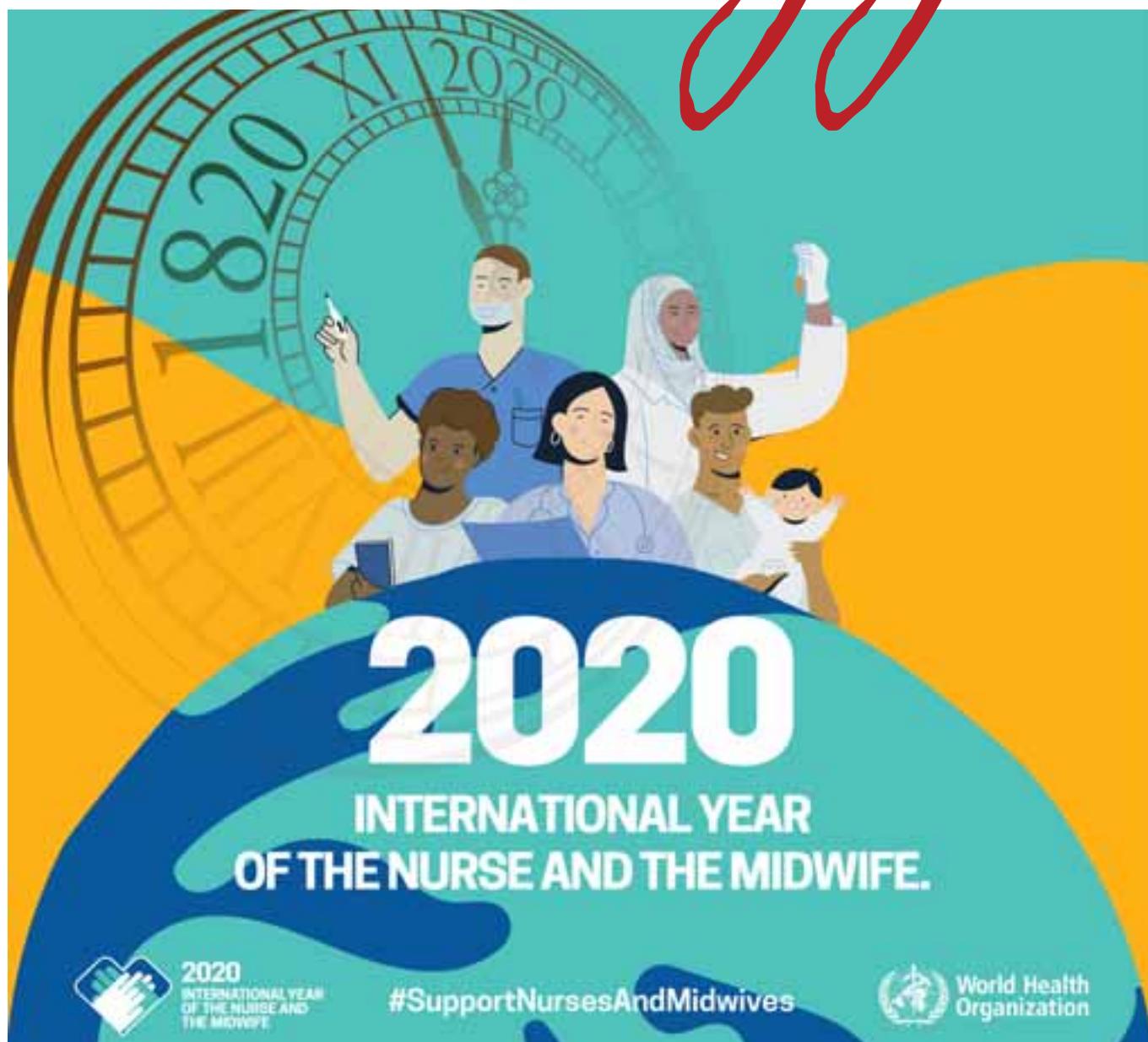


INFERMIERE

oggi

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

N° 1



EDITORIALE

Ci chiamano "angeli"
Ora dateci le ali
per spiccare il volo

FOCUS

La Giornata dell'Infermiere
ai tempi del COVID-19

DALLA REGIONE

Fuori dal commissariamento
Arrivano Infermieri di Famiglia
e nuovi codici per il Triage

INFERMIERE

oggi



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
del Opi di Roma

Anno XXX - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2020

Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione

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

Direttore responsabile

Ausilia Pulimeno

Segreteria di redazione

Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione

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

Coordinamento giornalistico

Tiziana Mercurio

Stampa

Mediagraf Spa

Viale della Navigazione Interna, 89 - 35027 Noventa Padovana (PD)
tel. 0498991511

Progetto grafico: EDS Roma

Impaginazione: Ars Media Group srl

Copertina: Ars Media Group srl

Finito di stampare: maggio 2020

Tiratura: 35.888 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 **Ci chiamano "angeli", ora dateci le ali per spiccare il volo**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS

- 3 **SPECIALE EMERGENZA COVID-19**
GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE
CELEBRATA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

DICONO DI NOI

- 12 **La pandemia da COVID-19 tiene banco sui media nazionali**
Ma finalmente s'intravede una luce in fondo al tunnel

NOTIZIE DALL'ORDINE

- 17 **Le attività della Biblioteca e della Commissione per il 2019**
22 **Slitta il pagamento della tassa annuale di iscrizione**
23 **OPI Roma Giovani da promessa a realtà**
Ospitata in sede la riunione del gruppo ACENDIO
24 **Centro di Eccellenza CECRI di OPI Roma. Dieci anni di traguardi**
25 **L'OPI di Roma ha attivato il suo canale Telegram. Cosa è e come usarlo**
26 **"L'arte di curare e di raccontare"**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 27 **La sanità del Lazio esce dal commissariamento**
29 **L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nelle realtà delle Asl Roma 4, 5 e 6**
31 **Triage: il Lazio è la prima regione ad adottare i nuovi codici**

NOTIZIE DALL'ITALIA

- 32 **Audizione FNOPI al Senato per l'Infermiere di Famiglia**
33 **La mozione FNOPI votata all'unanimità e sottoscritta dal Ministro della Salute**
35 **Il Governo potenzia il territorio e istituisce "per legge" l'Infermiere di Famiglia**
36 **Come accedere al Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri**
37 **Forum sul Risk Management e Libera Professione**

NOTIZIE DALL'ESTERO

- 38 **A novembre 2019 celebrato il Congresso AIT**
39 **Il Joanna Briggs Institute encomia gli infermieri Italiani**
La Giornata della Memoria per gli infermieri morti durante il COVID-19
40 **Mascherine e DPI, l'Ordine al fianco di Onlus e Associazioni**

CONTRIBUTI

- 42 **Vaccinazione per la prevenzione dell'herpes zoster nelle persone anziane**
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Valentina Vanzi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese
46 **Valutazione dello stress correlato all'attività dell'infermiere**
in Pronto Soccorso e Terapia Intensiva
di Andrea Taranto, Daniele Piccolelli, Girolamo De Andreis
50 **Progetto di inserimento dell'infermiere neoassunto in un presidio territoriale**
di assistenza e riabilitazione per forme complesse di disabilità e comorbidità
di Sonia Monastero
56 **Dieci anni di coordinamento infermieristico in un Centro di formazione di BLSDS**
di Cristian Vender

LETTO PER VOI

- 60 **Un'inchiesta qualitativa voluta dal CECRI sul Giubileo degli Ammalati**
61 **Un manuale aggiornato che si rivolge agli infermieri del Triage ospedaliero**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **I cartellini identificativi del personale infermieristico a servizio delle aziende**
sanitarie pubbliche tra trasparenza e privacy

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Ci chiamano "angeli", ora dateci le ali per spiccare il volo

di Ausilia M.L. Pulimeno

A considerarla oggi, la decisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di dichiarare il 2020 "Anno internazionale degli infermieri" appare quasi divinatoria.

La pandemia da Covid-19, con il suo tremendo fardello di morte e sofferenza, ha svelato a tutti ciò che il mondo stentava a riconoscere: la straordinaria importanza dell'Infermieristica per il destino del genere umano, le sue prerogative uniche, la sua capacità di lottare fino allo stremo delle forze. E di vincere.

Il Pianeta si è accorto quanto valgano questi professionisti, quanto bisogno ci sia di loro, quanto risultino insostituibili, quanto grave sia la carenza di questa figura a livello globale. L'OMS stima che infermieri e ostetriche rappresentino quasi la metà della forza lavoro sanitaria mondiale, e che costituiscano oltre il 50 per cento dei professionisti che mancano per assicurare livelli di assistenza adeguati alla popolazione. Una carenza che ci trascina dietro da decenni e che la diffusione del nuovo coronavirus mostra oggi in tutta la sua drammaticità. Anche per questo l'OMS ha voluto celebrare il lavoro di questi professionisti, oltre che per le difficili condizioni in cui sono costretti ad operare. Affinché in tema di salute e benessere tutti i Paesi raggiungano il cosiddetto "Obiettivo 3 di sviluppo sostenibile", l'organizzazione di Ginevra calcola che il mondo avrà bisogno di almeno altri nove milioni di infermieri nei prossimi dieci anni. In Italia, la carenza di infermieri calcolata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche ammonta a circa cinquantamila unità, un dato che, con l'introduzione dei pensionamenti in base al criterio di "quota cento", è destinato a superare la soglia dei settantamila, trentamila solo nei servizi territoriali. Una voragine negli organici che il nostro Sistema Sanitario Nazionale non può oggettivamente sopportare.

La pandemia contro cui stiamo combattendo conferma una volta di più l'assoluta necessità di cambiare rotta subito, investendo proprio su questa categoria di operatori sanitari. Sono loro, infatti, a costituire l'argine più elevato alla diffusione delle malattie, il sostegno migliore al benessere e alla salute planetaria. Ecco perché a livello internazionale viene sottolineata la necessità di prevedere un aumento degli investimenti sulla componente infermieristica, mentre l'OMS e i suoi partner sollecitano i Governi nazionali a migliorare complessivamente la rete dell'assistenza.

Dare più spazio e risorse agli infermieri è la chiave di volta indicata per raggiungere la copertura sanitaria universale.

Non solo. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che adeguare gli infermieri agli standard internazionali significa anche generare un vantaggio economico, aiuta a risparmiare risorse riducendo la necessità di interventi costosi e inutili, aumentando la qualità delle cure.

Per il 2020, l'OMS ha fissato degli obiettivi molto ambiziosi: garantire che tutti gli infermieri operino in un ambiente sicuro, vengano rispettati dai colleghi, dai medici e dalle altre figure sanitarie; fare in modo che possano lavorare in un servizio sanitario efficiente; integrare le loro competenze specifiche con quelle degli altri professionisti; favorire la presa in carico globale di ciascun paziente. Inoltre, il potenziamento dell'assistenza infermieristica produce una serie di altri benefici che l'OMS giudica fondamentali, come promuovere l'equità di genere, contribuire allo sviluppo economico e sostenere diversi obiettivi previsti per uno sviluppo sostenibile.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea: "Gli infermieri possono essere la risposta a molti problemi di salute

del mondo, ma prima dobbiamo superare le barriere professionali, socioculturali ed economiche che ancora in molti casi li ostacolano". Proprio così. Serve un salto di mentalità per poter intervenire efficacemente sulle cinque aree chiave indicate: investire nei servizi guidati dagli infermieri che consentano loro di esprimere tutte le potenzialità; impiegare più infermieri specializzati; rendere questi professionisti centrali nell'assistenza sanitaria di base fornendo servizi e supervisionando gli operatori sanitari della comunità; supportare gli infermieri nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie; investire nella leadership infermieristica.

Principi che vanno concretizzati perché non rimangano delle semplici quanto inutili enunciazioni. Ed è in questa direzione che dobbiamo insistere, forti delle nostre competenze e del ruolo strategico che la storia ci assegna. Tanto più in questo difficile periodo di emergenza in cui molte certezze vengono meno. Non però l'impegno e il cuore degli infermieri.

Questa terribile ondata epidemica ci consegna un altro elemento di valutazione: l'importanza della sanità territoriale. Un punto che questo Ordine, insieme alla Federazione Nazionale, ribadisce ormai da anni con alterne fortune. Potenziare le attività esistenti e crearne di nuove è la soluzione. L'esperienza del coronavirus ce lo insegna, confermando il principio secondo cui l'assistenza va erogata soprattutto dove il cittadino vive, lavora, studia e consuma le sue relazioni sociali: il territorio. Il trattamento terapeutico a domicilio e il monitoraggio effettuato dai presidi territoriali hanno consentito in questi mesi di affrontare meglio la pandemia, di ridurre il sovrappopolamento dei reparti ospedalieri d'emergenza, di prevenire le complicanze della malattia, di salvare vite e affetti. Una strategia che vale per tutte le patologie e che deve guidare l'orientamento del nostro servizio sanitario per il prossimo futuro.

A cominciare da adesso.

Oltre ai suoi risvolti di lutto e dolore, questo periodo di angoscia ci consegna una lezione di cui dovremmo far tesoro: gli infermieri sono essenziali non solo in ambito assistenziale stretto, ma anche per la promozione generale della salute, di stili di vita sani, di comportamenti corretti, di informazioni valide. Quello della prevenzione è il terreno su cui dobbiamo misurarci affinché in futuro un altro evento come il Covid-19 non ci colga di sorpresa. Ma ciò vale anche per le patologie croniche che costituiscono una vera e propria emergenza sanitaria in tutto il mondo. E il rapido invecchiamento della popolazione nel nostro Paese, con l'aumento costante delle multipatologie e delle cronicità, non ci lascia alternativa. La strada da imboccare con decisione e senza ripensamenti è quella dell'assistenza sul territorio.

Spazio allora agli infermieri di famiglia, di comunità, sui luoghi di lavoro, spazio ai servizi territoriali e agli ambulatori infermieristici. L'assistenza sanitaria di prossimità è il giusto viatico per la salute pubblica, specialmente per quella dei soggetti più fragili, per gli anziani ma anche per chi vive in condizioni di disagio socio-economico, per le persone con disabilità, per chi è affetto da una o più patologie croniche. Bisogna perciò investire senza ulteriori indugi su questi professionisti e sulle loro capacità. Abbiamo pagato un tributo altissimo di vite in questa tragedia collettiva della pandemia, come del resto è accaduto per i medici, soprattutto per quelli di famiglia. Siamo stati e siamo ancora impegnati con tutte le nostre energie nella lotta al virus. Uno sforzo che compiamo nel nome dei colleghi che non ce l'hanno fatta e dei loro familiari. Con altrettanta forza dobbiamo rappresentare l'interesse dei cittadini, quello alla salute, rivendicando un ruolo centrale nella gestione dell'assistenza. Ruolo che finora ci è stato riconosciuto a parole ma non nella pratica quotidiana.

Siamo ancora troppo pochi, spesso impiegati male, poco responsabilizzati e ancor peggio remunerati. Viviamo una condizione di precariato diffuso, senza certezze nemmeno per i colleghi che hanno vinto un concorso o che sono iscritti in graduatoria per essere assunti. Ecco allora il punto da cui ripartire: reclutare nuovi infermieri per permettere alle cure e alla prevenzione di penetrare con successo nel tessuto sociale e infarcirlo di informazioni e stili di vita salutari. L'esperienza del coronavirus non va sprecata. Ci suggerisce cosa fare e come agire. I complimenti e la sincera riconoscenza della popolazione verso gli infermieri non dovranno restare un semplice ricordo. Siamo orgogliosi di essere entrati nei cuori dei nostri concittadini, ma questo non può bastare. Siamo commossi davanti ai numerosi tributi di fiducia che la gente ci rivolge in questo tempo cupo. Neanche questo, però, basta. Vogliamo assumerci a pieno le nostre responsabilità, chiediamo che ci venga consentito di farlo in base alle nostre competenze e alle qualità che abbiamo maturato. Anche sul piano organizzativo. Non c'è più tempo per procedere lentamente. La strada della valorizzazione della professione infermieristica va imboccata con decisione e perseguita con la massima determinazione. Investire sugli infermieri, sulla loro forza e sul loro cuore è il solo modo per convertire in fatti concreti le raccomandazioni dell'OMS.

E il mondo ci ringrazierà per quanto sapremo fare, nel solco umano e scientifico tracciato dalla fondatrice della nostra professione Florence Nightingale.

Per questo non ci accontentiamo di essere definiti "angeli", ma vogliamo anche le ali.



Focus

SPECIALE EMERGENZA COVID-19

**Giornata Internazionale dell'Infermiere
celebrata al tempo del coronavirus**



L'impegno e la professionalità degli infermieri per i cittadini

Le richieste al Governo, gli aiuti a chi è in difficoltà

In questi mesi, l'impegno in prima linea dell'OPI di Roma, assieme alla Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), sul fronte della gestione dell'emergenza da nuovo coronavirus è stato davvero notevole.

I vertici dell'Ordine provinciale, infatti, su mandato della Fnopi, hanno preso parte a tutte le riunioni della *task force* istituita a gennaio dal ministero della Salute, che ha chiesto a tutte le Federazioni delle professioni sanitarie di fare rete con le istituzioni e il territorio per contribuire a dare informazioni appropriate e contenere qualsivoglia "bolla mediatica", ponendosi quale punto di riferimento certo

per i cittadini. Inoltre, l'OPI di Roma, con suoi rappresentanti, ha partecipato ai meeting settimanali organizzati presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e rivolti a Ordini professionali e società scientifiche, oltre a garantire la continuità dei servizi riservati agli iscritti, pur mettendo in sicurezza il proprio personale dipendente, con l'attivazione, a rotazione, dell'innovativo strumento dello *smartworking*.

Già il 14 febbraio scorso, la presidente Fnopi, **Barbara Mangiacavalli**, e la presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**, avevano incontrato gli infermieri e il management dell'Ospedale Spallanzani che, in questo difficile periodo, hanno

dimostrato le capacità di dare qualità al servizio, con la massima professionalità. Senza mai lasciare nessuno da solo.

Non è un caso, dunque, se, a fine marzo, è stato proprio il Lazio la regione da cui sono arrivate più risposte all'appello della Protezione Civile per i 500 posti di infermieri specialisti a supporto dei colleghi nelle zone d'Italia dove c'è stato il maggior numero di contagi e morti per COVID-19.

Degli oltre 9mila "si" di infermieri esperti, un numero considerevole è stato romano e laziale. Cinquecento professionisti che hanno fatto parte della *task force* "Infermieri per COVID" per un'assistenza specializzata e mirata.



Il fondo di solidarietà

#NoiConGliInfermieri

Purtroppo, proprio tra gli infermieri c'è il maggior numero di operatori sanitari positivi a COVID-19. Ed è per questo motivo, che la FNOPI ha lanciato **#NoiConGliInfermieri**, la prima raccolta fondi creata e gestita dagli infermieri per gli infermieri che si rivolge ai cittadini e alle imprese per aiutare concretamente quanti sono - e sono stati - in prima linea nell'emergenza coronavirus.

Gli infermieri al "fronte" di COVID-19 sono stimati intorno alle 180mila unità: tantissimi, troppi, i contagiati e i morti. Perché gli infermieri, come tutti, muoiono di COVID-19, lasciando un vuoto non solo nella loro professione, ma soprattutto nelle loro famiglie. Dall'inizio della pandemia, ogni giorno, in media, circa 2-300 infermieri in più sono risultati positivi al virus nella "prima fase".

Ora, quindi, che il peggio sembrerebbe superato, hanno però necessità del giusto supporto. Aiutare chi ogni giorno ha aiutato - e aiuta e continuerà a farlo - gli altri è un dovere di tutti.

E anche l'OPI di Roma ha aderito alla campagna di solidarietà voluta dalla Federazione nazionale con la raccolta fondi **#Noicongliinfermieri**.

Aiutare le famiglie degli infermieri deceduti, di quelli in quarantena costretti a stare lontani da casa e dalle famiglie, gli infermieri malati che lottano per tornare a condurre una vita normale e lavorare per la salute di tutti: questi gli scopi di un Fondo cucito sulle esigenze della professione e delle condizioni di vita degli infermieri che è stato - e sarà - alimentato dalle donazioni di quanti vorranno essere loro vicino e si caratterizza per tempestività, trasparenza, *accountability*.

La Federazione ha avviato il Fondo con una donazione iniziale di 300mila euro: risorse da subito a disposizione degli infermieri. Al suo fianco, grandi gruppi privati (Enel Energia, AbbVie, Tik Tok, Campari) e tantissime asso-

ciazioni.

Le donazioni saranno erogate al 100%, senza trattenute per costi di gestione (tutti a carico della FNOPI).

Attiva una piattaforma on line all'indirizzo: **www.noicongliinfermieri.org** dove sono previste tutte le principali forme di pagamento elettronico. Altrimenti, si può donare utilizzando questo IBAN: IT91P0326803204052894671510 (Banca Sella) intestato a *Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche* usando come causale: Fondo di solidarietà NOI CON GLI INFERMIERI.

La lettera aperta degli infermieri al Governo e alle Regioni

Intanto, già per questa "fase 2", a nome di tutti gli infermieri italiani, la FNOPI ha inviato una lettera a **Giuseppe Conte**, presidente del Consiglio, a **Roberto Speranza**, ministro della Salute e a **Stefano Bonaccini**, presidente delle Regioni.

Una lettera che spiega, in otto punti, la necessità di ristabilire equità, multidisciplinarietà e giustizia dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro, anche a favore di quei servizi che, proprio nell'emergenza, si sono dimostrati più carenti - se non inesistenti - come il territorio.

La categoria infermieristica percepisce stipendi medi da 1.400 euro al mese e ha difficoltà nel fare carriera per blocchi legati ad antichi e ormai obsoleti retaggi. Ma ora tutti sanno cosa sono, cosa fanno e quanto valgono davvero gli infermieri: tutti ne hanno toccato la professionalità, la disponibilità e la vicinanza.

Per questo, la lettera contiene otto richieste degli infermieri per un futuro migliore, una volta usciti dall'impasse di questi mesi d'emergenza.

Per poter assistere chi ha bisogno nel modo più professionale possibile. Specie sul territorio.

Tutti gli OPI nazionali supporteranno le istituzioni per realizzare queste richieste nel modo migliore e più rapido possibile, per ridisegnare un SSN pubblico e pri-

vato, efficiente e preparato. Oggi, solo la volontarietà e la professionalità degli infermieri hanno davvero fatto la differenza: non si tratta di eroi, ma di professionisti che credono nel proprio lavoro. Ecco, nel dettaglio, le richieste:

1. Un'area contrattuale infermieristica che riconosca peculiarità, competenza e indispensabilità ormai evidenti di una categoria che rappresenta oltre il 41% delle forze del Ssn e oltre il 61% degli organici delle professioni sanitarie.

2. Un'indennità infermieristica che, al pari di quella già riconosciuta per altre professioni sanitarie della dirigenza, sia parte del trattamento economico fondamentale, non "una tantum" e riconosca e valorizzi sul piano economico le profonde differenze rispetto alle altre professioni, sempre esistite, ma rese evidenti proprio da COVID-19.

3. Garanzie sull'adeguamento dei fondi contrattuali e possibilità di un loro utilizzo per un'indennità specifica e dignitosa per tutti i professionisti che assistono pazienti con un rischio infettivo.

4. Garanzie di un adeguamento della normativa sul riconoscimento della malattia professionale in caso di infezione con o senza esiti temporanei o permanenti.

5. Immediato adeguamento delle dotazioni organiche con l'aggiornamento altrettanto immediato della programmazione degli accessi universitari: gli infermieri non bastano, ne mancano 53mila ma gli atenei puntano ogni anno al ribasso.

6. Aggiornamento della normativa sull'accesso alla direzione delle aziende di servizi alla persona: siamo sul territorio, dove l'emergenza ha dimostrato che non è possibile prescindere da una competenza sanitaria di tipo assistenziale a garanzia degli ospiti. Come nelle RSA, ad esempio, dove sono stati destinati proprio infermieri del contingente dei 500 volontari scelti dalla Protezione Civile, ma anche a domicilio con cronici, anziani, non autosufficienti e così via.

7. Dare anche agli infermieri pubblici un'intramoenia infermieristica già scritta anche in alcuni Ddl fermi in Parlamento che gli consenta di prestare attività professionale a favore di strutture sociosanitarie (RSA, case di riposo, strutture residenziali, riabilitative...), per far fronte alla gravissima carenza di personale infermieristico di queste strutture. Applicando anche nel caso la legge 1 del 2002 (di 18 anni fa quindi) che prevedeva prestazioni aggiuntive e possibilità che altro non sono se non il richiamo in servizio di pensionati e contratti a tempo determinato utilizzati "una tantum" (ma indispensabili a quanto pare) per COVID-19.

8. Tutte le novità chieste per il servizio pubblico dovranno servire anche per accreditare e autorizzare le strutture private dove dovranno essere inserite e previste a tale scopo.

L'assistenza sul territorio con l'Infermiere di Famiglia e di Comunità

Nel Patto per la Salute 2019-2021, approvato in Stato- Regioni a fine 2019 (ma non applicato per la pandemia), ci sono già parte delle soluzioni per questa "Fase 2" dell'emergenza COVID-19. Non servono nuove leggi e nuove programmazioni.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), ad esempio, (figura introdotta nel 2000 dall'OMS, che, in Italia, esiste solo in poche realtà) rappresenta un punto di riferimento preciso per qualsiasi necessità assistenziale alternativa all'ospedale. Dove è già attivo, infatti, le risposte tempestive alle esigenze della popolazione fanno sì che al Pronto Soccorso ci si rivolga in modo più appropriato e che si sia ridotto il tasso di ospedalizzazione del 10%. Non a caso, anche per l'emergenza COVID-19, nelle regioni dove l'IFeC è già a pieno regime, si sono ottenuti riscontri migliori in termini di salute per i cittadini. Viceversa, a quei pazienti non-Covid ma cronici e/o non autosufficienti, in questa fase emergenziale, non sono stati garantiti tutti quei servizi socio-sanitari territoriali (a partire da quelli domiciliari) fondamentali per la prevenzione e gestione delle complicanze. E la prospettiva, in assenza di interventi immediati, rischia di peggiorare. L'IFeC, invece, è garanzia anche di questa continuità assistenziale: se tale figura fosse già stata istituita ovunque, avremmo avuto una rete adeguata per gran parte delle funzioni assegnate alle USCA per COVID-19 che, ad ogni buon conto, dovrebbero essere formalizzate già come micro équipe medico-infermieristiche, un concetto fondamentale da perseguire per l'emergenza. L'IFeC può rappresentare una soluzione anche per l'assistenza nelle "aree interne" (ovvero, oltre 1/3 del territorio italiano e in quelle spopolate, prive di supporti sociali e, più in generale, di servizi pubblici).

La forte presenza dell'Infermieristica di famiglia e comunità (che lavora con la medicina generale) riduce i tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale, con un importante recupero di ore da dedicare ad attività ad alta integrazione sociosanitaria. Senza dimenticare la promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino, verso una dimensione che migliora la qualità di vita delle persone.

Durante la pandemia, i turni degli organici infermieristici, ormai all'osso, sono stati anche di oltre 12 ore: l'IFeC è necessario. Ma, per rispondere ai bisogni di salute degli oltre 24 milioni di cittadini con patologie croniche o non autosufficienti, senza considerare le Regioni in cui è presente un maggior numero di anziani e fragili, la Federazione nazionale stima ne servano circa 30mila da integrare agli infermieri già esistenti nel SSN.

Infermieri di famiglia/comunità: quanti ne servono (stima su popolazione)		
Regioni	Stima fabbisogno infermieri famiglia/comunità	Fabbisogno immediato Fase 2 COVID-19 (50%)
Abruzzo	479	240
Basilicata	207	104
Calabria	687	343
Campania	1.925	962
Emilia Romagna	1.651	826
Friuli Venezia Giulia	462	231
Lazio	1.999	1.000
Liguria	628	314
Lombardia	3.487	1.744
Marche	528	264
Molise	116	58
Piemonte	1.642	821
Puglia	1.409	705
Sardegna	595	298
Sicilia	1.733	867
Toscana	1.386	693
Trentino Alto Adige	357	179
Umbria	331	166
Valle d'Aosta	46	23
Veneto	1.743	872
Italia	21.414	10.707

Stima Centro studi Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche

Il Manifesto deontologico degli infermieri per i cittadini

A un anno dall'approvazione del nuovo Codice Deontologico degli infermieri, e in concomitanza con l'attuale pandemia, la FNOPI ha messo a punto un "Manifesto deontologico" perché: *"in un momento di difficoltà estrema... crediamo che le qualità professionali e deontologiche degli infermieri possano e debbano essere portate in primo piano, praticate, comunicate ai cittadini"*.

Il racconto dell'eroismo dei professionisti della sanità oggi così presente su giornali, radio e tv, domani potrebbe assumere contorni sfocati, pertanto:

"...Bisogna allora investire per far diventare permanente la percezione sociale del ruolo dell'infermiere, fatta anche del contenuto etico della professione".

Ecco le 11 "nuove" regole deontologiche.

1. È indispensabile essere socialmente presenti e attivi, diffondere le corrette conoscenze, far comprendere che la salute non è questione riducibile all'emergenza, ma viene da molto prima e si proietta nel futuro.

2. Conoscenze scientifiche: indispensabili come strumento per la vita delle persone. La riorganizzazione delle attività, dei reparti, dei percorsi, la redistribuzione del personale, deve acquisire velocemente competenze nuove o approfondire quelle già possedute.

3. Relazione di cura. In questo periodo, c'è una scarsa possibilità di conoscere chi è assistito per instaurare un rapporto di fiducia che però diventa patrimonio dell'essere professionista. Essere riconosciuti passa dagli sguardi e dalle mani, dall'esserci e dal gesto di cura, il tempo che gli infermieri passano con chi assistono non è basato sulla quantità e sull'intenzionalità: assistiti e familiari vedono e sentono che non sono lasciati in abbandono.

4. Percorso di cura: sguardi pieni di domande e domande piene di paure. Questo è lo scenario con cui oggi l'infermiere si rapporta con i suoi assi-

stiti e spesso anche con i colleghi. Accogliere queste emozioni è una componente fondamentale nel percorso di cura, dove l'epidemia ha tolto certezze. Il costo dell'ascolto si mitiga con il risultato di benessere per chi ha a fianco l'infermiere. Fare tutto il possibile sempre: è quanto richiesto agli infermieri che sapranno quando e dove, nel caso, cercare sostegno.

5. Informazione: per l'équipe è complesso assolvere al dovere di garantire le informazioni necessarie. Sono difficoltà in più, da affrontare, con motivazione, anche quando le comunicazioni sono drammatiche.

L'infermiere si assicura che l'interessato o la persona di riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive.

6. Riservatezza: si tutela non solo nelle carte, ma anche negli spazi, nella massima considerazione possibile, nelle condizioni delle esigenze quotidiane.

