione soggettiva del dolore

• **Painad-Pain assessment in advanced dementia** per pazienti con deterioramento cognitivo severo.

La valutazione del dolore non può prescindere da un'accurata anamnesi per evidenziare la descrizione del dolore attuale, la risposta ai farmaci, le precedenti esperienze dolorose e le risposte messe in atto.

Le domande sono rivolte direttamente al paziente se collaborante o ai familiari, genitori o *caregivers*. L'esame obiettivo comprende l'ispezione e la palpazione, al fine di valutare soprattutto sede, dolorabilità, contratture, tumefazioni, deformità, alterazioni dell'integrità cutanea e/o mucosa, segni di maltrattamenti fisici e/o psicologici.

Nella valutazione delle caratteristiche del dolore vanno considerati: la sede, la qualità, l'esordio, i sintomi associati e segnali d'allarme, i PV, i fattori che lo alleviano o che lo aggravano ed eventuale posizione antalgica, lo stato cognitivo e il tono dell'umore, l'interferenza sulle attività quotidiane e sulle relazioni sociali (Brevik, 2008).

Un sistema rapido per memorizzare quali caratteristiche del dolore occorre cercare è lo schema di intervista Pqrst (*Provocative, quality, radiation, severity, timing*; Provocazione, qualità, radiazione, severità, tempo; dal Congresso nazionale Aniarti 2000-Ministero della Salute 2010). (Tabella 1)

Il dolore toracico

Si definisce dolore toracico qualsiasi dolore che, anteriormente si collochi tra la base del naso e l'ombelico e, posteriormente, tra la nuca e la dodicesima vertebra e che non abbia causa traumatica o chiaramente identificabile che lo sottenda.

L'anamnesi del paziente con dolore toracico è di importanza critica nella valutazione iniziale, contestualmente alla rapida esecuzione di un ecg.

La caratterizzazione e la descrizione del sintomo: sede, intensità, modalità di insorgenza, durata, persistenza, eventuale irradiazione, con i sintomi associati (sincope, dispnea, sudorazione), sono estremamente importanti per indirizzare l'orientamento sulle possibili cause e apparati coinvolti.

La standardizzazione delle domande da porre all'utente consente di ottenere dati meno soggettivi rispetto alle caratteristiche dell'episodio di dolore toracico.

Le caratteristiche del dolore rappresentano il primo strumento per il riconoscimento della sua possibile origine ischemica.

Spesso i pazienti non riferiscono i loro sintomi come dolore, per questo nelle caratteristiche si descriverà come "fastidio/dolore" o "discomfort" come definito dagli anglosassoni.

Il dolore/*discomfort* toracico distinto in acuto (in atto) o stabile (presente nelle ore precedenti) può essere categorizzato in tipico ed atipico.

Il sintomo tipico, descritto come senso di pressione toracica anteriore o posteriore, restringimento intratoracico, sen-

Provocato da Palliativo	Cosa ha provocato il dolore? Cosa lo fa peggiorare? Cosa lo fa migliorare? Posizione antalgica/impotenza funzionale
Qualità	Che tipo di dolore avverte? A cosa assomiglia?
Regione interessata iRradiazione	Dov'è il dolore? Quant'è grande l'area interessata? Si estende da qualche altra parte?
Severità	Quanto è forte? Scala del dolore
Tempo	Quando è iniziato? C'è sempre o va e viene?

Tabella 1. Schema di intervista Pqrst (G. Frova 1994)

so di “morsa interna”, o simile a quello di precedente episodio ischemico, oppure irradiato ad entrambe le braccia, aumenta modestamente la probabilità di Sca.

Il sintomo atipico, descritto come trafittura, e il dolore di tipo pleuritico o a puntura di spillo, è associato a minore probabilità di Sca. La diaforesi identifica una probabilità leggermente più elevata di Sca.

La presenza di sintomi che traggono beneficio dall'assunzione di nitrati sublinguali o dal riposo non è predittiva di Sca. L'atipicità di presentazione è maggiore nei soggetti anziani, dove la presentazione di dispnea prevale sul sintomo dolore, nelle donne e nei diabetici.

Nessuno dei fattori di rischio classici è emerso in studi come predittore di Sca in caso di dolore toracico acuto senza immediata evidenza ecg.

L'assenza di fattori di rischio nei soggetti più giovani, non deve essere usata per decidere se sia necessario o meno approfondire il processo diagnostico.

Per approfondimento del processo diagnostico s'intende, principalmente, l'esecuzione dell'ecg e del prelievo ematico per gli enzimi cardiaci.

Sebbene alcune caratteristiche aumentino - o diminuiscano - la probabilità di origine ischemica, nessuna caratteristica di per sé è sufficientemente potente da permettere di escludere la probabilità dell'origine coronarica dei sintomi e dimettere il soggetto in base alla sola anamnesi dell'episodio di dolore toracico (Zuin et al, Documento di consenso AMNCO/SIMEU, 2016).

LE SCALE DEL DOLORE

La Nrs (o Scala di valutazione numerica) è una scala di misurazione in cui il paziente indica l'intensità del proprio dolore verbalmente o disegnando un cerchio sul numero che meglio la descrive. (Figura 1)

Lo strumento è rappresentato da una linea o barra orizzontale su cui è indicato un intervallo compreso tra i valori 0 e 10, corrispondenti rispettivamente a “nessun dolore” e “il peggior dolore immaginabile” (Breivik et al, 2008 - Hjermsstad MJ et al, 2011).



L'operatore chiede al paziente di indicare il numero che meglio descrive l'intensità dolore che prova: *“Mi indichi per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore prova in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile”*.

Se il paziente divaga, rispondendo per esempio con descrizioni verbali tipo: *“Sì ho un po' di dolore, ma non tanto”*, con calma richiedere: *“Mi indichi per cortesia con un numero da 0 a 10”*.

Attenzione a non suggerire la risposta o ad anticiparla, suggerendo la scelta. L'operatore non deve mai dire ad esempio: *“Ha detto che ha un po' di male, quindi sarà 2-3, vero?”*

La Nrs è una scala valida anche per i bambini ed adolescenti (Casstarlenas et al, 2017).

Il bambino deve comprendere lo strumento e riuscire ad associare l'intensità del proprio dolore ad un numero (L'Infermiere n. 3, 2017).

Se il paziente è un bambino e chiede che vuol dire *“il peggior dolore immaginabile”*, non fare esempi che abbiano a che fare con esperienze o supposizioni personali dell'operatore, ma dire semplicemente *“il peggior dolore che tu possa immaginare”* (Ministero della Salute, 2010).

Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere in-

fluenzata da molteplici fattori soggettivi e che, comunque, non va mai contestata, né commentata.

È documentato che molti soggetti con decadimento cognitivo leggero-moderato mantengono la capacità a riferire il dolore: il *self-report* in questi soggetti è il *gold standard* per la valutazione del dolore (Wheeler, 2006 – Storti et al, 2014). La somministrazione di scale del dolore nel soggetto con decadimento cognitivo leggero-moderato e limitazione dell'attenzione, richiede l'osservanza di alcune regole (Wheeler, 2006 – Storti et al, 2014) come: evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione; eliminare i possibili disturbi ambientali; assicurare una buona illuminazione; ripetere le istruzioni; utilizzare termini semplici; lasciare un tempo adeguato per rispondere e, se necessario, ripetere le domande utilizzando le stesse parole. Quando non è possibile ottenere una valutazione soggettiva, questa verrà eseguita con la scala Painad.

Punteggio da 0 a 10: 1-3: dolore lieve; 4-6: dolore moderato; 7-10: dolore severo.

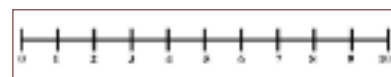


Figura 1. Nrs (Numerical Rating Scale (Downie et al, 1978, Breivik H et al, 2008) per adulti anche con deterioramento cognitivo leggero-moderato e bambini di età >8 anni

La scala di Wong-Baker (per bambini di età compresa fra i 3 e gli 8 anni) è costituita da sei facce, da quella sorridente (ovvero, "nessun male") a quella che piange (ovvero, "il peggior male possibile"). (Figura 2)

Faccia 1: "non fa male"; Faccia 2: "fa poco male"; Faccia 3: "fa abbastanza male"; Faccia 4: "fa male"; Faccia 5: "fa molto male"; Faccia 6: "fa malissimo".

L'operatore chiede al bambino: "Mi indichi la faccia che corrisponde al 'male' o al 'dolore' che provi in questo momento?". Si usa in genere il termine "male" per età dai 3 ai 5 anni, mentre "dolore" per età dai 6 agli 8 anni (Ministero della Salute, 2010).

Se necessario, spiegare anche al bambino: "La prima faccia non ha male/dolore, la seconda faccia ha un po' di male/dolore, la terza ha ancora un po' più di male/dolore, la quarta ha ancora di più male/dolore, la quinta ha molto male/dolore, la sesta è il peggior male/dolore che tu possa immaginare anche se non è necessario che tu pianga quando hai tutto quel male/dolore" (Wong D L, Baker C M, 1988-wongbakerfaces.org, Instructions 2016).

Se il bambino chiede che vuol dire "il peggior male/dolore possibile", non fare esempi che abbiano a che fare con esperienze o supposizioni personali, ma dire semplicemente "il peggior male/dolore che tu possa immaginare".

Attenzione al rischio che il bambino interpreti in modo inadeguato la richiesta, indicando la faccia che più gli piace: deve scegliere la faccia che meglio descrive come lui attualmente si sente.

E non suggerire al bambino la risposta, o ad anticiparla; non modificare la terminologia usata nella scala, ricorrendo a parole diverse da quelle indicate.

Attenzione a non chiedere l'intensità del dolore facendo riferimento ad un periodo di tempo già trascorso (esempio, se è pomeriggio, non chiedere informazioni sull'intensità del dolore che il bambino aveva di mattina o il giorno prima).

Bias mnestici sono frequenti nei bambini e l'intensità del dolore percepito nel momento attuale potrebbe creare distorsioni rispetto a quanto effettivamente provato prima dell'attuale condizione

(Ministero della Salute, 2010).

Punteggio da 0 a 10: 0: nessun dolore; 2: dolore appena percettibile; 4: dolore leggero; 6: dolore moderato; 8: dolore severo; 10: dolore insopportabile (si arriverebbe a piangere).



Figura 2. Wong-Baker *Faces pain rating scale* (Wong & Baker 1988). Bambini di età compresa 3-8 anni

	0	1	2
Volto	Espressione neutra o sorriso	Smorfie saltuarie. Sopracciglia aggrottate	Smorfie costanti. Tremolio del mento. Mandibola serrata
Gambe	Posizione normale o rilassata	Movimenti delle gambe a scatti o scalcianti Muscoli tesi	Gambe flesse/retrate
Attività	Tranquillo, si muove naturalmente. Gioca, interagisce con gli altri	Agitato si gira da un lato all'altro, si dondola avanti ed indietro	Rigido, inarcato. Movimenti spasmodici
Pianto	Non piange, sveglia o addormentato	Geme, si lamenta occasionalmente	Piange in modo continuo, urla e singhiozza
Consolabilità	Tranquillo, rilassato	Rassicurato dal contatto e dal tono della voce, è distraibile	Difficilmente consolabile, non si calma

Figura 3. Flacc Scale (Merkel SI et al. 1997). Bambini da 0 fino a 3 anni e quelli con deficit motori e/o cognitivi

La Flacc scale (*faces, legs, activity, cry, consolability*) (Merkel SI et al. 1997) è un valido strumento per misurare il parametro "dolore" nei reparti di emergenza nei bambini da 0 a 3 anni (De Matteis A, SI-MEUP, 2017).

Per ciascuno dei cinque indicatori comportamentali può essere attribuito un punteggio tra 0 e 2. Il bambino va osservato attentamente per qualche minuto: osservare le gambe e il corpo non coperti da lenzuola o altro e per un massimo di 5 minuti (attenzione a seguire le indicazioni corrette relative al *timing* di osservazione del neonato/bambino-Ministero della Salute, 2010); osservare la reattività, la tensione e il tono muscolare del corpo. Attuare interventi consolatori se necessario.

Attenzione a non interpretare in modo soggettivo il comportamento del neonato o del bambino: il foglio di *scoring* deve essere letto attentamente, al fine

di evitare sovra o sottostime della condizione di dolore del bambino. Bisogna distinguere la posizione di veglia rilassata da quella fissa e rigida: quest'ultima, infatti, potrebbe indicare una condizione di dolore cronico anche in assenza di pianto o di agitazione.

Punteggio da 0 a 10: 1-3: dolore lieve; 4-6: dolore moderato; 7-10: dolore severo. (Figura 3)

Nel dolore persistente, le risposte comportamentali possono essere ridotte, eccetto durante l'esacerbazione acuta.

Il comportamento dei bambini con dolore cronico può comprendere: postura anomala, paura di essere mosso, mancanza di interesse verso ciò che li circonda, mancanza di espressione facciale, maggiore irritabilità, tono dell'umore depresso, disturbi del sonno, variazioni dell'appetito, rendimento scolastico scarso. Alcuni bambini possono negare il dolore per paura di trattamenti più dolorosi (per esempio: la paura delle iniezioni).

I bambini con grave malnutrizione sono spesso sotto-stimolati e hanno uno sviluppo ritardato a causa della malnutrizione stessa e/o di condizioni croniche concomitanti. Questi, spesso, reagiscono in modo diverso al dolore rispetto a quelli ben nutriti.

I bambini denutriti possono non esprimere dolore con l'espressione facciale

e il pianto, ma possono piagnucolare o lamentarsi debolmente e avere risposte fisiche limitate a causa di sottosviluppo e apatia (linee-guida OMS, 2014).

La Painad (*Pain assessment in advanced dementia*) (Warden et al 2003) è una scala osservazionale, applicabile ai pazienti affetti di demenza avanzata.

In questi è estremamente importante l'osservazione delle modificazioni comportamentali correlate al dolore (espressione facciale, verbalizzazione, movimenti corporei, modificazioni nelle interazioni interpersonali).

Il paziente va osservato attentamente, per almeno 5 minuti, visto che possono esprimere dolore o disagio attraverso una serie di comportamenti come movimenti fisici irrequieti e varie vocalizzazioni angoscienti, come lamenti o urla.

Il dolore può essere esacerbato dal movimento che si compie nelle attività di vita quotidiana, e durante queste attività il paziente può manifestare resistenza alle cure, serrare i pugni, afferrare il caregiver. Il dolore non trattato può avere gravi conseguenze sulle persone che soffrono di demenza come: irritabilità, ridotta partecipazione alle attività, diminuzione dell'appetito, depressione (Horgans A, Miller L, 2008 - Storti et al, 2014).

Tuttavia, la valutazione del dolore nei pazienti con demenza è difficile. La gravità della malattia può modificare, attenuando o esacerbando la manifestazione del comportamento che esprime la sensazione dolorosa, e limitazioni funzionali causate dalla malattia e/o da altre condizioni cliniche concomitanti, possono impedire alcune espressioni comportamentali del dolore.

Sono fondamentali la conoscenza del paziente e/o le informazioni fornite dai familiari o dal caregiver per discriminare un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente, da uno con il quale il paziente potrebbe comunicare la presenza di dolore.

Per ogni *item* è previsto un punteggio da 0 a 2 in base alla gravità, dove 0 corrisponde all'assenza del comportamento che esprime dolore, 1 alla "presenza occasionale", 2 "alla continua o grave manifestazione del comportamento che esprime dolore". L'intensità del dolore

si associa alla somma dei singoli punteggi (Storti M, et al, 2014).

Punteggio da 0 a 10: 0-1: assenza di dolore; 2-4: dolore lieve; 5-7: dolore moderato; 8-10: dolore severo. (Figura 4)

Assistenza al paziente che ha dolore

Il dolore rappresenta la diagnosi infermieristica che oggi più comunemente viene fatta.

Tale diagnosi parte dalla raccolta dati du-

	0	1	2
Respiro	normale	respiro a tratti alterato, brevi periodi di iperventilazione	respiro alterato o periodico iperventilazione
Vocalizzazione	nessuna	saltuari lamenti o espressioni negative	ripetuti richiami, lamenti, pianto
Espressione facciale	inespressa o sorride	triste ansiosa contratta	smorfie
Linguaggio del corpo	rilassato	Teso, movimenti nervosi, irrequietezza	rigidità agitazione ginocchia piegate movimento afinalistico, a scatti
Consolabilità	non necessita	distratto o rassicurato dalla voce e dal tocco	inconsolabile

Figura 4. Painad, *Pain Assessment in advanced dementia* (Warden et al 2003). Pazienti con deterioramento cognitivo severo

Registrazione del dolore

Il dato rilevato viene descritto nelle note/anamnesi del paziente.

Occorre scrivere: il periodo di tempo trascorso dall'insorgenza del dolore (minuti, ore, giorni, periodi maggiori); trascrivere le caratteristiche rilevate, come indicato nel paragrafo valutazione del dolore; riportare l'intensità del dolore misurata attraverso la scala più idonea alla tipologia del paziente (Art 7, L. 38, 2010).

Compilare anche la scheda di gravità fornita dal triage Lazio già inserita nel sistema operativo Gipse.

Le valutazioni rilevate durante il ricovero verranno annotate sul diario. (Figura 5)

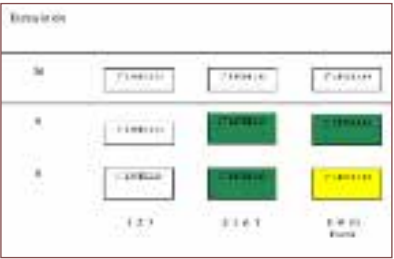


Figura 5. Scala di gravità del dolore. Triage Lazio

rante la fase di valutazione, utilizzando tutti gli strumenti di valutazione del dolore che può essere ulteriormente descritto collegandolo alla causa.

