

INFERMIERE

oggi

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

N° 2



**Nuovo Codice
Deontologico**

Ecco il nostro DNA

**Cecri, workshop
internazionale**

Al ministero della Salute

**Celebrata la Giornata
dell'Infermiere**

Gazebo in piazza

INFERMIERE



Oggi

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma
Anno XXIX - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2019
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: Ars Media Group srl

Finito di stampare: giugno 2019

In copertina: "Inno alla Vita" (part.) di Marino Ronchi (Milano, 1921-2014), 1997, grande composizione murale in acrilico presente all'Istituto Palazzolo di Milano. Si ringraziano i familiari del Maestro Ronchi (in primis, il figlio, Francesco) e l'Istituto Palazzolo-Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus per la gentile concessione dell'utilizzo dell'immagine.

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 **Nuovo Codice Deontologico. Ecco il nostro DNA**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **GAZEBO DELLA SALUTE PER LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE**

DICONO DI NOI

- 16 **Il successo della Giornata dell'Infermiere non placa le polemiche per le mancate assunzioni e i conti sanitari sempre "in rosso"**

NOTIZIE DALL'ESTERO

- 21 **Studio finanziato dal CECRI conquista la Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare**
21 **Congresso ICN a Singapore**
22 **Anche l'OPI di Roma aderisce a Nursing Now**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 25 **Approvato il nuovo Codice Deontologico della Professione**
27 **La FNOPI firma il Manifesto interreligioso**
28 **#RispettaChiTiAiuta Campagna social contro la violenza sugli infermieri**
29 **Infermieristica militare e forze di polizia Identità della professione e responsabilità**
31 **Cives, Maurizio Fiorda confermato presidente**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 32 **Infermiere di famiglia. Asl Roma 4, 5 e 6 premiate al Forum PA 2010**
34 **Botti e D'Amato presentano "Azienda Lazio.Zero"**

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 36 **Presentato il documento per "Conoscere meglio la legge n. 219/2017"**
38 **Nuovo Codice Deontologico OPI Roma ne distribuirà copie in tutta la provincia**
40 **La Biblioteca e la Commissione dedicata dell'OPI di Roma Attività, accessi e numeri dell'anno appena trascorso**

CONTRIBUTI

- 46 **Efficacia e sicurezza della soluzione a basso volume di solfato per la preparazione alla colonscopia nella popolazione anziana**
di Silvia Sferrazza, Stefano Casciato, Natascia Mazzitelli, Cinzia Puleio, Angela Peghetti, Maria Matarese
- 49 **Chiusura OPG. Indagine conoscitiva in un Dipartimento di Salute Mentale di Roma. Esiti della Legge 81/2014**
di Ione Moriconi; Simona Capozza
- 55 **La medicina rigenerativa con impianto di cellule autologhe mesenchimali da tessuto adiposo in campo ortopedico. Ruolo e competenze infermieristiche**
di Massimo Menchella
- 58 **"Sono fiera di essere infermiera"**
di Ilaria Messina

LETTO PER VOI

- 59 **Due testi per la classificazione NIC e NOC dei risultati infermieristici**
61 **Un testo per acquisire e perfezionare le competenze necessarie ai bisogni dell'assistito e della famiglia**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **La libera professione intramuraria è possibile anche per l'infermiere? Il quadro normativo di riferimento e la sentenza della corte costituzionale n. 54/2015**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Nuovo Codice Deontologico Ecco il nostro DNA

di Ausilia M.L. Pulimeno

Quanto siamo cambiati nell'ultimo decennio? E come si è trasformato il mondo nel frattempo? Gli infermieri se lo sono chiesti. Si sono dati la risposta: un mutamento profondo della professione ha segnato questi anni.

Un percorso in rapida ascesa che ha accresciuto anche le aspettative dei cittadini, affidandoci un ruolo sempre più strategico e centrale, con il conseguente aumento delle responsabilità.

La nostra è una professione complessa.

Proprio per questo si evolve rapidamente.

Oggi, l'infermiere è chiamato a prendersi cura della persona assistita nella sua interezza, cogliendone i bisogni clinici, psicologici, relazionali, affettivi.

Un approccio di tipo olistico che impone competenze elevate e grande professionalità. Ma anche uno spessore umano importante, lo stesso che ispira la nostra stessa *mission*.

Non sono aspetti diversi della professione, sono semmai complementari, inscindibili. Competenze e qualità morali si fondono nella figura dell'infermiere moderno, capace di prendersi cura del singolo cittadino e dell'intera comunità in modo completo e solidale.

Come?

Ecco la domanda che ci siamo posti e alla quale abbiamo risposto. Lo abbiamo fatto attraverso un lungo e approfondito lavoro preliminare, condiviso dalla nostra grande famiglia professionale. Il frutto di tanto impegno è prezioso e ci consente di guardare al futuro con ottimismo: è il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri Italiani.

Un lavoro durato più di due anni con cui, attraverso una fitta rete di consultazioni, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha voluto coinvolgere tutti gli infermieri

e la stessa società civile con i suoi rappresentanti istituzionali.

L'apposita Commissione Nazionale ha messo a punto la prima bozza del testo sottoposta poi alla valutazione pubblica on-line da parte dei colleghi, delle associazioni e delle società infermieristiche, dei singoli Ordini Provinciali. La nuova versione, integrata dalle osservazioni raccolte, è stata poi sottoposta al vaglio di giuristi, eticisti, bioeticisti, associazioni dei malati e rappresentanti delle più diffuse professioni religiose. Un lavoro di grande complessità e massimo rigore, certificato dal Ministero della Salute come garante istituzionale, che ha prodotto uno strumento indispensabile per poter esprimere a pieno la nostra competenza e la nostra umanità, quella di professionisti che sanno curare e sanno prendersi cura.

Così, dieci anni dopo la promulgazione del precedente Codice, disponiamo oggi di un riferimento formidabile per orientarci nella gestione di percorsi assistenziali più efficaci, nel corretto utilizzo di strumenti innovativi e nell'applicazione concreta e attuale dei principi deontologici che ispirano la professione. È la nostra "Carta", che riflette il nuovo ruolo degli infermieri nella società di oggi, globalizzata e in continuo cambiamento, che completa e valorizza le nostre competenze e ci consente di trovare senso e soddisfazione in quello che facciamo.

Nei cinquantatré articoli che compongono gli otto capi del nuovo Codice c'è il ritratto di un professionista che si misura a testa alta e senza timori con le nuove sfide poste dai progressi della scienza e dai mutamenti della società. Un testo chiaro e snello che ribadisce e attualizza valori fondamentali come la dignità dei nostri assistiti e di noi infermieri. Competenze tecniche e morali stringono un connubio indivisibile, formano un professionista completo, protagonista del percorso di cura, proattivo nella collaborazione con le altre professioni.

EDITORIALE

Regole di comportamento chiare a cui tutti dobbiamo attenerci per poter progredire ancora e accrescere la considerazione del nostro ruolo fra i cittadini.

Proprio su questi ultimi è concentrato lo sforzo di tutela e protezione contenuto nel nuovo Codice, in difesa dei singoli assistiti ma anche delle comunità in cui l'infermiere agisce in prima persona per promuovere la prevenzione e l'educazione sanitaria.

Il documento fotografa l'evoluzione dell'infermieristica in tutti i suoi aspetti profilandone ambiti, competenze, confini e comportamenti. Una guida preziosa a cui ispirarsi ogni giorno, a tutela dei nostri assistiti e della nostra dignità. Specifica che l'infermiere agisce in base al livello delle sue competenze e, riconoscendone il ruolo centrale nel processo di assistenza, ricorre se necessario all'intervento di infermieri esperti o specialisti.

Sotto il profilo organizzativo il Codice attribuisce all'infermiere un ruolo primario nel governo clinico e per la sicurezza dei pazienti, nella gestione del rischio e delle informazioni.

Punti fermi che ci assegnano anche nuove responsabilità etiche. Il Codice fornisce a ciascuno di noi la forza dell'intera nostra famiglia professionale. Nel suo nome possiamo e dobbiamo opporci ad eventuali attività di tipo assistenziale, gestionale o formativo che contrastino con i valori e le norme che regolano la professione. Casi in cui l'infermiere ha il diritto e la facoltà di battersi per l'adozione di soluzioni alternative fino ad avvalersi della clausola di coscienza. Come pure si attiva per denunciare situazioni di abusivismo professionale o di cure prive di riscontri e validazioni scientifiche.

Il nuovo Codice ci consegna, inoltre, l'obbligo di valutare e intervenire nel conteso organizzativo e logistico che riguarda gli assistiti formalizzando e comunicando i risultati delle nostre valutazioni. È un aspetto importante che rafforza il nostro ruolo di supervisori dell'intero processo di cura e riabilitazione sociale dei pazienti. E che consolida ulteriormente il legame fra l'infermiere e il cittadino, rinsaldando quel patto di ferro stipulato nell'ormai lontano 1996.

Molti articoli riguardano il rapporto diretto con la persona assistita. Il nuovo Codice penetra nel profondo di questa speciale relazione decriptando i comportamenti etici da osservare in ambiti diversi, dalla privacy al dolore, dall'assistenza nel fine vita fino al segreto professionale. Al fianco del cittadino e sempre in sua difesa.

L'obbligo dell'aggiornamento professionale continuo non è

l'unico strumento che abbiamo per tutelare i nostri assistiti. Il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri Italiani ci fa carico di una responsabilità a tutto tondo riguardo le condizioni di degenza e assistenza dei pazienti. Siamo noi i garanti della sua incolumità, i difensori dei suoi diritti.

Dobbiamo assicurarci che la persona assistita non sia lasciata in abbandono o sottoposta a privazioni, maltrattamenti fisici o psicologici. È nostro dovere operare affinché ciò non accada e, nel caso, attivarci per favorire un rapido intervento delle autorità.

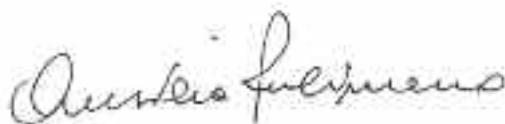
Tuteliamo i cittadini affermando prima di tutto la nostra dignità professionale. Saremo artefici di questo ruolo quanto più osserveremo comportamenti corretti al lavoro ma anche nella nostra vita privata. È questa un'esigenza stringente nel mondo della comunicazione globale. Il peso sempre maggiore della *web society* e la diffusione di nuovi dispositivi informatici rendono questo aspetto particolarmente delicato e cruciale. Per questo, il nuovo Codice se ne occupa diffusamente fissando criteri e valori di riferimento essenziali.

Anche nell'utilizzo degli strumenti informatici e dei social media l'infermiere non deve mai derogare da comportamenti decorosi e corretti. Il rispetto, la trasparenza e la veridicità sono sanciti come principi cardine a cui ispirarsi nella pratica lavorativa e nella vita privata. Un professionista lo è sempre, anche se non indossa la divisa da lavoro. Deve dimostrarlo anche con il linguaggio, la riservatezza, il decoro e la cura dell'immagine pubblica della professione.

Una responsabilità singola e collettiva allo stesso tempo; dobbiamo saperci muovere insieme, in linea con le regole che insieme ci siamo dati. E ciò anche nei confronti delle altre professioni sanitarie con le quali condividiamo il nostro impegno quotidiano nei confronti della collettività. Il Codice traccia un solco sicuro in cui muoversi per consentire al paziente una scelta consapevole del percorso di cura e per condividere le informazioni necessarie con gli altri professionisti coinvolti attraverso comportamenti collaborativi e trasparenti.

Questo documento entra trionfalmente nel nostro patrimonio culturale per arricchirlo.

Ci conferisce una nuova forza, convince della centralità della nostra figura professionale anche chi finora ha stentato a riconoscerla, ci spinge tutti a completare un cammino partito da lontano e che non vuole arrestarsi. Sta a noi ora "metabolizzarlo" affinché ispiri ogni momento del nostro difficile e splendido mestiere. Guardando con rinnovata fiducia al futuro.



Focus

**GAZEBO DELLA SALUTE PER LA GIORNATA
INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE**



Infermieri e cittadini Insieme per stare bene

Il 12 maggio, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma è sceso in piazza, nella Capitale e in tutta la provincia, per festeggiare la Giornata internazionale dell'Infermiere 2019.

Ed è tornato, per il quarto anno consecutivo, il "Gazebo della salute", iniziativa dell'OPI Roma dedicata alla prevenzione, all'informazione sanitaria, alla salute. Per un contatto diretto tra cittadini e professionisti dell'assistenza, e oggi, in concomitanza con le celebrazioni che si tengono in tutto il mondo per ricordare Florence Nightingale, fondatrice della Scienza Infermieristica moderna.

Domenica 12 maggio, in Largo Giovanni XXIII, dalle 10 alle 18, tutti gli avventori hanno acquisito informazioni sui corretti stili di vita, sulla prevenzione sanitaria, sulle competenze che l'infermiere può mettere a disposizione della comunità per migliorare le condizioni di vita della popolazione.

Gli infermieri presenti hanno effettuato, gratuitamente, la misurazione della pressione arteriosa e fornito informazioni preziose sulla prevenzione delle patologie più diffuse.

La pioggia, dunque, ha bagnato ma non scoraggiato i tanti accorsi all'iniziativa, ricevendo, in cambio, anche diversi opuscoli informativi realizzati appositamente

dall'OPI di Roma.

Tutto, all'insegna della collaborazione, l'informazione e la prevenzione.

La Giornata internazionale dell'Infermiere non poteva essere celebrata meglio, se non con le iniziative promosse dall'Opi per favorire l'incontro (e il confronto) con le persone.

All'iniziativa hanno aderito anche numerose Aziende Sanitarie e Ospedaliere di Roma e della provincia con eventi e sportelli informativi aperti nelle seguenti sedi: Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli, Ospedale San Camillo, Ospedale San Giovanni, Ospedale Sandro Pertini, Ospedale Sant'Eugenio, Ospedale CTO, Ospedale di Tivoli, Ospedale

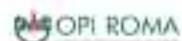
di Monterotondo, Ospedale di Subiaco, Ospedale di Colferro, Ospedale dei Castelli, Casa della salute Santa Caterina, Casa della salute Tenuta di Torrenova, Casa della salute Viale Camillo Sabatini D9, Casa della salute Poliambulatorio Distretto 8, Hospice di Civitavecchia. Altri punti d'incontro sono stati allestiti nelle piazze di Tivoli, Civitavecchia, Ladispoli, Bracciano, Castelnuovo di Porto e Campagnano.

In particolare, la partecipazione all'evento organizzato dall'OPI a pochi metri da Castel Sant'Angelo è stata davvero calorosa.

In migliaia hanno risposto all'invito degli infermieri romani, con tante famiglie,

*Infermieri, una voce che guida,
in ogni percorso della tua vita!*





**GIORNATA INTERNAZIONALE
DELL'INFERMIERE**

12 MAGGIO

**LA SANITA' NON FUNZIONA
SENZA INFERMIERI!**

<p>OPI Roma Castel Sant'Angelo</p> <p>San Camillo</p> <p>Policlinico Umberto I</p> <p>Policlinico Gemelli</p> <p>San Giovanni</p> <p>IDI</p>	<p>Asi Roma 2</p> <p>Ospedale Sandro Pertini Ospedale Sant'Eugenio Ospedale CTO Casa della salute, Santa Caterina Casa della salute, Tenuta di Torrenova Casa della salute, Viale Camillo Sabatini D9 Casa della salute, Poliambulatorio Distretto 8</p>	<p>Asi Roma 5</p> <p>Ospedale di Tivoli</p> <p>Ospedale di Monterotondo</p> <p>Ospedale di Subiaco</p> <p>Ospedale di Colferro</p> <p>Tivoli, Piazza</p>	<p>Asi Roma 4</p> <p>Civitavecchia, Piazza Civitavecchia, Hospice Ladispoli Cerveteri, Piazza Bracciano Castelnuovo di Porto Campagnano</p> <p>Asi Roma 6</p> <p>Ospedale dei Castelli</p>
--	--	---	--

focus

molti giovani e anche turisti che hanno preso parte attivamente alla campagna di promozione sanitaria.

Consigli e raccomandazioni forniti a tutti e un confronto aperto sui problemi della sanità e sulle possibili soluzioni: per costruire insieme una sanità più efficace, più equa e accessibile.

“Quest’anno, la Giornata internazionale dell’Infermiere è coincisa con l’emanazione del Nuovo Codice Deontologico degli Infermieri italiani - ha sottolineato la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** -. Due eventi che ribadiscono la stretta alleanza tra infermieri e cittadini, nel curare e nel prendersi cura. Stando dalla stessa parte, ovviamente!”.



Ospedale Sant'Eugenio, Roma



Ospedale CTO, Roma



IDI, Roma



Ospedale San Giovanni, Roma



In piazza a Castel Sant'Angelo, Roma

focus



Hospice Carlo Chenis, Civitavecchia



In piazza a Bracciano



In piazza a Campagnano



In piazza a Castelnuovo di Porto



Ospedale dei Castelli



In piazza a Civitavecchia



Casa della Salute, Tenuta di Torrenova



In piazza a Ladispoli



In piazza Santa Croce, Tivoli



In piazza a Cerveteri



Ospedale Angelucci, Subiaco



Polo ospedaliero Tivoli



Polo ospedaliero Monterotondo



Studenti dell'UniCamillus University, Roma



Polo ospedaliero Colferro



Policlinico Umberto I, Roma



Policlinico Gemelli, Roma



Poliambulatorio San Felice



Casa della Salute,
Santa Caterina



Ospedale San Camillo, Roma



Ospedale Pertini, Roma



Casa della Salute, viale C. Sabatini



La sanità **non funziona** senza infermieri



La sanità **non funziona** senza infermieri



La sanità **non funziona** senza infermieri



La sanità **non funziona** senza infermieri

focus



I ringraziamenti di Giulia Grillo per la Giornata dell'Infermiere

Anche il Ministro della Salute, **Giulia Grillo**, ha fatto arrivare il suo messaggio di saluto ai professionisti infermieri, nel giorno della loro "celebrazione", con questo post sulla sua pagina facebook: "Oggi, in occasione della 'Giornata Internazionale dell'Infermiere' voglio personalmente ringraziare le donne e gli uomini che con grande professionalità ogni giorno rendono possibile l'assistenza, la cura, il funzionamento dei servizi ai pazienti. Grazie, per il vostro indispensabile lavoro, per la vostra grande umanità, per l'impegno che rende unico il nostro Servizio sanitario nazionale. Per merito di una formazione profes-

sionale che, negli anni, è diventata sempre più avanzata siete sempre di più un pilastro indispensabile della sanità. A voi, al vostro lavoro, al vostro amore per le

persone è dedicata questa Giornata che mi auguro possiate celebrare con i vostri cari e i vostri pazienti di cui siete un punto di riferimento irrinunciabile".



SISI

Rinnovati gli organi istituzionali 2019-2021



La SISI (Società Italiana di Scienze Infermieristiche) è stata fondata nel dicembre 2006 dai professori associati e ricercatori del Settore Scientifico Disciplinare delle Scienze Infermieristiche (MED-45) e si propone di favorire il progresso scientifico e culturale dell'Infermieristica, operando, in particolare, in ambito accademico e delle istituzioni con il proprio Collegio dei Docenti delle Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MED-45).

Di recente, l'assemblea ordinaria della SISI ha rinnovato i propri organi istituzionali per il triennio 2019-2021.

Il nuovo Consiglio Direttivo è composto da:

Maria Grazia De Marinis, Presidente, professore ordinario Scienze Infermieristiche, Campus Biomedico Roma;

Rosaria Alvaro, vicepresidente, professore ordinario Scienze Infermieristiche, Tor Vergata Roma;

Daniela Mecugni, tesoriere, professore associato Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia;

Alberto Dal Molin, segretario, ricercatore Scienze Infermieristiche, Università del Piemonte Orientale Novara;

Anna Maria Bagnasco, professore associato Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Genova;

Stefania Di Mauro, professore associato Scienze Infermieristiche, Milano Bicocca;

Loreto Lancia, professore associato Scienze Infermieristiche, Università degli Studi dell'Aquila.

Tanti volti noti del cinema rendono omaggio agli infermieri

In occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere, l'OPI Roma ha diffuso su tutti i suoi canali social un video con gli auguri di diversi volti noti del cinema e della fiction italiana.

Contributi raccolti da OPI Giovani, organismo formatosi in seno all'Ordine, nato per avvicinare e facilitare i colleghi più giovani verso il mondo professionale.

Anzitutto, Greta Scarnano, figlia e nipote di infermiere (nel cast internazionale della fortunata serie "Il nome della rosa" e protagonista, con Alessandro Preziosi, di "Non mentire"), che si è auspicata "se ne parli di più, degli infermieri, perché meritate più considerazione!".

Ma pure: Salvatore Esposito (Genny Savastano di "Gomorra"): "Un grazie a nome mio, ma credo di tutti i cittadini d'Italia, d'Europa e del mondo!". E Francesco Montanari e la moglie, Andrea DeLogu; Chiara Martegiani; Serena Rossi ("Grazie per il lavoro faticosissimo e pre-



zioso che fate ogni santo giorno!"); Marco Bocci ("Grazie per il lavoro difficile, duro, ma coraggioso, che va fatto anzitutto con il cuore!"); Giulia Michelini ("Per il lavoro importantissimo e delicatissimo"); la comica Paola Minaccioni che parla del "sacro lavoro" degli infer-

mieri fatto "nonostante le tante difficoltà". Davvero commoventi le parole del simpaticissimo Stefano Fresi (visto, tra l'altro in "Smetto quando voglio") che, accennando la canzone "Angeli" ha detto: "È vero che esistono gli angeli e si chiamano: infermieri!".

Il CECRI dell'OPI Roma è il primo Centro italiano affiliato Joanna Briggs Institute

Al Ministero della Salute l'XI Workshop internazionale

Il 24 maggio, la sede del ministero della Salute di viale Giorgio Ribotta ha ospitato l'XI Workshop internazionale del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, patrocinato da: Ministero della Salute; FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche), CGFNS (*Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools*) e Boston College.

Un appuntamento intitolato: "Infermieristica ed evidenze cliniche: quale sviluppo futuro" e dedicato all'impegno per l'individuazione e lo sviluppo dell'*Evidence based practice* nella pratica clinica infermieristica, cioè in come tradurre, nel quotidiano lavoro infermieristico, le evidenze scientifiche dei numerosi studi e ricerche condotte dal Centro di Eccellenza, e contenuti nell'*annual report* disponibile sul sito www.centrodiexcellenza.eu

Il Workshop internazionale del CECRI, creatura nata in seno all'Ordine delle



Presidente e vice presidente OPI Roma, Pulimeno e Casciato

Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma, è stato, come sempre, un momento di confronto sulle competenze necessarie per esperire l'*Evidence based practice* in una società in perenne mutamen-

to, visto che la ricerca, oggi più che mai, è chiamata a dar risposte di maggiore adeguatezza alle necessità di cittadini. L'Italia si colloca tra i Paesi più longevi al mondo e, se da un lato, è una notizia positiva, dall'altro, si tratta di un fenomeno accompagnato da un'alta prevalenza di malattie croniche che impattano sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, oltre che sui costi dell'assistenza sanitaria. Quella del 24 maggio è stata, però, anche l'occasione per presentare ufficialmente il CECRI quale **primo Centro italiano affiliato Joanna Briggs** sull'evidenze nella pratica clinica.

Il programma della giornata (articolata, come di consueto, in due sessioni) ha illustrato lo sviluppo della ricerca tramite le migliori *evidence*; condiviso alcuni studi italiani che mettono in risalto l'*evidence based practice* e descritto la nascita del CECRI quale "a Joanna Briggs Institute Affiliated Group".





La professoressa Affonso e il ricercatore Stievano



La prima parte, moderata da presidente e vicepresidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** e **Stefano Casciato**, ha registrato gli interventi di diverse personalità: **Maximo Gonzales Jurado**, presidente emerito Consejo Internacional de Enfermería (Spagna); **Dyanne Affonso**, presidente onorario CECRI; **Susan Gennaro**, rettore del Boston College University, e **Franklin Shaffer**, direttore generale Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli USA (CGFNS).