7. Comunicazione scientifica ed etica: l'infermiere può essere un esempio personale di prudenza e correttezza oltre che diventare un riferimento per i cittadini, nella loro esigenza di essere informati correttamente.

8. Dolore e palliazione: l'attenzione in COVID-19 si fa necessariamente alta e

l'infermiere è l'interlocutore essenziale delle persone assistite, per garantire quel sollievo ancora così difficile da ottenere.

9. Organizzazione e formazione: riorganizzazione dei percorsi e formazione del personale rispetto all'area intensiva e al rischio infettivo sono di matrice infermieristica. L'adozione di protocolli operativi a tutela di équipe e persone, che possano essere riprodotti in sicurezza, sono un dovere professionale: l'apporto clinico, consulenziale e organizzativo vede la professione infermieristica lucida e competente, come parte integrante e proattiva del sistema.

10. Documentazione clinica: l'infermiere ne è responsabile anche nelle condizioni estreme perché nella documentazione clinica ci sono l'esperienza della persona assistita e quella maturata dagli operatori e dalle strutture.

11. Linee guida e buone pratiche: il rispetto dei criteri scientifici di approccio alle cure, la valorizzazione della migliore esperienza per aggiornarli, con consapevolezza, competenza, dinamismo, sguardo fermo sul bene delle persone assistite e della collettività.

L'infermiere vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.



"C'eravamo ieri. Ci siamo oggi. Ci saremo domani"

La nostra Giornata internazionale dell'Infermiere

"C'eravamo ieri. Ci siamo oggi. Ci saremo domani. Il Mondo ha bisogno di noi. Noi ci siamo, SEMPRE. Supererò si nasce, Infermieri si diventa". Con queste parole, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma ha voluto sintetizzare il proprio ruolo e quello di tutti i colleghi infermieri nel mondo nel giorno del proprio "compleanno".

Il 12 maggio, infatti, è la Giornata internazionale dell'Infermiere e, da qualche anno, gli infermieri laziali (di concerto con il consiglio direttivo di OPI Roma) avevano preso a celebrarlo in piazza, con i Gazebo della salute, al fianco di quei cittadini che aiutano e di cui, quotidianamente, alleviano le sofferenze. Sin dal 2016, infatti, la Capitale e tutta la provincia ha accolto questo gioioso "esercito" che, in collaborazione con numerose Aziende sanitarie e ospedaliere, e di concerto con le quattro Università romane, sono stati un punto di riferimento per quanti (turisti compresi) si sono soffermati ai loro Gazebo per parlare di prevenzione, informazione sanitaria e salute. Instaurando, fuori dagli ospedali e dai luoghi consueti, un contatto diretto tra persone e professionisti dell'assistenza. Quest'anno, però, il COVID-19 è interve-



nuto a sparigliare le carte, imponendo uno stop a queste felici iniziative. Tuttavia, le proposte celebrative ad opera degli infermieri del Lazio per questo particolare 12 maggio sono state di indubbio impatto, pur nel più rigoroso rispetto delle misure cautelari volute dal ministero della Salute. Senza dimenticare il web, che garantisce il massimo della distanza fisica per la più stretta vicinanza comunicativa. È proprio sulla "rete", infatti, che il gruppo dirigente di OPI Roma ha puntato per questo 2020, affidando ai suoi giovani (OPI giovani, appunto, capitanato dal consigliere **Francesco Scerbo**) la realizzazione di un video a più voci da diffondere sui propri canali social in occasione della Giornata internazionale

dell'Infermiere.

Sulle note della canzone di Marco Mengoni, "Credo negli esseri umani", le testimonianze di tanti infermieri (anche liberi professionisti) che, ognuno a suo modo e nel particolare settore di appartenenza, ha affrontato e vissuto in prima linea la drammatica esperienza legata all'emergenza coronavirus.

Senza sottacere del manifesto voluto da OPI di Roma e diffuso in tutti i principali ospedali, Rsa, ambulatori, atenei di Roma e provincia con le importanti parole utilizzate. La locandina, che riprende i colori del logo della Federazione delle Professioni Infermieristiche-FNOPI (verde e rosso su sfondo bianco) e che, in occasione delle celebrazioni per il Bicentenario della nascita di Florence Nightingale,



vede in sovrapposizione la figura di un'infermiera a metà tra quest'ultima e un'infermiera moderna, recita così.

"Siamo i professionisti sanitari più numerosi. Siamo le figure che più mancano al Servizio Sanitario. Siamo una grande famiglia che accetta le nuove sfide. Siamo consapevoli di essere i protagonisti dell'assistenza. Siamo pronti a spendere le nostre competenze per il bene comune. Siamo impegnati in prima linea in una battaglia molto dura. Siamo orgogliosi di come il mondo ammira ciò che stiamo facendo. Siamo infermieri con la testa e con il cuore. Siamo sempre dalla parte di chi soffre.

Il mondo ha bisogno di noi.

E noi ci siamo. Sempre".

Rispetto alle singole iniziative, al Policlinico Tor Vergata la Giornata Internazionale dell'Infermiere è stata al centro di diversi eventi volti a valorizzare la competenza e l'impegno dei professionisti sanitari. La Galleria del Policlinico è diventata, per l'occasione, uno spazio espositivo per le principali attività di cura autonome della professione (gruppo gestione accessi vascolari, ambulatorio infermieristico, stoma care, wound care, procurement organi e tessuti, etc.), con un particolare riguardo all'educazione sanitaria. Qui, sono stati posizionati pannelli tematici con immagini, testimonianze e fotografie che caratterizzano la professione e che, in questo periodo, testimoniano l'operato di chi è ogni giorno vicino ai pazienti.

Momento clou, la consegna di una targa celebrativa di ringraziamento e riconoscimento a 14 infermieri del Policlinico (uno per ogni diversa area clinica) che si sono contraddistinti



Sili, Frittelli, Pulimeno

per l'operato e lo spirito di abnegazione, da parte del Commissario Straordinario di Tor Vergata, **Tiziana Frittelli**, del Dirigente delle Professioni Sanitarie, **Alessandro Sili**, e della Presidente OPI di Roma, **Ausilia Pulimeno**. Questo, senza dimenticare la performance della violinista Fiamma Flavia Paolucci ed il video "Rap dell'infermiere" composto ed interpretato da Luca Mascini (alias, Militant A, cantante di Assalti Frontali). "Spero che questo giorno sia l'inizio del tanto decantato futuro migliore di cui il nostro Sistema Sanitario ha bisogno", ha commentato Alessandro Sili. "I colleghi premiati sono l'emblema stesso della nostra professione, di un infermiere che sa impegnarsi ed evolversi, ponendosi continuamente nuovi traguardi - ha detto la presidente Pulimeno -. Il livello di



eccellenza dell'Infermieristica romana e italiana, oggi più che mai apprezzata in patria, è riconosciuta in tutto il mondo. Siamo orgogliosi di questi colleghi e della prova corale che gli infermieri hanno saputo esprimere durante questa terribile pandemia, anche al prezzo di sacrifici e, purtroppo, di vite umane. Anzi, è proprio pensando a chi non ce l'ha fatta che avvertiamo forte il dovere di proseguire nel nostro cammino di crescita professionale e umana".



Il Ministro Speranza: "La vostra è una professione essenziale per il Ssn"

Per il 12 maggio 2020, Giornata internazionale dell'Infermiere e clou dell'Anno dell'infermiere proclamato dall'OMS, il Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha inviato un messaggio di augurio e di apprezzamento a tutti gli infermieri, riconoscendone pienamente la fatica e l'abnegazione.

"Nella prova durissima che l'Italia si è tro-

vata ad affrontare - ha scritto il Ministro nella lettera inviata alla Federazione nazionale degli Ordini Professioni Infermieristiche, FNOPI - l'impegno speso per vincere questa sfida ha assunto il volto degli infermieri che, insieme ai medici e agli altri professionisti e operatori sanitari, abbiamo visto in prima linea nei giorni più drammatici". "Il volto di una professione e della

storia che celebriamo oggi - prosegue il Ministro - è sinonimo di vocazione al servizio degli altri. Il vostro lavoro, da sempre essenziale al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, mai come in questa stagione ha rivestito, e rivestirà sempre di più, un ruolo fondamentale nei servizi sul territorio, negli ospedali, ma anche a domicilio, nel contatto stretto con le famiglie. Il vostro lavoro va sostenuto - conclude Speranza - con un impegno altrettanto concreto da parte dello Stato per una tutela forte del diritto costituzionale alla salute". "Ringraziamo il Ministro per le sue parole - ha commentato la presidente FNOPI, Mangiacavalli - e gli assicuriamo che gli infermieri, come è stato da sempre e sempre sarà in futuro, avranno come primo obiettivo del loro agire la salute degli assistiti e il soddisfacimento pieno dei loro bisogni. Soprattutto sul territorio, dove le esigenze sono spesso più forti e continue".



Una t-shirt celebrativa per aiutare infermieri e detenuti

In occasione dell'evento allo Spallanzani, è stata presentata anche la t-shirt celebrativa che l'associazione Made in Jail, in collaborazione e con il patrocinio di Aniasi (Associazione nazionale Infermieri di Area Critica) e la FNOPI, hanno creato per il Bicentenario della nascita di Nightingale. Soprattutto, un'iniziativa di solidarietà, visto che dal 12 maggio e per tutto l'anno, il suo acquisto contribuirà a finanziare (al 50%) sia il fondo di solidarietà "Noi Con Gli Infermieri" istituito dalla Federazione, che le attività di formazione di Made in Jail (che si occupa di offrire ai detenuti ed ex detenuti un'opportunità di formazione al lavoro e di riscatto socio-culturale tramite corsi di serigrafia nei principali istituti penitenziari d'Italia). L'illustrazione della t-shirt è stata realizzata gratuitamente dal disegnatore Francesco Marasco e proposta dal gruppo Numidio. L'emergenza COVID-19 ha colpito sia gli infermieri che la popolazione carceraria in modo particolare: è possibile prenotare ed acquistare la "maglietta solidale" dal sito web www.madeinjail.com o attraverso il portale www.noicongliinfermieri.org



Romigi (Vicepresidente Aniasi), Pulimeno (Presidente OPI Roma), Branca (Direttore Generale Spallanzani), De Angelis (Dirigente delle Professioni Sanitarie Spallanzani)



Regno Unito e Italia commemorano Florence Nightingale illuminando la facciata dell'INMI Spallanzani di Roma

La sera del 12 maggio, *happening* commemorativo in onore di Florence Nightingale dell'Ambasciata Britannica di Roma, in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), l'INMI Spallanzani di Roma, il Florence Nightingale Museum di Londra e l'ospedale St. Thomas and Guy's di Londra (dove è stato curato anche il premier Boris Johnson), con l'illuminazione della facciata dell'Istituto capitolino, simbolo della lotta al COVID-19.

Quello allo Spallanzani è stato il momento finale di un percorso di celebrazioni in onore del bicentenario della nascita della fondatrice dell'Infermeristica moderna: una commemorazione toccante, con proiezioni create *ad hoc* e il messaggio "Our nation thanks those who nurse. Grazie infermieri", per non dimenticare gli operatori sanitari e omaggiarli proprio nella loro Giornata. L'evento è avvenuto in simultanea con Londra, presso l'ospedale St. Thomas and Guy's e The houses of Parliament: gli edifici sono stati illuminati nello stesso momento (21 ora italiana) con una grafica di 15 metri per 10 di Nightingale. Nel ricordo della "Signora della lampada", la commemorazione in via Portuense ha celebrato il personale sa-

nitario che lei continua ad ispirare, specie ora. L'eredità di Florence, infatti, oggi è quanto mai attuale: l'importanza di una buona igiene, di lavare le mani spesso e una pratica migliore nelle cure.

Pioniera della sanità basata sulla Statistica e prima donna a far parte della Società reale di questa materia. Assai legata all'Italia in cui nacque e con cui ha continuato a collaborare, proprio come ha sottolineato **Jill Morris**, ambasciatore britannico in Italia: "Florence Nightingale era nota per il suo affetto di lunga data per il vostro Paese. Un affetto indubbiamente ricambiato, vista anche l'energia investita in questo progetto comune".



La pandemia da COVID-19 tiene banco sui media nazionali Ma finalmente s'intravede una luce in fondo al tunnel

L'anno internazionale dell'infermiere proclamato dall'Oms inizia tra buone e cattive notizie: un colpo al precariato e il lavoro in trincea senza sicurezza.

24 ORE Il Sole 24 Ore (2/1/20) titola "Dagli ospedali agli enti locali: stabilizzazioni in arrivo". E spiega che nel bacino della riforma Madia entrano 32.000 tra infermieri e medici. "In particolare si estende la possibilità per le amministrazioni di assumere a tempo indeterminato fino al 31 dicembre 2022. Il termine entro cui i lavoratori - in questo caso medici e personale sanitario - devono aver maturato almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, è quello del 31 dicembre 2019. Secondo i calcoli del ministero della Salute si tratta di una platea di 32mila operatori tra medici e infermieri".

la Repubblica Sul fronte della sicurezza del personale sanitario, invece, le cose non migliorano affatto. **La Repubblica** (3/1/20) titola "Medici, torna l'incubo aggressioni. E a Napoli telecamere sulle ambulanze". Si legge: "Una dottoressa di pronto soccorso presa a bottigliate in faccia da un paziente, una ambulanza del 118 colpita da una "cipolla" di Capodanno e lo scoppio che provoca danni all'udito del medico in servizio. La doppia aggressione ai camici bianchi a cavallo tra il 31 dicembre e il primo giorno del nuovo anno a Napoli, fa riesplodere la polemica su quello che non è stato fatto e quello che si potrebbe fare per tutelare il personale sanitario al servizio dei cittadini".

Risponde a stretto giro il ministro Speranza con un'intervista a **La Repubblica** (5/1/20) dal titolo "Speranza: Pene più dure contro la violenza in ospedale. Legge subito o farò un decreto".

CORRIERE DELLA SERA Intanto, nel Bergamasco scoppia l'allarme meningite. Il **Corriere della Sera** (6/1/20) è esplicito: "Meningite, panico e code per i vaccini". Il servizio riferisce: "Cinque casi di meningite (due morti) in provincia di Bergamo, nella zona del lago d'Isèo. Grave un 16enne originario di Castelli Calepio. Dopo la morte della madre di 48 anni residente a Taveola, presi d'assalto gli ambulatori e le farmacie alla ricerca dei vaccini. Chiesto l'intervento di protezione civile e forze dell'ordine". L'allarme è diffuso e coinvolge in prima battuta il personale sanitario delle zone interessate. I media lo sottolineano e i social network fanno il resto, tra notizie vere e fake news. Una sorta di inconsapevole prova generale per ciò che accadrà di lì a poche settimane con la psicosi collettiva da coronavirus.

LA STAMPA Tra le prime avvisaglie del nuovo virus destinato a tenere tutto il mondo con il fiato sospeso un articolo pubblicato da **La Stampa** (8/1/20): "La polmonite senza nome spaventa la Cina". Si legge: "Il 2020 si apre con venti di guerra e una «polmonite virale nuova di zecca» che sta inquietando la Cina. Lo sconosciuto virus che in pochi giorni, a partire da Capodanno, ha già infettato una sessantina di persone nella città di Wuhan, undici milioni di abitanti, nella Cina centrale, non ha ancora un nome". Ce l'avrà presto: Covid-19. È ancora presto tuttavia perché il caso diventi mediatico. Per ora ci si concentra su un altro virus, quello dell'influenza stagionale.



Avvenire (8/1/20) titola "Influenza, il picco è atteso per la fine di gennaio". "Anche se il picco dell'influenza è atteso per la fine di gennaio e i primi di febbraio - si legge - durante le feste i virus si sono manifestati con tutta la loro forza e hanno colpito e spaventato soprattutto anziani e bambini che si sono rivolti in gran numero ai pronto soccorso cittadini".

la Repubblica Nel frattempo, la sanità laziale mostra segni di ripresa. **La Repubblica** (8/1/20) riferisce: "Lazio premiato con 10 punti nell'assistenza". L'articolo spiega: "Il sistema sanitario del Lazio ha ottenuto nella griglia Lea, i Livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario, 190 punti. Ed è la Regione che ha ottenuto il maggior incremento. Dieci punti in più rispetto all'anno precedente. Lo annuncia l'assessore regionale alla sanità Alessio D'Amato. «L'aumento di 10 punti del Lazio - assicura D'Amato - è dovuto soprattutto all'aumento della prevenzione. La prossima sfida che abbiamo davanti come sistema sanitario è ora quella di migliorare e potenziare l'assistenza territoriale»".

IL TEMPO Un titolo che fa sensazione lo inventa **Il Tempo** (10/1/20): "Scoppia il caso delle divise «osé» per le infermiere". Il quotidiano romano scrive: "I nuovi camici bocciati dalle operatrici «Troppo scollati, aderenti, trasparenti e il tessuto fa pure venire le bolle». Trasparenti, scol-lacciate e «dopo il lavaggio si restringono, diventando aderenti come i leggings». Così, le infermiere, bocciano le nuove divise già in uso in 8 Asl e 4 aziende ospedaliere del Lazio, dove il personale sanitario è composto per il 70% da donne e le nuove divise «creano momenti d'imbarazzo per le operatrici sanitarie, alle prese anche con inedite abbondanti scollature»". Si capirà presto, però, che la notizia è una bufala. Le divise in questione non sono affatto osé e lo "scoop" finisce lì.

24 ORE Il Sole 24 Ore (14/1/20) riferisce del Patto per la salute titolando "Servizio sanitario: servono 20mila infermieri di famiglia per assistere anziani e cronici". Il servizio spiega: "Il Patto salute introduce la figura a fianco dei medici: lavoreranno negli studi e nelle strutture per assistere pazienti fragili e non autosufficienti promuovendo anche gli stili di vita. Saranno loro ad assistere da vicino i pazienti alleggerendo il carico per gli ospedali".

E a proposito di sanità territoriale **Avvenire** (15/1/20) titola "Zingaretti propone l'infermiere di condominio per assistere i soggetti socialmente più fragili". Si legge: "La proposta dell'introduzione della figura dell'infermiere di comunità e condominio per assistere i soggetti più fragili, contenuta all'interno del piano per l'Italia lanciato da Nicola Zingaretti, non è una novità assoluta. L'idea infatti ricorda, solo per citare l'ultimo caso in termini di tempo, il ruolo dell'infermiere di parrocchia contenuto nell'intesa firmata tra la Gei e la Asl Roma 1 per un progetto di durata quinquennale".

Libero Le aggressioni contro il personale sanitario non cessano. **Libero** (18/1/20) titola "Il paziente muore e i parenti picchiano medico e infermiere". Il fatto a Salerno. "Ancora un'aggressione ai danni di operatori sanitari in Campania, per quello che sta diventando un fenomeno davvero preoccupante. Un medico e un infermiere dell'azienda ospedaliero-universitaria di Salerno sono stati aggrediti da due familiari di un paziente nei minuti successivi al decesso di quest'ultimo".

LA STAMPA Ormai, però, la scena mediatica è tutta per il coronavirus che irrompe prepotentemente. **La Stampa** (19/1/20) titola "Virus misterioso, cresce l'allarme: «Fino a 1700 casi di infezione»". Il servizio spiega: "Il conto dei casi confermati è salito a 60, ma le persone infettate dal «virus misterioso» diffuso in Cina, secondo gli esperti, sarebbero in realtà 1700".

IL MATTINO Da tutta Italia gli occhi sono puntati su Roma, sull'istituto Spallanzani. **Il Mattino** (21/1/20) scrive: "Il piano dello Spallanzani: ambulanze e stanze isolate per ricoverare i contagiati". E spiega: "All'Istituto Spallanzani, nella Capitale, sono pronti. Come centro di riferimento nazionale per questo tipo di emergenze hanno già dei posti letto disponibili per accogliere pazienti che risultassero avere contratto il virus che ha causato decine di casi di polmonite e che si è diffuso da un focolaio sviluppatosi a Wuhan, in Cina". In effetti, saranno settimane di duro lavoro.

24 ORE Le notizie sul contagio si susseguono a ritmo frenetico. La stampa non parla d'altro, mentre sui social network impazzano le notizie fai da te. Con l'inevitabile psicosi collettiva. **Il Sole 24 Ore** (23/1/20) titola "Coronavirus, stop ai trasporti. Cordone sanitario intorno a Wuhan". Si legge: "È difficile tenere il passo con la diffusione del nuovo coronavirus scoppiato nella città cinese Wuhan il mese scorso, ma una cosa appare sempre più chiara: il virus non scomparirà presto. Sono le stesse autorità cinesi ad aver ammesso che il Paese è ora nella «fase più critica» di prevenzione e controllo. Al momento il rischio di arrivo in Europa resta «moderato», ma è alta la probabilità di contagio nei Paesi asiatici".

CORRIERE DELLA SERA Invece il contagio arriva anche in Europa e in Italia, nonostante i controlli. **Il Corriere della Sera** (24/1/20) scrive: "All'aeroporto di Fiumicino monitorati tutti i passeggeri che arriveranno dal Paese asiatico". Il danno però è fatto. La psicosi è più contagiosa del virus.

la Repubblica **La Repubblica** (24/1/20) titola "Panico da virus cinese, disdette nei ristoranti. «È un danno enorme». Si legge: "Da due giorni decine di persone annullano le prenotazioni per la festa di stasera. I proprietari: «Fino a due giorni fa eravamo tranquilli, poi all'improvviso tutti hanno iniziato a chiamare per disdire i tavoli prenotati per Capodanno»". Quello cinese appunto.

ItaliaOggi Interviene il ministero della Salute. **Italia Oggi** (25/1/20) scrive: "Coronavirus, per i casi sospetti ci sarà personale dedicato". E spiega: "I casi sospetti di polmonite coronavirus verranno visitati in un'area separata dagli altri pazienti e ospedalizzati in isolamento in un reparto di malattie infettive, possibilmente in una stanza singola, facendo loro indossare una mascherina chirurgica. Il numero di operatori sanitari, di familiari e di visitatori a un caso sospetto deve essere ridotto, e deve essere registrato. Il personale sanitario che accudisce tali casi dovrà, ove possibile, essere dedicato esclusivamente a questi pazienti per ridurre il rischio di trasmissione".

il Fatto Quotidiano L'epidemia avanza. **Il Fatto Quotidiano** (28/1/20) titola "L'Oms nel pallore: «Contrordine, l'epidemia è grave». Si legge: "Il documento dell'Oms del 26 gennaio è di nove pagine. Nella prima c'è una postilla al punto tre, scritta sul fondo in piccolo: l'Oms ammette di aver sbagliato la valutazione sul coronavirus; il rischio globale è 'elevato', mentre nei suoi precedenti rapporti lo definiva 'moderato'".

IL TEMPO Massima allerta anche a Roma e nel Lazio. **Il Tempo** (28/1/20) riferisce "La Regione Lazio istituisce la task force sanitaria". "Si è insediata ieri presso l'assessorato alla Sanità e l'integrazione sociosanitaria della Regione Lazio la task force del Servizio sanitario regionale per la gestione delle modalità operative sul Coronavirus successive alle indicazioni del ministero della Salute - spiega in una nota l'assessorato alla Sanità della Regione Lazio".

Ormai l'effetto è globale. **Il Tempo** (28/1/20) scrive: "L'epidemia arriva in Borsa. Listini giù in tutto il mondo". E la paura prende il sopravvento.

LA STAMPA **La Stampa** (29/1/20) titola "Mascherine esaurite a Roma e Milano". Nel servizio si legge: "È chiaro che c'è un bombardamento mediatico molto forte. Il mio messaggio al Paese è che le istituzioni stanno facendo tutto quello che è nelle loro possibilità». Risponde così il ministro della Salute, Roberto Speranza, a chi gli chiedeva un commento sulla notizia delle mascherine protettive andate esaurite nelle farmacie di Roma e Milano".

Il Messaggero Intanto, nel Lazio finisce l'era del commissariamento della sanità. **Il Messaggero** (30/1/20) scrive: "Sanità, stop commissario". "Via libera in Conferenza Stato-Regioni sul Lazio, ora si attende il passaggio in Consiglio dei ministri - si legge - Negli ospedali 1.200 assunzioni l'anno".



Collegio Provinciale SPASVI di Roma

L'Opi di Roma interviene con un comunicato stampa in cui esprime soddisfazione per l'annunciata uscita dal regime di commissariamento della sanità regionale e aggiunge: "Puntiamo ora su una riorganizzazione complessiva dei modelli assistenziali per offrire servizi più efficienti ai cittadini e rispondere così alla crescente domanda di salute".

Il Messaggero Ma è sempre il coronavirus a tenere banco. **Il Messaggero** (31/1/20) riferisce: "Virus, due casi a Roma. Bloccati i voli con la Cina". E spiega: "Coppia di turisti cinesi ricoverata allo Spallanzani, sigillata la stanza dell'hotel. Il governo pronto a misure rigorose: subito interrotti tutti i voli aerei da e per la Cina. Conte: piano con la Protezione civile".

la Repubblica **La Repubblica** (1/2/20) scrive: "Tutti gli ospedali in prima linea: dal triage separato ai nuovi test".

Il Sole 24 Ore **Il Sole 24 Ore** (1/2/20) aggiunge: "Borrelli commissario all'emergenza". E

spiega: "La nomina del commissario straordinario arriva dopo la dichiarazione di stato di emergenza di sei mesi a causa dei due casi conclamati in Italia".

IL SECOLO XIX Sui media c'è spazio anche per l'eccellenza sanitaria italiana. **Il Secolo XIX** (3/2/20) titola "Scienziate italiane isolano il virus. Ora sarà più facile trovare il vaccino". "L'identikit del virus straniero prende la sua forma definitiva nel laboratorio di virologia venerdì sera - si legge - dopo l'arrivo all'Istituto Spallanzani di Roma dei pazienti zero: è una coppia di turisti cinesi provenienti da Wuhan epicentro dell'epidemia, che ha accusato i sintomi della malattia mentre è ospite di un albergo a poche centinaia di metri dal Colosseo. Nasce così la scoperta del team di donne scienziate che in Italia hanno individuato il virus".

Gli infermieri in prima linea nella lotta al Covid-19, con il loro pesante contributo di vite, diventano eroi nazionali. I titoli sugli "angeli in corsia" non si contano. I media italiani scoprono finalmente di che pasta sono fatti i tanto bistrattati infermieri. Le storie, le difficoltà, i sentimenti, tutto viene scandagliato in lungo e in largo dalla stampa.

Pochi altri argomenti trovano spazio sui giornali, in tv, sui siti d'informazione. Tra questi, il concorso per infermieri all'ospedale Sant'Andrea di Roma.

IL TEMPO **Il Tempo** (15/2/20) titola "Al via la carica dei mille infermieri". L'articolo spiega: "La Regione ha finalmente dato il via libera alla carica dei mille infermieri da assumere negli ospedali del Lazio, dove ne mancano ben 5806 secondo le stime della Federazione nazionale. Ieri l'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato, ha annunciato che, «con la determina n 1259 del 12/02/2020 sono state autorizzate le Aziende sanitarie a utilizzare la graduatoria dell'Azienda Sant'Andrea per 258 vincitori e per ulteriori 782 idonei per un totale di 1.040 unità infermieristiche. Pertanto il sistema sanitario regionale potrà contare, oltre ai vincitori del concorso, di ulteriori 782 unità di idonei in graduatoria per l'annualità in corso. La graduatoria rimarrà vigente per i prossimi 3 anni e sarà utilizzata per soddisfare il fabbisogno delle aziende sanitarie".



Collegio Provinciale SPASVI di Roma

In un comunicato stampa diramato agli organi d'informazione, **l'Opi di Roma** lo definisce "Un passo importante nella giusta direzione, quella del rafforzamento degli organici infermieristici delle aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del Lazio". Ma aggiunge: "Confidiamo ora che le Aziende sanitarie e ospeda-

liere di Roma e del resto della regione attingano rapidamente alla graduatoria del Sant'Andrea per colmare i vuoti che il perdurante blocco del turnover di questi anni ha prodotto". Intanto, il Sars Cov-2 fa la sua prima vittima in Europa, a Parigi.

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (16/2/20) titola "Virus, primo morto in Francia". Nel servizio si legge: "Mentre il conteggio dei morti per l'epidemia di Covid-19 nel mondo sale a più di 1.500, l'Europa registra il primo decesso all'interno dei suoi confini: un turista cinese di 80 anni, arrivato in Francia il 16 gennaio e ricoverato dal 25 gennaio all'ospedale parigino di Bichat. L'uomo proveniva dall'Hubei, la provincia più colpita dal nuovo coronavirus. Nello stesso ospedale è stata ricoverata anche la figlia, che però, secondo i medici, sarebbe fuori pericolo. La ministra della Salute, Agnès Buzyn, non ha nascosto i suoi timori ai cittadini: «Si dovrà stabilire come far fronte a un'eventuale diffusione pandemica del virus sul territorio nazionale». Parole che oggi suonano come profetiche. Proprio come quelle dell'intervista alla virologa Ilaria Capua pubblicate lo stesso giorno dal **Corriere della Sera** con il titolo "Africa a rischio. Questo morbo girerà il mondo".

la Repubblica Un barlume di speranza si accende per l'assistenza domiciliare dei malati gravi. **La Repubblica** (18/2/20) scrive "Assistenza in casa, nuovo decreto: «Nessun taglio e più fondi». Nell'articolo si legge: "Firmato ieri il nuovo decreto sull'assistenza domiciliare per i malati gravi e gravissimi (...). È stato anche costituito un tavolo tecnico che prenderà il via nei prossimi giorni con le Asl, le direzioni regionali, le organizzazioni sindacali, i rappresentanti di medici, di infermieri, ma soprattutto delle associazioni dei pazienti". L'assessore alla sanità Alessio D'Amato assicura: «non c'è alcuna riduzione di ore o di assistenza rispetto al passato». Ma anzi: ci sarà un sostanzioso investimento, «nel prossimo triennio, di 55 milioni di euro in più per migliorare la qualità del servizio e la copertura". Per la vicenda delle graduatorie dei concorsi qualcosa si muove.

LA NOTIZIA Stavolta in ambito parlamentare. Lo riferisce **La Notizia** (21/2/20) con il titolo "Sanità, nuove speranze per i vincitori di concorso". Il servizio spiega: "Un importante traguardo che può segnare un punto di svolta sia per i lavoratori precari della sanità pubblica sia per gli idonei non vincitori di concorso pubblico. Dopo una lunga battaglia portata avanti in Parlamento

dalla deputata M5S Stefania Mammi, ieri a Montecitorio è stato approvato l'ordine del giorno, presentato dalla stessa Mammi, che ha lo scopo di inquadrare la questione delle graduatorie per i concorsi nella sanità pubblica e aprire un tavolo di convergenza per trovare una soluzione che tuteli i diritti degli idonei ai concorsi, ma che dia anche una risposta ai tanti precari".

