

INFERMIERE

oggi

Periodico di idee, informazione e cultura del Collegio IPASVI di Roma

N°1



EDITORIALE
Intramoenia sì
ma senza inganni

.....

FOCUS
Assemblea degli iscritti

.....

CONTRIBUTI
La professione infermieristica
nella società multiculturale

.....

NOTIZIE DAL COLLEGIO
Lettera a Zingaretti:
"Se precaria non è sanità"

.....

**RIMETTIAMO
IN PIEDI
LA SANITÀ**

INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIV - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2014
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
Gennaro Rocco

Segreteria di redazione
Nicola Barbato, Stefano Casciato, Mario Esposito,
Matilde Napolano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Simonetta Bartolucci, Angela Basile, Marinella Carnevale,
Girolamo De Andreis, Gianfranco Del Ferraro, Stefano Di Carlo,
Maurizio Fiora, Natascia Mazzitelli, Jasmine Mirtini, Maria Grazia Proietti,
Ausilia M.L. Pulimeno, Alessandro Stievano, Marco Tosini

Stampa
Artigrafiche Boccia SpA
Via Tiberio Claudio Felice, 7 - 84131 Salerno
e-mail: info@artigraficheboccia.com
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Madi Studio di D. Cirillo - Salerno
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: aprile 2014

Tiratura: 34.500 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 al Collegio IPASVI di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 **Intramoenia sì ma senza inganni**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Infermieri esperti in pratica basata sulle evidenze
L'esperienza triennale di un progetto formativo**
di Maria Matarese, Angela Peghetti, Stefano Casciato
- 7 **Competenze e responsabilità dell'infermiere nell'identificazione
del potenziale donatore di organi**
*di Angelo Oliva, Silvana Di Florio, Alessandra Di Giacobbe,
Girolamo De Andreis*
- 11 **L'efficacia del colloquio motivazionale ed altre tecniche di supporto emotivo
ed educativo per promuovere l'allattamento con latte materno in Tin
Una revisione della letteratura**
di Graziella Mancuso, Martina Fiori
- 16 **Il contributo dell'infermiere psichiatrico nella gestione del paziente
con disagio psichico**
di Teresa De Paola, Calogera Tavormina, Ramona De Paola
- 20 **Efficacia del saccarosio nel ridurre il dolore da venipuntura nel neonato**
di Stefania Ranalli
- 24 **La professione infermieristica nella società multiculturale
Uno studio descrittivo transculturale nell'ospedale San Filippo Neri di Roma**
di Giulia Valenti, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco
- 29 **Confronto sull'efficacia della scala di valutazione Mna
rispetto alle scale Sga e Must nell'individuazione della malnutrizione
nell'anziano ospedalizzato**
di Mara Angelillo, Claudia Iacomino, Giuseppe Parisella

FOCUS

- 35 **ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI**

DICONO DI NOI

- 52 **Nominati i primi nuovi direttori generali di Asl e ospedali**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 55 **Case della Salute, parte la formazione
e aprono le prime strutture riconvertite**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 56 **LETTERA APERTA A ZINGARETTI "Se è precaria, non è sanità"**
58 **Posta elettronica certificata. Scatta l'obbligo di dotazione**

LETTO PER VOI

- 60 **Guida all'esercizio della professione di infermiere
L'operatore sanitario moderno novello "psicologo" degli assistiti**
61 **L'infermiere eclettico, l'inglese medico-scientifico**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Compatibilità e incompatibilità tra lavoro dipendente
e attività libero professionale: obblighi del lavoratore e sanzioni applicabili**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Intramoenia sì ma senza inganni

di Gennaro Rocco

Una professione che si emancipa non ha paura di misurarsi con nuovi scenari. Anzi, li promuove e contribuisce fattivamente a realizzarli se questi migliorano i servizi. Noi infermieri lo sappiamo bene: la nostra è una rincorsa continua, sebbene disseminata di ostacoli, verso modelli assistenziali di qualità capaci di generare salute in una popolazione che muta rapidamente, invecchia, accresce e affina la sua domanda sanitaria. Adeguare le risposte è dunque essenziale.

L'ultima frontiera che spunta nel panorama legislativo nazionale è quella dell'attività infermieristica intramoenia. La invociamo da anni anche noi infermieri, come riconoscimento alla nostra straordinaria progressione culturale e professionale che ci consente oggi di identificarci come professionisti esercenti una professione sanitaria intellettuale. Proprio come i medici, che finora hanno praticamente avuto l'esclusiva delle prestazioni in intramoenia. Forse non sarà più così. Ma il terreno è scivoloso e bisogna stare attenti.

Le Regioni cercano di riorganizzare le strategie e pianificano modelli diversi da quelli tradizionali per rispondere alle mutate esigenze sanitarie dei cittadini: meno ricoveri, più servizi di prossimità, più continuità assistenziale. Ecco che spuntano iniziative che fino a poco tempo fa sarebbero apparse come chimere, soffocate dalla difesa corporativa di lobby impegnatissime a disseminare di paletti e steccati la crescita delle altre professioni sanitarie.

A rompere lo schema caro ai "gattopardi" della sanità italiana è la Regione Liguria con una legge quadro che introduce l'intramoenia per tutte le professioni sanitarie. Infermieri, ostetriche, tecnici sanitari, della riabilitazione e della prevenzione sono autorizzati ad esercitare la libera professione, oltre l'orario di servizio, non solo in equipe ma anche singolarmente all'interno della propria azienda e in forma intramuraria allargata nelle Asl, negli Irccs e negli altri enti equiparati.

La novità non è di poco conto e scompiglia le carte in tavola.

Altre Regioni, come il Lazio, potrebbero mettersi in scia. Tuttavia ci sono rischi e criticità da valutare attentamente. E senza farsi troppe illusioni. La norma varata dal Consiglio regionale ligure fissa gli aspetti generali ma demanda i criteri di applicazione ad una direttiva della Giunta e ad alla successiva attuazione da parte delle Asl. Si tratterà dunque di verificare cosa sarà all'atto pratico del principio stabilito dalla legge. Sempreché il Governo non la impugni.

Gli aspetti positivi non mancano. È un riconoscimento importante del lavoro e dell'impegno che tanti professionisti profondono ogni giorno in un ambiente sempre più complesso come quello sanitario. Il modello risponde bene anche alla crescente domanda di cure domiciliari da parte dei cittadini e consente alla Regione di mettere a disposizione professionisti pubblici abilitati alla libera professione in modo trasparente, certificato e a prezzi calmierati.

Da anni ripetiamo che i bisogni sanitari della popolazione cambiano e che la figura dell'infermiere è sempre più centrale nella presa in carico del paziente. Guardiamo perciò con naturale interesse alle sperimentazioni che vanno in questa direzione e che svelano finalmente una nuova stagione di collaborazione tra le professioni sanitarie e tra queste e il SSN.

L'attività infermieristica intramoenia potrebbe spostare significativamente il rapporto fra sanità ospedaliera e territoriale, oggi troppo sbilanciato sulla prima. Fornisce un servizio su misura ai pazienti dimessi precocemente che continuano ad avere bisogno di assistenza e contribuisce a decongestionare gli ambulatori pubblici. Rappresenta inoltre l'opportunità per i professionisti di adeguare il proprio reddito ad un livello più consono e giusto per l'attività che svolgono.

Eppure non mancano criticità e dubbi. Troppe volte ci siamo imbattuti in programmi ambiziosi che agli effetti pratici non hanno mantenuto le promesse. E che ci hanno deluso. Ne abbiamo fatto tesoro perciò ora qualche domanda ce la poniamo.

EDITORIALE

Con gli attuali organici fortemente sottodimensionati è immaginabile che dopo essersi sobbarcato un turno al mattino un infermiere possa farne anche uno al pomeriggio in regime di intramoenia? Come si pensa di poter rispettare carichi di lavoro accettabili? L'Ocse relega il nostro Paese agli ultimi posti in Europa per il rapporto infermieri-cittadini. Siamo già pochi e sfiniti, davvero possiamo dare di più?

Il punto è che **senza l'arruolamento di nuovo personale sanitario, senza prima adeguare gli organici spaventosamente mutilati dai tagli della spending review non si va da nessuna parte**. E così anche la chance dell'intramoenia potrebbe rimanere confinata nella pura teoria.

Di più. Non vorremmo che l'apertura sull'attività intramoenia per le professioni sanitarie non mediche comporti qualche retroscena inconfessabile. Come quello di utilizzare in questo modo gli operatori in servizio per non assumerne altri. E non vorremmo neppure che la prestazione intramoenia pagata dal cittadino fungesse da apripista ad una riduzione generale dei servizi pubblici gratuiti, insomma che diventi un escamotage

per far pagare agli assistiti un'ulteriore quota sulle cure ricevute.

Va dunque chiarito un punto essenziale: **l'attività intramoenia deve essere aggiuntiva e non sostitutiva dei servizi e delle prestazioni rese dalla sanità pubblica**; non diventi un nuovo fardello per i cittadini e uno strumento per camuffare la riduzione dei servizi pubblici.

C'è poi un altro importante aspetto da considerare: la possibile concorrenza con l'attività svolta dai sanitari liberi professionisti, tra i quali molti infermieri. Il rischio è che l'applicazione tout court dell'intramoenia incida negativamente sull'attività libero-professionale che già soffre molto per la crisi generale. Invece **la libera professione che impegna tanti colleghi sul territorio ha bisogno di essere tutelata e promossa**, come il Collegio si sforza continuamente di fare. Per questo le esperienze vanno ponderate, approfondite e sperimentate a dovere. Bisogna dunque identificare molto bene gli aspetti applicativi della norma sull'intramoenia varata dalla Regione Liguria. Lo spunto è certamente interessante, ma non vorremmo cadere dalla padella alla brace.



Infermieri esperti in pratica basata sulle evidenze

L'esperienza triennale di un progetto formativo

di Maria Matarese, Angela Peghetti, Stefano Casciato

ABSTRACT

L'integrazione delle evidenze scientifiche nel processo decisionale infermieristico è ritenuta di fondamentale importanza per il miglioramento della qualità assistenziale.

Tra le strategie di efficacia dimostrata per promuovere l'applicazione dei risultati della ricerca nella pratica, la letteratura indica l'utilizzo di figure di professionisti esperti che possano fungere da leader nel veicolare le nuove conoscenze e promuovere la rielaborazione critica delle pratiche professionali.

Proprio basandosi su queste evidenze il Polo 4 del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (quello dedicato alla Pratica clinica) ha avviato un progetto pluriennale che mira a formare i *clinical nurse leader*, esperti in **Evidence Based Practice**, che, all'interno delle aziende e delle istituzioni sanitarie, possano avviare processi di cambiamento della pratica clinica.

A tre anni dall'avvio del progetto sono stati formati 107 infermieri provenienti dalla maggior parte delle istituzioni sanitarie di Roma e provincia.

Il progetto formativo prosegue, coinvolgendo gli infermieri formati in progetti di formazione sul campo che permetteranno loro di affinare le competenze in *Evidence Based Practice* ed avere un impatto diretto sulla pratica clinica.

Parole-chiave: pratica basata sull'evidenza, formazione, infermieri esperti

INTRODUZIONE

A livello internazionale, è ampiamente riconosciuta l'importanza del trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica al fine di migliorare i risultati in termini di salute delle persone assistite ed ottenere un avanzamento della qualità dell'assistenza fornita.

Nel corso degli ultimi anni, sono state suggerite e sperimentate varie strategie formative per stimolare i professionisti sanitari ad utilizzare le evidenze scientifiche nel loro processo decisionale clinico e modificare i loro comportamenti nella pratica clinica in base ai risultati della ricerca scientifica.

Una revisione della letteratura del *Cochrane Effective Practice and Organisation of care review Group* (Bero et al., 1998) e una più recente revisione di Robertson e Jochelson (2006) hanno dimostrato l'inefficacia - o l'efficacia limitata - degli interventi formativi che prevedono una diffusione passiva dell'informazione, come avviene, ad esempio, attraverso conferenze o lezioni o attraverso la distribuzione di materiale educativo cartaceo, audiovisivo o informatico (sebbene questi siano gli interventi a cui si fa più frequentemente ricorso).

Risultano, invece, maggiormente efficaci per la modifica dei comportamenti gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto dei professionisti nei pro-

cessi di cambiamento: ne sono esempi gli interventi formativi condotti da esperti esterni che incontrano i professionisti sanitari nel loro ambiente di lavoro (visite di sensibilizzazione o *outreach visit*), gli *audit* clinici in cui gli stessi professionisti valutano la loro pratica clinica e definiscono gli ambiti di miglioramento, i seminari interattivi e gli incontri con *opinion leader* locali.

Una parte della ricerca relativa ai cambiamenti comportamentali si è orientata a valutare, in particolare, l'efficacia dell'utilizzo di **figure**, cosiddette, **intermedie** (Milner et al., 2006) che hanno la funzione di veicolare le conoscenze al gruppo di pari e fungere da modelli professionali. Varie figure sono state proposte a livello internazionale per svolgere tale ruolo: *opinion leader* locali (Flodgren et al., 2011); *clinical nurse educator*, infermieri specialisti; *staff development educator* (Milner et al., 2006); i consulenti clinici (Tagney e Haines, 2009).

Il ricorso a tali figure come strategia per la modifica dei comportamenti si ispira alla teoria dell'apprendimento sociale di Rogers che sostiene che gli individui considerati credibili e degni di fiducia sono agenti di cambiamento più persuasivi, in grado cioè di indurre più facilmente la modifica di atteggiamenti e comportamenti in altre persone.