Le diagnosi infermieristiche maggiormente accettate sono "dolore acuto" e "dolore cronico", "riacutizzazione di dolore cronico".

È molto importante differenziarli, perché l'attenzione infermieristica è differente per ognuna delle diagnosi.

La diagnosi di dolore deve tener conto dell'interferenza nelle attività di vita quotidiana, soprattutto quanto il dolore incide sull'autonomia del paziente nella soddisfazione dei suoi bisogni fondamentali. Un dolore lieve interferisce poco nelle ADLs, mentre un dolore moderato può interferire significativamente e un dolore severo causa disabilità.

Gli interventi infermieristici dovrebbero partire dall'insegnamento al paziente dell'esistenza di stimoli che provocano dolore e altri che lo riducono, e delle tecniche non farmacologiche, che possono contribuire a ridurre il dolore (Raffaelli et al, 2010).

In fase di triage si attuano in particolare

questi interventi:

- Adeguata postura/adequata mobilizzazione
- Immobilizzazione di parti dolenti e di sospette fratture
- Applicazione di impacchi di ghiaccio
- Supporto psicologico, informazione, empatia
- Distrazione
- Trattamento farmacologico

Adeguata postura/adequata mobilizzazione

Il corretto posizionamento del paziente è fondamentale per garantire oltre che un indiscutibile benessere, un adeguato allineamento del corpo e prevenire contratture, lesioni da pressione, complicanze respiratorie e/o vascolari.

L'infermiere già durante l'attesa del paziente in triage cercherà di mettere in atto tutti quegli interventi che contribuiscono a favorire la posizione più adeguata e confortevole.

Le tecniche infermieristiche ci insegnano la corretta mobilizzazione per non provocare dolore o ulteriori lesioni al paziente.

Immobilizzazione

L'immobilizzazione e il riposo sono fondamentali per proteggere i tessuti da ulteriori lesioni (anche dei vasi e dei nervi), soprattutto in caso di sospetta frattura, e, in ogni caso, alleviano il dolore. L'elevazione della parte colpita dove c'è edema, riduce l'ulteriore aumento della pressione idrostatica nel tessuto lesso, favorisce il ritorno del sangue verso il cuore, diminuendo di conseguenza l'edema. Il paziente, quando è necessario e dove è possibile, verrà fatto accomodare in barella, e verranno utilizzati i presidi specifici di immobilizzazione, o anche mezzi di fortuna, se non sono disponibili. L'immobilizzazione su tavole rigide non causa solo un notevole disagio al paziente, ma è dimostrato che compromette la respirazione, provoca dolore e aumenta la formazione di lesioni da pressione. Pertanto, va usata con giudizio e deve essere rimossa entro due ore dall'arrivo in PS a favore di una superficie rigida imbottita. Durante la permanenza del paziente sull'asse spinale, deve essere posizionato un cuscino basso sotto l'occipite, al fine di ottenere la posizione neu-

tra della testa e la sua stabilizzazione (Bambi S, Becattini G, 2003 - Ham W et al, 2014 - White CC 4th, Domeier RM, Millin MG, 2014).

Applicare impacchi di ghiaccio

Si utilizza in caso di trauma.

Il ghiaccio produce un'azione antinfiammatoria e analgesica. La risposta iniziale dei vasi è una vasocostrizione, con conseguente riduzione dell'edema e della flogosi (riduzione della migrazione dei mediatori chimici dell'infiammazione dai vasi sanguigni verso il tessuto lesso), riduzione dello spasmo muscolare e diminuzione della velocità di conduzione lungo i tronchi nervosi.

Inoltre, il ghiaccio riduce l'entità del sanguinamento nel paziente che assume farmaci antiaggreganti o anticoagulanti, con forte riduzione della formazione di ematomi quando l'applicazione viene fatta fin da subito dopo il trauma (Teperman P, S, Devlin M, 1986).

L'applicazione del ghiaccio non deve essere mai a diretto contatto con la pelle, poiché potrebbe causare un danno ai tessuti sottostanti. Il ghiaccio e i dispositivi freddi devono essere applicati ad intervalli e per non più di 15 minuti per ogni applicazione (vasodilatazione, reazione contro il danno tissutale da una prolungata esposizione al freddo).

Supporto psicologico, informazione, empatia

L'accoglienza e l'utilizzo di un'efficace comunicazione è la strategia più impor-

tante per la valutazione del dolore e la fiducia del paziente.

Ascoltarlo parlare del proprio dolore e porre domande in modo chiaro. Esser disponibili all'ascolto, e garantire un ambiente il più possibile riservato è fondamentale quando si è di fronte a pazienti fragili con difficoltà a comunicare o dove si sospetta un maltrattamento.

L'acronimo "Gas" utilizzato in BIs, offre un ottimo spunto per iniziare delle riflessioni sulla comunicazione che avviene in PS e in particolare nella fase di triage: guardare la persona che si ha di fronte e compiere delle osservazioni, ascoltare ciò che comunica e la modalità con cui avviene la comunicazione, sentire con la mente, empaticamente.

La capacità di prendersi cura della persona, rappresenta, per l'infermiere, non solo il praticare tutte le attività assistenziali di base, ma va inteso come l'aiuto offerto affinché la persona possa esprimere i propri sentimenti, apprendere nuove capacità di affrontare i suoi problemi.

La capacità di ascoltare è una competenza complessa, con caratteristiche sia recettive che attive e include: l'attivazione dell'attenzione, il comunicare con il proprio atteggiamento non verbale, l'essere interessati a tutto quello che viene detto dal paziente, l'osservazione, la comprensione del messaggio come capacità di decifrarne il contenuto espresso e quello latente. Affrontare in silenzio sentimenti di paura, noia, rabbia, tristez-



za o imbarazzo senza provare disagio, costituisce un'importante competenza per chi si occupa di relazioni di aiuto.

Informare presuppone "sapere" e cioè aver chiaro il problema, i modi per prevenirlo e le risorse da attivare per risolverlo. L'informazione è un importante strumento di relazione d'aiuto e della fiducia del paziente (Belletrutti L, Deiana C, Triage decision making, 2009).

Distrazione

Si tratta della tecnica non farmacologica più utile in età pediatrica. Un modo per focalizzare l'attenzione del bambino su uno stimolo alternativo, al fine di permettere un'alterazione della sua percezione sensoriale.

Il bambino, concentrandosi su qualcosa di diverso dal dolore, può riuscire ad allontanare l'ansia e la paura.

Un metodo molto efficace per distrarre il bambino molto piccolo dal suo dolore è soprattutto il gesto di abbracciarlo, accarezzarlo, cullarlo e la suzione non nutritiva.

Il bambino più grande può essere coinvolto in attività passive (la visione della tv) o attive (gioco, lettura, disegno, a seconda di interessi e preferenze) (Ministero della Salute, 2010).

La distrazione è un valido aiuto per la valutazione del grado di attività e consolabilità del bambino. Lui e i suoi genitori vengono fatti accomodare in una saletta d'attesa pediatrica.

Trattamento farmacologico del dolore: somministrazione del paracetamolo

L'effetto analgesico del paracetamolo è riconducibile ad un'azione diretta a livello del Sistema Nervoso Centrale, probabilmente mediata dal sistema oppioide e serotoninergico, oltre che ad un'azione di inibizione della sintesi delle prostaglandine a livello centrale (AIFA, 2017). Sulla base del meccanismo d'azione centrale, il paracetamolo non presenta gli eventi avversi tipici dei FANS sull'attività inibitoria delle prostaglandine a livello periferico e, per tale motivo, presenta una migliore tollerabilità gastrointestinale, renale, cardiovascolare. Se assunto in dosi terapeutiche, non si manifestano effetti indesiderati a carico del sistema epatico (OMS, 2014).

Il paracetamolo è un farmaco largamen-

te usato nel trattamento del dolore in urgenza, come prima scelta nel dolore lieve-moderato e per quello di maggiore entità consente di ridurre il consumo di oppioidi (Raccomandazioni Intersocietarie Italiane, 2014).

In generale, il paracetamolo è un farmaco sicuro, ampiamente utilizzato per il trattamento della febbre e del dolore in tutto il mondo. Anche in pediatria è largamente utilizzato (De Martino, 2015). I farmaci a disposizione per trattare il dolore acuto in età pediatrica sono essenzialmente oppioidi (per il dolore moderato-severo) e farmaci non oppioidi, impiegati per trattare il dolore acuto lieve-moderato, in prima battuta (Pediatria Preventiva & Sociale, 2017).

L'Infermiere di triage somministra paracetamolo, previa valutazione dei pazienti con criteri di esclusione o in cui somministrare "con cautela", e secondo le indicazioni AIFA ai pazienti con sintomatologia dolorosa traumatica e non, con punteggio di dolore Nrs 4 - Flacc 4 - Wong Baker 6 - Painad 4.

In alcuni casi, la somministrazione di paracetamolo aumenta il rischio di alterazioni anche gravi a carico del rene, del fegato o del sangue. In caso di dosi elevate e uso protratto è necessario valutare la funzione epatica, renale e la crasi ematica (AIFA 22/07/2017). Per quanto riguarda alcune sintomatologie dolorose potrebbe essere necessaria una terapia più mirata, con altri farmaci (ad esempio, nel dolore epigastrico), se la causa non è cardiaca è più indicata la somministrazione di omeprazolo.

Nella lombalgia, in pazienti over16: Fans o paracetamolo + oppioidi (Nice guideline 2017).

Quando si somministra paracetamolo è necessario rispettare le dosi stabilite per età e peso del paziente, gli intervalli di tempo indicati dalle note AIFA e considerare i casi in cui la somministrazione è controindicata o in cui è necessario un attento monitoraggio dei valori ematici. I pazienti esclusi dalla somministrazione del paracetamolo sono: allergici; che abbiano assunto paracetamolo o altri farmaci contenenti paracetamolo da meno di 4 h; che abbiano ricevuto terapia per il dolore in ambito pre-ospedaliero; che

stiano assumendo paracetamolo a dosi elevate e protratte (più di 3 gg) (AIFA 22/07/2017); con grave insufficienza epatica (cirrosi, etilisti cronici); anemia emolitica; grave insufficienza renale; GCS 13; segni di irritazione meningea; Chest Pain Score 4; codice giallo per dolore e sintomatologia addominale; dolore addominale epigastrico

Pazienti in cui la somministrazione del paracetamolo deve essere eseguita "con cautela" (AIFA 22/07/2017): epatopatia lieve-moderata, sindrome di Gilbert; nefropatia lieve-moderata; cachesia; disidratazione; carenza di glucosio-6-fosfato deidrogenasi (favismo); trattamento con anticoagulanti (monitoraggio INR).

In questi casi, se il paziente sta già assumendo paracetamolo in dosi massime consentite dall'AIFA da un giorno, non somministrare. Mentre, in gravidanza e allattamento il paracetamolo è considerato il farmaco più sicuro. Tuttavia, deve essere somministrato solo in caso di effettiva necessità (indicazioni AIFA).

Alcuni studi dimostrano interferenza con il sistema endocrino del feto nei casi di somministrazione prolungata del farmaco (Van den Driesche S, Macdonald J et al, 2015).

Gli effetti indesiderati sono i seguenti: rash cutanei con eritema od orticaria, angioedema, edema della laringe, shock anafilattico, reazioni cutanee di vario tipo e gravità inclusi casi di eritema multiforme, sindrome di Stevens Johnson e necrosi epidermica, trombocitopenia, leucopenia, anemia, agranulocitosi, alterazioni della funzionalità epatica ed epatiti, alterazioni a carico del rene (insufficienza renale acuta, nefrite interstiziale, ematuria, anuria), reazioni gastrointestinali e vertigini (AIFA 2017).

Vie di somministrazione e formulazioni del paracetamolo: la dose viene scelta facendo riferimento alle indicazioni AIFA (ultimo aggiornamento 22/07/2017).

La somministrazione di paracetamolo può essere eseguita per via orale, rettale o endovenosa.

In età adulta, per il dolore moderato-severo la dose indicata è di 1000 mg ed è preferibile la via e.v. (vedere indicazioni AIFA per quanto riguarda il peso). La du-

rata della somministrazione per l'efficacia del farmaco deve essere di 15 minuti (AIFA 22/07/2017). Quando viene somministrato per via orale scegliere le formulazioni da sciogliere in acqua. La somministrazione orale è più rapida e completa a stomaco vuoto.

Per quanto riguarda le vie di somministrazione di riferimento per il trattamento del dolore in pediatria, le linee-guida raccomandano di prediligere le formulazioni orali, in quanto l'assorbimento del principio attivo per via rettale potrebbe essere irregolare o non completo. La via rettale resta un'alternativa in caso di vomito, problemi di deglutizione o qualsiasi condizione che impedisca la somministrazione per via orale (OMS, 2014-Me-

dicina e Doctor, 1/2017).

Registrazione degli interventi di nursing e della terapia

L'infermiere annoterà, nella sezione del Gipse, note/anamnesi, gli interventi di nursing messi in atto.

Se il paziente acconsente al trattamento, annoterà anche la somministrazione del paracetamolo, indicandone la formulazione e il dosaggio (Art 7, L. 38, 2010).

Monitoraggio e rivalutazione del dolore

La rivalutazione del dolore dei pazienti in attesa sarà eseguita secondo i tempi previsti per ogni codice colore, al peggioramento o al miglioramento della sintomatologia, ogni volta che vi sia una nuova segnalazione di dolore.

L'assorbimento del paracetamolo per

via orale è rapido e completo. Le massime concentrazioni nel plasma sono raggiunte tra 30 e 60 minuti dopo l'ingestione (AIFA, 2017).

A stomaco vuoto e disciolto in acqua, l'effetto analgesico compare ancora più rapidamente (Rygnestad T et al, 2000 – Di Girolamo G et al, 2007). L'azione analgesica del paracetamolo per infusione inizia dopo 5-10 minuti dall'inizio della somministrazione.

Il picco dell'effetto analgesico si ottiene in un'ora e la durata è, di norma, da quattro a sei ore (AIFA, 2017).

AUTORE:

Margherita Morelli, infermiera PS/DEA Ospedale G.B.Grassi Ostia, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Giroto E, Barin M et al, *La gestione infermieristica del dolore nei codici bianchi e verdi in Pronto Soccorso: indagine conoscitiva e proposta di un percorso integrato*. L'Infermiere n. 4, 2015.
- Todd K.H, Ducharme J, Choiniere M, *Dolore al pronto soccorso: risultati dello studio multicentrico dell'iniziativa antidolorifica (PEMI)*. Journal of Pain, 2007.
- Tsai I.P, Jeong S.Y, Hunter S, *Pain assessment and management for older patients with dementia in hospitals: an integrative literature review*.
- Cox F, *Basic principles of pain management: assessment and intervention*. Nursing standard, vol 25, 2010.
- Raccomandazioni Intersocietarie Italiane (SIAARTI, SIMEU, SIS 118, AISD, SIARED, SICUT, IRC) sulla gestione del dolore in emergenza. Minerva anestesiológica. 2014.
- Butti L, Bierti O, Lanfrit R et al, *Evaluation of the effectiveness and efficiency of the triage emergency department nursing protocol for the management of pain*. Journal of pain research, 2017.
- Bailey B, Trottier E.D, *Managing Pediatric Pain in the Emergency Department*. Pediatric Drugs, 2016.
- Zuin G, Parato V.M, Groff P et al, *Documento di consenso AMNCO/SIMEU: gestione intraospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico*. Giornale Italiano di Cardiologia vol 17, 2016.
- Campana M, *L'efficacia del chest Pain Score nell'identificazione al triage del dolore toracico di origine cardiaca*. L'Infermiere n. 6, 2016.
- Downie W.W, Leatham P.A, Rhind V.M, Wright V, Branco J.A, Anderson J.A, *Studies with pain rating scales*. Annals of the Rheumatic Diseases, 1978.
- Brevik H et al, *Assessment of pain*. British Journal of Anaesthesia, 2008.
- Hjermstad M.J, Fayers P.M, Haugen D.F et al, *Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adult: a systematic literature review*. Journal of Pain and Symptom Management, 2011.
- Castarlenas E, Mark P J, Carl L.V.B, Mirò J, *Psychometric Properties of the Numerical Rating Scale to Assess Self-reported Pain Intensity in Children and Adolescents: A Systematic Review*. Clinical Journal of Pain, 2017.
- Wheeler M.S, *Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment*. Home Healthcare Nurse, 2006.
- Cosmai S, Ghidini M et al, *Le scale di misurazione del dolore per le diverse fasce d'età. Una revisione della letteratura*. L'Infermiere n. 3, 2017.
- FNOP, *Valutazione e gestione del dolore nel bambino*. Percorsi guidati, 2017.
- Col D, *Il dolore nella quotidianità assistenziale*. Congresso Nazionale Aniasi, 2000.
- Domenicali C, Ballardini E, Garani G, Borgna-Pignatti C, Dondi M, *Le scale di valutazione del dolore neonatale: una rassegna*. Medico e bambino, 2014.
- Ministero della Salute, *Il dolore nel bambino strumenti pratici di valutazione e terapia*. 2010.
- Wong D.L, Baker C.M, *Pain in children: comparison of assessment scales*. Pediatric nursing, vol 14, 1988.

wongbakerfaces.org, *Instructions for use*, 2016.

Merkel S.L, Voepel-Lewis T, Shavevitz J.R, Malviya S, *The FLACC: a behavioral scale for scoring post-operative pain in young children*. Pediatric nursing, 1997.