Senza dimenticare, in apertura, i saluti della presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, che ha inviato un articolato contributo, letto ai presenti dalla presidente OPI Roma e vicepresidente nazionale, Pulimeno. "Anche grazie a incontri come questo - ha scritto - si fa un passo avanti verso un modello di certificazione delle competenze dei nostri professionisti, per migliorare le loro performance e quelle dei gruppi assistenziali a livello generale. Una necessità dettata dalla costante e profonda evoluzione dei settori in essere, con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e dei modelli organizzativi in ambito sanitario e socio-sanitario. Le competenze specialistiche degli infermieri, se ufficialmente e normativamente riconosciute, possono favorire lo sviluppo delle funzioni professionali in correlazione con gli obiettivi di educazione, prevenzione, cura, assi-

stenza riabilitazione e ricerca previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale. Le specializzazioni degli infermieri, inoltre, consentono un maggiore raccordo tra ospedale e territorio, abbattendo le liste di attesa, permettendo di venire incontro ai bisogni dei cittadini". Riconoscere all'infermiere specialista il suo ruolo, le sue capacità e le sue funzioni all'interno dei meccanismi dell'assistenza. "Quasi dieci anni fa - ha spiegato Pulimeno - quando in un gruppo di noi, si fece largo l'idea di un Centro di Eccellenza italiano per la Ricerca Infermieristica, non avremmo mai creduto ai risultati poi ottenuti. Oggi, il CECRI dell'OPI Roma, perseguendo l'eccellenza nella formazione, nella ricerca e nella pratica clinica, rende 'visibile e misurabile' la propria azione in termini di risultati prodotti sul benessere e sulla salute delle persone; valuta l'efficacia dei metodi assistenziali; favorisce il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale o di comunità. Bisogna capire che non c'è più spazio per prestazioni improvvise e rischiose a danno dei pazienti e della professione! Un enorme grazie alla professoressa Affonso, che ci ha pungolato sin dagli esordi per perseguire la nostra visione, accettare le sfide che, via via, si sono poste e si porranno sul nostro cammino". Proprio **Dyanne Affonso**, nel suo intervento ("Evidenze

cliniche nella pratica infermieristica: quale ricadute sull'assistenza?"), ha esortato il board CECRI a continuare nel suo lavoro, specie quello sulle *evidence based practice*, che: "Saggiamente - ha detto - decideste quale timone di tutto! Oggi, celebriamo la vostra 'eccellenza', ma vi invito a guardare oltre. Dovete essere dei 'visionari'; credere in un'Infermieristica basata anche sulla fattibilità. Le nuove generazioni, quelle che anche voi formate e che aiutate con i progetti finanziati dal CECRI, devono contribuire a far progredire l'intera Scienza Infermieristica. Credete nell'importanza delle parole e usate parole vostre, italiane, senza mutuarle da altri vocabolari. Il CECRI deve portare avanti la condivisione dei risultati anche con l'ausilio dei new media, vista l'avanzata fase della sanità digitale. La vostra biblioteca digitale, ILISI, ne è un esempio, ed è utilissima. Il CECRI non è una vostra vittoria personale, ma una vittoria per l'Italia e per la comunità infermieristica mondiale!". Un grazie che tutti i presenti hanno condiviso con il direttore scientifico del CECRI, **Gennaro Rocco**, fra i primi a credere nell'importanza del CECRI, che, pur assente, ha affidato al ricercatore italiano **Alessandro Stievano** il difficile compito di tracciare, a grosse linee, i passi da gigante compiuti dal Centro in questi primi anni; dai quattro Poli (o "pilastri")

su cui si fonda e sull'impellente necessità di inserirne un quinto: quello dedicato all'etica e alla Storia dell'Infermieristica; dal crescente accreditamento internazionale che sta ottenendo, malgrado l'atavica questione della mancanza di fondi per la ricerca nelle Scienze Sanitarie, quella infermieristica in particolare. "L'OPI di Roma - ha spiegato - finanzia alcuni progetti di giovani laureati. Progetti a medio e lungo termine. Crede nel coinvolgimento delle università e di personalità internazionali. Il CECRI si pone come Centro di aggregazione e divulgazione dei risultati ottenuti: per cambiare l'Infermieristica mondiale, bisogna incrementare le evidenze scientifiche, al contempo, intervenendo sulla pratica clinica".

Maximo Gonzales Jurado, con: "Lo sviluppo della ricerca infermieristica in Spagna e in Europa" pone l'accento su due questioni già diramate nel suo Paese, ma ancora al centro del dibattito nel no-

stro: la prescrizione dei farmaci (che, in Spagna, oggi è fatta anche dagli infermieri) e l'approdo al dottorato per i laureati: in Spagna, ogni anno, ci arrivano in 300. Non possiamo vantare certo le

stesse cifre: "La ricerca, da noi, è interdisciplinare - ha detto -: infermieri, farmacisti e medici studiano assieme le migliori soluzioni possibili per migliorare la pratica clinica. Ma, per fare davvero un 'salto storico', sarebbero necessari più fondi per attuare il progetto di una rete europea di ricerca infermieristica in cui scambiarsi dati e risultati. E che si avrebbe, poi, al mondo".

Susan Gennaro, con: "Evidenze cliniche nella pratica infermieristica: gli studi presso gli atenei statunitensi" prima e **Franklin Shaffer** con: "Quale impatto economico hanno le evidenze cliniche nei sistemi di salute: il caso Walmart", poi, hanno condiviso alcuni dati sulla professione negli Stati Uniti; di quanto, lì, i social media e la maggiore disponibilità di risorse economiche contribuiscano al miglioramento e allo sviluppo dei progetti infermieristici, perché: "Tutti i metodi usati - ha precisato Gennaro - devono avere come fine il miglioramento del-



la vita dei pazienti" e perché: "Portare la ricerca fuori dal mero ambiente accademico significa mettere il paziente al centro dell'assistenza", ha chiosato Shaffer. Un paziente che non è più mero fruitore e che non frequenta più solo i consueti luoghi di cura. Si tratta di una sanità che va sempre più incontro all'utenza e non viceversa per affermare una visione olistica del benessere sociale. Per far intendere meglio il fenomeno, Shaffer ha parlato di una grande catena di supermercati ("Walmart") che ha inserito gli ambulatori infermieristici nei suoi punti vendita. "Negli Stati Uniti - ha spiegato - fra le professioni sanitarie, quella infermieristica è quella con più credito presso le persone: ci sarà un perché, no? Oggi, il CECRI ha tutti i numeri per farsi capofila di un nuovo approccio sanitario, fondato su solide evidenze scientifiche".

Alla tavola rotonda, moderata dal giornalista Paolo Romano e dal ricercatore Stievano, hanno preso parte, oltre ai relatori: il presidente dell'OPI Milano, **Pa-squalino D'Aloja**, e il professor **Ercole Vellone**.

Assieme si è cercato di rispondere all'interrogativo su come tradurre le acquisizioni delle ricerche in esperienze di pratica clinica; visto che è vero, come ha ricordato Casciato, direttore del Polo per l'*Evidence Based Practice* CECRI, che: "La ricerca è la base della nostra professione", ma è pure vero che le prestazioni sono "giudicabili" solo sul campo, lì dove si ha bisogno di cure.

Nel pomeriggio, la seconda parte, dedicata alle: "Linee di ricerca del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica", moderata dal vicepresidente OPI Roma, Casciato, e dalla segretaria OPI Roma, **Maria Grazia Proietti**.

"Gli infermieri mettono il loro sapere a disposizione di tutti, anche delle altre professioni", hanno precisato entrambi.



"Nel cammino del CECRI abbiamo ricevuto il sostegno di tanti colleghi, ma dobbiamo continuare a sentirci una comunità. Per crescere, bisogna restare uniti!". Sul palco: la professoressa **Maria Matarese**, dell'università Campus Biomedico di Roma, con: "La nascita del CECRI *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: a Joanna Briggs Institute Affiliated Group*". E, a seguire: **Angela Peghetti**, *nurse research fellow* CECRI con un intervento dal titolo: "Terapia a pressione negativa nelle incisioni chirurgiche: una revisione sistematica"; **Roberto Accettone**, infermiere del gruppo di *Evidence based practice* CECRI, con: "Le esperienze degli uomini che devono prendere una decisione riguardo

al trattamento per un cancro prostatico localizzato: una meta-sintesi"; **Rosario Caruso**, ricercatore infermieristico del Gruppo San Donato di Milano, con: "RNAO *Best Practice Spotlight Organization (BPSO) Italian Host*: l'esperienza dell'OPI di Milano, Lodi, Monza e Brianza"; il ricercatore **Gianluca Pucciarelli** con: "Interventi educativi per migliorare gli outcome

nella diade *paziente-caregiver* dopo l'ictus cerebrale: revisione sistematica e meta-analisi"; **Maddalena De Maria** e **Ercole Vellone** (rispettivamente, professore associato e ricercatore presso l'università di Tor Vergata, Roma) con l'intervento dedicato all': "Influenza del supporto sociale sulla qualità di vita nelle malattie croniche: analisi diadica"; **Ippolito Notarnicola**, *nurse research fellow* CECRI, con: "Competenze cliniche infermieristiche valutate con la *Nurse Competence Scale* e il ragionamento clinico valutato tramite la *Nurses Clinical Reasoning Scale*" e, infine, **Paolo Iovino**, dottorando di ricerca all'università Tor Vergata Roma, con: "Self-care nelle persone affette da malattie croniche multiple".



Il successo della Giornata dell'Infermiere non placa le polemiche per le mancate assunzioni e i conti sanitari sempre "in rosso"

I conti della sanità sempre al centro dell'attenzione dei media. Specie quando la partita si sposta sul piano istituzionale. Così, il botta e risposta tra Governo e Regione Lazio sul commissariamento rimbalza sui titoli dei quotidiani più diffusi.

CORRIERE DELLA SERA Il **Corriere della Sera** (2/2/19) titola "Braccio di ferro Grillo-Zingaretti. La ministra attacca: «Il commissariamento non è finito». La replica: falso". Nell'articolo si legge: "La querelle politica tra M5S e Pd ieri si è concentrata su una questione sanitaria. Complice la visita della ministra della Salute, Giulia Grillo, che senza nessun preavviso ha fatto un blitz nel pronto soccorso del Policlinico Umberto I, il più grande della Capitale, per verificare di persona le condizioni della struttura e dell'assistenza offerta ai malati. Fatto sta che tra un apprezzamento per i medici e infermieri («Ho trovato grande qualità del personale», commenta Grillo dopo la visita) e una critica alla gestione e all'igiene («Grave sovraffollamento con pazienti messi ovunque, seduti sulle barelle, quasi uno sopra l'altro e in condizioni di pulizia molto scadente»), parte l'attacco alla Regione: «Al momento, non ci sono i presupposti affinché il Lazio esca dal commissariamento». (...) Immediata la replica del governatore: «Credo sia, lo dico senza vena polemica, opportuno sottolineare che questa affermazione è, nei fatti, priva di fondamento. Non esiste infatti un orientamento del governo Conte verso il prosieguo di questa misura». Così l'incertezza resta sovrana.

L'impasse sul commissariamento genera nuovi allarmi, a cominciare dalle assunzioni promesse. **Il Messaggero** (3/2/19) titola "Sanità laziale commissariata: «A rischio mille assunzioni». Si legge: "Secondo la Regione la mancata uscita dal commissariamento vale 1.000 assunzioni possibili, tenendo conto del blocco del turnover (ormai parziale) che si prolunga da anni e che ha causato anche un innalzamento dell'età media dei quasi 50mila dipendenti della sanità laziale: 54 anni. Nella doppia partita sul commissariamento e sul piano di rientro si gioca anche la possibilità di dare più respiro a grandi strutture accreditate di eccellenza".

il Giornale Intanto, **Il Giornale** (2/2/19) rilancia il problema dell'esodo dei professionisti sanitari italiani verso l'estero. "Medici e infermieri in fuga dall'Italia: in dieci anni via dal Paese in 18mila" titola il quotidiano milanese. Che spiega: "La meta preferita è la Gran Bretagna, seguita da Svizzera e Germania. Un trend in crescita che

sta creando un'emergenza nella sanità italiana. Tra il 2005 e il 2015 diecimila medici e ottomila infermieri hanno lasciato il nostro Paese per andare a lavorare all'estero. Europa soprattutto, ma anche Asia".

C'è anche la cronaca a funestare una sanità romana già piuttosto malconca: al San Filippo Neri si sfiora la tragedia.

Il Messaggero Il **Messaggero** (3/2/19) titola "Incendio al San Filippo Neri: «Non si può escludere il dolo»". "Ancora fuoco in un ospedale romano - riferisce il servizio - Dopo il rogo all'ospedale Villa San Pietro sulla Cassia del 3 novembre, l'allarme nella notte tra venerdì e sabato è scattato al San Filippo Neri (è la struttura dove il 25 gennaio un paziente, che stava fumando a letto, è morto per un principio d'incendio provocato dalla sigaretta). L'altra notte i danni sono stati limitati, non è stato necessario evacuare il padiglione e non ci sono state conseguenze né per i pazienti né per il personale. C'è però un elemento da sottolineare: il rogo si è sviluppato in una stanza usata come magazzino al livello meno 3, dove non c'erano materiale o cavi elettrici che potessero provocare l'incendio. «Sulle cause non si esclude quella dolosa, si sta procedendo alle opportune verifiche ed eventualmente a sporgere denuncia contro ignoti» ha spiegato l'assessore regionale alla Salute, Alessio D'Amato".

Consoliamoci col fatto che, l'anno prossimo, il mondo (e si spera anche i media) guarderà con più attenzione la nostra professione.

ICS SALUTE Il sito **Rcssalute.it** (3/2/19) annuncia: "OMS: Il 2020 sarà l'anno di infermieri e ostetriche. Lo dichiara il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Tedros Adhanom Ghebreyesus. La proposta sarà presa in esame a maggio da parte dell'Assemblea mondiale per la Salute. Il Consiglio Internazionale degli Infermieri ha accolto e diffuso l'annuncio sostenendo, come ha detto il presidente Annette Kennedy, che la proposta "contribuirà notevolmente ad elevare il profilo dell'assistenza infermieristica e ad evidenziare l'importanza della necessità di avere infermieri più istruiti, di investire nelle strategie di reclutamento e fidelizzazione e di rimuovere gli ostacoli allo sviluppo di ruoli infermieristici avanzati che si stanno rivelando estremamente efficaci nell'espansione della copertura sanitaria".

L'esordio del nuovo portale regionale con i dati sanitari richiama l'attenzione degli organi d'informazione.

CORRIERE DELLA SERA Il **Corriere della Sera** (15/2/19) scrive:

“Semplici curiosità per un cittadino, strumento di lavoro fondamentale per chi da amministratore di quei quartieri volesse correggere i numeri con qualche intervento di politica sanitaria. L’open data da ieri online (www.statodisalutelazio.it) è uno strumento che si spera non venga utilizzato come enciclopedia da esporre sulla libreria di casa e non aprire mai. Unico nel suo genere in Italia, è stato a buon ragione definito da Zingaretti e dall’assessore alla Sanità, Alessio D’Amato, come un formidabile portale per orientare le scelte di chi decide. I dati sono i più recenti tra quelli disponibili, l’impegno è di aggiornarli tempestivamente. Si possono spulciare informazioni sulla salute di 6 milioni di persone, elaborati dal dipartimento di epidemiologia”. Insomma, ci sono anche buone notizie.

la Repubblica Come quella rilanciata da **La Repubblica** (17/2/19): “L’Ospedale San Pietro riparte da duecento letti”. Si legge: “Riapre domani dopo tre mesi di chiusura, l’ospedale San Pietro Fatebenefratelli di via Cassia. O almeno riapre in parte: «Dopo l’incendio che aveva interessato la struttura a novembre scorso», ha infatti comunicato l’assessorato alla Sanità della Regione Lazio, «saranno riattivati circa 200 posti letto del Dipartimento materno-infantile, Dipartimento di Chirurgia e Dipartimento Medico. Si potranno eseguire ricoveri e interventi chirurgici di media complessità. Rimangono in attesa di attivazione il Pronto Soccorso generale, il Pronto Soccorso ostetrico e tutte le terapie intensive (Utic-Utir-Utin). (...) L’ospedale sarà riaperto completamente da marzo”.

E, ancora novità positive.

Il Messaggero Il **Messaggero** (20/2/19) titola “Campus Bio-Medico, prima pietra per il Dea”. Il quotidiano romano riferisce: “È stato il presidente della Regione Nicola Zingaretti ad aprire simbolicamente il cantiere dando per primo una picconata a una simbolica parete. Il nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea) di I livello amplierà la rete dell’emergenza nel quadrante sud ovest di Roma. Situato in via Alvaro del Portillo, si estenderà su un’area di 2100 mq e si stima potrà avere 45mila accessi annui. I lavori si concluderanno nel 2019 e l’attivazione del pronto soccorso è prevista per i primi mesi del 2020. La struttura sarà realizzata con un investimento di 10 milioni di euro, derivanti prevalentemente da indebitamento e attività di found raising del Campus”.

La prima grande adunata delle professioni sanitarie a Roma guadagna gli onori delle cronache. L’evento è epocale e i mezzi d’informazione se ne accorgono.

Italia Oggi **Italia Oggi** (23/2/19) titola “Professioni sanitarie riunite”. “In scena oggi la prima assemblea nazionale di tutte le professioni sanitarie e sociali - scrive - Si tratta della prima reunion organizzata dai vari ordini dopo la riforma che li ha coinvolti, frutto della legge 3/2018 (la cosiddetta legge Lorenzin). L’obiettivo della manifestazione è quello di «avviare un dibattito costruttivo con

governo e regioni per garantire universalità e uguaglianza al servizio sanitario nazionale», come si legge nella nota congiunta diffusa dalle categorie interessate. All’evento parteciperanno, come detto, tutte le professioni interessate dalla legge Lorenzin, ovvero medici (Fnomceo), infermieri (Fnopi), farmacisti (Fofi), professioni di ostetrica (Fnopo), veterinari (Fnovi), tecnici sanitari di radiologia medica (Federazione Tsm-Pstrp), psicologi (Cnop), biologi (Onb), chimici e fisici (Fncl) e assistenti sociali (Cnoas)”.

Finalmente, anche i media nazionali scoprono l’importanza degli infermieri. Specie se mancano.

Il Messaggero Il **Messaggero** (23/2/2019) rilancia l’allarme: “Gli infermieri sono il futuro delle cure, ma in Italia ne mancano 60mila”. E dà voce alla nostra Federazione: “Il futuro dell’assistenza sanitaria, caratterizzato da una popolazione sempre più anziana e dall’aumento delle malattie croniche, «è nella figura dell’infermiere». Ma in Italia ne mancano, secondo le stime, tra i 50 e i 60 mila. A dirlo, all’assemblea di tutte le professioni sanitarie e sociali che si è svolta Roma, Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), il maggior Ordine italiano con oltre 450mila iscritti. «Quella dell’infermiere è la professione più vicina al paziente che segue 24 ore su 24 sia in ricovero che a domicilio. Ma non allo stesso modo in tutte le Regioni», precisa Mangiacavalli”.

Gli infermieri italiani crescono anche sotto il profilo dell’etica. E adottano regole stringenti contro i comportamenti da “hater” che possano ledere l’immagine della professione.

24 ORE Nella mission di un infermiere c’è anche il buon esempio. **Il Sole 24 Ore** (25/2/19” riporta la notizia: “Agli infermieri sanzioni contro i comportamenti aggressivi sui social”. E spiega: “Gli infermieri sono in prima linea contro l’uso scorretto dei social network. È quanto emerge dal position paper approvato dal Consiglio della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi): una sorta di vademecum sul comportamento che i professionisti sono tenuti a rispettare riguardo a opinioni e contenuti postati sui diversi canali social. Con l’impegno a comminare sanzioni disciplinari nei confronti di chi sgarra. (...) «Purtroppo la comunità professionale infermieristica - si legge nella presa di posizione - non è esente da alcune condotte deprecabili» sulle diverse piattaforme, citando Facebook, Twitter, Instagram, Youtube. Ogni volta «che un infermiere si presenta come tale - continua il documento - e agisce sui social e sul web mancando di decoro, di rispetto, usando turpiloquio, rinunciando ad ogni possibilità di confronto costruttivo e sereno, parlando senza cognizione di causa sia in merito ad evidenze scientifiche sia in merito ad una consapevolezza ragionata dei fenomeni di cui discute mina l’immagine di tutta la comunità professionale» sul piano etico, deontologico, culturale, frenando «la credibilità professionale e istituzionale nei confronti della so-

cietà civile, politica e del sistema sanitario» entro cui opera. L'infermiere che si presenta come tale in un ambiente virtuale, o la cui professionalità sia comunque identificabile, deve dunque mantenere il decoro personale e salvaguardare il prestigio della categoria, ma anche cercare il dialogo e rispettare i valori - etici, religiosi, culturali, sociali e di genere - dei suoi interlocutori". Fa notizia anche la ressa di candidati per il "concorso" dell'ospedale Sant'Andrea.

IL TEMPO

Il Tempo (25/2/19) titola "Sos infermieri. Assalto al concorso".

Nel servizio si legge: "Nel Lazio mancano 3 mila infermieri e l'ultimo concorso bandito, quello del Sant'Andrea per 258 posti, ha toccato il nuovo record di domande: 26 mila, pari a 100 aspiranti per ogni divisa in palio. «Chiederemo al Governo di ampliare la platea delle 258 assunzioni per andare incontro a una esigenza e a una domanda di forza lavoro che io credo - ha annunciato il governatore, Nicola Zingaretti - che questa Regione ora possa sostenere». In 7 anni, infatti, il Lazio ha perduto l'11% dell'organico, che equivale a 2.497 infermieri in meno, e assomma il 12% delle carenze nazionali. Nelle strutture pubbliche della Regione ogni infermiere è chiamato a far fronte ad una media di 16 pazienti contro gli 11 del resto d'Italia". Numeri che parlano da soli.

Dopo qualche giorno, **Il Tempo** (9/3/19) torna sulla vicenda aggiornandola: "Infermieri al Sant'Andrea, aperte altre 225 posizioni". L'articolo spiega: "Lo scorso anno il Lazio ha perduto più di due infermieri al giorno. (...) Per cercare di tamponare questa emorragia un decreto incrementa ora di 225 i posti in palio nel concorso bandito dall'ospedale Sant'Andrea. Oltre ai 258 previsti, infatti, quelli che verranno assegnati mediante mobilità passano dagli originari 58 a 283".

Intanto, i professionisti che lavorano nell'ambito della sanità privata vivono momenti drammatici. Il sito **Rassegna.it** (13/3/19) pubblica un servizio sulla manifestazione di Roma: "Sanità privata, riparte la mobilitazione". Si legge: "Riparte in grande stile la mobilitazione dei 25 mila lavoratori delle strutture accreditate del Lazio, ospedali, Irccs, case di cura, centri di riabilitazione, Rsa e centri territoriali e ambulatoriali. Con il flash-mob di oggi, che ha visto campeggiare sul ponte dell'Isola Tiberina di Roma la gigantesca scritta "Contratto subito", Cgil Cisl e Uil rilanciano la protesta dei dipendenti della sanità privata accreditata per un rinnovo di contratto atteso da oltre 12 anni. I segretari generali regionali di categoria promettono battaglia".

Della vertenza torna a occuparsi nei giorni seguenti anche **Conquiste del Lavoro** (26/3/19) che titola "Lazio, sanità privata: prime aperture sul rinnovo contrattuale". L'articolo riferisce: "Primi passi per il rinnovo contrattuale della sanità privata, fermo da 12 anni. L'Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) lo ha riconosciuto necessario e ne ha discusso ieri durante l'esecutivo. «Ma la mobilitazione dei lavoratori nel Lazio andrà

avanti fino al raggiungimento dei giusti riconoscimenti contrattuali, retributivi e professionali». Così Natale Di Cola, Roberto Chierchia e Sandro Bernardini - segretari generali di Fp Cgil Roma e Lazio, Cisl Fp Lazio e Uil Fpl Roma e Lazio - dopo l'incontro con i vertici dell'associazione regionale dei datori di lavoro".



Il quotidiano cattolico **Avvenire** (24/4/19) titola "Mobilitazione degli infermieri: «Siamo pochi»".

Si legge: "Gli infermieri italiani si mobilitano contro il fenomeno del demansionamento. Dal 6 al 10 maggio Nursing Up (il sindacato più rappresentativo della categoria) darà vita a flash-mob e presidi di protesta. «Ricordiamo che il personale è già ridotto ai minimi termini per il blocco del turnover e ulteriori emorragie ci saranno con i prepensionamenti di 'quota 100'» afferma presidente dell'organizzazione, Antonio De Palma. Gli infermieri si trovano infatti spesso a dover coprire nelle corsie degli ospedali e nei servizi sul territorio mansioni che appartengono agli Oss (operatori socio-sanitari)".



Speranze di una svolta arrivano da un titolo de **Il Sole 24 Ore** (22/3/19): "Medici e infermieri: assunzioni sbloccate".

La notizia è questa: "In vista lo sblocco delle assunzioni nella sanità: accordo Governo-Regioni per superare l'attuale vincolo di spesa (il budget del 2004 diminuito dell'1,4%). Lo ha annunciato il ministro della Salute Grillo in un post su Facebook. Per i nuovi ingressi nel Sistema sanitario si farà riferimento alla spesa del 2018: tutte le Regioni potranno aumentare ogni anno le risorse - per il 2019 avranno a disposizione circa 50 milioni in più - da destinare ai nuovi contratti per medici e infermieri, necessità stringente alla luce anche delle denunce della categoria sul gap di specialisti nei prossimi anni".

Buone notizie pure dalla Regione Lazio per la provincia romana.

Il Messaggero

Il Messaggero (20/4/19) annuncia: "Castelli, in arrivo 4 milioni per tac e nuove assunzioni". "Tac a Velletri e ampliamento del pronto soccorso a Frascati - spiega l'articolo - La Asl Rm6 annuncia investimenti per gli ospedali dei Castelli. È quanto emerso nel corso della Conferenza dei sindaci sulla Sanità che si è svolta nella sala consiliare del Comune di Pomezia. Un piano con risorse per quattro milioni di euro per potenziare gli ospedali di tutto il territorio. È stata votata favorevolmente all'unanimità la proposta di revisione dell'Atto aziendale, hanno partecipato il direttore generale Narciso Mostarda, il direttore sanitario e il direttore amministrativo della Asl Roma 6, il sindaco di Pomezia e presidente della Conferenza Adriano Zuccaia, i sindaci e i delegati dei comuni di Ariccia, Albano, Lariano, Ardea, Velletri, Nettuno, Anzio, Frascati, Castelgandolfo, Nemi".