La *leadership* che queste figure esercitano non è in funzione della posizione formale rivestita all'interno dell'organiz-

zazione o del ruolo ricoperto nel sistema, ma è guadagnata e mantenuta attraverso la competenza tecnica dimostrata, l'accessibilità sociale e la rete di comunicazione interpersonale che sono in grado di gestire (Flodgren et al., 2011). In base a queste evidenze di letteratura il polo 4 della Pratica clinica del Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (Cecri) ha avviato un progetto pluriennale rivolto alla formazione di infermieri esperti in *Evidence based practice* (Ebp), denominati *clinical nurse leader* (Cnl) che dovranno diffondere la cultura dell'Ebp nei contesti clinici in cui si trovano ad operare.

Infatti, tali figure, competenti e con *leadership*, possono diffondere più facilmente i risultati della ricerca nei contesti operativi, ma possono anche facilitare la discussione sulla loro applicazione all'interno del gruppo professionale di riferimento e valutare la loro utilità nei *setting* clinici.

Il progetto del Cecri prevede, inoltre, la costituzione di un comitato permanente dei Cnl che, a loro volta, potranno costituire, nelle loro sedi di lavoro, dei gruppi operativi (*task-force*), composti da infermieri clinici, coordinatori e responsabili dei servizi, che diffonderanno le strategie di implementazione dell'Ebp.

La presenza capillare dei Cnl nei contesti di pratica clinica permetterà anche di individuare i problemi assistenziali che non hanno ancora una soluzione efficace e tali informazioni saranno utili ai ricercatori infermieri per individuare possibili campi di ricerca.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto formativo, denominato *"Innovazione della pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in Ebp"*, ha mirato in particolare a:

1. fornire agli infermieri coinvolti nel processo formativo le conoscenze teoriche relative alla metodologia dell'*Evidence-Based Practice* (Ebp);
2. far acquisire abilità nella valutazione critica di studi primari e secondari e nell'elaborazione di un riassunto strutturato Ebp;
3. creare un gruppo di infermieri esperti

clinici che può guidare il gruppo di pari nei loro contesti di pratica nell'implementazione dell'Ebp.

METODO

Il progetto si è articolato in varie fasi. Nella prima sono stati individuati i possibili contesti sanitari in cui reclutare gli infermieri da formare, attraverso il coinvolgimento formale ed informale di tutti i dirigenti dei servizi infermieristici delle strutture sanitarie pubbliche e private del Lazio.

All'interno delle loro strutture, i dirigenti e responsabili dei servizi (che hanno condiviso le finalità del progetto) hanno identificato infermieri impiegati nella clinica, nell'organizzazione o nella formazione da avviare al percorso formativo, selezionandoli sulla base di criteri prestabiliti. Infatti, per essere candidabili, gli infermieri dovevano avere una esperienza consolidata in una specifica area clinica (essere, pertanto, infermieri clinici esperti),

mieri dovevano avere un riconoscimento della loro *leadership* a livello organizzativo.

La successiva fase ha previsto l'attivazione di programmi formativi che ha coinvolto, come formatori, infermieri esperti in ricerca e metodologia Ebn a livello nazionale.

Tali programmi erano articolati in due moduli: uno di Ebp di base ed uno Ebp avanzato, della durata di due giornate ciascuno, in cui venivano affrontati i principali temi connessi all'Ebn.

I corsi, aperti ad un massimo di 25 partecipanti per permettere un coinvolgimento più attivo dei partecipanti nei processi di apprendimento, prevedevano momenti di lezione frontale, attività di lavori gruppo e lavori individuali da svolgere alla fine del corso, per consentire l'acquisizione delle competenze attraverso la sperimentazione di varie modalità di apprendimento.

La formulazione del quesito di ricerca bibliografica
Accesso alle banche dati biomediche
Gli studi osservazionali e sperimentali
La valutazione critica degli studi primari: gli strumenti e l'individuazione dei bias
Elaborazione di un riassunto strutturato Ebn
Valutazione critica di uno studio qualitativo
Elaborazione del riassunto strutturato Ebn di uno studio qualitativo
La letteratura secondaria: revisioni sistematiche, meta-analisi e linee-guida
La valutazione critica degli studi secondari: Agree II
La valutazione critica di linee-guida: applicazione di Agree

avere una conoscenza, almeno base, della lingua inglese (comprensione scritta e di terminologia scientifica), essere in grado di svolgere una ricerca bibliografica attraverso le più comuni banche dati elettroniche.

Tali competenze potevano essere già possedute dall'infermiere individuato, oppure essere acquisite attraverso l'inserimento in specifici corsi di formazione organizzati dal collegio Ipasvi, in modo da rendere uniformi le competenze di quelli selezionati.

La scelta degli infermieri da inserire nel percorso di formazione in Ebp è stata considerata "critica", visto che tali infer-

RISULTATI

Da giugno 2011 a novembre 2013 sono stati attivati cinque corsi Ebp di base ed avanzato a cui hanno partecipato un totale di 107 infermieri.

I corsi hanno visto la frequenza di un numero di infermieri che andava da un minimo di 18 ad un massimo di 25 partecipanti, con una media di 22 per corso. La maggior parte degli infermieri proveniva dalle aziende ospedaliere e Asl di Roma, dai Policlinici universitari romani e da strutture pubbliche e private. Avevano un'età compresa tra 25-64 anni con una età media di 43 anni (mediana 43), ed erano principalmente di sesso

femminile (76,6%). Inoltre, erano iscritti al Collegio Ipasvi provinciale da un minimo un anno ad un massimo di 36 anni e con una media di anni di iscrizione di 17. La loro esperienza clinica era principalmente nell'area medica, chirurgica e critica, anche se una certa quota di partecipanti rivestiva il ruolo di coordinatore di unità operativa (13,1%) o svolgeva attività presso i servizi infermieristici (6,6%). (Tabella 1)

L'apprendimento dei partecipanti ai corsi è stato valutato sia attraverso un test a scelta multipla (che valutava le conoscenze in entrata e alla fine della frequenza del modulo), sia attraverso l'elaborazione di una valutazione critica di uno studio di tipo qualitativo e quantitativo che il partecipante doveva consegnare ai docenti del corso entro un mese dalla fine del modulo.

La conoscenza della lingua inglese è stata, inoltre, misurata in ingresso attraverso la valutazione della comprensione di un testo che illustrava un problema clinico-assistenziale.

La soddisfazione dei partecipanti all'evento formativo è stata valutata attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento distribuito a fine corso.

Partecipanti per edizioni	n.	%
I corso Ebp	24	22,4
II corso Ebp	20	18,7
III corso Ebp	25	23,4
IV corso Ebp	18	16,8
V corso Ebp	20	18,7
Totale	107	
Istituzioni di provenienza partecipanti	N	%
AO San Camillo-Forlanini	17	15,9
AO San Giovanni Addolorata	12	11,2
Istituti Fisioterapici Ospedalieri (Ifo)	12	11,2
Policlinico universitario Umberto I	11	10,3
Asl RM C	8	7,5
FateBeneFratelli Villa San Pietro	7	6,5

FateBeneFratelli Isola Tiberina	6	5,6
Cristo Re	6	5,6
Policlinico universitario S.Andrea	5	4,7
Asl RM B	4	3,7
San Raffaele	3	2,8
Policlinico universitario A. Gemelli	2	1,9
ASL RME	2	1,9
Ospedale pediatrico Bambin Gesù	2	1,9
Libero professionista	2	1,9
Policlinico universitario Campus Bio Medico	1	0,9
Ospedale militare celio	1	0,9
Idi	1	0,9
Asl RMD	1	0,9
Ares 118	1	0,9
Acismom	1	0,9
AO San Filippo Neri	1	0,9
Policlinico Liegro	1	0,9
	107	0,9
Genere partecipanti	n.	%
Femmine	82	76,6
Maschi	25	23,4
Età partecipanti	n.	%
25-30	8	7,5
31-40	34	31,8
41-50	44	41,1
51-60	20	18,7
over 60	1	0,9
Anni iscrizione al Collegio	n.	%
1-10	36	33,6
11-20	36	33,6
21-30	32	30
over 30	3	2,8

Ruolo ricoperto	n.	%
Infermiere	81	75,7
Coordinatore	14	13,1
Dirigente/posizione organizzativa	7	6,6
Libero professionista	2	1,8
Ambito formazione	1	0,9
Ambiti clinici di lavoro	n.	%
Area medica generale e specialistica	24	22,4
TI/rianimazione/Dea	16	14,9
Area chirurgica generale e specialistica	13	12,1
Camera operatoria	9	8,4
Servizio infermieristico	9	8,4
Area Pediatrica	8	7,4
Servizi	7	6,5
Area riabilitativa	4	3,7
Area psichiatrica	3	2,8
Altro	6	5,6
Non specificato	8	7,4
	107	

Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti ai cinque corsi di formazione in Ebp

La soddisfazione dei partecipanti, rilevata attraverso i questionari compilati a fine corso, è stata sempre molto alta in tutte le cinque edizioni del corso Ebp. In particolare, quasi il 90% dei partecipanti ha considerato i contenuti presentati durante il corso "molto rilevanti per l'attività professionale" e il 96% li ha ritenuti "estremamente utili".

Inoltre, la qualità dell'offerta formativa è stata percepita come "molto alta" dalla quasi totalità del gruppo (98%). (Figure 1, 2, 3)

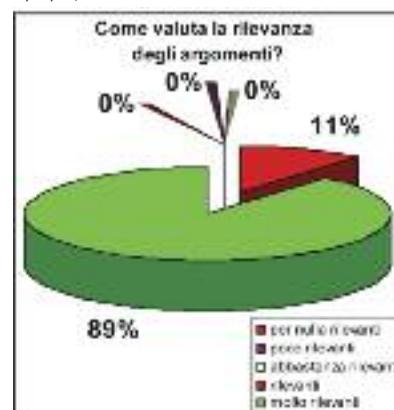


Figura 1. Valutazione della rilevanza degli argomenti trattati durante i corsi Ebp

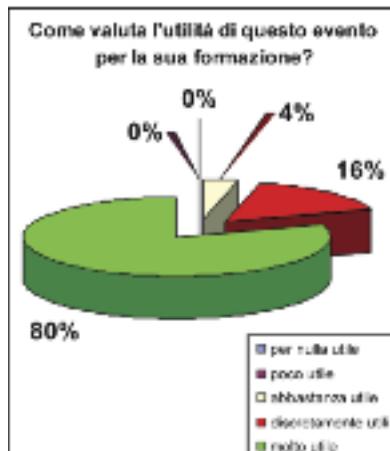


Figura 2. Valutazione dell'utilità del corso da parte dei partecipanti

DISCUSSIONE

Il percorso formativo in Ebp del Cecri ha visto il coinvolgimento di molte figure che, a vario titolo, hanno condiviso il progetto di formazione-dirigenti dei servizi infermieristici, infermieri impegnati nella didattica, nella clinica e nell'organizzazione, responsabili del Cecri, esperti di ricerca e Ebn, costituendo un'occasione di confronto e crescita per partecipanti, formatori e servizi.

La formazione di più di 100 infermieri (provenienti dalla maggior parte delle istituzioni sanitarie di Roma e provincia) rappresenta un traguardo importante in questa prima fase del progetto che mirava proprio ad avere nella maggior parte delle strutture sanitarie romane infermieri formati nella metodologia dell'Ebp.

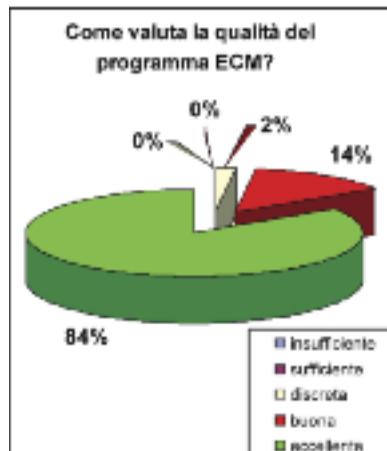


Figura 3. Percezione della qualità dei corsi Ebp da parte dei partecipanti

L'attiva partecipazione di tutti i partecipanti e l'alto livello di gradimento registrato testimoniano l'interesse per i temi trattati e l'importanza sempre più riconosciuta all'Ebp all'interno della professione infermieristica.

Una parte degli infermieri esperti in Ebp, formati nell'anno 2013, è stata già coinvolta in un ulteriore percorso di formazione, avviato sempre dal Polo 4 del Cecri, che mira a far applicare le competenze acquisite attraverso il progetto formativo Ebp.

Tale percorso di formazione, avviato secondo la metodologia della formazione sul campo, prevede l'attuazione di *audit* clinici nelle strutture sanitarie di appartenenza degli infermieri formati e l'elaborazione di revisioni sistematiche della

letteratura su temi ritenuti rilevanti per la pratica professionale, stimolando, così, l'ulteriore crescita professionale degli infermieri formati.

CONCLUSIONI

Il progetto di formazione degli infermieri esperti in Ebp è un progetto unico in Italia e ha promosso l'acquisizione di competenze avanzate in Ebp in un gruppo di infermieri presenti in varie strutture sanitarie di Roma e provincia.