De Matteis A, Romano R, Iafusco M, *L'utilizzo della scala FLACC per il dolore acuto in pronto soccorso*. SIMEUP, 2017.

Costardi D, Rozzini L et al, *The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2007.

Horgans A, Miller L, *Pain assessment in people with dementia*. American Journal of nursing, 2008.

Storti M, Bertozzo E et al, *The measurement of pain in patients with dementia: a review appropriate tools*. Recenti progressi in medicina, 2014.

Warden V, Hurley A.C, Volicer L, *Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale*. Journal of the American Medical Directors Association, 2003.

Pozzi F, *Le scale utilizzate dall'Infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave*. Ispasvi Como, Agorà n.48, 2011.

Protocollo Triage ospedaliero Regione Lazio

Raffaelli W, Montalti M, Nicolò E, *L'infermieristica del dolore*. Piccin, 2010.

Monopoli A, Bruni M.C, *Gestire il dolore: l'importanza della relazione d'aiuto nelle cure palliative. L'infermiere tra scienza e coscienza. La parola a noi*. Periodico trimestrale di informazione, anno XXII, n. 3, 2016, IPASVI Taranto.

Bambi S, Becattini G, *Use of devices for spine immobilization for trauma patients at the emergency department: review of the literature*. Assistenza Infermieristica e ricerca, 2003.

Ham W, Schoonhoven L, Schuurmans M.J, Leenen L.P, *Pressure ulcers from spinal immobilization in trauma patients: a systematic review*. The journal of trauma and acute care surgery, 2014.

Cordell W.H, Hollingsworth J.C, Olinger M.L, Stroman S.J, Nelson D.R, *Pain and tissue interface pressures during spine-board immobilization*. Annals of emergency medicine, 1995.

White C.C 4th, Domeier R.M, Millin M.G, *EMS spinal precaution and the use of the long backboard-resource document to the position statement of the National Association of EMS Physicians and the American College of Surgeons Committee on Trauma*. Prehospital emergency care, 2014.

Tepperman P.S, Devlin M, *The Therapeutic Use of Local Heat and Cold*. Official Publication of the College of Family Physicians of Canada, 1986.

Matthew N, Koeppen B.M, Stanton B.A, *Principi di Fisiologia di Berne & Levy*. Edizione Italiana a cura di Manzoni T, Elsevier Masson, 2007.

Belletrutti L, Deiana C, *Triage decision making*. Edizioni medico scientifiche, 2009.

Careddu D, Domenico E, Pellegrini G, *Appropriatezza dell'uso del paracetamolo in pediatria: paracetamolo 120 mg/5 ml sciroppo-paracetamolo 100 mg/ml gocce orali, soluzione*. Medina e Doctor, 2017.

Marseglia G.L, Marchisio P, Poddighe D, Capecchi E, Barberi S, *La gestione del dolore in età pediatrica*. Pediatria Preventiva & Sociale Organo ufficiale della Società Italiana di Pediatria. Suppl. al n. 3, anno XII, 2017.

Minute M, Massaro M, Barbi E, *Trattamento del dolore in pronto soccorso*. Prospettive in pediatria rivista della Società italiana di Pediatria. Vol 42, 2012.

Linee-guida Oms sul trattamento farmacologico del dolore persistente nei bambini con patologie croniche gravi. Fondazione IRCCS istituto nazionale dei tumori, 2014.

De Martino M, Chiarugi A, *Recent advances in pediatric use of oral paracetamol in fever and pain management*. Pain and Therapy, 2015.

Jeric M, Surjan N, Jelicic Kadic A, Riva N, Puljak L, *Treatment of acute migraine attacks in children with analgesics on the World Health Organization Essential Medicines List: a systematic review and GRADE evidence synthesis*. Cephalalgia: an international journal of headache, 2017.

Linee-guida urolitiasi, Associazione Europea di Urologia, 2017.

Low back pain and sciatica in over 16s. NICE Guideline, 2017. Van den Driesche S, Macdonald J et al, *Prolonged exposure to acetaminophen reduces testosterone production by the human fetal testis in a xenograft model*. Science Translational Medicine, vol 7, 2015.

Rygnestad T, Zahlsen K, Samdal F.A, *Absorption of effervescent paracetamol tablets relative to ordinary paracetamol tablets in healthy volunteers*. European journal of clinical pharmacology, 2000.

Di Girolamo G, Opezzo J.A, Lopez M.I et al, *Relative bioavailability of new formulation of paracetamol effervescent powder containing sodium bicarbonate versus paracetamol tablets; a comparative pharmacokinetic study in fed subjects*. Expert Opinion on pharmacotherapy, 2007.

Grattan T, Hickman R, Darby-Dowman A, Hayward M, Boyce M, Warrington S, *A five way crossover human volunteer study to compare the pharmacokinetics of paracetamol following oral administration of two commercially available paracetamol tablets and three development tablets containing paracetamol in combination with sodium bicarbonate or calcium carbonate*. European journal of pharmaceuticals and biopharmaceuticals, 2000.

AIFA, *Tachipirina, Riassunto delle caratteristiche del prodotto*, ultime raccomandazioni, 2017.

Riferimenti

1. Profilo professionale, decreto 739, 14 settembre 1994
2. Legge 42, 26 febbraio 1999, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
3. Legge 251, 10 agosto 2000, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica
4. Codice deontologico dell'infermiere. Federazione collegi Ispasvi delibera 1/9 del 10/01/2009.
5. Carta dei diritti sul dolore inutile, Cittadinanzattiva, 2005,
6. Provvedimento 24 maggio 2001: accordo tra il Ministero della Sanità, le Regioni e le Province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore".
7. Legge 38. 15 marzo 2010, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Il professionista infermiere Il punto di vista dei politici attraverso un'indagine conoscitiva

di Raffaele Piscitelli, Filippo Quarta, Dino Parisi, Francesco Scerbo

*"Noi non dobbiamo essere più le braccia di un'altra mente pensante,
ma le braccia della nostra mente pensante".*

INTRODUZIONE

Che titoli ha un infermiere? Quanti anni ha studiato per diventarlo? Quale il suo grado di autonomia nel suo lavoro?

Se un cittadino comune può avere difficoltà - entrato in ospedale - a riconoscere le divise, a leggere i cartellini, a interpretare il significato di sigle e di qualifiche, a capire, insomma, chi è e cosa fa un infermiere, un legislatore, che prende decisioni e amministra la Cosa Pubblica, dovrebbe avere qualche strumento in più per conoscere la materia.

Il presente elaborato vuole valutare il grado di conoscenza dell'infermiere da parte della classe politica italiana.

L'interesse per lo sviluppo di tale studio è sorto dal fatto che tutt'oggi, nonostante le mille battaglie e i continui cambiamenti, l'infermiere continui a non essere ritenuto un professionista intellettuale quale è, perché vittima di pregiudizi legati al passato, che tendono a "declassare" la professione.

La percezione che ha la gente è che l'infermiere continui ad essere tale per vocazione, insomma che si tratti di una sorta di "missionario". E il lavoro dell'assistenza, nelle sue varie componenti relazionali, pur avendo un fortissimo impatto sulla quotidianità lavorativa degli infermieri,

non ha, dal punto di vista delle Istituzioni, né un luogo né un tempo dedicato.

Ma l'istituzione della figura dell'infermiere ha portato ad un maggior carico di responsabilità (tutte previste dalle norme penali, con profondi cambiamenti sia nel mondo della formazione che nell'esercizio professionale) pur contribuendo al consolidamento dell'identità professionale. Oggi, è l'unico responsabile dell'assistenza infermieristica e, alla luce dell'importanza del ruolo assunto ha una realtà incontestabile, sotto il punto di vista giuridico, dell'iter formativo ma soprattutto dell'autonomia professionale.

L'infermiere ha acquisito un vero e proprio status sociale grazie alla razionalizzazione del suo ruolo nella società, collocandosi nelle professioni sanitarie secondo criteri razionali di competenza e specializzazione.

Con la nascita del canale universitario, della durata legale di tre anni e la possibilità di accedere a corsi di formazione post-base (specializzazioni e Master di I e II livello, che permettono la specializzazione in diversi ambiti assistenziali), l'infermiere non solo esercita la professione in più campi, ma afferma la propria autonomia professionale acquistando, di conseguenza, maggiori responsabilità es-

sendo egli in possesso dei titoli necessari per poter provvedere all'assistenza infermieristica.

Tramite un'indagine conoscitiva si evidenzia, però, quanto, effettivamente, la politica italiana presti attenzione all'importanza dell'infermiere, sia a livello sanitario che sociale.

Inoltre, viene rilevata la loro conoscenza riguardo le responsabilità e l'autonomia proprie dell'infermiere e in quali ambiti egli eserciti tale professione.

L'obiettivo di quest'indagine è di andare a rilevare la percezione, da parte dei politici nostrani, della figura della professionista infermiere e dell'importanza del ruolo che riveste in ambito sanitario e sociale.

Tramite questa si è voluto soprattutto evidenziare quanto, effettivamente, la classe politica italiana sia a conoscenza di quelle che sono, al momento, le competenze del professionista infermiere, il quale, in relazione alla professione medica, passa da una concezione esecutiva e ausiliaria a quella di un professionista sanitario.

Lo studio di natura conoscitiva è stato eseguito nel piazzale antistante la Regione Lazio e nei pressi del Campidoglio di Roma. La ricerca è stata eseguita grazie

alla collaborazione dei politici, ai quali è stata somministrata un'intervista strutturata.

Sono stati invitati a sottoporsi all'intervista 79 politici: in 23 hanno rifiutato. Il numero totale delle interviste somministrate è stato di 56.

Non se ne conosce la fazione politica, in rispetto della privacy.

MATERIALI E METODI

Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra giugno e dicembre 2016.

I quesiti sono divisi idealmente in due parti: la prima intende raccogliere informazioni riguardo la conoscenza e la percezione della figura del professionista infermiere; la seconda è più indirizzata verso le conoscenze sul tipo di lavoro svolto; gli ambiti in cui esercita e le responsabilità ad esso correlate.

ANALISI DEI RISULTATI

È stato chiesto ai politici partecipanti allo

studio se fossero a conoscenza del titolo formativo proprio dell'infermiere.

Tra le risposte, il 56% ha dichiarato che l'infermiere è: *"un professionista totalmente dipendente dagli altri"*, il 27% lo inquadra come un: *"professionista parzialmente dipendente dagli altri"*, e solo il 13% come un: *"professionista autonomo quale lui è"*; il restante 4% paragona l'infermiere a *"un operatore socio-sanitario che dipende dagli altri professionisti"*. (Figura 1)

Al campione intervistato è stato chiesto se fosse a conoscenza del tipo di titolo che deve conseguire l'infermiere per diventare tale.

Tra le risposte, il 69% dei politici intervistati ha dichiarato che il titolo da conseguire è una specializzazione post-diploma; solo il 16% è a conoscenza del fatto che, per diventare infermiere, è d'obbligo iscriversi all'Università; il 14% ritiene che bisogna frequentare la scuola media superiore, e il restante 1%, addirittura, quella media inferiore. (Figura 2)

La domanda 3 è stata formulata per capire se i politici erano a conoscenza della

durata del corso di studio dell'infermiere. Il 45% degli intervistati ha dichiarato che la durata del corso per diventare infermiere è di sei mesi di studio; il 23%, un anno; il 13% due anni; solo il 9% dei politici è a conoscenza del fatto che, ad oggi, il corso di studi in Infermieristica è articolato in tre anni; la restante parte, il 10%, addirittura non sa quale risposta scegliere. (Figura 3)

La domanda 4, in riferimento alle precedenti, è stata formulata per capire se i politici erano a conoscenza dell'esistenza o meno di corsi di specializzazione per gli infermieri.

Il 78% degli intervistati ha dichiarato che esistono corsi di specializzazione per gli infermieri; il 20% non sa quale risposta dare; il restante 2% crede che non esistano corsi di specializzazione per gli infermieri.

La domanda 5 è stata formulata per capire se i politici fossero a conoscenza delle materie insegnate durante il percorso formativo dell'infermiere.

Tra le risposte più significative, il 71% degli intervistati ha dichiarato che le ma-



Figura 1

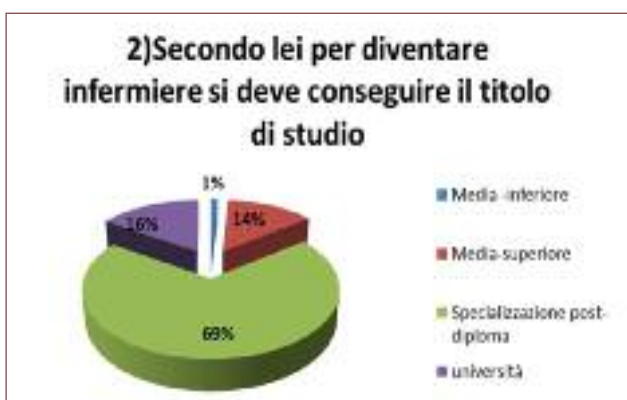


Figura 2

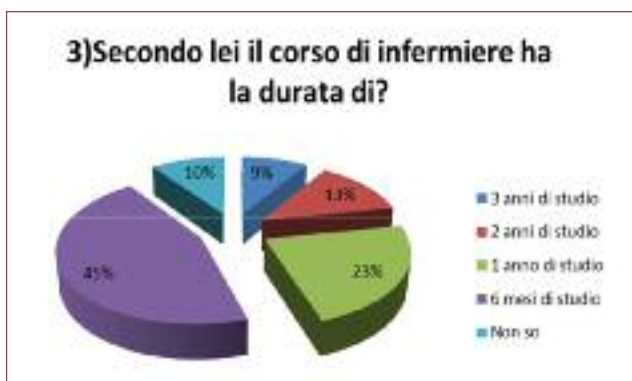


Figura 3

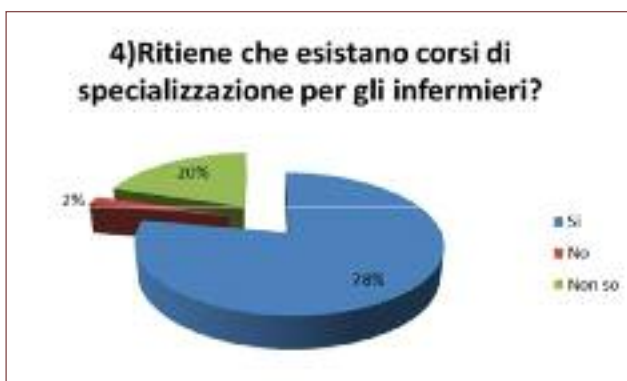


Figura 4

terie insegnate sono prettamente tecniche infermieristiche. (Figura 5)

La domanda 6 è stata formulata per capire se l'infermiere, secondo gli intervistati, fosse dipendente o meno del personale medico.

Tra le risposte, l'86% degli intervistati ha dichiarato che l'infermiere lavora alle dipendenze del medico; l'11% in collaborazione; solo l'1% pensa che egli lavori in modo autonomo e il restante 2% non sa cosa rispondere. (Figura 6)

Valutando se i politici fossero in grado di distinguere un infermiere da altre figure sanitarie, tra le risposte il 64% degli intervistati ha dichiarato di distinguere l'infermiere dalle altre figure sanitarie grazie ad una divisa differente; il 13% dei politici dichiara di riconoscerlo dal cartellino di riconoscimento; un altro 13% sia dalla divisa differente che dal cartellino di riconoscimento; il 7% lo riconosce solo in parte, e il restante 3% non riesce nemmeno a riconoscerlo. (Figura 7)

Nella formulazione della domanda 8, si è cercato di capire quanto sia importante, secondo i politici, che l'infermiere ef-

fettui una rilevazione dei bisogni della persona per garantire un'adeguata assistenza. Tra le risposte, il 32% di essi ha dichiarato che *"è abbastanza importante"*, il 31% ha risposto *"poco importante"*, solo il 27% ha dichiarato che *"è molto importante"*, e il restante 10% ha risposto per assurdo che *"non è importante"*. (Figura 8)

Successivamente, la domanda 9 è stata formulata per indagare quanto i politici conoscano determinate attività e relative funzioni svolte dal professionista infermiere in ambito lavorativo.

Nella domanda sono state elencate sei diverse attività del contesto ospedaliero, ed è stato chiesto a quale figura sanitaria competessero.

Le attività elencate sono: trasporto dei malati in carrozzina, pulizia dei presidi sanitari, trasporto di provette e materiale letterario, pulizia della stanza, distribuzione del cibo.

Tra le risposte, il 58% dei politici intervistati ritiene che tali attività competano alla figura dell'infermiere in collaborazione con l'operatore socio-sanitario; so-

lo il 36% sostiene che queste attività competano all'infermiere; il 3% ritiene che queste attività competano al medico-infermiere, il 2% al medico-infermiere-Oss; il restante 1% al medico-Oss. (Figura 9)

È stata formulata la domanda 10 per indagare quanto i politici fossero a conoscenza di determinate attività e relative funzioni svolte dal professionista infermiere in ambito lavorativo.

Nella domanda sono state elencate quattro diverse attività del contesto ospedaliero, ed è stato chiesto a quale figura sanitaria competessero. Le attività elencate sono: capire il contenuto di una prescrizione farmacologica, somministrare farmaci, informare il paziente sul proprio stato di salute e malattia, fare educazione sanitaria.