IL TEMPO Il Tempo (21/2/20) rilancia l'allarme per gli organici del policlinico Umberto I ridotti al lumicino. Il titolo: "Umberto I a rischio paralisi". Il sottotitolo: "La denuncia della Cisl: siamo senza infermieri, operatori socio sanitari e medici. E gli straordinari non risolvono". Si legge: "Le sirene sono mute, ma stavolta l'emergenza è rappresentata proprio da quelle luci spente: 4 ambulanze, acquistate per 400 mila euro, sono ferme da mesi, parcheggiate davanti ai padiglioni dell'Umberto I per mancanza di personale. Una carenza che al policlinico tiene fermi anche 3 reparti e rischia di paralizzare l'intero nosocomio".

Il Messaggero Sul fronte giudiziario, invece, tiene banco il caso dell'ospedale Grassi, che fa molto rumore. Un'inchiesta di cui giornali, tv e siti d'informazione si occupano diffusamente. **Il Messaggero** (22/2/20) titola "Ostia, analisi gratis per parenti e amici. Scandalo in ospedale". E riferisce che ci sono 140 indagati. L'articolo ricostruisce i fatti: "Stavolta il malaffare è stato scoperto per una vendetta tra moglie e marito: lei fa l'infermiera all'ospedale Grassi di Ostia e lui l'ha denunciata per dispetto. Dalle indagini avviate è emerso che un quarto del personale sanitario dell'ospedale (140 tra infermieri, tecnici e medici) effettuava esami clinici gratis per amici e parenti".

LA STAMPA Ma ormai l'emergenza Covid-19 inghiotte tutta l'attenzione dei media. La prima vittima italiana fa esplodere quella che qualcuno subito battezza "infodemia". **La Stampa** (22/2/20) annuncia: "Coronavirus, primo morto in Italia". Si legge: "È un 78enne di Padova. Quindici casi in Lombardia. Grave un uomo contaminato dall'amico senza sintomi. Altro caso in Veneto. Gravissimo un 38enne a Codogno. Positiva anche la moglie incinta". È solo il primo bollettino di una lunga serie che impegnerà per i mesi successivi la stampa italiana. Si legge ancora: "Il ministro Speranza: «Scuole e imprese chiuse in tutta l'area interessata». Dieci i Comuni isolati. L'ansia dei cittadini: «Ora abbiamo paura». Mascherine già introvabili alle 10 del mattino e farmacie prese d'assalto".

LA STAMPA L'Italia ha paura e la pressione sul personale sanitario è fortissima.

Tanti i titoli a rimarcarla. Come quello de **La Stampa** (23/2/20) "Medici e infermieri in trincea: turni infiniti, stress e paura".

il Giornale O quello de **Il Giornale** (5/3/20) "Medici, infermieri e posti letto: il massimo sforzo della sanità". Si legge: "Via all'aumento delle terapie intensive e al raddoppio di pneumologia e infettive. Più laboratori per i test". Con un'opportuna riflessione: "Ma ovviamente occorre personale". Che non c'è. E allora si cerca di correre ai ripari.

CORRIERE DELLA SERA **Il Corriere della Sera** (7/3/20) titola "Venticinque rinforzi negli ospedali". Il servizio riferisce del piano del governo: "L'assunzione di 20 mila unità nella sanità, di cui cinquemila medici specialisti, diecimila infermieri e cinquemila operatori sociosanitari".

Il Messaggero Anche Roma si misura con il nuovo coronavirus. **Il Messaggero** (7/3/20) scrive "Virus, chiudono i primi due reparti". E

spiega: "Sorgerà alla Colombara il secondo polo romano per la lotta al Covid-19, dopo lo Spallanzani. La clinica collegata al Gemelli farà fronte anche all'eventuale aumento dei contagi. E ci sono i primi due reparti chiusi per l'emergenza: al policlinico Umberto I e al San Giovanni sono stati trasferiti i pazienti da Neurologia e Cardiologia".

CORRIERE DELLA SERA Scatta il lockdown. Tutti in casa. Per la prima volta l'Italia va in quarantena. Lavorano soltanto gli operatori sanitari e gli addetti ai settori e ai servizi essenziali. Dissotterra l'ascia di guerra contro il virus anche l'Oms. **Il Corriere della Sera** (12/3/20) titola "Il verdetto dell'Oms: «È pandemia». I media si concentrano sulle mille facce dell'emergenza. Scuole chiuse, mascherine introvabili, misure economiche anticrisi, fase uno e fase due, il vaccino e i suoi tempi, le inchieste giudiziarie sulle morti nelle Rsa, le accuse incrociate tra Stato e Regioni, le polemiche politiche e gli operatori sanitari in prima linea troppo spesso senza protezioni adeguate. Proprio ai molteplici risvolti della lotta quotidiana degli infermieri alla pandemia dedichiamo il "Focus" di questo numero.

LA NOVITÀ

Zingaretti e D'Amato inaugurano RSA ad Albano per pazienti COVID

Il 12 maggio, in occasione dell'attivazione del primo modulo da 12 posti letto, il Presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**, accompagnato dall'Assessore alla Sanità, **Alessio D'Amato**, ha visitato la nuova RSA di Albano per i pazienti COVID. Ad accoglierli il direttore generale della Asl Roma 6, **Narciso Mostarda** alla presenza del sindaco di Albano, **Nicola Marini**. "Oggi attiviamo una struttura importante per il territorio e sono qui per dire grazie per lo straordinario lavoro che state facendo - ha detto Zingaretti parlando al personale -. Se nel Lazio siamo riusciti a contenere l'epidemia è stato soprattutto per lo straordinario lavoro degli operatori sanitari, in prima linea ogni giorno. Ora, dobbiamo mantenere alta l'attenzione, in attesa di un vaccino". "L'inaugurazione dell'Rsa Covid a gestione pubblica di Albano Laziale coincide con la Giornata Internazionale dell'Infermiere, una ricorrenza per celebrare uno dei pilastri del nostro sistema sanitario. Questa struttura, una volta finita l'emergenza, andrà ad incrementare l'offerta sociosanitaria della ASL Roma 6. Continuiamo a lavorare per dare risposte concrete nell'emergenza, con lo sguardo volto al futuro", ha detto **Rodolfo Lena**, componente della Commissione Sanità della Regione Lazio.



Le attività della Biblioteca e della Commissione per il 2019

La **Biblioteca Digitale** di OPI di Roma è disponibile in accesso remoto per tutti gli iscritti sul sito dell'Ordine. Si tratta di un'ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, pacchetti di abbonamenti sottoscritti, collezioni di *journal* concesse in convenzione) concepita per essere uno strumento primario per la ricerca degli infermieri, che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità. È anche estensione e *core* della biblioteca di sede. Così integrata del patrimonio bibliografico digitale, è rinomata nell'ambiente accademico e apprezzata dall'utenza come importante Centro di Documentazione scientifica infermieristica, anche se, dalla dominanza quasi assoluta per il suo posseduto bibliografico specialistico, negli ultimi anni, è in concorrenza per importanti strumenti di ricerca e risorse di infermieristica con i sistemi bibliotecari universitari, accessibili da remoto per ricercatori e studenti.

La Biblioteca OPI di Roma è frequentata dagli studenti dei CdL in Infermieristica, dagli infermieri iscritti e non (da altri Ordini), che studiano per conseguire la Laurea Magistrale, Specialistica o un Master presso le Università romane.

Nonostante gli infermieri iscritti possano accedere a gran parte delle risorse in remoto, 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, sempre numerosa e capace, la strategia dell'Ordine, nell'acquisizione delle risorse, privilegia il patrimonio bibliografico elettronico a quello cartaceo, fermo restante, tra i due, un necessario rapporto di complementarità per l'ottenimento dei documenti: si pensi che, per la produzione italiana, è il solo supporto di pubblicazione disponibile.

Le statistiche d'uso in remoto sono sempre consistenti e convincenti, ma significativi, per la fruizione delle risorse, sono anche i dati delle consultazioni in sede.

1. LA BIBLIOTECA DIGITALE

Il portale è fruibile da remoto e in sede attraverso *Full Text Finder* di EBSCO che aggrega risorse EBSCO ed OVID *Technologies*, periodici elettronici *full text*, catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche di interesse infermieristico; attraverso il sistema "*linksource*" aggrega tutti i *full text* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche dati Cinahl e PubMed.

2.1 PERIODICI DIGITALI DISPONIBILI DA REMOTO

Le testate elettroniche sono in parte **sottoscritte** (in ambiente OVID: 26 Testate attive, 41 con gli archivi pregressi delle testate sottoscritte, cessate per cambio titolo; in ambiente EBSCO: **WILEY CORE COL-**

LECTION *Journal of Advanced Nursing e Journal of Clinical Nursing*), in parte **concesse in convenzione** da EBSCO *Information Services e Ovid Technologies*, in parte **aggregate gratuitamente** (*open access/free Journals*) per la comodità del ricercatore.

Le collezioni disponibili sono:

- Collezione Full text del Cinahl "Complete" (EBSCO)
- EBSCO Open Access Medical and Health Collection
- Free Medical Journals
- Geneva Foundation Free Medical Journals
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott Premier Nursing Journals; singoli journals (26 titoli sottoscritti, totale 41)
- Wiley Core Collection (2 titoli sottoscritti)
- Open Access PubMed Central
- Ovid Open Access Journal

Le collezioni sono in continuo divenire, per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori, ma per il 2019 contiamo **5.676** (dato Ebsco Admin) testate di area biomedica complessive.

Il dato complessivo di articoli di Riviste/Journals scaricati nell'intero sistema digitale è pari a **7.806** documenti: è la prima volta che si dispone di questo dato riferibile solo ai Journals.

Dai dati delle riviste Wiley sottoscritte, che distingue tra visionati e scaricati, si evince l'atteggiamento accorto dei ricercatori a completare il *download* dei soli articoli pertinenti, scaricati p.e. **707** dei complessivi 1.089 visionati (il 64,92%).

Ambiente	Journals	Articoli scaricati	Articoli visionati
OVID**	41 Titoli	1.011	-
Wiley*** Core Collection 707 download	Journal of Advanced Nursing	282	441
	Journal of Clinical Nursing	425	648
Ebsco Journal Report*	Total for all Journals	6.088	-
Gran Totale		7.806	

Statistiche d'uso dei Journals per il periodo 1/1/2019-31/12/2019

*Ebsco Journal Report (dato Ebsco Admin) non computa i titoli OVID e Wiley sottoscritti e si sovrappone, per la sola parte dei Journals, sui docc. scaricati dalle banche dati

**Dato Ovid

***Dato sito WileyAdmin

2.2 DESCRIZIONE DELLE BANCHE DATI

- **CINAHL "Complete"**, versione massima del prodotto EBSCO. Questa banca dati offre circa **1200 periodici disponibili full text**, oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva dal 1937 (anche di *full text*). Per comprenderne le dimensioni: indicizza più di 5.500 Journals per circa 6 milioni di record, così da essere strumento ope-

rativo per la ricerca accademica e clinica infermieristica. Il meglio per la ricerca della letteratura mondiale di *Nursing* a disposizione degli iscritti all'OPI di Roma.

- **NURSING REFERENCE CENTER**, prodotto EBSCO, di particolare interesse per gli infermieri ospedalieri per la ricchezza di strumenti dedicati alla clinica: *evidence-based care sheets, quick lessons*. Non più accessibile direttamente come *database* è aggregato alle interfacce di ricerca EBSCO.

- **COCHRANE COLLECTION PLUS**, sottoscritta dal 2013, la collezione di *database* è nota per l'eccellenza dei suoi documenti e revisioni. Per impostazione di EBSCO, **nel 2019 è stata accessibile da remoto ma soggetta alle restrizioni degli user limitati**.

- **PUBMED (NLM)**, liberamente disponibile sul web, aggregato nella biblioteca digitale, consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il *linksource* (LS), la potenziale disponibilità di *full text* 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).

- **TRIAL gratuito di Ebsco Discovery Service (periodo marzo-dicembre 2019)**: EDS consente al ricercatore di interrogare, contemporaneamente, la diversificata collezione di risorse dell'ente, supporta la ricerca di contenuti dai *database* in *full text*, *database* di citazioni e collezioni di risorse (*journals*, catalogo di biblioteca ecc). Oltre al Box di ricerca in area autenticata (disponibilità immediata da marzo 2019), con un box di ricerca collocato sulla pagina web della biblioteca, ha consentito la ricerca come utenti GUEST (accesso limitato ai *full text*) agli utenti non affiliati (il box è stato operativo il primo luglio 2019).

- **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.

2.3 LE STATISTICHE

Per le risorse EBSCO Information System, i report di dati sono stati generati attraverso il sito Admin di Ebscohost, per OvidSp le statistiche sono state fornite da Ovid Technologies.

Entrambe le società aggregatrici modificano le applicazioni per generare le statistiche d'uso, i livelli di analisi, i dati metrici di utilizzo, cosicché le statistiche specifiche ne risulteranno in parte modificate, non essendo alcuni dati più disponibili o essendovene disponibili di nuovi. Le attività dei *device* mobili, dopo l'autenticazione, sono tracciate solo nei dati delle interfacce.

Per l'accesso con "*User e Password*" è emerso che quanti si autenticano nel sistema riservato OPI di Roma sul portale (modalità *referring url*), entrati nel sistema EBSCO, possono creare un *account* Ebsco e, con quelle credenziali (della durata di sei mesi) accedere al sistema Opi RM dalla pagina di ricerca esterna di EBSCO (*search.ebscohost.com*): una modalità semplificata di accesso che è apparsa assai gradita ai ricercatori. Le statistiche delle banche dati Ebsco riportano anche l'utilizzo fruito attraverso il Discovery Service, disponibile in TRIAL gratuito per il periodo marzo-dicembre 2019.

LE STATISTICHE DELLE BANCHE DATI

ILISI

Ad oggi, il nuovo *database* contiene **6.080** schede bibliografiche (5710 nel 2018) relative a 40 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria.

Utilizzata sul territorio nazionale e internazionale, è di massima utilità per accedere alla letteratura infermieristica italiana.

I dati statistici sono generati da Google Analytics e registrano grandi numeri, testimoniando il suo ampio utilizzo.

Autenticazione (IP area del Sistema Digitale EBSCO)	
2018	Logge: 5.338 Per autenticazione IP referring URL, username e password, di cui 261 con device mobile
2019	Logge: 5.462 (+2,48%) Per autenticazione IP referring URL, username e password, di cui 181 con device mobile
2019	Guest Access: 897 Box di ricerca di Discovery Service su pagina web della biblioteca (solo solo periodo di luglio-dicembre)

Dati Statistici del Sistema Digitale EBSCO periodo 1/1/2019-31/12/2019

Interfaccia	ANNO	Sessioni	Ricerche registrate	Fulltext	Abstract	ANNO	Sessioni	Ricerche Registr.	Fulltext	Abstract
Autenticazione area	2019	5.466	5.725	429	788	2018	-	-	-	-
Guest Access	2019	1.473	18.805	5.136	26.414	2018	1.342	18.538	4.367	-
Ebscohost	2019	134	191	269	36	2018	291	541	1.480	-
Nursing Reference Center	2019	1.216	1995	n.d.	-	2018	1.296	1.293	n.d.	-
Publication Explorer	2019	1.267	14.762	1.869	27.285	2018	1.940	11.189	1.736	-
Gran Totale	2019	8.556	45.388	6.703	54.422	2018	4.879	42.561	7.583	-

Attività di ricerca sulle diverse interfacce EBSCO per database sottoscritti/disponibili o in TRIAL gratuito

Legenda:
 - In giallo i valori crescenti
 - "**Richieste**" (Requests) in questo contesto è il 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
 - ** Valori complessivi del pluridatabase Cochrane Collection PLUS **consultabile in sede e da remoto**, con rischio di rimbalzo (**Turnaways**) per eccesso di utenti all'uso (208 rimbalzi nel 2019);
 - ***specifico database di Collection PLUS.
 - specifico database di OvidSP
 - * **Ricerche Federate. In ambiente EBSCO** sono le ricerche generate automaticamente nei diversi database dal Discovery Service. **In ambiente Ovid** sono Sessioni/Ricerche Federate che indicano il valore relativo alle sessioni e ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti per ricerche di proprio interesse
 Il dato dei docc. scaricati non è completo. È eterogeneo, riferito **alle sole banche dati Ebsco**, composto da articoli di *Journal* ma anche di libri, capitoli, fogli di cura e altro (no foto), deve essere accompagnato da quello complessivo e più qualificato degli articoli scaricati dai "*Journal*" (7.806).

Nel **2019**, **12.113** accessi a tutte le sue sezioni; 123.217 visualizzazione di pagine; **62.306** visualizzazione di pagine uniche.

Valutazione dei dati

I dati annuali, per singole banche dati e nel complesso della biblioteca digitale, sono indicativi di un'attività di ricerca costante e dinamica. Particolarmente apprezzabili, se contestualizzati all'attuale condizione lavorativa della categoria e se si pensa che ricercatori e studenti possono reperire da remoto gli strumenti standard della ricerca infermieristica anche attraverso i sistemi bibliotecari universitari.

Le ricerche svolte nella biblioteca digitale testimoniano dati consistenti di un'attività di ricerca di qualità.

Il Cinahl, nella versione "Complete", strumento standard per la ri-

cerca infermieristica, registra quest'anno, considerando anche il suo utilizzo attraverso il Discovery Service (EDS), un incremento nelle sessioni di accesso del **+39,14%**, mantenendo un inconsistente numero di **full text** scaricati **5.108**, **11.526 interrogazioni (+17,02%)** ed un'attività di ricerca elevata: **26.224** gli **abstract** visionati (+20,80%), **33.511** (+11,15%) le richieste relative all'analisi approfondita dei risultati.

Il TRIAL del Discovery Service (EDS), motore di ricerca che interroga contemporaneamente tutte le risorse sottoscritte dall'ente, utile per ricerche che non debbano essere metodologicamente sistematiche, ha suscitato interesse sia nell'utenza interna che esterna, sviluppando **1046** sessioni e **1725** ricerche. Particolarmente interessante il dato degli ospiti esterni, **632**, relativo a soli sei mesi di esistenza. L'EDS risulta essere un valore aggiunto, di marketing, per diffondere la conoscenza delle risorse della Biblioteca di sede e digitale.

La Cochrane Collection PLUS, nel 2019 disponibile da remoto per iniziativa di EBSCO, ha più che raddoppiato i dati di consultazione, registrando tuttavia un consistente numero di **turnaways**, 208 rimbalzi per la restrizione d'uso ad un solo utente. Registra così 883

	Sessioni	Ricerca	Richieste	Totale Full-Text	Abstract
EDS non interno	414	627	1136	414	772
EDS non GUEST esterno (3.7-31.12)	632	898	259	15 (accesso solo ad open access)	104
Totale	1.046	1525	1395	429	788

TRIAL gratuito di EBSCO Discovery services (EDS) periodo marzo-dicembre 2019

Database	Anno	Sessioni	Richieste	Ricerca	Full-text	Abstract	Anno	Sessioni	Richieste	Ricerca	Full-text	Abstract
Cinahl Complete su EBSCOHOST	2019	1.370	32.952	9.801	4.786	26.020	2018					
Cinahl Complete su Discovery	2019	763	559	1.725 Federate*	322	204						
Cinahl Complete TOTALE	2019	2.133 (+39,34%)	33.511 (+11,15%)	11.526 (+17,01%)	5.108 (+20,80%)	26.224 (+20,80%)	2018	1.533	30.148	9.850	6.151	21.709 (+4,03%)
NRC Nursing Reference Center	2019	165 (79 Fed)*	-	513 (279 Fed)*	326	40	2018	289	2.260	735	1.391	869 (+36,85%)
Cochrane Collection PLUS**	2019	883 (+184,87%)	706 (+72,61%)	3.766 (+137,9%)	424 (+18,2%)	481 (+196,13%)	2018	431 (+70,35%)	409	1.583 (+188,34%)	178 (+137,33%)	230
Cochrane Systematic Reviews***	2019	222	511	977	311	200	2018	173 (+82,10%)	260	631 (+256,49%)	178 (+140,54%)	82 (+241,66%)
Cochrane Systematic Reviews su Discovery		198	-	615 Federate*	111	89						
OvidSP	2019	1.582	-	1.848	1.011	894	2018	2.894 (+13,49%)	31.776	11.003	1.147 (+22,15%)	30.894
OvidMedline [†]	2019	139	-	645	-	18.200	2018	708	-	3498	-	30.453
Ovid totale Sess-Ricer Federate*	2019	500 Med 896 JO	-	2898 Med 5.172 JO	-	-	2018	1.664	-	9.526	-	[30.453]
OVID TOTALE	2019	3.117 (+7,73%)	-	18.563	1.811	19.094	2018	2.894	31.776	11.003	1.147	30.894
ILISI	2019	12.113	-	-	-	-	2018	20.010 (+1,23%)	-	-	-	-
GRAN Totale Banche Dati	2019	6.298 (+12,86%)	-	26.368	6.869**	45.839	2018	5.147	-	23.171	8.867	53.261

Statistiche d'insieme a confronto: gennaio-dicembre 2019/gennaio-dicembre 2018 (ILISI non è computato nel gran totale Banche Dati)

**Il dato dei docs. scaricati non è completo. È eterogeneo, composto da articoli di Journal ma anche di libri, capitoli, fogli di cura e altro (non contiene foto), deve essere accompagnato da quello complessivo e più qualificato degli articoli scaricati dai "Journal" (7.806)

sessioni di accesso (+ **104,87%**); 3766 ricerche (+ **137,9%**), 424 *full text* scaricati (+ **138,20%**).

La piattaforma OvidSp mostra un incremento rispetto al 2018 nelle sessioni di accesso 3.117 (+ **7,71%**) e resta consistente il numero dei *full text* scaricati, **1011**. Ancora imponenti i dati delle "Sessioni e Ricerche Federate" di OvidSP, ovvero 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. Nel complesso, le ricerche in ambiente OVID sono **10.563**; **19.094** gli *abstract* visionati.

Qualche dato dai report specifici:

- sessioni complessive di accesso alle banche dati: **6.298** (+22,36%)

- ricerche: **26.368** (+13,8%)

- gli *abstract* visionati: **45.839**

- i documenti scaricati: **6.869** (articoli di Journals, libri/capitoli di libri, Revisioni Cochrane, Care Sheet etc). Accanto a questo ultimo dato, da valutare anche quello relativo ai soli *download* di articoli in inglese, scaricati dall'intero sistema, **pai 7.806** documenti (costituito dai Journal EBSCO, dalle sottoscrizioni Wiley e OVID).

I due insiemi di documenti si sovrappongono parzialmente per i soli Journal scaricati dalle banche dati, quelli di Ovid presenti in entrambi i report.

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

3. UTENZA ALLA CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

Con l'evoluzione e la maggiore disponibilità di servizi bibliotecari da remoto, la biblioteca della sede ha visto mutare le esigenze dell'utenza. Per gli infermieri iscritti è il luogo in cui possono richiedere servizi complementari come un'ulteriore assistenza alla ricerca bibliografica, accesso al cartaceo italiano e internazionale, richiesta di articoli non disponibili presso altre biblioteche. Per i non iscritti all'Ordine è il luogo di accesso all'area digitale. Frequentatori sono gli infermieri iscritti ad altri Ordini che lavorano a Roma e gli studenti delle Scuole infermieristiche: questi ultimi si rivolgono 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 ricerche autonome o assistite alle banche dati, o di corredare con il reperimento di *full text* e articoli cartacei ricerche svolte su PubMed o sul Cinahl con gli insegnanti.

I dati mostrano che le postazioni informatiche (3 disponibili) sono utilizzate solo per la consultazione delle banche dati della Biblioteca digitale e per quella degli OPAC nazionali.

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

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri): **417** utenti

- consultazione autonoma delle banche dati: **87**

- consultazione assistita delle banche dati: **200**

Per un totale di 704 utenti che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca dell'Ordine.

I dati statistici, alla luce della diffusa disponibilità della banca Cinahl presso i servizi bibliotecari da remoto delle Università romane, testimoniano che in biblioteca li conduce la necessità di essere supportati in ricerche di particolare difficoltà o di reperire documentazione non disponibili nel loro sistema; ma pure perché la utilizzano come unico servizio bibliotecario di riferimento.

È evidente anche un **effetto "passaparola"**. La biblioteca di sede, oltre ad essere il *back office* di quella digitale (cura eventuali malfunzionamenti tecnici con il supporto tecnico EBSCO), presta assistenza telefonica/via email agli infermieri che, in remoto, abbiano difficoltà (alla consultazione, a registrarsi, a recuperare le proprie credenziali) per indirizzarli, quando necessario, al supporto tecnico OPI.

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

Richiedendo esplicitamente, nel modulo di consultazione, quanti la abbiano utilizzata per ottenere i riferimenti bibliografici, si è espresso positivamente il **51,61%** (80); di quanti hanno consultato prevalentemente letteratura infermieristica italiana, il **42,58%** (66) non si è espresso, mentre solo il **5,81%** (9) si è espresso negativamente.

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

- manualistica 48,20%

- letteratura infermieristica internazionale 14,63%

- letteratura infermieristica italiana 37,17%

L'utenza è eterogenea nella capacità di accesso alle risorse elettroniche, deve essere spesso assistita nel recupero dei documenti all'interno della Biblioteca digitale e/o delle banche dati.

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

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

3.1 CONSULTAZIONE IN SEDE DELLE BANCHE DATI

Relativamente ai tipi di consultazione, la "ricerca assistita" è quella svolta con il responsabile di biblioteca, prevalentemente il martedì mattina per appuntamento, ma, quando possibile, anche nei pomeriggi di consultazione.

Per "autonoma" s'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.

Si registrano 200 consultazioni assistite e 87 autonome (287 utenti). La banca dati Cinahl è stata consultata da 210 utenti: la fruizione di sede rappresenta il 9,85% del totale.

Nel corso del 2019, la Cochrane PLUS Collection (sottoscritta dal 2013) è stata accessibile anche da remoto: i dati di accesso ne risultano incrementati.

3.2 PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO CARTACEO

3.2.1 I PERIODICI

Con il 2019, le due più autorevoli riviste per la ricerca (*Journal of Clinical Nursing* e *Journal of Advanced Nursing* della WILEY) sono state rese disponibili da remoto nella biblioteca digitale, ottenendo ottimi risultati.

Resta significativa la presenza del cartaceo, che rende possibile l'accesso alla letteratura italiana e a quella internazionale.

Oltre a quanto sottoscritto annualmente, in biblioteca sono presenti numerosi periodici che afferiscono in sede perché offerti in regime di scambio (riviste degli Ordini), o gratuitamente perché di interesse infermieristico/sanitario.

3.3.2 MONOGRAFIE

Nel corso dell'anno, la biblioteca ha acquisito 13 nuovi libri per complessivi 1336 testi catalogati.

3.3.3 DOCUMENT DELIVERY

Per il 2019, la biblioteca ha fornito informalmente, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni e Biblioteche, il servizio di *Document Delivery* che richiede ad altre Biblioteche, 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: 68

Richieste evase per altre biblioteche: 3

4. LA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2019, la Commissione ha continuato il suo lavoro in questa formazione: Carlo Turci (Tesoriere); Eleonora Bruno; Barbara Di Donato; Edvige Fanfera; Giovanna Finocchi (uscita); Sara Martelli (uscita), Rita Ester Monaco (uscita), Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Cinzia Antonella Punziano, Laura Scozzo (entrata), Sandro Filardi (entrato), ha continuato i suoi consueti lavori. Per l'aspetto informatico, il supporto è a cura del webmaster dell'Ordine, Vladislav Popov.

Per il Progetto ILISI, dal 4 al 6 novembre 2019, la Commissione ha tenuto il corso residenziale: "L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze Infermieristiche: corso propedeutico per la realizzazione di una banca dati bibliografica", a cui è seguito un training di formazione che ha abilitato all'indicizzazione 16 infermieri, integrati nel gruppo per essere operativi nel 2020.

2019	Cinahl	NRC*	PubMed	OvidSP	ILISI
Cors. Ass.	155	9	29	12	39
Cors. Aut.	55	2	23	14	29
Totale	210	11	52	26	68

*Disponibile per l'accesso diretto solo nel periodo gennaio-febbraio 2019

Cochrane	Accessi	Ricerche	FullText	Abstract
2018	431	1583	178	230
2019	883	3.766	424	481

Anno	Tot. Abbonamenti	Abb. Periodici	Abb. Periodici Italiani
2019	30	12	18
2018	30	12	18

Anno	Abb. Periodici cartacei	Internaz.
2019	28	10
2018	30	12

PROGETTO ILISI

- Gruppo indicizzatori (appartenenti al progetto nel 2019): 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 Sferazza. Entrano come nuovi indicizzatori: Ciucciarelli, Filardi, Forte, Ingrasia, Mattaioli, Mosetti (che esce a fine 2019), Musto e Scozzo.

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

Slitta il pagamento della tassa annuale di iscrizione

“Pagare tutti per pagare meno” è il principio che ispira l’Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e che, insieme ad un attento recupero delle morosità, ha consentito di mantenere basso e stabile da anni l’importo della tassa annuale, a fronte di una quantità sempre crescente di servizi gratuiti forniti agli iscritti.

Nel merito, si ricorda che la riscossione della tassa annuale di iscrizione all’Albo Professionale tenuto dall’OPI di Roma, comprensiva della quota di competenza della FNOPI, è effettuata ai sensi e per gli effetti degli articoli 4 e 14 del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233, del DPR 5 aprile 1950 n. 221, della Legge 29.10.1954 n. 1049 e della L. 28 settembre 1998 n. 337, come modificati dall’art 4 della legge 3/2018.

Tuttavia, considerata la recente emergenza da Coronavirus, il Consiglio Direttivo dell’OPI di Roma ha deliberato, di **rinvviare la scadenza** del pagamento della tassa **al 30 giugno 2020**.

La Tassa Annuale di iscrizione agli Albi Professionali di OPI di Roma per l’anno 2020 è pari a 60 euro.

Pur considerando il delicato momento che sta attraversando la professione, va ricordata l’obbligatorietà del pagamento nei termini di scadenza indicati, visto che, in mancanza, si potrebbe concretizzare una delle condizioni per la cancellazione dall’Albo stesso (legge 3/2018).

COME PAGARE

Da quest’anno, la Legislatura ha impostato nuove modalità di pagamento. Ora si potrà solo ed esclusivamente tramite il sistema PagoPA®. Non sono più ammessi, dunque, pagamenti con sistemi diversi: non vanno bene il Bollettino Postale TD896, Bollettino Postale Bianco TD123 o il Bonifico Bancario.