La ricaduta della formazione in Ebp, all'interno delle varie organizzazioni sanitarie e la possibile influenza sugli esiti di salute delle persone assistite, sarà oggetto di valutazione attraverso specifici progetti che saranno avviati nei prossimi mesi dal Polo 4 della Pratica clinica del Cecri.

AUTORI:

Maria Matarese, componente Polo per la Pratica Clinica del Cecri; esperta in Ricerca infermieristica, ricercatore in Scienze Infermieristiche Università Campus Bio Medico di Roma;

Angela Peghetti, componente del Polo per la Pratica Clinica del Cecri; esperta in Ebp-Centro Ebp Sant'Orsola Malpigli, Bologna;

Stefano Casciato, direttore del Polo per la Pratica Clinica del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

Bero L.A, Grilli R, Grimshaw J.M, Harvey E, Oxman A.D, Thomson M.A, *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ. 1998; 317(7156):465-8.

Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien M.A, Grimshaw J, Eccles M.P, *Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD000125.

Milner M, Estabrooks C.A, Myrick F, *Research utilization and clinical nurse educators: A systematic review*. J Eval Clin Pract. 2006;12(6):639-55.

Robertson R, Jochelson K, *Interventions that change clinician behaviour: mapping the Literature*. Nice, London, UK, 2006, disponibile su: <http://www.nice.org.uk/media/AF1/42/HowToGuideKingsFundLiteratureReview.pdf>. (29 novembre 2013).

Tagny J, Haines C, *Using evidence-based practice to address gaps in nursing knowledge*. Br J Nurs. 2009; 18(8): 484-9.

Competenze e responsabilità dell'infermiere nell'identificazione del potenziale donatore di organi

di Angelo Oliva, Silvana Di Florio, Alessandra Di Giacobbe, Girolamo De Andreis

ABSTRACT

La Rete nazionale Trapianti costituisce un modello nella Sanità basato sull'integrazione e collaborazione di varie figure professionali, in cui l'infermiere svolge un ruolo fondamentale.

Le competenze, i compiti, svolti dall'infermiere all'interno del processo donazione-trapianto, rispecchiano perfettamente ciò che viene individuato dal profilo professionale dell'infermiere. (Tabella 1)

L'infermiere, soprattutto nella prima fase del processo donativo (rappresentata dall'individuazione del potenziale donatore), attraverso l'utilizzo di un approccio sistematico, basato sull'elaborazione di dati, sviluppo di procedure e di percorsi assistenziali, rappresenta l'elemento principale che porta alla realizzazione di tutte le fasi del processo, e, al contempo, un veicolo per diffondere, nelle strutture, quella che possiamo definire come la "Cultura della donazione".

Master universitario in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti", Università degli studi di Pisa
Corso per coordinatori alla donazione e al prelievo di organi e tessuti-Centro nazionale Trapianti
Certificazione nazionale per coordinatori alla donazione e al prelievo di organi e tessuti-Centro Nazionale Trapianti

Tabella 1. Formazione infermiere coordinamento aziendale donazione organi e tessuti

INTRODUZIONE

La donazione di organi e tessuti rappresenta un elemento caratterizzante di un efficiente servizio sanitario.

Lo sviluppo del Programma Trapianti richiede l'aumento notevole delle donazioni che ne costituiscono presupposto indispensabile ma anche un fattore limitante, visto che la carenza di organi, rispetto all'aumento della richiesta, resta il problema principale. (Tabella 2)

n. donatori utilizzati	n. trapianti	n. pazienti in lista d'attesa
83	280	1053

Tabella 2. Report attività donazione e trapianto Regione Lazio 2013

Grazie ai miglioramenti scientifici, organizzativi ed amministrativi, il trapianto è diventato una pratica quotidiana nei nostri ospedali, dove sono sempre di più i pazienti che possono usufruire di questa modalità terapeutica.

Ma la scarsità di organi continua ad essere l'ostacolo principale per un totale sviluppo del trapianto, costituendo una barriera insuperabile per poter generalizzare questa terapia.

Come si può affrontare questa difficoltà? Con diverse strategie, di cui, senza

2-5% dei decessi registrati in ospedale
1-2 per letto di Terapia Intensiva per anno
50% dei potenziali donatori diventa donatore effettivo

Tabella 3. Pool dei potenziali donatori di organi

dubbio, la più importante è l'ottimizzazione dell'individuazione dei potenziali donatori di organi. (Tabella 3)

Individuare e identificare i possibili donatori, studiando le potenzialità di donazione del proprio Ospedale, rientra tra le responsabilità principali di tutto il personale afferente ai Coordinamenti Aziendali per la Donazione di organi e tessuti, come previsto dalla Legge del 1 Aprile 1999 n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti", e dalla Conferenza Stato-Regioni, Accordo del 21 marzo 2002: "Linee-Guida per le attività di Coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale ai fini di trapianto".

MATERIALI E METODI

Ai fini di assicurare una attività di individuazione precoce dei soggetti potenzialmente donatori di organi, in relazione al Profilo operativo del Coordinamento locale presso ogni Azienda Sanitaria, **la professionalità infermieristica, deve essere in grado di garantire un costante monitoraggio dei potenziali donatori**, soprattutto nelle Terapie Intensive, e una organizzazione quotidiana delle attività di *procurement*.

In relazione a queste competenze specifiche, e al presupposto che il processo della donazione inizia prima dell'identificazione del potenziale donatore (attraverso un'analisi delle risorse e del contesto operativo di appartenenza), per ottenere una valutazione del "potenziale donativo" della propria Azienda, il personale del Coordinamento aziendale Dona-

zione Organi e Tessuti del Policlinico Tor Vergata di Roma analizza i dati ricavati sia dal Registro Locale dei Cerebrolesi¹ dell'Ufficio di Coordinamento, sia quelli che il Servizio Sio (Struttura Informatica Ospedaliera) elabora trimestralmente per la trasmissione al Coordinamento regionale Trapianti della Regione Lazio, e sia, i dati ricavati dal Registro dei Decessi Nosocomiali dell'Ufficio di Coordinamento, attraverso il monitoraggio quotidiano della camera mortuaria.

Nello specifico, viene fatta una selezione dei record sui deceduti nel Policlinico aventi nei codici diagnostici¹ (Diagnosi primaria, Diagnosi secondarie 1-2-3-4 Icd9Cm-2002) almeno uno dei valori della seguente tabella:

Questi record vengono elaborati dal Sio attraverso la creazione di un file contenente i dati di dimissione per deceduti con lesione cerebrale, formato da: codice della struttura, anno, nosologico del ricovero, data di nascita del paziente, data di ricovero, data di morte, codice reparto, diagnosi principale, 1 diagnosi secondaria, 2 diagnosi secondaria, 3 diagnosi secondaria, 4 diagnosi secondaria. Di seguito, si riporta un esempio del formato di trasmissione elaborato dal Sio, su indicazione del Centro regionale Trapianti Lazio, che viene analizzato dal personale del coordinamento ai fini della conoscenza del contesto operativo:

**120920 120113681120819602605201
2070820124901430 780013314 4011**

Codice ICD9CM	Descrizione
191x	Tumori maligni dell'encefalo
1921	Tumori maligni delle meningi
2250	Tumori benigni dell'encefalo
2252	Tumori benigni delle meningi cerebrali
2379	Tumori incerti del Snc
3240	Ascesso cerebrale
3314	Idrocefalo
3481	Danno encefalico da anossia
3485	Edema cerebrale
430	Emorragia subaracnoidea
431	Emorragia cerebrale
432x	Altre emorragie intracraniche
43311	Occlusione della carotide con infarto cerebrale
43321	Occlusione dell'arteria vertebrale con infarto cerebrale
43331-43381-43391	Occlusioni delle arterie precerebrali con infarto cerebrale
434xx	Occlusioni delle arterie cerebrali
4376	Trombosi non piogena dei seni venosi intracranica
803.xx	Frattura del cranio
804.2x	Frattura del cranio con lesioni cerebrali
804.3x	Frattura cranio-facciale con lesioni cerebrali
851xx	Contusione, lacerazione cerebrale
852xx	Emorragia subaracnoidea traumatica
853	Trauma cranico con emorragia
854.00	Trauma cranico encefalico

Tabella 4. Codici diagnostici decessi con lesioni cerebrali

NOTE

¹ Conferenza Stato Regioni – Accordo 21 Marzo 2002 “Linee guida per le attività di coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale ai fini del trapianto” art. 3.7...tra le funzioni del Coordinatore Locale...compilare in collaborazione con la Direzione Medica, il Registro Locale dei Cerebrolesi

¹ Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche eterapeutiche. Versione Italiana della ICD-9-CM. Roma. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali; 2007

³ Come da indicazione del Centro Nazionale Trapianti sono state considerate 5 fasce di età.

51882.

I dati ottenuti vengono successivamente confrontati con quelli elaborati dal Registro locale dei Cerebrolesi (riguardante sia i ricoveri che i decessi con lesione cerebrale registrati all'interno delle Terapie Intensive), e, con i dati dei decessi nosocomiali registrati nel Policlinico ricavati dalle patologie presenti sugli Avvisi di Morte.

Infine, i decessi con lesione cerebrale, registrati sia all'interno che all'esterno delle Terapie Intensive, vengono raggruppati per fasce di età³ (Tabella 5) e per patologia (Tabella 6), considerando anche, come indice prognostico sfavorevole, l'arco temporale dalla data del ricovero fino a quella di morte, verificando se il decesso è avvenuto entro 72 ore.

0-15
16-40
41-60
61-80
>80

Tabella 5. Decessi con lesioni cerebrali raggruppati per fasce di età

Accidenti cerebrovascolari
Traumi Cranici
Coma anossici
Tumori cerebrali

Tabella 6. Patologie con lesioni cerebrali

CONCLUSIONI

Il reperimento e l'identificazione del potenziale donatore di organi rappresenta "il punto zero" di tutto il processo del *Transplant Procurement Management Activity*.

La modalità più idonea per lo svolgimento di questo approccio sistematico, che vede l'infermiere del Coordinamento aziendale Donazione Organi coinvolto in prima persona, è la conoscenza del proprio contesto operativo.

Conoscenza che deve partire da un'analisi conoscitiva del numero dei posti letto dedicati al *management* del cerebroleso, alle procedure e protocolli presenti per

l'identificazione del neuroleso grave e il suo riferimento immediato alle Unità di Terapia Intensiva.

Inoltre, la conoscenza del proprio contesto parte anche da un attento e quotidiano monitoraggio del Pronto Soccorso, delle Terapie Intensive, dei reparti di Neurologia, Neurochirurgia, *Stroke Unit* e Medicina d'Urgenza: tutti quei reparti maggiormente coinvolti nella cura del paziente con gravi lesioni cerebrali, suscettibile di evoluzione verso la morte encefalica.

In relazione al monitoraggio del Pronto soccorso, gli infermieri afferenti ai Coordinamenti aziendali del Centro Regionale Trapianti Lazio, utilizzano due sistemi operativi informatizzati: il Gipse (Gestione informazioni Pronto Soccorso ed Emergenza) e il Gedon (Gestione ricoveri in Pronto Soccorso dei pazienti con lesione cerebrale). (Figure 1 e 2)

Attraverso questi sistemi, il personale dei Coordinamenti monitorizza, per almeno 72 ore dal ricovero, tutti i pazienti, indipendentemente dall'età, con la sola

esclusione di quelli con patologie croniche in fase terminale. Cioè pazienti che, all'ingresso, presentano: emorragie cerebrali, traumi cranici, ischemie cerebrali, con un punteggio della Scala di *Glasgow*

< 0 = a 8, tutte le condizioni che comportano un danno encefalico grave e presentano un punteggio della Scala di *Glasgow* < a 8, gli ictus con un punteggio della Scala Nihss (*National Institutes*



Figura 1. Gestione segnalazione donatori di organi e tessuti

The screenshot shows the "Gedon" monitoring form for the Emergency Room, organized into several sections:

- Dati del ricovero:** Includes fields for "Data ricovero", "Struttura ospedaliera", "Codice SDO", and "Patologia ricovero".
- Dati paziente:** Includes fields for "Cognome", "Nome", "Data di nascita (*)", "Età", "Sesso" (M/F), "Nazione", "Regione di nascita", "Codice di nascita", and "Codice fiscale". A "Seleziona paziente" button is present.
- Dettaglio ricovero al PS:** Includes fields for "Proveniente da altra struttura", "Struttura", "Decesso al PS", "Data", "Ricoverato nella struttura", "Reparto", "Data ricovero", "Trasferito in altra struttura", "Struttura", "Data trasferimento", "Reparto trasferimento", and "Dimesso al PS", "Data".
- Dettaglio ricovero in reparto:** Includes "Dettaglio TI" and fields for "Decesso in reparto", "Data", "Dimesso dal reparto", and "Data".
- Dati clinici:** Includes "Glasgow Score all'ingresso", "Eseguito Videat Neurochirurgico", "Eseguita TAC entro 72 h", "Evoluzione clinica a 24 h", "Evoluzione clinica a 48 h", and "Evoluzione clinica a 72 h".
- Nota:** A text area for additional notes.

Figura 2. Cartella Gedon monitoraggio Pronto Soccorso

of Health Stroke Scale) > di 20.

Questo permette la creazione di un "percorso di qualità" per una tempestiva individuazione del potenziale donatore ed una stretta collaborazione con tutto il personale deputato alla cura e all'assistenza di questi pazienti sin dalle prime ore del ricovero, in linea con le ultime raccomandazioni (*Good Practice Guidelines*) del Centro nazionale Trapianti.