Tra le risposte, il 45% degli intervistati ha dichiarato che tali attività competono al medico; solo il 38% ritiene che competano all'infermiere; mentre il restante 17% all'Operatore socio-sanitario. (Figura 10)

La domanda 11 è stata formulata ai po-



Figura 5

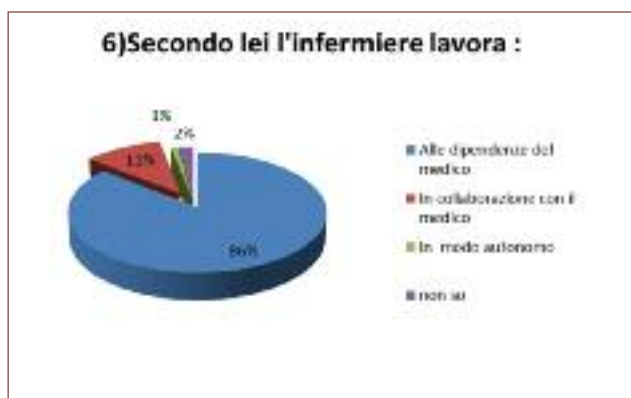


Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

litici per capire a quale professionista poteva essere paragonato l'infermiere, in base alla durata del percorso di studio. Tra le risposte, il 31% dei politici ha dichiarato che può essere paragonato ad un fisioterapista; il 30% ad un tecnico di laboratorio; il 27% ha dichiarato che l'infermiere può essere paragonato ad un Operatore socio-sanitario; il restante 12% ha dichiarato che l'infermiere non può essere paragonato a nessuna delle figure precedenti. (Figura 11)

DISCUSSIONE

Dai dati raccolti, è emerso che l'infermiere, oltre ad essere sottovalutato in ambito sociale, lo è anche dai nostri politici, primi a doverne valorizzare la professionalità.

Si pensi al 56% degli intervistati che ritengono l'infermiere un "professionista totalmente dipendente dagli altri", senza pensare a quella che è la libera professione in totale indipendenza (solo il 13% definisce l'infermiere un professionista autonomo).

Altro dato preoccupante emerge dalla parte del questionario, quando è stato chiesto ai politici quale fosse la durata del percorso di studi di un infermiere. È assurdo pensare che, ad oggi, ben il 45% degli intervistati crede che, per diventare infermiere, occorra seguire un corso della durata di sei mesi, e solamente il 9% ha fornito una risposta corretta (cioè, tre anni di studio).

Altamente confermata la diretta dipendenza dell'infermiere dal medico, visto ancora come quel "semplice" mero esecutore, i cui compiti sono il trasporto dei malati e delle provette, la pulizia della

stanza, dei presidi sanitari, la distribuzione del vitto. Tutte attività svolte, ora, da personale ugualmente qualificato, ma che non è infermiere.

Somministrazione farmacologica, educazione sanitaria, progettazione di un piano di

assistenza sono ritenute tuttora attività svolte dal medico, come evidenziato nel 45% dei casi (dato utile a capire quanto ancora è misconosciuta la professione infermieristica).

È utile sottolineare, dunque, **quanto poco conoscano i nostri politici la professione infermieristica**, sviluppatasi tanto nel passare degli anni, ma ancora poco valorizzata.

CONCLUSIONI

Dal 1999, l'infermieristica non è più professione sanitaria ausiliaria: finalmente, questa anacronistica e impropria definizione attribuita viene definitivamente cancellata da una legge dello Stato.

Si sancisce il campo proprio di attività e responsabilità della professione infermieristica, determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo professionale, dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dai Codici Deontologici che la professione si dà. Ora, finalmente, l'infermiere è un vero professionista intellettuale. Quanta stra-



Figura 10

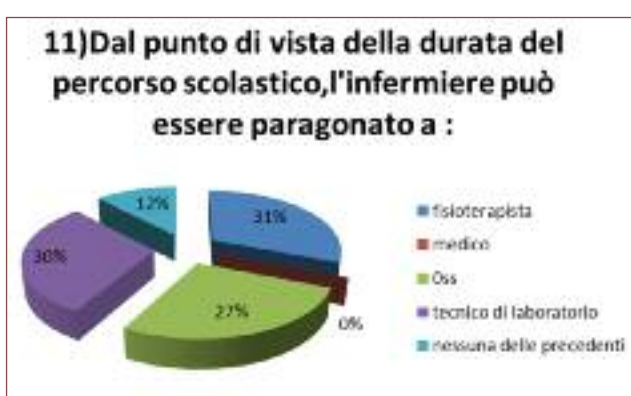


Figura 11

da, in pochi anni, con l'impulso forte e determinato di quel magnifico giorno del **luglio 1994** che ha rappresentato l'orgoglio di essere infermieri, uno scatto di dignità professionale ed un fondamentale momento di affermazione nel nostro status di professione intellettuale.

Ciò nonostante, ad oggi, l'opinione comune è che "abbiano una vocazione". La realtà, invece, è che questa vocazione viene sfruttata fino alla fine dalle amministrazioni e, ad un certo punto, perde valore, significato.

Allo stato attuale, qualunque cosa si dica o si pensi, l'infermiere, anche se dottore infermiere, esplica delle funzioni che ormai dovrebbero essere attribuite ad altro personale.

Pensandoci bene, è forse anche il fatto di chiamarsi "infermieri" che ci lega, ancora oggi, indissolubilmente alle mansioni e ai tanti stereotipi del passato (vecchiame, per carità, che però sembra davvero ancora difficile da sradicare dal nostro nome!).

È proprio questo l'obiettivo che ci si proponeva attraverso la stesura di questo

elaborato: capire quanto la classe politica conosca quello che è oggi l'infermiere, un professionista infermiere.

Ciò è stato possibile grazie ad un'indagine conoscitiva che ha reso possibile, mediante un'intervista strutturata ai politici, capire se i nostri politici conoscono la figura infermieristica.

Dai dati raccolti, è emerso come essi ne sappiano poco o nulla del percorso formativo, delle responsabilità e di quelle che sono le principali funzioni. È assurdo e sconcertante pensare quanto poco sia conosciuto l'infermiere da quelli che dovrebbero essere i rappresentanti e i principali sostenitori di una tale figura di rife-

ramento. Sarebbe utile pubblicizzare, a livello mediatico, chi è l'infermiere, per permettere che si evinca la sua vera importanza.

La strada, certo, sarebbe facilitata dall'inserimento, nel Parlamento stesso, di un maggior numero di infermieri che possano fare da portavoce ad una professione intera e partecipare alle decisioni legislative che riguardano la Sanità. Le istituzioni e le classi politiche dovrebbero comprendere che, grazie al contributo del personale infermieristico e al suo coinvolgimento nelle scelte organizzative rilevanti, si potrà avere una modernizzazione del sistema, e, nel nostro

piccolo, è anche attraverso questo elaborato che si spera di dare un minimo contributo alla "causa".

AUTORI:

Raffaele Piscitelli, infermiere presso IRRCS Fondazione Santa Lucia;
Filippo Quarta, infermiere presso Azienda universitaria ospedaliera Policlinico Umberto I;
Dino Parisi, infermiere presso ospedale San Giovanni Evangelista-Tivoli;
Francesco Scerbo, Ph.D. Candidate in Public Health and Nursing; consigliere Opi di Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Daniels R, Grendell R.N, Wilkins F.R, *Basi dell'assistenza infermieristica*, Piccin, 2014.
- Rocco G, Costantino C, Alessandro S, *La storia del Nursing in Italia e nel contesto internazionale*, Franco Angeli, 2015.
- Manzoni E, *Le radici e le foglie una visione storico – epistemologica della disciplina infermieristica*, Casa editrice Ambrosiana, 2016. Illed.
- Festini F, Nigro A, *Prima di Florence Nightingale. La letteratura infermieristica italiana 1676-1846*, libreria universitaria.it, 2012.
- Celeri Bellotti G, Destrebecq A.L, *Storia dell'assistenza infermieristica in Occidente. Dalla Preistoria all'Età moderna*, Piccin, 2013.
- Deiana C, Rocco G, Silvestro A, *Guida all'esercizio della professione di infermiere*, C.G. edizioni medico scientifiche, 2014. Illed.
- Sutphen M, Leonard L, Day L, Benner P, *Formazione infermieristica: strategie per una trasformazione radicale*, Edra, 2015.
- Gamberoni L, Lotti A, Marmo G, Rocco G, Rotondi P, Sasso L, Tousijn W, *L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo*, Mc Graw Hill, 2008.
- Nettina S, *Il manuale dell'infermiere*, Piccin, 2012.
- Terzani S, Ferrara P, Destrebecq A, *Management infermieristico*, Carocci Editore, 2012.
- Ruth F. Craven, Constance J. Hirnle, *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*, CEA, 2013.
- Agnoletti V, Stievano A, *Antropologia culturale, infermieristica e globalizzazione*, Franco Angeli, 2013.
- Bramanti D, Marzotto C, *Percorsi innovati di assistenza domiciliare*, Erikson, 2015.
- Bergamasco R, Schiavon L, *Assistenza domiciliare*, Mc Graw Hill, 2006.
- Andreoni B, *Assistenza domiciliare integrata*, Masson, 2010.
- Becchi M.A, Carri E.B, *Qualità ed efficienze nell'assistenza domiciliare*, Franco Angeli 2007.
- Tartaglioni D, *L'infermiere e la comunità teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio*, Carocci Faber, 2006.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere case manager, dalla teoria alla prassi*, Mc Graw Hill, 2010.
- Perez K, Cohen J.S, Kathol R.G, *Manuale di case management integrato*, Ambrosiana, 2014.
- Potter A.P, Griffin Perry A, *Fondamenti di Infermieristica*, Elsevier, 2011.
- Bascelli E, *Case management philosophy. The case management knowledge*, AICM Journal in pillole, 2012.
- Smith L, Coleman V, Bradshou M, *L'assistenza centrata sulla famiglia. Concetti, teoria e pratica*, Edises, 2008.
- Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L, Sasso L, *L'infermiere di famiglia, scenari assistenziali e orientamenti futuri*, Mc Graw Hill, 2015 N.E.
- Cecchetto L, *L'infermiere e la libera professione*, Mc Graw Hill, 2009.
- Ripa P, Bergomi P, Frisone E, Loi D, *I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere*, Maggioli Editore, 2013.
- Benci L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*, Mc Graw Hill, 2011.
- Birkhoff J.M, *Nozioni di medicina legale, uno strumento per le professioni medico sanitarie e giuridiche*, Franco Angeli, 2011.
- Zagari A, *La responsabilità professionale dell'infermiere. Aspetti giuridici, associazione nazionale infermieri medicina interna ospedaliera (ANIMO)*, 2013 N.E.

Lavoro a turni e salute

Effetti sulla sfera biologica, lavorativa e sociale

di Ruby Geraldine Gonzales Banon, Ivo Camicioli, Alessandra Falcioni

ABSTRACT

Lo scopo di questo studio è stato comprendere l'influenza che il lavoro a turni ha sul personale infermieristico, in termini di rischi di natura biologica, sociale e lavorativa con l'obiettivo di individuare delle strategie per intervenire e ridurre al minimo eventuali effetti sfavorevoli. È stata condotta una ricerca documentata nelle banche dati internazionali di studi internazionali di interesse infermieristico, per individuare gli effetti sulla salute del lavoratore turnista.

Le fonti selezionate sono relative agli ultimi dieci anni, dopo un'attenta valutazione di *abstract* e contenuti dell'articolo. Quelli pertinenti sono stati analizzati e inseriti in una griglia di ricerca utilizzando il metodo Pico ("Popolazione", ovvero gli infermieri turnisti; gli "Interventi", o la prevenzione primaria, educazione degli stessi; "Outcome", ovvero l'esito atteso, cioè che l'interferenza sullo stato di salute degli infermieri turnisti è maggiore nel turno notturno).

Dagli articoli analizzati si evince che il lavoro a turni è associato a effetti negativi sulla salute degli operatori sanitari, quali: incidenza dei disturbi del sonno; disturbi metabolici, gastro-intestinali, cardiovascolari e muscoloscheletrici. Nonché, in minor misura, è destinato a interferire sulla sfera sociale e lavorativa. Senza considerare che potrebbe aumentare il rischio di sviluppare patologie come il cancro al seno e la depressione.



Le ripercussioni del lavoro a turni e la "sindrome del turnista" sono tematiche affrontate anche a carattere europeo, dato che il **benessere psico-fisico e sociale del lavoratore rappresenta il presupposto essenziale nell'ambito della sicurezza lavorativa**.

Per gli studi futuri, sarebbe opportuno condurre un progetto educativo rivolto agli infermieri (da ampliare a tutti i professionisti della salute) che insegni l'auto-cura allo scopo di diminuire i problemi di salute correlati al lavoro a turni.

INTRODUZIONE

Il lavoro a turni è inteso come qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro, anche a squadre, in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo, compreso quello rotativo, che può essere di tipo continuo o

discontinuo, e che comporti la necessità per i lavoratori di compiere un lavoro a ore differenti su un periodo determinato di giorni o di settimane.

In sanità, il lavoro a turni è un elemento indispensabile per poter garantire la continuità terapeutica assistenziale alla persona assistita e sono richiesti elevati e costanti livelli di responsabilità e attenzione da parte del lavoratore.

In questo studio si analizza l'influenza che il lavoro a turni ha sul personale infermieristico, i rischi di natura biologica, sociale e lavorativa, in modo tale da prevenire e ridurre e al minimo gli eventuali effetti sfavorevoli.

Parole-chiave: lavoro a turni, infermieri, turni notturni, *shift work*, *nurses*, *night work*, *night shift*, *europa e disorder*; insieme agli operatori booleani "and" e "or".

MATERIALI E METODI

Questo studio prevede una revisione sistematica della letteratura nell'anno su banche dati di studi internazionali condotta su Pubmed Central, Ilisi, Cinahl e Google Scholar, relativa agli ultimi dieci anni, dal 2007 al 2017.

I quesiti di ricerca bibliografica adottati sono stati illustrati nella tabella 1. I criteri di eleggibilità che rappresentano i criteri di inclusione ed esclusione degli articoli, invece, sono descritti nella tabella 2.

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato un totale di 1173 articoli scientifici, di cui 21 sono risultati pertinenti allo scopo di questa revisione; suddivisi, rispettivamente, nelle seguenti banche dati: 8 da PubMed Central; 5 da Ilisi e 8 da Cinahl.

BANCHE DATI	PAROLE-CHIAVE
Pubmed Central	"shift work" AND "disorder" AND "nurses" AND "night work" AND "europe"
ILISI	"Lavoro a turni"
CINAHL	"shift work" AND "disorder" AND "nurses" AND "europe" AND "night shift"

Tabella 1. Ricerca bibliografica

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Articoli in lingua inglese, italiana e spagnola	Articoli in altre lingue
Articoli svolti in ambito europeo	Articoli in ambito extra europeo
Articoli che trattano di turnisti h24	Articoli che trattano di turnazione h12
Articoli che trattano di ripercussioni lavoro dipendenti	Articoli che trattano il <i>burn-out</i>
Articoli svolti su personale sanitario-infermieristico	Articoli svolti su personale non sanitario
Articoli pubblicati posteriormente l'anno 2007	Articoli pubblicati precedentemente l'anno 2007

Tabella 2. Criteri di eleggibilità

I risultati sono illustrati nella tabella 3.