L’Avviso di Pagamento (ex Bollettino), per il 2020, è stato inviato via PEC o per posta ordinaria, solo a chi non ha ancora attivato o comunicato la PEC all’OPI di Roma. Proprio nella PEC, infatti, è rintracciabile il link per pagare direttamente on line con il servizio www.pagodigitale.it

Il pagamento può essere effettuato presentando l’Avviso di Pagamento dell’anno 2020 ad uno dei Prestatori di Servizi di Pagamento (PSP) abilitati a ricevere pagamenti tramite PagoPA®: poste, banche, tabaccai o altri, il cui elenco completo è disponibile sulla pagina pagopa.gov.it

Per pagare in modalità digitale basta avere il Codice Avviso (il codice di 18 numeri presente sul proprio avviso di pagamento dell’anno 2020) ed utilizzare i servizi on line offerti dalle Banche, Poste, APP, siti internet di pagamento on line, o con il servizio

offerto dall’OPI di Roma attraverso il sito www.pagodigitale.it. Con www.pagodigitale.it, infatti, è possibile effettuare il pagamento scegliendo tra i vari PSP.

Anzitutto, bisogna scegliere dall’elenco delle Categorie Professionali (Professioni Infermieristiche) ed Ente Convenzionato (Ordine delle professioni infermieristiche di Roma), quindi, inserire il Codice Avviso contenuto nell’Avviso di Pagamento e proseguire con l’addebito.

Nel caso non si abbia ricevuto l’Avviso di Pagamento, è possibile accedere con le credenziali personali al portale opi.roma.it o contattare l’OPI di Roma telefonicamente per richiedere l’invio, via email, dell’Avviso di Pagamento in PDF ed il link per il pagamento digitale.

Per maggiori informazioni si può scaricare il PDF con le istruzioni per il pagamento dal sito dell’Ordine, all’indirizzo: <https://opi.roma.it/ordine/pagamento-tassa-iscrizione-annuale.htm>



OPI Roma Giovani da promessa a realtà

OPI Roma Giovani è stata una promessa che adesso è realtà. Nato dall'esigenza di avvicinare e facilitare i colleghi più giovani verso il mondo professionale e per creare "senso di appartenenza" alla famiglia di OPI di Roma e a una professione che ha sempre più bisogno di creare un "insieme", OPI Roma Giovani è nato perché è importante far sentire la propria voce, ma è molto più importante proporre nuove sfide e traguardi. Perché, per fare la differenza, bisogna accorciare le distanze e portare richieste, esperienze vissute e problemi dei più giovani alla conoscenza di tutti.

OPI Roma Giovani è un nuovo momento di incontro, che è vicino e a supporto dei giovani; perché l'Ordine è convinto di dover ascoltare le esigenze delle nuove generazioni.

All'interno di OPI Roma Giovani si sono creati e immaginati tanti momenti di incontro per discutere delle tematiche vicine alle esigenze dei colleghi più giovani. Ma anche con l'intento di favorire la formazione e l'impegno di giovani infermieri per:

- promuovere la diffusione della cultura e della ricerca infermieristica;
 - sviluppare, sia all'interno di OPI Roma che verso l'esterno, ogni opportunità di dibattito e di confronto costruttivo;
 - promuovere progetti interregionali di supporto dei giovani infermieri che favoriscano il dialogo con gli ordini professionali e con le Istituzioni;
 - sostenere l'affermazione dei principi della libertà di scelta del cittadino utente;
 - promuovere iniziative di orientamento anche di tipo occupazionale.
- In OPI Roma Giovani si vogliono intercettare conoscenze ed entusiasmi dei colleghi più giovani e sul nascere, affinché questo possa diventare il carburante per il futuro percorso. Un futuro che passa anche da questo: dalla speranza che deve riaffiorare e dalle tante capacità che i giovani infermieri hanno acquisito e che sanno erogare. Il futuro della Professione deve ancora essere costruito. Insieme, ovviamente!

Ospitata in sede la riunione del gruppo ACENDIO

Il 6 e 7 dicembre 2019, l'OPI di Roma ha ospitato la riunione del Gruppo Europeo di Diagnosi Infermieristiche (*ACENDIO- the Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes*).

ACENDIO è un'organizzazione associativa europea, fondata nel 1995, leader nei linguaggi e nelle classificazioni infermieristiche.

Il suo *board* è composto da: Maria Müller-Staub (presidente), Wolter Paans (vice presidente), Fabio D'Agostino (segretario), Nick Hardiker (tesoriere), Helen de Graaf-Waar, Mariann Fossum, Claudia Leoni-Scheiber e Sergio Barrientos-Trigo.

L'ACENDIO promuove lo sviluppo del linguaggio professionale infermieristico e fornisce una rete europea per gli infermieri interessati allo sviluppo di un lessico comune di descrizione della pratica infermieristica.

Gli infermieri comunitari devono essere in grado, infatti, di condividere e confrontare le informazioni sulla pratica allo scopo di ricercare e migliorare l'assistenza, gestire efficacemente le risorse e garantire che l'assistenza infermieristica sia visibile nella politica locale, nazionale ed internazionale.

Per farlo, però, anzitutto devono essere in grado di esprimere, nella loro lingua, cosa fanno per la cura della persona, perché e con quali risultati. Poi, devono concordare le loro esperienze con quelle di altri infermieri attraverso una terminologia comune. Il linguaggio

professionale dell'Infermieristica, infatti, deve catturare l'intera gamma e la varietà dell'assistenza personalizzata e olistica: lo sviluppo di questo linguaggio riguarda soprattutto il raggiungimento di standard per il modo in cui esprimiamo l'assistenza infermieristica.

Al momento, non esiste un coordinamento generale di questi sviluppi tra i Paesi europei: gli infermieri di taluni stanno espandendo terminologie per soddisfare le esigenze di una "lingua infermieristica" nel proprio; altri hanno adattato o tradotto terminologie e classificazioni sviluppate in altri Paesi o da altre discipline.

Gli infermieri di alcuni Paesi utilizzano la classificazione internazionale del funzionamento (*ICF-International Classification of Functioning*), mentre, l'ICN (*International Council of Nurses*) sta dando una forte spinta a far progredire lo sviluppo della classificazione internazionale della pratica infermieristica (*ICNP-International Classification Nursing Practice*).

Anche l'ACENDIO supporta questo processo, fornendo conferenze, pubblicazioni e presentazioni per promuovere la comprensione e il lavoro in questo settore; una rete di supporto per infermieri in diversi Paesi europei per condividere le conoscenze sugli sviluppi; risorse (elenchi di riferimento e metodologie di esempio) per lo sviluppo e la valutazione dei vocabolari infermieristici e, non ultima, l'interpretazione di standard internazionali per le terminologie e le classificazioni.



Centro di Eccellenza-CECRI di OPI Roma Dieci anni di traguardi

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, creatura in seno all'OPI di Roma, è nato 10 anni fa, allo scopo di sviluppare la "Cultura del Sapere Scientifico" (*Culture of Scholarship*), per catalizzare innovazioni e scoperte e per "rivitalizzare" il *Nursing* in Italia.

La professione infermieristica, in quest'arco temporale, ha attraversato trasformazioni e rinascite sotto diversi profili.

La formazione specialistica, i dottorati, i master attivati nelle università hanno proposto modelli concettuali innovativi, metodologie e strumenti operativi che hanno contribuito a trasformare l'immagine, il ruolo e soprattutto la pratica clinico-assistenziale degli infermieri.

Questi anni sono trascorsi prestando la giusta attenzione alle evidenze scientifiche e ponendo in luce elementi come la specificità e la peculiarità delle attività assistenziali e delle competenze distintive, il valore dei codici etici ed il contributo che esso può dare alla definizione delle politiche sanitarie. Fare avanzare la Scienza Infermieristica ha significato avere un sistema accademico dove gli infermieri insegnano agli infermieri; avere un maggior numero di riviste scientifiche indicizzate e collaborazioni scientifiche internazionali.

La "ragione" del CECRI è stata di costruire una cultura infermieristica permeata dal sapere scientifico nell'ambito della formazione, della pratica e della ricerca, sostenuta da un sistema etico. Il modello adottato in questi anni, infatti, si fonda su quattro pilastri: **Istruzione, Ricerca, Formazione dei ricercatori e Pratica clinica** che costituiscono il motore delle attività. Quattro Poli interattivi, strettamente correlati, che hanno un unico fine: perseguire l'eccellenza.

Gli obiettivi di ciascun Polo sono specifici per ognuno di essi e spaziano dallo sviluppo della formazione di base ed avanzata alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari; dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori alla creazione di laboratori di ricerca infermieristica; dall'organizzazione degli studenti in gruppi di ricerca alla costituzione di Comitati di infermieri clinici esperti per le analisi e la revisione di standard assistenziali. Il Centro ha approfondito la cultura infermieristica per preparare i futuri studiosi. Le quattro aree del "Sapere scientifico" definite da Boyer (scoperta, integrazione, applicazione e didattica) sono state utilizzate per implementare iniziative innovative che consentiranno di attuare nuove scoperte in materia di assistenza alla persona. Il Polo dell'istruzione ha contribuito alla formazione di una nuova generazione di infermieri e di studiosi di clinica infermieristica. Il Polo per la ricerca ha condotto progetti clinici di

tipo multicentrico e interdisciplinare, disegnati ed arricchiti dagli infermieri, per la *leadership* e la visibilità degli stessi e la divulgazione dei risultati attraverso le pubblicazioni e le presentazioni su quanto svolto. Attraverso il Polo per la Formazione dei Ricercatori è stato possibile espandere l'*expertise* degli infermieri in materia di Metodologia della ricerca. Il suo scopo precipuo è stato offrire corsi di formazione in materia di Metodologia della ricerca clinica e tutte le attività correlate al sapere scientifico, visto che, ancora oggi, il *Nursing* in Italia ha pochi Laboratori in tal senso. Il Polo della pratica clinica, infine, ha promosso la riforma di modelli di assistenza infermieristica e, dove possibile, attuato le innovazioni cliniche attraverso la pratica riflessiva e traslazionale.

Per questo primo decennale vanno ricordate le conferenze, i workshop, i congressi e tutti gli eventi che, proprio attraverso il CECRI, hanno promosso lo sviluppo continuo della professione nel nostro Paese, facendo interagire filoni comuni di pratica clinica infermieristica.

Tale Centro di Eccellenza è stato - ed è tuttora - un progetto ambizioso ma assolutamente irrinunciabile, che va affrontato con lo spirito e l'entusiasmo necessari per ogni grande impresa.



L'OPI di Roma ha attivato il suo canale Telegram. Cosa è e come usarlo

Per stare ancora più vicini ai propri iscritti e arricchire la sua offerta Social, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma ha attivato, di recente, il suo canale Telegram. Alla pagina <https://t.me/opiroma> dunque, saranno disponibili comunicati, notizie e molto altro.

Telegram è l'app di messaggistica veloce e sicura, basata su cloud, erogata senza fini di lucro dalla società Telegram LLC. Permette agli utenti di accedere all'app da più dispositivi diversi (telefono, tablet e pc) e visualizzare le chat aggiornate in tempo reale, e si può usare anche per spedire file molto pesanti. Permette di inviare messaggi che si autodistruggono e chattare senza dare il numero di telefono, funzionando anche con un nickname. Sue caratteristiche sono anche la possibilità di scambiare messaggi di testo tra due utenti o tra gruppi fino a 200 mila partecipanti, effettuare chiamate vocali cifrate, scambiare messaggi vocali, videomessaggi, fotografie, video, sticker e file multimediali senza limiti di dimensione.

Alternativa a WhatsApp, ha molte più funzioni di questa ed è la

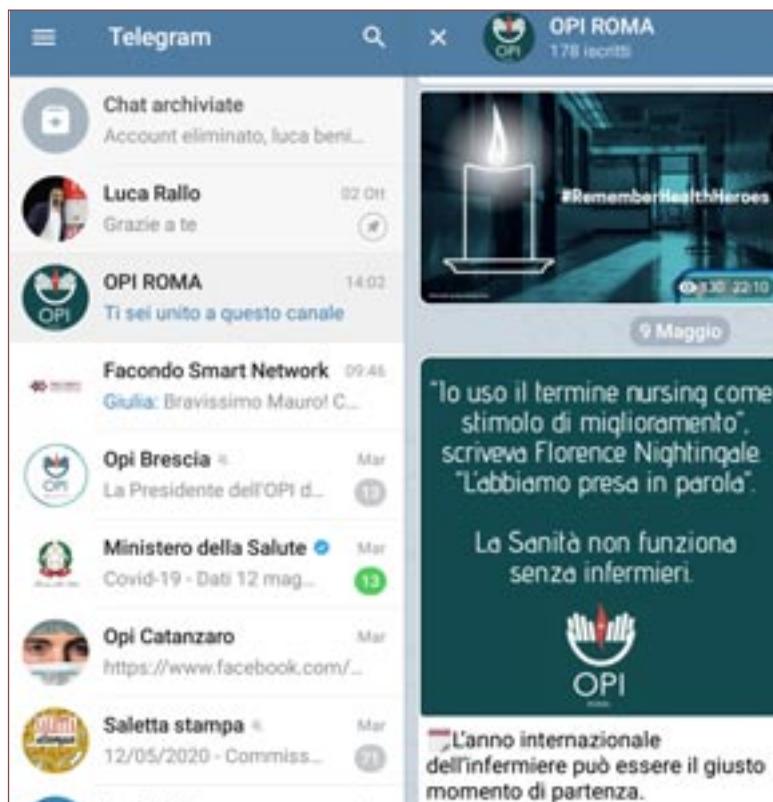
terza app di messaggistica istantanea più usata dagli italiani (con nove milioni di utenti). Ha introdotto la novità dei supergruppi, canali, chat segrete e bot.

Di fatto, il canale Telegram è molto simile a una newsletter 2.0, il numero di membri che vi si possono iscrivere è illimitato e, per questi motivi, supera i limiti di qualsiasi servizio gratuito scelto in precedenza per il proprio sito Internet.

Inoltre, Telegram prevede la variante Telegram Web, disponibile per gli utenti Telegram che desiderino usarlo dal pc.

Come funziona Telegram

Per iniziare a usare Telegram è indispensabile inserire il proprio numero di telefono nel campo richiesto, quindi, il nome. Si accede ai contatti, così da trovare chi dei propri amici utilizza Telegram. Con loro si può avviare la prima chat. Per aggiungere contatti su Telegram, bisogna aprirlo, quindi fare tap sull'icona del menu e selezionare la voce "Contatti". A questo punto, selezionando l'opzione "Invita amici" appare la lista dei contatti salvati in rubrica.



“L'arte di curare e di raccontare” Due storie di infermiere iscritte a OPI Roma tra le selezionate

La Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), per favorire una corretta rappresentazione del senso della professione infermieristica, anche attraverso canali non convenzionali (come il linguaggio teatrale), ha sostenuto il progetto proposto dai registi **Roberto Gandini** e **Gianluca Rame**, che ha inteso raccogliere, stimolare e “scegliere” storie che riguardano il vissuto della professione.

Lo hanno fatto a novembre 2019 attraverso un nuovo progetto rivolto agli infermieri italiani, iscritti agli OPI nazionali.

Per mezzo di un partecipato periodo di dialogo (attivando anche un canale di comunicazione via WhatsApp) su cosa è stato, cosa è e cosa sarà “essere infermiere”, sono state selezionate circa 30 storie tra le centinaia inviate (registrate in autonomia da infermieri di tutte le età) e, tra queste, ce ne sono due di infermiere iscritte all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma: **Federica Fattori** (in forza all'ASL Roma 4) e **Marietta Priore** (in forza all'ospedale Pertini).

“L'arte di curare e di raccontare” è un lavoro teatrale a rilevanza nazionale incentrato sulla professione infermieristica.

Gli autori dei contributi ritenuti di maggiore interesse sono stati invitati a partecipare ad un workshop residenziale di formazione, gratuito, di 20 ore complessive, che si è svolto nella Capitale. Anche le storie di quanti non selezionati, però, avranno spazio nell'ambito di campagne a sostegno dell'immagine della professione infermieristica.

Sono proprio le parole delle due colleghe a descrivere meglio di cosa si sia trattato.

“Questa esperienza del workshop è stata un'opportunità di crescita e confronto con altre realtà – ha detto Federica Fattori -. Vivere tre giorni intensi, a contatto con i colleghi provenienti da tutt'Italia, mettersi in gioco, farsi guidare dall'altro, guardarsi negli occhi ed accorgersi che la profondità e la grandezza vive anche in gesti semplici, è stato davvero toccante! Ho trovato una nuova energia, trasmessa dal vissuto e dalle qualità degli altri che porterò per sempre con me, consapevole di voler fare meglio, di andare avanti e scoprire ogni

giorno la bellezza della nostra professione! Ho percepito come una sorta di filo invisibile che univa le nostre vite tramite i racconti di ognuno. Un filo che è la nostra professione, quella che ci tiene legati. Mi sono commossa quando ci siamo salutati alla fine, per il dispiacere di terminare troppo presto questo viaggio. Ringrazio la Federazione, tutti gli Ordini regionali e, in primis, quello a cui sono iscritta (OPI Roma, ndr) per avermi dato la possibilità di partecipare!”.

“Era il mese di luglio, quando lessi del progetto ‘L'arte di curare e di raccontare’. Scrisi e inviai la mia storia, così, di getto - spiega Marietta Priore -. Fui selezionata e non mi pareva vero. L'8 novembre 2019 è iniziata la ‘meravigliosa avventura’ con il ‘capitano’ Roberto Gandini, una persona speciale e, diciamo pure, un infermiere. Eravamo 20 infermieri più uno: Roberto, che ci capiva, spronandoci a tirar fuori noi stessi in un contesto teatrale. Un contesto teatrale suggestivo al punto da far emergere emozioni che solo noi infermieri, che viviamo giornalmente nella sofferenza, sappiamo far uscire. Tutti abbiamo capito che a parlare di infermieri devono essere gli infermieri, per far capire a tutti che la nostra è una professione (e non una missione) meravigliosa, se non la migliore in assoluto. Insomma, per dirla come Rogers nel 1951: ‘*La nostra professione è una relazione di aiuto, in cui uno dei protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità e il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato*’. Proprio questa relazione di aiuto, in questi fantastici tre giorni, l'abbiamo applicata tra noi, creando alchimie che ci hanno portato a parlare della nostra professione e di come svolgerla al meglio. In quei tre giorni, a Roma, pioveva, ma in quel teatro, pieno di racconti ed esperienze, non ce ne siamo accorti. Il nostro ‘capitano’ ci ha fatto ridere, piangere, e con le nostre esperienze, forse, abbiamo fatto rimpiangere a lui di aver deciso di intraprendere un'altra strada. Spero che esperienze di questo genere si possano ripetere e che possa andare in scena la nostra quotidianità. Dal canto mio, posso dire di aver fatto ritorno a casa con la consapevolezza che essere infermiere è la professione più bella del mondo”.



La sanità del Lazio esce dal commissariamento. Pulimeno: "Ora la riorganizzazione complessiva dei modelli assistenziali"

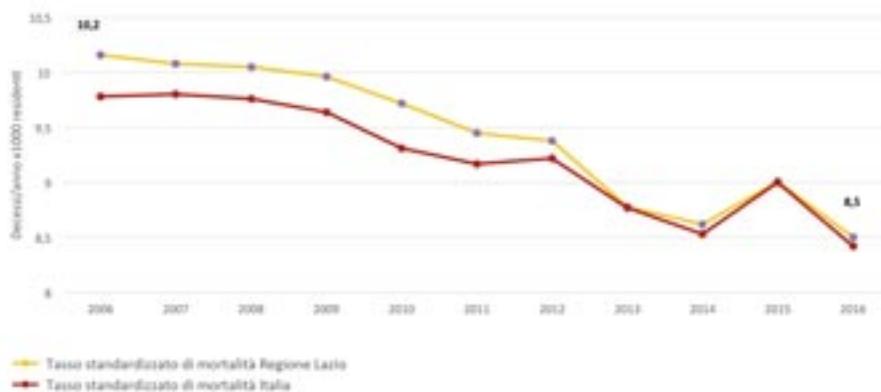
A fine gennaio, la Conferenza Stato-Regioni ha dato il suo assenso all'uscita dal commissariamento per la sanità del Lazio. Commissariamento che risale all'11 luglio 2008 per il più grande debito italiano e un disavanzo annuale che ammontava a circa 2 miliardi. "Gli infermieri di Roma e Provincia salutano con soddisfazione l'uscita dal regime di commissariamento della sanità regionale - ha detto la Presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno** -. Ora, puntiamo su una riorganizzazione complessiva dei modelli assistenziali, per offrire servizi più efficienti ai cittadini e rispondere così alla crescente domanda di salute".

A questo punto, si aprono nuovi scenari, alimentando nuove aspettative, a cominciare dal nodo degli organici infermieristici, oggi molto carenti nelle Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del Lazio, a causa del blocco del turnover che si è protratto per anni generando gravi difficoltà nella copertura dei turni. "Solo grazie all'impegno e al sacrificio di tanti infermieri è stato possibile garantire prestazioni essenziali nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali - ha continuato Pulimeno -. Criticità, queste, che grazie all'uscita

dal commissariamento, possono, e devono, essere superate definitivamente. Chiediamo alla Regione Lazio un impegno altrettanto deciso per rimpinguare gli organici infermieristici, accelerando le procedure concorsuali e l'assunzione di nuovo personale".

Adesso tocca al Consiglio dei Ministri ratificare al più presto la decisione maturata nella Conferenza Stato-Regioni, per poter rilanciare il Servizio Sanitario Regionale attraverso una programmazione adeguata alle esigenze della popolazione. Proprio dalla Regione Lazio, il Governatore **Nicola Zingaretti** ha commentato il grande risultato: "Oggi è un bel giorno per tutto il Paese: significa maggiori cure e un sistema sanitario pubblico che va bene. Ma non solo: vuol dire pure che c'è un riformismo che cambia le cose e che ha portato un disavanzo di 2 miliardi di euro a un attivo di alcuni milioni. Adesso, si apre una bella stagione di assunzioni e di investimenti per centinaia di milioni di euro in infrastrutture sanitarie. Vogliamo costruire un modello di difesa del diritto alla salute, originale e nuovo". "L'uscita dal commissariamento del Lazio è il risultato della più

Tasso standardizzato di mortalità Regione Lazio



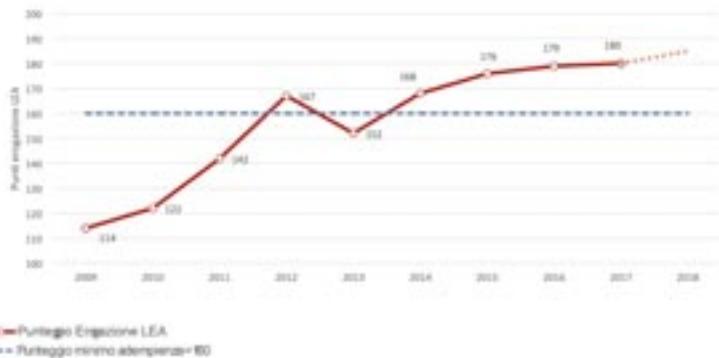
Fonte Ministero della Salute



grande azione riformatrice nel nostro Paese di un sistema sanitario regionale - così **Alessio D'Amato**, Assessore alla Sanità e l'Integrazione sociosanitaria -. Abbiamo dimostrato che si possono mantenere i conti in ordine senza effettuare tagli, ma aumentando l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Un ringraziamento alla struttura tecnica del MEF e del ministero della Salute e a tutti i professionisti e gli operatori sanitari che non hanno fatto mai mancare l'assistenza. Ora che il Sistema sanitario del Lazio ha riacquisito credibilità bisogna andare avanti, proseguendo nell'attuazione del piano di riqualificazione che rappresenterà l'atto di programmazione sanitaria regionale per i prossimi due anni". "Avevamo preso un impegno e lo abbiamo mantenuto - ha aggiunto **Rodolfo Lena**, Presidente della Commissione Affari Costituzionali e membro della Commissione Sanità della Regione Lazio -. Questo

è un risultato storico che abbiamo ottenuto con l'impegno, il lavoro e la buona politica. Dopo più di 10 anni, inizia una nuova stagione per la sanità della nostra Regione, si azzera

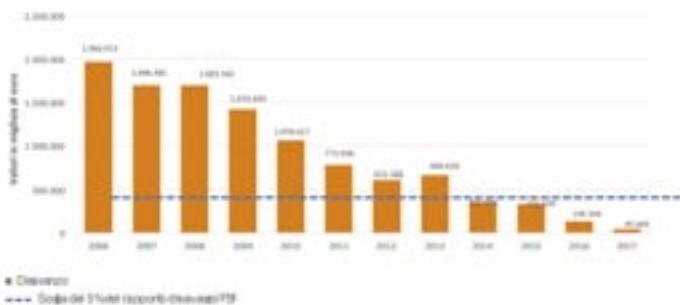
Andamento punteggio di erogazione dei LEA nel Lazio



Fonte Ministero della Salute



Disavanzi sanitari 2006-2017



Fonte Ministero della Salute



il disavanzo e finalmente si va in attivo. Abbiamo migliorato i livelli assistenziali: ora è il momento di aumentare gli investimenti, implementando le assunzioni per costruire un nuovo e più efficace sistema di cura. Voglio ringraziare tutti coloro che giornalmente operano nella sanità: grazie a loro è stato possibile arrivare a questo straordinario risultato".

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma auspica l'adozione di nuovi modelli organizzativi che, da tempo, vengono proposti per promuovere e migliorare l'offerta assistenziale pubblica, tenendo conto dei bisogni dei cittadini e della necessità che questi manifestano, al fine di poter contare su servizi sanitari più efficienti e prossimali, implementandoli soprattutto sul territorio.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità nelle realtà delle Asl Roma 4, 5 e 6

E arrivato nelle case dei pazienti cronici, affiancando il Medico di Medicina Generale (MMG) nella presa in carico della persona, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC): figura professionale istituita dal nuovo Patto per la Salute, approvato nel dicembre scorso, che, coerentemente al Piano per la Cronicità e a quello della Prevenzione, chiama gli attori del Sistema Salute allo Sviluppo dell'attività di prevenzione di primo e secondo livello e alla motivazione al cambiamento.

Tali attività vanno ad integrarsi ai servizi della rete territoriale.

Nel Lazio, le Asl Roma 4, 5 e 6 sono capofila, insieme all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma, di questo nuovo modello di assistenza, con figure che hanno prima formato, grazie ad un percorso specifico organizzato con il contributo dell'OPI di Roma e dei colleghi dell'Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità (AIFeC), quindi inserito nella rete territoriale gli Infermieri di Famiglia e di Comunità.

"Dobbiamo considerarlo un nuovo servizio nel percorso assistenziale - ha detto il Direttore Generale della Asl Roma 4, dott. **Giuseppe Quintavalle** -. Non si tratta di assistenza domiciliare classica, visto che va ad integrarsi nel nucleo familiare stesso dell'assistito".

"Attualmente, la segnalazione del cittadino da prendere in carico viene dal medico di base - spiega il dott. **Carlo Turci**, Direttore del Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS) Asl

Roma 4 e tesoriere OPI Roma -. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità interviene sia sul cittadino con patologia cronica che sul contesto familiare con azioni educative e di sostegno. Oltre alle azioni educative, l'IFeC mette in campo tutte le attività di monitoraggio (parametri vitali, test, elettrocardiogramma) per valutare le condizioni cliniche al fine di prevenire riacutizzazioni e ospedalizzazioni evitabili. Determinante è il suo ruolo con i *caregiver* per i quali rappresenta un punto di ascolto e appoggio per affrontare le criticità e condividere ansie e paure. Per ora, i pazienti trattati sono diabetici, ipertesi, con scompenso cardiaco e/o BPCO. L'Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresenta il *case manager* e funge da raccordo per corrispondere a tutte le esigenze sanitarie della persona e della famiglia".

"Si tratta della presa in carico del cittadino e del suo contesto di vita - continua la dott.ssa **Luigia Carboni**, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie della ASL Roma 5 - da parte dell'Infermiere di Famiglia, operativo nelle UCP, attraverso l'accertamento globale dei bisogni di salute; soprattutto per quei cittadini affetti da cronicità, nel ruolo di 'facilitatore' dei percorsi disponibili nella ricca e virtuosa rete dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale".

"Un'assistenza di tipo proattiva - aggiunge il Direttore Generale della ASL Roma 5, dott. **Giorgio Giulio Santonocito** - che, oltre ad ottimizzare i percorsi dell'utente fragile domiciliare, guarda



all'attivazione anticipata e appropriata delle cure, per la salvaguardia della salute e il conseguente contenimento della spesa sanitaria".

Le 3 ASL hanno inserito l'IFeC nelle UCP, assieme ai Medici di Medicina Generale. "Una grande soddisfazione - ha commentato il Direttore Generale della ASL Roma 6, dott. **Narciso Mostarda** - raggiunta grazie al grande lavoro di tutti i professionisti coinvolti. Nasce, dunque, un'assistenza capace di rilevare i bisogni dei pazienti, monitorarne l'aderenza alla terapia favorendo la deospedalizzazione e migliorando la loro qualità di vita nel contesto quotidiano. Una soddisfazione che l'Azienda condivide con il Direttore della UOC Professione Infermieristica, la dott.ssa **Cinzia Sandroni**, e al gruppo di lavoro del Progetto".

Per uscire dalla concezione ospedale-centrica della Sanità in Italia, è necessario evolversi guardando ai bisogni sanitari dei cittadini sul territorio.

E gli infermieri, attraverso una formazione specifica, sono la risposta a quella che, tra qualche anno, potrebbe diventare davvero un'esigenza nazionale, rinnovando il concetto che la competenza territoriale non è inferiore a quella nosocomiale.



Un grazie particolare ai colleghi che si sono dedicati, fin dall'inizio del Progetto, a sviluppare il modello organizzativo brevemente descritto: **Angelo Anglani, Anna Malatesta, Cristiana Pizzicannella, Luigia Morena, Maurizio Cistaro, Roberta Marchini, Riccardo Persichilli, Serenella Savini, Simonetta Pera, Tiziana Di Giovanni**.

LA SCHEDA

Chi è e di cosa si occupa l'Infermiere di Famiglia e di Comunità

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è quel professionista, con competenze specifiche, che ha un ruolo attivo nel potenziamento della salute, aiuta nella prevenzione delle malattie e favorisce la gestione della cronicità e fragilità.

I punti di forza di tale modello sono la vicinanza alla persona e al suo ambito familiare-comunitario e la forte interazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e tutte le altre figure coinvolgibili nella presa in carico del malato.

Le attività svolte a casa delle persone e della loro famiglia, comprendono:

- valutazioni mirate dei bisogni, per arginare o prevenire la fragilità;
- programmazione e attuazione di interventi di cura personalizzati;
- promozione di interventi educativi al fine di rafforzare l'aderenza terapeutica;
- l'adesione a stili di vita sani e ai trattamenti di cura;
- curare il monitoraggio dello stato di salute degli assistiti mediante visite domiciliari, *follow up* telefonici anche con l'utilizzo della telemedicina;
- presidiare i cambiamenti dello stato di salute della persona, cercando di evitare momenti critici di dispersione delle informazioni cliniche.