Anche il grave problema delle aggressioni al personale sanitario stuzzica l'attenzione dei media.

Italia Oggi

Se ne occupa il quotidiano economico **Italia Oggi** (7/3/19) titolando "Medici e infermieri insieme contro la violenza". "In Italia

l'89% degli operatori sanitari è stato coinvolto, nel corso della sua attività professionale, in episodi di violenza fisica, verbale o psicologica - si legge - Il 43% di questi ha subito sputi o lanci di oggetti. Per porre l'attenzione su questo fenomeno, infermieri e medici hanno lanciato una campagna social con lo slogan rispettachitaiuta. La campagna è partita dall'ordine delle professioni infermieristiche di Arezzo ma, in poche settimane, ha assunto una rilevanza nazionale, tanto da essere ripresa anche al ministro della salute Giulia Grillo. «Questo problema non deve essere sottovalutato e il mio impegno contro ogni forma di aggressione nelle strutture sanitarie è massimo», è il commento della ministra. La campagna è stata rilanciata anche dal presidente della Fnomceo Filippo Anelli e dalla presidente del Fnopi Barbara Mangiacavalli. Dalle rilevazioni effettuate dall'Università di Tor Vergata, emerge che il 39,1% degli operatori ha subito delle aggressioni con graffi, il 37,2 con calci e pugni, il 35,4 con spintoni, il 43,1 con sputi e lancio di oggetti. Molti dei professionisti intervistati ha dichiarato di aver subito più di un tipo di aggressione».

Nel frattempo, si chiudono i termini per partecipare al maxi concorso del Sant'Andrea e la stampa tira le somme. **La Repubblica** (1/5/19) titola "Roulette infermieri: in palio 258 posti, trentamila alle prove". Il servizio spiega: "La fame di lavoro non risparmia, è più che ovvio, neanche la categoria degli infermieri. A dicembre la Regione Lazio aveva bandito il concorso pubblico: il 25 aprile si sono chiusi i termini per la presentazione delle domande e ieri sono state pubblicate le date delle prove scritte e pratiche per la copertura di 258 posti da infermiere a tempo indeterminato. La prova scritta si terrà nei giorni 3, 4 e 5 giugno (a partire dalle ore 8.30) presso la Fiera di Roma. Che sarà letteralmente presa d'assalto da un esercito di aspiranti infermieri. Quindici giorni prima delle date verrà resa pubblica la suddivisione dei candidati ammessi alle tre giornate di prove scritte sul portale dell'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea (il giorno in cui presentarsi). I candidati che avranno raggiunto la sufficienza saranno quindi ammessi alla prova pratica che si terrà il giorno 18 luglio (a partire dalle ore 8.30) sempre alla Fiera di Roma. Da dieci anni la Regione non bandiva un concorso pubblico di queste dimensioni".

Infermieri protagonisti di una giornata di festa e di sensibilizzazione verso i temi della salute.

Libero Arriva il 12 maggio, la Giornata Internazionale dell'Infermiere. **Libero** (12/5/19) titola "È il giorno degli infermieri, ma ne mancano 30mila". "Non solo medici: in Italia c'è una grande carenza di infermieri e oggi che si celebra la Giornata Internazionale dell'Infermiere, i numeri del problema saltano all'occhio ancora di più - si legge nell'articolo - «La sanità non funziona senza infermieri» è lo slogan scelto dalla Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), che conta oltre 450mila iscritti. «È dimostrato che la presenza di un infermiere ogni 6 pazienti allunga

la vita di questi ultimi», spiega Tonino Aceti, portavoce Fnopi, «ma in Italia il rapporto infermieri-pazienti era nel 2017 di 1 a 9 nelle Regioni con l'assistenza migliore e arrivava fino a 1 a 17 in Campania». Senza contare chi uscirà con Quota 100. «Ci sono circa 30mila infermieri in meno rispetto alle necessità. E diventeranno 58mila in meno nel 2023; circa 71mila in meno nel 2028 e quasi 90mila in meno nel 2033».

L'Ordine di Roma si mobilita con l'ormai tradizionale iniziativa dei "Gazebo della salute". Ed è un successo.

"Tra infermieri e cittadini un patto sempre più forte", è il titolo del comunicato diramato alla stampa dall'**Opi Roma** (14/5/19) sul bilancio della giornata. "Sono stati in molti, nonostante il maltempo, a visitare domenica scorsa il Gazebo della Salute allestito nella capitale, in Largo Giovanni XXIII, dall'Ordine Provinciale delle Professioni Infermieristiche di Roma - recita la nota - Un contatto diretto e fruttuoso che si è rinnovato per il quarto anno consecutivo per celebrare insieme la Giornata Internazionale dell'Infermiere. (...) Migliaia di cittadini di ogni età hanno risposto con entusiasmo all'invito degli infermieri romani, con tante famiglie, molti giovani e anche numerosi turisti che hanno preso parte attivamente alla campagna di promozione sanitaria, ricevendo nel Gazebo della Salute preziose informazioni e depliant illustrativi sui corretti stili di vita e sulla prevenzione delle malattie più diffuse. (...) All'iniziativa hanno aderito anche numerose Aziende Sanitarie e Ospedaliere di Roma e della provincia con eventi e sportelli informativi aperti nelle rispettive sedi. (...) «Quest'anno la Giornata Internazionale dell'Infermiere ha coinciso con l'emanazione del nuovo Codice Deontologico degli Infermieri Italiani - ha sottolineato la presidente dell'Ordine Provinciale delle Professioni Infermieristiche di Roma, la dottoressa Ausilia Pulimeno - Due eventi che ribadiscono e affinano ulteriormente la stretta alleanza tra infermieri e cittadini nel curare e nel prendersi cura. Stando sempre dalla stessa parte».

A proposito della capacità di immedesimarsi in chi ha bisogno

di assistenza, da Palestrina arriva una bella storia che **Il Messaggero** (1/6/19) fotografa col titolo "«Io, il commissario Asl disabile per un giorno»". Il racconto: "È stato un sopralluogo insolito, quello effettuato ieri all'ospedale di Palestrina dal commissario della Asl Roma 5 Giuseppe Quintavalle. Accettando l'invito di Franco Cerquetani, consigliere comunale di Galliciano con disabilità, il direttore dell'azienda sanitaria più estesa del Lazio si è messo su una sedia a rotelle e ha vissuto, dal loro punto di vista, i disagi che sono costretti ad affrontare i portatori di handicap per accedere ad alcuni servizi del Coniugi Bernardini. Accompagnato dall'ingegner Sante Amici e da uno staff tecnico, Quintavalle ha spinto la carrozzina superando gradini, incontrando porte difficili da aprire e bagni inadeguati, verificando l'assenza di lettini ambulatoriali regolabili in altezza, fondamentali per l'utilizzo da parte di utenti obesi, di bassa statura o con difficoltà di deambulazione. Cerquetani ha mostrato al direttore anche al-

cune eccellenze, in termini di accessibilità, presenti all'ospedale, come pure le grandi difficoltà che occorre superare per andare al Pronto soccorso, sia in termini di percorsi di collegamento che di accesso al triage. La visita su sedia a rotelle del direttore è stata accolta con curiosità dai pazienti presenti in ospedale mentre tanti sono stati i medici e gli operatori che, incontrandolo nei corridoi, gli hanno rivolto la stessa domanda: «Direttore ma che le è successo?». «Niente - è stata la risposta di Quinta-

valle - sto guardando l'ospedale da una prospettiva diversa»". (...) È La prima volta in Italia che la massima autorità della Asl fa un esperimento del genere avviando, da Palestrina, un tour che riguarderà tutti gli ospedali, distretti e strutture sanitarie presenti nella Asl Rm5".

Questo è il messaggio che da tempo gli infermieri lanciano a chi amministra la sanità: cambiando la prospettiva si può migliorare a vantaggio di tutti.

SANITÀ DIGITALE

Il Politecnico di Milano premia il SITRA del Policlinico Gemelli

Con il progetto "Centrale Unica Trasporti 2.0", il SITRA della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS ha vinto il premio Innovazione Digitale in Sanità 2019 nella categoria: "Supporto ai Processi di Gestione del Paziente", indetto dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano.

Un concorso per dare visibilità alle aziende sanitarie italiane più innovative.

Selezionato fra quelli di altri 56 concorrenti, il progetto presentato dal Policlinico romano, realizzato dal Servizio Infermieristico tecnico Riabilitativo Aziendale, assieme all'ICT, consiste nella re-ingegnerizzazione delle tecnologie e dei processi relativi al trasporto dei pazienti e dei materiali, gestito dalla Centrale Unica Trasporti (CUT).



Il riconoscimento è stato ritirato in occasione del convegno "Connected Care: il cittadino al centro dell'esperienza digitale".

Avviata nel 2015, la "Centrale Unica Trasporti 2.0" ha previsto un cambiamento sostanziale nel modello organizzativo dei trasporti che, grazie a una gestione informatizzata e centralizzata del personale ausiliario da parte della CUT, consente al personale di reparto di aprire richieste di trasporto in modo più rapido e permette alla CUT di dare spazio a più richieste contemporaneamente, producendo report dettagliati sull'andamento del servizio, dei carichi di lavoro e dei tempi di attesa.

Il Sistema è stato reso ancora più efficiente grazie alla compilazione semiautomatica dei dati di trasporto tramite la lettura del Barcode (posto sulla cartella clinica/braccialetto del paziente) e l'integrazione con il Sistema Informatico Ospedaliero e il Sistema Amministrativo. Le richieste di trasporto effettuate dal personale di reparto sono gestite tramite la piattaforma informatica dal personale della CUT, che assegna i trasporti ai singoli ausiliari, che ricevono gli incarichi su smartphone tramite l'App dedicata e gestiscono, in tempo reale, sia la presa in carico del trasporto che la chiusura. Il reparto richiedente e la CUT possono verificare costantemente l'andamento del servizio.

Al momento, la CUT conta 82 trasportatori su 3 turni e gestisce una media di 1.300 trasporti al giorno (oltre 350.000 annui) relativi a 49 camere operatorie, 42 Unità operative di degenza ordinaria (1.156 posti letto), oltre alla diagnostica per immagini del Policlinico. Il 78% dei trasporti è relativo ai pazienti.

In fase di studio due sviluppi: l'assegnazione del ticket per prossimità, grazie alla geolocalizzazione degli ausiliari, e l'implementazione di una funzione di calcolo automatico dei percorsi tramite applicazione di algoritmi di Intelligenza Artificiale che tengano conto delle caratteristiche del trasporto e dei vincoli logistici. L'idea è di passare da un sistema "web based", supportato da APP, ad un ecosistema "connection based", in cui ausiliari, operatori CUT, reparti, laboratori, ecc. lavorino in sinergia mettendo al centro il paziente.

Studio finanziato dal CECRI conquista la Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare

Il gruppo di esperti dell'Università di Roma Tor Vergata e dell'Università di Milano Bicocca (costituito dai professori infermieri: Alvaro e Vellone, dagli assegnisti di ricerca: infermieri Pucciarelli e Simeone, dal ricercatore infermiere Ausili e dai ricercatori statistici Rebora e Arisido) ha ricevuto il premio della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare grazie allo studio dal titolo: "Formal and Informal care after stroke: a multicentric longitudinal study".

A loro è andato il riconoscimento per il "Miglior contributo scientifico", per una ricerca che è stata definita "uno dei migliori lavori in ambito cardiovascolare".

Finanziata dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma, l'esperienza è frutto di una collaborazione tra la cattedra di Scienze Infermieristiche dell'Università di Roma Tor Vergata e l'omologa di Milano Bicocca.

Ha visto l'arruolamento di una coorte di 415 pazienti affetti da ictus dimessi da strutture riabilitative, con i rispettivi *caregiver*, e li ha seguiti per un anno, con follow-up ogni tre mesi.



L'analisi dei dati, tra l'altro, ha fatto emergere il fatto che le necessità assistenziali dei pazienti con ictus sono più numerose tra quelli più istruiti, con una minore funzionalità fisica e che coabitano con un *caregiver* informale.

Congresso ICN a Singapore

A Singapore, dal 27 giugno al 1 luglio, l'ICN (*International Council of Nurses*) ha tenuto il suo Congresso biennale, dal titolo: "Beyond healthcare to health".

Ospite della Singapore Nurses Association, l'evento ha messo assieme

una platea internazionale di migliaia di infermieri che hanno discusso dei tanti modi in cui questi professionisti possono lavorare per garantire a tutte le persone l'accesso alle cure, affrontando anche i determinanti sociali della salute, come l'istruzione, l'uguaglianza di genere, la povertà.

Andando, dunque, ben oltre il mero concetto di fornire assistenza sanitaria.

Il Congresso è stata anche l'occasione per far incontrare gli infermieri di tutto il mondo, per "costruire" ponti e relazioni fra



loro, oltre che per diffondere le conoscenze infermieristiche e quelle relative alla salute più all'avanguardia.

Il Consiglio dei rappresentanti dell'Associazione nazionale infermieristica, l'organo di governo globale dell'ICN, si è riunito qualche giorno prima, dal 25 al 27 giugno 2019.

Tutti i partecipanti al Congresso (e i membri dell'ICN stessa) hanno potuto osservare al lavoro i leader infermieristici globali, identificare le priorità della professione e dettare le direzioni del future.

Anche l'OPI di Roma Aderisce a *Nursing Now*

Anche l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma ha aderito e partecipato alle iniziative di *Nursing Now*, campagna volta a migliorare il profilo e lo status della Professione in tutto il mondo (che proseguirà fino alla fine del 2020, bicentenario della nascita di Florence Nightingale, quando gli infermieri saranno celebrati in tutto il mondo), influenzando chi definisce le politiche sanitarie e sostenendo gli infermieri come guida nella costruzione di un movimento globale capace di far fronte alle sfide di salute contemporanee.

Per l'Italia, fra le associazioni infermieristiche, quella scelta quale **"Leading Association"** è la CNAI (Consociazione nazionale delle associazioni infermiere/i) affiliata dal 1949 all'ICN (*International Council of Nurses*).

Nursing Now è la campagna Oms e ICN per dare più leadership agli infermieri, puntando a migliorarne lo status e il profilo dell'assistenza infermieristica globale.

Tutto è nato il 27 febbraio 2018, quando l'ICN, con la *World Health Organization* (WHO), riuniti in un programma finanziato dal *Burdett Trust for Nursing* (società indipendente di beneficenza con sede in Inghilterra, guidato da Lord Crisp, co-presidente del gruppo parlamentare britannico *All-Party on Global Health*, e da Sheila Tlou, co-presidente della *Global HIV Prevention Coalition*, assieme al direttore del Dipartimento *Health Workforce* del WHO, Jim Campbell, per il miglioramento dell'immagine e della valorizzazione della Professione) hanno lanciato l'iniziativa globale di *Nursing Now*.

La campagna si basa sul report **"The Triple impact of Nursing"** e, oltre a sostenere lo sviluppo della professione, migliorerà la

Nursing now Italy

3 MAGGIO 2019 ROMA

KEYNOTE LORD NIGEL CRISP

6 MAGGIO 2019 MILANO

OBIETTIVI

- Proporre istituzioni per migliorare le condizioni, lo sviluppo, professionalità, gli standard, la regolamentazione e il controllo di lavoro degli infermieri.
- Proporre istituzioni per migliorare le politiche sanitarie e sociali e l'assistenza globale.
- Proporre istituzioni per dare leadership e leadership nella costruzione della pratica infermieristica globale, come parte di un movimento globale per dare leadership e leadership nella costruzione della pratica infermieristica globale, come parte di un movimento globale.
- Proporre istituzioni per dare leadership e leadership nella costruzione della pratica infermieristica globale, come parte di un movimento globale.

CON LE ORGANIZZAZIONI: WHO, ICN, CNAI, FNOPI, etc.

salute, promuoverà l'uguaglianza di genere e sosterrà la crescita economica. Il report indica come la crescita della professione, ergo il miglioramento dell'assistenza infermieristica, potrà contribuire al raggiungimento di tre obiettivi di sviluppo sostenibile (SDGs): migliorare la salute, promuovere l'uguaglianza di genere e rafforzare le economie.

Infermieri e ostetriche costituiscono la metà della forza lavoro sanitaria; hanno un ruolo fondamentale da svolgere nel contribuire a raggiungere una copertura sanitaria universale. Fra gli obiettivi della campagna, non va dimenticato quello di migliorare la percezione stessa degli infermieri, la loro influenza, massimizzando il contributo per garantire che tutti abbiano accesso all'assistenza sanitaria.

Ci sono molte organizzazioni in tutto il mondo che svolgono un ruolo importante nello sviluppo dell'assistenza infermieristica e ostetrica: *Nursing Now* li sostiene, portando l'Infermieristica in prima linea sul fronte della salute.



La presidente Pulimeno con il presidente FNOMCeO, Anelli, e il presidente CNAI, De Caro

Entro la fine del 2020, si prevede di raggiungere ben cinque obiettivi:

1. maggiori investimenti per migliorare l'istruzione, lo sviluppo professionale, gli standard, la regolamentazione e le condizioni di lavoro per gli infermieri;
2. maggiore e migliore diffusione di pratiche efficaci e innovative nell'Infermieristica;
3. maggiore influenza per infermieri e ostetriche sulla politica sanitaria globale e nazionale, come parte di un più ampio sforzo per garantire che la forza lavoro della salute sia maggiormente coinvolta nel processo decisionale;
4. più infermieri in posizioni di comando e maggiori opportunità di sviluppo a tutti i livelli;
5. Fornire ai responsabili politici e decisionali riferimenti per comprendere dove l'Infermieristica può avere il maggiore impatto.

In questo modo, gli infermieri potranno di essere in prima linea nei cambiamenti, apportando un contributo essenziale al miglioramento della salute in futuro.

A Roma, il 3 maggio scorso, si è tenuto il primo dei due eventi programmati in Italia (il secondo si è svolto lunedì 6 maggio a Milano) da *Nursing Now*.

Gli appuntamenti contribuiscono al lancio ufficiale della campagna, con la partecipazione di illustri autorità politiche, accademiche e professionali.

A tirare le fila, la CNAI, con il patrocinio, tra gli altri, della Federa-



razione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), presente all'evento inaugurale di Roma con la vicepresidente nazionale e presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**.

Il suo saluto, che ha introdotto i lavori della giornata, ha sviluppato i temi della valorizzazione delle competenze del "nuovo infermiere" per favorire innovazione, cambiamento e sostenibilità del sistema sanitario in cui opera, con una particolare attenzione sulle nuove *policy* da mettere in campo per favorire un reale cambiamento di approccio delle modalità di organizzazione dei servizi sanitari. "Appare ormai indispensabile disporre di nuovi modelli di assistenza che richiedono più infermieri, sempre più cruciali per garantire salute e assistenza ai cittadini", ha detto Pulimeno. Una sfida raccolta dall'assessore alla Sanità della Regione Lazio, **Alessio D'Amato**, che ha parlato di "tempi maturi" per innestare un cambio di marcia.

Oltre, si è spinto il presidente della commissione Igiene e Sanità del Senato, **Pierpaolo Sileri**: "È assolutamente necessario valorizzare la figura dell'infermiere, sicuramente attraverso un per-

corso di specializzazione, puntando alla medicina del territorio, ma anche lavorando sull'intramoenia. Non ho mai capito perché per i medici c'è un percorso preciso e per gli infermieri no. In questo senso, sto lavorando a un ddl per cambiare l'intramoenia per i medici in cui voglio inserire anche gli infermieri".

Parole pronunciate di fronte ad un'ampia platea, fra cui sedeva il presidente dell'Ordine dei Medici (FNOMCeO), **Filippo Anelli**, concorde nel dichiarare che "senza infermieri è impossibile garantire i livelli di assistenza. Con l'aumento globale delle malattie croniche non trasmissibili e delle comorbilità negli anziani - ha spiegato -, gli infermieri sono davvero imprescindibili. Come tutti sappiamo, queste malattie richiedono





L'assessore regionale alla Sanità,
Alessio D'Amato

un'assistenza olistica e centrata sul paziente: le nostre professioni, oggi, devono mettere in atto strategie assistenziali che, in sinergia, riescano a rispondere ai bisogni del cittadino”.

Il lancio ufficiale di *Nursing Now Italy* arriva in un momento in cui la domanda di assistenza sanitaria e dei servizi sanitari aumenta ogni giorno. Appare sempre più cogente intervenire sugli assetti del servizio sanitario italiano, sulla carenza del personale infermieristico, in modo da garantire una sanità universalistica e sostenibile, quanto più inclusiva e propositiva al fine di rispondere al meglio ai bisogni emergenti di salute della popolazione, in linea con il dettato costituzionale. Gli infermieri sono in prima

linea per la salute sempre, e sono il più numeroso gruppo di professionisti sanitari dell'Italia (oltre 450 mila) e del mondo (oltre 23 milioni).

“Al momento del lancio della campagna lo scorso anno – ha commentato al termine della giornata **Barbara Mangiacavalli**, presidente della FNOPI – l'indicazione è stata che, entro il 2020, si dovrebbero raggiungere cinque obiettivi per un'assistenza a livelli elevati. Per noi, si tratta solo di consentire agli infermieri di dare un contributo ancora maggiore al miglioramento della salute nel XXI secolo, a essere in prima linea nei cambiamenti, accanto alle persone”.



Approvato il nuovo Codice Deontologico della Professione

Il 13 aprile 2019, a dieci anni dalla sua precedente stesura, la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ha approvato il nuovo Codice Deontologico.

Dalla versione del 2009, questo integra tutto ciò che riguarda leggi, regolamenti e situazioni che si sono succedute negli anni e, soprattutto, nuove responsabilità nel passaggio da Collegi a Ordini, ora enti sussidiari dello Stato con la modifica di ruoli, responsabilità e capacità di intervento.

Il **Codice Deontologico degli infermieri** è il vero e proprio vademecum della professione, come questa deve svolgersi, come deve affrontare e risolvere i problemi, come deve rapportarsi con i pazienti, i colleghi, le istituzioni, le altre professioni. Come la professione sia a fianco di chi soffre e ha bisogno di assistenza e sia divisa dalla politica.

“Il nuovo Codice – ha detto la presidente Fnopi, **Barbara Mangiacavalli** -, approvato dai 102 presidenti nel Consiglio nazionale, per l’infermiere rappresenta uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità. È una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è degli infermieri: li rap-

presenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini”.

Tra le maggiori novità dei 53 articoli (prima erano 51) ci sono quelle che rispecchiano il nuovo ruolo dei professionisti, sia a livello di management che clinico, all’interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione.

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

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

Il nuovo Codice inquadra la crescita professionale e prevede che l’infermiere agisca sulla base del proprio livello di competenza e ricorra, se necessario, all’intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, prestando consulenza ponendo le



sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni. Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. L'infermiere, inoltre, ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

Novità rispetto a tutti i Codici Deontologici precedenti (e anche a quelli di molte altre professioni) è che la FNOPI, in oltre un anno di consultazioni, ha voluto seguire un iter complesso e trasparente: una commissione ha messo a punto un testo che poi è andato alla consultazione pubblica on line degli infermieri e di tutte le associazioni e società infermieristiche per tornare di nuovo alla Commissione e agli Ordini che l'hanno riassembleato. Poi, sono cominciate le consultazioni con giuristi, eticisti, bioeticisti, associazioni di pazienti e cittadini, rappresentanti ufficiali delle religioni e, in un altro passaggio di messa a punto con la Commissione incaricata della stesura del Codice e la presentazione al ministro della Salute (in quanto vigilante e organo di tutela della professione, ma anche dei pazienti). In chiusura, il voto finale dei presidenti dei 102 Ordini provinciali.

Diviso in otto Capi, ognuno su un argomento che riguarda professione e/o assistenza, il nuovo Codice chiarisce il dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, et-

nica, religiosa e culturale. E, in questo, di astenersi da ogni discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare. Il Codice mette in chiaro anche che l'infermiere partecipa al percorso di cura e si adopera perché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti e si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale. Ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale.

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

L'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.

Infine, l'infermiere che ricopra incarichi politico-istituzionali perseguendo interessi pubblici generali, della collettività tutta e non di parte, che siano individuali associativi o corporativi; quindi, non è sanzionabile se non per ragioni strettamente e realmente professionali.

Copia del Nuovo Codice è disponibile in Federazione (in formato cartaceo) o (in formato elettronico) all'indirizzo: www.fnopi.it

La FNOPI firma il Manifesto interreligioso

Nove diritti per garantire, oltre alle cure, il rispetto della dignità e il supporto religioso e spirituale per chi si trova nella fase finale della vita in strutture sanitarie.

È questo il Manifesto Interreligioso dei Diritti nei Percorsi di Fine Vita che la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI, di cui fanno parte gli oltre 450mila infermieri che operano in Italia; il maggior Ordine professionale del Paese), il 12 aprile 2019, ha ufficialmente sottoscritto, primo Ordine delle professioni sanitarie, alla presenza dei presidenti di tutti gli Ordini Provinciali.

Definire i diritti e garantire, oltre alle cure, il rispetto della dignità e il supporto religioso e spirituale per chi si trova nella fase finale della vita in strutture sanitarie è il fulcro del Manifesto. Diritti da garantire non solo nei centri di cure palliative, ma anche negli ospedali, nei pronto soccorso.