ANNO	AUTORI	TIPO DI STUDIO	NUMEROSITA CAMPIONARIA	STRUMENTI	RISULTATI
2007	Tesio M.	Studio quantitativo e qualitativo	193 infermieri italiani	Questionario	Le patologie più frequenti correlate al lavoro a turni sono sindromi psiconevrotiche, malattie gastrointestinali e dell'apparato locomotore. Questa tipologia d'orario influenza maggiormente i bioritmi, in particolare, il sonno che è la funzione più disturbata e subisce variazioni quantitative e qualitative
2007	Franzese E. Nigri G.	Revisione della letteratura	5 studi svolti su infermieri	Medline	Un rischio aumentato del 48% nelle donne che svolgono lavoro notturno con associata diminuzione di produzione di melatonina, confermando inoltre l'aumento del rischio di cancro al seno in relazione agli anni di lavoro ed al numero dei turni di notte effettuati nell'arco di un mese
2008	Minzoni R.	Studio trasversale	71 infermieri italiani	Questionario	I risultati dello studio hanno mostrato come il lavoro a turni si associ alla percezione di difficoltà e disagi nella sfera sociale o familiare del lavoratore
2009	Bonet P.R, Moliné P.A, Olona C.M, Gil M.E, Bonet N.P, Les M.E, Iza M.M, Bonet P.M.	Studio trasversale multicentrico	476 infermieri catalani	Questionario	Un'associazione del turno notturno e una maggiore incidenza delle vene varicose, disturbi dell'appetito e del sonno, nonché alterazioni relative al sostegno sociale, al tempo libero e al benessere fisico e fisiologico
2009	Yildiz F.A, Esin M.N	Studio trasversale	400 infermiere turche	Physical Health Questionnaire	È stata dimostrata un'alta incidenza dei sintomi gastrointestinali e cardiovascolari nelle infermiere partecipanti. Lo studio spiega che gli effetti di molti fattori (età, istruzione, stato civile, modello di sonno, uso di sigarette) svolgano un ruolo nello sviluppo di questi sintomi. Tuttavia, non è stata trovata alcuna relazione tra questi sintomi e il lavoro diurno, serale o di notte.
2010	Palombo L, Federico B, Indigeno P, Capelli G.	Studio trasversale	58 infermiere italiane	Questionario	Lo studio ha evidenziato un'elevata prevalenza di disturbi psicosomatici a carico delle turniste notturne. Si tratta di condizioni conseguenti ad inadeguato riposo e/o recupero, quali stanchezza, cefalea, nervosismo, scarsa concentrazione, a cui si affiancano anche disturbi gastrointestinali, modificazioni della sfera sessuale e malattie muscolo-scheletriche. Tra i disturbi dell'attenzione, il dato più rilevante è risultato quello relativo alla difficoltà di concentrazione, l'affaticamento mentale e la diminuzione della memoria che può ripercuotersi anche sulla qualità lavorativa, accrescendo la possibilità di errori e di infortuni
2010	Hasson D, Gustavsson P.	Studio longitudinale	1114 studenti svedesi dell'ultimo anno d'Infermieristica, diventati successivamente infermieri	Questionari, Analisi statistiche della varianza (Anova), Analisi statistiche della covarianza (Ancova)	È stato individuato un piccolo, ma continuo declino della qualità del sonno tra gli infermieri durante i tre anni di <i>follow-up</i> , a partire dall'ultimo semestre dell'istruzione infermieristica e proseguendo per tre anni nella loro vita lavorativa. Il più pronunciato declino della qualità del sonno si è verificato nella transizione tra vita studentesca e vita lavorativa e non esistono differenze relative all'età o al sesso

Tabella 3. I risultati

ANNO	AUTORI	TIPO DI STUDIO	NUMEROSITA CAMPIONARIA	STRUMENTI	RISULTATI
2010	Pietroliusti A, Neri A, Somma G, Coppeta L, Iavicoli I, Bergamaschi A, Magrini A.	Studio prospettico	738 infermieri italiani	Visita medica, analisi di laboratorio e analisi varie	Durante un periodo di 4 anni, lo sviluppo della sindrome metabolica è significativamente più elevato nei lavoratori sanitari di notte che nei lavoratori sanitari diurni e suggerisce una relazione causale tra i due eventi
2012	Busacca A, Balzano C.	Studio trasversale	44 infermieri e medici italiani	Monitoraggio della pressione arteriosa per 24h con misurazione continua	Un aumento dei valori pressori durante la giornata lavorativa rispetto alla giornata di riposo; la suddivisione dei soggetti in base al sesso evidenzia una significativa elevazione pressoria, sistolica, diastolica e media, nelle donne durante il servizio, rispetto agli uomini. Inoltre, mostra che il lavoro a turni influisce sul profilo pressorio dei lavoratori e può rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza di malattie cardiovascolari
2012	Dickerman B, Liu J.	Studio trasversale	11 studi epidemiologici: di cui otto casi controllati e tre studi di coorte	Cinahl, PubMed Plus e PsycINFO	Lo studio mostra che l'esposizione a Lan (<i>light at night</i>) durante il lavoro di notte può aumentare il rischio di cancro al seno.
2013	Eldevik M.F, Flo E, Moen B.E, Pallesen S, Bjorvatn B.	Studio trasversale	1990 infermieri norvegesi	Questionario: <i>Bergen Insomnia Scale (Bis)</i> , <i>Epworth Sleepiness Scale (Ess)</i> , <i>Fatigue Questionnaire (Fq)</i> , <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (Hads)</i> , <i>Shift work disorder (Swd)</i>	Lo studio ha evidenziato l'associazione tra i brevi periodi di riposo tra i turni di lavoro e insonnia, eccessiva sonnolenza, eccessiva stanchezza. Un maggior numero di brevi periodi di riposo tra i turni di lavoro è stato associato ad una maggiore prevalenza di tali disturbi. D'altra parte, nessuna prova che né l'ansia né la depressione sono legate ai brevi periodi di riposo tra i turni
2013	Zienolddiny S, Haugen A, Lie J.A.S, Kjuus H, Anmarkrud K.H, Kjærheim K.	Studio caso controllo nidificato	1182 infermiere norvegesi	Intervista, <i>Ora-gene</i> DNA isolation kit, <i>iPLEX genotyping assay</i> , <i>Bayesian statistical tests</i>	Lo studio ha evidenziato un certo numero di polimorfismi in un numero di nuclei circadiani o biosintesi della melatonina e/o geni di biodisponibilità che potrebbero essere associati al rischio di cancro al seno nei lavoratori in turno. Le associazioni sembrano biologicamente plausibili poiché molti dei polimorfismi possono alterare l'espressione genica, la stabilità mRNA o la funzione proteica
2013	Buja A, Zampieron A, Mastrangelo G, Pe-tean M, Vinelli A, Cerne D, Baldo V.	Studio trasversale	806 infermieri italiani	Questionario	Lo studio ha mostrato che i turni notturni di lavoro portano un notevole grado di tensione evidenziando un'associazione tra turni notturni e sintomi gastrointestinali, stress-correlati e muscoloscheletrici nonché un maggiore uso di farmaci antidolorifici da lavoratori di turno di notte
2014	Nicoletti C, Müller C, Tobita, Nakaseko M, Läubli T.	Studio trasversale	17 infermiere svizzere e 22 infermiere giapponesi	Elettromiografia superficiale (Emg) ed elettrocardiografia	Le infermiere giapponesi avevano un tempo di riposo muscolare più breve del trapezio rispetto alle infermiere svizzere, soprattutto durante i turni notturni. In media, era al di sotto del 6% dell'orario di lavoro, indicando che le opportunità di rilassamento del muscolo trapezio erano limitate, con conseguente sviluppo di dolore al collo; mentre nelle infermiere svizzere, i turni di notte consentivano un periodo di riposo notevolmente maggiore. Per quanto riguarda la frequenza cardiaca, è stata più alta durante i turni diurni e i livelli medi di 80 battiti al minuto hanno indicato un carico di lavoro molto alto tra le infermiere
2014	Moen B.E, Ronda P.E, Pallesen S, Bjorvatn B, Magerøy N, Waage S.	Studio longitudinale	914 infermieri norvegesi	Questionario	Un rischio leggermente più elevato di aborto spontaneo tra le infermiere di turno notturno permanente che tra le infermiere di giorno, anche se quest'associazione non ha raggiunto significatività statistica
2015	Peplonska B, Bukowska A, Sobala W.	Studio trasversale	724 infermiere ed ostetriche polacche	Questionario	Un rapporto positivo tra l'obesità (BMI 30kg / m2) e le donne che riportano otto o più turni di notte al mese. Inoltre una frequenza maggiore di turni notturni è stata significativamente associata all'obesità addominale e sono state rilevate importanti tendenze positive per l'associazione tra ore di lavoro a turni notturni e indice di massa corporea (BMI> 30kg/m2), circonferenza della vita (WC> 88 cm) e dell'anca (HC 102.5cm-108cm). Nonché il numero di turni notturni cumulati e rapporto vita/altezza (WHR> 0,55). In particolare, un lavoro più intenso e prolungato di notte può predisporre al sovrappeso e all'obesità centrale.
2014	Buchvold H, Pallesen S, Øyane N, Bjorvatn B.	Studio trasversale	2059 infermieri norvegesi	Questionario	Sia meccanismi biologici che comportamentali contribuiscono all'aumentato Bmi osservato tra quelli con alterato ciclo di sonno-veglia. Non è stata trovata alcuna associazione significativa tra il consumo di alcol e il carico di lavoro notturno né un'associazione significativa con il fumo e l'esercizio fisico. Tuttavia è stata evidenziata una significativa associazione positiva tra il numero di notti lavorate l'anno e il consumo quotidiano di caffeina: cosa che potrebbe suggerire che la caffeina sia usata come stimolante durante il lavoro notturno.

Tabella 3. I risultati

ANNO	AUTORI	TIPO DI STUDIO	NUMEROSITÀ CAMPIONARIA	STRUMENTI	RISULTATI
2015	Moen B.E, Baste V, Morken T, Alsaker K, Pallesen S, Bjorvatn B.	Studio trasversale	766 infermieri norvegesi	Questionario	Non c'è alcuna associazione tra lavoro notturno e irregolarità mestruali o lunghezza del ciclo mestruale. Inoltre, non è stata trovata alcuna associazione tra il disordine del lavoro a turni (Swd) e irregolarità mestruali
2016	Hansen A.B, Stayner L, Hansen J, Andersen Z.J.	Studio prospettico	19873 infermieri danesi	Questionario	Il lavoro di sera e di notte è associato ad un aumento del rischio di diabete
2016	Sabater A, Amilcar J, Martínez J.M, Baste V, Bente E.M, Ronda Perez E.	Studio prospettico	188 infermiere spagnole	Intervista, questionario, diario mestruale	Le infermiere in un programma di rotazione a turni non hanno alcun rischio aumentato di anomalie del ciclo mestruale
2017	Angerer P, Schmoock R, Elfantel I, Li J.	Revisione sistematica della letteratura	11 studi epidemiologici	PubMed, Scopus, PsycINFO e Psycdex, MedPilot	Non esiste una vera e propria associazione tra il lavoro di turno nella sua forma cronobiologicamente più marcata, ovvero il lavoro che include il turno notturno, e l'aumento del rischio di sviluppare o aggravare la depressione. Mentre gli studi sugli infermieri non confermano tale correlazione, ci sono più risultati da studi di alta qualità condotti nella popolazione attiva che, in generale, suggeriscono correlazioni. Oltre agli effetti diretti del ritmo cronobiologico disfunzionale sul sonno, sulla regolazione ormonale e su molte altre funzioni biologiche, le condizioni di lavoro psicosociali con effetti negativi sulla salute, qualitativamente e quantitativamente diversi per i lavoratori a turni e quelli che lavorano durante il giorno, svolgono un ruolo nella mediazione di determinati effetti

Tabella 3. I risultati

Dalla valutazione degli articoli è emerso che la numerosità campionaria è compresa da 39 a 19873 unità.

La tipologia degli studi analizzati sono stati: 1 studio qualitativo e quantitativo; 1 studio-caso controllo; 2 studi longitudinali; 3 revisioni della letteratura; 3 studi prospettici e 11 studi trasversali.

Le unità campionarie degli studi sono tutte in ambito sanitario, riferite a infermieri e gli strumenti utilizzati sono essenzialmente questionari validati. Il contesto della revisione riguarda il panorama europeo, in particolare si sono riscontrati maggiori studi in Italia e Norvegia.

Dagli articoli analizzati si evince che il lavoro a turni, soprattutto quello notturno, sia associato a degli effetti negativi sulla salute degli operatori sanitari, quali: incidenza dei disturbi del sonno, metabolici e gastro-intestinali; cardiovascolari e muscoloscheletrici; nonché interferenze sulla sfera sociale e lavorativa. Inoltre, è da considerare come uno dei fattori che aumenta il rischio a sviluppare diverse patologie come il cancro al seno e la depressione. Per quanto riguarda l'alterazione sulla sfera riproduttiva nella donna, non è stata ancora evidenziata un'influenza determinante.



DISCUSSIONE

Dal confronto dei risultati riscontrati e altri studi si può mettere in evidenza le seguenti ripercussioni del lavoro a turni in ambito infermieristico:

- l'insonnia, la durata breve del sonno, la sonnolenza eccessiva e la stanchezza rappresentano i principali risultato correlati tra lavoro a turni e disturbi del sonno;
- l'associazione tra il lavoro notturno e l'aumento del Bmi con conseguente tendenza all'obesità, i sintomi di alterazioni gastro-intestinali correlati allo stile di vita, nonché un elevato rischio del personale sanitario allo sviluppo di diabete;
- la dispepsia, la gastrite, la colite, l'ulcera peptica, l'indigestione, il disturbo dell'appetito, l'irregolarità dei movimenti intestinali, la stitichezza, i dolori addominali, sono riconosciuti come fat-

tori che influenzano la desincronizzazione circadiana delle funzioni gastriche;

- il lavoro con turni notturni è associato a un aumento del 40% del rischio delle malattie coronariche;
- i disturbi muscoloscheletrici, derivanti dall'invecchiamento ma spesso anche causati da erronei movimenti e/o posture adottati in attività sia lavorative che di vita quotidiana, da affaticamento muscolare, da infiammazione delle strutture tendinee o da degenerazione dei dischi della colonna vertebrale;

- le conseguenze negative che ha il lavoro a turni sulle relazioni interpersonali, sul tempo libero e sulle prestazioni svolte dai lavoratori;
- "limitata" evidenza per incremento di neoplasie mammarie nelle lavoratrici dovute a sconvolgimenti del ritmo circadiano, correlato al lavoro notturno;
- non hanno evidenziato una vera e propria associazione tra il lavoro a turni e il rischio di depressione;
- non hanno evidenziato un'associazione vera e propria tra le alterazioni del ciclo mestruale e il lavoro a turni;

La cosiddetta **"sindrome del turnista"** è riconosciuta in quanto numerosi studi hanno affrontato le ripercussioni negative associate alla turnistica nell'arco delle 24 ore.



I sintomi correlati possono essere i seguenti: insonnia notturna anche nei giorni di riposo, sonnolenza diurna anche durante i giorni di riposo, alterazioni del senso dell'appetito: fame eccessiva a qualunque orario oppure astenia cronica; irritabilità e nervosismo cronici, anche al di fuori degli orari e dell'ambito lavorativo; difficoltà di concentrazione e diminuzione dei tempi di reazione sul lavoro ma anche a casa o alla guida.

Per quanto riguarda il genere femminile: cicli mestruali e ovulatori irregolari con possibile riduzione della fertilità.

Le raccomandazioni, strategie e rimedi individuati per ridurre le alterazioni correlate al lavoro a turni sono, pertanto, strategie per l'auto-cura, e sono le seguenti:

1. Al termine di ogni turno notturno è utile andare a dormire mettendo la sveglia sempre alla stessa ora. Nei turni diurni e nei giorni di riposo, invece, scegliere un orario per coricarsi e svegliarsi, che sia sempre lo stesso o quasi.
2. Mantenere gli orari dei pasti il più possibile regolari, durante i turni diurni e il riposo e cercare durante la notte, di fare piccoli pasti prevalentemente proteici (i carboidrati inducono sonnolenza) senza abbondare di grassi e zuccheri; preferire lo yogurt magro e la frutta fresca per uno spuntino, an-

che di notte.

3. Quando si dorme di giorno, cercare di mantenere la stanza da letto il più possibile buia e silenziosa, anche ricorrendo a tende oscuranti o infissi insonorizzanti, visto che il sonno diurno sarà ristoratore quanto più somiglierà, almeno in termini di ambiente, a quello notturno.
4. Fare regolarmente un riposo pomeridiano di massimo 30-40 minuti, possibilmente entro il primo pomeriggio, per recuperare le ore di sonno perse.
5. Nei giorni di riposo e nei turni diurni, sfruttare al massimo la luce esterna per riequilibrare la secrezione di melatonina e per praticare attività fisica regolare, fondamentale a controllare il peso, lo stress e contrastare ansia e depressione.
6. Evitare di abusare di caffè e di bevande stimolanti, dato che, nel lungo periodo, si può andare incontro ad alto rischio di assuefazione.

Mentre tra misure preventive suggerite per diminuire i problemi di salute associati al lavoro a turni occorre ridurre il più possibile il ricorso al lavoro notturno; bisogna evitare turni di lavoro di 9-12 ore per impedire l'eccessivo affaticamento; non fissare un inizio del turno troppo presto al mattino, in modo da ridurre la perdita della fase Rem; prevedere un giorno

di riposo dopo il turno di notte; limitare i cambi di turno improvvisi; aumentare i riposi compensativi in base ai turni notturni svolti, programmare un'adeguata sorveglianza sanitaria.

CONCLUSIONI

Le ripercussioni del lavoro a turni e la "sindrome del turnista" è una tematica affrontata anche a carattere europeo, dato che **il benessere psico-fisico e sociale del lavoratore è presupposto essenziale nell'ambito della sicurezza lavorativa.**

In sanità, il lavoro a turni, soprattutto se comprende turni notturni, è necessario, ma può comportare una condizione di stress per l'organismo, perché va a sconvolgere il normale ritmo del ciclo sonno/veglia, inducendo cambiamenti nella normale variabilità circadiana delle funzioni biologiche, e potrebbe comportare assenteismo e patologie.

In vista dei risultati emersi dalla presente tesi, avendo individuato le principali e potenziali cause scatenanti degli effetti negativi del lavoro a turni, appare, pertanto, evidente tenere in considerazione le necessità degli infermieri turnisti, implementando campagne educative che insegnino l'importanza dell'autocura e come intervenire e ridurre al minimo eventuali effetti sfavorevoli.