Dal punto di vista infermieristico, l'utilizzo di un percorso o profilo di cura clinico-assistenziale porta l'infermiere ad assumere un ruolo di gestione del caso, ovvero: *Case management nursing*.

AUTORI:

Angelo Oliva, infermiere Coordinamento aziendale Donazione Organi e Tessuti, Policlinico Tor Vergata, Roma;

Silvana Di Florio, coordinatore Terapia Intensiva Dea, Policlinico Tor Vergata, Roma;

Alessandra Di Giacobbe, coordinatore Terapia Intensiva Post-Operatoria, Policlinico Tor Vergata, Roma

Girolamo De Andreis, coordinatore infermieristico Dea, Policlinico Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- AaVv, *Manuale del Corso Nazionale per Coordinatori alla donazione e prelievo d'organi*. VI ed. Bologna: Editrice Compositori; 2008.
- Bozzi G, Saviozzi A, De Simone P, Filippini F, *The quality assurance program of organ donation in Tuscany*. *Transplant Proc* 2008; 40:16-17.
- Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche eterapeutiche*. Versione Italiana della Icd-9-Cm. Roma. Ministero del Lavoro; 2007.
- Conferenza Stato-Regioni, 21 Marzo 2002, *Linee-Guida per uniformare le attività di coordinamento in ordine al reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale*.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere Case Manager*. Milano: McGraw-Hill; 2001.
- Decreto Ministero della Salute, 11 aprile 2008, *Aggiornamento del Decreto 22 agosto 1994, n.582 relativo al regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte*. *Gazzetta Ufficiale* n.136, 12 giugno 2008.
- Good Practice Guidelines in the process of Organ Donation*. Spagna: Organizzazione nazionale Trapianti Spagnola; 2011. Versione italiana a cura del Centro Nazionale Trapianti; 29 dicembre 2011.
- Legge 1 aprile 1999, n.91, *Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*. *Gazzetta Ufficiale* n.87, 15 aprile 1999.
- L'infermiere del Coordinamento locale trapianti: ruolo e funzioni*. Federazione Nazionale Collegi Ispasvi; aprile 2007.
- Legge 29 dicembre 1993, n. 578, *Norme per l'accertamento e certificazione di morte*. *Gazzetta Ufficiale* n.5, 8 gennaio 1994.
- Percorsi clinico-assistenziali per la gestione del paziente critico nella rete dell'emergenza della Regione Lazio (Pcae)*.
- Procaccio F, Rizzato L, Ricci A, Venettoni S, Nanni Costa A, *Do silent brain deaths affect potential organ donation?*. *Transplant Proc* 2010; 42: 2190-1.
- Schema di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento relativo alla Rete nazionale per i trapianti*. Roma: Ministero della Salute; 2011.
- Saviozzi A, Bozzi G, *Ruolo del coordinatore nell'identificazione*. In: Pintaudi S, Rizzato L, *Il Neuroleso grave. Aspetti clinico-assistenziali e organizzativi*. Heidelberg: Springer, 2010, Parte V.
- Santullo A, *L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*. II ed. Milano: McGraw-Hill; 2004. p.385-434.

SITOGRAFIA

- <http://donazioneorganietessuti.weebly.com/epidemiologiaqualitagrave.htue>
- Airt (Associazione Interregionale Trapianti), <http://www.airt.it/>
- Associazione Nazionale Donatori Organi, (Aido), <http://www.aido.it/>
- Centro Nazionale Trapianti: <http://www.trapianti.ministerosalute.it/>; Corso Tpm (Transplant Procurement management), <http://www.tpm-italia.it/>
- <http://www.agenziatrapiantilazio.it>
- <http://www.aniarti.it/>
- <http://www.evidencebasednursing.it/homepage1.htm>
- <http://www.italia.gov.it>
- <http://www.ministerosalute.it/>
- http://www.regione.lazio.it/web2/contents/donazione_trapianto/
- <http://www.regionelazio.it/sanita/trapianti/>
- <http://www.cmsa.org/> Case Management Society of America

L'efficacia del colloquio motivazionale ed altre tecniche di supporto emotivo ed educativo per promuovere l'allattamento con latte materno in Tin

Una revisione della letteratura

di Graziella Mancuso, Martina Fiori

ABSTRACT

Oggi, la nutrizione con latte materno è considerata la nuova sfida delle Terapie Intensive Neonatali (Tin). A livello internazionale, sono stati anche stabiliti i benefici che essa reca soprattutto al bambino pre-termine, anche se, malgrado questo, molti fattori ostacolano ancora la piena promozione dell'uso del latte materno in Tin.

Lo scopo di questa revisione è riassumere i principali risultati della letteratura scientifica sull'efficacia del colloquio motivazionale ed altre tecniche di supporto emotivo ed educativo alle madri dei bambini ricoverati in Tin.

Per farlo, è stata condotta una revisione della letteratura sui database elettronici PubMed, Cinhal, PsycInfo e Cochrane. Dopo l'esclusione dei doppi, l'analisi degli *abstract* e l'esclusione degli articoli non pertinenti, sono stati ricercati i *full text* degli articoli selezionati. Alla lettura dei *full text*, otto articoli sono stati considerati idonei ai fini dello studio e sono stati analizzati.

In tutti gli studi sono stati realizzati interventi per promuovere l'allattamento al seno, l'uso del latte materno e l'estrazione del latte in Tin. Solo uno studio ha esaminato il colloquio motivazionale individuale come strategia di supporto emotivo alle madri e si è rivelato efficace.

Altri hanno esaminato l'importanza dell'educazione alle madri da parte di personale sanitario specificamente formato e dell'educazione informale offerta dai pari. È stata inoltre valutata la preparazione degli operatori sanitari su conoscenze specifiche sull'allattamento e sulla capacità di educare le madri e, spesso, su questo punto sono state rilevate importanti criticità.

Sebbene il colloquio motivazionale sembri essere una tecnica efficace, sono poche le evidenze del suo utilizzo. È necessaria, pertanto, una migliore e più profonda formazione del personale sanitario affinché le madri si sentano supportate sia emotivamente in generale, che al momento di prendere decisioni importanti riguardo la nutrizione del bambino. Ulteriori studi dovrebbero essere ricercati sulla efficacia del colloquio motivazionale nello specifico.

INTRODUZIONE

La nutrizione con latte materno reca benefici ben documentati al neonato assistito in Tin, riducendo il rischio di gravi patologie quali sepsi, meningite, enterocolite necrotizzante e migliora i risultati neuro-evolutivi (Gartner, 2005).

Nonostante l'interesse scientifico e nutrizionale che, a livello internazionale, si sta rivolgendo verso il latte umano, molti

ostacoli vengono ancora riscontrati nelle Tin alla promozione efficace della nutrizione con latte materno.

Paradossalmente, proprio la fascia di popolazione neonatale che maggiormente beneficerebbe della nutrizione con latte materno, i bambini Vlbw (*very low birth weight*), ne gode in misura ridotta.

Tra i fattori che influenzano l'allattamento materno nelle Tin, fondamentale è il libero accesso dei genitori, per stabilire un contatto precoce, prolungato e continuativo col bambino, che facilita la riduzione dello stress, il miglioramento dei rapporti con il personale di assistenza e la produzione del latte materno.

Per quanto riguarda il personale, è necessario che l'equipe non trascuri di condividere alcune nozioni e procedure fondamentali (quali il rafforzamento del ruolo della madre e il suo *empowerment* attraverso l'allattamento) e, al contempo, di fornire ai genitori le informazioni sull'importanza del latte materno con sensibilità e modalità adeguate.

L'uso del latte materno nelle Tin sta acquisendo, nel tempo, sempre maggiore spazio. Ma va, comunque, sottolineato che non si tratta solo del ricorso a nuove tecniche - o tecnologie - o di un approfondimento scientifico, ma pure di uno specifico - ed irrinunciabile - impegno da parte degli operatori sanitari.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questa revisione è sintetizzare i risultati della letteratura scientifica attuale sull'efficacia del colloquio motivazionale e di altre tecniche di supporto emotivo ed educativo alle madri di bambini ricoverati in Tin.

METODO

Strategia di ricerca: *facets analysis* e parole-chiave

È stata condotta una revisione della letteratura scientifica su *database* elettronici rispondente al quesito di ricerca.

Per codificare gli elementi del quesito e facilitare l'individuazione dei *facets*, di conseguenza, delle parole-chiave da ricercare è stato utilizzato il metodo Pico. (Tabella 1)

Quindi, sono stati individuati i *facets* corrispondenti e le relative parole-chiave, utilizzando il sistema di indicizzazione delle parole di *Thesaurus di PubMed (MeSH Terms)*. (Tabella 2)

Sono state, infine, costruite le stringhe di ricerca per ogni item del Pico, combinando le parole-chiave del *Thesaurus (MeSH Terms)* ed altri termini di testo libero con gli operatori booleani ed i caratteri di troncamento. (Tabella 3)

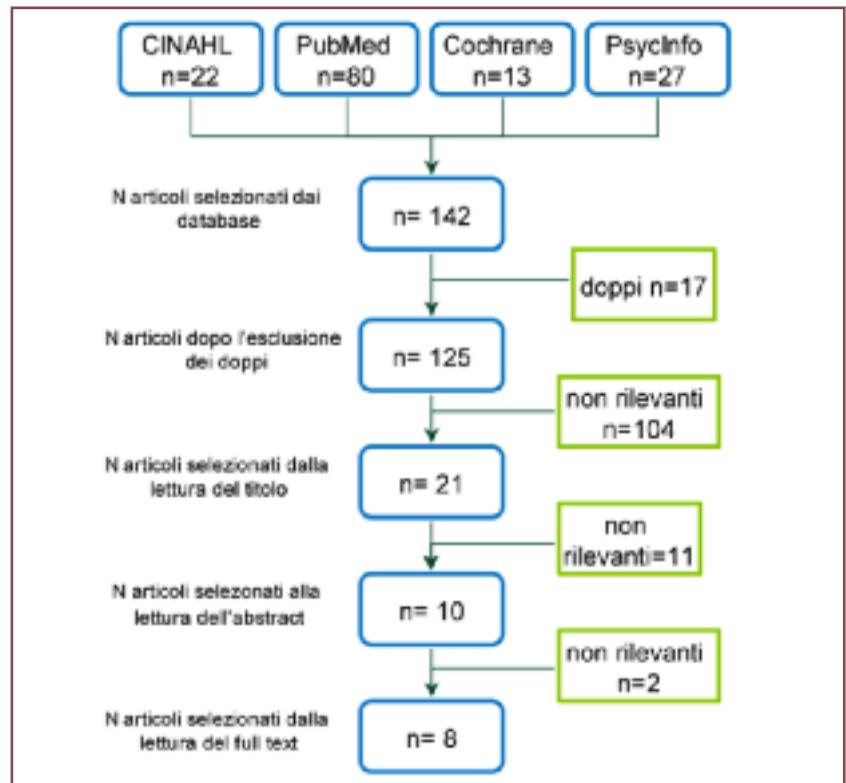


Figura 1. Flowchart selezione articoli

Med e *PsycInfo*, inserendo nelle stringhe di ricerca le combinazioni elaborate. L'unico limite inserito è stato quello temporale: sono stati considerati articoli

messo di individuare 142 studi relativi ai *facets*, da cui sono stati esclusi 17 doppi. Successivamente, sono stati letti attentamente i titoli dei 125 articoli selezionati e, di questi, 21 sono stati ritenuti pertinenti ai fini della ricerca.

Gli articoli esclusi rispondevano solo parzialmente al quesito di ricerca e non prendevano in analisi interventi di supporto emotivo o educativo all'allattamento in Tin.

All'analisi degli *abstract*, 10 articoli sono stati ritenuti pertinenti.

Si è proceduto, pertanto, alla ricerca dei *full text*.

Infine, dalla lettura approfondita dei *full text*, otto studi sono stati selezionati perché maggiormente rispondenti ai criteri di analisi: tutti gli studi si svolgono nel *setting* della Tin, analizzano interventi per supportare le madri nell'allattamento al seno e nell'estrazione del latte.

Le fasi di selezione degli articoli sono riassunte in Figura 1.

RISULTATI

Letteratura identificata

Gli articoli selezionati ai fini della ricerca sono riassunti in Tabella 4.

POPULATION	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME
madri dei bambini ricoverati in terapia intensiva neonatale	uso del colloquio motivazionale e supporto educativo	non utilizzo del colloquio motivazionale e supporto educativo	effetto/efficacia sull'estrazione del latte materno

Tabella 1. Il metodo Pico

POPULATION	INTERVENTION	COMPARISON	OUTCOME
madri, terapia intensiva neonatale	colloquio motivazionale, supporto		estrazione del latte materno

Tabella 2. Facets corrispondenti e relative parole-chiave

P	mother or mother* or maternal or matern*
I	(newborn intensive care unit) or (newborn intensive care unit*) or (neonatal intensive care unit) or (neonatal intensive care unit*) or nicu or infant* or newborn
C	(motivational interview) or (motivation* interview*) or motivation* or support*
O	(breast milk expression) or (breast milk expression*) or (breastmilk expression*) or (breast milk collection*) or (breastmilk collection*) or (breast pump*)

Tabella 3. Combinazione di parole-chiave e testo libero

Banche dati e limiti

La ricerca è stata condotta sui database elettronici: *Cochrane Library, Cinhal, Pub-*

relativi agli ultimi cinque anni.