Un lavoro delicato quanto importante, un traguardo frutto di una particolare sensibilità nei confronti del dialogo interreligioso in ambito sanitario.

Creare un percorso che porti a impegni concreti è l'obiettivo del documento, importante punto di arrivo di un percorso, pienamente condiviso con le confessioni religiose, che rende possibile la trasformazione dei nove diritti sottoscritti in procedure

operative. "La nostra professione si realizza nell'incontro con l'assistito, indipendentemente dal credo religioso, politico e dalle questioni di genere - ha spiegato **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI - e nel momento del fine vita, gli infermieri sono i più presenti accanto alle persone, assolutamente senza alcuna distinzione e, anzi, sempre con maggiore qualificazione, formazione e appropriatezza. Per dare applicazione a questo importante Manifesto, bisogna dotarsi di concreti strumenti di lavoro e noi infermieri stiamo già facendo la nostra parte, ad esempio, sul fronte delle cure palliative, il cui accesso deve essere un diritto imprescindibile". "La morte non è un atto che accade e finisce lì. È un percorso" commenta **Maria Angela Falà**, presidente Tavolo Interreligioso di Roma, tra gli esperti che hanno partecipato alla revisione del nuovo Codice degli infermieri. "Questo Manifesto è il risultato di un lavoro condiviso - ha spiegato il direttore generale dell'ASL Roma 1, **Angelo Tanese**, tra i promotori dell'iniziativa insieme all'Università Cattolica del Sacro Cuore e al Tavolo interreligioso di Roma - che pone al centro il rispetto della persona e che si pone come punto di riferimento per realizzare e sostenere nuove iniziative volte a promuovere un percorso che sia modello di accoglienza, sostegno e rispetto del credo religioso di ciascuno, replicabile in altre realtà sanitarie".

Il Manifesto è composto di nove punti: diritto di disporre del tempo residuo; diritto al rispetto della propria religione; diritto a servizi orientati al rispetto della sfera religiosa, spirituale e culturale; diritto alla presenza del Referente religioso o Assistente spirituale; diritto all'assistenza di un mediatore interculturale; diritto a ricevere assistenza spirituale anche da parte di Referenti di altre fedi; diritto al sostegno spirituale e al supporto relazionale per sé e per i propri familiari; diritto al rispetto delle pratiche pre e post-mortem; diritto al rispetto reciproco.

Il manifesto è stato sottoscritto anche dal Centro Islamico Culturale d'Italia, la Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, la Diocesi Ortodossa Romena d'Italia, l'Hospice Villa Speranza - Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Istituto Buddhista Italiano Soka Gakkai, l'Unione Buddhista Italiana, l'Unione Comunità Ebraiche Italiane, l'Unione Induista Italiana, l'Unione Italiana Chiese Cristiane Avventiste del Settimo Giorno, il Vicariato di Roma, l'AVO (Associazione Volontari Ospedalieri), il CSV Lazio (Centro Servizio per il Volontariato), Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato, un Operatore Socio Sanitario in rappresentanza della categoria.



#RispettaChiTiAiuta Campagna social contro la violenza sugli infermieri

Infermieri e medici - i più coinvolti perché in prima linea - e tutti gli operatori sanitari non ce la fanno più.

Per questo, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Arezzo ha lanciato una campagna social con lo slogan #RispettaChiTiAiuta, che, in poche settimane, è diventata virale ed è stata condivisa in tutta Italia.

Anche dal ministro della Salute, **Giulia Grillo**, che, oltre a essere testimonial della campagna, ha commentato sui suoi social: "Questo problema non deve essere sottovalutato e il mio impegno contro ogni forma di aggressione nelle strutture sanitarie è massimo. Gli odiosi episodi di aggressioni e minacce in corsia, nei pronto soccorso, e negli ambulatori, devono finire. Presto, il Parlamento approverà la legge contro la violenza sugli operatori sanitari, ma è solo un primo passo per dare un forte segnale di sostegno a tutti i lavoratori della sanità, impegnati giorno e notte nell'assistenza ai cittadini".

La presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), **Barbara Mangiacavalli** e quelli



Il Ministro della Salute, Giulia Grillo,
per la campagna contro la violenza sugli infermieri



La presidente OPI Roma, Ausilia Pulimeno,
per la campagna contro la violenza sugli infermieri

degli Ordini provinciali (OPI Roma, con la presidente **Pulimeno**); il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli Odontoiatri **Filippo Anelli**, hanno partecipato al progetto. Con loro, attori, personaggi dello spettacolo e dello sport (Pupo, Ciccio Graziani, Paolo Rossi, Fabio Canino, Giovanni Malagò, Ronn Moss, Fabio Basile, Paolo Conticini, Nicolas Vaporidis, Roberto Burioni) e molti altri.

"La nostra professione - ha commentato la presidente Fnoipi, Mangiacavalli - è la più numerosa d'Italia e vede coinvolti negli atti di violenza circa il 50% di infermieri. È essenziale che i cittadini, anche se spesso sopraffatti dalla tensione e dalle paure che generano i problemi di salute, comprendano che i nostri professionisti lavorano per loro e per il loro bene e non li aggrediscano, ma li mettano nelle condizioni di dare il meglio di sé per poterli aiutare".

La campagna social di Arezzo va in questo senso e a realizzarla sono stati proprio gli infermieri.

Un argomento difficile da trattare e l'autore della ricerca che ha prodotto il dato allarmante (che la quasi totalità degli operatori ha avuto esperienze negative di questo tipo) è **Gianluca Pucciarelli**, assegnista di ricerca dell'Università Tor Vergata di Roma.

Infermieristica militare e forze di polizia Identità della professione e responsabilità

Il primo aprile, si è svolto il Terzo incontro sull'Infermieristica militare organizzato dalla Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni sanitarie (FNOPI) e dall'OPI Roma (presente il revisore dei conti, **Giuseppe Esposito**). Rivolto agli infermieri delle Forze Armate, della Polizia di Stato e civili, si è discusso dell'attuale organizzazione delle diverse realtà degli specifici comparti.

L'evento (che ha registrato una notevole affluenza di infermieri militari e civili e di ufficiali dei rispettivi corpi di sanità militare e della polizia di Stato) ha rappresentato un momento di confronto per identificare e valutare le attività infermieristiche militari e delle Forze di Polizia in campo normativo, organizzativo e formativo, in linea con l'evoluzione complessiva dei comparti.

Durante i lavori, e grazie alle relazioni degli esperti nazionali e internazionali, sono state esaminate e approfondite le competenze istituzionali con riguardo alle innovazioni legislative in tema di rischio professionale e le valutazioni orientative per l'esercizio delle professioni sanitarie. In particolare, sono stati affrontati due temi di grande rilevanza per la Sanità Militare.

Il primo: l'organizzazione, la formazione e le prospettive della componente infermieristica militare e di come questa possa contribuire al processo di rinnovamento necessario per un sup-

porto sanitario sempre più aderente alle esigenze operative e ad una realtà di riferimento in costante evoluzione. In tal senso, grazie alla disponibilità di rappresentanti infermieri dei Paesi NATO, sono stati presentati gli elementi essenziali dell'organizzazione e della formazione infermieristica dei loro servizi sanitari, offrendo utili elementi alla discussione sul processo di sviluppo della Sanità Militare Italiana.

Il secondo: la gestione dei rischi e della responsabilità nell'ambito dell'esercizio professionale in Sanità Militare, con la presenza di studiosi militari e civili.

Gli infermieri sono prevalentemente collocati nel Ruolo Marescialli (non direttivi). La Legge 94/2017 ha modificato leggermente l'assetto prevedendo, però, rispetto al passato che la carriera del ruolo dei marescialli, preposti a funzioni di comando, coordinamento e controllo, sia "caratterizzata da uno sviluppo direttivo" (art. 627 codice ordinamento militare).

Al personale nei gradi apicali (Primi Marescialli/Luogotenenti) del ruolo possono essere attribuite: funzioni di indirizzo o di coordinamento; assolvere in autonomia incarichi di comando; possono svolgere attività di studio ricerca e sviluppo tecnico; possono essere nominati membri di commissioni di



Forza armata relative all'avanzamento, al reclutamento di personale militare; possono assolvere funzioni di rappresentanza istituzionale in consessi interni ed esterni alla Difesa; possono svolgere attività di insegnamento teorico-pratico presso istituti, scuole, enti di formazione e addestramento; consente un passaggio per i Luogotenenti al ruolo Ufficiali. Nel ruolo Ufficiali, a proiezioni dirigenziale (dal grado di Maggiore) sono presenti: medici, farmacisti, odontoiatri, psicologi e Ufficiali di diversa formazione (anche infermieri) con concorso interno.

Tra il ruolo ufficiali sono presenti anche le appartenenti al corpo ausiliario delle infermiere volontarie di Croce Rossa che, per la maggioranza, non sono in possesso del titolo di infermiere.

Nella maggioranza dei Paesi NATO, ma anche nei Paesi in stabilizzazione, gli infermieri sono nel rango ufficiali.

Dai lavori è emersa la necessità di collegare meglio la formazione post-base (Master/Laurea Magistrale/Dottorato) per l'assolvimento di funzioni infermieristiche di livello crescente e i relativi gradi e definire, ove possibile, una filiera organizzativa e gerarchica differenziata tra personale medico e personale delle professioni sanitarie per garantire l'autonomia nell'assolvimento

delle funzioni assistenziali, anche nell'esercizio delle competenze avanzate.

Al contempo, è necessario che l'assistenza infermieristica sia centrata sulla persona/soldato e sulle funzioni dell'organizzazione militare; servono linee-guida, protocolli e il lavoro di tutti. È sicuramente ipotizzabile: "rafforzare la posizione e le funzioni degli infermieri nelle attività sanitarie di primo contatto", anche con possibilità di somministrazione autonoma di farmaci sulla base di linee guida e protocolli multi-professionali e/o con ausilio telemedicina ed avere personale focalizzato sulla tutela della salute a livelli crescenti, con attenzione anche al contesto operativo di riferimento e alla medicina occupazionale-medicina del lavoro. Il mix dei mutamenti tra norme militari e norme civili, quindi, individua i tratti salienti di una professione profondamente rinnovata, oltre che nella sostanza anche nella "forma", ergo, in questa fase storica di complessivo riordino in senso interforze, appare configurabile agire non solo nel campo di riordino delle carriere ma di riordino complessivo dell'organizzazione sanitarie militare e del ruolo del personale delle professioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

LA NOMINA

Rosaria Alvaro *Fellow dell'American Academy of Nursing*

L'American Academy of Nursing, prestigiosa organizzazione professionale che genera, sintetizza e dissemina il sapere infermieristico e che contribuisce alle politiche sanitarie prodigandosi per il benessere della categoria, ha conferito la nomina di *Fellow* a Rosaria Alvaro, Ordinario MED/45, presidente del CdL in Infermieristica e del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche all'università di Tor Vergata.

Un'onorificenza prestigiosa conseguita quale riconoscimento per l'importante contributo apportato alla professione e per i risultati raggiunti dalla professoressa Alvaro.

La cerimonia per l'assegnazione del titolo accademico di F.A.A.N. si svolgerà tra il 24 ed il 26 ottobre 2019, al Marriott Marquis (Washington D.C.), in occasione della *Driving Policy Conference*, presieduta dalla professoressa Karen Cox.

Da quel momento, Rosaria Alvaro potrà fregiarsi del nuovo titolo, unendosi agli altri ricercatori italiani che l'hanno preceduta: Loredana Sasso, Gennaro Rocco e Alessandro Stievano.



Cives, Maurizio Fiorda confermato presidente

Il 13 aprile, l'assemblea di Cives odv ha confermato **Maurizio Fiorda**, consigliere OPI Roma, presidente anche per il quadriennio 2019-2022. All'ordine del giorno, anche il rinnovo delle cariche del direttivo nazionale dei revisori dei conti e del comitato di garanzia e l'approvazione dei bilanci. Per l'occasione, si sono tirate le somme sulle attività svolte nel periodo in cui Fiorda è stato in carica, assieme a tutto il direttivo uscente. La riorganizzazione della colonna mobile con lo spostamento e l'accen-

tramento dei mezzi e materiali a Chieti, anzitutto, ma pure: il riassetto amministrativo, l'approvazione dello statuto odv come chiedeva la neo riforma del Terzo settore (statuto che ancora oggi risulta essere uno dei pochi rinnovati nell'ambito delle associazioni iscritti nell'elenco del volontariato della Protezione Civile). Questo, senza dimenticare che, nei tre anni di gestione, sono stati organizzati molti corsi Ecm e le iniziative in collaborazione con gli Opi provinciali e con il Dipartimento di Protezione civile.

Approvati, all'unanimità, il bilancio consuntivo 2018 e quello preventivo 2019.



“La rinnovata fiducia degli iscritti Cives verso di me – ha commentato Fiorda – mi rende molto felice. Ringrazio tutti i consiglieri uscenti che hanno permesso all'associazione di guardare avanti. Cives ha un ruolo rilevante all'interno della Protezione civile, ma per affermarci sempre più, come volontari e come professionisti sanitari, dobbiamo farci conoscere – ha continuato il neo eletto presidente –. In programma, infatti, ci sono già diverse iniziative: iniziative che serviranno anche per porre le basi di un futuro da spendere in aiuto alla gente, accanto alle istituzioni”.

Questo, il nuovo direttivo nazionale Cives odv: Maurizio Fiorda (Roma, presidente); Fabio Cellini (Chieti, vicepresidente); Francesca Marfella (Livorno, direttore operativo); Marco Ricci (Campobasso, segretario); Francesco Ciani (Firenze, tesoriere); Filippo Guarneri (Benevento, consigliere); Lorenzo Stagnaro (Genova, consigliere).

I revisori dei conti: Cristina Magnocavallo (Campobasso, presidente); Emanuela Palma (Lecce); Corrado Giunta (Varese); e, per il comitato dei garanti: Guido Amato (Napoli) e Donatella Nieddu (Sassari).



Infermiere di famiglia Asl Roma 4, 5 e 6 premiate al Forum PA 2019

La sanità sta cambiando, da ospedale-centrica ad una medicina che si svolge sempre più sul territorio, avvicinandosi ai cittadini negli ambienti di vita quotidiana attraverso un modello educativo ed assistenziale a sostegno delle famiglie e della comunità nella gestione delle fragilità e cronicità. Per adempiere al concetto di “medicina di iniziativa” è necessario un *restyling* dei modelli assistenziali.

Le ASL Roma 4, 5, 6 e l'Ordine delle Professioni Sanitarie di Roma si sono uniti per raggiungere questo grande e fondamentale obiettivo, proponendo un progetto sperimentale che vede come protagonista l'infermiere di famiglia e di comunità che, insieme ai medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i servizi territoriali e le famiglie dei pazienti cronici intercettati nell'area delle cure primarie, facendo riferimento al *Chronic Care Model*, ha l'obiettivo di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione, migliorare la qualità di vita delle



famiglie coinvolte nella cura e soprattutto prevenire o procrastinare la manifestazione di tutte le patologie croniche.

Le ASL Roma 4, 5 e 6, dopo un attento studio del territorio, dell'epidemiologia e delle strutture territoriali hanno elaborato un modello assistenziale che mette in comune le risorse delle Aziende, dei Comuni e delle associazioni di volontariato del territorio.

L'infermiere di famiglia e di comunità ha lo scopo di:

1. identificare e valutare lo stato di salute;
 2. pianificare ed erogare assistenza;
 3. effettuare interventi informativi ed educativi;
 4. essere l'attivatore di rete per il problema segnalato dal paziente, famiglia, comunità;
 5. sostenere ed incoraggiare, educare ad una autogestione consapevole delle malattie e del percorso di cura;
 6. identificare situazioni di rischio di squilibrio dello stato di salute al fine di allertare precocemente il MMG/PLS.
- L'OPI di Roma, al fine di garantire competenze specifiche ed elevate, ha strutturato un percorso di formazione per fornire le competenze sui concetti di presa in carico, prevenzione, tutela della cronicità, percorsi diagnostici terapeutici e fragilità tramite un Master universitario di I livello in "Infermiere di famiglia e di comunità".

Il progetto è stato presentato al Forum PA 2019, nella sezione "Premio PA sostenibile. 100 progetti per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030", un'iniziativa promossa all'interno della Manifestazione finalizzata a raccogliere i migliori progetti/prodotti concreti che possono aiutare i singoli territori ad affrontare le tante debolezze dell'attuale modello, rientrando nei 100 progetti premiati.



IL RICONOSCIMENTO

Riscoprire insieme la salute con l'ASL Roma 4

L'Azienda ASL Roma 4 ha partecipato alla seconda edizione del "Premio PA sostenibile. 100 progetti per raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030", iniziativa promossa da FPA con ASviS, all'interno di FORUM PA 2019, per raccogliere i migliori progetti/prodotti concreti che sposino l'utopia sostenibile, aiutando l'Italia, ed in particolare i singoli territori, ad affrontare le tante debolezze dell'attuale modello di sviluppo, scegliendo un sentiero di crescita sostenibile da percorrere fino e oltre il 2030.

La convinzione che sta alla base dell'iniziativa vede la costante ricerca di innovazione da parte delle amministrazioni centrali e locali, ma anche da parte di associazioni e *start up*, come la strada irrinunciabile per assicurare benessere e sviluppo alle comunità. L'Azienda ASL Roma 4 ha partecipato nella sezione "Alimentazione, salute e welfare" con il progetto "Riscoprire insieme la salute", proposto dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, realizzato in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione e la CONAD, le associazioni di volontariato come CRI e ADICIV. Ideatori: **Giuseppe Quintavalle**; **Carmela Matera**; **Francesco Quagliariello**; **Carlo Turci** (tesoriere OPI Roma); **Roberta Marchini**, **Simona Ursino** e **Tiziana Di Giovanni**.

L'obiettivo principale è di colmare le lacune della popolazione sull'autocura per ridurre l'incidenza di patologie legate a cattivi stili di vita e proponendo uno sportello di ascolto e *screening* sanitario negli ambienti dove il cittadino si reca maggiormente.

Nello specifico, si cerca di fornire alla cittadinanza un punto di ascolto sanitario che facilita l'orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari, che analizza la

domanda della popolazione traducendola in azioni di monitoraggio, per intervenire in modo specifico sulle esigenze formative ed informative della popolazione residente a Civitavecchia.

Questo progetto, adottato in via sperimentale, ha permesso di valorizzare il ruolo dei professionisti sanitari sul territorio, orientare la popolazione in ambito sanitario, promuovere i processi di *self care* e realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (*empowerment* del cittadino).

Le attività sopra indicate hanno cadenza mensile ed hanno avuto inizio nel mese di febbraio 2019. Sino ad ora, sono stati effettuati 5 eventi che hanno visto la partecipazione di 300 persone (di cui il 46,8% con età superiore a 61 anni; il 69,8% donne; il 47% aveva valori pressori alterati e il 12% valori alterati di glicemia a due ore dal pasto).

Nella prevenzione al tabagismo, promozione attività fisica e lotta al doping, 30 interventi di *counselling* motivazionale ciascuno.

Gli eventi sono strutturati con argomenti a tema sui principali determinanti della salute e sicurezza in famiglia, quali: "Alimentazione e benessere"; "Prevenzione è salute"; "L'ipercolesterolemia: un problema che si può risolvere"; "Impariamo a leggere le etichette"; "Teniamo a freno l'ipertensione"; "Combattere a tavola l'iperglicemia"; "Restare in salute anche se diabetici"; "Sport e salute"; "Proteggiamoci dai raggi solari" DAPSS; "Gli animali vanno in vacanza"; "Allattamento al seno: un'alleanza speciale fra mamma e bambino"; "Ridurre lo stress facilita le relazioni e il benessere psico-fisico"; "Come, perché e quando utilizzare il Punto Unico di Accesso (PUA)"; "A scuola in sicurezza"; "Prevenire l'ostruzione delle vie aeree nei neonati e bambini: tecniche pratiche di disostruzione delle vie aeree"; "Prevenzione degli incidenti domestici"; "Rianimazione cardiopolmonare: tecniche pratiche"; "Non lasciatevi influenzare"; "Lotta al tabagismo"; "La prevenzione per mamma e bambino".



Botti e D'Amato presentano "Azienda Lazio.Zero"

Presentata dall'assessore alla sanità della Regione Lazio, **Alessio D'Amato**, e dal direttore generale della sanità, **Renato Botti**, "Azienda Lazio. Zero", prevista con delibera di giunta 87 del 19 febbraio 2019.

La nuova azienda regionale sanitaria è finalizzata all'integrazione funzionale dei servizi sanitari e operativi di supporto a valenza regionale, con l'obiettivo di limitarne i costi gestionali, già realizzata in altre regioni italiane, come Veneto (in forma di holding), Liguria, Friuli Venezia Giulia e Toscana.

"Se alcune funzioni necessitano di essere decentrate – ha spiegato il direttore generale, Botti – per garantirne lo sviluppo e la qualità del servizio, come la presa in carico della cronicità, esistono funzioni tecnico specialistiche amministrative per cui l'accentramento costituisce valore aggiuntivo nell'erogazione e ottimizzazione del servizio". L'Azienda Zero della sanità laziale è stata pensata dalla Giunta, nel rispetto della normativa nazionale in materia, per definire i piani di acquisto annuali e pluriennali per l'approvvigionamento di beni e servizi e per la valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare, per centralizzare il sistema dei pagamenti dei fornitori, per la gestione del sistema documentale del personale del servizio sanitario.

"Per avviare Azienda Zero – ha precisato Botti – s'intende favorire l'interscambio di risorse umane tra il personale della Regione e il personale delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale. Sarà una struttura leggera e avrà la funzione di svolgere in modo centralizzato le procedure assunzionali per figure professionali comuni, fermo restando in capo alle aziende del SSR la rilevazione dei fabbisogni e la gestione delle risorse umane".

Azienda Zero prevede il rafforzamento del ruolo e delle funzioni della *governance* regionale; consentirà alle Aziende la piena focalizzazione sui servizi alla persona; semplificherà e renderà più efficiente la catena di comando; genererà una cooperazione tra enti intermedi che supportano le aziende con servizi caratterizzati da competenze gestionali e organizzative.

Insomma, si tenterà di dare il via a un percorso virtuoso finalizzato al conseguimento di livelli di

alta professionalizzazione nel sistema di governo della salute pubblica, potenziando la qualità dei servizi offerti dalle singole Aziende Sanitarie e dalla Regione Lazio.

Il progetto emula il modello di una sovra Asl già sperimentato, seppur con diverse sfaccettature, in alcune Regioni (Veneto, Liguria, Sardegna ad esempio)

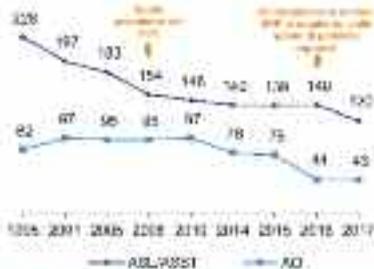
Tra gli obiettivi della nuova Mega Azienda.0:

- 1) consentire alle aziende sanitarie la piena focalizzazione sulle attività ed i servizi alla persona;
- 2) rafforzare il ruolo, le funzioni e le competenze della *governance* regionale;
- 3) generare livelli intermedi di cooperazione obbligatoria tra le aziende al fine di perseguire standard di processo e di risultato e le conseguenti economie di scopo e di scala;



Le Regioni hanno intrapreso la strada dell'accorciamento

Nei primi 20 anni di vita della ARL, cioè a partire dal 1995, il numero di aziende ospedaliere è cresciuto in modo esponenziale, ma la Regione ha intrapreso un percorso di accorciamento delle funzioni che ha portato fuori il Paese e in altre strutture di natura più gestionale con processi organizzativi e di controllo di gestione.



... il percorso asserito - ad accorciamento di strutture e servizi regionali - con una riduzione del numero delle strutture ospedaliere e delle aziende ospedaliere (AO) e un aumento del numero di strutture di natura più gestionale (ASL) (società di gestione ospedaliere (SGO), SPA, SNC, ...), favorendo processi amministrativi (logistica, amministrazione del personale), sempre più centralizzati.

Per supportare Regione e Aziende, nascono Enti intermedi

Gli Enti intermedi supportano la Regione ed il suo ruolo di attore - regolatore -



Gli Enti intermedi supportano le Aziende con servizi centralizzati da competenze gestionali - organizzative

La creazione di Lazio.O deve coinvolgere tutti gli attori della filiera

Tutti, attraverso un tavolo di lavoro che coinvolga i vari attori della filiera, inclusi i fornitori della sanità, l'Azienda Lazio.O. È dunque necessario coinvolgere tutti gli attori della filiera e favorire il dialogo e la collaborazione per la creazione di un unico sistema di servizi sanitari.

Regione	Aziende per fare locali	Aziende ospedaliere	Fornitori
...responsabilità di garantire la qualità dei servizi sanitari e di assicurare il rispetto per i diritti dei cittadini e per la trasparenza e l'efficienza del sistema sanitario. La Regione è il soggetto che garantisce la qualità dei servizi sanitari e di assicurare il rispetto per i diritti dei cittadini e per la trasparenza e l'efficienza del sistema sanitario.	Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione.	Le Aziende ospedaliere sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende ospedaliere sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende ospedaliere sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione.	Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione. Le Aziende per fare locali sono le strutture ospedaliere e le strutture di cura e di riabilitazione.