AUTORI:

Ruby Geraldine Gonzales Banon, infermiere, laurea presso l'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

- Tesio M, *Lavoro a turni e disagio biopsicosociale: indagine su un campione di infermieri dell'ospedale Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco*. Management Infermieristico; 13(4): 13-17. 2007.
- Franzese E, Nigri G, *Il lavoro notturno quale fattore di rischio di cancro al seno nelle infermiere. Correlazione dell'insorgenza della neoplasia con gli alterati livelli di melatonina plasmatica*. Professioni infermieristiche; 60(2): 89-93. 2007.
- Minzoni R, *L'infermiere tra vita privata e lavoro a turni*. Nursing oggi; 13(3): 17-22. 2008.
- Bonet P.R, Moliné P.A, Olona C.M, Gil M.E, Bonet N.P, Les M.E, Iza M.M, Bonet P.M, *The night shift: a risk factor for health and quality of life in nursing staff*. Enfermeria Clinica; 19(2): 7682. 2009.
- Yildiz F.A, Esin M.N, *Self-reported gastrointestinal and cardiovascular symptoms in female Turkish nurses*. International Nursing Review, 56(4): 491-497. 2009.
- Palombo L, Federico B, Indigeno P, Capelli G, *Rischi per la salute associati al lavoro in turni notturni: uno studio trasversale in un campione di infermieri del Presidio Ospedaliero "Santa Scolastica" di Cassino*. Professioni infermieristiche; 63(2): 77-85. 2010.
- Hasson D, Gustavsson P, *Declining sleep quality among nurses: a population-based four-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life*. Plos One; 5(12): e14265. 2010.
- Pietroiusti A, Neri A, Somma G, Coppeta L, Iavicoli I, Bergamaschi A, Magrini A, *Incidence of metabolic syndrome among night-shift healthcare workers*. Occupational and Environmental Medicine; 67(1):54-57. 2010.
- Busacca R, Balzano C, *Ipertensione e lavoro a turni. Analisi di uno studio*. Italian Journal of Nursing; 15(2): 18-19. 2012.
- Dickerman B, Liu J, *Does current scientific evidence support a link between light at night and breast cancer among female night-shift nurses? Review of evidence and implications for occupational and environmental health nurses*. Workplace Health and Safety; 60(6): 273-281. 2012.
- Eldevik M.F, Flo E, Moen B.E, Pallesen S, Bjorvatn B, *Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts*. PLoS ONE; 8(8): e70882. 2013.
- Zienoldddiny S, Haugen A, Lie J.A.S, Kjuus H, Anmarkrud KH, Kjørheim K, *Analysis of polymorphisms in the circadian-related genes and breast cancer risk in norwegian nurses working night shifts*. BioMed Central 2013.
- Buja A, Zampieron A, Mastrangelo G, Petean M, Vinelli A, Cerne D, Baldo V, *Strain and health implications of nurses' shift work*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health; 26(4): 511-521. 2013.
- Nicoletti C, Müller C, Tobita, Nakaseko M, Läubli T, *Trapezius muscle load, heart rate and time pressure during day and night shift in swiss and japanese nurses*. Industrial Health; 52(3): 225-234. 2014.
- Moen B.E, Ronda P.E, Pallesen S, Bjorvatn B, Magerøy N, Waage S, *Spontaneous abortions and shift work in a cohort of nurses in Norway*. OMICS Publishing Group 2014.
- Peplonska B, Bukowska A, Sobala W, *Association of rotating night shift work with Bmi and abdominal obesity among nurses and midwives*. PLoS ONE.; 10(7): e0133761. 2015.
- Buchvold H, Pallesen S, Øyane N, Bjorvatn B, *Associations between night work and Bmi, alcohol, smoking, caffeine and exercise a cross-sectional study*. BioMed Central 2015.
- Moen B.E, Baste V, Morken T, Alsaker K, Pallesen S, Bjorvatn B, *Menstrual characteristics and night work among nurses*. Industrial Health; 53(4): 354-360. 2015.
- Hansen A.B, Stayner L, Hansen J, Andersen Z.J, *Night shift work and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort*. Occupational and Environmental Medicine; 73(4): 262-268. 2016.
- Sabater A, Amilcar J, Martínez J.M, Baste V, Bente E.M, Ronda Perez E, *Comparison of menstrual disorders in hospital nursing staff according to shift work pattern*. Journal of Clinical Nursing; 25(21-22): 3291-3299. 2016.
- Angerer P, Schmook R, Elfantel I, Li J, *Night work and the risk of depression: a systematic review*. Deutsches Arzteblatt International. (Deutsches Arzteblatt International; 114(24): 404-411. 2017.
- Ipasvi, *Lavoro a turni e problemi di salute*. Disponibile a: www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/lavoro-a-turni-e-problemi-di-salute-id37.htm. Ultimo accesso: 22 ottobre 2017.
- Koh Z.M, *A literature review: Shift work as a contributor to cardiovascular disease in female nurses who work shifts*. Singapore Nursing Journal; 37(3): 23-30. 2010.
- Inail, *I disturbi muscoloscheletrici lavorativi*. 2012. Disponibile a: www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_166_allegato.pdf. Ultimo accesso: 23 ottobre 2017.
- De Souza Magnago T.S.B, Lisboa M.T.L, Griep R.H, Kirchhof A.L.C, Camponogara S, De Quadros Nonnenmacher C; Vieira L.B, *Nursing workers: work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances*. Acta Paulista de Enfermagem; 23(2): 187-193. 2010.
- Hansen J, Stevens R.G, *Case-control study of shift-work and breast cancer risk in Danish nurses: Impact of shift systems*. European Journal of Cancer; 48(11): 1722-1729. 2012.
- Hai Z, Xiaohong L, Chunmeng L, *Relationship among Anxiety, Depression, Social and Self-Efficacy in Night-Shift Nurse*. International Medical Journal; 23(3): 275-278. 2016.

Analisi comparativa della documentazione infermieristica cartacea e digitalizzata

di Antonio Capodilupo, Sabrina Pavano, Pasquale Tripepi

ABSTRACT

L'informatizzazione della cartella infermieristica si iscrive nel processo di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e dell'*e-Health* in Sanità.

Lo sviluppo delle connessioni in rete tra postazioni informatiche, sia interne che esterne ad un pre-sidio o servizio sanitario, ha permesso sia di comporre il quadro conoscitivo del paziente, accogliendo i contributi multidisciplinari e interprofessionali, sia di rendere immediatamente disponibili le informazioni necessarie per la formulazione del piano assistenziale, per il suo monitoraggio e per la sua valutazione.

In Italia, il processo di informatizzazione si è mosso più lentamente, rispetto agli Usa e in Europa, ma ha preso slancio a partire dall'adozione dell'Agenda Digitale Italiana (Adi), contenuta nel Decreto Legge del 18 ottobre 2012, n.179.

Si sono moltiplicate sperimentazioni e realizzazioni, con le quali si è passati, da una mera trasposizione della cartella cartacea in pacchetti informatici settoriali, a un sistema informativo integrato, del quale il paziente è il filo conduttore.

Il presente studio, condotto in occasione dell'adozione della cartella clinica elettronica in un'azienda ospedaliera, ne effettua la valutazione dell'impiego, in com-

parazione con l'uso della cartella cartacea, rispetto ad alcuni indicatori di *performance* dell'assistenza e relativamente alla percezione espressa dagli infermieri sulle due modalità di documentazione: nella prima sezione, non appaiono differenze di rilievo; nella seconda, i giudizi del campione intervistato si disarticolano, da una parte esprimendo adesione e soddisfazione per il nuovo strumento, dall'altra formulando perplessità per il carico gravante sugli operatori meno avvezzi alla registrazione elettronica e per la modalità di fare assistenza definita "meccanica".

È dimostrato l'efficientamento della pratica infermieristica, nella riduzione dei tempi di registrazione dei dati del paziente, della formulazione del piano assistenziale, iniziale e di aggiornamento.

INTRODUZIONE

L'*Information Communication Technology* (Ict) in Sanità o *e-Health*, negli Usa, risale agli anni '60.

Le prime sperimentazioni di cartelle cliniche informatizzate sono frammentate, create sul bisogno gestionale di singoli reparti, tra loro non dialoganti (Dick, Steen e Don Detmer, 1997).

La diffusione di massa di Internet, a metà degli anni '90, ne amplia il campo

di applicazione: dapprima, come offerta al pubblico di informazioni sulla struttura sanitaria e sulla gamma di servizi e prestazioni ivi presenti. Quindi, come risposta alla necessità di gestire in modo coordinato le informazioni prodotte da più operatori e da differenti servizi; ad oggi, sempre più come spazio di ricomposizione delle informazioni, che attengono al singolo paziente e all'evolvere del suo stato di salute.

Secondo la Commissione Europea, la nozione di *e-Health*, oggi, abbraccia diverse prospettive, dalla letteratura medico-scientifica, alle politiche di *e-Government*, a quelle di tutela della salute: "... Gli strumenti e le soluzioni offerte dalla sanità elettronica comprendono prodotti, sistemi e servizi che vanno al di là delle semplici applicazioni Internet. Si tratta sia di strumenti destinati alle autorità ed agli operatori del settore sanitario, che di sistemi sanitari personalizzati per i pazienti ed i cittadini. A titolo di esempio si citino le reti di informazione sanitaria, le cartelle cliniche elettroniche, i servizi di telemedicina, i sistemi di comunicazione personali portatili od indossabili, i portali salute e molti altri strumenti basati sulle tecnologie della comunicazione e dell'informazione e utilizzati per la prevenzione, la diagnosi,

la cura, la sorveglianza sanitaria e la gestione dello stile di vita" (Ricci, 2009).

Nel nostro Paese, un'indagine condotta nel 2002 dal Cerismas (Centro Ricerche e Studi in Management Sanitario) rilevava che il grado di introduzione di Internet nel settore sanitario italiano si attestava al 50%, diversificato per area geografica e, all'epoca, ancora strutturato come strumento di informazione sulla struttura sanitaria e sui servizi offerti (Baraldi e Memmola, 2003), e attribuiva la debolezza del sistema all'assenza di azioni istituzionali di supporto alle aziende sanitarie, nonché di un "ambiente condiviso" di dibattito e di trasferimento dell'innovazione (Rossi Mori, 2002).

Dopo il lancio dell'Agenda Digitale Europea, nel maggio del 2010, anche in Italia è stata adottata l'Adi, con il Decreto Legge del 18 ottobre 2012, n. 179, "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", allo scopo di promuovere lo sviluppo dell'Ict nelle pubbliche amministrazioni e nella sanità.

La cartella clinica informatizzata

La cartella clinica costituisce il documento ufficiale e legalmente riconosciuto che registra le azioni cliniche effettuate sul paziente ricoverato in ospedale.

Per documento la legge n. 241/90 intende la rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di altra specie, del contenuto di atti. Il DPR 445/2000 include anche atti interni della pubblica amministrazione o utilizzati a fini amministrativi, che, pertanto, secondo il D.Lgs. n. 42/2004, costituiscono bene culturale da conservare per tempi definiti. Le funzioni della cartella clinica, secondo gli standard di *Joint Commission International*, sono così sintetizzate:

- supportare la pianificazione e la valutazione delle cure (predisposizione del piano diagnostico-terapeutico-assistenziale);
- costituire l'evidenza documentale dell'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard;
- essere strumento di comunicazione, volto a facilitare l'integrazione operativa tra i professionisti sanitari coinvolti in uno specifico piano diagnostico-tera-

peutico-assistenziale al fine di garantire la continuità assistenziale;

- comporre una fonte di dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali nonché rispondere a esigenze di *cost-accounting*;
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell'azienda sanitaria, consentendo la tracciabilità di tutte le attività svolte per permettere di risalire ai responsabili, alla cronologia e alle modalità di esecuzione degli atti.

La **cartella clinica elettronica** (Cce) è la registrazione informatizzata degli atti e della documentazione sanitaria creata all'interno di un'organizzazione assistenziale (un ospedale o un ambulatorio), che permette la conservazione, il recupero e la modifica dei dati in essa contenuti.

I Garanti europei per la protezione dei dati, il 14 febbraio 2005, hanno approvato delle linee-guida, che gli Stati membri sono tenuti a rispettare, quando adottino la Cce.

In particolare:

- i dati sensibili sulla salute sono usati solo per scopi ad essa legati e da professionisti tenuti all'obbligo della segretezza;
- il rispetto della decisione autonoma del paziente su come e dove i dati debbano essere usati;
- il paziente potrà accedere al suo fascicolo tramite *card* elettronica; gli operatori sanitari accederanno al sistema tramite autenticazione che identifichi anche il loro ruolo;
- il fascicolo è accessibile solo agli operatori sanitari, coinvolti in quel momento nella cura del paziente;
- l'uso del fascicolo elettronico per altri scopi è proibito, tranne che a fini di ricerca e statistici;
- vanno raccolti solo i dati rilevanti sullo stato di salute del paziente, suddivisi per moduli accessibili al personale impegnato al momento nell'assistenza e sono previste ulteriori restrizioni per dati particolarmente sensibili (HIV, aborto o malattie psichiatriche).

La cartella infermieristica è lo strumento

con il quale l'infermiere documenta i suoi atti professionali, in particolare la pianificazione dell'assistenza e la sua attuazione.

Il Ministero della Sanità la definisce come: *"lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero"* (1992).

Essa rientra tra gli atti pubblici, poiché è parte integrante della cartella clinica, che da sempre è stata considerata, dalla dottrina e dalle pronunce della Corte di cassazione, come atto pubblico di fede privilegiata (Rodriguez, 2010; Barbieri e Pennini, 2015).

I suoi componenti costitutivi sono (Camani et al., 1996):

1. l'identificazione del paziente, la raccolta dei dati e l'identificazione dei problemi/la diagnosi infermieristica secondo il modello in uso (modelli funzionali di Gordon, 1992; bisogni/prestazioni di Cantarelli, 1996);
2. il piano di assistenza infermieristica;
3. il diario infermieristico;
4. le schede allegate: dei parametri vitali, di terapia, degli esami diagnostici;
5. le schede accessorie: diete personalizzate, bilancio idrico, protocolli di trattamento (Smith e Duel, 1990; Bizier, 1992).

La cartella infermieristica, prima dello sviluppo dell'Ict in Sanità, era redatta in un formato cartaceo, incontrando problemi riconosciuti, tra cui:

- l'indisponibilità, nella sua completezza, durante la visita, fino al 30% delle volte, e con esami di laboratorio ripetuti (Bates et al., 1999);
- talora la carenza di dati essenziali (McMullin et al., 2004);
- la difficoltà di lettura.

Dalla necessità di superare questi limiti e dall'opportunità offerta dall'introduzione dell'Ict nella Pubblica Amministrazione e in Sanità, nasce l'idea della Cce, descritta nel rapporto della National Academy of Science (Institute of Medicine, 1991) come: *"una tecnologia essenziale per la sanità"*.

Il prospetto che segue presenta un significativo confronto tra Cce e cartella clinica cartacea (Ccc):

I PRO E I CONTRO DELLA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA

fonte: Sole 24 ore-Sanità - mpe 2005

Problema	Cartella Clinica Cartacea	Cartella Clinica Elettronica
Fisicità della cartella	Originale e in copia esistono solo dove sono conservate	Dipende dalla presenza di un <i>hardware</i> e di un <i>software</i> adeguati; quindi, dipende dai punti dove è memorizzata, dai relativi <i>back-up</i> . Può essere resa accessibile da punti remoti
Accessibilità	È fisicamente presente nel punto in cui viene usata	È possibile prevedere un punto di accesso da qualsiasi punto della rete
Risorse	È più economica	Richiede investimenti nell' <i>hardware</i> , nel <i>software</i> , nella manutenzione, nell'addestramento degli utenti e negli aggiornamenti. I maggiori costi sarebbero compensati dalle maggiori prestazioni e da una migliore qualità della assistenza
Adattamento	Esistono molte varietà: la cartella cartacea si adatta all'esigenze dell'utilizzatore	Le cartelle elettroniche possono essere realizzate in diversi modi dai progettisti che ne definiscono l'interfaccia, l'architettura e la funzionalità con forti implicazioni sul supporto e sul trasferimento di informazioni cliniche da un sistema all'altro. Inoltre, è l'utente (medico o infermiere) che si deve adattare al sistema scelto da usare
Manutenzione	Non richiede una particolare manutenzione, a parte la custodia e l'archiviazione, con i relativi problemi per la tutela alla riservatezza	Ha precise necessità su manutenzione tecnica, aggiornamenti, preservazione dell'integrità dei dati, che richiedono diverse abilità organizzative e specifiche risorse
Addestramento	L'uso della cartella clinica è intuitivo e tramandato didatticamente con schemi tradizionali	Non usabile senza una formazione di base nell'uso del computer e senza addestramento specifico sull'applicazione utilizzata
Identificazione del paziente	Conoscendo il paziente è difficile non abbinare correttamente il paziente con la sua cartella. Tuttavia, un paziente, o alcuni suoi esami, possono essere confusi con quelli di un altro che presenti dati anagrafici simili; oppure la saltuarietà dei contatti, specialmente per le schede sanitarie o per le schede cliniche, può portare a produrre due cartelle diverse	Il sistema elettronico rende più difficile gli scambi degli esami e delle cartelle
Accessi indesiderati	Può essere consultata solo nel luogo fisico dove si trova. Non evidenzia gli accessi di semplice consultazione	Se è in rete, può essere interrogata e visualizzata anche a distanza se non sono attuate e rispettate misure adeguate di sicurezza. Va tenuto presente che un sistema elettronico mantiene però sempre traccia di tutti gli accessi effettuati, per cui sono facilmente evidenziati eventuali intromissioni e manomissioni. Per la diffusione di computer portatili e palmari ci sono rischi di furti e quindi di eventuali entrate illecite nei sistemi di gestione delle cartelle cliniche
Integrità	Per una manomissione o distruzione totale o parziale deve essere presente la cartella clinica	Un accesso illegale al sistema può distruggere o alterare i dati da una postazione remota. Permette copie più sicure, in particolare evitando alterazioni o distruzioni accidentali
Attribuzione	La firma o la calligrafia permettono l'identificazione dell'autore	La firma elettronica garantisce l'inalterabilità del contenuto di un documento e l'identità dell'autore
Immissione dei dati clinici	È più semplice anche se ci possono essere diversi moduli con campo e spazi predisposti.	Anche qui i dati possono essere strutturati o espressi come narrativa libera. Inoltre, i documenti e le immagini ricevuti in forma elettronica possono essere collegati a tutta la cartella o a un elemento di essa. Può essere effettuata più rapidamente la ricerca della voce disponibile più appropriata
Consultazione e elaborazione dei dati	Il recupero di dati è più indaginoso	In recupero dei dati per consultare, confrontare, analizzare o valutare è più agevole anche per grosse moli di dati. Può dare diverse viste sui dati, a seconda del livello di accesso consentito e del compito corrente. Può dare segnalazione di errori, aiutare nelle decisioni, ricordare scadenze.
Interpretazione di dati	Il significato dei contenuti riflette direttamente le intenzioni e la capacità di esprimersi dell'autore con considerevole libertà di espressione. Può creare ambiguità legate a abbreviazioni o appunti stenografici	Pone limiti, più o meno rigidi, sui dati che è possibile rappresentare. Può però facilitare l'uso appropriato di testo e codici, orientare per problemi, o addirittura, gestioni avanzate dei documenti ricevuti
Accuratezza dei dati	È demandata alla raccolta e il controllo avviene per semplice lettura e verifica mnemonica	I sistemi elettronici permettono di effettuare controlli al momento dell'immissione dei dati e di verificarne tempestivamente la loro incompletezza o alcune incongruenze

Il processo di introduzione della CCE, all'inizio, è piuttosto lento, sì che, nel 2007, se ne trova una versione completa, integrata con il sistema informativo ospedaliero e gestita in modalità *wi-fi*, in meno di una decina di presidi ospedalieri (Politecnico di Milano, 2007).