Criteri di inclusione ed esclusione

La consultazione dei *database* ha per-

STUDIO	AUTORE e ANNO	TITOLO	RIVISTA
1	Ahmed, A.H (2008)	<i>Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt</i>	Pediatric Nursing 34(2):125-138
2	Chen, P.G, Johnson, L.W, Rosenthal, M.S (2012)	<i>Source of education about breastfeeding and breast pump use: what effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II</i>	Matern Child Health J. 16: 1421-1430
3	Erkul, P.E, Yalcin, S.S, Kilic, S. (2010)	<i>Evaluation of breastfeeding in a baby-friendly city, Corum, Turkey</i>	Centr Eur J Public Health. 18(1):31-7
4	Friend, D, Chertock, I.R.A (2009)	<i>Evaluation of an educational intervention to promote breast pump use among women with infants in a special care nursery in Kenya.</i>	Public Health Nursing 26(4):339-345
5	Maastrup, R, Bojesen, S.N, Kronborg, H; Hallstrom, I. (2012))	<i>Breastfeeding support in neonatal intensive care: A national survey</i>	J Hum Lact. 28: 370
6	Nyqvist, K.H, Kylberg, E (2008)	<i>Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants</i>	J Hum Lact 24: 252
7	Renfrew, M.J, Dyson, L, McCormick, F, Misso, K, Stenhouse, E, King, S.E, Williams, A.F (2010)	<i>Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review.</i>	Child Care Health Dev. 36(2):165-78
8	Ward, L, Auer, C, Smith, C, Schoettker, P.J, Pruett, R, Shah, N.Y, Kotagal, U.R (2012)	<i>The human milk project: a quality improvement initiative to decrease human milk consumption in very low birth weight infants.</i>	Breastfeed Med. 7:234-40

Tabella 4. Articoli selezionati

Descrizione e sintesi

Per questa revisione della letteratura, sono stati selezionati otto studi che rispondevano al quesito di ricerca, condotti tra il 2008 e il 2012 in diversi Paesi, ma nessuno italiano.

Gli studi considerati sono eterogenei per quanto riguarda il disegno di studio, la popolazione selezionata, il tipo di intervento sperimentato e la misurazione dei risultati: in ogni caso, per tutti sono stati considerati solo gli interventi messi in atto per promuovere il supporto motivazionale ed educativo per la promozione dell'allattamento al seno o dell'uso del latte materno in Tin e, quindi, rispondente ai criteri di ricerca.

Gli studi selezionati comprendono: una revisione sistematica della letteratura (Renfrew et al, 2009); un trial clinico sperimentale (Ahmed, 2008); uno studio longitudinale effettuato sulla base di un'indagine nazionale (Chen et al, 2012);

due studi trasversali (Erkul et al, 2010) e (Maastrup et al, 2012); due studi qualitativi (Nyqvist & Kylberg, 2008) e (Ward et al, 2012) ed uno studio-pilota (Friend & Chertock, 2009).

I campioni selezionati sono composti, nella maggior parte, degli studi dalle madri di bambini pre-termine o ricoverati in Tin per altre cause, eccetto l'indagine di Maastrup (2012) che osserva 19 Tin danesi e lo studio qualitativo di Ward (2012) che considera un campione di neonati Vlbw; la numerosità dei campioni è molto variabile a seconda del disegno dello studio.

Di seguito, i risultati degli studi selezionati.

Lo studio sperimentale di Ahmed (2008) è l'unico a sperimentare, tra i diversi interventi, l'efficacia del colloquio motivazionale ed educativo individuale con le madri, articolato in cinque sessioni. Nella fase di pre-training (fase I) viene

fornito loro supporto psicologico ed emotivo: vengono preparate psicologicamente all'allattamento e gli viene spiegata l'importanza dell'estrazione del latte e dell'uso del latte materno soprattutto per i bambini pre-termine.

Nelle fasi successive (II e III), le mamme vengono istruite sulle conoscenze e le tecniche di estrazione del latte e monitorate nella pratica; segue una fase di autovalutazione (fase IV) tramite la compilazione di un diario ed, infine, nell'ultima fase, viene fornita assistenza per la risoluzione di problemi, dubbi e difficoltà in itinere (fase V).

Nel gruppo sottoposto all'intervento (30 madri), i risultati mostrano una maggiore conoscenza sull'allattamento al seno, maggiore padronanza delle tecniche, migliore estrazione del latte, precoce e più frequente, rispetto al gruppo controllo (30 madri) ($p=0,041$).

Chen et al (2012) esaminano l'associa-

zione tra la durata dell'allattamento e le fonti da cui provengono le informazioni alle madri circa l'allattamento al seno e l'uso dei tiralatte, a partire dai dati dell'indagine nazionale americana *Infant Feeding Practices Survey II*.

In particolare, è stata valutata l'efficacia delle informazioni provenienti dai "peer", i pari, cioè parenti, amici e conoscenti, rispetto alle informazioni fornite dal personale medico e sanitario.

I risultati mostrano che, in generale, il fatto di ricevere informazioni specifiche è associato ad una maggiore durata dell'allattamento, ma, nello specifico, vi è un'associazione negativa tra le informazioni fornite dal medico e dal personale sanitario e la durata dell'allattamento, mentre si verifica un'associazione positiva tra le informazioni fornite all'interno di classi o gruppi di supporto tra pari o da parenti e amici.

Erkul et al (2010) valutano lo stato dell'allattamento al seno e l'effetto del *counseling* di supporto all'allattamento (Lcs) da parte di personale sanitario esperto, ostetrico e infermieristico, a Corum (Turchia), una città accreditata *baby-friendly* dall'Unicef/Who.

In totale, il 63,8% della popolazione (campione: 800 madri di bambini tra due e 24 mesi ricoverati in ospedale) ha ricevuto il *counseling* per l'allattamento. Le maggiori criticità riscontrate sono state: apporto di informazioni e supporto psicologico pre-parto inadeguati, così come inadeguate e insufficienti sono state le informazioni sullo scoraggiamento all'uso del ciuccio e del latte artificiale. È stato, comunque, riscontrato un maggiore supporto sociale ed emotivo della famiglia e degli amici dopo la partecipazione al *counseling*.

Friend & Chertok (2009) descrivono uno studio-pilota condotto in Kenya sulla sperimentazione di un programma educativo per le madri (40 quelle coinvolte) di bambini ricoverati in Tin sull'uso del tiralatte e ne valutano gli effetti sui cambiamenti di attitudini, approccio e comportamento. L'implementazione del programma comprende la formazione del personale locale all'uso e pulizia del tiralatte elettrico e la formazione ed educazione delle mamme sull'importanza del-

l'allattamento al seno e dell'estrazione del latte.

L'educazione è supportata da materiale illustrativo, lavagne, immagini, poster e diagrammi.

I risultati dimostrano un miglioramento delle conoscenze teoriche ($p=0,001$) e delle abilità pratiche ($p=0,001$) tra pre e post-test.

L'intervento ha migliorato le conoscenze del campione sull'uso del tiralatte e sull'importanza del latte materno. Dalla discussione di questo studio emerge che sia possibile applicare un programma educativo sull'allattamento al seno anche nei Paesi in via di sviluppo.

L'indagine nazionale di Maastrup et alia (2012) descrive le strategie di supporto all'allattamento al seno messe in pratica nelle Tin danesi (campione: 19 Tin). Alcuni degli interventi realizzati riguardano: la presenza di informazioni scritte per i genitori; l'educazione pre-parto e post-parto sull'allattamento al seno e l'estrazione del latte; la realizzazione di lezioni in classe per i genitori e la proiezione di filmati sull'allattamento; la formazione sistematica per lo staff e per gestire l'educazione ai genitori.

La maggior parte degli interventi di supporto all'allattamento vengono applicati almeno nella metà delle Tin indagate, alcuni in tutte e altre solo in poche. In 16 Tin vengono fornite informazioni scritte per i genitori e in 15 viene effettuata una formazione sistematica per lo staff sanitario. Le quattro Tin degli ospedali *baby-friendly* sono quelle che mostrano i migliori risultati.

Altro studio scandinavo è quello qualitativo-descrittivo di Nyqvist & Kylberg (2008) condotto in Svezia con l'obiettivo di ottenere dei suggerimenti dalle madri di bambini pre-termine per il miglioramento dell'allattamento al seno in Tin.

In particolare, vengono analizzati e ampliati i 10 passi dell'Oms per l'allattamento al seno.

Tra i risultati si evidenziano la necessità di promuovere l'educazione alle madri affinché possano prendere decisioni importanti consapevolmente; istruirle prima del parto all'allattamento di bambini pre-termine e all'estrazione del latte; fornire loro supporto emotivo e psicologico

e supporto centrato sulla famiglia; formare gli operatori su conoscenze teoriche e tecniche pratiche specifiche. In particolare, emerge la necessità, per le madri, di sentirsi rispettate dagli operatori sanitari e supportate con empatia.

Renfrew et al (2010) conducono una revisione sistematica della letteratura per valutare l'efficacia di interventi clinici, di sanità pubblica e promozione della salute per promuovere l'allattamento al seno o con latte materno per i bambini ricoverati in Tin. Quattro studi riguardano l'educazione e il supporto all'allattamento al seno. Due studi trattano di "peer support", ovvero supporto dei pari: Pereira et al (1984) affermano che l'allattamento al seno migliora se la mamma è sostenuta da parenti e amici, mentre Agrasada (2005) afferma che non ci sono differenze tra il supporto dei pari o meno. Due studi trattano, invece, del supporto del consulente esperto di allattamento: Gonzalez et al (2003) affermano che l'allattamento al seno migliora dopo il *counseling* con l'esperto, mentre il Rct canadese di Pinelli et al (2001) non evidenzia alcuna differenza sostanziale nell'allattamento con o senza *counseling*, al tempo 0 e dopo 1 anno.

Dalla revisione emerge, comunque, che è necessaria una migliore formazione specifica per gli operatori e maggior supporto emotivo ed educativo per le madri, affinché venga incoraggiato maggiormente l'allattamento al seno e l'estrazione del latte.

Ultimo studio in considerazione è quello qualitativo di Ward et al (2010) nel quale vengono sperimentati degli interventi di miglioramento della qualità dell'allattamento per garantire almeno 500 ml di latte materno/kg per bambini Vlbw almeno per i primi 14 giorni.

Gli interventi effettuati riguardano le consulenze pre-parto sull'allattamento, l'educazione dei genitori e degli operatori, l'assistenza e supporto in gruppo per le madri, l'educazione sull'importanza dell'estrazione precoce del latte e dell'uso del latte materno.

Dai risultati emerge un aumento di consumo di latte materno dopo gli interventi di miglioramento; inoltre l'uso del latte materno è associato positivamente alla

formazione specifica degli operatori. Le madri, se consigliate correttamente, praticano volentieri l'estrazione del latte.

DISCUSSIONE

Della letteratura analizzata, solo uno studio (Ahmed, 2008) considera il colloquio motivazionale come intervento per promuovere l'allattamento con latte materno in Tin e dai risultati il colloquio sembra essere un metodo molto efficace, positivo e sembra ridurre i problemi connessi all'allattamento.

Mentre, da un'analisi complessiva degli articoli si evince, con chiarezza, che l'educazione alle madri ha ormai acquisito un'importanza determinante all'interno delle politiche delle terapie intensive, meno delineati sembrano essere gli interventi a favore del supporto psicologico, emotivo e motivazionale delle stesse.

In particolare, dallo studio svedese di Nyqvist & Kylberg (2008), che dà alle madri la possibilità di esprimere il loro parere, emerge una netta necessità di sentirsi maggiormente supportate e, soprattutto, rispettate da parte del personale sanitario. Questo aspetto è fondamentale, specie in un ambiente così delicato come una Tin e meriterebbe di es-

sere approfondito attraverso una più mirata formazione agli operatori, non solo relativa alle tecniche, ma ad un approccio empatico e sensibile.

Altri studi si focalizzano sulla formazione degli operatori sanitari (Maastrup et al, 2012) (Renfrew et al, 2009) e degli esperti nell'allattamento (Erkul et al, 2010): emerge, spesso, una carenza nella loro preparazione che si rivela inadeguata ad assistere le madri di fronte alla difficile sfida dell'allattamento. Di contro, laddove la preparazione degli operatori è sufficiente e le madri vengono adeguatamente educate e supportate, i risultati sono evidenti (Maastrup et al, 2012), (Friend & Chertok, 2009): le madri comprendono l'importanza dell'estrazione del latte, anche se può essere una pratica fastidiosa, e la mettono in pratica attivamente.

Infine, è importante sottolineare il valore dell'educazione informale data dai pari, cioè non da personale formato, che ancora riveste un ruolo fondamentale a discapito di quella offerta da consulenti specificamente formati, evidentemente ancora in maniera non adeguata (Chen et al, 2012), (Renfrew et al, 2009).

In conclusione, si rende necessaria una maggiore attenzione all'importanza del

supporto motivazionale ed emotivo, troppo spesso messo in ombra dall'educazione alle tecniche pratiche, accompagnato da un'adeguata preparazione dello staff infermieristico ed ostetrico per la messa in atto di interventi efficaci.

Sul colloquio motivazionale si potrebbe costituire a buon diritto un nuovo campo di ricerca, all'interno del quale sperimentare nuovi interventi per il supporto e l'empowerment delle madri.