4) semplificare e rendere efficiente la catena di "comando";

5) riorientare i propri servizi rispetto alle ormai consolidate tendenze della domanda.

L'Azienda, per cui è previsto un finanziamento di 500 mila euro all'anno per il 2019 e il 2020, sarà dotata di autonoma soggettività e personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, gestionale e tecnica, ed avrà sede presso immobili nella disponibilità regionale o degli altri enti del SSR. Gli organi istituzionali dell'Azienda sono direttore generale e collegio sindacale e si applicano, in quanto compatibili le disposizioni relative a direttore generale, collegio sindacale, direttore amministrativo e sanitario.

Invece, le funzioni specificamente attribuite all'Azienda Lazio.O saranno le seguenti:

- definizione di piani di acquisto annuali e pluriennali per l'approvvigionamento di beni e servizi e per la manutenzione e la valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare degli enti del servizio sanitario regionale;
- gestione di procedure di gara, ferme restando le funzioni di centrale di committenza regionale attribuite al soggetto aggregatore;
- centralizzazione del sistema dei pagamenti dei fornitori del servizio sanitario;
- governo di procedure concorsuali centralizzate e gestione del sistema documentale del personale del servizio sanitario, eccettuato l'esercizio di funzioni proprie del datore di lavoro appartenente a ciascun ente del servizio sanitario regionale;
- supporto alla realizzazione di attività di alta formazione;
- coordinamento e sviluppo del sistema informativo sanitario e delle tecnologie di informazione e comunicazione;
- organizzazione e sviluppo della rete logistica distribuita;
- supporto tecnico all'attuazione di investimenti programmati in sanità.

Presentato il documento per "Conoscere meglio la legge n. 219/2017"

È stato presentato a Roma, il 4 aprile scorso, il documento "Conoscere la legge n. 219/2017: norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Uno strumento, corredato da Glossario (con delucidazioni su 49 termini), pensato per cittadini, pazienti, *care-giver*, operatori sanitari, frutto di un intenso lavoro iniziato un anno fa, con incontri periodici, contributi e revisioni provenienti da professionisti con diverse competenze e diverse posizioni, politiche ed etiche.

Il documento, infatti, è stato prodotto dai componenti del Tavolo di lavoro sulla legge n. 219/2017, promosso dall'Ordine degli Psicologi del Lazio e coordinato da **Monia Belletti**, a cui hanno preso parte l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma e quello provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, assieme a rappresentanti del mondo sanitario, della ricerca e dell'associazionismo. "L'Ordine Psicologi del Lazio ha voluto avviare una riflessione comune delle varie professioni sanitarie, soprattutto di quelle prese in considerazione dalla legge n.

219/2017 - ha spiegato il vicepresidente, **Pietro Stampa** - per arrivare a redigere uno strumento condiviso per la lettura della legge, dei suoi concetti fondamentali e delle problematiche che presenta la sua attuazione nel contesto concreto della clinica e del percorso di cura".

Ausilia Pulimeno, presidente OPI Roma, ha sottolineato la comunione d'intenti che ha guidato il percorso che ha portato alla stesura del documento: "Questo è un giorno importante, per diversi motivi. L'Ordine che rappresento è felicissimo di collaborare con tutti i soggetti coinvolti nel contesto di salute del cittadino, mettere insieme le forze per raggiungere un risultato condiviso e soddisfare i bisogni di cura della persona. Mi piace pensare a ognuno di noi come a una 'tessera' di un grande mosaico, dove, pur mantenendo le proprie specificità, si è cercato di guardare oltre. Quello di oggi è un grande traguardo, ma è solo una 'partenza' da cui muovere i prossimi passi. Gli infermieri sono accanto alla persona malata e alla sua famiglia per molte ore al giorno, specie nei contesti in cui non è più autonomo. La relazione di cura che gli infermieri instaurano è un



mezzo che accresce la conoscenza dell'équipe stessa, affinché le scelte assistenziali possano essere appropriate e sempre condivise".

Il presidente dell'Omceo Roma, **Antonio Magi**, ha rivendicato il ruolo fondamentale degli Ordini professionali, in quanto enti sussidiari dello Stato: "Ci confrontiamo sempre più spesso con norme che poi difettano di decreti attuativi e di linee-guida, con il paradosso che poi è la Magistratura a fornire, con le sentenze, la corretta applicazione di quanto disposto dal Parlamento. Questo non può più essere, pertanto, ben vengano lavori di squadra come questo, in cui ogni professione pone il solo interesse del cittadino al centro della discussione".

Indubbiamente, l'evento è servito per intendere meglio l'accezione di una legge che si presta a una lettura multidisciplinare, affinché il concetto di "dignità" nella salute sia sempre al centro del dibattito in sanità.

Un lavoro che, a detta di tutti i protagonisti, si può definire "multivaloriale", data la diversa origine e il differente orientamento politico-religioso dei soggetti coinvolti. Insomma, questo docu-



mento dimostra che, benchè con idee contrastanti, si possa trovare una mediazione, un "pensiero comune" che cerca di spiegare, con un linguaggio più semplice, una legge difficile. Un lavoro che non contempla le Conclusioni. Perché? Perché si tratta di un *work in progress*. "In questa prima fase - ha continuato Pulimeno - tutti animati dalla stessa volontà, non si è discussa la legge in sé, ma ci si è confrontati per far emergere ragionamenti necessari. Le definizioni trovate di ciascun termine, infatti, tengono conto delle peculiarità di tutti ma ci hanno messo tutti d'accordo. La convinzione è che, col coinvolgimento di stampa ed educatori, bisogna veicolare messaggi legati all'argomento del fine vita prima che il cittadino si trovi in quella condizione. Cercare di cambiarne l'approccio, facendogli acqui-

sire maggiore consapevolezza al riguardo".

Durante la tavola rotonda della seconda parte della mattinata si è proceduto alla firma del documento degli autori presenti.

"Un'opportunità - ha concluso la presidente OPI Roma -. Ecco cos'è questo Glossario. L'opportunità di sedersi accanto a professionisti del settore e associazioni di cittadini che affrontano certe problematiche; discuterne insieme, convogliare le forze per difendere sempre l'autonomia della persona la sua libertà di scelta. Il fine vita è il tempo della cura e dell'ascolto".

Documento e Glossario "Conoscere la legge n. 219/2017: norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" sono scaricabili gratuitamente all'indirizzo: www.ordinepsicologilazio.it/frisorse/

Nuovo Codice Deontologico OPI Roma ne distribuirà copie in tutta la provincia

In occasione dell'approvazione del nuovo Codice Deontologico della professione, l'OPI di Roma ha inteso farne stampare numerose copie, che verranno distribuite capillarmente su tutto il territorio provinciale.

Ecco la prefazione scritta dalla presidente **Pulimeno**:

"Il nuovo Codice Deontologico degli Infermieri italiani, approvato il 13 aprile 2019 dai Presidenti degli Ordini Provinciali componenti il Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale degli Ordini della Professioni Infermieristiche (FNOPI), rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il prendersi cura dell'altro nella sua interezza.

In oltre un anno di consultazioni, la FNOPI ha seguito un iter di partecipazione di tutti gli infermieri e della società civile nel suo insieme nella costruzione del nuovo Codice. Una Commissione costituita *ad hoc* ha messo a punto un testo che poi è stato sottoposto alla consultazione pubblica on-line degli infermieri e di tutte le associazioni e società infermieristiche per tornare di nuovo alla Commissione e agli Ordini che l'hanno riconfigurato. Successivamente sono cominciate le consultazioni con esperti giuristi, eticisti, bioeticisti, associazioni dei malati e rappresentanti ufficiali delle più importanti religioni. Infine, in un altro passaggio, la Commissione incaricata della stesura del Codice, lo ha presentato al Ministro della Salute che ne ha sancito la congruenza come garante istituzionale. Ha chiuso il ciclo l'analisi e il voto finale dei presidenti dei 102 Ordini Provinciali.

Il nuovo Codice, composto da 53 articoli, rappresenta per l'infermiere uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, *il saper curare e il saper prendersi cura*. L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione efficace dei percorsi assistenziali e l'applicazione dei principi deontologici che completano le competenze e permettono di soddisfare non solo il bisogno di ogni singolo paziente, ma anche quello del professionista di trovare senso e soddisfazione nella propria attività.

Il nuovo Codice rispecchia l'attuale ruolo attuale dei professionisti infermieri in una società globalizzata e sempre più dinamica e complessa dove il cambiamento incessante è senza soluzione di continuità.

L'emergere della *web society*, infatti, ha radicalmente cambiato le pratiche quotidiane, tanto nella vita privata quanto in quella professionale, attraverso la diffusione di nuovi strumenti mediatici, piattaforme, linguaggi e *modus operandi*. Oggi, l'infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei

social media, si deve comportare con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; deve tutelare la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

E proprio in tale quadro di incessante cambiamento e di ipercomunicazione interattiva, tale Codice mira a ribadire valori importanti come la dignità dei pazienti e della professione.

Diviso in otto Capi, ognuno su un argomento che riguarda la professione e/o l'assistenza, il nuovo Codice chiarisce che le competenze morali dell'infermiere sono precipue per avere una pratica professionale di qualità che permette di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle scelte di vita e delle concezioni di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, di appartenenza etnica, religiosa



e/o culturale. E proprio in questo quadro, l'infermiere si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare.

L'infermiere partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti e si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori.

Il Codice mette anche in chiaro che l'Infermiere agisce in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale. Rispetto al quadro organizzativo, l'infermiere 'partecipa al governo clinico e promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, conosce i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte'.

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

L'infermiere ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni. Oltre dieci articoli, su 53, riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale. L'infermiere, inoltre, si aggiorna costantemente e denuncia e segnala, assieme all'Ordine, l'abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati scientificamente.



Il nuovo Codice precisa come l'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono; se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento.

Chiaro anche il riferimento alle regole deontologiche della libera professione facendo riferimento al 'contratto di cura' in cui si prevede che l'infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, stipula con la persona assistita un apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi economici.

Nelle disposizioni finali, poi, il nuovo Codice raggruppa una serie di regole per il decoro della professione e il rispetto delle norme deontologiche stesse da parte di tutti gli infermieri. È una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettata e seguita da tutti gli infermieri.

Tale Codice avrà ancor maggior valore se verrà profondamente interiorizzato da tutti nella pratica quotidiana e se verrà messo in pratica con ulteriori documenti valoriali che si basino su di esso e che siano congruenti con le geografie assistenziali dei diversi luoghi di cura sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Il nuovo Codice Deontologico sarà corredato da un glossario nel quale verrà esplicitato il significato che alcuni termini hanno nel contesto deontologico in cui sono inseriti al fine di renderne l'interpretazione univoca".

La Biblioteca e la Commissione dedicata dell'OPI di Roma

Attività, accessi e numeri dell'anno appena trascorso

Dal 2011, la **Biblioteca Digitale** è disponibile in accesso remoto per tutti gli iscritti sul sito dell'Ordine: quest'ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, pacchetti di abbonamenti sottoscritti, collezioni di *journal* concesse in convenzione, *journals open access* di diverse fonti) è concepita per essere un incentivo per la ricerca degli infermieri che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità. È, evidentemente, anche estensione e *core* della biblioteca di sede, così integrata del patrimonio bibliografico digitale, è rinomata nell'ambiente accademico e apprezzata dall'utenza generale come importante Centro di Documentazione scientifica infermieristica: **è frequentata dagli studenti dei CdL in Infermieristica, delle Lauree Magistrali e dei Master delle diverse università romane, del Lazio e di altre regioni.**

Importanti anche le visite istituzionali richieste dai docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle, sempre più precocemente, all'uso degli strumenti della ricerca infermieristica: l'esperienza conferma che queste visite guidate, assieme alle risorse disponibili, producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti.

Nonostante gli infermieri iscritti possano accedere a gran parte delle risorse nella modalità remota non mancano di frequentare la struttura per assistenze personalizzate, per il cartaceo italiano, o perché coinvolti in progetti di ricerca.

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

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

LA BIBLIOTECA DIGITALE

Il portale è fruibile da remoto e in sede, attraverso **FULL TEXT FINDER di EBSCO** che aggrega risorse **EBSCO** ed **OID Technologies**, periodici elettronici *fulltext*, catalogo del posseduto



cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche di interesse infermieristico; attraverso il sistema "*linksource*" aggrega tutti i *fulltext* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche dati Cinahl e Pubmed.

PERIODICI DIGITALI DISPONIBILI

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

- Collezione Full text del Cinahl "PLUS with Full Text (EBSCO)", 700 testate
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection
- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier
- Nursing Journals e singoli (26 titoli sottoscritti, per un totale di 41)
- Open Access PubMed Central
- Ovid open access journal (1353 titoli)

Le collezioni sono in continuo divenire per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori, ma, indicativamente, si può parlare della **disponibilità di complessive 7.653 testate di area biomedica.**

LE BANCHE DATI

- **CINAHL**, prodotto EBSCO. Dal 2018, si è scelto di tornare alla

versione "Plus with full text" per la significativa cancellazione occorsa nella versione Complete di importanti testate full text di infermieristica. Questa, oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva dal 1937, offre circa **750 periodici full text** e indizza 5.467 Journals per circa 6 milioni di record, così da essere il meglio per la ricerca della letteratura mondiale di Nursing a disposizione degli infermieri iscritti all'OPI di Roma.

- **NURSING REFERENCE CENTER**, prodotto EBSCO, di particolare interesse per gli infermieri ospedalieri per la ricchezza di strumenti della clinica: *evidence-based care sheets*, *quick lessons*, informazioni farmacologiche, linee guida, documenti di educazione del paziente alla dimissione, documenti di competenze e procedure infermieristiche

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

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

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

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

LE STATISTICHE

Come consueto, per le risorse EBSCO *Information System* i dati sono stati rilevati attraverso il sito Admin di Ebscohost, per OvidSp le statistiche sono state fornite da Ovid Technologies.

Negli ultimi anni, entrambe le società hanno modificato i livelli di analisi, sostituito alcuni dei dati metrici di utilizzo: pertanto, le statistiche specifiche

ne risulteranno in parte modificate, non essendo alcuni dati più disponibili. Le attività dei *device* mobili, dopo l'autenticazione, sono tracciate solo nei dati delle interfacce.

Legenda:

- In giallo i valori crescenti

- "Richieste" (Requests) è un nuovo dato metrico che conta l'utilizzo dei link presenti nei record, corrisponde all'attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti da parte dell'utente

- Il valore delle ricerche federate di Ovid è evidenziato in verde

- ** Valori complessivi del pluridatabase Cochrane Collection

PLUS consultabile solo in sede;

- ***specifico database di Collection PLUS.

- specifico database di OvidSP

-*Ovid Sessioni/Ricerche Federate, indicano il valore relativo alle sessioni e ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti per ricerche di proprio interesse.

LE STATISTICHE 2018

Database	Anno	Sessioni	Richieste	Ricerche	Fulltext	Abstract
CINAHLPLUS with FULL TEXT	2018	1.533	30.148	9.850	6.151	21.709 (+4,03%)
NRC Nursing Reference Center	2018	289	2.260	735	1.391	869 (+36,85%)
Cochrane Collection PLUS**	2018	431 (+70,35%)	409	1.583 (+188,34%)	178 (+137,33%)	230
Cochrane Systematic Reviews***	2018	173 (+82,10%)	260	631 (+256,49%)	178 (+140,54%)	82 (+241,66%)
OvidSP	2018	2.894 (+13,49%)	31.776	11.003	1.147 (+22,15%)	30.894
OvidMedline°	2018	708		3498	-	30.453
Ovid totale Sess/Ricer Federate*	2018	1.664		9.526	-	[30.453]
ILISI	2018	20.010 (+1,23%)		-	-	-
GRAN Totale Banche Dati		5.147		23.171	8.867	53.261

Autenticazioni all'area del Sistema digitale EBSCO

Login	5.330	Per riconoscimento IP, referring Url, username e password, di cui 261 con device mobile
--------------	--------------	--

Attività di ricerca sulle diverse interfacce EBSCO*

Interfaccia	Sessioni	Ricerche	Fulltext
Ebscohost (Cinahl + Cochrane Collection PLUS+ device)	2.242	10.538	6.367
Nursing Reference Center + device	392	542	1.409
Publication Finder Interface (portale)	2.206	2.101	n.d.
	4.840	13.181	7.776

-*I valori delle interfacce comprendono l'attività dei device mobili, non tracciata nei report delle singole banche dati, e si evidenzia l'attività del portale Full Text Finder per la ricerca delle riviste.

I dati annuali, per singole banche dati e nel complesso della biblioteca digitale, sono consolidati, indicativi di un'attività di ricerca costante e dinamica, particolarmente apprezzabili se contestualizzati alla reale condizione lavorativa della categoria, è noto che il comparto sanitario ha subito, negli anni di crisi economica, forti cambiamenti, ponendo la professione infermieristica sotto particolare pressione. Ciò nonostante, le ricerche svolte nella biblioteca digitale testimoniano dati significativamente consistenti ed un'attività di ricerca elevata e dinamica.

Si evidenzia, poi, che il Cinahl, risorsa centrale per l'Infermieristica, è accessibile in remoto per ricercatori strutturati, studenti di Ma-

ster e CdL anche attraverso i sistemi bibliotecari di ateneo delle università romane.

Le sessioni complessive di accesso alle banche dati, come dai loro specifici report, sono **5.147**, le ricerche sono **23.171**, **53.261** gli abstract visionati, il download di documenti in lingua inglese scaricati dal sistema è pari a **8.867**.

La banca dati Cinahl, strumento indispensabile per la ricerca infermieristica, mantiene un consistente numero di *full text scaricati* **6.151** ed un'attività di ricerca dinamica e consistente, **21.709** gli abstract visionati, **30.148** le richieste relative all'analisi approfondita dei risultati.

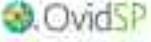
La Cochrane Collection PLUS registra significativi incrementi di sessione **+70,35%**, di ricerche **+188,34%**, di *full text* scaricati **+137,33%**.

La piattaforma OvidSp mostra un incremento rispetto all'anno precedente nelle sessioni di accesso **+13,49%** e nei *full text* scaricati **+22,15%**. Imponenti i dati delle "Sessioni e Ricerche Federate" di OvidSP, quelle generate dagli "Alert" attivati dagli utenti dopo aver fatto una ricerca sul proprio argomento di interesse per ottenere aggiornamenti senza dover più accedere alla piattaforma di ricerca: 1.664 automatici e 9.526 ricerche che, assieme agli altri dati della piattaforma e la visione/utilizzo di complessiva di 30.894 abstract, indicano un'estesa attività di revisione sistematica, scientifica e un capace utilizzo delle funzioni di *information retrieval*.



La Biblioteca Digitale dell'OPI di Roma

L'attività di revisione sistematica della letteratura



Ovidsp 2018	Sessioni/Accessi	Sess. Federate	Ricerche	Ricerche Federate	Abstract	Fulltext
OVID/Medline	134	574	2688	3230	52.288	n.d
Journals@Ovid	1.096	1.000	1.209	6.296	1.176	n.d
Gran Totale	2.894			11.003	30.894	1.147

Sessioni e Ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti dopo aver fatto una ricerca, **indicano un'estesa attività di revisione sistematica, scientifica** e un capace utilizzo delle funzioni di *information retrieval*

Periodici disponibili:	
Formato elettronico (su portale)	41 sottoscritti, cui si aggiungono le collezioni disponibili nelle banche dati per complessive 7.653 testate di area biomedica
Formato cartaceo	30 sottoscritti (12 internazionali, 18 italiani)

I dati testimoniano che il sistema è fruito con costanza; **la piattaforma della Biblioteca Digitale è frequentata da un'utenza remota stabile, capace di utilizzare con sempre migliore competenza le diverse risorse disponibili** per rispondere ai propri bisogni informativi.

UTENZA ALLA CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

La biblioteca della sede ha visto mutare le esigenze dell'utenza. Per gli infermieri iscritti è il luogo in cui possono richiedere servizi complementari alla consultazione in remoto: assistenza personalizzata alla ricerca bibliografica; accesso al cartaceo italiano e internazionale; richiesta presso altre biblioteche di articoli non disponibili.

Per chi non è iscritto all'Ordine è il luogo di accesso all'area digitale: frequentatori, gli infermieri iscritti ad altri Ordini che lavorano a Roma e gli studenti delle Scuole infermieristiche. Questi si rivolgono, inizialmente, alla manualistica e alla Letteratura italiana, per convergere poi sulle risorse internazionali nella fase di apprendimento degli strumenti di metodologia della ricerca e di elaborazione della tesi; richiedono, quindi, ricerche autonome o assistite alle banche dati, o di corredare, con il reperimento di *full text* e articoli cartacei, le ricerche svolte su PubMed o sul Cinahl con gli insegnanti.

I dati mostrano che le postazioni informatiche sono utilizzate solo per la consultazione delle banche dati della Biblioteca digitale. Nel 2018, la biblioteca della sede è stata aperta per la consultazione: lunedì, mercoledì e giovedì pomeriggio; e il martedì mattina per la consultazione assistita di Cinahl e di eventuali altre necessarie all'utente.

Questi i numeri relativi ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **509** utenti
- consultazione autonoma delle banche dati: **138**
- consultazione assistita delle banche dati: **232**

Per un totale di **879** utenti che hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca dell'Ordine.

I dati statistici sono segnati dalla possibilità, per gli studenti, di accedere alle risorse bibliografiche attraverso i servizi bibliotecari da remoto delle Università romane (dov'è disponibile anche la banca dati Cinahl): per loro, la biblioteca dell'OPI è necessaria per essere supportati in ricerche di particolare difficoltà o per reperire documentazione non disponibile nel loro sistema. Per

altri è l'unico servizio bibliotecario di riferimento.

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

Richiedendo, nel modulo di consultazione, quanti abbiano utilizzato la banca dati ILISI per ottenere i riferimenti bibliografici, si è espresso positivamente il **21,80%** di quanti hanno consultato il cartaceo: in particolare, tra quanti hanno consultato i periodici italiani (194): il **57,21%** (111) si è espresso positivamente; il **3,6%** (7) negativamente; il **39,17%** (76) non si è espresso.

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

Rispetto alla consultazione totale del cartaceo, approssimativamente*, si possono calcolare le seguenti percentuali:

- Manualistica 60,12%
- Letteratura infermieristica internazionale 18,07%
- Letteratura infermieristica italiana 38,11%

**Alcuni moduli indicano una consultazione mista e quindi sono assegnati alla categoria prevalente*

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso alle risorse elettroniche, talvolta deve essere introdotta all'ambiente informatico, alle diverse funzioni dell'interfaccia della Biblioteca digitale e/o delle banche dati, alle modalità di recupero dei documenti. I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede in formato cartaceo e elettronico, e presenti anche sul sito del Collegio nella pagina dedicata alla Biblioteca di sede.

LE POSTAZIONI INFORMATICHE

Le postazioni informatiche sono 3 ed utilizzate esclusivamente per l'accesso alla Biblioteca digitale. Il modulo per la consultazione delle banche dati consente di tracciare al meglio gli accessi degli utenti alle singole banche dati, ne è esclusa la Cochrane Collection PLUS, consultabile solo in sede, le cui statistiche di uso sono generate dal sito Admin di EBSCO.

Consultazione in sede delle banche dati

Relativamente ai tipi di consultazione, la "ricerca assistita" è quella svolta con il responsabile di biblioteca (il martedì mattina per appuntamento ma anche nei pomeriggi di consultazione, ove possibile); per "autonoma" si intende la ricerca dell'utente, talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotto ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso

dell'interfaccia. I moduli registrano: 232 consultazioni assistite e 138 consultazioni autonome, per un totale di 370 utenti.

2018	Cinahl	NRC	PubMed	OvidSP	ILISI
Cons. Ass.	208	17	21	27	58
Cons. Aut.	83	26	21	31	51
Totale	291 (-11,00%)	43 (-52,22)	42 (+7,69)	58 (-1,69%)	109 (-23,23%)

Dinanzi all'offerta variegata di banche dati, complessivamente, la banca dati Cinahl in sede è stata consultata da 291 utenti: **la fruizione in sede rappresenta il 18,98% del totale.**

Gli accessi attestati nelle varie banche dati testimoniano un solido utilizzo delle risorse.

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

I dati del 2018 sono segnati da forti incrementi

Cochrane	Accessi	Ricerche	FullText	Abstract
2018	431 (+70,35%)	1583 (+188,34%)	178 (+137,33%)	230 (-6,12%)

PATRIMONIO CARTACEO

I PERIODICI

Malgrado si punti a convertire il cartaceo in formato elettronico (per ampliare l'accesso all'utenza remota e per contingentare i problemi di spazio), rimane comunque significativa la presenza del cartaceo.

Con il 2019, le più autorevoli riviste per la ricerca (come *Journal of Clinical Nursing* e *Journal of Advanced Nursing* della WILEY), saranno disponibili in formato elettronico nella biblioteca digitale.

Anno	Tot. Abb. Attivi Periodici cartacei	Abb. Periodici Internaz.	Abb. Periodici Italiani
2018	30	12	18
2017	29	12	17
2016	31	12	19

Oltre a ciò, sono presenti in biblioteca numerosi periodici che afferiscono in sede perché offerti in regime di scambio (riviste dei Collegi), o, gratuitamente, perché di interesse sanitario.