La trasposizione dalla Ccc alla Cce, dapprima è stata quasi meccanica, frammentando le informazioni, secondo lo schema di mansioni e compiti, quindi, con l'affermazione della autonoma professionalità infermieristica, si è evoluta in modelli, che valorizzano il piano dell'assistenza e la sua valutazione di esito e che si integrano con i moduli assistenziali attivi nella struttura ospedaliera.

A mano a mano, si moltiplicano le iniziative, che vedono sperimentazioni e realizzazioni diffuse.

In tale contesto, si colloca il presente studio, che ha l'obiettivo di confrontare i due strumenti Ccc e Cce su alcuni indicatori di assistenza infermieristica e di valutare l'impatto lavoro-percettivo dell'introduzione della CCE sul personale infermieristico.

L'indagine

Il campione

L'indagine è svolta nei mesi di settembre ed ottobre 2017, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria senese "Santa Maria alle Scotte", in occasione dell'introduzione della Cce, nel "Progetto Pleiade", con gli infermieri di Area chirurgica programmata, a prevalenza vascolare.

Per il confronto tra Ccc e Cce, sono state assunte 15 cartelle cartacee e 15 informatizzate; per la valutazione dell'ado-

zione della Cce è stato intervistato un gruppo di 30 infermieri (73% donne e 27% uomini), in età prevalente tra i 31-40 anni (55%) e i 41-50 anni (24%).

Il campione presta servizio nell'Uo esaminata da tempo per lo più non datato, poiché il 50% vi lavora da uno a cinque anni, il 20% da 6 a 10 anni, il 26% da 11 a 20 anni e solo il 4% da più di 20 anni.

La gran parte degli operatori dichiara di avere un'ottima capacità di utilizzo dei dispositivi informatici (77%); il 17% ne dichiara sufficiente capacità; il 6% riferisce di non essere in grado di utilizzare gli strumenti informatici.

MATERIALI E METODI

Gli infermieri accedono alla sezione riservata della Cce con un proprio *account*; hanno la possibilità di visualizzare tutte le finestre valorizzate, ma possono registrare solo nei campi di propria pertinenza.

La sezione traccia il processo di assistenza, inteso come presa in carico del paziente, del quale contempla la valutazione psico-fisica e sociale: l'individuazione dei problemi assistenziali, la definizione degli obiettivi, la composizione del piano di assistenza, la documentazione delle attività svolte e la valutazione dei risultati conseguiti.

La comparazione tra la Ccc e la Cce è stata compiuta esaminando la qualità della loro compilazione, relativamente agli indicatori di performance attinenti alla gestione della terapia farmacologica e alla rilevazione dei parametri vitali (analisi oggettiva).

La griglia degli indicatori è desunta da Corradini, Frigerio e Castelli (2010):

La percezione dell'uso della Cce, da parte del gruppo degli operatori, è stata ottenuta mediante somministrazione di un questionario con 10 domande, a risposta alternativa "sì/no" a risposta tripla "sì/no/ in diminuzione o in aumento", i cui *item* sono descritti nel successivo paragrafo (analisi soggettiva). Il questionario impiegato è una rielaborazione degli strumenti creati da Barra (2005) e da Anelli (2014).

RISULTATI

Circa gli indicatori di *performance* assistenziali, non compaiono differenze tra le cartelle cartacee e quelle informatizzate, rispetto a:

- registrazione del processo assistenziale *in progress*;
- dati relativi all'autonomia della persona;
- bisogni assistenziali della persona;
- pianificazione assistenziale;
- procedure diagnostiche e terapeutiche;
- la registrazione dei parametri vitali.

Entrambi i moduli documentali, tradizionale e innovativo, sono compiutamente redatti.

Anche l'accertamento/raccolta dati è presente in tutte le 30 cartelle visionate; ma, mentre nella Ccc esso avviene al solo all'ingresso del paziente, nella Cce è eseguito giornalmente, integrando le informazioni anamnestiche.

La rilevazione delle condizioni psicosociali della persona, invece, incontra un differente comportamento, poiché essa manca nel 66% delle Ccc, mentre è presente nella Cce, seppur in maniera superficiale.

Quanto alla valutazione soggettiva espressa dagli infermieri sul progetto di informatizzazione in corso nella loro Uo, il gruppo degli intervistati si distribuisce come di seguito:

item 1: l'80 % degli infermieri è "soddisfatto della cartella informatizzata" in uso nel reparto, mentre il 20% non lo è; *item 2*: il 97% del personale ritiene che la cartella infermieristica adottata nel proprio reparto sia "completa per quanto riguarda le informazioni necessarie per elaborare il piano assistenziale per il paziente", solo il 3% non è dello stesso parere.

INDICATORE	AMBITO STUDIATO
Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni	Registrazione in ordine cronologico della presa in carico del paziente
Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico	Accertamento-raccolta dati Informazioni relative alle condizioni psico sociali della persona
Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica rilevati	Bisogni assistenziali individuati
Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica	Pianificazione dell'assistenza
Registrazione interventi tecnici, informativi ed educativi	Effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeutiche, valutazione andamento attività assistenziale
Gestione terapia	Conformità di compilazione: completezza e correttezza
Parametri vitali	Conformità di compilazione: completezza e correttezza
Clima organizzativo	Stati d'animo degli operatori
Tempo pianificazione dell'assistenza infermieristica	Tempo impiegato per la prima pianificazione e le successive

item 3: il 90% del personale è dell'idea che "non siano presenti dati superflui nella cartella", mentre il 3% dice il contrario. Secondo questa percentuale marginale, non ha senso dover compilare alcune schede (es MUST con altezza e peso) a qualsiasi tipologia di pazienti. Inoltre, è lenta la connessione del palmare, che, pertanto, rallenta il lavoro degli infermieri o comunque li costringe ad utilizzare il dispositivo fisso per maggiore praticità;

item 4: per il 77%, la cartella informatizzata "ha migliorato l'assistenza in reparto", in quanto il suo utilizzo è immediato e consente l'accesso a tutte le informazioni (anamnesi, interventi programmati e pregressi, MEWS, STU ecc.). Essendo tutto tracciato, gli operatori riportano le varie notizie in tempo reale. Il 23% non è dello stesso parere, in quanto ritiene che, in realtà, tutto ciò rallenti il lavoro, diventato meccanico, e toglie tempo all'assistenza;

item 5: per il 70%, "il tempo da dedicare all'assistenza diretta al malato non è aumentato", il 17% pensa il contrario e il 13% ritiene che presto aumenterà;

item 6: per il 63% degli infermieri, "il carico di lavoro è diminuito da quando è stata introdotta la Cce", per il 37% è avvenuto l'opposto;

item 7: il 64 % del campione intervistato pensa che "la Cce ha ridotto i tempi di registrazione dati", solo il 18% afferma che la sua introduzione non ha ridotto i tempi di registrazione dati e un altro 18% pensa che lo ridurrà;

item 8: nel 50% dei casi, l'inserimento dati pazienti nella Ccc avviene entro un'ora, nel 50% dei casi avviene entro 30 minuti. Nell' 85% dei casi, l'inserimento dati nella Cce avviene entro 30 minuti e solo nel 15% dei casi entro un'ora;

item 9: al momento del ricovero, la pianificazione assistenziale nelle Ccc, nel 90% dei casi, viene fatta in meno di 20 minuti; nel 5%, in meno di 10 minuti, e nel 5% in più di 20 minuti. Con la Cce, nel 75% dei casi, la pianificazione è fatta in meno di 10 minuti; nel 23% dei casi in meno di 20 minuti e nel 2% in più di 20 minuti;

item 10: il tempo necessario per le pia-



nificazioni assistenziali, successive al ricovero è ripartito come segue: con la Ccc, nel 50% dei casi si effettua in meno di 20 minuti, nel 50% dei casi in più di 20 minuti; con la Cce, l'80% del campione effettua le pianificazioni successive in meno di 10 minuti, il restante 20% lo effettua in più di 20 minuti.

DISCUSSIONE

In un'intervista informale con il personale dell'Uo di Chirurgia programmata, è emerso che, nella fase di presentazione del progetto, gran parte degli infermieri nutriva pregiudizi e aspettative negative nei confronti della Cce, che sono venute a scemare durante la formazione, fino a ribaltare la loro considerazione, ritenendo oggi lo strumento elettronico migliore di quello cartaceo.

L'indagine suggerisce di tenere sempre presente la valutazione soggettiva, nel momento in cui si introducono cambiamenti organizzativi e funzionali (Lima, de Oliveira Melo, 2012). Infatti, mentre la valutazione oggettiva degli indicatori di performance assistenziale non rileva significative differenze tra la Ccc e la Cce, le opinioni si disarticolano quanto a percezione nella realizzazione del progetto. Possono ritenersi sostanzialmente positivi i giudizi riportati dagli infermieri sull'adozione e sull'impiego della Cce.

Aggregando gli *item* del questionario di percezione per aree, possono desumersi alcune specifiche considerazioni.

a) Composizione dello strumento (*item 1-3*): lo strumento appare adeguato all'uso, sia perché impostato sulla formulazione del piano assistenziale, sia per-

ché schivo di contenuti superflui. Ciò, in linea con quanto già rilevato da Perry al Dublin methodist hospital (2008). Tuttavia, il 20% "non è del tutto soddisfatto", verosimilmente a causa di alcune difficoltà tecniche rilevate da una frangia di operatori.

b) Incidenza sull'attività assistenziale (*item 4-5*): la gran parte degli operatori ritiene che l'introduzione della Cce abbia migliorato l'erogazione delle prestazioni assistenziali, beneficiando della puntuale registrazione e della immediata disponibilità delle informazioni sul paziente.

Lo strumento informatico, non sembra, tuttavia, aver reso disponibile uno spazio temporale maggiore da dedicare all'assistenza diretta al malato; inoltre, esso è percepito da taluno come un modulo *standard*, che rende "meccanico" il rapporto con il paziente, rischiando di vanificare il portato narrativo. Questa perplessità richiama la prudenza, con cui Goldschmidt e Grossman (2012) raffreddano l'entusiasmo di quanti, precipitosamente e acriticamente, adottano le novità informatiche, non immuni, comunque, da possibili errori di impostazione.

Quanto al tempo/assistenza, le osservazioni sono discordanti: Robinson e Lomas (2012), presso il *NHS foundation trust*, unità semi-autonoma del Nhs inglese, computano nel 25% il tempo di workflow quotidiano per la compilazione della cartella; Cornel et al. (2010) stimano un impegno del 19% del totale lavorativo giornaliero; invece, Korst et al. (2005) e Kunz (2010) stimano il tempo di compilazione della cartella clinica integrata, rispettivamente, nel 5,1% del to-



tale lavorativo giornaliero dell'infermiere assorbito dalla Cce contro il 10.5% impiegato con la Ccc; Clancy et al. (2007) riferiscono che la post-implementazione del sistema informatico ha comportato una riduzione del 12,56% di ore annue.

c) *Carico di lavoro (item 6)*: le valutazioni degli intervistati si ripartiscono per circa 2/3 su una "percepita riduzione dell'impegno documentale sul tempo lavoro totale", mentre poco più di 1/3 ne accusa un incremento. Salvi i necessari approfondimenti, a spiegare la percezione discrasica, potrebbe essere invocata la competenza nell'uso degli strumenti informatici, riscontrata come discriminante nello studio di McDonald et al. (2012), dal quale si evince il notevole contributo e l'impatto positivo della cartella clinica integrata informatizzata sugli infermieri con buone basi informatiche e con un personale *decision style* consolidato, mentre risultano negative le percezioni da parte del personale sottoposto ad un elevato livello di stress personale o poco fiducioso nelle potenzialità dei sistemi informatizzati o non sufficientemente alfabetizzati nell'Ict.

d) *Tempi di compilazione (item 7-10)*:

l'area registra alcuni significativi contributi di studio, che sono efficacemente compendati da Parravicini e Spedale (2014).

Sebbene nel campione ci sia una lieve discordanza circa la complessiva riduzione dei tempi di registrazione dei dati, si riconosce tuttavia l'efficientamento operato dall'introduzione della Cce sui tempi nelle specifiche azioni di registrazione dei dati dei pazienti e nelle pianificazioni assistenziali, sia iniziale che di aggiornamento.

Ciò conferma quanto già rilevato da Corradini et al. (2010) e da Urquhart et al. (2010).

CONCLUSIONI

Lo svolgimento dell'indagine, qui presentata, concretizza un compito essenziale della dirigenza infermieristica, che partecipa al processo aziendale del controllo di qualità.

La *Clinical Governance* fornisce, oggi, non solo gli strumenti, ma declina anche la strada e le strategie per quantificare, monitorare, verificare e mantenere nel tempo una qualità assistenziale che miri all'eccellenza, mediata da un assetto or-

ganizzativo multidisciplinare e da percorsi valutabili (Degeling, 2004; Calamandrei e Orlandi, 2008; Marra, 2010; Egman et al., 2011).

L'adozione della Cce consente di migliorare svariati aspetti relativi alla qualità della documentazione sanitaria (quali, ad esempio, rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, completezza) e può essere, al contempo, un utile strumento per la riorganizzazione; può garantire la produzione dei flussi informativi assistenziali; favorire l'assunzione di responsabilità, facilitare l'inserimento dei neoassunti/neo inseriti; evidenziare i bisogni formativi; favorire l'integrazione del personale con gli studenti infermieri e migliorare il lavoro di reparto in senso lato.

L'Ict conduce gli infermieri verso un percorso di crescita culturale ed operativa, in parallelo a quello delle altre professionalità sanitarie.

AUTORI:

Antonio Capodilupo, psicologo dirigente nell'Asl Latina (in quiescenza). Già docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nel CdL magistrale e nel Master di I livello in Coordinamento di

area infermieristica Università "La Sapienza" di Roma, sede di Latina, in qualità di correlatore;

Sabrina Pavano, infermiera presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese "Santa Maria alle Scotte". (Il pre-

sente contributo è estratto della tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, classe B dell'Università "La Sapienza" di Roma, sede di Latina, discussa il 28 marzo 2018);

Pasquale Tripepi, medico dirigente nel-

l'Asl Latina. Docente di Psicologia del Lavoro e delle Organizzazioni nel CdL magistrale e nel Master di I livello in Coordinamento di area infermieristica dell'Università "La Sapienza" di Roma, sede di Latina, in qualità di relatore.