Il Patto per la Salute 2019-2021 promuove una maggiore accessibilità e omogeneità dell'assistenza territoriale attraverso la figura dell'IFeC. Si determina così una ridefinizione organizzativa in ambito territoriale per l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico delle persone più fragili e affette da patologie croniche, nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno.

Triage: il Lazio è la prima regione ad adottare i nuovi codici

Da gennaio 2020, il Lazio è stata la prima regione italiana ad aver adottato il nuovo triage ospedaliero che, dai codici a colore, è passato a quelli numerici.

Non si tratta di un semplice adempimento o “spacchettamento” del sistema dei codici a colori, ma rappresenta un nuovo processo di codifica nel quale si ridefiniscono i tempi massimi di attesa, la definizione clinica del paziente e i parametri vitali, per l’attribuzione finale del codice numerico.

Il cuore del nuovo sistema di triage ospedaliero prevede il passaggio dai consueti 4 Codici a colore (rosso, giallo, verde e bianco) al nuovo sistema a 5 Codici numerici (dall’1 al 5) nel quale: 1 è “l’emergenza”, 2 “l’urgenza”, 3 “l’urgenza differibile”, 4 “l’urgenza minore” e 5 “la non urgenza”. I codici 1, 2 e 3 sono a “medio/alta intensità di cure”, mentre 4 e 5 a “moderata-bassa intensità”.

I nuovi Codici si inseriscono in un percorso di attenzione nei confronti della Rete dell’emergenza e sono accompagnati dal Decreto gestione del sovraffollamento in attuazione dell’Accordo Stato-Regioni del 1 agosto scorso.

“È stato svolto un lavoro molto complesso di formazione e sperimentazione - ha spiegato **Alessio D’Amato**, Assessore alla Sanità e all’Integrazione sociosanitaria della Regione Lazio - che ha coinvolto oltre 100 operatori di tutte le strutture pubbliche e accreditate e che consentirà di migliorare la profilatura dei pazienti rispetto alle priorità di accesso, riducendo così il pericolo di accumulo di pazienti con un potenziale clinico evolutivo. Un

lavoro che cambierà radicalmente la presa in carico dei pazienti nella rete dell’emergenza e la catena di responsabilità. Inoltre, non va dimenticato che il risultato positivo di bilancio dell’anno passato di circa 6 milioni di euro è stato completamente reinvestito nella Rete dell’emergenza”.

Le prime attivazioni dei nuovi codici di triage si sono avute negli ospedali della Asl Roma 1: il Santo Spirito, il San Filippo Neri e l’Oftalmico con il suo pronto soccorso specialistico e, via via, negli altri. “Dopo l’adeguamento informatico dei sistemi dei Pronto Soccorso e la corretta formazione del personale - ha concluso D’Amato - ora scatta il conto alla rovescia per l’adozione del nuovo sistema. Nel Lazio, negli ultimi dieci anni, vi è stata una progressiva e graduale diminuzione degli accessi totali nei Pronto Soccorso, scesi di 200 mila unità. Circa l’88% vi ha registrato una permanenza inferiore alle 12h. Ma, al contempo, vi è stato un aumento della complessità, in particolare per quanto riguarda i codici gialli e rossi”.



TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempo massimo di attesa				
Codice		Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
Numero	Colore			
1	ROSSO	EMERGENZA	INTERRUZIONE O COMPROMISSIONE DI UNA O PIÙ FUNZIONI VITALI	ACCESSO IMMEDIATO
2	ARANCIONE	URGENZA	RISCHIO DI COMPROMISSIONE DELLE FUNZIONI VITALI. CONDIZIONE CON RISCHIO EVOLUTIVO O DOLORE SEVERO	ACCESSO ENTRO 15 MINUTI
3	AZZURRO	URGENZA DIFFERIBILE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CON SOFFERENZA E RICADUTA SULLO STATO GENERALE CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI COMPLESSE	ACCESSO ENTRO 60 MINUTI
4	VERDE	URGENZA MINORE	CONDIZIONE STABILE SENZA RISCHIO EVOLUTIVO CHE SOLITAMENTE RICHIEDE PRESTAZIONI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE SEMPLICI MONO-SPECIALISTICHE	ACCESSO ENTRO 120 MINUTI
5	BIANCO	NON URGENZA	PROBLEMA NON URGENTE O DI MINIMA RILEVANZA CLINICA	ACCESSO ENTRO 240 MINUTI

Audizione FNOPI al Senato per l'Infermiere di Famiglia

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) è il responsabile delle cure domiciliari del paziente. Le cure domiciliari, integrative, continue e sostitutive del ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a ticket, indipendentemente dal reddito.

A stabilirlo, il disegno di legge 1346, "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare" su cui la FNOPI è stata ascoltata in un'audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, il 24 gennaio scorso, attraverso le parole di **Nicola Draoli**, presidente OPI di Grosseto e membro del Comitato centrale della Federazione.

Secondo la FNOPI, sarebbe utile la garanzia di applicazione uniforme in tutte le Regioni e quella di dare le indicazioni per definire l'infermiere di famiglia a infermiere di famiglia/comunità che, così inquadrato, è un professionista agente su livelli: individuali, familiari e comunitarie.

Per mettere a regime il modello, è importante che l'IFeC abbia un bacino di popolazione di riferimento stabilito, variabile a seconda dei contesti geografici e demografici, che racchiuda tutti e non solo persone già inserite in un registro di cronicità e bisogno assistenziale.

Divenga un riferimento riconoscibile e raggiungibile liberamente, sia da quella popolazione di riferimento, che dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta che hanno in carico quella stessa popolazione.

Secondo i dati, dove il modello è già attivo, l'IFeC evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicanze, promuove auto-cura e consapevolezza, generando appropriatezza economica oltre clinica, proprio partendo dall'educazione al singolo e alle comunità; armonizza i percorsi, diminuisce i contenziosi e risponde ai bisogni delle persone che, dopo brevi esperienze di ospedalizzazione, necessitano di lungo supporto assistenziale, a volte coincidente con la vita stessa delle persone.

L'IFeC mantiene un più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità. Ha un impatto anche nell'attività educativa e di auto-addestramento, non solo dei pazienti ma anche dei *caregiver*. Inoltre, l'IFeC può anche rappresentare una soluzione per quanto riguarda l'assistenza nelle cosiddette "aree interne": si tratta della cura di oltre 1/3 del territorio italiano e la collaborazione tra IFeC sul territorio, per il sostegno in

quelle zone oggi spopolate, è pure uno strumento utile alla riduzione delle disuguaglianze.

Tuttavia, l'atavica carenza di infermieri, nell'ottica della realizzazione dell'IFeC, assume anche maggior rilevanza.

Sul territorio, per rispondere ai bisogni di salute degli oltre 24 milioni di cittadini con patologie croniche o non autosufficienza, la FNOPI ha calcolato la necessità media di almeno un infermiere ogni 500 assistiti: ovvero, circa 20mila IFeC.

Il Ddl all'esame del Parlamento dovrebbe consentire a tutti i cittadini di poter usufruire dei vantaggi descritti e, al Sistema Sanitario Nazionale di garantire un'organizzazione maggiormente appropriata, mirata non solo alla cura e all'assistenza, ma anche alla prevenzione, sostegno e indirizzamento non solo delle persone croniche.

STRESS E BURNOUT

Parte il corso on line gratuito tenuto da Massimo Picozzi

Con il patrocinio delle quattro Federazioni FNOPI, FNOPO, FNOMCeO e TSRM-PSTRP e della Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale, dal 15 maggio è on line il corso dello psichiatra Massimo Picozzi per prevenire stress e *burnout* dei professionisti della Salute.

Il corso è gratuito, è accessibile dai siti istituzionali delle Federazioni coinvolte, e rappresenta, come ha spiegato il suo ideatore: "Un vero e proprio Dispositivo di Protezione Individuale psicologico per qualunque sanitario che lavora in area critica, oltre che per quelli in prima linea contro il COVID-19". Gli obiettivi del corso (articolato su cinque lezioni che danno 10 crediti ECM) sono quelli di individuare strategie finalizzate a prevenire e gestire le varie forme di disagio psicologico che possono manifestarsi nei contesti sanitari e sociosanitari. Ma anche di definire il *burnout* riconoscendone i sintomi, e di acquisire conoscenze rispetto alla sindrome *Compassion Fatigue* e di come si manifesta, individuando quei fattori che concorrono allo sviluppo del disturbo post traumatico da stress (PTSD) ed i relativi sintomi.

Il corso ha come provider e segreteria organizzativa Format (info@formatsas.com; www.formatsas.com) e il link diretto è: <https://bit.ly/2WqjPRr>

La mozione FNOPI votata all'unanimità e sottoscritta dal Ministro della Salute, Speranza

Il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di un'inversione di tendenza per assistere i cittadini sul territorio: questo, in sintesi, il senso della mozione votata all'unanimità dai 102 presidenti degli OPI nazionali, sabato 15 febbraio, in occasione del Consiglio nazionale FNOPI.

Un Consiglio che si è svolto alla presenza del Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, intervenuto per: "sottoscrivere la mozione, avendovi trovato tutti gli aspetti che servono davvero a caratterizzare un SSN efficiente, universale e di qualità, quale è il nostro".

Il Ministro Speranza ha manifestato gratitudine verso gli operatori sanitari che, specie in queste settimane, stanno affrontando il rischio coronavirus nella *task force* del Ministero, negli ospedali e sul territorio per tutelare la salute dei cittadini.

"Il SSN - ha detto - è la cosa più importante che abbiamo e dobbiamo difenderlo con il coltello tra i denti. Va difeso su tre aspetti fondamentali da affrontare insieme: risorse, riforme e digitalizzazione per accelerare il futuro. Nel metodo bisogna saper ascoltare, perché chi ascolta sa decidere meglio e affrontare ogni argomento. Nel merito, le risorse non sono una spesa, visto che la salute è un diritto fondamentale: sono un investimento sulla qualità della vita delle persone. La nostra prima sfida - ha spiegato - è fermare la stagione dei tagli e aprire ai finanziamenti. Lo abbiamo fatto con l'aumento di 2 miliardi del fondo e altri 2 per l'edilizia sanitaria. Il presidente Conte ha anche assicurato un investimento di almeno 10 miliardi entro fine legislatura".

Questo, senza contare le riforme da attuare.

Tra le prime, un nuovo modello di programmazione della spesa,

senza tetti "che danno illusione di risparmio, ma non consentono di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini".

E ha indicato come punto di maggiore sofferenza proprio il personale del SSN, costretto da tagli e risparmi, che solo ora, con le previsioni della legge di bilancio, può ricominciare a respirare. "Poi, dobbiamo realizzare una relazione positiva tra territorio e ospedale per la nuova demografia in Italia, cronica e anziana. In questo, gli ospedali di Comunità e l'infermiere di famiglia sono due risorse essenziali per il territorio".

Dal canto suo, la prima richiesta della FNOPI nella mozione che il Ministro ha condiviso è di applicare in fretta il Patto per la Salute perché: "l'obiettivo della professione infermieristica è rendere coerente l'esercizio professionale, con le competenze acquisite nel corso degli anni con uno percorso di studi rigoroso, specifico e in continua evoluzione, che necessita anche di una profonda revisione dei percorsi didattici, alla luce della nuova epidemiologia della popolazione e della necessità improcrastinabile di avere infermieri specializzati".

"Il Patto per la salute - ha risposto Speranza - è un patto istituzionale ed è solo la prima 'mattonella' del sistema. Ora serve un grande 'patto sociale': è questa la sfida del 2020 che devono raccogliere tutti, non solo i professionisti, ma anche le imprese, le Università e il Terzo settore".

I presidenti dei 102 Ordini, in rappresentanza di 450 mila professionisti, hanno indicato tre punti per valorizzare la professione: l'emergenza-urgenza-118; l'"immediata" realizzazione in tutte le Regioni dell'Infermiere di Famiglia/Comunità; l'approvazione certa dell'Ospedale di Comunità. Quindi, sollecitano la revisione degli ordinamenti didattici, per prevedere una serie di



novità nei Corsi di Laurea triennale e Lauree magistrali (anche a indirizzo clinico), chiedendo sostegno al Ministro, e puntando sull'ECM basato su regole comuni e condivise e su principi di efficacia, trasparenza e indipendenza da interessi commerciali. "Queste priorità e desiderio di riorganizzazione - ha detto la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - sono scerve dal desiderio di esproprio di professionalità o invasione di competenze altrui: nessun professionista vuole fare il lavoro di altri, nessuno che ha scelto una disciplina intende confonderla con quella di altri". Anzi: i 102 presidenti presenti hanno dato mandato alla Federazione di rappresentarli ai tavoli di analisi e discussione, multi-istituzionali e multiprofessionali, per giungere a un'organizzazione condivisa dei servizi e dell'assistenza che non sia solo di facciata e ancorata a vecchi schemi ormai lontani dai bisogni reali, ma la base per costruire un nuovo ed efficiente modello di SSN. "Non sostenere questo percorso - ha sottolineato Mangiacavalli - vuol dire sprecare risorse e competenze, negare sviluppo, innovazione e cambiamento di cui ha bisogno il SSN. Intendiamo portare avanti il diritto al futuro della professione infermieristica, di un'assistenza accessibile, equa, sicura, universale e solidale, senza accettare prese di posizione, deroghe o tempi di attesa".

Al ministro Speranza, i ringraziamenti ufficiali del Consiglio nazionale degli infermieri per: aver costituito la Consulta delle professioni sanitarie e sociosanitarie nella quale gli chiedono di essere garante che, al suo interno, tutte le professioni abbiano stesso valore e diritti; l'aumento del fondo sanitario nazionale;

lo sblocco delle assunzioni; il nuovo finanziamento dell'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico; l'abrogazione imminente del superticket; l'approvazione del Nuovo Patto per la Salute 2019-2021; l'impegno per la sicurezza degli operatori e la buona gestione della crisi legata all'emergenza coronavirus.



Il Governo potenzia il territorio e istituisce "per legge" l'Infermiere di Famiglia

Il Decreto Rilancio, siglato nella notte del 13 maggio, apre le porte al territorio. E lo fa anche secondo alcune linee che la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) chiede ormai da tempo, prevedendo un aumento degli organici.

La misura prevista per gli infermieri, infatti, è di 8 ogni 50mila abitanti. Ovvero, 9.600 in più: ci si avvicina alla cifra che la FNOPI aveva già sottolineato come necessaria per dare il via alla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in tutta la penisola durante la pandemia da coronavirus (anche se a regime, secondo la Federazione, ne serviranno almeno 20mila).

In un primo tempo, le assunzioni sono previste fino a fine anno, poi, dal 2021, saranno stabilizzate a tempo indeterminato. "Un passo, questo - ha spiegato la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - che riconosce la necessità già scritta da Governo e Regioni nel Patto per la salute 2019-2021 di introdurre a pieno titolo la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, non solo come supporto alla prima linea di COVID-19 che si sposta ormai sul territorio, ma anche per l'assistenza sempre necessaria a cronici e fragili non-Covid".

L'IFeC è una figura che, con il Decreto Rilancio, viene confermata e istituita "per legge", aprendo la porta alla sua istituzione omogenea su tutto il territorio nazionale specificatamente per il miglioramento dell'assistenza.

Dove è già attivo, infatti (dal 2004, in Friuli-Venezia Giulia, ma pure in Toscana che lo affianca già in micro-équipe ai medici del territorio e altre Regioni che ne hanno deliberato l'introduzione: Piemonte, Liguria, Lazio ecc.), ha già dato risultati eccellenti: riduzione del 20% dei "codici bianchi" al pronto soccorso, del 10% delle ospedalizzazioni, interventi più rapidi sul territorio con una riduzione dei tempi di percorrenza dal 33 al 20%, maggior

gradimento dei cittadini.

Certo, si tratta di un primo passo. Un passo a cui deve seguire un ampliamento della figura di questi professionisti che deve essere da subito ben definita, strutturata e riconosciuta a livello formativo. È necessario andare avanti con un modello di assistenza in cui Governo e Regioni prevedano l'organizzazione omogenea sul territorio di queste nuove forze. Per farlo, la FNOPI e tutti gli Ordini delle Professioni Infermieristiche nazionali, come sempre, sono pronti alla collaborazione più ampia con le istituzioni.

Eppure, leggendo bene tra le righe del Decreto, c'è una questione che va risolta in fretta, per non farsi trovare impreparati un'altra volta. Se è giusto e indispensabile prevedere nuovi posti di terapia intensiva, è altrettanto indispensabile prevedere un ampliamento dell'organico per assicurare l'assistenza di cui c'è bisogno in un settore così delicato. Gli standard nazionali e internazionali indicano che, per ogni 8 posti letto di terapia intensiva, sono necessari 24 infermieri e ben 12 per ogni 8 posti letto di terapia sub-intensiva. Insomma, circa 17mila infermieri in più (senza considerare le carenze attuali) in funzione solo dei nuovi posti previsti dal Decreto.

Secondo gli standard internazionali, per ridurre il rischio di mortalità del 20-30%, ogni infermiere dovrebbe assistere, in media, non più di 6 pazienti, ma ci sono regioni dove il rapporto raggiunge 1:16 e, comunque, non si scende mai sotto il rapporto 1:9. E per le terapie intensive il dato è più rigido: un infermiere specializzato in emergenza, per garantire un'assistenza all'altezza della gravità dei ricoveri, dovrebbe seguire, al massimo, poco più di un paziente e 2 in sub-intensiva. Oggi, gli OPI nazionali non smettono di gridarlo: il personale è insufficiente e i pazienti rischiano di restare soli.



Come accedere al Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri

Sul sito ufficiale della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (www.fnopi.it) è possibile accedere a tutte le informazioni utili per accedere al Fondo di solidarietà voluto dalla FNOPI per sostenere, anche economicamente, tutti gli infermieri colpiti nella lotta al COVID-19.

All'indirizzo www.noicongliinfermieri.org/il-fondo-di-solidarieta, c'è tutta la modulistica, con gli indirizzi a cui spedire la domanda.

Partendo da tre categorie (gli infermieri guariti da riabilitare; gli infermieri in quarantena e lontani da casa; gli infermieri deceduti), il Fondo si propone di durare nel tempo, perché la crisi non è affatto finita e i suoi effetti avranno una lunga durata su tutti e, in special modo, sugli operatori sanitari.

La particolarità di questo Fondo è che, alla classica attività di raccolta delle donazioni, si affianca l'immediata erogazione di contributi agli infermieri in possesso dei requisiti individuati dal regolamento approvato dal Comitato centrale FNOPI.

Da aprile è già stato possibile presentare domanda di contributo, utilizzando i modelli presenti nella sezione *download* della piattaforma (già organizzati per ciascuna area di intervento) e in-

viando tutta la documentazione necessaria alla Federazione tramite Pec (federazione@cert.fnopi.it) o raccomandata con ricevuta di ritorno o raccomandata con ricevuta di ritorno (a: **Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche - via Agostino Depretis 70, 00184, Roma**).

Potranno usufruire dell'indennizzo economico: gli infermieri in quarantena per positività a coronavirus (si prevede un contributo forfetario giornaliero); gli infermieri gravemente ammalati causa COVID-19, compresi i liberi professionisti (copertura di spese post dimissione e di riabilitazione); gli infermieri bisognosi di supporto psicologico a seguito di servizio in reparti COVID-19 (copertura delle spese di supporto psicologico); le famiglie (coniugi, genitori e figli) degli infermieri deceduti causa coronavirus, per cui è previsto un indennizzo "una tantum", su base incrementale a seconda della numerosità del nucleo familiare.

Data la bontà dell'iniziativa, numerosi sono stati anche i vip (molti i capitolini) che hanno immediatamente raccolto l'appello della FNOPI per dare una "spinta" alla campagna: tutti i loro video-appelli sono disponibili nella sezione "Galleria Video" della piattaforma www.noicongliinfermieri.org, per condividerli con i propri contatti e incrementare la raccolta.

**SEI UN
INFERMIERE
COLPITO NELLA
LOTTA CONTRO
IL COVID-19?**

Scopri come
accedere al fondo
di solidarietà

SCOPRI DI PIÙ



#NOICONGLIINFERMIERI

Forum sul *Risk Management* e Libera Professione OPI Roma offre la consulenza dedicata

La "giusta remunerazione" della prestazione professionale è condizione necessaria per garantire la qualità e soprattutto la dignità del lavoro dei professionisti.

Di questo e di molto altro si è discusso durante la Giornata nazionale sulla Libera professione organizzata a Firenze nell'ambito del Forum sul *Risk Management*, dove politici ed esperti del settore hanno interagito con la Federazione nazionale degli Ordini degli infermieri (FNOPI).

Portavoce degli infermieri liberi professionisti è stato **Francesco Scerbo**, consigliere OPI Roma e componente dell'Osservatorio sulla Libera Professione FNOPI: "Oggi, non ci viene chiesto più di occuparsi solo del paziente, ma di prendere in carico anche i suoi *caregiver*, la famiglia. Eppure, il compenso, in molti casi, non premia la qualità del servizio. È necessario, pertanto, monitorare e verificare il rispetto della legge che lo prevede".

Nell'occasione, il Viceministro della Salute, **Pierpaolo Sileri**, ha illustrato gli obiettivi dei due disegni di legge per i quali, passato il momento dell'iter della legge di bilancio, chiederà al Parlamento di procedere rapidamente: quello sulla libera professione intramoenia degli infermieri e quello sull'Infermiere di Famiglia e di Comunità. "Una mancanza che è un vero e proprio vuoto legislativo da colmare - ha detto -. Non ha senso che, in una équipe dove il medico svolge questo tipo di attività, l'infermiere che lo affianca si identifichi con un altro tipo di impegno professionale. Proprio lui che rappresenta il fulcro del Ssn su cui poggia il rapporto ospedale-territorio-cronicità". "Di fronte all'aumento della cronicità, il nostro Ssn deve acquisire, anche grazie agli infermieri, maggiore vicinanza alle persone", ha aggiunto **Paola Boldrini**, senatrice della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama. Per farlo, anzitutto va colmata la carenza infermieristica, riconosciuta anche a livello internazionale.

Nel triennio 2015-2018, gli infermieri liberi professionisti sono aumentati di quasi 16mila unità, sfiorando oggi le 80mila (si consideri che, nel 1998, alla nascita del loro ente di previdenza, l'Enpapi, gli iscritti erano poco meno di 700). Ergo, in tre anni, le pensioni erogate sono passate da 2,5 milioni a poco meno di 4,2 milioni.

La categoria ha risentito delle crisi: i dati registrano un calo del volume di affari di circa 8mila euro l'anno dal 2009, ultimo anno in cui nel Ssn non c'erano tagli e Piani di rientro e, nello stesso periodo, è sceso di una media di 7mila euro l'anno anche il reddito professionale. "Dobbiamo dare attuazione alla legge e vogliamo che si convochi, al più presto, un tavolo con le professioni per stabilire percorsi virtuosi e stoppare l'erogazione

di compensi spesso da fame", ha detto al Forum toscano **Chiara Gribaudo**, della Commissione Lavoro della Camera.

La professione infermieristica si caratterizza come "professione intellettuale" ai sensi degli artt. 2229 e ss. del Codice Civile (C.C.) e il campo proprio di attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1, com.2, Legge 42/99, è determinato dal Profilo professionale, dal Codice Deontologico e dagli Ordinamenti didattici della formazione di base e post base.

Gli infermieri che decidono di esercitare l'attività in regime autonomo devono fare riferimento alle regole fondamentali di buon comportamento, avendo contezza della responsabilità assunta nei confronti del cliente, dei colleghi e della categoria.

Essere libero professionista significa: "operare in regime di autonomia organizzativa e libertà di scelta metodologica e scientifica, nel rispetto delle regole della concorrenza e delle norme del Codice Deontologico".

L'OPI di Roma, a garanzia dei cittadini, degli iscritti ed in ottemperanza alle indicazioni della Federazione Nazionale, ha pubblicato l'elenco degli infermieri libero professionisti iscritti all'Ordine di Roma.

Per essere inserito nell'elenco dei liberi professionisti è necessario compilare la scheda "Anagrafica Libera Professione", disponibile e compilabile on-line, con dati personali e professionali già registrati presso l'Ordine, oltre a quelli che vuol far pubblicare. Aggiornato il profilo anagrafico, la scheda va stampata e inviata, esclusivamente con PEC personale, a **liberaprofessione@pec.ipasvi.roma.it**

Per la registrazione è necessario: numero di iscrizione all'Albo, Codice fiscale, un indirizzo mail e un indirizzo PEC personale.

L'OPI di Roma offre un servizio gratuito di consulenza a tutti i colleghi liberi professionisti o a coloro che vogliono intraprendere tale percorso professionale: il lunedì ed il giovedì, dalle ore 16 e previo appuntamento, si potrà richiedere una consulenza "libera professione".

Tutto, inviando una richiesta all'indirizzo: ordine@opi.roma.it

A novembre 2019 celebrato il Congresso AIT

Sabato 30 novembre 2019, in collaborazione con l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI di OPI Roma, si è svolto l'annuale Congresso Nazionale AIT (Associazione Infermieristica Transculturale). Al Policlinico Agostino Gemelli, l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ha ospitato questa edizione dedicata alla "Mobilità infermieristica: evidenze, strumenti e soluzioni" (*"Global nurse migration. Trends, tools and evidence"*). Oltre al presidente AIT, **Alessandro Stievano**, sono intervenuti il Direttore scientifico CECRI, **Gennaro Rocco**, e il Presidente e Direttore Generale Commissione per le lauree infermieristiche nel mondo verso gli USA (CGFNS International), **Franklin A. Shaffer**.

Il percorso formativo del Congresso AIT si è proposto di fornire un quadro esaustivo della situazione immigratoria infermieristica nel mondo. Ovviamente, senza trascurare la realtà immigratoria europea ed italiana, focalizzandosi sulle soluzioni per non depauperare i Paesi meno abbienti di importanti risorse professionali. Per l'occasione, è stato analizzato il Dossier Statistico Immigrazione 2019, realizzato da Idos in partenariato con Confronti (assieme all'UNAR e con il sostegno dei fondi 8xmille della Tavola Valdese).

Dopo i saluti della presidente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**, e della Dirigente Professioni Sanitarie "A.Gemelli", **Lucia Zaino**, è iniziata la prima sessione della Giornata (*"Mobilità infermieristiche: evidenze, strumenti e soluzioni"*), moderata da Gennaro

Rocco e **Loredana Fabriani**, Direttrice CdL in Infermieristica Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini-Università La Sapienza, Roma. Hanno preso la parola: Franco Pittau, past President IDOS-Dossier Statistico Immigrazione, con: "Il contesto immigratorio in Italia: quali evidenze dal Dossier statistico immigrazione 2019" e Filippo Gnolfo, Direttore UOSD Salute migranti a valenza interdistrettuale, ASL Roma 1, con: "Diversità e disuguaglianze di salute".

Nella seconda parte (*"Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri in Italia"*), moderata da Maria Ymelda Tolentino Diaz, dottoressa di ricerca "Malattie Infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica"-Università La Sapienza, Roma e consigliere AIT e José Vattakottayil Philip, infermiere esperto in Transculturale, membro Consiglio direttivo AIT, hanno relazionato: Alessandro Da Fre, Coordinatore infermieristico-Ufficio Formazione ARES 118 Roma, con: "Infermieristica, diversità e cambiamento digitale nella pratica"; Ewa Jagiela, infermiera, docente CdL in Infermieristica Azienda Ospedaliera San Giovanni-Università La Sapienza, Roma, con: "Convivere nella diversità: confrontarsi con il diverso sul posto di lavoro" e Annalisa Barbato, studente CdL Magistrale in Infermieristica e Ostetricia Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini-Università La Sapienza, Roma, con: "Relazioni e descrizione dell'acculturazione e della salute mentale negli infermieri stranieri in Italia: uno studio osservazionale e multicentrico".

Considerazioni finali affidate ai professori Shaffer e Stievano.



Il Joanna Briggs Institute encomia gli infermieri Italiani

Dal 2018, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma, unico in Italia, è entrato a far parte dei gruppi di ricerca affiliati al prestigioso Joanna Briggs Institute (JBI), storica organizzazione internazionale di ricerca e sviluppo che collabora con quasi 100 centri/gruppi nel mondo.

In questo particolare periodo dedicato all'emergenza da COVID-19, il JBI ha voluto far pervenire un messaggio di ringraziamento agli infermieri italiani, poi diffuso su tutti i canali social.

Eccolo: *"Thank you to all Italian nurses who devote their minds and hearts to the care of patients in this difficult time;*

in suffering, they are their relief, in tiredness, they are their strength, in solitude, they are their caressing comfort". ("Grazie a tutti gli infermieri italiani che assistono con mente e cuore i pazienti in questi tempi così difficili: nella sofferenza sono il loro sollievo; nella stanchezza sono la loro forza; nella solitudine sono la carezza che li conforta").



La Giornata della Memoria per gli infermieri morti durante il COVID-19

Lunedì 11 maggio, vigilia della Giornata internazionale dell'Infermiere, l'International Council of Nurses (ICN), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e Nursing Now hanno incoraggiato le persone a prendere parte a un momento di riflessione per onorare la memoria di infermieri e operatori sanitari tragicamente morti a causa del COVID-19.

Tanti, da tutto il mondo, hanno preso parte a questo momento globale di riflessione, condividendo una delle cartoline social realizzate per l'occasione, accompagnandole all'hashtag #RememberHealthHeroes. O anche solo hanno condiviso una foto con una candela accesa (sempre accompagnata dallo stesso hashtag), o registrando un breve video personale o dei colleghi accendendo una candela e/o usando la luce del proprio cellulare.



Mascherine e DPI, l'Ordine al fianco di Onlus e Associazioni

La Federazione nazionale FNOPI e il Ministero della Salute, in collaborazione con la Protezione Civile, hanno messo a punto un piano di consegna di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) che ha coinvolto tutti gli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche.

L'OPI di Roma, nel quadro di un programma congiunto di prevenzione della diffusione dell'infezione COVID-19 tra la popolazione meno abbiente della Capitale, durante il periodo di quarantena, ha consegnato migliaia di mascherine.

Un'azione di importante valore socio-sanitario, dato che, affidandole a Associazioni, Onlus e Case-famiglia, l'OPI di Roma ha contribuito ad aiutare persone senza fissa dimora, ragazzi ed anziani in difficoltà. Senza dimenticare gli Istituti religiosi (Confraternita Misericordia S. Maria Goretti; Suore Oblate del Santuario San Vittore), le carceri (Complesso Polipenitenziario Rebibbia e Casa Circondariale Civitavecchia) e le mense (quella di via Dandolo, ad esempio). Perché, proprio in questo momento, è importante restare uniti e non lasciare nessuno da solo.