La ricerca bibliografica è stata condotta rispettando le principali caratterizzazioni metodologiche che permettono di ritenere una revisione della letteratura affidabile.

Nonostante ciò, si ritiene importante sottolineare alcune criticità: esiguità di studi riguardo il colloquio motivazionale, principale argomento di ricerca; esiguità di Rct e di studi con alto livello di evidenza; eterogeneità dei disegni degli studi; titoli non coerenti con il contenuto delle pubblicazioni.

AUTORI:

Graziella Mancuso, Cpps, infermiera presso la Terapia Intensiva Neonatale dell'azienda ospedaliera di Perugia "Santa Maria della Misericordia";
Martina Fiori, infermiera.

BIBLIOGRAFIA

- Agrasada G, *Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight Filipino infants: results of a randomized controlled trial*. Uppsala: Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. 2005.
- Ahmed A, *Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt*. *Pediatric Nursing*, 34(2): 125-138. 2008.
- Chen P. J, *Sources of education about breastfeeding and breast pump use: what effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II*. *Maternal and Child Health Journal*, 16: 1421-1430. 2012.
- Erkul P.Y, *Evaluation of breastfeeding in a baby-friendly city, Corum, Turkey*. *Central European Journal of Public Health*, 18(1): 31-37. 2010.
- Friend D, *Evaluation of an educational intervention to promote breast pump use among women with infants in a special care nursery in Kenya*. *Public Health Nursing*, 26(4): 339-345. 2009.
- Gartner L.M, *Breastfeeding and the use of human milk*. *Pediatrics*, 115(2):496-506. 2005.
- Gonzalez K.M.D, *Evaluation of a lactation support service in a children's hospital neonatal intensive care unit*. *Journal of Human Lactation*, 19: 286-292. 2003.
- Maastrup R.B, *Breastfeeding support in neonatal intensive care: a national survey*. *Journal of Human Lactation*, 28(3): 370-379. 2012.
- Nyqvist K.K, *Application of the Baby Friendly Hospital Initiative to neonatal care: Suggestions by Swedish Mothers of very preterm infants*. *Journal of Human Lactation*, 24(3): 252-262. 2008.
- Pereira G.S, *Breastfeeding in neonatal intensive care: beneficial effects of maternal counseling*. *Perinatology Neonatology*, 8: 35-42. 1984.
- Pinelli J. A, *Randomized trial of breastfeeding support in very-low-birth-weight infants*. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155: 548-553. 2001.
- Renfrew M.D, *Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review*. *Child: care, health and development*, 36(2):165-178. 2009.
- Ward L.A, *The Human Milk Project: a quality improvement initiative to increase human milk consumption in very low birth weight infants*. *Breastfeeding Medicine*, 7(4): 234-240. 2012.

Il contributo dell'infermiere psichiatrico nella gestione del paziente con disagio psichico

di Teresa De Paola, Calogera Tavormina, Ramona De Paola

La relazione d'aiuto tra infermiere ed utente è "una relazione profondamente umana tra una persona che chiede aiuto ed un'altra che fa di tutto per darglielo" (Iandolo, 1979)

L'Infermieristica italiana, dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, è stata oggetto di profondi cambiamenti, di natura formativa e normativa, che ne hanno modificato strutturalmente l'assetto, fino a raggiungere lo status di "professione sanitaria" autonoma e responsabile, con uno specifico ambito di interventi alle persone, famiglie e all'intera collettività.

Tale trasformazione ha interessato tutti i campi di esercizio professionale, favorendo un ruolo sempre più rilevante dell'infermiere e del suo agire, specialmente in alcuni settori tra cui quello psichiatrico.

LA RELAZIONE D'AIUTO

Evelyn Adam, nel suo testo "Essere infermiera", afferma che: "la relazione d'aiuto rappresenta un punto cardine dell'efficacia dell'assistenza infermieristica" e M.F. Collière, nella sua opera "Aiutare a vivere", colloca, nell'ambito delle competenze infermieristiche, la globalità delle cure che hanno al centro la persona, la sua malattia, il nucleo familiare di provenienza, il suo contesto socio-culturale e ambientale. Hildegard E. Peplau, infine, asserisce che l'infer-

miere, il paziente e la sua famiglia devono lavorare insieme per identificare, chiarire e definire il problema esistente, allo scopo di ridurre la tensione e l'ansia associate alla sensazione di bisogno e di incertezza.

Spesso, nella relazione d'aiuto, l'altro da assistere ha alle spalle un vissuto complesso e difficile, con cui deve misurarsi quotidianamente e gli infermieri in psichiatria svolgono un ruolo importante, attraverso l'erogazione di un'assistenza che rappresenta il risultato di forti capacità e conoscenze assistenziali, sanitarie, relazionali e psicologiche in grado di recuperare, nelle persone affette da patologie mentali, autonomia, risorse, potenzialità precedentemente negate o inesprese per un sempre più efficace fun-

zionamento socio-relazionale.

Il punto centrale dell'assistenza infermieristica è rappresentato dal rapporto interpersonale: in particolare, il rapporto infermiere/utente/società che può assumere carattere di terapeuticità e crescita per chi ne entra a far parte.

"La relazione terapeutica è legata ad un processo inter-professionale che si verifica tra operatore e paziente: è un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al miglior interesse e risultato per l'utente", Rnao (Register Nurses Association Ontario, 2002).

Nella gestione dei pazienti difficili, l'aspetto più importante per entrare in relazione con loro, è approfondire la conoscenza di tecniche relazionali e di attività di *counselling*, cioè tecniche e



strumenti che non possono - e non debbono - essere lasciati al caso, ma impongono una preparazione specifica, che possono essere d'aiuto nell'affrontare e gestire il rapporto con personalità sempre diverse.

La relazione terapeutica deve essere stabile, positiva e finalizzata al coinvolgimento ed alla collaborazione tra infermiere e utente per un progetto comune: si tratta di uno strumento indispensabile, non rigidamente predefinito, ma capace di adattarsi in maniera flessibile ai bisogni di quest'ultimo.

Saper gestire e reggere nel tempo la relazione con l'utente permette di aiutarlo a valutare e comprendere i suoi problemi, rispettandone i tempi e valorizzando le sue risorse di adattamento.

Il miglioramento della relazione terapeutica, grazie anche ad un'efficace comunicazione, migliora l'attività lavorativa dell'operatore rendendola più in sintonia con gli ideali professionali, migliora la *compliance* dell'utente al trattamento, riduce il disagio emotivo ed incrementa l'efficacia della cura.

In campo psichiatrico il coinvolgimento emotivo diretto è inevitabile ed è fonda-

mentale per stabilire la relazione infermiere-paziente: relazione che permette di partecipare, in modo empatico, al processo interattivo con la mente del paziente, con il suo stato affettivo, emotivo e con i suoi vissuti. Bisogna avere la capacità di usare se stessi e, quindi, le proprie emozioni per stabilire una relazione con il paziente, per comprendere i suoi desideri e per formulare una giusta diagnosi infermieristica che consenta di impostare un programma di trattamento integrato con le altre figure professionali.

"Funzione specifica dell'infermiere è assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o alla guarigione (o a prepararlo ad una morte serena); atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà e delle cognizioni necessarie e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza".
(V. Henderson)

LA PRESA IN CARICO

La realizzazione della presa in carico del paziente affetto da disturbi psichici gravi e portatore di bisogni "complessi" rappresenta una mission specifica del Dipartimento di Salute Mentale.

La presa in carico si rivolge ad un soggetto che è riconosciuto parte attiva di una relazione di cura e si fonda su un rapporto di alleanza e di fiducia con l'utente, i suoi familiari e le persone del suo ambiente di vita.

Particolarmente articolata risulta la presa in carico degli utenti complessi che presentano bassa qualità di vita, scarsa *compliance* al trattamento terapeutico, grave sintomatologia e comportamenti non appropriati o aggressivi.

Nel trattamento di un soggetto affetto da patologia psichiatrica si adottano tutte le strategie per costruire un rapporto di collaborazione con l'utente inserito nel suo contesto familiare e sociale, in quanto lo stabilirsi di una relazione di fiducia (**alleanza terapeutica**) tra la persona ammalata e gli operatori costituisce la condizione di base della cura e il fondamento di un programma di trattamento efficace protratto nel tempo.



L'enfasi è posta sull'assistenza di tipo intensivo quale migliore pratica per i pazienti psichiatrici con sintomi gravi e persistenti.

In particolare, l'erogazione del servizio nel contesto di vita, attraverso il monitoraggio dei sintomi e delle terapie, l'attivazione di interventi psico-educativi che migliorano il livello di informazione e di partecipazione sociale del malato e della sua famiglia.

La competenza professionale dell'infermiere si fonda sulla combinazione di conoscenze, di capacità, di abilità e di orientamenti professionali per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata nei tempi e nelle modalità.

In base all'articolo 27 del Codice Deontologico: *"L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti inter-professionali e di un'efficace gestione degli strumenti informativi"* e ancora, l'articolo 32 recita: *"L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni"*.

L'introduzione di nuovi modelli organizzativi all'interno dei servizi psichiatrici territoriali rappresenta un'importante sfida per fornire risposte efficaci ai mutevoli bisogni degli utenti che accedono ai servizi.

L'articolo 22 del Codice Deontologico recita: *"L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito"* e sulla base di questo, dal punto di vista organizzativo, la presa in carico, correlata ad una prassi orientata alla continuità terapeutica, si fonda sul Piano di Trattamento Individuale (Pti) che ha i seguenti requisiti:

- 1) indicazioni delle motivazioni psicosociali che hanno evidenziato la necessità di una presa in carico;
- 2) tipologia delle prestazioni erogate dall'equipe, nell'ambito delle funzioni sopra indicate:

- trattamento psichiatrico e psicologico;

- iniziative volte a garantire un supporto assistenziale (iniziative volte al recupero di "cittadinanza" nel proprio contesto socio-ambientale, visite domiciliari, attività di supporto sociale, lavoro di rete);

- iniziative riabilitative (programmi di Centro Diurno, Riabilitazione Diffusa Territoriale, inserimenti lavorativi, iniziative volte a incrementare i livelli di autonomia);

- iniziative volte a sostenere e coinvolgere nel progetto di cura i familiari del paziente (gruppi di psicanalisi multifamiliare, ecc.);

- attivazione e monitoraggio di trattamenti di tipo residenziale o semi-residenziale (comunità terapeutiche, case-famiglia, comunità-alloggio, gruppi-apartamento, ecc.);

- verifiche periodiche dell'andamento del progetto;

- composizione della micro-equipe titolare del progetto;

- individuazione del referente complessivo del progetto (Infermiere *Case Manager*), che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione e ne favorisce le indispensabili valenze di integrazione.

Le parole-chiave nel ruolo e nelle funzioni dell'infermiere *case manager* sono:

- integrazione assistenziale, intesa come carenza fra ciò che è stato progettato e ciò che viene realizzato;

- coordinamento dell'assistenza, inteso come modalità in cui il progetto assistenziale è seguito da tutti i soggetti coinvolti;

- continuità assistenziale, intesa come l'estensione del progetto assistenziale a tutti gli ambiti di svolgimento.

L'individuazione di un referente del caso, il *case manager* infermieristico appunto, consente una presa in carico che assicura una maggiore protezione del paziente e della sua famiglia, permettendo una gestione più attiva del caso.

Il percorso di presa in carico di tali persone si configura come un progetto caratterizzato da un'elevata complessità organizzativa, da una rilevante specificità professionale e dalla capacità di gestire

l'integrazione socio-sanitaria.

"L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita" (art. 23 del Codice Deontologico).

La realizzazione di questo percorso comporta necessariamente un forte investimento sul lavoro d'equipe; equipe intesa come gruppo multi-disciplinare capace di sviluppare un'accurata lettura della dimensione bio-psico-sociale del paziente, di integrare i dati di osservazione e di modulare una progettualità terapeutica coerentemente articolata.

È necessaria l'assunzione da parte dell'equipe di alcune funzioni:

- 1) funzione clinica e terapeutica, nella sua componente medica e psicologica, costantemente centrata sul paziente e sui suoi bisogni, ed in stretta collaborazione con il medico di medicina generale;

- 2) funzione assistenziale, intesa come relazione ad elevata e specifica valenza professionale, che consenta di realizzare l'indispensabile sostegno agli aspetti deficitari dell'utente rispetto al proprio contesto socio-ambientale; l'assistenza, in tale specifica accezione, è intesa come dimensione relazionale di accoglienza, condivisione e di aiuto, finalizzata a sostenere e incrementare il funzionamento psicosociale;

- 3) funzione di integrazione dell'approccio multiprofessionale, da realizzarsi attraverso un progetto terapeutico-assistenziale centrato sul contesto di vita del paziente mediante la valorizzazione dell'apporto delle diverse professionalità, con particolare riferimento a quella infermieristica, sociale ed educativa;

- 4) funzione di intermediazione, per favorire la fruizione da parte del paziente di servizi e beni sociali (*Case Management*) e per contrastare gli effetti di deriva sociale connessi con la patologia e con lo stigma.

Lo specifico infermieristico nel ruolo del *case manager* ha come finalità quella di assistere con continuità il malato ad alta problematicità nella sua globalità, di supportare la sua famiglia (*caregiver*), con l'impegno di aiutarli a vivere le migliori

condizioni di salute possibili in presenza della disabilità di tipo psichiatrica.