BIBLIOGRAFIA

- Anelli C, *La Cartella Clinica Elettronica dell'azienda Usl 2 di Lucca: Analisi comparativa della Documentazione Infermieristica Cartacea e Digitalizzata*. Tesi di Laurea magistrale in Infermieristica e Ostetricia, Università di Pisa, a.a. 2013/14. 2014.
- Baraldi S, Memmola M (a cura di), *Health.net. Sanità e Internet*. CERI-SMAS - Centro Ricerche e studi in Management Sanitario, Milano. 2003.
- Barbieri G, Pennini A, *Le responsabilità dell'infermiere*. Roma: Carocci. 2015.
- Barra S, *Per una nuova cartella infermieristica oncologica: analisi qualitativa degli strumenti attualmente adottati in tre ospedali torinesi*. Tesi di Laurea in Infermieristica, Cottolegno-Torino, a.a. 2004/05.
- Bates D.W, Teich J, Lee J, Seger D, Kuperman G.J, *The impact of computerized physician order entry on medication error prevention*. Journal of the American medical informatics Association, 6 (4), 313-21. 1999.
- Bizier N, *Dal pensiero al gesto*. Milano: Ed. Sorbona. 1992.
- Calamandrei C, Orlandi C, *La dirigenza infermieristica*. Milano: McGraw-Hill. 2008.
- Cantarelli M, *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano: Masson. 1996.
- Camani M. et al., *Linee-guida per la progettazione e la stesura della Cartella Infermieristica*. Neu, 3. 1996.
- Clancy T.R, Delaney C.W, Segre A, Carley K, Kuziak A, Yu H, *Predicting the impact of an electronic health record on practice patterns using computational modeling and simulation*. Amia Annual symposium proceeding; p. 145-9. 2007.
- Cornell P, Riordan M, Herrin-Griffith D, *Transforming nursing workflow, Part 2: the impact of technology on nurse activities*. Journal of nursing administration; 40 (10): 432-9. 2010.
- Corradini M.C, Frigerio D, Castelli R, *La cartella clinica elettronica dell'Ospedale Valduce di Como: analisi comparativa della documentazione infermieristica cartacea e digitalizzata*. L'Infermiere, 47; 2:34-41. 2010.
- Degeling P.J, Maxwell S, Iedema R, Hunter D.J, *Making clinical governance work*. BMJ, 329, 679-681. 2009.
- Dick R, Steen E.B, Don Detmer E, *The Computer Based Patient Record: An Essential Technology for Health Care*. p. 111: Institute of Medicine, National Academy Press. 1997.
- Egman S. et al., *L'infermiere nel processo di controllo della qualità*. Nurse Science, n.19; 2011.
- Goldschmidt K, Grossman M, *Technology and the illusion of saving time*. Journal of pediatric nursing. 27(4):423-4. 2012.
- Gordon M, *Manuale delle diagnosi infermieristiche*. Napoli: EdiSES. 1992.
- Korst R.J, Gold H.T, Kent M.S, Port J.L, Lee P.C, Altorki N.K, *Surveillance computed tomography after complete resection for non-small cell lung cancer: results and costs*. J Thorac Cardiovasc Surg. 129(3):652-60. 2005.
- Kunz M.K, *Embracing the electronic medical record: helping nurses overcome possible barriers*. Nursing for women's health; 14 (4):290-300; 2010.
- Lima A.F, de Oliveira Melo T, *Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation*. Escola de Enfermagem Usp. 46(1):175-83. 2012.
- Marra F, *Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie*. Milano: Franco Angeli. 2010.
- McDonald T, Russell F, *Impact of technology-based care and management systems on aged care outcomes in Australia*. Nursing and health science. 14(1):87-94. 2012.
- McMullin S, Longergan T, Ryneerson C, Doerr T, Veregge P, Scanlan E, *Impact of an evidence-based computerized decision support system on primary care prescription costs*. Annals of family medicine, 2 (5), 494-8. 2004.
- Ministero della Sanità, *Linee-guida 17 giugno 1992, La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex dm 28.12.1991*.
- Perry C, *High-tech hospital gives staff more patient time*. Hospital case management. 16 (4): 56-8. 2008.
- Parravicini G, Spedale V, *Il contributo informatico nella compilazione della cartella clinica integrata*. Rivista l'Infermiere. 3: 21-25. 2014. Politecnico di Milano. Report Osservatorio ICT Sanità. 2007.
- Rodriguez D, *Professione ostetrica/o-Aspetti di medicina legale e responsabilità*. Il ed., Milano: Eleda Edizioni, 2010.
- Ricci S, *Servizi on-line a rilevante impatto: gli e-health service tra politiche comunitarie e prime realizzazioni in Italia*. www.healthpowerhouse.com 2009.
- Robinson G, Lomas C., *The burden of bureaucracy*. Nurse standard. 26(30): 22-4. 2012
- Rossi Mori A (a cura di), *L'ICT nelle aziende sanitarie: analisi dei dati sulle aziende sanitarie aderenti alla FIASO nella rilevazione effettuata dalla Confservizi nell'estate 2002*. Forum sull'Information and communication Technology (Ict) per i servizi Pubblici Locali, Cnr. Istituto Tecnologie Biomediche per conto del progetto OSIRIS - Osservatorio Inter-Regionale sull'Ict in Sanità. 2002.
- Smith S, Duel D, *L'assistenza infermieristica: principi e tecniche*. Milano: Ed. Sorbona. 1990.
- Urquhart C, Currell R, Grant M.J, Hardiker N.R, *Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes*. The Cochrane collaboration; (1)1-67. 2009.

Sofferenza e condizione umana nella società globalizzata

Si può vivere senza sofferenza?

È possibile ricondurla nell'alveo di un discorso scientifico, partendo dalla consapevolezza della comune "condizione umana" che la globalizzazione sta inducendo?

Questo testo è anzitutto un'indagine sociologica sulla sofferenza umana al tempo di internet.

Un libro che si rivolge non solo agli addetti ai lavori, ma anche a chi vuole cercare di comprendere le cause dei diversi tipi di sofferenza, cercando di eliminare quelle inutili, quelle causate dall'uomo (le sofferenze sociali: per il mancato rispetto della dignità umana). Senza illudersi, con questo, di eliminarle completamente, dal momento che esse rappresentano una componente del nostro adattamento all'ambiente in cui viviamo.

Il saggio dell'antropologo Guido Giarelli guida il lettore in un tempo di "malessere sociale diffuso" che si esprime sotto forma di sofferenze diverse - esplicite e mediatizzate -, spesso silenziose e occultate dai mass media.

Si è persa la capacità di spiegarle e di affrontarle? Possibile, perché, al pari della malattia, della disabilità, della morte, le consideriamo impresentabili in una società sempre più salutista che della bellezza e della necessità di essere sempre prestanti ha fatto un obbligo. La sofferenza è diventata un tabù.



Ma questo libro cerca di ridare la parola al tema: esplora il contributo che tre studiosi classici (Karl Marx, Emile Durkheim e Max Weber) e tre contemporanei (Hans Jonas, Irving K. Zola e Margaret Archer) possono offrire attraverso i concetti di: alienazione, anomia, razionalizzazione, limite, vulnerabilità e riflessività frantumata per una comprensione delle cause profonde della sofferenza umana. Oggi, stiamo scoprendo che la realtà ha dei limiti, che l'uomo stesso ne ha tanti; che il dolore esiste, come non è vero che si possa restare eternamente giovani, che la tecnologia non possa fornire tutte le risposte.

È necessario ritrovare "il limite", auto-imponendoselo: non tutto ciò che si può fare si deve fare, se vogliamo evitare di creare aspettative irrealistiche che non portano da nessuna parte. Bisogna tornare a familiarizzare, nella piena consapevolezza di questa ambivalenza della condizione umana.

Guido Giarelli

Sofferenza e condizione umana.

**Per una Sociologia del negativo
nella società globalizzata**

Rubbettino, 624 pagg (22,00 Euro)

Concetti, procedure e pratica del Nursing contemporaneo

La pratica del Nursing è in continua evoluzione; la pratica del *caring* è senza tempo.

Oggi, gli infermieri devono crescere ed evolversi per tentare di soddisfare i bisogni di un sistema di assistenza sanitaria in notevole cambiamento, oltre al fabbisogno di una società sempre più vecchia, complessa e multietnica.

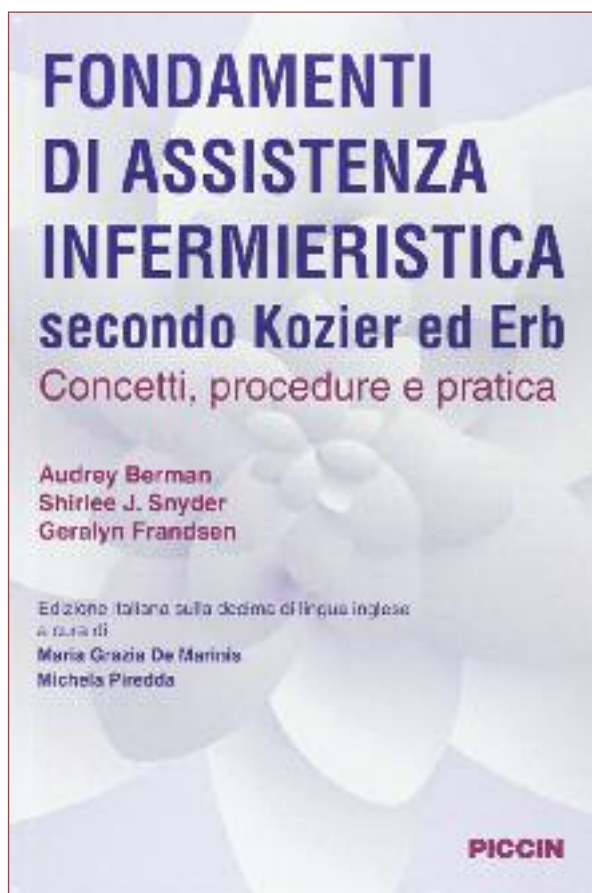
Devono avere capacità nel campo della Scienza sì, ma pure della tecnologia, della comunicazione e delle relazioni interpersonali per essere membri efficienti del team sanitario.

Devono "saper pensare in modo critico" ed essere creativi nell'attuare le strategie appropriate per erogare un'assistenza infermieristica sicura e competente a pazienti di diversa estrazione culturale, e nei contesti sempre più variegati.

Devono saper essere educatori, leader e manager, in grado di affrontare il processo di cambiamento.

Essere preparati a erogare assistenza infermieristica a domicilio e nella comunità, a persone di tutte le fasce d'età, specie agli anziani.

Devono conoscere i principi etici e legali, le modalità di guarigione olistica e le terapie complementari. E continuare a svol-



gere il proprio ruolo esclusivo di difensori dei pazienti, che richiede un mix di: dedizione, sensibilità, *caring*, empatia, impegno e abilità sorretto da un'ampia base di conoscenze. Questo testo affronta i concetti della professione infermieristica contemporanea.

Questo, includendo il benessere, la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la cura olistica, il pensiero critico e il ragionamento clinico, il multiculturalismo, le teorie infermieristiche, l'informatica applicata al *Nursing*, la ricerca infermieristica, l'etica e l'*advocacy*.

Il testo è stato edito nel 2017; ma il suo contenuto è aggiornato e riflette le più recenti evidenze scientifiche e la crescente importanza attribuita all'invecchiamento, al benessere, alla sicurezza, alla pratica interprofessionale e all'assistenza al domicilio e sul territorio.

A.Berman, S.J.Snyder, G.Frandsen

a cura di: M.G.De Marinis, M.Piredda

**Fondamenti di assistenza infermieristica
secondo Kozier ed Erb. Concetti, procedure e pratica**
Piccin-Nuova Libreria, 1385 pagg (75,00 euro)

Infermieri e obbligo di iscrizione all'Albo Finalmente un po' di chiarezza

Una delle questioni che ha suscitato maggiormente dubbi, alimentando un dibattito tra i professionisti operanti nel settore infermieristico, era quella relativa all'obbligatorietà dell'iscrizione agli Albi professionali per i dipendenti della pubblica amministrazione.

Come noto, l'Albo professionale costituisce lo strumento attraverso cui il professionista consegue quello speciale status giuridico che lo legittima all'esercizio dell'attività professionale.

L'impianto normativo precedente l'entrata in vigore della Legge n. 3/2018, la c.d. "Legge Lorenzin" (che ha definitivamente sancito l'obbligo di iscrizione per tutti gli esercenti la professione infermieristica), non brillava certo di chiarezza e ha dato luogo, purtroppo, ad interpretazioni diverse.

Conferma ne è il fatto che, spesso, ci sono pervenute richieste di chiarimenti da parte di infermieri, dipendenti pubblici, in merito all'obbligo di essere iscritti all'Albo.

In realtà, la precedente legge n. 43/2006 già stabiliva l'obbligo di iscrizione all'Ordine anche per gli esercenti la professione infermieristica presso le strutture pubbliche in quanto stabiliva espressamente che: *"L'iscrizione all'Albo professionale è obbligatoria anche per i pubblici dipendenti ed è subordinata al conseguimento del titolo universitario abilitante di cui al comma 1, salvaguardando comunque il valore abilitante dei titoli già riconosciuti come tali alla data di entrata in vigore della presente legge."*

Tuttavia, la formulazione della norma aveva dato luogo ad equivoci, tanto da indurre il Ministero del Lavoro, già nel 2009, ad intervenire sul punto con una propria nota con la quale aveva chiarito che: *"alla luce di quanto previsto dal dettato normativo della legge 1 febbraio 2006, n. 43, l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo professionale sancita dall'art. 2, comma 3, estesa anche*



ai pubblici dipendenti, è requisito essenziale ed indispensabile per poter svolgere senza condizioni l'attività sanitaria sia come libero professionista, sia nell'ambito del rapporto di servizio in regime di lavoratore dipendente".

In tale situazione di incertezza, interviene a far chiarezza il Decreto Lorenzin, entrato in vigore a far data dal 15 febbraio 2018, che ha istituito gli Ordini provinciali delle professioni infermieristiche, i cosiddetti OPI, che hanno sostituito i precedenti Collegi.

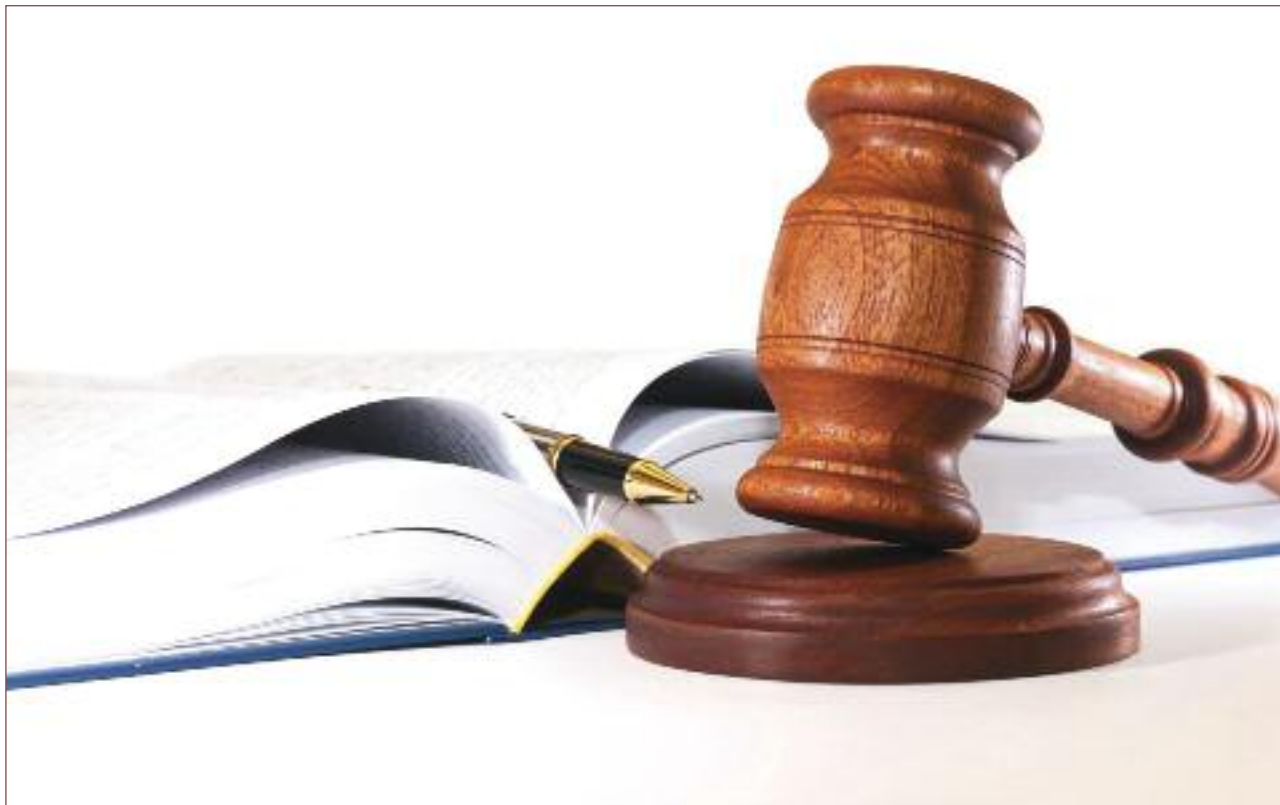
Alla *"Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche"* – FNOPI sono attribuiti importanti compiti tra cui quello di curare la tenuta degli albi dei professionisti (art. 4 della L. 3/2018). Ebbene, con specifico riferimento, poi, all'iscrizione all'albo, all'art. 5, comma II, il decreto statuisce espressamente che: *"Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie, in qualunque forma giuridica svolto, è necessaria l'iscrizione al rispettivo Albo"*.

La Legge Lorenzin, dunque, interviene ribadendo, con una norma che non lascia più spazio ad equivoci, il già previsto obbligo di iscrizione: l'iscrizione è obbligatoria per l'esercizio di ciascuna professione sanitaria, dunque anche quella infermieristica, a prescindere dalla forma giuridica del rapporto di lavoro.

Pertanto, nessun dubbio in merito al fatto che, per poter esercitare la professione, tanto l'infermiere dipendente pubblico che l'infermiere dipendente privato, così come il libero professionista deve essere iscritto all'Albo, pena l'esercizio abusivo della professione stessa.

In proposito, come già evidenziato nell'articolo pubblicato nel precedente numero di Infermiere Oggi, il Decreto Lorenzin ha introdotto sanzioni più severe per coloro che esercitano abusi-





vamente una professione per la quale è richiesta, per legge, l'abilitazione dello Stato.

In particolare, l'art. 12 della legge n.3/2018 ha previsto una multa pecuniaria più alta, più anni di reclusione, la sentenza pubblica, la confisca dei mezzi utilizzati per esercitare abusivamente, la punizione per concorso nel reato e la notifica all'Ordine professionale della sentenza di condanna.

Infatti, ai sensi del novellato articolo 348 del codice penale: *"Chiunque abusivamente esercita una professione per la quale è richiesta una speciale abilitazione dello Stato è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro 10.000 a euro 50.000. La condanna comporta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato e, nel caso in cui il soggetto che ha commesso il reato eserciti regolarmente una professione o at-*

tività, la trasmissione della sentenza medesima al competente Ordine, albo o registro ai fini dell'applicazione dell'interdizione da uno a tre anni dalla professione o attività regolarmente esercitata. Si applica la pena della reclusione da uno a cinque anni e della multa da euro 15.000 a euro 75.000 nei confronti del professionista che ha determinato altri a commettere il reato di cui al primo comma ovvero ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato medesimo".

In conclusione, oggi, l'iscrizione all'Ordine professionale si rende necessaria per tutti coloro che esercitano la professione infermieristica, che non vogliano correre il rischio di commettere un esercizio abusivo della professione.

Avv. Barbara Pisa



NORME EDITORIALI

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L’INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale deve essere recapitato (una copia in formato elettronico all’indirizzo: ordine@opi.roma.it, una copia in formato cartaceo) all’Ordine delle Professioni Infermieristiche, 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