Dalle Case-famiglia (L'accoglienza, E.C.A.S.S.; Magna Grecia; Viva gli Anziani-Sion; Fonteiana; di Ostia; per anziani di Pratomagno; di via Anicia; degli Amici) alle Stazioni (Termini; Tiburtina; Ostiense e San Pietro); dal Gruppo Asperger Lazio Odv e l'UFHA-Unione Famiglie Handicappati alle associazioni (Perla-onlus; Spes Contro Spem; Nuova Scuola serena; Il Tamburo;

Fondazione Italiana verso il futuro; volontari Televita; Casa al plurale e Oltre lo sguardo). Dall'Assistenza ad anziani Progetto "Viva gli anziani" (di San Giovanni, Esquilino, Trastevere, Testaccio) alle Comunità (di Sant'Egidio; Mondo Nuovo; Capodarco Roma; l'Arcolano della Speranza; Roma Si Studio Infermieristico), passando per le Cene itineranti ed assistenza (del Salario, Verano, nomen-tano, Policlinico e Repubblica), l'OPI di Roma raccoglie il plauso della comunità e gli attestati di ringraziamento per la sensibilità mostrata. "Per noi è un modo per essere accanto a chi ha più bisogno - ha commentato la Presidente **Ausilia Pulimeno** -. Ma è pure il prosieguo del lavoro sinergico già avviato con molti degli enti no-profit coinvolti in questa iniziativa".



Pnae, Immacolata Dall'Oglio è il nuovo vice Coordinatore

Il PNAE, il *network* delle Associazioni di Infermieristica Pediatrica in Europa, nell'ultimo incontro del 2019 che si è svolto in Croazia, ha nominato il nuovo Coordinatore, la professoressa Jane Coad (Gran Bretagna), e il nuovo vice Coordinatore, la collega **Immacolata Dall'Oglio**, in forze all'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Per l'occasione, si è deciso di inserire anche una nuova figura di "segretario", al fine di supportare le attività di reportistica dei meeting e dei vari materiali e documenti che vengono condivisi. Per i prossimi due anni, sarà Jean Davies (UK).

Questa nomina italiana è stata frutto di un costante lavoro all'interno del PNAE, che Immacolata ha potuto condividere nel tempo, prima, con Simona Calza (Istituto Gaslini- Genova) e poi con Orsola Gawronski (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù).

Il PNAE è nato nel 2003 in Olanda e, via via, è cresciuto il numero dei Paesi europei che vi sono afferiti: a oggi i membri sono 19. L'Italia ha iniziato la sua partecipazione al PNAE nel 2004 al meeting di York in Gran Bretagna.

La Federazione IPASVI prima e la FNOPI ora hanno sempre attivamente sostenuto questa partecipazione internazionale, a cominciare dal primo incontro proposto dalla professoressa Sasso, e per i nuovi impegni che si sono prospettati, condivisi con l'attuale presidente Mangiacavalli e gli altri componenti del Comitato Centrale.

Tre sono stati i meeting PNAE tenutisi in passato in Italia (Roma 2006 e 2015) e Napoli (2017). Ogni volta sono stati una preziosa occasione di condividere con i colleghi Europei la realtà dell'assistenza in pediatria in Italia e le esperienze italiane più innovative e di ascoltare la voce degli altri Paesi. L'obiettivo del PNAE è di riunire le diverse associazioni di infermieri che si occupano dell'assistenza ai bambini e i giovani adulti. Il fine è di migliorare la cura rivolta a bambini e adolescenti in tutto il mondo, favorire l'adesione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, per promuovere e difendere la salute, il benessere e lo sviluppo dei bambini. Il PNAE quindi si propone di stimolare la comunicazione e la relazione tra gli infermieri pediatrici per migliorare l'assistenza a tutti i bambini.

Il prossimo impegno del PNAE è il V Congresso internazionale che si terrà in Estonia il 21 e 22 maggio 2021.

Info: <https://pnae2020.org/>

**NOI
INFERMIERI
ADESSO
ABBIAMO
BISOGNO
DI TE**



Fai la differenza.

 **FNOPI**
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
#NOICONGLIINFERMIERI

Dona ora.

DONA SU WWW.NOICONGLIINFERMIERI.ORG
O CON IBAN IT91P0326803204052894671510
CAUSALE: FONDO DI SOLIDARIETÀ NOI CON GLI INFERMIERI

Vaccinazione per la prevenzione dell'herpes zoster nelle persone anziane

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

Sintesi della revisione di: Gagliardi A.M, Andriolo BN, Torloni M.R, Soares BG, de Oliveira Gomes J, Andriolo R.B, Canteiro Cruz E, "Vaccines for preventing herpes zoster in older adults". *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Nov 7; 2019(11). doi: 10.1002/14651858.CD008858.pub4

BACKGROUND

L'herpes zoster, comunemente conosciuto come fuoco di Sant'Antonio, è una malattia neuro-cutanea causata dalla riattivazione del virus della varicella che rimane latente nei gangli sensitivi craniali e della colonna vertebrale delle persone che hanno contratto precedentemente la malattia. Quindi, chiunque abbia contratto la varicella può sviluppare l'herpes zoster; tuttavia, esso è più frequente nelle persone adulte immunodepresse e nella popolazione anziana.

Infatti, molti studi dimostrano che l'incidenza dell'herpes zoster aumenta con l'età; va, ad esempio, dal 5/1000 nelle persone over 50, fino all'11/1000 negli over 75 anni.

Esso si manifesta inizialmente con prurito, intorpidimento, formicolio, arrossamento e successivamente con vescicole cutanee lungo il dermatomero innervato dal ganglio nervoso interessato, con forti dolori che possono durare molte settimane o mesi, compromettendo in modo significativo la qualità della vita della persona che ne viene colpita. La localizzazione più frequente è a livello toracico, ma nel 10-20% può colpire anche la branca oftalmica del nervo trigemino con complicanze oculari, quali la cheratite

neurotrofica. La complicanza più frequente è, tuttavia, la nevralgia post-erpetica, che persiste per mesi dopo l'insorgenza dell'herpes zoster.

Attualmente, sono disponibili due tipi di vaccini per prevenire l'herpes zoster: uno composto dal virus vivo attenuato (LZV), che viene generalmente somministrato per via sottocutanea in un'unica dose, e l'altro ricombinante adiuvante (RZV) che contiene una piccola frazione del virus, somministrato per via intramuscolare in due dosi a distanza di due mesi.

I vaccini hanno lo scopo di attivare la produzione di cellule T specifiche, evitando la riattivazione virale.

I professionisti sanitari, e in particolare gli infermieri, data l'alta incidenza di questa patologia nella popolazione anziana, i sintomi particolarmente fastidiosi, e le complicanze, dovrebbero essere in grado di informare correttamente le persone nei vari contesti di cura e promuovere il ricorso alla prevenzione vaccinale.

In Italia, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-19 prevedeva l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione antierpetica nelle persone over 64 o nei soggetti a rischio over 50, attraverso la somministrazione di una singola dose del vaccino vivo attenuato.

Tuttavia, alcuni studi segnalano che la copertura vaccinale per l'herpes zoster negli anziani è molto bassa, assai inferiore all'obiettivo del raggiungimento della copertura minima del 50% definita dal PNPV.

Dubbi sulla reale efficacia e la preoccupazione per possibili effetti avversi dei vaccini possono ostacolare l'aderenza alla prevenzione vaccinale nella popolazione anziana.

La recente revisione Cochrane, pubblicata nel 2019 che aggiorna la precedente prodotta nel 2016, fornisce ulteriori evidenze sull'efficacia e sicurezza della vaccinazione anti-herpes zoster.

OBIETTIVI

La revisione di Gagliardi et al. (2019) ha avuto lo scopo di valutare l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione per prevenire l'insorgenza di herpes zoster nelle persone over 60.

METODI

Sono stati inclusi i *trial* clinici randomizzati (RCT) e quasi RCT pubblicati in qualsiasi lingua, condotti su adulti over 60 anni non immuno-compromessi.

Gli studi potevano prendere in considerazione interventi che confrontavano il

vaccino anti-herpes zoster con il placebo, le diverse vie di somministrazione (intramuscolare, sottocutanea, intradermica) e di modalità di conservazione del vaccino (refrigerazione vs congelamento), le varie composizioni del vaccino, i diversi tipi di intervallo di somministrazione, il numero di dosi (dose singola vs multipla) e il confronto con somministrazioni concomitanti di altri vaccini.

Gli esiti studiati sono stati l'incidenza di herpes zoster diagnosticato secondo i criteri clinici e/o di laboratorio stabiliti dagli studi primari, gli eventi avversi quali morte, disabilità e/o danno permanente insorti dopo la vaccinazione e riferibili ad essa, le reazioni sistemiche e locali, l'abbandono dello studio.

Sono state consultate le seguenti banche dati: registro dei trial clinici Cochrane (gennaio 2019), MEDLINE

(1948-gennaio 2019), Embase (2010-gennaio 2019), CINAHL (1981-gennaio 2019), LILACS (1982-gennaio 2019), WHO ICTRP (gennaio 2019) and ClinicalTrials.gov (gennaio 2019) e le bibliografie degli studi pertinenti, contattando gli autori per ottenere le informazioni non reperite negli articoli e quelli degli studi non pubblicati.

Dopo il reperimento degli studi si è condotta la valutazione della qualità metodologica, l'estrazione dati e le metanalisi utilizzando il manuale metodologico Cochrane.

RISULTATI

La revisione ha identificato un totale di 24 studi clinici randomizzati (11 in più rispetto alla precedente revisione del 2016) condotti in Nord America, Giappone, ed Europa, Italia compresa (Vesikari, 2013).

Nel complesso, gli studi hanno coinvolto 88.531 adulti sani senza comorbidità, immunosoppressione, precedente storia di varicella o di herpes, con un'età media di 68 anni, il 58% di genere femminile e più dell'88% caucasici.

Gli studi hanno arruolato pazienti seguiti in regime ambulatoriale con un *follow up* successivo al tempo 0 (momento della vaccinazione) che variava da 28 giorni a 7 anni dopo la vaccinazione stessa.

L'incidenza dell'herpes zoster fino a tre anni successivi alla vaccinazione è stata inferiore nei partecipanti che avevano ricevuto il vaccino LZV somministrato in un'unica dose per via sottocutanea, rispetto a quelli che avevano ricevuto il placebo (RR 0,49, 95% CI 0,43-0,56, RD 2%; evidenza di qualità moderata).

I vaccinati con il ricombinante adiuvante RZV (due dosi per via intramuscolare, a



due mesi di distanza) hanno evidenziato una minore incidenza di herpes zoster dopo 3,2 anni (RR 0,08, 95% IC 0,03-0,23; RD 3%; NNTB 33; evidenza di qualità moderata) rispetto a chi ha ricevuto il placebo.

Per quanto riguarda la composizione del vaccino, è emerso che essa non condizionava l'incidenza dell'herpes zoster (RR 0,96, 95% IC 0,06-15,17) e che la composizione del virus attenuato vivo della varicella LZV, con potenza superiore, ha evidenziato una maggiore incidenza di herpes zoster rispetto al vaccino di potenza inferiore, anche se i dati non sono statisticamente significativi (RR 2,55, 95% IC 0,12-52,99).

Non si sono evidenziate differenze tra i gruppi vaccinati con LZV e placebo per eventi avversi gravi (RR 1,08, 95% IC 0,95-1,21) o decessi (RR 1,01, 95% IC 0,92-1,11; evidenza di qualità moderata). Il gruppo vaccinato ha presentato un'incidenza più elevata di uno o più eventi avversi sia sistemici (RR 1,71, 95% IC 1,38-2,11; RD 23) che del sito di iniezione (RR 3,73, 95% IC 1,93-7,21; RD 28%; evidenza di qualità moderata) di intensità da "lieve" a "moderata".

I sintomi sistemici emersi dopo la vaccinazione sono stati: prurito, mal di testa,

malessere generale, eruzione cutanea simile alla varicella, eruzione cutanea non correlata all'herpes zoster. Gli eventi avversi insorti nel sito di iniezione sono stati: eritema, prurito, gonfiore, ematoma, dolore e calore più duraturo nel gruppo LZV. La durata dell'eruzione cutanea è stata maggiore nel gruppo placebo.

La somministrazione di LZV per via sottocutanea è stata associata a una maggiore incidenza di eventi avversi rispetto alla somministrazione intramuscolare, ma ci sono stati meno eventi avversi nei partecipanti che hanno ricevuto il LZV utilizzando la via sottocutanea rispetto all'intradermica.

Non si sono evidenziate differenze significative nell'insorgenza di eventi avversi sistemici tra il vaccino LZV refrigerato rispetto a quello congelato; tuttavia, gli eventi avversi nel sito di iniezione sono stati maggiori nel gruppo che ha ricevuto il vaccino congelato (RR 0,77, 95% IC 0,60-0,98).

Non vi è stata alcuna differenza statisticamente significativa di eventi avversi tra i partecipanti che hanno ricevuto le dosi del vaccino LZV a distanza di 2 mesi rispetto a quelli che li hanno ricevuti a distanza di 3 mesi, ma il gruppo che ha ri-

cevuto la monodose ha presentato un'incidenza più elevata di eventi avversi rispetto al gruppo che ha ricevuto 2 dosi, a distanza di 3 mesi.

Per quanto riguarda i vaccinati con RZV, non si sono evidenziate differenze tra i gruppi vaccinati e gruppi placebo nell'incidenza di eventi avversi gravi (RR 0,97, 95% IC 0,91-1,03) o decessi (RR 0,94, 95% IC 0,84-1,04; evidenza di qualità moderata).

Il gruppo vaccinato ha presentato una maggiore incidenza di eventi avversi sistemici (RR 2,23, 95% IC 2,12-2,34; RD 33%) quali: sintomi gastrointestinali, mialgia, fatigue, mal di testa, febbre, brividi e eventi avversi locali (RR 6,89, 95% IC 6,37-7,45; RD 67%) come arrossamento, dolore e gonfiore, con intensità da "lieve" a "moderata" e con il rischio di abbandono maggiore nel gruppo vaccinale rispetto al gruppo placebo (RR 1,25, 95% IC 1,13-1,39; RD 1%; evidenza di qualità moderata).

I vaccinati avevano un livello molto più elevato di incidenza di eventi avversi nel sito di iniezione rispetto a quelli del gruppo placebo (rischio assoluto dell'80,7% rispetto all'11,7% nel gruppo placebo) quali rossore, dolore e gonfiore *in situ*.



Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra i gruppi per nessuno dei tre confronti (2 dosi di RZV a distanza di 2 mesi rispetto a 2 dosi di RZV a distanza di 6 mesi; 2 dosi di RZV a distanza di 2 mesi contro 2 dosi di RZV a distanza di 12 mesi; e 2 dosi di RZV a distanza di 6 mesi rispetto a 2 dosi di RZV a distanza di 12 mesi) in relazione agli eventi avversi.

È emersa una differenza significativa in relazione alla via di somministrazione, dimostrando che l'iniezione intramuscolare del vaccino RZV ha determinato una ridotta insorgenza di eventi avversi del sito di iniezione rispetto alla via sottocutanea e intradermica.

Non si sono riscontrati eventi avversi maggiori rispetto ad altri vaccini e rispetto alla somministrazione concomitante di altri vaccini.

CONCLUSIONI

Dalla revisione si ricava che entrambi i vaccini (LZV in singola dose sottocutanea e RZV in due dosi intramuscolari a distanza di due mesi) sono efficaci nel ridurre l'incidenza di herpes zoster per almeno tre anni dopo la vaccinazione.

Poiché la maggior parte degli studi non ha seguito i pazienti per più di 4 anni, però, non è possibile valutare l'efficacia per periodi più lunghi.

Inoltre, i due vaccini sono sicuri in quanto non sono stati registrati morti o eventi avversi seri; gli eventi avversi si-

stemici o locali sono di "lieve" e "moderata" entità.

Implicazioni per la pratica

Le persone over 65 possono essere colpite da varie malattie infettive che possono avere importanti conseguenze sul loro stato di salute e qualità di vita, quali l'influenza, le malattie da Pneumococco, in particolare la Polmonite Pneumococcica, e l'herpes zoster.

Fortunatamente, per queste tre malattie esistono vaccini che vengono offerti gratuitamente dal Servizio Sanitario Regionale. Mentre la somministrazione dei vaccini antinfluenzale e anti-pneumococco è affidata in quasi tutte le regioni italiane ai medici di medicina generale, per il vaccino anti-herpes zoster non sono coinvolti i medici di famiglia e, in genere, viene effettuata nei servizi vaccinali a richiesta. Alcune regioni hanno attivato la chiamata attiva, con lettere di invito alle persone con 65 anni per effettuare la vaccinazione anti-herpes zoster; altre, come ad esempio la regione Lazio, non hanno attivato tale servizio, lasciando l'iniziativa ai singoli cittadini o operatori sanitari.

Ne deriva, quindi, che l'adesione alla vaccinazione è legata principalmente all'opera di promozione che viene effettuata dai professionisti sanitari nei confronti della popolazione anziana e dei loro familiari.

Gli infermieri che si prendono cura delle persone anziane nelle strutture sanitarie

e sul territorio dovrebbero utilizzare le varie occasioni di incontro per sensibilizzare sull'importanza delle vaccinazioni nella terza età. In particolare, dovrebbero fornire informazioni sulla possibilità di vaccinarsi contro l'herpes zoster, sui vantaggi per la salute che ne deriverebbero, sull'efficacia del vaccino e sui rischi limitati, e sui servizi disponibili per effettuare tale vaccinazione.

AUTORI:

Lucia Mauro, infermiera AO S. Camillo Forlanini, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Claudia Lorenzetti, Coordinatrice infermieristica AO S. Camillo Forlanini, componente Polo Pratica Clinica del CECRI; Valentina Vanzi, infermiera OPBG Roma, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Angela Peghetti, AOU di Bologna S. Orsola Malpighi, Componente Faculty GIMBE, Componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI;

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

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

BIBLIOGRAFIA

Gagliardi A.M, Andriolo B.N, Torloni M.R, Soares B.G, de Oliveira Gomes J, Andriolo R.B, Canteiro Cruz E, *Vaccines for preventing herpes zoster in older adults*. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 7;2019(11). doi: 10.1002/14651858.CD008858.pub4

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019. All'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

Vesikari T, Hardt R, Rümke HC, Icardi G, Montero J, Thomas S, et al, *Immunogenicity and safety of a live attenuated shingles (herpes zoster) vaccine (Zostavax®) in individuals aged 70 years. A randomized study of a single dose vs. two different Berent two-dose schedules*. Human Vaccines and Immunotherapeutics 2013;9(4):1-7.

Valutazione dello stress correlato all'attività dell'infermiere in Pronto Soccorso e Terapia Intensiva

di Andrea Taranto, Daniele Piccolelli, Girolamo De Andreis

ABSTRACT

L'indagine svolta ha lo scopo di analizzare il grado di *burnout* e di stress correlato alle attività degli infermieri di area critica.

Nello specifico, mettendo a confronto gli infermieri di area critica (DEA e TIPO) con quelli di Pronto Soccorso (Triage e Sala Rossa).

Inizialmente, lo studio aveva come unico obiettivo quello di valutare il grado di *burnout* degli infermieri in Triage.

In un secondo momento, però, si è deciso di sottoporre i campioni a dei test strumentali (holter cardiaco e pressorio) per andare a valutare e quantificare i livelli di stress accumulati, monitorando in tempo reale la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa durante un turno di lavoro.

Successivamente, si è stabilito di eseguire gli stessi test su infermieri che operavano nella stessa area, in modo da poter confrontare i risultati ottenuti: si è scelta la Terapia Intensiva.

Il questionario utilizzato per valutare il grado di *burnout* è stato il "Maslach Burnout Inventory", il più attendibile in Italia, sottoposto a circa 1800 soggetti fino ad oggi.

Presso l'azienda ospedaliera Policlinico di Tor Vergata, tra gennaio e marzo 2019, sono stati distribuiti 20 questionari: 10 in Terapia Intensiva e 10 in

Pronto Soccorso.

Dai risultati emersi, si è riscontrata una prima distinzione tra le due tipologie di infermieri: un più alto grado di *burnout* è acclarato tra gli operatori di Pronto Soccorso.

Tra maggio e settembre 2019, sono stati selezionati 14 campioni tra i 20 scelti in precedenza (7 di Pronto Soccorso e 7 di Terapia Intensiva) a cui è stato sottoposto il secondo test strumentale. Per ogni area sono stati installati 3 holter pressori e 4 cardiaci e si sono valutati i parametri vitali, facendo riferimento ai parametri critici rilasciati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

I risultati ottenuti dimostrano un distacco netto tra le due tipologie di infermieri, evidenziando un'esposizione critica allo stress da parte di quelli di Pronto Soccorso.

I campioni presi in considerazione non sono sufficienti per poter dare attendibilità allo studio, ma sono abbastanza per effettuare una proposta di studio, in futuro, che possa prendere in considerazione un campionario maggiore proveniente anche da più realtà ospedaliere.

L'elaborato, quindi, non ha lo scopo di dimostrare una realtà assoluta, bensì di evidenziarne una che, poi, dovrà essere indagata in maniera più approfondita.

INTRODUZIONE

Diversi sono stati i fattori concomitanti che hanno determinato la necessità di analizzare il grado di *burnout* e l'esposizione allo stress degli infermieri di area critica.

Entrambi, anche se in maniera differente, sono quotidianamente in prima linea rispetto a carichi di lavoro incredibilmente elevati, che richiedono un alto livello di preparazione, con una tipologia di pazienti particolari e spesso critici.

L'esperto di questa area, per definizione, si trova spesso di fronte a pazienti con scarsa tendenza alla guarigione, anche se, grazie alla pratica e alle assidue e costanti assistenze, spesso l'operatore riesce a portare i pazienti ad un miglioramento delle loro condizioni, arrivando anche ad una completa guarigione. Per questo, si evince quale sia il ruolo della "guarigione" nel lavoro quotidiano dell'infermiere esperto in area critica: se con il suo operato riuscirà a portare il paziente ad un miglioramento o alla guarigione, ne ricaverà soddisfazione e autoaffermazione; viceversa, se il suo lavoro sarà vano o meramente palliativo (come nella maggior parte dei casi), a lungo andare, svilupperà sentimenti di fallimento e frustrazione per non essere riuscito a raggiungere l'obiettivo del suo lavoro.

Sebbene l'operatore sia consapevole

della fisiopatologia e dell'eziopatogenesi di alcune malattie (che tendono alla cronicizzazione), lo svilupparsi di questi sentimenti negativi e spesso inevitabile, soprattutto perché si trova di fronte a pazienti che si rivolgono a lui speranzosi di raggiungere una soluzione al loro problema, vivendo sulla sua pelle la loro delusione dopo il "fallimento" delle cure. Inoltre, la grande mole di lavoro e i numerosi accessi gestiti da un numero insufficiente di infermieri, non garantisce un'assistenza accurata e personalizzata, soprattutto in Pronto Soccorso, provocando uno scontento generale. Spesso, il continuo confronto con questa realtà provoca, tra gli infermieri, un senso di impotenza che, a sua volta, li espone ad un livello di stress molto elevato e, di conseguenza, ad un possibile alto grado di *burnout*.

STRUMENTI E METODO

Per effettuare la prima l'indagine è stato somministrato il "Maslach Burnout Inventory", un questionario con cui è possibile valutare tre aspetti della sindrome di *burnout*:

- l'esaurimento emotivo, che esamina come un soggetto abbia la sensazione di essere inaridito emotivamente e sia esaurito dal proprio lavoro;
- la depersonalizzazione, che valuta il comportamento del soggetto intervistato nei confronti dell'utente del proprio servizio.
- la realizzazione personale, che misura la sensazione di competenza che avverte il soggetto e il desiderio di successo nel lavorare con gli altri.

Molto importante è capire che il *burnout* non è una variabile dicotomica presente o assente. Va considerato come "una variabile continua da basso, a moderato, ad alto grado di sentimenti provati".

Un alto grado di *burnout* si avrà se i punteggi nelle sottoscale EE e DP sono alti, e sono bassi i punteggi nella sottoscala RP. Un medio grado di *burnout* si avrà se i punteggi delle tre sottoscale sono medi. Si avrà, invece, un basso grado di *burnout* se i punteggi delle sottoscale EE e DP sono bassi e sono alti i punteggi della sottoscala RP. Ciascun que-

stionario compilato e corretto mediante un'apposita griglia che consente di definire i punteggi di ciascuna sottoscala. Ogni punteggio può essere classificato come "basso", "medio" o "elevato". Per effettuare la seconda indagine, invece, gli infermieri sono stati sottoposti a dei test strumentali.

Dopo aver firmato un consenso informato, attraverso il quale veniva spiegato l'obiettivo dello studio e la procedura del trattamento dei dati personali, ogni infermiere autorizzava la divulgazione anonima dei dati raccolti, dichiarando di non essere affetto da malattie cardiovascolari (che avrebbero alterato il risultato del test, rendendolo inattendibile).

La scelta del campione è stata, perciò, determinata anche da questo fattore.

Gli holter cardiaci e pressori sono stati posizionati dal personale qualificato del centro aterosclerosi di Tor Vergata e sviluppati dai rispettivi cardiologi. Sono stati esclusi i turni notturni, in modo tale da poter effettuare le rilevazioni nei momenti di maggiore intensità lavorativa. L'obiettivo è stato quello di monitorare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa durante le 7 ore di lavoro: infatti, gli holter iniziavano a registrare all'inizio del turno e spenti alla fine.

I parametri presi in considerazione dallo studio sono stati:

- la frequenza cardiaca media (90bpm parametro di riferimento);
- numero di ore trascorse con una frequenza cardiaca superiore ai 90bpm;
- la pressione arteriosa media (140/90mmHg parametro di riferimento);
- la media dei picchi pressori e cardiaci durante un turno di lavoro;
- numero di eventuali extrasistole.

I parametri di riferimento presi in considerazione per la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, sono quelli rilasciati dall'OMS. Si è stabilito, quindi, che, quando le rilevazioni degli holter superavano questi valori, l'infermiere preso in esame si trovava in una condizione di stress.

RISULTATI

Ottenuti i rilevamenti della "Maslach Burnout Inventory", si è potuto rilevare che il 40% degli infermieri di Terapia Intensiva ha un grado di *burnout* "basso", mentre il 60%, "medio".

Tra gli infermieri di Pronto Soccorso, invece, si è riscontrata una maggiore esposizione: infatti, il 70% dei campioni ha un grado "medio" di *burnout*, mentre il 30%, un "alto" grado. (Grafici 1 e 2) Successivamente, i dati ottenuti sono stati confermati dai risultati dei test strumentali, tramite cui è stato possibile



Grafico 1

Risultati questionari terapia intensiva

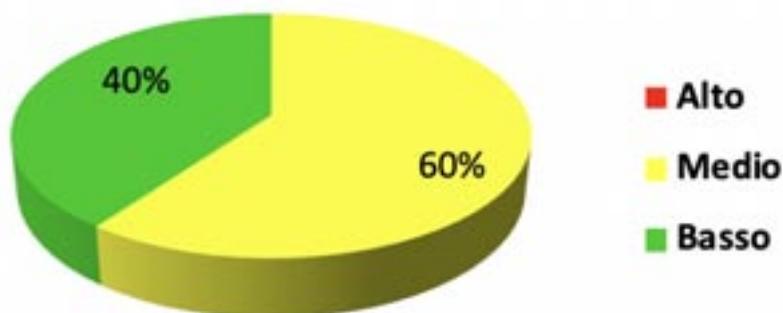


Grafico 2

constatare che il 100% degli infermieri di Pronto Soccorso ha avuto una frequenza cardiaca media superiore ai 90bpm e una pressione arteriosa sistolica superiore ai 140mmHg, differentermente da quelli di Terapia Intensiva, a cui è stata registrata una media cardiaca

e pressoria entro i range stabiliti, con la presenza di rari picchi pressori e cardiaci. (Tabelle 1 e 2)

CONCLUSIONI

Parlare di *burnout* significa trattare un fenomeno complesso e vasto, composto

da molteplici variabili eterogenee.

Infatti, esso è il risultato multifattoriale di un disagio interiore con evidenti effetti sulla persona che si ripercuotono in ambito lavorativo.

Con questo lavoro si è voluto mettere in evidenza quanto la tipologia e il carico di lavoro degli infermieri in Pronto Soccorso influisca sulla salute degli operatori, esponendoli ad un grado di *burnout* e di stress non sottovalutabile.

Gli obiettivi preposti sono stati sviluppati in modo completo, poiché, dagli studi enunciati, si è potuto trarre delle conclusioni coerenti.