MONOGRAFIE

Per le monografie, nel corso dell'anno, la biblioteca ha acquisito **40** nuovi libri di Management sanitario, Legislazione sanitaria, Competenze infermieristiche, Ricerca Infermieristica, Assistenze specialistiche, Diagnosi NIC e NOC, NANDA, Procedure e Piani di assistenza ed altro.

DOCUMENT DELIVERY

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

Richieste evase per gli utenti della biblioteca: 23 Richieste evase per altre biblioteche: 4

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2018, la commissione ha continuato il suo lavoro con le professionalità già presenti.

Il gruppo è formato da: Carlo Turci (Tesoriere); Eleonora Bruno; Barbara Di Donato; Edvige Fanfera; Giovanna Finocchi; Sara Martelli; Rita Ester Monaco; Patrizia Nappini; Claudia Onofri; Cinzia Antonella Punziano (subentrata ad Alessandro Pizzalla che ha lasciato per sopravvenuti impegni lavorativi. Si coglie l'occasione per ringraziarlo della preziosa collaborazione in questi anni). Per l'aspetto informatico, il supporto è del webmaster dell'Ordine, Vladislav Popov.

La commissione ha focalizzato la sua attività sulla tenuta di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica ed il rinnovo della Banca dati bibliografica ILISI. Su richiesta delle Aziende Ospedaliere, ha somministrato il corso itinerante intitolato: "*La Ricerca delle Evidenze Scientifiche nell'Infermieristica attraverso l'utilizzo delle Banche dati on line*", per promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica, fornendo contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti dell'Ordine di Roma.

Per il Progetto ILISI ha tenuto il corso residenziale: "*L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze Infermieristiche: corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica*".

Per l'attività formativa la commissione ha tenuto 4 corsi (3 itineranti sul territorio e uno in sede).

PROGETTO ILISI

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

- **Referenti dell'Ordine:** la Presidente, Pulimeno e il Tesoriere, Turci
- **Gruppo di progetto:** Bruno, Di Donato, Fanfera, Finocchi, Martelli, Monaco, Nappini, Onofri, Punziano, Stievano e Turci.
- **Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2018):** Biagioli, Cortesini, Di Donato, Diottasi, Gentili, Iossa, Martelli, Monaco, Onofri, Pizzalla, Punziano, Sferrazza. Neo-indicizzatori: Ciucciarelli, Filardi, Forte, Ingrassia, Mattaioli, Mosetti, Musto, Scozzo.

Escono, per sopraggiunti impegni personali: Di Giovanni, Guardiani, Lattanzi, Pizzalla, Trinca. L'occasione è utile per ringraziarli del lavoro puntuale e sistematico che hanno svolto negli anni per ILISI.

Macro obiettivi per la funzionalità del progetto

1. Revisione periodica del Thesaurus italiano di Scienze Infermieristiche (ThiSi) redatto;
2. formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il corso dedicato: *"L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze Infermieristiche: corso propeedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica"* e successiva fase di *training* con sessioni di indicizzazione in sede;
3. aggiornamento continuo del *software* che supporta la collezione dei dati e la ricerca online, con interfaccia in lingua italiana, adattamento delle funzioni alle necessità del progetto, miglioramenti per una facile fruibilità da parte dell'utente;
4. indicizzazione in modalità remota di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse;
5. revisioni costanti del database per

valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione;

6. presentazione del Progetto e della banca dati in eventi significativi della comunità infermieristica;
7. continua fruizione pubblica del database sul sito dell'Ordine;
8. gestione materiale organizzativo;
9. applicazioni eventuali del regolamento per la gestione formale e pratica dei rapporti all'interno dell'esteso gruppo del Progetto ILISI.

Il gruppo di progetto ha curato tutti gli aspetti funzionali alla cura della banca dati e, con il supporto del webmaster, ha definitivamente **posto on line la nuova versione di ILISI** sulla quale gli indicizzatori stanno nuovamente incrementando le immissioni di record.

Il gruppo di indicizzazione è stato incrementato da 8 neo indicizzatori che collaborano con costanza e motivazione: bisognerà svolgere presto un nuovo corso per assicurare il *turnover* fisiologico.

Raccolta dati, elaborazione e redazione della relazione a cura di Carlo Turci e Edvige Fanfera.



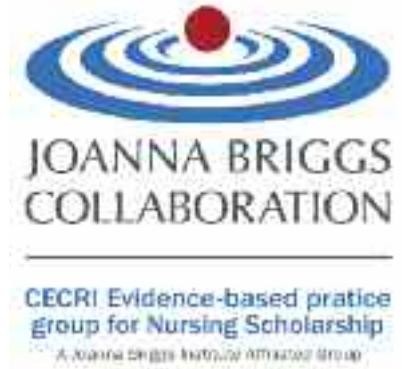
IL PROGETTO ILISI dell'OPI di Roma
Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche
[banca dati bibliografica]

ILISI
Ad oggi il nuovo database contiene **5.710 schede** bibliografiche (5.458 nel 2017) relative a 31 riviste italiane edite, curate da area infermieristica e sanitaria.
2018
20.010 accessi a tutte le sue sezioni; **171.626** visualizzazioni di pagine; **52.769** visualizzazioni di pagine uniche.

Organizzazione del Progetto ILISI – Gruppo di lavoro esteso
Nel progetto sono coinvolti tutti i membri della commissione biblioteca e gli indicizzatori formati che collaborano ad oggi:

- **Referenti dell'Ordine:** Presidente M.L. Pulimeno e Tesoriere C. Turci.
- **Gruppo di progetto:** E. Bruno, B. Di Donato, E. Fanfera, G. Finocchi, S. Martelli, M.R. Monaco, P. Nappini, C. Onofri, A.C. Punziano, A. Stievano, C. Turci.
- **Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2018):** Paola Cortesini, Barbara Di Donato, Valentina Biagioli, Tania Diottasi, Paola Gentili, Mauro Iossa, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Silvia Sferrazza. Entrano come neo indicizzatori: S. Ciucciarelli, S. Filardi, D. Forte, A. Ingrassia, C. Mattaioli, S. Mosetti, A. Musto, L. Scozzo.

Il gruppo di progetto ha curato tutti gli aspetti funzionali alla cura della Banca dati, disponendo già di una Revisione aggiornata del Thesau, con il supporto del webmaster ha definitivamente **posto online la nuova versione di ILISI** sulla quale gli indicizzatori stanno nuovamente incrementando le immissioni di record.
Tenuto il corso di indicizzazione dedicato, a marzo 2018, con successivo Training di abilitazione, il gruppo di indicizzazione è stato incrementato da 8 neonicicizzatori che collaborano con costanza e motivazione.



Efficacia e sicurezza della soluzione a basso volume di solfato per la preparazione alla colonscopia nella popolazione anziana

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

Revisione critica dell'articolo: Kwak, M.S, Cha J. M, Yang H.J, Park D.I, Kim K.O, Lee J, Kim H. G, Safety and efficacy of low-volume preparation in the elderly: oral sulfate solution on the day before and split-dose regimens (SEE SAFE) study. *Gut and liver*, 13(2), 176–182. doi:10.5009/gnl18214. 2019.

INTRODUZIONE

La colonscopia è il principale esame di *screening* per il cancro del colon-retto.

Poiché l'incidenza delle patologie tumorali intestinali aumenta proporzionalmente all'aumentare dell'età, le persone anziane sono maggiormente sottoposte a questo tipo di esame. La colonscopia prevede che l'intestino sia pulito e sgombrato da materiale fecale per avere una visione completa delle mucose.

Per questo motivo, nei giorni precedenti l'esame, è necessario effettuare una preparazione che prevede una dieta specifica e l'assunzione di una soluzione lassativa di 4 litri (alto volume) o di 2 litri (basso volume), in una somministrazione unica o frazionata.

Il lassativo più frequentemente utilizzato è il glicole polietilenico (Peg), a cui possono essere aggiunte altre sostanze per potenziare l'effetto lassativo, come ad esempio elettroliti (Peg-Els), acido ascorbico (Peg-Asc) o citrati e simeticone (PegCs). Altre soluzioni lassative utilizzabili sono a base di sodio fosfato (NaP) o

picosolfato e magnesio citrato, che per la loro ipersomolarità richiamano liquidi ed elettroliti extracellulari nel lume intestinale, riducendo il volume di liquidi necessario per la pulizia intestinale.

La preparazione intestinale spesso risulta gravosa per i pazienti anziani a causa del sapore della soluzione, della tollerabilità all'assunzione di grandi quantità di liquidi e degli effetti collaterali. Un'inadeguata preparazione intestinale è riportata nel 57% delle procedure effettuate sulle persone anziane (Kwak et al., 2019) ed è responsabile di oltre il 20% degli esami incompleti (Lee et al., 2012). Il fallimento nel completare la preparazione è maggiore per le preparazioni ad alto volume, perché l'ingestione di 4 litri di liquidi risulta particolarmente difficile per la maggior parte delle persone anziane.

L'utilizzo di lassativi iperosmolari a basso volume rappresenta pertanto un'alternativa per migliorare la *compliance* del paziente.

Per questo motivo, Kwak e colleghi han-

no effettuato un trial clinico randomizzato in 9 centri di endoscopia della Corea del Sud per valutare l'efficacia, la sicurezza e il grado di tollerabilità di una soluzione orale in dose frazionata a base di solfato rispetto a quella standard di 4 litri di glicole polietilenico nella popolazione anziana. Lo studio, su 193 pazienti anziani studiati, ha messo in evidenza che non erano presenti differenze significative tra i gruppi che erano stati sottoposti alle due diverse preparazioni riguardo la pulizia intestinale, la sintomatologia (nausea, vomito, dolori addominali, distensione addominale e incontinenza fecale) e la frequenza di danni renali e modificazioni elettrolitiche. Tuttavia, lo *score* medio del *Boston Bowel Preparation Scale* (BBPS), che è lo strumento utilizzato per valutare l'efficacia della preparazione intestinale nei tre segmenti del colon (colon ascendente, discendente e trasverso), è stato significativamente più alto nella preparazione dell'intero tratto del colon ($p=0.010$) e dell'ascendente ($p=0.001$) nel gruppo trattato con solfato ri-

spetto al gruppo trattato con 4 litri di PEG.

La tollerabilità e l'accettabilità della preparazione è risultata più alta nel gruppo trattato con solfato rispetto al gruppo trattato con PEG, perché il volume della soluzione da assumere era minore ($p < 0.001$) e di maggior gradimento ($p = 0.007$). Inoltre, un maggior numero di persone anziane ha dichiarato che sarebbe stato disposto ad ingerire quella stessa preparazione in caso di colonscopia futura e, in generale, la soddisfazione è stata significativamente più alta nel gruppo che ha assunto il solfato rispetto al gruppo che ha assunto il PEG.

VALUTAZIONE CRITICA

Per la valutazione critica dell'articolo, è stata usata la *check-list* elaborata dal Joanna Briggs Institute (JBI) per gli studi sperimentali, che prevede 13 criteri di qualità metodologica (*JBI appraisal checklist for randomized control trial* [RCT]), elencati di seguito.

1. È stata utilizzata la randomizzazione nell'assegnare i partecipanti ai gruppi di trattamento? Sì

Gli autori riportano che l'assegnazione al gruppo di controllo e sperimentale è avvenuta attraverso l'utilizzo di numeri di randomizzazione generati al computer con un rapporto di 1:1.

I partecipanti selezionati sono stati 198: 99 assegnati al gruppo trattato con so-

luzione di solfato e 99 assegnati al gruppo trattato con soluzione di 4 litri di polietilenglicole, sulla base del calcolo del potere dell'80% con un livello di significatività dello 0,025 per rilevare un 15% di differenza nell'efficacia della pulizia.

I partecipanti avevano un'età compresa tra i 65 e i 75 anni (media 69 anni).

2. L'allocazione ai gruppi di trattamento è nascosta? Non chiaro

Nell'articolo non vengono riportati particolari riguardo a come si è proceduto per l'allocazione ai gruppi di controllo o sperimentale.

3. I gruppi in trattamento sono simili? Sì

Entrambi i gruppi trattati avevano caratteristiche simili in termini di età, sesso, indice di massa corporea, indicazioni alla colonscopia, patologie (cardiopatie ischemiche, ipertensione, diabete, dislipidemia, altro, nessuna patologia).

4. I partecipanti sanno a quale gruppo vengono assegnati? Non chiaro

Tale informazione non è riportata nell'articolo.

5. Coloro che forniscono il trattamento conoscono i gruppi da trattare? Non chiaro

Gli autori non forniscono alcuna descrizione.

6. I valutatori sanno quale gruppo di trattamento stanno analizzando? Sì

Si riferisce alla cecità dei ricercatori che valutano i risultati. Nello studio, gli autori non forniscono particolari su questo

aspetto, ma dichiarano che lo studio ha previsto la cecità dei ricercatori.

7. I gruppi sono trattati in maniera identica tranne che per l'intervento di interesse? Sì

I gruppi vengono trattati in modo identico. Tutti i partecipanti hanno seguito una dieta a basso contenuto calorico 48 ore prima della colonscopia e una dieta liquida 24 ore prima. Entrambe le soluzioni sono state assunte attraverso una doppia dose: la prima ingerita il giorno prima dell'esame e la seconda 4 ore prima.

8. I follow-up sono completi? Se incompleti viene fornita dagli autori una descrizione e un'analisi adeguata delle differenze tra i due gruppi? No

Gli autori dello studio riportano che nel gruppo che ha assunto la soluzione di solfato al follow-up è stato preso un soggetto senza specificarne il motivo e nel gruppo che ha assunto il glicole polietilenico due soggetti. Inoltre, non hanno terminato lo studio altre 2 persone. Non vengono specificate le caratteristiche dei pazienti che non hanno terminato lo studio.

9. I partecipanti vengono valutati nei gruppi nei quali sono stati randomizzati? No

Solo i partecipanti che hanno concluso lo studio sono stati valutati nei gruppi in cui sono stati assegnati.

10. Gli outcome sono valutati nello stesso modo in entrambi i gruppi? Sì

Viene valutato come *outcome* primario l'efficacia della pulizia intestinale e come *outcome* secondario la frequenza e la gravità degli eventi avversi e il grado di accettabilità nell'assunzione della preparazione in entrambi i gruppi. Gli *outcome* sono valutati nello stesso modo.

11. Gli outcome vengono valutati in modo affidabile? Sì

Per la valutazione dell'efficacia della preparazione intestinale nei tre segmenti del colon è stata utilizzata la *Boston Bowel Preparation Scale* (BBPS), che è lo strumento più utilizzato per valutare tale. In aggiunta, anomalie elettrolitiche e nefrotossicità sono state valutate attraverso il livello ematico di creatinina, azoto ureico, elettroliti quali sodio, potassio, calcio, magnesio, fosforo. La tollerabilità





e l'accettabilità della preparazione sono state valutate chiedendo tale informazione ai partecipanti in termini di soddisfazione nel gusto della soluzione da assumere, quantità e sensazione, disponibilità a ripetere l'esame ingerendo la stessa preparazione, quantità di soluzione assunta in maniera completa o incompleta.

12. L'analisi statistica utilizzata è appropriata? Sì

Le differenze tra i gruppi sono state valutate attraverso il t-test di Student per le variabili continue, il test chi-quadrato o di Fisher per le variabili categoriche.

13. Il disegno dello studio è appropriato e vengono rappresentate deviazioni dal disegno di studio RCT? Sì

Il disegno di studio scelto è un *trial* cli-

nico randomizzato, cieco che è adeguato allo studio del fenomeno. Non vengono riportate deviazioni al disegno di studio. Il *trial* è stato registrato sul Clinicaltrials.gov.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

Gli autori dichiarano che lo studio presenta dei limiti per quanto riguarda la valutazione della qualità della preparazione intestinale effettuata da differenti endoscopisti, la possibilità di generalizzare i risultati a popolazioni differenti da quella coreana e ad anziani di età superiore a 75 anni in quanto l'età dei partecipanti allo studio era compresa tra i 65 e i 75 anni.

Alla valutazione critica, lo studio ha otte-

nuto un punteggio di 7 su 13.

Nello studio sono presenti alcuni *bias*, come ad esempio la mancata descrizione dei vari livelli di cecità (pazienti, endoscopisti) e l'analisi del trattamento effettuata solo sui pazienti che hanno completato lo studio (*intention per protocol*) e non su tutti i pazienti reclutati (*intention to treat*). A causa di questi *bias*, la qualità metodologica dello studio è limitata e i risultati vanno presi con cautela.

AUTORI:

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

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

Natascia Mazzitelli, Direttore didattico CdL in infermieristica, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Cinzia Puleio, coordinatrice infermieristica, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI;

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

BIBLIOGRAFIA

Lee, T. J., Rutter, M. D., Blanks, R. G., Moss, S. M., Goddard, A. F., Chilton, A., ... & Rees, C. J. (2012). *Colonoscopy quality measures: experience from the NHS Bowel Cancer Screening Programme*. *Gut*, 61(7), 1050-1057.

Chiusura OPG

Indagine conoscitiva in un Dipartimento di Salute Mentale di Roma

Esiti della Legge 81/2014

di Ione Moriconi; Simona Capozza

INTRODUZIONE

Con la legge 81 del 2014 si conclude la stagione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ovvero quelle strutture dove venivano ricoverate le persone che, al momento del reato, erano state giudicate non in grado di intendere e di volere. I pazienti sottoposti a misure di sicurezza sono stati mandati nelle nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), gli altri sono stati inseriti in strutture riabilitative o presso il loro domicilio con la clausola della libertà vigilata e incontri periodici con il Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

I professionisti sanitari, tra cui l'infermiere, si troveranno ad operare in un contesto innovativo e volto al percorso riabili-

tativo piuttosto che a quello detentivo.

In Italia ci sono circa un milione di pazienti psichiatrici gravi: di questi, 200 mila sono cronici (fonte, www.adnkronos.com, 2010). Tra questi meritano un discorso a parte i pazienti psichiatrici autori di reato, ovvero quelle persone che hanno commesso un reato, ma che sono state giudicate non in grado di intendere e di volere e, quindi, ricoverate presso strutture apposite, ovvero gli OPG. Per comprendere il contesto in cui sono inquadrati gli OPG, è necessario partire dalla legge Basaglia 180/78, poi inglobata nella legge 833 del Sistema Sanitario Nazionale.

La legge Basaglia sancì la chiusura dei manicomi, regolamentò il trattamento

sanitario obbligatorio ed istituì i servizi di igiene mentale pubblici (Fioritti & Melega, 2000).

Dopo tale legge, **gli infermieri, nel campo della salute mentale, si sono lentamente trasformati da custodi materiali a promotori della salute**, con lo scopo di accompagnare il malato verso la sua autonomia.

Le strutture in cui operano sono DSM, cui fanno riferimento Centri di Salute Mentale (CSM), Centri Diurni (CD), Comunità Terapeutiche (ora chiamate SRTRe e SRTRi) e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

L'infermiere, inserito in queste nuove strutture e servizi, è un professionista che collabora in équipe per la realizzazione di un progetto che riguarda la vita futura del paziente.

La Legge 180 abolì, inoltre, il giudizio di pericolosità del folle, che, fino al '78, era insito nella malattia mentale. Ma fu criticata perché non venne estesa al paziente autore di reato, che continuò a vedersi applicata la misura di sicurezza e a non avere diritto di accedere ai servizi sanitari pubblici (Birmingham, Gray, Mason & Grubin, 2000). Dietro il nome di OPG, quindi, si celavano degli ex manicomi dove venivano favoriti l'isolamento e l'aspetto detentivo, piuttosto che il reinserimento sociale e il trattamento della malattia psichiatrica.

La legge 81 del 2014 apportò un cambiamento radicale in tema di Sanità



Mentale. Infatti aveva stabilito il termine per la chiusura degli OPG fissato per il 31 marzo 2015.

Al momento della legge, in Italia, i pazienti internati nei sei OPG erano circa 700 (Martini, 2015).

Attualmente, sono stati chiusi tutti gli OPG e alcuni pazienti della regione Lazio, con misura di sicurezza detentiva ancora in corso, non dimissibili dagli OPG, sono stati accolti presso le REMS. Queste ultime sono delle piccole strutture, di massimo 20 posti letto, che garantiscono l'esecuzione della misura di sicurezza e al tempo stesso l'attivazione di percorsi terapeutico riabilitativi. Le REMS accolgono sia i pazienti provenienti dagli OPG che i nuovi che entrano per ordine della Magistratura.

Dal momento che i pazienti presentano condizioni cliniche tali da rendere ancora attuale la pericolosità sociale, nelle suddette strutture è prevista una forma di vigilanza (esclusivamente perimetrale). Ne consegue che, internamente alle REMS, le misure di sicurezza siano totalmente a carico del personale sanitario. La gestione delle REMS spetta alla Regione, sia per quanto riguarda l'assunzione di personale, sia per il loro funzionamento. La Regione agisce attraverso i DSM che fanno riferimento alle Aziende Sanitarie Locali; al Ministero della Salute spetta la programmazione e il monitoraggio.

L'obiettivo finale del percorso è il reinserimento sociale dei soggetti, che si attua tramite progetti terapeutico riabilitativi elaborati dalle ASL che hanno in carico il paziente (Rapporti ISTISAN 14/10).

Sicuramente, nonostante il superamento degli OPG,

restano, ancora ad oggi, problemi aperti. La domanda, infatti, è: i bisogni di salute di questa tipologia di pazienti saranno soddisfatti dai criteri delle nuove strutture atte ad ospitarli? Ci si chiede in particolar modo se, da oggi in poi, sarà data più importanza alla diagnosi piuttosto che al reato commesso.

Questo studio si propone di realizzare una fotografia dello stato attuale, a due anni circa dalla chiusura degli OPG, ed è incentrato sui pazienti in carico al Dipar-

timento di Salute Mentale dell'ex Roma A, dimessi dai suddetti ospedali giudiziari ed inseriti in altre strutture.

Lo scopo di tale indagine è stato, quindi, quello di raccogliere dati in merito, per verificare il monitoraggio di tali pazienti, compresa l'esistenza di un progetto terapeutico individuale. Nonché, rilevare le opinioni dei responsabili del trattamento in merito ai recenti cambiamenti.

MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta nei 4 Distretti appartenenti al DSM dell'ex Roma A, nel periodo da ottobre 2016 a gennaio 2017, previa autorizzazione del direttore sanitario del suddetto DSM.

Il campione è composto da 31 pazienti autori di reato dimessi dagli OPG/REMS al 2016, ed inseriti in altre strutture.

Lo strumento utilizzato per condurre l'indagine è stato un questionario formulato appositamente e consegnato ai responsabili del trattamento (ogni psichiatra ha fornito i dati del proprio paziente). Il questionario, dopo una breve presentazione dove viene esplicitato lo scopo dello studio, è diviso in tre parti.

- I parte: due domande che mirano a raccogliere il grado di accordo dei responsabili del trattamento con la chiusura degli OPG e con il trasferimento al SSN della sanità penitenziaria, quindi rispettivamente con la legge 81/2014 e il DPCM 2008;
- II parte: relativa all'anagrafica del paziente che ha in carico lo psichiatra;
- III parte: tutti i dati del ricovero: dalla diagnosi medica/infermieristica, al reato commesso, fino alla diagnosi attuale (se diversa da quella dell'OPG/REMS).

I dati raccolti ed estrapolati dai questionari sono stati poi trascritti sul programma Excel e da lì sono stati analizzati i risultati.

RISULTATI

L'analisi dei dati è stata divisa in relazione alla suddivisione all'interno del questionario.

Partendo dalla parte relativa ai pareri dei responsabili del trattamento, in merito alla legge 81/2014 (chiusura OPG) è

emerso che il 67% dei responsabili si è dichiarato "d'accordo" con il decreto, il 19% "indeciso" e il restante 14% "in disaccordo". (Figura 1)

Inoltre, nello spazio dedicato ad ulteriori considerazioni, uno dei responsabili ha dichiarato di essere: "d'accordo con il principio della legge, ma che questo non trova un riscontro nella realtà pratica". Un altro responsabile ha scritto che: "la chiusura degli OPG è stata necessaria e tardiva"; e un altro che: "il problema ancora esistente è la riforma del codice penale; è importante una maggiore responsabilizzazione individuale, andrebbe rielaborato il vizio totale e parziale di mente".

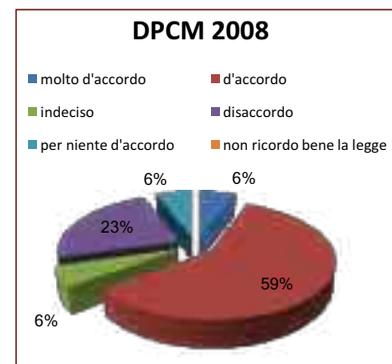


Figura 1. Grado di accordo dei responsabili dell'assistenza con il DPCM 2008



Figura 2. Grado di accordo dei responsabili dell'assistenza con la Legge 81/2014

In merito al DPCM 2008 che sancisce il passaggio, per gli autori di reato psichiatrici, della sanità dal sistema penitenziario al SSN, il 59% dei responsabili si è dichiarato "d'accordo"; il 23% "in disaccordo". (Figura 2)

Per quanto riguarda le considerazioni personali, un responsabile ha scritto: "di ritenere necessario un coinvolgimento

da parte dell'amministrazione penitenziaria nella gestione dei pazienti detenuti con problemi psicopatologici"; un altro che: "la cura anche per i pazienti psichiatrici gravi andrebbe realizzata all'interno della struttura penitenziaria in reparti appositi".