Le principali funzioni dell'infermiere *case manager* possono essere riassunte in:

- "accompagnamento" dell'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione e un'alleanza con il paziente;
- valutazione della richiesta di bisogno senza dispersione di risorse in quanto si ha un solo interlocutore, un referente specifico;
- intermediazione tra l'utente e l'esterno mappatura del territorio e suo utilizzo attraverso la messa in comune delle informazioni con una maggiore conoscenza delle strutture per una migliore presa in carico del paziente e utilizzo della rete anche per gli altri utenti;
- integrazione servizi coinvolti nel percorso di cura attraverso una migliore conoscenza dei servizi per favorirne l'accesso, per superare la frammentarietà e una maggiore coerenza degli interventi ed una migliore organizzazione del lavoro;
- coordinamento della micro-equipe dalla

condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati;

- referente del percorso di cura quale garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate;
- monitoraggio del Progetto Terapeutico Individuale raccolta di informazioni, conoscenza accurata del paziente, migliore qualità dell'assistenza con confronto sugli interventi e obiettivi intermedi per la garanzia dell'efficacia e della continuità del progetto;
- valutazione del progetto attraverso la riformulazione degli obiettivi, l'adeguamento al programma con una costante verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite (personale ed economiche) e l'utilizzo appropriato dei servizi.

Momento di importanza cruciale del progetto riabilitativo è quello relativo alla verifica: l'infermiere, con tutta l'equipe multidisciplinare, deve, periodicamente, riflettere sulla fattibilità del progetto, sul-

la validità degli obiettivi e sui cambiamenti osservati nell'utente, siano essi connessi alle capacità di socializzazione, alla situazione psicopatologica o ai fattori aspecifici e più generali.

Questo laborioso ed impegnativo lavoro di verifica, consente di realizzare alcuni obiettivi ben precisi tra cui: recuperare dalla routine quotidiana il senso di quanto si sta facendo; effettuare eventuali cambiamenti nei diversi livelli del progetto; nonché, permettere ad ogni operatore coinvolto di elaborare meglio il proprio ruolo specifico all'interno del percorso e del rapporto terapeutico con l'utente.

AUTORI:

Teresa De Paola, docente corso di laurea in Infermieristica e Posizione Organizzativa presso Dsm- Asl Roma A;

Calogera Tavormina, docente corso di laurea in Infermieristica e infermiera presso Cad-Asl Roma A;

Ramona De Paola, infermiera presso Ausl di Parma-Distretto e ospedale di Fi-
denza

BIBLIOGRAFIA

Adam E, *Essere infermiera*. Edizioni Vita e Pensiero, Milano, 1989.

Berger D.M, *L'Empatia Clinica*. Casa Editrice Astrolabio, Milano, 1989.

Betti M, Di Fiorino M, *Psichiatria e igiene mentale: ruolo e funzioni dell'infermiere*. McGraw-Hill, Milano, 1997.

Bezoari M, De Martis B, *Istituzione Famiglia Equipe Curante*. Edizioni Feltrinelli, Milano, 1978.

Cardamone G, Zorzetto S, *Salute mentale di comunità: elementi di teoria e pratica*. Franco Angeli, Milano, 2000.

Carpineta S, *La comunicazione infermiere-paziente*. Centro Scientifico Editore, Torino, 1992.

Chiari P, Santullo A, *L'infermiere case manager*. McGraw-Hill, Milano, 2001.

Coleman R, *Guarire dal male mentale*. Manifestolibri, Roma, 2001.

Collière M.F, *Aiutare a vivere*. Edizioni Sorbona, Milano, 1992.

Corso di aggiornamento: *La presa in carico del paziente psichiatrico e il case management nei servizi territoriali*. Azienda Ospedaliera di Vimercate, I ed. 4.5.2005- II ed. 18.5.2005.

Deliberazione Giunta regionale 17 maggio 2004, n.7/17513, Piano regionale triennale per la salute mentale in attuazione del Piano socio-sanitario regionale 2002-2004.

Destrebecq A, Terzoni S, *Management infermieristico*. Carrocci Faber, Roma, 2008.

Duxubury J, *Il paziente difficile modalità di comunicazione*. McGrawHill, Milano, 2001.

Federazione Nazionale Collegi Ipvsvi, *Codice Deontologico dell'Infermiere 2009*, Roma, 2009.

Guay J, *Il case management comunitario*. Liguori Editore, Napoli, 2000.

Majello C, *L'Arte di Comunicare*. Franco Angeli, Milano, 1990.

Marchi R, *La comunicazione terapeutica: interazione infermiere-paziente*. Edizioni Sorbona, Milano, 1993.

Payne M, *Case management e servizio sociale*. Erickson, Trento, 1998.

Peplau H, *Interpersonal relations in nursing*. Editore Palgrave Macmillan, 1988.

Pontello G, *Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000*. Masson, Milano, 1998.

Santullo A, *L'infermiere e le innovazioni in Sanità*. McGraw-Hill, Milano, 2004.

Skagerlind L, Tacchini M.A, *L'infermiere psichiatrico: guida ad una professione*. Bollanti Boringhieri, Torino, 1991.

Tacchini M.A, *Professione infermiere nei Servizi Psichiatrici: dalla teoria alla prassi*. Masson, Milano, 1998.

Vaccaro J.V, Clark jr. G.H, Bassi M, *Manuale di psichiatria territoriale*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.

Efficacia del saccarosio nel ridurre il dolore da venipuntura nel neonato

di Stefania Ranalli

INTRODUZIONE

Per molto tempo, il neonato è stato considerato incapace di provare dolore.

La svolta nell'attenzione verso il dolore in pediatria è avvenuta nel 1987, quando Anand nel *Nejm* pubblicò un articolo in cui affermava che "a partire dalla XXIV settimana di età gestazionale sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore".

Le recenti conoscenze scientifiche evidenziano che, in epoca neonatale, il piccolo paziente si dimostra particolarmente sensibile agli stimoli nocicettivi che possono produrre effetti negativi sia immediati che a lungo termine.

Il neonato ricoverato in ospedale, infatti, prova l'esperienza dolore/sofferenza già nelle prime ore di vita, quando è sottoposto ad un numero elevato di manovre invasive e, successivamente, durante tutto il percorso di cura a causa delle terapie e delle procedure cui è sottoposto. Il dolore si può manifestare attraverso sintomi emozionali come pianto, lamento, singhiozzo; segni diretti del dolore come l'assunzione di una posizione antalgica, la protezione spontanea di una zona dolente, la reazione all'esame della zona dolorosa; atonia psicomotoria attraverso la riduzione delle iniziative motorie, gesti lenti, comunicazione ridotta anche sotto stimolo, ridotta espressività.

Oggi, il dolore si può riconoscere e valutare tramite molte scale comportamentali, anche nei neonati e nei bambini che non sono in grado di comunicare verbalmente le loro sofferenze: è fondamentale questo aspetto poiché le conseguenze a lungo termine di una superficiale ed errata - valutazione del dolore nel pic-

colo possono determinare disturbi del sonno, dell'alimentazione e del carattere, fino al ritardo psicomotorio.

Oltre che di una terapia farmacologica, numerosi studi dimostrano l'efficacia di numerosi trattamenti non farmacologici da attuare durante procedure invasive come le venipunture.

Le **tecniche non farmacologiche** sono un vasto insieme di strategie, metodi e "trucchi" più o meno complessi che possono essere applicate nei neonati fino ai bambini più grandi, per aiutarli nel controllo del dolore. Si tratta di tecniche psicologiche a carattere cognitivo-comportamentale che vanno proprio ad agire a livello psicologico sulle emozioni che accompagnano il dolore con l'obiettivo di diminuire queste sensazioni e incrementare nel neonato le capacità di *coping* finalizzate al controllo del dolore.

Tra questi, l'utilizzo del saccarosio sta raccogliendo sempre più interesse come metodo per ridurre il dolore procedurale nel neonato: le soluzioni dolci sembrano, infatti, avere un effetto antidolorifico per la capacità di favorire il rilascio di oppioidi endogeni da parte del sistema nervoso centrale, nonché la produzione di beta-endorfine che sembrerebbero ridurre la trasmissione del segnale di dolore al sistema nervoso stesso.

MATERIALE E METODI

Attraverso la revisione bibliografica della letteratura, l'obiettivo di questo lavoro è evidenziare l'efficacia del saccarosio come trattamento non farmacologico per ridurre il dolore da venipuntura nel neonato.

A tale scopo, sono state consultate tre

banche-dati ritenute le più attendibili dal punto di vista delle evidenze scientifiche per quanto riguarda l'argomento trattato: Cinahl; Cochrane e Pubmed.

Le ricerche effettuate hanno consentito l'elaborazione di quanto in questione.

È stato utilizzato il metodo di ricerca bibliografica **Pico** (*Population, Intervent, Comparison, Outcome*):

P = paziente neonato

I = trattamento non farmacologico con saccarosio

C = comparazione con altri non farmacologici e altre soluzioni dolci

O = efficacia del saccarosio per ridurre il dolore da venipuntura nel neonato.

Ai fini dello studio, sono stati considerati utili sia articoli dal titolo pertinente al quesito dotati di *abstract* che quelli di cui è stato possibile reperire il testo integrale. Sono stati selezionati solo articoli non antecedenti al 2010 e relativi a pazienti neonati. I criteri di inclusione utilizzati per selezionare la bibliografia hanno preso in considerazione studi di tipo osservazionale e sperimentale.

La ricerca effettuata su Cinahl ha fornito come risultati 22 articoli, di cui 4 sono risultati d'interesse; la stessa ricerca effettuata su Cochrane ha fornito 16 articoli di cui 2 di interesse. Dei 13 articoli proposti da Pub Med è risultato di interesse per il presente lavoro solamente uno.

Parole-chiave: *pain AND infant AND venipuncture*; (su Pub Med): *painful procedures AND neonatal AND sweet solution*.

Di seguito, lo schema riepilogativo degli articoli analizzati.

Database CINAHL			
Parole chiave	Titolo documento selezionato	Abstract	Risultati
Pain AND Infant AND veripuncture	<i>"Does glucose solution or pain relief in newborns really work?"</i> Authors: Diller B, Elaviers M. Source: Birth: Issues in Perinatal Care (BIRTH), 2010 Jun; 37 (2): 98-105. (34 ref)	Si è a lungo creduto che i neonati non potessero provare dolore. Con le ormai documentate, i neonati si dimostrano particolarmente sensibile agli stimoli nocicettivi e alla percezione del dolore e per questo motivo la gestione di quest'ultimo non può più essere ignorata. L'obiettivo di questo studio è quello di indagare quale concentrazione di glucosio è più efficace nel ridurre il dolore nei neonati nelle veripunture.	Questo studio clinico in doppio cieco su 104 neonati è stato condotto in un reparto di maternità e in un'unità di terapia intensiva neonatale. Durante il mese di studio, è stata somministrata per via orale, due minuti prima della veripuntura una delle tre soluzioni di glucosio al 10, 20, 30% e una soluzione placebo. È stata utilizzata come scala del dolore la "Cute Scale Scores". La ricerca ha rivelato un punteggio su più basso di dolore medio nel gruppo di neonati a cui è stato somministrato il glucosio al 30%, poi quelli a cui è stato somministrato quello al 20% e al 10% rispetto al gruppo placebo. Conclusione: la somministrazione orale di 2 ml di glucosio al 30% due minuti prima del profilattico venoso determina in maniera più efficace la riduzione del dolore nei neonati.
Pain AND Infant AND veripuncture	<i>"HoneyWash delivers WkO there: A Sweet Solution With Oral Sucrose".</i> Authors: Park J.A; Huber J.M. Source: Critical Care Nurse (CRIT CARE NURSE), 2012 Feb; 32 (2): 61-9. (35 ref)	Il dolore è distress per i neonati: il successo orale è sicuro, poco costoso ed efficace per prevenirlo nei piccoli pazienti ospedalizzati che sono sottoposti a procedure invasive minori. Può essere usato da solo o in combinazione con analgesici ed altri interventi non farmacologici per fornire analgesia. È doveroso che gli infermieri, per rimanere al passo con le attuali evidenze, utilizzino succosio orale nella pratica quotidiana per la gestione del dolore anche nelle terapie intensive.	Il succosio orale ha un ruolo importante nel ridurre il dolore procedurale nei neonati, bisogna considerarlo però che vi sono ancora alcune incongruenze negli studi sugli effetti analgesici del succosio e una dose ottimale deve ancora essere determinata. Il succosio orale riduce, ma non elimina il dolore. La combinazione di succosio con altri interventi non farmacologici può ridurre ulteriormente il dolore.
Pain AND Infant AND veripuncture	<i>"The Effectiveness of Glucose in Reducing Needle-Related Procedural Pain in Infants"</i> Authors: Kasseh M. J; Boydhouse J.K.; Fowler C; Frazier M. Source: Journal of Pediatric Nursing (J PEDIATR NURSE), 2012 Feb; 27 (1): 3-17.	Questa revisione sistematica ha esaminato l'efficacia del glucosio nel ridurre il dolore da veripuntura nei bambini. La meta-analisi non è stata effettuata e non vi è stata variazione nel dosaggio, nella modalità di somministrazione e nella concentrazione e miscelazione degli olii. Il glucosio è risultato più efficace del placebo nel ridurre il dolore infantile in base ai risultati comparativamente, ma ci sono stati risultati diversi per gli usi fisiologici. In base a questi risultati, la concentrazione al 25%-50% di glucosio appare la più efficace per la gestione del dolore infantile.	I risultati della ricerca suggeriscono che il glucosio è un efficace agente per alleviare il dolore e i suoi effetti sono stati misurati su scale del dolore o del pianto. Inoltre, la combinazione di glucosio con altri interventi, come il contatto pelle-a-pelle o l'allattamento al seno, può essere più efficace del solo glucosio. Ci sono indicazioni che l'effetto antidolorifico diminuisce con l'età, infatti l'effetto calmante appare maggiore nei neonati rispetto a quelli di età superiore a sei settimane. I risultati identificano che le concentrazioni che vanno dal 25% al 50% di glucosio sono associate a maggiori effetti antidolorifici e che la somministrazione orale da una siringa o a spruzzo appaiono entrambe efficaci.
Pain AND Infant AND veripuncture	<i>"Analgesic Techniques in Minor Procedural Pain: A Survey of Neonatal Units in Northern Italy"</i> Authors: Cospicci L; Ballo F; Nannetti M; Ponzoni A; Genta G. Source: Pain Practice (PAIN PRACTICE), 2011 Mar-Apr; 11 (2): 154-9.	Lo scopo di questa indagine è stato di studiare le modalità di valutazione e gestione del dolore adottate comunemente durante le procedure dolorose minori nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale nel Nord Italia. Un sondaggio multicentrico è stato condotto tra il 2008 e il 2009 in 35 terapie intensive. La prima parte del modulo di indagine ha riguardato gli strumenti di valutazione del dolore, i tempi di analgesia e la disponibilità di linee guida scritte. Una seconda sezione ha valutato le strategie analgesiche adottate comunemente durante le procedure invasive, ovvero l'utilizzo delle varie soluzioni dolci orali, la somministrazione intralivida (Mist) da sola, una combinazione di soluzioni dolci e Niv, l'allattamento al seno e, se disponibili, di analgesici topici.	In base ai questionari compilati da 30 unità neonatali (tasso di risposta del 85,7%), è risultato che dieci utilizzano strumenti di valutazione del dolore per le procedure invasive minori. La Neonatal Pain Scale Infantile è la scala del dolore più utilizzata (60%). Ventitré unità neonatali hanno linee guida per le pratiche di gestione del dolore. Le procedure più utilizzate per la gestione del dolore sono la suzione non nutritiva (69%), seguita da soluzioni dolci (58%), di cui quella con il 25% di glucosio è stata la più frequentemente utilizzata (76,8%). Una minoranza di Unità (6,7%) somministra soluzioni di glucosio al 12%, il 27% applica analgesici topici e il 7% utilizza l'allattamento al seno. Infine, questo studio ha trovato una bassa aderenza alle linee-guida nazionali ed internazionali per l'analgesia nelle procedure minori.
Database Cochrane			
Parole chiave	Titolo documento selezionato	Abstract	Risultati
			Il succosio è sicuro ed efficace per ridurre gli eventi di dolore procedurale.