Attraverso l'assegnazione del "Maslach Burnout Inventory", si conferma che **l'infermiere di area critica è esposto ad un grande rischio di sviluppare la sindrome del *burnout* più di quelli di Pronto Soccorso.**

Tramite l'assegnazione dei test strumentali si è potuto andare a studiare i livelli di stress, valutando i dati ottenuti dagli holter. Così è stato possibile riscontrare una relazione tra i due test effettuati, andando a dimostrare che gli infermieri delle aree più esposte ad un più alto

Picchi Pressori e Cardiaci

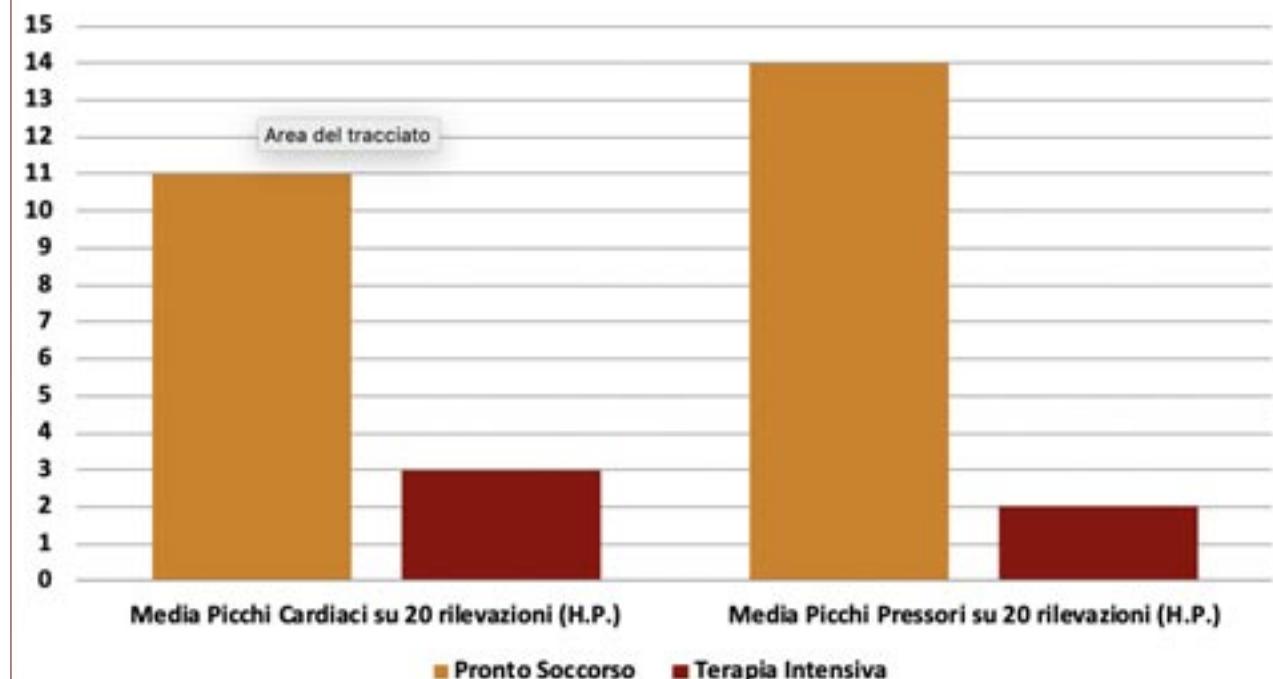


Tabella 1

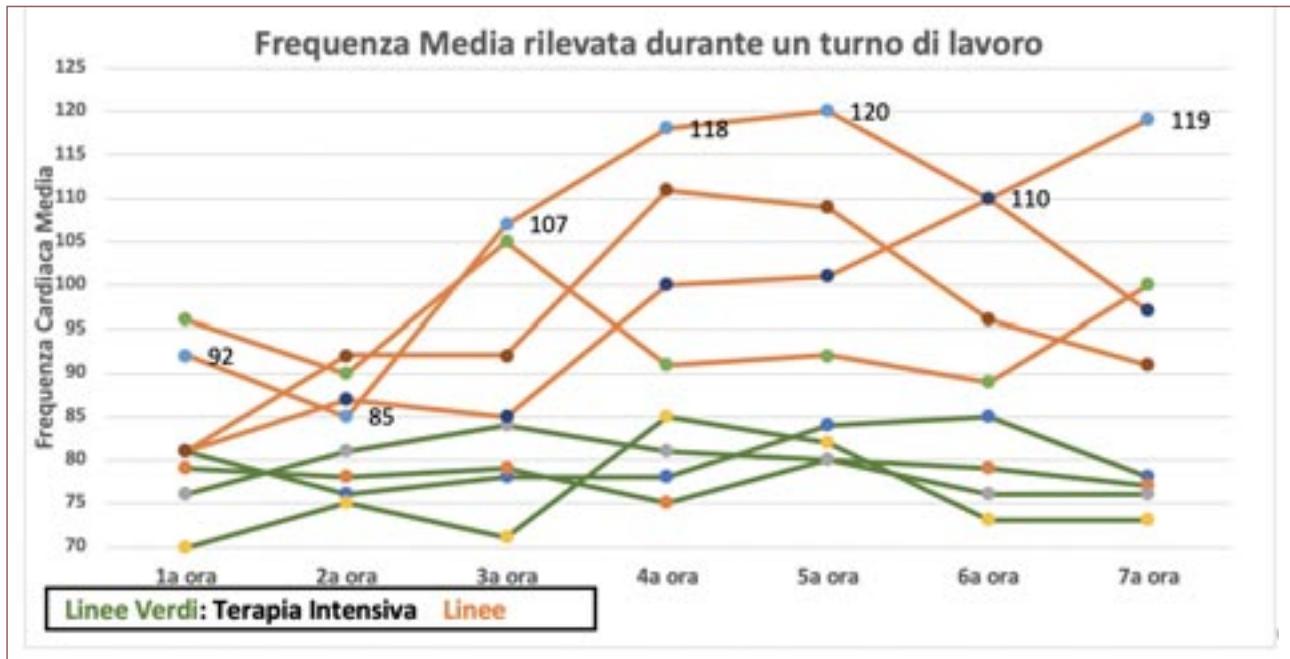


Tabella 2

grado di *burnout* sono sottoposti a livelli di stress maggiore.

Tramite il secondo test si è constatata una differenza netta tra i due campioni presi in considerazione: infatti, i parametri degli infermieri di Terapia Intensiva erano di molto inferiori rispetto a quelli degli infermieri di Pronto Soccorso, dimostrando l'obiettivo dello studio.

Anche se il numero di campioni presi in esame non è sufficiente per dare una validità assoluta allo studio, in base a quanto affrontato è possibile affermare che i livelli di stress correlati ad un grado di *burnout* "elevato" po-

trebbero essere drasticamente diminuiti andando ad intervenire sui maggiori fattori di rischio, come l'elevata mole di lavoro per un numero limitato di operatori, la scarsa educazione sanitaria che porta troppe persone al Pronto Soccorso anche per motivi futili, la costante mancanza di presidi che genera stress sia tra i pazienti che tra gli operatori.

Tutti questi fattori, combinati, portano gli infermieri di Pronto Soccorso ad accumulare, durante la giornata lavorativa, un quantitativo di stress elevato.

AUTORI:

Andrea Taranto, infermiere, laureato in Infermieristica presso l'Università Tor Vergata, Roma;

Daniele Piccolelli, referente attività cliniche Area Emergenza, Policlinico Tor Vergata, Roma;

Girolamo De Andreis, coordinatore infermieristico Area Emergenza, Policlinico Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

1. Maslach C, *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, 1997.
2. Kraepelin E, *Trattato di Psichiatria*, trad. italiana Guidi G, Vallardi Editore, 1907, vol. I, pag. 364.
3. Felice P, Clara S, *Stressori e comunicazione in Terapia Intensiva*. Tesi di diploma, scenario, n 4, 1995.
4. Burish M, *Burnout*. In *Psicologia contemporanea*, n.127, gen-feb 1995, pag. 36.
5. Cherniss C, *La sindrome de burnout*. Centro scientifico Torinese editrice, Torino, 1983, pag. 128.
6. Lindzey G, Hall C.S, Thomposn R.F, *Elementi di Psicologia*. Casa editrice Zanichelli, Milano, 1993, pag. 118.
7. Maslach C, *La sindrome del burnout*. Cittadella Editrice, Assisi, Il Edi., 1997, pag. 170.
8. Berkley Planning Associates (1977), Freudenberg (1974), Maslach (1976) e Schwartz e Will (1961).
9. Burish M, *Burnout*. *Psicologia contemporanea* n.127, gen-feb 1995, pag. 38-39.

Progetto di inserimento dell'infermiere neoassunto in un presidio territoriale di assistenza e riabilitazione per forme complesse di disabilità e comorbidità

L'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli

di Sonia Monastero

ABSTRACT

La definizione di un percorso formativo di inserimento del personale infermieristico neoassunto presso una struttura territoriale che si occupa di persone affette da forme complesse di disabilità e comorbidità rappresenta una sfida cruciale per la definizione degli standard professionali e per la garanzia della qualità assistenziale.

Questo lavoro nasce dall'esigenza di migliorare la formazione dell'infermiere neoassunto presso una struttura istituzionalizzata di tipo assistenziale e riabilitativo come l'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Genzano, proponendo un piano di inserimento compatibile con la complessità organizzativa, e orientato allo sviluppo di competenze che possano guidare il professionista a fornire risposte pertinenti ai problemi di salute dell'utente.

Parole-chiave: inserimento infermiere neoassunto, *Job description*, *Risk Management*, equipe multidisciplinare, prevenzione fattori di rischio.

INTRODUZIONE

Le risorse umane sono un patrimonio strategico e rappresentano il fattore produttivo centrale dei sistemi organizzativi. Come tali devono essere valorizzate in maniera adeguata, permettendo, al contempo, il loro impiego secondo le attitudini e le capacità individuali (Giuricin, Verzegnassi et al, 2006).

Questo dato acquista ancor più rilevanza all'interno di strutture territoriali riabilitative che si occupano del recupero funzionale e sociale di soggetti affetti da minoranze fisiche, psichiche e sensoriali (art. 26 L.833/78), nonché di assistenza a persone non autosufficienti, anche anziane, affette da disturbi cognitivi com-

portamentali gravi, per le quali la qualità del servizio reso viene fortemente condizionata dalla competenza dei professionisti che vi operano.

Le strutture territoriali per disabilità e senescenza sono strutture che forniscono assistenza sociosanitaria a persone che richiedono, assieme, prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione, anche nel lungo periodo (Morena, 2013).

Il paziente con disabilità intellettiva e/o con patologie geriatriche pone delle richieste specifiche al personale infermieristico sostenibili solo attraverso una formazione accurata e competenze professionali appropriate.

L'assistenza a persone che presentano gravi difficoltà dovute alla perdita totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche e/o cognitive non si limita al soddisfaci-

mento dei bisogni primari, ma è rivolta a progettare politiche di miglioramento della qualità di vita attraverso attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione, alla socializzazione e alla valutazione funzionale.

Nell'ambito delle strutture sanitarie dedicate alla disabilità intellettiva e/o patologie geriatriche, l'infermiere deve essere in grado di gestire strategie assistenziali globali, continue, tempestive e di elevata qualità in risposta ai bisogni di salute, di disagio mentale e psichico, riuscendo ad orientare l'intervento assistenziale al recupero e/o al mantenimento delle capacità residue.

Gli interventi infermieristici sono finalizzati a mantenere la sicurezza fisica dell'assistito, attraverso l'eliminazione e/o la riduzione di condizioni di rischio individuale, ambientale o organizzativo; a promuovere, ove possibile, l'indipendenza nelle attività di cura di sé; a migliorare la comunicazione e la socializzazione attraverso adeguate strategie comunicative. In buona sostanza, l'infermiere che opera in strutture territoriali per disabilità

e senescenza deve essere capace di ridefinire la propria professionalità, superando la semplice padronanza delle tecniche infermieristiche generali e maturando abilità nell'osservazione, nella capacità di decodifica, di analisi, di competenza progettuale e di scelta delle misure più opportune per dare risposte soddisfacenti ai problemi dell'utente.

In virtù di tanta complessità assistenziale richiesta **è necessario che il professionista sia capace di mettere il paziente al centro del proprio lavoro, attraverso un approccio globale che tenga in considerazione la persona unica nella sua specificità e fonte insostituibile di informazioni**, oltre a possedere livelli di preparazione avanzata mirati all'utilizzo di affinate conoscenze relazionali e strategie comportamentali pratiche ed appropriate ad ogni caso specifico.

In tale contesto assistenziale, la gestione accurata della risorsa infermieristica (attraverso la costruzione di un percorso formativo di inserimento ben pianificato, guidato e valutato) rappresenta un momento di integrazione cruciale che segna

irrimediabilmente tutta la vita lavorativa (Costa, 1990 citato da Manocchi, Rosati). Nel contesto dell'offerta assistenziale di tipo territoriale si pone l'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Genzano che eroga prestazioni di carattere assistenziale e riabilitativo e al cui interno sono presenti:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per la "senescenza e la disabilità psichica" con 120 posti letto di livello assistenziale Mantenimento A. Fornisce un'assistenza individualizzata di tipo sanitario e sociale integrata a prestazioni riabilitative a soggetti non autosufficienti, anziani e non anziani, con esiti di patologie fisiche psichiche, sensoriali o miste e non curabili a domicilio volte alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia ed alla promozione del benessere.
- Presidio di Riabilitazione Funzionale (PRF) per "disabilità psichica e sensoriale" (ex. art 26 della L. 833/1978) con 90 posti letto per minori e adulti che necessitano di presa in carico globale da parte di un'equipe multidisciplinare,



le cui prestazioni sono di tipo estensivo e di mantenimento elevato (neuromotorio, neurologico, logopedico, psicomotorio e cognitivo) in regime residenziale, semiresidenziale e non-residenziale.

• RSA residenziale Nucleo Estensivo Disturbi Cognitivo Comportamentali Gravi (NEDCCG) dedicata al trattamento di patologie dementigene senili e presenili e patologia di Alzheimer dotato di 20 posti letto. Le prestazioni sono sanitarie ed assistenziali ad indirizzo riabilitativo ed hanno carattere di temporaneità ed una durata strettamente connessa al perdurare delle condizioni di bisogno di cure. Le attività sono mirate alla riabilitazione cognitiva, motoria, relazionale e sociale che possono favorire il mantenimento delle capacità personali e il contenimento delle problematiche comportamentali che spesso presenta la persona affetta da forme di demenza.

L'approccio assistenziale e riabilitativo è garantito dalla coesione e profonda collaborazione dell'equipe multidisciplinare il cui lavoro si fonda sull'attività e sull'attuazione del principio di "alleanza terapeutica" e sull'utilizzo di strumenti che permettono la personalizzazione dell'intervento assistenziale e riabilitativo in un approccio integrato al paziente come il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI) ed il "Progetto riabilitativo Individuale" (PRI).

MATERIALI E METODI

Presso l'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, il paziente con disabilità psichica copre una vasta gamma di quadri psicopatologici che vanno dalla schizofrenia al disturbo della condotta, disturbi post-traumatici con danni neurologici, disturbi bipolari.

Ogni quadro ha una diversa espressione del comportamento, modulata da sintomi diversi che richiedono da parte dell'operatore una risposta adeguata e specifica.

I pazienti affetti da patologie dementigene, come la malattia di Alzheimer, manifestano un decadimento cognitivo ingravescente, dove il manifestarsi di comorbidità con innesto di disabilità fun-

zionale necessita di una vera task force, di un'organizzazione integrata di professionisti che siano motivati, preparati, aggiornati nel rispondere ai bisogni, alle necessità complesse del paziente con declino cognitivo.

Per quanto riguarda il *nursing* in riabilitazione, l'infermiere partecipa al progetto riabilitativo e alla presa in carico del paziente, valutando e rispondendo alle sue necessità assistenziali e collaborando con l'equipe multidisciplinare (fisiatra, fisioterapisti, educatori, terapisti occupazionali, psicologi, logopedisti, OSS) ad individuare gli obiettivi a breve e a lungo termine contenuti nel progetto e nei programmi riabilitativi.

In tale contesto, così delicato e ricco di responsabilità medico-legali, la formazione del personale infermieristico neo-assunto riveste un ruolo fondamentale per la prevenzione dei rischi e per favorire la progressiva autonomia professionale.

Questo progetto è stato effettuato attraverso l'analisi induttiva dei contenuti. Per la raccolta dati sono stati svolti 8 incontri formativi per singolo setting assistenziale, c.d. audit clinici, tra il 2017 ed il 2018 della durata di due ore ciascuno. Ogni incontro è stato gestito dal Comitato di *Risk Management* per setting assistenziale, rappresentato dal Direttore Sanitario, Direttore delle Professioni Sanitarie, dai Responsabili medici e Coordinatori infermieri e dall'equipe multidisciplinare (infermieri, educatori, psicologi, terapisti occupazionali, fisioterapisti).

Le Unità Operative (UO) coinvolte nello studio sono la RSA (mantenimento), il RSA-Nucleo estensivo per disturbi cognitivi comportamentali gravi (NEDCCG-Alzheimer), il Presidio di riabilitazione funzionale per disabilità psichica (PRF disabilità Psichica) ed il Presidio di riabilitazione neuromotoria (PRF neuromotorio).

Gli audit clinici, condotti con la tecnica del *focus group*, hanno permesso di identificare e di classificare in ordine di priorità le criticità assistenziali, per singole unità operative, attraverso l'analisi: dei livelli patologici di comorbidità e complessità assistenziale; dei bisogni

assistenziali dei pazienti; degli eventi avversi e near miss e del PARM aziendale (Piano di *Risk Management*).

DISCUSSIONE

Le informazioni ottenute attraverso il focus group sono state elaborate e raccolte su griglie Excel e suddivise in 4 sezioni, denominate "criticità assistenziali":

1. emergenze: raccoglie le tipologie di emergenze cliniche verificatesi durante i processi di assistenza;
2. *Risk Management* (rischio clinico e gestione ICA): raccoglie le tipologie di rischi clinici in ordine alla loro prevenzione e gestione;
3. comunicazione: individua le necessità comunicative e di approccio al paziente e/o familiare;
4. prestazioni assistenziali: raccoglie le tipologie di attività infermieristiche che richiedono particolare attenzione.

Il riconoscimento delle "criticità assistenziali", raccolte in ordine di priorità per *setting* assistenziale, ha permesso, non solo di individuare le competenze caratterizzanti il profilo dell'infermiere che opera all'interno della nostra struttura, ma anche di predisporre azioni di miglioramento che contemplino processi formativi al personale neoassunto. Nello specifico, l'inserimento del personale neoassunto all'interno dell'Istituto San Giovanni di Dio deve avere l'obiettivo di guidare la crescita professionale e garantire l'instaurarsi di relazioni proficue con l'intera equipe multidisciplinare, oltre che con lo stesso paziente.

L'inserimento sarà articolato in quattro fasi:

1. accoglienza
2. formazione *e-learning*
3. conoscenza sul campo
4. valutazione

La fase di accoglienza è quella preliminare, in cui avverrà la preparazione del neoassunto al piano di inserimento e dovrà orientare alla conoscenza:

1. del contesto organizzativo (descrizione della tipologia di *setting* assistenziali, l'equipe multidisciplinare, tipologia di pazienti ecc.);
2. dei regolamenti aziendali (orario di lavoro, tipo di turno, divisa di servizio ecc.);
3. delle norme sulla sicurezza (preven-

zione infortuni e igiene del lavoro D.lgs 81/2008);

4. del piano di inserimento (obiettivi/risultati attesi, tempi, modalità di valutazione);

5. dei Coordinatori e del tutor.

L'obiettivo principale di questa fase è di rendere possibile un adattamento rapido al nuovo contesto lavorativo.

La formazione *e-learning* dovrà promuovere la condivisione di conoscenze relative a:

1. gestione del rischio clinico nella disabilità intellettiva e nei pazienti affetti da disturbi cognitivo-comportamentali;

2. gestione delle emergenze nelle strutture territoriali;

3. prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza nelle RSA;

4. gestione dell'aggressività nella disabilità intellettiva;

5. approccio comportamentale speci-

fico e personalizzato per i molteplici profili della disabilità psichica con associazione di diagnosi psichiatriche;

6. eventi avversi: come identificarli, come segnalarli, come prevenirli;

7. scale di valutazione multidimensionale e del rischio clinico (Barthel, Tinetti, Short Portable Mental Status Questionnaire, Exton Smith, Valutazione Sanitaria, Index of Independence in Activities of Daily Living, Scheda ICA, Scheda Rilevazione Ag-

Descrizione attività	Attività dimostrata e firma del Tutor	Attività effettuata e firma del Tutor
Conoscenza della UO e della destinazione d'uso degli ambienti		
Conoscenza e utilizzo dei protocolli e dei piani di lavoro nella UO		
Management del carrello delle emergenze		
Conoscenza e corretto utilizzo degli strumenti informativi infermieristici /riabilitativi		
Conoscenza e corretta gestione armadio farmaceutico		
Conoscenza e corretta preparazione, somministrazione della terapia		
Conoscenza e corretta gestione dei farmaci stupefacenti		
Conoscenza e corretto utilizzo delle procedure inerenti i permessi uscita dei pazienti		
Conoscenza e corretto utilizzo delle procedure inerenti l'accoglienza per i ricoveri programmati		
Conoscenza e corretto utilizzo delle procedure inerenti l'invio dei pazienti in pronto soccorso		
Conoscenza e corretto utilizzo della scheda infermieristica integrata		
Conoscenza e corretto utilizzo dei sistemi informatici gestione servizi (richiesta intervento tecnico, gestione lavanderia, gestione pasti, richiesta presidi)		
Corretta interazione con i pazienti ed i familiari		
Corretta interazione con l'equipe multidisciplinare		

Tabella 1

gressione, Schede di Approccio Comportamentale);

8. ruoli e funzioni dell'equipe multidisciplinare;

9. sistemi informatici.

Il corso sarà disponibile tramite intranet aziendale dove sarà possibile registrarsi e scaricare *e-book* indispensabile per la formazione.

Il personale neoassunto potrà effettuare successivamente il test di verifica dell'apprendimento, che consiste in una serie di quesiti a risposta multipla relativi al contenuto del materiale didattico. In caso di esito negativo, sarà possibile ripeterlo.

Il fine di quest'ultima fase è quello di far acquisire le conoscenze teoriche sui concetti basilari, sulle procedure e protocolli, e sugli strumenti in uso all'interno dell'Istituto.

La conoscenza sul campo comprenderà il periodo di affiancamento predefinito, continuo e costante, ad un infermiere Tutor.

Il momento dell'inserimento è estremamente delicato, poiché il neoassunto dovrà effettuare il periodo di affiancamento nei quattro setting assistenziali presenti in Istituto, per individuare la UO in cui avrà dimostrato il raggiungimento di una reale autonomia professionale ed il coinvolgimento progressivo nelle attività di routine ed in quelle straordinarie. Pertanto, saranno previsti 30 giorni di affiancamento per ogni *setting* assistenziale (RSA, NEDCCG, PRF Disabilità, PRF Neuromotorio) e fissati gli obiettivi da raggiungere, che saranno trasversali ad ogni UO, secondo lo schema relativo alle attività esperienziali trasmesse dal Tutor e di seguito allegate. (Tabella 1)

L'elaborazione del progetto prevede, inoltre, la selezione e la preparazione del Tutor, di competenza del Coordinatore Infermieristico dell'Unità Operativa di appartenenza.

La scelta degli aspiranti Tutor dovrà seguire dei criteri basati su indicatori specifici come: anzianità di servizio; attitudini alla didattica o esperienze precedenti nel tutoraggio; conoscenze teoriche approfondite sulle procedure in uso; conoscenza dei meccanismi opera-

tivi della unità; conoscenze delle tecnologie informatiche.

La valutazione del neoassunto avverrà al termine dell'addestramento, tramite l'utilizzo di un'apposita scheda costruita *ad hoc*, elaborata in base agli indicatori di criticità assistenziale individuati in fase di audit.

La scheda sarà strutturata in varie sezioni suddivise in aree di responsabilità:

1. comportamentale: osservanza delle disposizioni e mission aziendale.

2. Clinico-assistenziale: identificazione dei bisogni dei pazienti e pianificazione degli interventi infermieristici più appropriati nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse.

3. Sicurezza: conoscenza ed attuazione delle procedure inerenti il rischio clinico e delle norme di sicurezza aziendale.

4. Urgenza-emergenza: riconoscimento e gestione di situazioni di urgenza/emergenza in collaborazione con l'equipe multidisciplinare.

5. Relazione e Comunicazione: conoscenza e rispetto dei diritti degli utenti e alle modalità di relazione con colleghi, superiori, pazienti e familiari.

6. Tecnico-organizzativa: conoscenza dei sistemi informatici ed informativi in uso in azienda

7. Trasferimento di *Know-How*: modalità di trasferimento e flusso di informazioni cliniche verso l'equipe multidisciplinare.

La scheda si esplicherà mediante assegnazione di un punteggio secondo una scala tassonomica composta da cinque livelli, dal più basso al più alto.

Dalla somma dei punteggi acquisiti, verrà identificato un indice di percentuale di valutazione utile al Tutor e al Coordinatore per assegnare al nuovo infermiere un giudizio il più possibile obiettivo ed individuare, altresì, i bisogni formativi del neoassunto.

I dati raccolti nelle schede di valutazione verranno discussi con il Direttore delle Professioni Sanitarie, i Coordinatori Infermieristici delle relative UO ed i Tutor al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi del nuovo arrivato; analizzare eventuali difficoltà rilevate durante

il suo percorso di inserimento e/o predisporre un nuovo piano di formazione specifico ed individuale.

CONCLUSIONI

Per gli operatori sanitari, l'evoluzione del concetto di salute ha determinato un impegno multidisciplinare, che comporta non più un insieme, talvolta disordinato, di azioni singole, ma l'assunzione di una gestione per processi.

Tale gestione, che implica l'interdipendenza legata al fabbisogno di integrazione, passa attraverso uno strumento capace di modificare i comportamenti organizzativi dei diversi professionisti, tale da definire: "cosa fare", "chi lo fa", "come va fatto" (Mulas, 2014).

Questo strumento si concretizza nel "percorso di inserimento del personale neoassunto" che vede coinvolti più setting assistenziali e più professionisti in tempi diversi e successivi.

Fondamentale è coordinare l'intervento di ognuno, affinché si possano confrontare le azioni pianificate con quelle realmente intraprese, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

L'assistenza infermieristica a persone che presentano gravi difficoltà dovute alla perdita totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche e/o cognitive deve essere finalizzata a mantenere la sicurezza fisica dell'assistito, attraverso l'eliminazione e/o la riduzione di condizioni di rischio individuale, ambientale o organizzativo; a promuovere, laddove possibile, l'indipendenza nelle attività di cura di sé; a migliorare la comunicazione e la socializzazione attraverso adeguate strategie comunicative.

Per gli infermieri neoassunti, inseriti per la prima volta in un contesto territoriale di assistenza a persone non autosufficienti anche anziane, è importante la costruzione di un percorso di inserimento che induca ad una minore variabilità dei comportamenti professionali, alla definizione di ruoli effettivi e non formali, alle procedure e protocolli di prevenzione e gestione dei rischi clinici e di indicazioni comportamentali personalizzate.

Il processo di inserimento in realtà assi-

stenziali così delicate deve essere considerato un percorso obbligato e necessario per acquisire competenze e responsabilità professionali specifiche, nell'ottica di garantire sempre più alti livelli di qualità assistenziali.

Questo processo, se ben condotto, rappresenta un'occasione per un ripensamento costruttivo degli obiettivi, delle modalità operative e dei rapporti interpersonali.

AUTORE:

Sonia Monastero, Direttore delle Professioni Sanitarie presso l'ospedale San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli di Genzano; laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche; Master di I Livello in Management e Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Art.26 L.833/78 Assistenza Riabilitativa Presso Centri Accreditati Assistenza residenziale e semiresidenziale. Consultato 16 ottobre 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.progettidiimpresa.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezion=17846&idArea=17847&idCat=17855&ID=18342&TipoElemento=categoria>.

Assistenza Riabilitativa Presso Centri Accreditati (ex art.26 Legge 833/78). Consultato il 20 ottobre 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.aslroma1.it/assistenza-riabilitativa-presso-centri-accreditati-ex-art-26-legge-833-78>.

Barelli P, Spagnoli E, *Nursing di salute mentale*. In Barelli P, Spagnoli E, *Equipe e progetto terapeutico personalizzato*. Roma: Carocci Faber, 40. 2017.

Benci L., *Il sistema premiante previsto dalla Riforma Brunetta*. In Benci L, *La Riforma Brunetta. Implicazioni giuridiche e operative nella sanità pubblica*. Milano: McGrawHill,33-40. 2010.

Bryant-Lukosius D, *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. Journal of Advanced Nursing 48(5), 519-529. 2004.

Calamandrei C,Orlandi C, *La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione degli infermieri con funzioni manageriali*. In Calamandrei C, Orlandi C., *L'ingresso in azienda ovvero il reclutamento, la selezione, l'accogliamento e l'inserimento del personale*. Milano: McGraw-Hill, 389-485. 2009.

Crispi G,). *L'Infermiere nella riabilitazione psichiatrica*. (Tesi di Laurea). Università degli Studi di Roma Tor Vergata (Relatori Barbato N, Tartaglia P, A.A. 1999-2000).

D'Innocenzo M. et al. *Linee Guida per il Master di primo livello Infermieristica in salute mentale*. In D'Innocenzo M. et al, *Obiettivi, funzioni e attività dell'infermiere in salute mentale-psichiatrica*. Roma, Gemmagraf, 51-55. 2002-

Decreto del Commissario ad Acta 20 marzo 2012 n.39, Regione Lazio. Assistenza territoriale. Ridefinizione e riordino dell'offerta assistenziale residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane e a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

D.P.C.M. Decreto del Commissario ad Acta, 22/12/1989, Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali. 24 dicembre 2012 n.431, Regione Lazio, *La Valutazione Multidimensionale per le persone non autosufficienti, anche anziane e per le persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale: dimensioni e sottodimensioni. Elementi minimi di organizzazione e di attività dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nella Regione Lazio*.

Giuricin G, Verzegnassi F, Baccarin M, *La valutazione del personale di comparto nelle aziende sanitarie come strumento di sviluppo e miglioramento delle organizzazioni*. In Giuricin G, Verzegnassi F, Baccarin M, *Il modello di valutazione elaborato*. Ipasvi di Gorizia, 23. 2006.

Ipasvi, *Infermiere specialista nell'Area della Salute mentale*. Consultato il 10 ottobre 2018. Disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/769_1302123333_157.pdf.

Manocchi K, Rosati M, *Progetto per l'inserimento del nuovo infermiere in emodialisi*. Consultato il 15 Giugno 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.ante.it/images/stories/PROGETTO_PER_L.pdf

Morena M), *Le strutture socio-assistenziali: esperienze di rilievo*. In Morena M, *Le strutture socio-assistenziali e residenziali per anziani e disabili. Esperienze e modelli innovativi*. San Marino: Maggioli Editore, 48. 2013.

Mulas L, *Il processo di inserimento del personale infermieristico nel DSM attraverso la job description: prima tappa formativa dell'infermiere psichiatrico*. Tesi di Laurea, Università di Pisa(Relatore, Coscetti F, A.A. 2013-2014).

Nicolò G., Silvestrini C., *Manuale di Psichiatria territoriale*. In Nicolò G, Silvestrini C, *La "territorialità" in Italia*. Pisa: Pacini Editore, 82. 2015.

Scarcella C., Guerrini G., Ramponi J.P., Trabucchi M, *Manuale di igiene e organizzazione sanitaria delle residenze sanitarie assistenziali*. In Maestroni A.M, *Accreditamento e valutazione dell'appropriatezza. Santarcangelo di Romagna*. Maggioli Editore, 341. 2014.

Testa P., Terranova P, *Le competenze e le politiche di gestione del personale*. In Testa P, Terranova P, *La gestione per competenze nelle amministrazioni pubbliche. Un approccio innovativo alle politiche del personale*. Roma: Rubbettino Editore Srl, 52-91. 2006.

Zangrandi A, *La gestione e la valorizzazione del personale nelle aziende sanitarie*. In Bandini F, *Economia e Management per le professioni sanitarie*. Milano: McGrawHill, 282-289. 2011.

Dieci anni di coordinamento infermieristico in un Centro di formazione di BLS/D

Dati statistici e considerazioni

di Cristian Vender

INTRODUZIONE

Il corso *Basic Life Support and Defibrillation* (BLS/D) ha l'obiettivo principale di far acquisire gli strumenti conoscitivi e metodologici e le capacità necessarie per prevenire il danno anossico cerebrale e riconoscere lo stato d'incoscienza, di arresto respiratorio e di assenza di polso in un paziente adulto e bambino, in una condizione di assoluta sicurezza per se stesso, per la persona soccorsa e per gli astanti. Infatti, per evitare gravi conseguenze, occorre ottimizzare i tempi di intervento, uniformare ed ordinare le valutazioni da effettuare e le azioni da compiere nell'ambito della cosiddetta "catena della sopravvivenza".