La seconda parte del questionario analizza i dati anagrafici dei pazienti: età, provenienza, residenza, sesso e stato civile. Di seguito, una panoramica dei pazienti in base al Distretto di provenienza. I Distretti sono così suddivisi:

- I Distretto;
- II Distretto;
- III Distretto.
- IV Distretto.



Grafico 1. Pazienti stranieri suddivisi nei Distretti

Italia	24
Eritrea	1
Germania	1
Argentina	1
USA	1
Etiopia	1
Srilanka	1
Romania	1

Tabella 1. Luogo di nascita dei pazienti

Da un'analisi più approfondita, è emerso che esclusivamente nel I e nel III Distretto vi è la presenza di pazienti stranieri: nello specifico, 71% nel I e 29% nel III. (Grafico 1)

Il luogo di nascita che prevale è l'Italia, con 24 pazienti. I restanti sono nati nei Paesi riportati in tabella 1. Il totale dei pazienti risiede a Roma, esclusi due che risiedono a Perugia e a Frosinone. Poi, ve ne sono alcuni che hanno in corso un progetto di rimpatrio, per cui è stato difficile stabilire se avessero o meno acqui-

sito la residenza nel nostro Paese.

Per quanto riguarda l'età, viene rilevata una media di 44,3 anni, con valore più basso e più elevato corrispondenti, rispettivamente, a 25 e 65 anni. Relativamente allo stato civile, la maggior parte dei pazienti si presenta nubile o celibe, ad esclusione di 3 separati ed un coniugato.

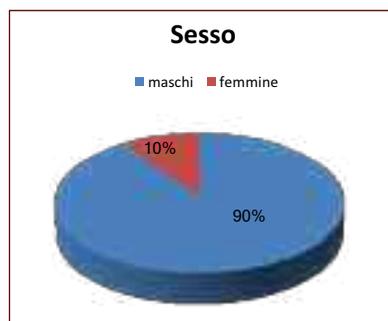


Grafico 2. Grafico inerente il sesso dei pazienti

L'ultimo dato dell'anagrafica, ovvero il sesso, rivela una netta prevalenza maschile, ad eccezione di sole 3 pazienti di sesso femminile. (Grafico 2)

Nella terza parte del questionario sono stati analizzati i dati relativi all'anamnesi del paziente, per tentare di dare una panoramica della storia della malattia, del reato commesso e dei suoi ricoveri in OPG o in REMS.

Il primo dato analizzato è stato quello

della diagnosi clinica.

Le diagnosi rilevate sono riportate nella Figura 3.

È importante ricordare che alcuni pazienti (7 per l'esattezza) riportavano più di una diagnosi. Si osserva che le diagnosi più ricorrenti sono la psicosi nas (8 pazienti) e la schizofrenia paranoide (6 pazienti). La psicosi nas (non altrimenti specificata) indica la presenza di un delirio, quindi di una perdita di contatto con la realtà, senza però dare delle indicazioni precise sulla malattia. Evidentemente, questi pazienti possono aver commesso il reato in uno stato di crisi, quindi assumendo un comportamento agitato e pericoloso.

D'altro canto, la schizofrenia paranoide è una patologia che porta anch'essa un'anomala interpretazione della realtà, ma con un pensiero delirante specifico, che porta il paziente a credere che gli altri vogliono fargli del male.

Il paziente potrebbe "sentire delle voci" che gli riferiscono che il cibo che sta mangiando è avvelenato, oppure che alcune persone (anche familiari o gente conosciuta) gli stiano tendendo una trappola, ecc. E, in preda a questi pensieri deliranti, se non supportato da un'adeguata terapia farmacologica, non è difficile immaginare che possa verificarsi un gesto estremo ed impulsivo.

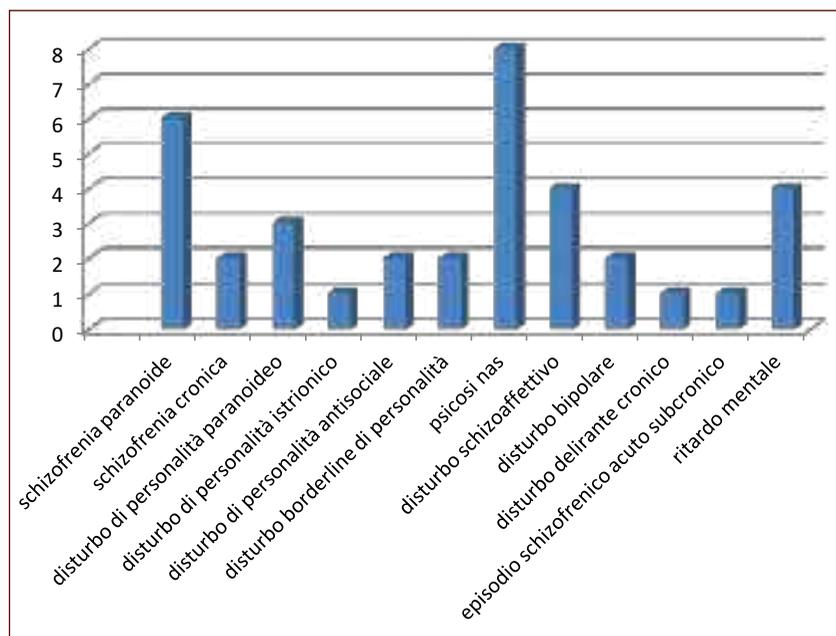


Figura 3. Grafico delle diagnosi cliniche



Grafico 3. Abuso di sostanze e altre diagnosi

non adesione	5
compromissione	
interazioni	1
coping difensivo	1
rischio di violenza rivolto ad altri	1

Tabella 2. Diagnosi infermieristiche

Un altro dato rilevante è l'abuso di sostanze (alcol e stupefacenti), che è stato analizzato a parte. (Grafico 3)

Su un campione totale di 31 pazienti autori di reato, 10 hanno una storia di abuso di sostanze. Si parla della cosiddetta "doppia diagnosi", molto frequente in Psichiatria.

La comorbilità di una diagnosi psichiatrica con quella di abuso di sostanze è un fenomeno molto diffuso, che colpisce circa il 50% dei soggetti psichiatrici (Regier *et al.*, 1990).

Spesso, questa tipologia di diagnosi include un comportamento perlopiù aggressivo, quindi porta a numerosi ricoveri in ospedale, TSO, arresti fino alla reclusione.

Dopo le diagnosi cliniche, sono state raccolte le diagnosi infermieristiche. (Tabella 2)

Purtroppo solo 8 dei 31 pazienti riportavano in cartella la diagnosi infermieristica. Sono risultate cinque diagnosi di "non adesione", una di "compromissione delle interazioni sociali", una di "coping difensivo" e una di "rischio di violenza rivolto ad altri".



Figura 4. Grafico relativo all'età di insorgenza della malattia psichiatrica

L'età di insorgenza della patologia psichiatrica non è stata sempre facilmente rilevabile, in quanto non sempre veniva riportata in cartella. Nel caso di 15 pazienti, viene specificata l'età esatta in cui sono insorti i primi problemi psichiatrici, in quattro casi, l'età di insorgenza risulta ignota e nei restanti 12 pazienti viene indicata genericamente la dicitura "giovane età" oppure "adolescenza".

Comunque, osservando la figura 4, appare evidente che l'esordio della patologia psichiatrica si manifesta intorno ai vent'anni, specificatamente 21 anni in media. L'età più elevata è di 37 anni e quella minore coincide con i 6. L'età media in cui è stato commesso il reato

corrisponde a 37 anni circa, con un'età minima di 19 anni e la massima di 52.

I reati commessi, in alcuni casi più di uno, sono: lesioni, reato contro il patrimonio, omicidio/tentato omicidio, ricettazione, resistenza a pubblico ufficiale, minaccia, estorsione, abuso sessuale, incendio, atti osceni in luogo pubblico, corruzione di minorenni, clandestinità, traffico di stupefacenti, sequestro di persona, porto abusivo di armi e *stalking*. (Figura 5)

I reati che ricorrono maggiormente sono rispettivamente quello di "lesioni" (riscontrato in 13 pazienti) e quello di "reato contro il patrimonio" (riscontrato in 6 pazienti).

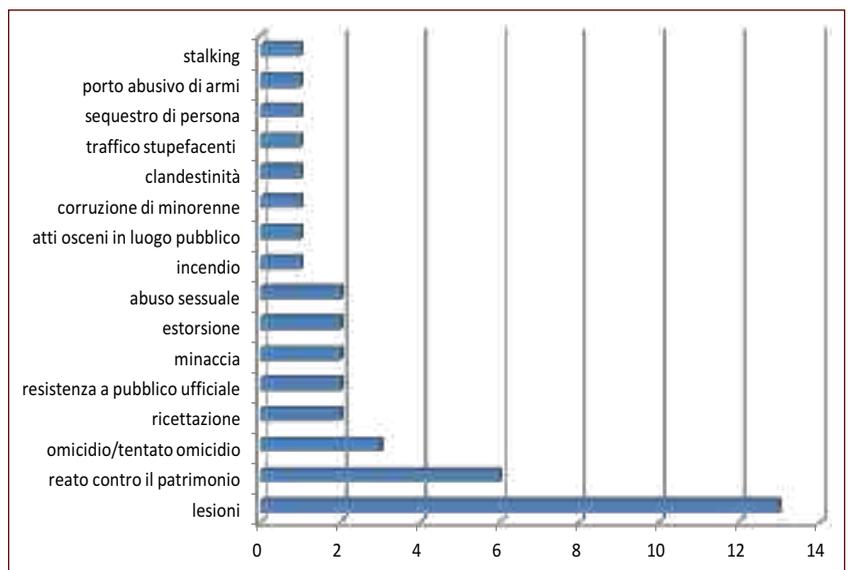


Figura 5. Tipologia di reato commesso

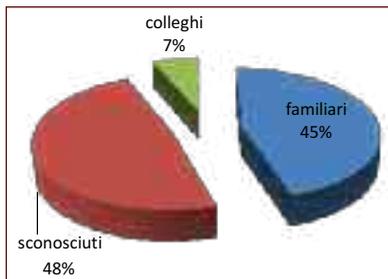


Grafico 4. Contro chi sono indirizzati i reati commessi

I reati di cui si è parlato finora, sono stati commessi in buona parte, circa la metà, verso persone che facevano parte del nucleo di vita quotidiana del paziente, ovvero familiari (45%) e colleghi (7%). Il restante 48% dei reati è stato commesso verso estranei. (Grafico 4)

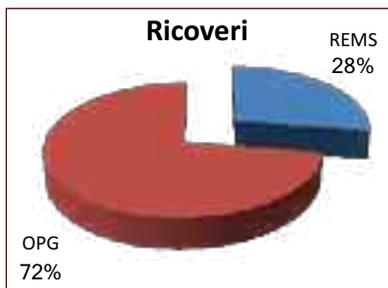


Grafico 5. Percentuale dei ricoveri in OPG e in REMS

La parte relativa ai ricoveri (Grafico 5) rivela che il 28% dei pazienti ha subito un ricovero in REMS e il 72% in OPG.

Ad oggi, tutti i pazienti sono stati dimessi, tranne un paziente deceduto in OPG e 3 pazienti che non sono stati valutati "dimissibili" (uno dalla REMS e 2 dall'OPG).

I pazienti provenienti dalla REMS in media sono stati ricoverati per circa un anno, o poco meno; quelli provenienti dall'OPG hanno in media un ricovero di circa 4 anni e mezzo.

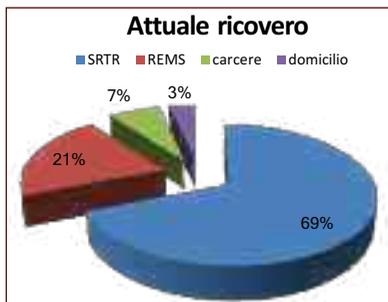


Grafico 6. I dati del ricovero attuale (al 2017)

L'attuale situazione vede il 69% dei pazienti ricoverati presso le Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative (SRTR), il 21% in REMS, il 7% in carcere e il 3% presso il proprio domicilio. (Grafico 6) In media, il ricovero attuale è iniziato a partire dal 2014. Nelle SRTR sono stati inseriti quei pazienti giudicati "dimissibili" dagli OPG, ma con una pericolosità sociale ancora in via di valutazione. Questi pazienti vengono sottoposti ad udienze periodiche per il riesame della condizione di pericolosità. Il 21% dei pazienti non è stato considerato "dimissibile" e quindi dovrà ancora proseguire il ricovero nella REMS. Di questo 21% fanno parte anche quei pazienti che hanno avuto delle recidive penali, e che quindi dalla comunità dove erano ricoverati per un periodo di prova, sono stati poi rinviiati in REMS. Il 7%, attualmente, si trova in carcere, in quanto probabilmente non ha i requisiti per risiedere in una REMS (per esempio, il decadimento dell'infermità mentale). Solo il 3% dei pazienti presi in esame attualmente si trova presso il proprio domicilio, seguito in ogni caso dal CSM di riferimento.

Tutti i pazienti presi in esame presentano un Progetto Terapeutico Individuale (PTI). In alcuni casi non viene specificato il tipo di progetto in corso, ma, per la maggior parte dei pazienti, si rileva un PTI dettagliato e specifico.

I concetti che ricorrono maggiormente nei progetti terapeutici sono:

- **reinserimento** nell'ottica sia sociale che familiare, perlopiù nella struttura di appartenenza o dove il paziente è destinato ad un prossimo inserimento;
- **recupero** dell'autonomia per quanto riguarda sia le basi quindi igiene personale, cura del sé, alimentazione, sia per quegli aspetti che richiedono un'attenzione maggiore, come ad esempio la gestione del denaro;
- **stabilizzazione** del quadro psichico, mediante un'assunzione della terapia farmacologica in modo controllato e colloqui non i responsabili dell'assistenza (psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali e infermieri). Il tutto sempre in collaborazione con il CSM di riferimento;
- il SERT, ovvero il servizio pubblico per

le tossicodipendenze, un presidio del Ssn, che collabora con i CSM per i casi di abuso di sostanze.

La terapia riscontrata all'interno delle cartelle si presenta in maniera omogenea per la maggior parte dei pazienti.

Le due categorie che ricorrono maggiormente sono:

- **antipsicotici** (olanzapina, Haldol): sono farmaci utilizzati nel trattamento delle psicosi. Le psicosi sono malattie psichiatriche gravi che provocano un'altezza del comportamento, della capacità di pensare e del modo di vedere la realtà;
- **stabilizzatori dell'umore** (Depakin): sono dei farmaci che si utilizzano soprattutto nelle depressioni maggiori ricorrenti e nel disturbo bipolare. I pazienti con queste patologie si presentano spesso emotivamente instabili, irritabili e aggressivi. L'assunzione di questi farmaci dovrebbe portare ad un equilibrio del tono d'umore, prevenendo la ricomparsa di sintomi depressivi o di euforia.

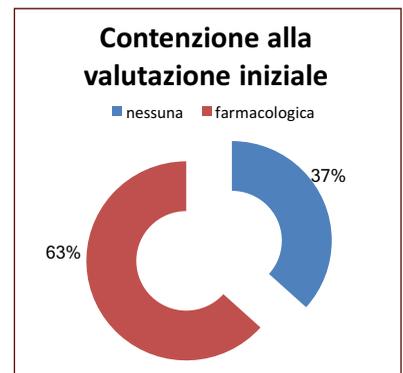


Grafico 7. La percentuale della contenzione al momento della valutazione

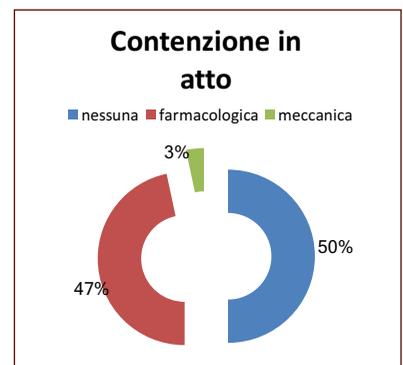


Grafico 8. La percentuale della contenzione in atto

La contenzione utilizzata, da quanto emerge dai dati, era stata di tipo farmacologico, sia al momento della valutazione iniziale sia per quanto riguarda la contenzione utilizzata. In rari casi, fu riscontrata una contenzione di tipo meccanico. Più che di contenzione, in realtà, si parla di una terapia di mantenimento, per evitare che il paziente possa avere degli atteggiamenti impulsivi e commettere delle recidive.

L'ultima domanda, presente nel questionario, richiedeva quale fosse la diagnosi attuale, da inserire solo se differente da quella della valutazione iniziale. In nessun caso è stata specificata una diagnosi differente da quella iniziale.

CONCLUSIONI

A distanza di circa due anni dall'indagine effettuata, è evidente che le REMS non sono più sufficienti a contenere gli utenti autori di reato.

Le dimissioni dei pazienti sono lente e difficoltose per vari motivi (mancata cittadinanza, mancanza di documenti, pericolosità sociale prolungata, mancanza



di risorse), creando così lunghe liste d'attesa per i nuovi inserimenti. Si dovrebbe dare maggior peso all'appropriatezza dei ricoveri.

Molti pazienti si trovano ricoverati in queste strutture per reati minori, quando potrebbero essere inseriti in un contesto territoriale in libertà vigilata.

La territorialità, e i professionisti sanitari che operano in questo contesto, assumono un ruolo primario in questo senso, in quanto non si può individuare la REMS come una realtà definitiva, bensì come un passaggio che porterà ad un reinserimento sociale.

Nella Regione Lazio si stanno promu-

vendo riunioni e gruppi di lavoro in cui far emergere le problematiche dei dipartimenti, affinché sia possibile monitorare gli utenti (con Misura di Sicurezza e non) che sono temporaneamente appoggiati in soluzioni diverse quali carcere, SRTRe, domicilio, prima dell'ingresso in REMS.

Il monitoraggio di questi pazienti risulta essere un'impresa difficile dal momento che le risorse umane dei dipartimenti sono si sono negli ultimi dieci anni depauperate.

È paradossale notare come, ad un aumento di competenze addossate al Ssn, non corrisponda alcun aumento di personale che possa farsene carico.

AUTORI:

Irene Moriconi, resp.le assistenza inf.ca UOC S.M. 2,3,13 e TSMREE, ASL Roma 1, professore associato Università La Sapienza, Roma;

Simona Capozza, infermiera laureata magistrale, Università La Sapienza, Roma.

Ph credit, *Tiziana Mercurio*

BIBLIOGRAFIA

- Lega I, Del Re D, Picardi A, Cascavilla I, Gigantesco A, Di Cesare A, Ditta G&Di Fiandra T, *Rapporti ISTISAN 14/10*. 2014.
- Birmingham L, Gray J, Mason D&Grubin D, *Mental illness at reception into prison*. Criminal Behavioral and Mental Health, 10(1), 77-87. 2000.
- Martini E, *Giustizia: dalla pena alla cura, il tramonto degli Opg*. Intervista a Roberto Piscitello (Dap). Il Manifesto 2015.
- Regier D.A, Farmer M.E, Rae D.S et al, *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Journal of the American Medical Association, 264, 2511-2518. 1990.
- Fioritti A&Melega V, *Il Progetto Mo.Di.OPG.: valutazione e follow-up di una popolazione internata in ospedale psichiatrico giudiziario*. Progetto nazionale Salute Mentale, Rapporti Istan, 00/12. Roma: Istituto Superiore di Sanità. (pp 115-20). 2000.
- Lazzari R, Ferracuti S, *Le debolezze mentali*. Vol. XVI, Cap. 4, pp. 59-95, in *"Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense"* a cura di Ferracuti F, Giuffré, Milano, 1990.
- Angelini Rota M, Ferracuti S, Ferracuti F, *Esami collaterali in Psichiatria Forense*. Vol. XIII, Cap. 10.5, pp. 465-501, in *"Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense"* a cura di Ferracuti F, Giuffré, Milano, 1990.
- Ferracuti S, *Proposta per una Valutazione Psicometrica nel reato di Circonvenzione di Incapace*. Relazione del Gruppo di Studio per la Valutazione del Reato di Circonvenzione di Incapace nell'Anziano al CNR, Responsabile: Prof. Mastronardi V, 1990.
- Abbate L, Ferracuti S, *Strumenti e Tecniche per la Valutazione del Danno alla Persona in Psichiatria Forense*. Vol. XVI, Cap. IX, pp. 209-243, in *"Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense"* a cura di Ferracuti F, Giuffré, Milano, 1990.

La medicina rigenerativa con impianto di cellule autologhe mesenchimali da tessuto adiposo in campo ortopedico

Ruolo e competenze infermieristiche

di Massimo Menchella

INTRODUZIONE

L'artrosi è una patologia di tipo degenerativo che colpisce primariamente la cartilagine articolare.

La malattia aumenta progressivamente, di frequenza con l'età ed è una malattia molto comune: si calcola che in Italia vi siano più di quattro milioni di casi registrati.

Negli ultimi dieci anni, la ricerca internazionale ha proposto un'abbondanza di evidenze di laboratorio e precliniche a riguardo del potenziale differenziativo e rigenerativo delle cellule stromali mesenchimali presenti nella frazione adiposa per la lotta contro la patologia artrosica. Questo articolo intende descrivere le competenze infermieristiche nell'uso del sistema Lipogems, un dispositivo per la raccolta, la processazione e l'iniezione di lipoaspirato autologo contenente cellule staminali mesenchimali da tessuto adiposo.

Intende descrivere il ruolo dell'infermiere in sala operatoria nella raccolta, processazione e infiltrazione articolare di tessuto adiposo, con il sistema Lipogems.

BACKGROUND

Il dizionario Treccani descrive la **medicina rigenerativa** come: "Una branca della medicina che ha come fine la riparazione di cellule, tessuti e organi danneggiati, effettuata attraverso la rigenerazione delle strutture malate piuttosto che la loro sostituzione".

CHIRURGIA RIGENERATIVA
CON INNESTO AUTOLOGO DI CELLULE STAMINALI DEL TESSUTO ADIPOSO

STUDIO DEL PAZIENTE:
Il medico valuta lo stato di salute del paziente e la presenza di artrosi, determinando il tipo di intervento chirurgico.

LESIONI ARTICOLARI:
Il dolore articolare è causato dalla perdita della cartilagine articolare, che protegge le ossa e ne facilita il movimento.

PROCESSIONE CELLULARE:
Le cellule staminali vengono raccolte dal tessuto adiposo del paziente e processate per isolare le cellule staminali.

DIAGNOSI ARTICOLARE:
In un'artrosi il dolore è causato dalla perdita della cartilagine articolare. Questo articolo intende descrivere le competenze infermieristiche nell'uso del sistema Lipogems, un dispositivo per la raccolta, la processazione e l'iniezione di lipoaspirato autologo contenente cellule staminali mesenchimali da tessuto adiposo.

INNESTO AUTOLOGO:
Le cellule staminali vengono iniettate nel sito chirurgico per favorire la guarigione e la rigenerazione del tessuto.

DECONTO:
Il processo di decontaminazione delle cellule staminali è essenziale per evitare il rischio di infezioni e garantire la massima efficacia del trattamento.

QUANDO INTERVENIRE?
Il trattamento è consigliato in caso di artrosi di grado medio o grave, in fase iniziale o in presenza di lesioni cartilaginee post-traumatiche.

LA CHIRURGIA RIGENERATIVA:
- È un approccio minimamente invasivo.
- Ti consente di tornare alla vita normale più rapidamente.
- È adatta a pazienti di tutte le età.
- È un'alternativa all'artrosi protesica.

LE CELLULE MIELOBASTIARI ADIPOSE:
- Sono cellule staminali.
- Sono cellule che si trovano nel tessuto adiposo.
- Sono cellule che si possono utilizzare per il trattamento dell'artrosi.
- Sono cellule che si possono utilizzare per il trattamento dell'artrosi.

L'impianto di cellule staminali

Nella medicina rigenerativa hanno un ruolo fondamentale le cellule staminali. Queste sono cellule indifferenziate, che devono subire un processo differenziativo che ha come risultato la formazione di tipi diversi di cellule. Sono: "cellule che hanno forme differenti e contengono materiali particolari, come ad esem-

pio le cellule del muscolo scheletrico che contengono una rete di filamenti alineate con precisione e composte da proteine contrattili; le cellule cartilaginee che vengono circondate da una matrice di polisaccaridi e di collagene, che fornisce loro un sostegno meccanico". Il processo di differenziazione dipende

dai segnali che la cellule staminali ricevono dall'ambiente circostante in funzione della posizione della stessa nell'embrione.