Il corso di BLS/D prevede otto fasi:

1. acquisire e schematizzare le conoscenze relative al trattamento dell'arresto cardiocircolatorio con defibrillatore semiautomatico esterno, secondo le linee-guida Italian Resuscitation Council (IRC);
2. saper riconoscere l'arresto cardiocircolatorio;
3. saper gestire un'equipe di soccorso in caso di arresto cardiocircolatorio;
4. saper mettere in atto le manovre

ed i protocolli per il trattamento con defibrillatore semiautomatico dell'arresto cardiocircolatorio (fibrillazione ventricolare/tachicardia ventricolare senza polso);

5. acquisire capacità di autocontrollo in risposta a situazioni critiche;
6. acquisire capacità di gestione dell'equipe di soccorso in emergenza per l'utilizzo precoce del defibrillatore semiautomatico;
7. gestire le situazioni di ostruzioni da corpo estraneo nell'adulto e nel bambino;
8. la posizione laterale di sicurezza.

Il corso di BLS/D ha una durata di cinque ore e i partecipanti, al superamento dello stesso, saranno autorizzati e abilitati ad effettuare le manovre di BLS e d'emergenza e l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico.

L'attestazione rilasciata è valida per due anni e, prima della scadenza, deve essere rinnovata.

Per rilasciare un'attestazione valida (1), il Centro di formazione deve essere accreditato, come da normativa regionale vigente, alla Regione di appartenenza.

Come istruttore e coordinatore di un

Centro di formazione di corsi BLS/D certificati IRC (*Italian Resuscitation Council*), ho analizzato i dati degli ultimi dieci anni di formazione.

MATERIALI E METODI

Sono stati riportati e analizzati in un Report statistico tutti i dati dei 1100 partecipanti ai corsi BLS/D degli ultimi dieci anni. Questi dati sono già presenti su un database, aggiornato dal coordinatore del Centro di formazione.

RISULTATI

Il centro di BLS/D che coordino dal 2015, dal gennaio 2010 al settembre 2019, ha già formato 1100 persone abilitate all'esecuzione delle manovre di BLS/D. (Tabella 1)

Il numero dei partecipanti ai corsi varia di anno in anno e dipende principalmente da operazioni di mercato.

In particolare, dalle convenzioni stipulate con aziende o associazioni, o anche dal semplice interesse da parte del singolo di parteciparvi.

Infatti, la maggior richiesta di corsi BLS/D è pervenuta da persone che hanno ne-

cessità di effettuarne uno perchè impegnate come volontari del soccorso o barrellieri all'interno di associazioni che svolgono un servizio di autoambulanza. Un'altra grossa componente del panorama dei richiedenti un corso BLSA è rappresentata dagli studenti di Professioni sanitarie, in particolare infermieri e fisioterapisti che frequentano il III anno dei corsi universitari. **Tra tutte le professioni sanitarie, quella degli infermieri, che svolgono la loro professione nel pubblico e nel privato, è la categoria che maggiormente richiede di partecipare ai corsi.**

Quasi nulla, invece, è la richiesta da parte dei medici, ad esclusione dei dentisti, più sensibili a tali corsi.

I cittadini che non appartengono ad alcuna categoria sanitaria, se non hanno un motivo legato alla propria professione o per hobby, non richiedono un corso BLSA. Differente, ovviamente, è la richiesta di corsi da parte di aziende private, per rispondere ai decreti inerenti la sicurezza sui luoghi di lavoro. (Grafico 1)

La sperimentazione di corsi BLSA nelle scuole ha avuto un buon impatto nelle primarie al IV e V anno, sia tra i genitori che tra gli studenti.

Non potendo però, in questo caso, rilasciare una certificazione di validità del corso, non sono stati presi in considerazione per questo studio statistico.

L'età media rilevata dei partecipanti è stata di 39 anni. L'età degli studenti delle Professioni Infermieristiche che hanno effettuato corsi nel Centro analizzato risulta essere alta e il motivo è da cercare nell'ampio ventaglio di persone formate come esecutori di BLSA provenienti anche da realtà differenti rispetto all'ambiente universitario.

Tuttavia, va rilevato che, negli ultimi due anni, l'età di partecipazione degli studenti è decisamente più bassa: dall'analisi dei dati, gli studenti che partecipano ai corsi BLSA hanno un'età tra i 20 e i 28 anni. Sono over 40 i professionisti già operanti nel settore, che necessitano di un corso BLSA, e, tra i 30 e i 45 anni, i volontari del soccorso e similari. (Grafico 2)

Si evidenzia, inoltre, che all'aumento dell'età dei partecipanti, aumentano

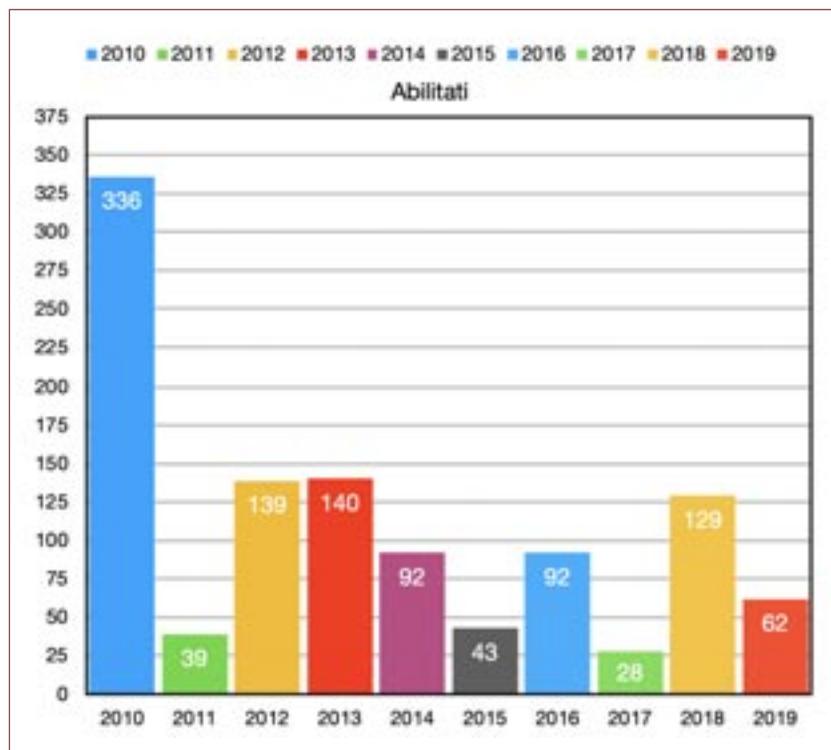


Tabella 1. Partecipanti ai corsi BLSA dal 2010 al 2019

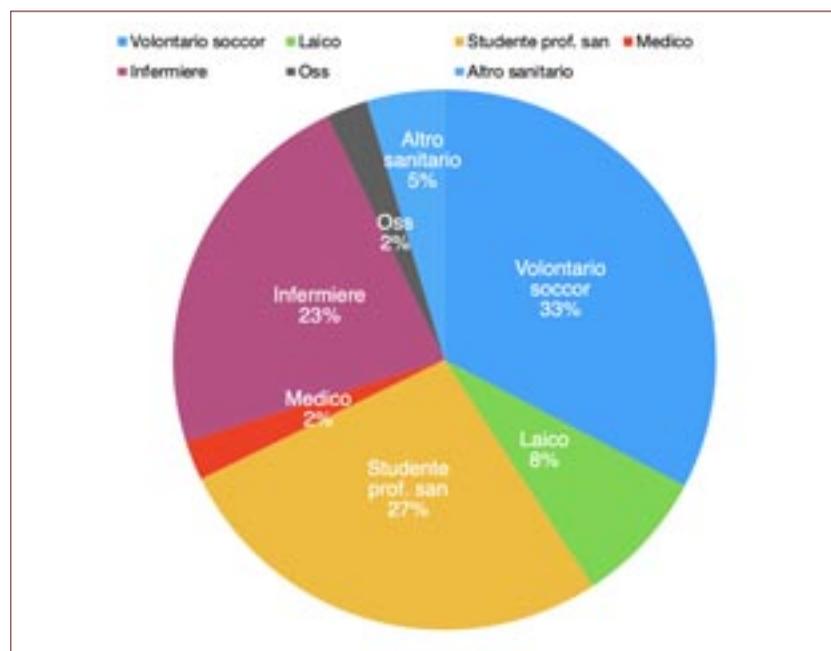


Grafico 1. Partecipanti ai corsi BLSA per ruolo

anche i titoli di studio posseduti. I giovani partecipanti (tra 20 e 28 anni) sono tutti in possesso del Diploma di scuola secondaria di II grado e sono

quasi tutti impegnati in corsi universitari per ottenere una laurea (con percentuali di oltre il 95%). La metodologia utilizzata nel corso per-

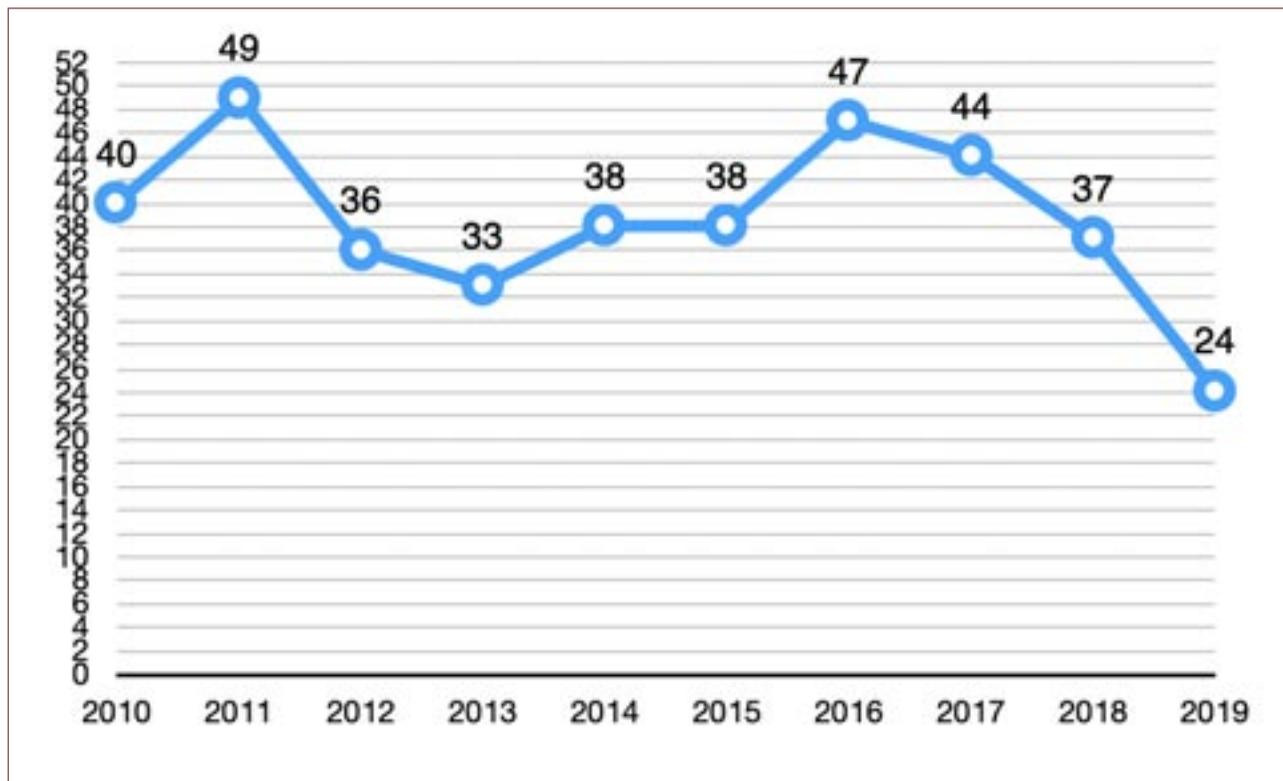


Grafico 2. Età media dei partecipanti ai corsi BLS

mette, dopo cinque/otto ore di insegnamento, di avere già delle performance sufficienti per il conseguimento dell'abilitazione BLS.

La percentuale di partecipanti che ha ottenuto l'abilitazione (valida per 2 anni, poi rinnovabile) è del 95%. Solo il 5% è stato rimandato ad un successivo corso per la verifica delle abilità. L'8% è stato segnalato alla Società scientifica per effettuare un corso da istruttore.

DISCUSSIONI

Il corso BLS ha una richiesta che varia a seconda del *target* di mercato, scelto da ogni Centro.

È evidente che le richieste da parte di personale sanitario o non sanitario siano quelle che impegnano maggiormente un Centro di BLS.

A seguire, ci sono quelle da parte di aziende, che, per la loro tipologia e/o obblighi di legge, necessitano di far eseguire ai propri dipendenti un corso BLS. Gli studenti delle Professioni Sanitarie, in particolare futuri infermieri e fisioterapisti, sono maggiormente interessati ad avere una certificazione BLS al III anno

del Corso di Laurea, sia per aumentare i propri crediti formativi universitari, che per essere pronti, subito dopo, a lavorare in aziende e società che necessitano del titolo di esecutore BLS.

Non a caso, i neo laureati potranno essere impiegati in servizi d'emergenza e/o trasporto infermi solo se in possesso

dell'attestato BLS.

Anche presso i centri sportivi, la normativa recente obbliga quanti li gestiscono ad avere un defibrillatore e, quindi, a formare personale addestrato all'uso e all'esecuzione delle manovre di rianimazione cardio-polmonare.

L'obbligo viene menzionato sia per le so-



cietà sportive professionistiche, che, dopo diversi rinvii, anche alle società sportive dilettantistiche (3,4).

In molti casi, sono gli stessi gestori delle palestre e/o centri sportivi a richiedere corsi BLSD per il loro personale, organizzando dei gruppi di un minimo di otto partecipanti.

La richiesta di tali corsi, per questa categoria, è aumentata dal 2018, dopo l'ennesima proroga legislativa dell'obbligatorietà della formazione a carico delle società sportive dilettantistiche (l'obbligo per le società sportive professionistiche, invece, era già presente dal 2013).

L'esperienza suggerisce che non si è rilevato quel boom di richieste di formazione per i centri sportivi dilettantistici; mentre, sono stati in parecchi gli istruttori di fitness che, in maniera autonoma, hanno effettuato un corso BLSD.

Ogni anno, il Centro di formazione oggetto di questa nostra analisi ha svolto una campagna di promozione di tal ge-

nera di corsi verso i cittadini: si è, però, rilevato che, in mancanza di obbligatorietà dovuta all'esercizio di una professione specifica (o interesse a partecipare di associazioni e/o enti che richiedono un certo tipo di formazione) il corso di BLSD non abbia particolare appeal. Solo l'8% di tutti i partecipanti di corsi BLSD può essere definito "laico", e lo effettua solo per approfondimento personale.

L'istituzione del corso BLSD, all'interno di uno di primo soccorso più ampio, ha riscontrato esclusivamente l'interesse di quelle aziende che devono rispondere al decreto legislativo 81 sulla "Sicurezza negli ambienti di lavoro" (qui, il BLSD è una delle materie d'insegnamento); mentre, in quelli organizzati per la cittadinanza, non ha avuto l'interesse e il successo sperato.

CONCLUSIONI

Il corso di BLSD ha una metodologia che garantisce una velocità di apprendimento di tutte le manovre di rianimazione cardio-polmonare e defibrillazione, in attesa dei soccorsi istituzionali.

Le percentuali di gradimento per tale corso, rilevate dopo la somministrazione di appositi questionari, raggiungono percentuali del 95%.

I giudizi positivi da parte dei partecipanti provengono principalmente dal plauso per una breve parte teorica (di circa 1 ora) e, a seguire, dalle tante ore a disposizione per la dimostrazione ed esercitazione pratica su manichini e defibrillatori simulatori.

In conclusione, si può affermare che l'interesse per tali corsi è maggiore in quanti decidono di effettuarlo per la loro professione o per avere un'abilitazione al BLSD, se non per semplice interesse personale. I partecipanti più giovani svolgono un corso BLSD perché, all'interno del proprio percorso di studi, vogliono rimpolpare i crediti formativi o per essere pronti al mercato del lavoro post-laurea. Oggi, la richiesta dei corsi BLSD è comunque anche spontanea, in quanto l'obbligatorietà normativa è riservata a poche categorie di persone.

Ora la metodologia tradizionale del corso BLSD permette di avere una formazione adeguata, da rinnovare ogni due anni.

Il futuro però rimane incerto, visto che lo sviluppo di piattaforme di formazione sul web e la diminuzione dei prezzi dei corsi, rischia di compromettere la buona formazione che, fino ad oggi, era specifica dei soli Centri accreditati.

AUTORE:

Cristian Vender, infermiere, responsabile Percorso Salute Università Popolare dello Sport, Roma.



BIBLIOGRAFIA

Conferenza Stato-Regioni, *Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all'erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego del Defibrillatore Automatico Esterno - ai sensi del DM 18 marzo 2011*. Roma: 30 luglio 2015.

ARES 118 Regione Lazio, *Regolamento per l'accreditamento dei Centri di formazione erogatori di corsi BLSD rivolti a soggetti "laici" e delle procedure operative per lo svolgimento delle funzioni della commissione Ares 118*. Roma: 31 luglio 2019.

Legge n.120. Roma: 3 aprile 2001.

Decreto Ministeriale, *Linee-guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita da parte delle associazioni e delle società sportive dilettantistiche*. Roma: 26 giugno 2017.

Università Popolare dello Sport, *Dati statistici del Percorso Salute: corsi BLSD dal 2010 al 2019*.

Un'inchiesta qualitativa voluta dal CECRI sul Giubileo degli Ammalati e dei Disabili 2016

Prendersi cura è ben più che curare. È farsi carico di una situazione che ha bisogno di essere seguita con empatia e relazionalità, attraverso dinamiche interrelazionali con il mondo allargato della persona che necessita di assistenza. Il tema del "prendersi cura" ha costituito il filo rosso dell'inchiesta qualitativa concernente il Giubileo degli Ammalati e delle Persone Disabili, svoltosi dal 10 al 12 giugno 2016.

L'indagine ha rappresentato un fenomeno culturale specifico, connesso a tutta la fenomenologia sociale e religiosa, e ha cercato di comprendere i fattori profondi insiti nelle relazioni e negli atti di misericordia.

Non si è trattato di una ricerca come le altre, anche per l'emotività sviluppata negli incontri tra ricercatori, malati e disabili con le loro storie di vita. Vi è stata una *full immersion* in situazioni reali, tra soggetti che hanno vis-

suito la treggiorna nel centro di Roma insieme ad altre persone con le medesime problematiche. I 16 momenti analizzati sono stati diversi per luoghi, durate, presenze, atmosfere, intenzioni, esiti, ma tutti accomunati da una sostanziale condivisione e forte consapevolezza di un periodo eccezionale nel corso di un'esistenza altrimenti senza molte sortite.

Nella storia dell'Infermieristica, italiana e internazionale, non erano mai state condotte indagini su un evento di così ampio risalto come il Giubileo. In effetti, sono state realizzate solo alcune indagini sul grande Giubileo del 2000, ma solo dal punto di vista sociologico. Mai niente da quello delle Scienze Infermieristiche. Eppure, i fenomeni religiosi si configurano come un campo di indagine privilegiato onde assicurare un'assistenza olistica alla persona e soprattutto per comprendere appieno l'essere umano in tutti i suoi aspetti: fisici, sociali, psicologici, economici, politici, relazionali, spirituali ecc.

Comprendere l'essenza integrale della persona è impresa ardua, ma proprio l'infermiere ha nel *core* epistemologico della sua professione la comprensione profonda dei bisogni dell'altro.

Prendersi cura

Malati, infermieri e volontari nel Giubileo della Misericordia

a cura di Roberto Cipriani,
Alessandro Stievano



Proprio l'antropologia sulla quale è basata la relazione infermiere-paziente è improntata sull'intersoggettività (Parse 1998; Parse 1999). Perciò la relazione infermiere-paziente deve avere elementi di comprensione profonda che affondano le loro radici al di là di una relazionalità epidermica (Bergum, Dossetor 2005).

Le Scienze Infermieristiche sono ancora giovani; pertanto, è necessario addentrarsi con lavori come questi nei numerosissimi ambiti inesplorati dell'essere umano e legarli alla comprensione dell'altro, per soddisfare appieno i suoi bisogni.

Questo testo si inserisce proprio in tale dinamica concettuale: in questi ultimi 10 anni, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma ha portato a termine numerose

ricerche, aprendo la strada a feconde ricerche sulla spiritualità come aspetto fondamentale per la comprensione dell'altro e, quindi, per l'assistenza infermieristica.

Il volume è diviso in tre parti. La prima ("Metodologia, campione e osservazione partecipante") ha un carattere preliminare e illustra la metodologia dell'indagine e i dati socio-demografici. La seconda ("Percezioni ed esperienze del Giubileo della Misericordia") si sofferma in modo dettagliato sulle dimensioni percettive ed esperienziali dei partecipanti al Giubileo della Misericordia e la terza ("I valori del Giubileo della Misericordia") ha come cardine i valori emersi nel corso del Giubileo dalle dichiarazioni degli intervistati.

Roberto Cipriani, Alessandro Stievano

Prendersi cura. Malati, infermieri e volontari nel Giubileo della Misericordia

Franco Angeli Edizioni 2019 (230 pagine, 27,00 Euro)

Un manuale aggiornato che si rivolge agli infermieri del Triage ospedaliero

Questo testo si rivolge agli infermieri triagisti e a coloro che frequentano i corsi di formazione al Triage.

Per la quarta edizione si presenta rinnovato nei contenuti e ampliato, sia nelle parti generali che in quelle cliniche.

Infatti, oltre ad una revisione e un aggiornamento della parte metodologica, vengono presi in esame nuovi argomenti tra cui: il Triage ospedaliero nelle maxi-emergenze, la gestione dello stress dell'operatore, il paziente straniero, le condizioni di fragilità e le modalità di costruzione dei protocolli di valutazione.

La parte clinica è stata aggiornata alle recenti evidenze scientifiche e strutturata secondo il modello del triage globale. È stata anche arricchita di nuovi capitoli, tra i quali: cardiopalmo e disturbi del ritmo, problemi osteo-articolari non traumatici, ferite e amputazioni, alterazione della temperatura ecc.

Tutti gli algoritmi decisionali sono stati rivisti secondo il nuovo sistema di codifica a "5 livelli di Priorità" come previsto in numerosi pronunciamenti delle Società scientifiche dell'emergenza e presto da recepire anche a livello normativo.

Il volume è diviso in due parti: la prima ("Aspetti generali e Metodologia", diviso in 22 capitoli) e la seconda ("Aspetti clinici", diviso in 31 capitoli) e affronta diversi argomenti: dal Triage di Pronto Soccorso alla perdita di coscienza transitoria; dalle dinamiche relazionali in Triage alle reazioni allergiche, passando per ustioni e ferite. Senza dimenticare i cenni storici.

Il Triage non è nato per gestire il sovraffollamento dei Pronto Soccorso: è un'evoluzione del soccorso extra-ospedaliero che nasce dalla Sanità militare e ha una storia lunga e interessante. L'ambiente nel quale lavorano i professionisti della salute ha le caratteristiche tipiche delle organizzazioni a elevata complessità. Complessità che nasce dall'esigenza di dare risposte assisten-



ziali ai bisogni delle persone: bisogni sempre più complessi, sia sotto il punto di vista tecnico-operativo che relazionale.

In tale contesto, il professionista infermiere deve essere considerato un "attore di primo piano", in grado di fornire validi contributi alla risoluzione dell'emergenza, perché capace di adattarsi continuamente alle situazioni di salute delle singole persone.

Nell'introduzione, Maria Adele Schirru, sottolinea la capacità del professionista di: *"realizzare sul posto e in simultanea una combinazione di risorse appropriate in termini di sapere tecnico-scientifico, metodologico, umano e relazionale; un professionista capace di affrontare la complessità che comporta l'incontro con l'altro: con una persona che vive un momento particolare della vita, poiché sente minacciata la propria salute"*.

In tal senso, la funzione di Triage, svolta dai professionisti infermieri, assume una rilevanza strategica, poiché rappresenta il primo contatto con la struttura sanitaria e/o ospedaliera, contatto da cui inizia la presa in carico della persona e il suo relativo percorso di cura. Dalla "qualità" di questa fase di accoglienza si originano emozioni da cui potrà emergere la fiducia che l'assistito avrà verso l'intero sistema. Questo libro, grazie al contributo di differenti esperti da diverse discipline, riesce a dimostrare che è possibile fornire un "senso comune" ai professionisti che, quotidianamente, si impegnano nelle realtà operative per fornire risposte competenti a quanti si rivolgono al Pronto Soccorso.

GFT-Gruppo Formazione Triage
Triage infermieristico

McGraw Hill edizioni (461 pagine, 37,00 Euro)

I cartellini identificativi del personale infermieristico a servizio delle aziende sanitarie pubbliche tra trasparenza e privacy

Una questione dibattuta in tema di privacy, che assume rilevanza anche con riferimento all'esercizio della professione infermieristica, è quella relativa all'utilizzo dei cartellini identificativi sui luoghi di lavoro.

All'indomani dell'entrata in vigore del codice in materia di protezione dei dati personali (c.d. codice della privacy), emanato con il d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, in un contesto in cui si è esposti ad una sempre maggiore diffusione dei propri dati, rimangono ancora delle zone d'ombra in ordine al confine tra l'utilizzo lecito e non degli stessi.

È legittimo quindi interrogarsi se, e soprattutto entro quali limiti, l'uso dei cartellini identificativi apposti sul camice dei dipendenti di una struttura pubblica (come l'uso di targhe sulle scrivanie o affisse fuori le porte degli uffici) sia conforme alla normativa sulla tutela dei dati personali.

Analizzando il problema, è agevole comprendere come esso coinvolga differenti e plurimi interessi, ugualmente meritevoli di tutela.

Da una parte, attraverso i cartellini e le targhe, i pazienti e i loro familiari sono in grado di conoscere a chi si rivolgono per un de-

terminato trattamento, anche in caso di difficoltà. Sotto tale punto di vista, l'indicazione dei dati identificativi dell'infermiere, quindi, può costituire un mezzo per assicurare la trasparenza del servizio pubblico, a tutela degli utenti stessi.

Dall'altra, tuttavia, l'uso dei cartellini integra, a ben vedere, un'ipotesi di diffusione dei dati personali che, laddove non esercitata nei limiti fissati dalla legge, può tradursi in una violazione dei diritti della personalità del dipendente, e, nello specifico, dei diritti alla riservatezza e all'immagine, considerati tra i diritti primari della persona. Addirittura, proprio in quanto identificabile attraverso i propri dati, l'infermiere potrebbe essere esposto ad indebite pressioni da parte dei pazienti o dei loro familiari.

E il problema non è certo nuovo.

La giurisprudenza, chiamata ad esaminare casi in cui i datori di lavoro pubblici e privati imponevano di esporre un cartellino identificativo, contenente nome e cognome, in presenza di un manifestato dissenso del lavoratore, giungeva a conclusioni non sempre omogenee, talvolta riconoscendo l'ammissibilità delle condotte datoriali, talvolta qualificandole come "*una forma di abuso del diritto al nome*" poiché invadenti una sfera della per-



sona che va oltre gli obblighi contrattuali (in tal senso Tribunale di Milano, sentenza del 6/12/2000).

A fronte dello status di incertezza, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali si esprimeva sul tema nel 2007, nell'ambito delle Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro. In particolare, nel riconoscere che *"determina un'ipotesi di diffusione dei dati personali l'esibizione degli stessi su cartellini identificativi"*, il Garante affermava che il bilanciamento tra la tutela della riservatezza e la trasparenza dell'azione amministrativa deve essere assicurato dalle amministrazioni, le quali, come si legge nelle Linee Guida, *"sono tenute a rispettare i principi di pertinenza e non eccedenza dei dati in rapporto alle finalità perseguite (art. 11 del vecchio Codice), specie in assenza di necessarie disposizioni di legge o regolamento che prescrivano l'adozione per determinati dipendenti di cartellini identificativi e ne individuino eventualmente anche il relativo contenuto"*.

Il Garante puntualizzava altresì che, alla luce delle *"specifiche esigenze di personalizzazione e di umanizzazione del servizio e di collaborazione da parte dell'utente"*, può risultare giustificato *"riportare nei cartellini elementi identificativi ulteriori rispetto alla qualifica, al ruolo professionale, alla fotografia o ad un codice identificativo quali, ad esempio, le loro generalità"*.

Nell'affermare tale principio, il Garante faceva espresso riferimento alle prestazioni sanitarie in regime di ricovero ospedaliero e al rapporto fiduciario che si instaura tra il paziente e gli operatori sanitari coinvolti.

Già nel 2007, emergeva dunque la legittimità della richiesta ai lavoratori di esporre un cartellino recante, quanto meno, il proprio nominativo. Tuttavia, essa era subordinata alla selezione accurata dei dati da riportare sullo stesso, in coerenza con le finalità del trattamento.

Con il tempo, anche la giurisprudenza si è allineata alle indicazioni del Garante, sostenendo che l'utilizzo di cartellini identificativi del personale sanitario è certamente possibile, ma, al fine di non incorrere in situazioni di illegittimità, essi non devono contenere informazioni eccedenti quanto strettamente necessario a tutelare il diritto alla trasparenza dell'azione amministrativa.

Nelle more dell'emanazione delle prime sentenze che recepivano gli orientamenti dell'Autorità Garante, il legislatore finalmente interveniva sul punto. Con la riforma c.d. Brunetta e, in particolare, con l'articolo 69 del d.lgs. 150/2009 è stato introdotto nel Testo Unico sul pubblico impiego (il D.Lgs. n. 165/2001) l'articolo 55 *nonies* che stabilisce l'obbligo per tutti i dipendenti pubblici che esercitano attività a contatto con il pub-

blico di rendere conoscibile il proprio nominativo mediante l'uso di cartellini o targhe da apporre presso la propria postazione di lavoro.

Con la circolare n. 3/2010 del Dipartimento della Funzione Pubblica è stato poi precisato che, fermo l'obbligo di indicare il nome e cognome, l'Amministrazione può valutare, in relazione alle circostanze del caso, se e quando attuare l'identificazione del personale attraverso ulteriori elementi riferibili al ruolo del dipendente, quali il profilo, la posizione professionale, l'ufficio di appartenenza.

In ogni caso, il parametro per misurare la legittimità dell'inserimento dei dati resta quello della pertinenza, che porta ad escludere la possibilità di inserire informazioni, quali, ad esempio, la data di nascita o altro elemento riconducibile allo stato di salute o alle opinioni personali del dipendente, che siano del tutto estranei a quanto strettamente necessario alle finalità di trasparenza e di buon andamento della pubblica amministrazione.

Avv. Barbara Pisa





NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, 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)