Le cellule staminali possono essere classificate in:

totipotenti: capaci di diventare parte di qualunque tessuto ed organo;

pluripotenti: capaci di trasformarsi in cellule di molti organi o tessuti (ma non tutti);

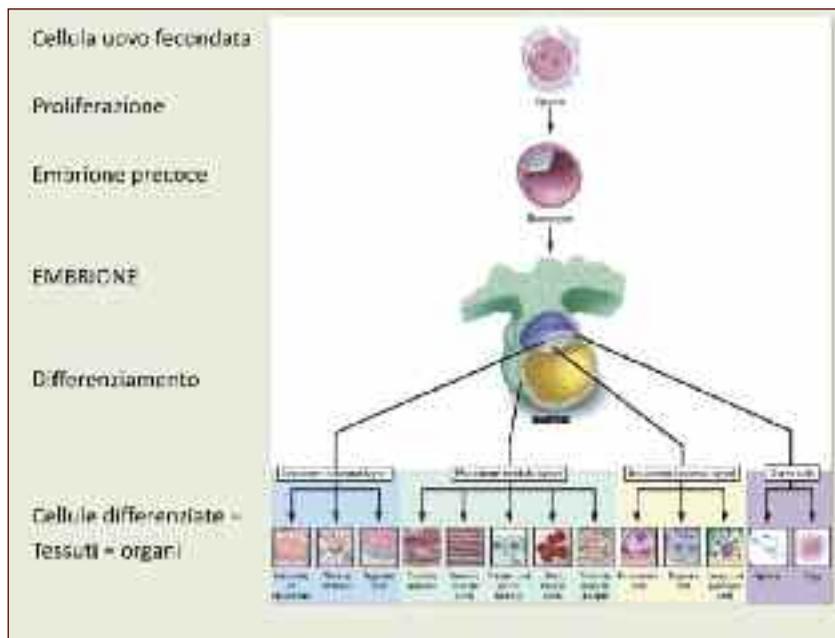
unipotenti: capaci di diventare cellule di un solo tipo.

Le cellule staminali mesenchimali sono cellule che hanno origine dal mesoderma, il foglietto embrionale della blastocisti che, mediante il processo di differenziazione cellulare, si trasformeranno successivamente in condroblasti (cellule presenti nella cartilagine articolare). Le cellule staminali mesenchimali sono cellule totipotenti che possono essere prelevate dal tessuto lipidico e processate e infiltrate in Ortopedia "rigenerativa" mediante il sistema Lipogems. Si è dimostrato scientificamente che le cellule staminali derivate dal tessuto lipidico possiedono fattori di crescita angiogenetici (Murphy MB et al., *Experimental e molecular Medicine* 2013) e la proprietà di produrre molecole antinfiammatorie.

La procedura

Le cellule staminali mesenchimali da tessuto adiposo vengono infiltrate in sala operatoria.

L'equipe è costituita da un medico ortopedico e da un infermiere che conosce le metodiche di raccolta, di processazione ed impianto del tessuto adiposo li-



La differenziazione cellulare

poaspirato mediante sistema Lipogems. Il sistema Lipogems è un dispositivo medico sterile che riduce progressivamente di dimensione i *cluster* di tessuto adiposo, eliminando le sostanze oleose e i residui di sangue a contenuto pro-infiammatorio e permettendo l'infiltrazione del prodotto finale costituito da fattori di crescita, dallo *scaffold* (il tessuto adiposo e stromale) e cellule (come i periciti) e cellule staminali mesenchimali.

L'intera procedura avviene in un sistema completamente ad immersione in soluzione fisiologica, per rendere possibile la riduzione volumetrica e minimizzare qualsiasi azione traumatica sui prodotti cellulari.

La prima fase della procedura consiste

nel prelievo di tessuto adiposo dall'addome del paziente che avviene dopo l'anestesia loco-regionale. Il chirurgo ortopedico, previa infiltrazione a livello addominale di una soluzione anestetica (composta da: soluzione fisiologica, lidocaina e adrenalina) procede al prelievo del tessuto adiposo mediante una siringa vaclock da 10 cc sotto-aspirazione, collegata ad una cannula smussa, che presenta all'estremità 5 fori.

L'infermiere, dopo la preparazione del campo sterile (dove ha posizionato il sistema Lipogems e dove ha preparato il necessario per l'infiltrazione dell'anestetico ed il prelievo del lipoaspirato), allestisce un tavolino servitore. Il tavolino sarà composto dai seguenti strumenti



Sistema Lipogems

chirurgici: un portaaghi; un bisturi lama 11; una forbice: una pinza anatomica; 2 fissateli atraumatici e 2 ciotole.

Nella seconda fase della procedura, l'infermiere prepara il sistema Lipogems alla ricezione del lipoaspirato. Prelevato dal paziente, quest'ultimo viene passato dal chirurgo all'infermiere, che lo fa decantare nella siringa (la decantazione è necessaria per eliminare la parte liquida del lipoaspirato). Eliminata la parte liquida del lipoaspirato, l'infermiere procede ad inserire lo stesso all'interno del *device* Lipogems, dotato di due filtri e di 5 sfere di acciaio. Il passaggio mediante il primo filtro determina la prima riduzione volumetrica con l'eliminazione dei frustoli fibrosi eventualmente presenti.

Il lipoaspirato viene poi lavato all'interno del *device* con soluzione fisiologica fino ad avere una fase acquosa limpida (assenza di tracce di sangue) e una parte di colore giallastra (tessuto adiposo). In un terzo momento, il lipoaspirato viene agitato nel *device*, dall'infermiere, per permettere l'emulsione della componente oleosa, e, successivamente, viene nuovamente lavato, mediante l'apertura del sistema collegato alla soluzione fisiologica. In ultimo, mediante una siringa è aspirato dal secondo filtro del *device* e pronto per essere infiltrato dal chirurgo nella zona interessata.

Sarà cura dell'infermiere, al termine dell'infiltrazione, porre sull'addome del paziente una medicazione compressiva nella zona del prelievo del lipoaspirato.

DISCUSSIONE

Come si evince dalla procedura, **l'infermiere ha un ruolo di primo piano nel procedimento** di infiltrazione di cellule sta-

minali. Il suo ruolo si manifesta evidentemente in diverse fasi:

a) nella preparazione del sistema per l'infiltrazione addominale del liquido anestetico e in quella del set per lipoaspirazione;

b) nell'allestimento del carrello servitore;

c) nell'utilizzo del sistema di processazione del lipoaspirato

L'infermiere deve conoscere la procedura per approntare un campo sterile, uno spazio di lavoro chirurgicamente asettico; deve conoscere il funzionamento del set Lipogems e l'azione dei filtri nella micronizzazione dei *cluster* lipidici ed, in ultimo, deve essere in grado di stabilire quando il lipoaspirato è pronto per essere infiltrato. L'infermiere ha l'obbligo di conoscere il razionale scientifico "che guida" le diverse fasi della processazione del lipoaspirato e deve essere a conoscenza delle numerose ricerche scientifiche che avallano l'uso del tessuto adiposo nei processi di guarigione dei tessuti cartilaginei danneggiati.

CONCLUSIONI

La medicina rigenerativa da cellule staminali mesenchimali è una nuova branca della medicina, una branca sicuramente "promettente".

Le numerose ricerche fatte fino ad oggi hanno dato risultati positivi.

Tra i tanti studi internazionali che avvalorano questa tesi, vogliamo citare quello di Konrad Slynarski (un chirurgo ortopedico di Varsavia) che ha documentato gli esiti clinici dopo infiltrazioni di cellule mesenchimali:

- 1) riduzione dal dolore osteoartrosico;
- 2) miglioramento delle attività di vita quotidiana;

3) le Rmn portate in visione nella sua ricerca hanno dimostrato che le infiltrazioni nella cavità articolare del ginocchio hanno comportato la formazione di un neo tessuto simil-cartilagineo e simil-menisciale.

In passato, si era già discusso delle proprietà rigenerative del tessuto adiposo. In letteratura, infatti, esistono esempi di come esso sia stato impiegato nella cura delle ferite dei soldati della Prima Guerra Mondiale.

L'impianto di cellule staminali mesenchimali è sicuramente uno strumento innovativo, una valida alternativa naturale alle classiche cure (dalle infiltrazioni con acido ialuronico alla protesizzazione del paziente).

Evitare la protesizzazione di un paziente significa evitare di fargli affrontare un intervento assai demolitivo, evitargli sofferenza e un lungo percorso riabilitativo. La collaborazione infermieristica, fondamentale nell'impianto delle cellule staminali, dimostra che **la professione infermieristica è sempre pronta ad adoperarsi nell'attuazione delle procedure innovative volte al benessere del paziente e alla ricerca**, come previsto pure dal nuovo Codice Deontologico, che all'art. 2 così spiega: *"l'infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati"*.

AUTORE:

Massimo Menchella, laureato magistrale in Scienze Infermieristiche, infermiere Asl Caserta.

BIBLIOGRAFIA

- Lynn P, *Manuale tecniche e procedure infermieristiche*. Piccin editore
Esposito M, *Gestione del team infermieristico strumenti e metodologie*. Hoepli editore
Karp G, *Biologia cellulare e molecolare*. EdiSES
Consiglio Nazionale FNOP, *Codice Deontologico* 2019.

Abbiamo ricevuto e pubblichiamo la riflessione scritta da una giovane infermiera a proposito della sua nuova professione e di quanto abbia vissuto negli anni precedenti il conseguimento del titolo accademico accanto alle persone di cui si è presa cura.

"Sono fiera di essere infermiera"

"In che cosa ti laurei, allora?". "In Infermieristica". "Ah, ok!...".

Questo è quello che, per diverso tempo, mi sono sentita rispondere, con toni non sempre simpatici, da chi mi poneva la faticosa domanda su cosa avrei fatto "da grande".

"Beh, d'altronde, sarò solo un'infermiera". In questi tre anni (ma pure qualcosa di più!...) però, ho lavorato duramente per raggiungere il mio obiettivo.

Ho sentito da vicino gli odori della malattia, quelli sgradevoli che si infilano nelle narici e che ti porti dietro per giorni; ma anche quelli dolci della rinascita. Ho asciugato lacrime piante a mia volta, ho stretto tante volte le mani ad altre persone per confortarle, per stargli vicino o anche solo per paura.

Ho preso per mano persone che ho viste fare progressi enormi: da sdraiate a letto a sedute sulla poltrona, e poi, da sedute, finalmente in piedi; passo dopo passo, giorno dopo giorno.

In questi tre anni, i pazienti mi hanno fatta sentire un punto di riferimento per loro, una guida, una persona importante. Ho comunicato lutti, offrendo un abbraccio, ma anche guarigioni, regalando sorrisi di condivisione. Ho visto da vicino cuori battere, ma ho anche sentito battiti cessare. Ho toccato un tumore con le mani, sentendone tutta la sua malignità

e ho visto il terrore negli occhi di chi, per la prima volta, veniva informato di una diagnosi.

Ho capito che la disabilità non deve essere mai un limite, cercando di inventare strategie per abbattere gli ostacoli.

Ho visto persone ormai anziane con tante storie da raccontare e con molta voglia di vivere, e ho conosciuto ragazzi che, invece, hanno giocato con la vita e non ne hanno colto le meraviglie!

Mi sono presa cura di anziani abbandonati e tristi nei letti di ospedale, spogliati delle loro nudità più intime e ormai rassegnati, trattenendomi con loro molto più dell'orario di tirocinio. Li passavo a salutare ogni volta che finivo il turno, per farli sentire amati anche solo per pochi secondi.

Ho ascoltato racconti segreti, che custodirò con discrezionalità, e parole che mi hanno scaldato l'anima. Sono stata spettatrice di dichiarazioni d'amore e di litigate, di urla e risate incontrollate. Ho pettinato capelli e capito che basta veramente poco affinché una persona possa sentirsi meglio.

Ho imparato tantissimi nomi di farmaci, impegnandomi nei calcoli come mai ho fatto con la matematica a scuola.

Mi sono presa cura di tante ferite: da



quelle del cuore, profonde e talvolta inaspettate, mascherate da finte allegrie, a quelle del corpo, cercando di far attenzione a ogni minimo dettaglio per farle rimarginare e apparire meno visibili. Ho visto ferite di guerra, frastagliate e irregolari, capendo che certi traumi difficilmente vengono superati. Ho sofferto il freddo della sala operatoria e appreso che, per amarla, devi avere un cuore caldo e una mente sempre attenta. Ho pure accusato il caldo di un pronto soccorso affollato, mentre tutti i miei amici erano al mare a divertirsi, e capito che l'adrenalina "tiene veramente in piedi il mondo".

Ho scherzato con bambini e con adulti, parlato con persone di ogni nazionalità e ogni religione, inventandomi sempre modi diversi per comunicare con loro, rispettando ogni loro scelta e pensiero. Sono stata a mia volta paziente e ho capito cosa vuol dire veramente stare dall'altra parte.

Sono stata dapprima come una bimba spaesata in un mondo di grandi, poi un'adolescente in cerca di risposte e, infine, mi sono scoperta una donna decisa. Oggi finalmente ce l'ho fatta.

Sono solo un'infermiera? Beh: fiera di esserlo!

Ilaria Messina



Due testi per la classificazione NIC e NOC dei risultati infermieristici



Il primo testo è la traduzione in lingua italiana del volume ufficiale che presenta la quinta edizione, del 2013, della classificazione NOC dei risultati infermieristici (*Nursing Outcomes Classification*), punto di arrivo di oltre 20 anni di lavoro del gruppo Iowa Outcomes, che opera nell'ambito Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness presso il College of Nursing della University of Iowa.

La classificazione NOC 2013 comprende 490 risultati di salute sensibili all'assistenza infermieristica, cioè direttamente correlati alle azioni poste in essere dall'infermiere, professionista della salute.

I risultati NOC sono suddivisi in una tassonomia di sette domini, che sono stati scelti per assistere gli infermieri nel valutare le condizioni della persona assistita, del caregiver, della famiglia,



del gruppo o della comunità.

Ciascun risultato è corredato da un gruppo di indicatori che permettono di misurare i risultati di salute dell'assistito attraverso scale di misurazione a cinque valori di tipo Likert.

Il volume consta anche di due capitoli introduttivi, completamente riscritti per questa edizione, dedicati alla presentazione della classificazione NOC e al suo utilizzo nella clinica, nell'organizzazione, nella formazione e nella ricerca, da una serie di capitoli dedicati al collegamento dei risultati NOC con gli 11 modelli funzionali della salute di Gordon e con le diagnosi infermieristiche NANDA International 2012-14, e all'indicazione dei risultati NOC specifici per le aree cliniche infermieristiche.

Completano il volume una serie di appendici dedicate allo sviluppo della classificazione NOC nel corso degli anni e alle mo-

dalità per partecipare al processo di evoluzione della classificazione NOC attraverso l'invio di proposte per nuovi risultati o per la modifica di quelli esistenti.

Anche questa edizione italiana del testo dedicato alla classificazione NOC si è avvalsa della collaborazione di un gruppo di professionisti infermieri, che hanno affiancato la curatrice e i traduttori per mettere a punto e concordare una terminologia condivisa per i titoli e le definizioni dei risultati NOC. Pertanto, la classificazione NOC si propone a studenti, professionisti e ricercatori con un linguaggio coerente e condiviso, in armonia con gli obiettivi che il *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* si pone a livello internazionale.

Anche il secondo testo è la traduzione in lingua italiana del volume ufficiale che presenta la sesta edizione, del 2013, della classificazione NIC degli interventi infermieristici (*Nursing Interventions Classification*), punto di arrivo di quasi 25 anni di lavoro del gruppo Iowa Interventions che opera nell'ambito *Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness* presso il College of Nursing della University of Iowa.

La classificazione NIC 2013 comprende 554 interventi infermieristici di assistenza diretta e indiretta, iniziati dall'infermiere, iniziati da altri professionisti della salute, iniziati dall'infermiere e le cui attività sono affidate/attribuite ad altre figure.

Gli interventi NIC sono suddivisi in una tassonomia di sette domini, che sono stati scelti per assistere gli infermieri nella scelta degli interventi più opportuni per andare incontro alle necessità della persona assistita. Ciascun intervento è costituito da una serie di attività (oltre 13 mila totali) che consentono di personalizzare l'assistenza attraverso la selezione di quelle appropriate per meglio gestire le particolari condizioni cliniche di ogni assistito.

Il volume ha anche due capitoli introduttivi, completamente ri-

scritti per questa edizione, dedicati alla presentazione della classificazione NIC e al suo utilizzo nella clinica, nella formazione e nella ricerca.

Inoltre, alcuni capitoli sono dedicati all'indicazione del tempo stimato e del livello di formazione infermieristica richiesta per erogare ciascun intervento NIC con le diagnosi infermieristiche NANDA International 2012-2014 e all'indicazione degli interventi NIC specifici per le diverse aree cliniche infermieristiche.

Tutto, con una serie di appendici dedicate allo sviluppo della classificazione NIC nel corso degli anni e alle modalità per partecipare al processo di evoluzione della classificazione NIC attraverso l'invio di proposte per nuovi interventi o per la modifica di quelli esistenti. Anche questo testo si propone a studenti, professionisti e ricercatori con un linguaggio coerente e condiviso, in armonia con gli obiettivi che il *Center for Nurses Classification and Clinical Effectiveness* si pone a livello internazionale, e si è avvalso della collaborazione di un gruppo di professionisti infermieri, che hanno affiancato la curatrice e i traduttori per mettere a punto e concordare una terminologia condivisa per i titoli e le definizioni degli interventi NIC.

Moorhead S, Johnson M, Maas M,
Classificazione NOC dei risultati infermieristici.
Misurazione dei risultati di salute
 a cura di Luisa Anna Rigon
 Casa Editrice Ambrosiana. (67 euro)

Bulechek G, Butcher H, McCloskey D.J, Wagner C,
Classificazione NIC degli interventi infermieristici
 a cura di Luisa Anna Rigon
 Casa Editrice Ambrosiana. (72 euro)

Un testo per acquisire e perfezionare le competenze necessarie ai bisogni dell'assistito e della famiglia

Il Sistema Sanitario Nazionale si sta gradualmente spostando da un modello di organizzazione centrato sui servizi per il paziente acuto ad uno più funzionale alla gestione della cronicità.

In questo nuovo scenario, un aspetto fondamentale è rappresentato dalle cure domiciliari, sinonimo di assistenza complessa e multiprofessionale che mette al centro l'unicità dell'esperienza vissuta dal paziente.

Questo volume che si presta a essere utilizzato da studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, consultato per approfondimenti e aggiornamento da neolaureati che si stiano avvicinando alle cure domiciliari o da professionisti interessati al futuro della propria professione, propone un percorso di formazione, non teorico ma sostenuto da evidenze, per renderli in grado di stabilire un'effettiva relazione di cura superando il paradigma paziente-malattia.

Il contesto della professione infermieristica è radicalmente cambiato: accanto agli sviluppi epidemiologici e all'aumento delle



malattie croniche, l'assistenza si è spostata - anche in condizioni di estrema complessità - dall'ospedale al domicilio, dove ci si trova a operare accanto ai familiari dell'assistito.

Questo testo consente di acquisire e perfezionare le competenze necessarie a comprendere i bisogni dell'assistito e del suo nucleo familiare, agendo in maniera sicura e appropriata agli standard di qualità.

In un processo continuo, l'infermiere deve sapere integrarsi al meglio con gli altri professionisti della salute, attivare tutte le risorse disponibili sul territorio, e coinvolgere assistito e familiari nell'autocura.

Presentazione affidata alla professoressa Maria Grazia De Marinis.

*S. Marcadelli,
P. Obbia, C. Prandi,*
**Assistenza domiciliare
e cure primarie.**

Il nuovo orizzonte della professione infermieristica
Edra-edizioni (34,00 euro)

La libera professione intramuraria è possibile anche per l'infermiere?

Il quadro normativo di riferimento e la sentenza della corte costituzionale n. 54/2015

La libera professione intramuraria riguarda le prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso per l'erogazione della prestazione sanitaria, a fronte del pagamento, da parte del paziente, di una determinata tariffa.

L'attività libero-professionale *intramoenia* costituisce, pertanto, una deroga al principio di esclusività del rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale.

L'attuale quadro normativo prevede che solo i medici dipendenti delle Strutture Sanitarie pubbliche possono esercitare l'attività libero professionale intramuraria.

Viceversa, il personale sanitario non medico non vanta alcun diritto all'esercizio dell'attività libero – professionale *intramoenia*, potendo, ai sensi dell'art. 1, comma 4, lettera c), della legge n. 120 del 2007, solamente essere compensato per aver svolto **attività sanitaria d'equipe** e **a supporto** del medico che ha operato in regime libero professionale all'interno della struttura sanitaria.

Insomma, il personale infermieristico e tecnico che partecipa,

fuori dell'orario di lavoro, all'attività libero professionale intramuraria dei Dirigenti Sanitari dell'Azienda si considera costituito in equipe.

Per attività libero professionale d'equipe s'intende l'attività espletata all'interno delle strutture aziendali, dai professionisti riuniti in equipe, per l'esecuzione di particolari prestazioni medico-chirurgiche o di prestazioni diagnostico-strumentali.

Per tale attività di supporto, il personale non medico, ivi compreso quello infermieristico, ha diritto ad ottenere un compenso.

In altri termini, allo stato attuale, il personale infermieristico non vanta alcun diritto all'esercizio, in autonomia, della propria attività in regime intramurario, potendo semplicemente far parte di una equipe, senza poter essere titolare di un rapporto di esclusiva autonomo con la propria azienda di appartenenza.

Sul punto chiarissima la Corte Costituzionale la quale, nel 2015, con la sentenza n. 54, ha confermato il principio secondo cui la libera attività intramuraria spetta solo ai medici, dichiarando l'incostituzionalità della legge della Regione Liguria 6/2014 la quale, per la prima volta in Italia, aveva aperto a infermieri, tecnici della

riabilitazione e ostetrici la possibilità di svolgere: *"attività libero-professionale intramuraria in strutture sanitarie regionali, sia singolarmente, sia anche in forma allargata in strutture sanitarie diverse da quella di appartenenza"*.

Pertanto, alla luce della normativa in materia (su tutte la legge 120/2007, che ha istituito l'*intramoenia* per i medici e che tuttora ne regola il funzionamento, alla luce anche di recenti aggiornamenti), nonché dell'orientamento giurisprudenza, emerge che l'attività libero-professionale per i dipendenti del SSN ha, da sempre, riguardato solo il personale medico, nonché, ai sensi dell'art. 4 comma 11-bis e 15 del d.lgs. n. 502/1992, il personale della dirigenza del ruolo sanitario, costituito da farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologici.





Nulla, invece, è stato previsto per il personale sanitario non medico.

Sennonché, allo stato attuale, bisogna chiedersi se non siano maturi i tempi per un intervento legislativo in materia che vada a regolamentare, anche per gli infermieri, la possibilità di optare per il regime di esclusività e di poter svolgere, in autonomia, l'attività libero professionale in regime intramurario.

Ciò, a maggior ragione, a seguito della entrata in vigore della legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 con la quale sono stati istituiti

gli Ordini professionali delle professioni sanitarie e, quindi, con specifico riferimento agli Infermieri, i Collegi sono stati trasformati in Ordini.

Oggi, pertanto, gli infermieri, al pari dei medici, sono professionisti che, per poter esercitare la propria attività (sia se vogliono svolgerla in regime libero professionale, sia se dipendenti di strutture pubbliche o private) devono conseguire il titolo della Laurea ed essere iscritti all'Albo territoriale di appartenenza.

Insomma, in una epoca in cui la figura dell'infermiere va, ormai, assumendo sempre più importanza, divenendo punto di riferimento nella presa in carico del paziente e titolare esclusivo del delicato compito di somministrazione delle terapie, ci si aspetta un intervento normativo in materia che possa regolamentare l'attività *intramoenia* anche per gli infermieri. Attività che, chiaramente, deve affiancarsi e aggiungersi alle prestazioni rese dal servizio sanitario pubblico.

Soltanto in tal modo, infatti, vi sarebbe un giusto riconoscimento, anche in termini economici, al lavoro e all'impegno svolto dal personale infermieristico.

Avv. Barbara Pisa

AVVISO

Attivare la PEC è un obbligo di legge L'Ordine la offre gratis ai suoi iscritti

La Posta Elettronica Certificata (Pec) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica eguale valore di una raccomandata con avviso di ricevimento.

La legge n. 2/2009 ha introdotto l'obbligo di dotarsi di una casella Pec: certificata, pertanto, i professionisti iscritti in Albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato devono comunicare ai rispettivi Ordini, il proprio indirizzo di Pec.

L'OPI Roma offre la casella Pec gratis ai propri iscritti.

La certificazione dei crediti formativi di tutti gli eventi accreditati OPI Roma sarà spedita esclusivamente tramite Pec.

Pertanto, si invitano gli iscritti a comunicare esclusivamente alla segreteria Ecm dell'Ordine (segreteriaecm@opi.roma.it) il proprio indirizzo di Pec e/o di attivare una casella Pec, utilizzando il servizio dedicato, accedendo dal portale istituzionale <http://www.opi.roma.it>

HO FATTO COME DICE IL NOSTRO CODICE DEONTOLOGICO: GLI HO GARANTITO CHE NON SAREBBE STATO ABBANDONATO...



© Bato '19

NORME EDITORIALI

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

“Infermiere Oggi” pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L’articolo è sotto la responsabilità dell’autore o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli devono essere strutturati secondo il seguente schema: 1) riassunto/abstract; 2) introduzione; 3) materiali e metodi; 4) risultati; 5) eventuali discussioni; 6) conclusioni; 7) bibliografia.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L’INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale 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 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 al pubblico:
- dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
- il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17

Seguici su

 [ordineinfermieriroma](https://www.facebook.com/ordineinfermieriroma)  [opiroma](https://www.instagram.com/opiroma)