<p>Prein AND infant AND sugarcane</p>	<p>"Sugarcane for analgesia in newborn infants undergoing painful Procedures"</p> <p>Authors: Banule S, Yamada J, Lee G-Y, Ohlsson A</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1, Art. No.: CD011569.</p>	<p>La somministrazione di saccarosio orale con o senza soluzione non nutritiva è il più frequentemente intervento non farmacologico utilizzato per alleviare il dolore procedurale nei neonati. Obiettivi dello studio è determinare l'efficacia, effetto delle dose e la sicurezza di saccarosio orale per alleviare il dolore procedurale nei neonati.</p>	<p>Sono necessarie ulteriori indagini sulla somministrazione ripetuta di saccarosio nei neonati e l'uso di saccarosio in combinazione con altri interventi non farmacologici e farmacologici.</p> <p>L'uso di saccarosio nei neonati estremamente prematuri, instabili, in ventilazione meccanica (o una combinazione di questi) deve essere ancora affrontato.</p> <p>Ulteriori ricerche sono necessarie per determinare la dose minima efficace di saccarosio nel corso di una singola procedura dolorosa e l'effetto della somministrazione di saccarosio dopo più procedure procedure a breve termine e a lungo termine.</p>
<p>Parole-chiave</p>	<p>Titolo documento selezionato</p>	<p>Abstract</p>	<p>Risultati</p>
<p>Prein AND infant AND sugarcane</p>	<p>"Sugarcane solution for non-feeding related procedural pain in infants one year or over"</p> <p>Author: Kassab M, Jure P F, Maralyne Fontaine, Fowler C.</p> <p>Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2, Art. No.: CD008411.</p>	<p>La somministrazione di saccarosio o glucosio per via orale con o senza soluzione non nutritiva è spesso usata come intervento non farmacologico per ridurre il dolore procedurale da ventilazione nei neonati. Obiettivi della ricerca è determinare l'efficacia di soluzioni dolci per ridurre il dolore procedurale nei bambini in un mese ad un anno di età rispetto al placebo, ad altre soluzioni di sapore dolce, o a trattamenti farmacologici o non farmacologici o a nessun intervento.</p>	<p>Gli studi randomizzati controllati hanno riguardato neonati sottoposti a procedure invasive (intubazione o iniezioni intramuscolari, prelievo venoso, diaforesia) il cui dolore è stato trattato con una soluzione dolce. Condizioni di controllo hanno incluso nessun trattamento o placebo (acqua, trattamenti farmacologici (es. paracetamolo, analgesico Cremat, non farmacologici come il metodo di distrazione, la suzione non nutritiva).</p> <p>I risultati dimostrano una riduzione della durata del tempo di pianto nei neonati a cui è stata somministrata una soluzione di sapore dolce. Nessuna differenza significativa è stata trovata nell'utilizzo di saccarosio, LioSolina e pilocarpina. Non è stato possibile identificare la concentrazione ottimale, il volume o il metodo di somministrazione di soluzioni di sapore dolce e gli effetti a lungo termine nei neonati.</p>
Database Pub Med			
<p>Parole-chiave</p>	<p>Titolo documento selezionato</p>	<p>Abstract</p>	<p>Risultati</p>
<p>Painful procedures AND neonatal AND sweet solution</p>	<p>"A systematic review and meta-analysis of nonnutritive sweet solutions for pain relief in neonates"</p> <p>Heino M, Yamada J, Harrison D, Khan S, Ohlsson A, Adams-Webber T, Beyene J, Stevens B.</p> <p>Pain Res Manag 2013; 18(1):153-161</p>	<p>Diversi trial-a-giuda raccomandano l'uso del saccarosio per l'analgesia neonatale durante le procedure poco invasive. La sua sicurezza ed efficacia a breve termine è stata dimostrata in diversi studi.</p> <p>È tuttavia importante stabilire se esistono, in ambito ospedaliero, soluzioni dolci alternative più accessibili ed altrettanto efficaci del saccarosio per alleviare il dolore nei neonati. Lo scopo del presente studio è stato quello di esaminare l'efficacia e la sicurezza di soluzioni dolci, escluso il saccarosio, per il controllo del dolore procedurale nei neonati.</p>	<p>Dai risultati emersi dalla presente revisione sistematica emerge che le soluzioni dolci a base di glucosio risultano essere una valida alternativa al saccarosio, riducendo i pianti di dolore e di pianto durante le procedure invasive; i risultati indicano inoltre che concentrazioni di glucosio dal 20% al 30% hanno effetti analgesici sia sui neonati a termine che sui prematuri.</p>

DISCUSSIONE

La valutazione del dolore nei neonati è un aspetto molto difficile: non potendolo verbalizzare, è compito del professionista sanitario saperlo riconoscere attraverso cambiamenti comportamentali e variabili fisiche, intervenire e trattarlo, utilizzando le scale del dolore approvate dalle linee-guida internazionali. I neonati ricoverati nelle unità di terapia intensiva e nei reparti di Neonatologia sono sottoposti, quotidianamente, a prelievi di sangue per *screening* neonatali, per il controllo della glicemia, per l'emo-gasanalisi. Raramente, per i loro potenziali effetti collaterali, vengono somministrati analgesici per queste procedure comunque dolorose.

Per queste ragioni, un trattamento non farmacologico del dolore come la somministrazione di soluzioni dolci è un intervento altamente auspicabile ed alternativo. È, infatti, un metodo semplice, di facile impiego, sicuro, che allevia il dolore e lo rende più tollerabile e i cui effetti benefici sono stati dimostrati da numerosi studi attraverso l'analisi di varietà metriche tra cui la frequenza cardiaca e la saturazione di ossigeno (Dilen & Elseviers, 2010; Bueno et al, 2013; Stevens et al, 2013).

Le soluzioni dolci mettono in azione due meccanismi: la stimolazione tattile prodotta dal liquido in bocca attiva il rilascio di beta-endorfine che provocano, a loro volta, il rilascio di oppioidi endogeni da

parte del sistema nervoso centrale che determinano l'effetto analgesico, che non si raggiungerebbe, invece, somministrando la soluzione dolce direttamente nello stomaco, attraverso un sondino naso gastrico (Kassab, Roydhouse, Fowler&Foureur, 2012; Pasek et al., 2012). La prova di questo meccanismo di oppiacei endogeni è derivato da studi su animali in cui l'effetto dei dolcificanti può essere bloccato dalla somministrazione di naloxone ed è ridotto con l'uso di metadone materno. La soluzione dolce stimola il sensorio determinando un effetto analgesico che dura circa 10 minuti; l'effetto di picco può essere osservato al tempo di due minuti dopo la somministrazione (Pasek&Huber, 2012).

Anche nella pratica clinica, la maggiore efficacia nella riduzione del dolore si è raggiunta con un intervallo di due minuti tra la somministrazione di glucosio e il campionamento di sangue. Rimane, però, ancora poco chiara la dose di glucosio più efficace per le procedure dolorose.

Da alcuni studi (Pasek&Huber, 2012) emerge, infatti, che dosi superiori a 0,5 g non hanno un effetto maggiore di dosi minori e solitamente si somministrano 2ml di soluzione dolce (Stevens, Yamada, Lee & Ohlsson, 2013; Bueno et al., 2013). Da altri (Dilen&Elseviers, 2010; Kassab et al, 2013; Stevens et al, 2013) emerge, invece, che la riduzione del dolore da venipuntura è maggiore con una più alta concentrazione di glucosio (quella ottimale sembra essere al 30%). Anche la domanda circa l'effetto della somministrazione ravvicinata di più dosi di glucosio rimane senza risposta.

Tuttavia, in base alla ricerca effettuata, si può affermare che somministrazioni ripetute continuano ad avere lo stesso effetto per la riduzione del dolore e che non si verifica un'assuefazione nel neonato (Stevens, Yamada, Lee&Ohlsson, 2013).

L'aspetto condiviso è che l'effetto analgesico non è determinato dal volume, ma piuttosto dall'apprezzamento del gusto dolce da parte del neonato, sia che si tratti di zucchero o di glucosio, le più comuni soluzioni dolci utilizzate.

A riguardo non vi sono però ricerche scientifiche che dimostrano la maggior efficacia dell'uno o dell'altro: la scelta del glucosio è giustificata dal fatto che è un monosaccaride ed ha lo stesso ef-

fetto analgesico del saccarosio. A differenza del saccarosio, il glucosio è inoltre un prodotto che viene utilizzato abitualmente nel mondo della neonatologia, principalmente per applicazioni endovenose (Bueno, Yamada, Harrison, Khan, Ohis'son, Adams-Webber, Beyene&Stevens, 2013; Kassab et al, 2012).

Procedendo nell'analisi degli articoli, emerge anche che, attraverso la combinazione di soluzioni dolci con altre terapie non farmacologiche, nella pratica clinica, si ottengono risultati ancora più efficaci per la riduzione del dolore nel neonato; la stimolazione multisensoriale attraverso la suzione di un ciuccio, in combinazione con movimenti confortanti come la canguro-terapia, suoni e profumi sembra rafforzare l'effetto del glucosio per via orale.

Adirittura, si è rilevato che la somministrazione orale di glucosio fornisce un sollievo dal dolore maggiore di un anestetico locale in crema (Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzzone&Grazia, 2011).

Infine, ci sono indicazioni che l'effetto antidolorifico del glucosio diminuisce con l'età: infatti, l'effetto calmante appare maggiore nei neonati rispetto a quelli di età superiore a sei settimane (Pasek&Huber, 2012).

CONCLUSIONI

La somministrazione orale di glucosio nei neonati per le venipunture è un metodo sicuro, poco costoso, ed efficace ed è sempre disponibile in una corsia d'ospedale. Esso fornisce la massima riduzione del dolore in combinazione con altri trattamenti non farmacologici come

il ciuccio, in un ambiente a misura di bambino e di grande comfort.

Con una semplice somministrazione di glucosio nei tempi giusti, l'infermiere può aiutare il neonato a sopportare meglio il dolore procedurale a cui è "ingiustamente" sottoposto in così tenera età. Sarebbe interessante poter valutare con ulteriori ricerche se le soluzioni dolci, oltre ad avere un effetto benefico sul controllo del dolore durante le procedure da venipuntura nei reparti, possano essere utilizzate con successo ad esempio anche in sala operatoria, dopo un intervento chirurgico di routine, sia per la gestione del dolore, sia come "consolazione" nei neonati che nella *recovery room* vengono tenuti ancora lontani dalle braccia materne.

La fase di risveglio dall'anestesia è infatti una fase particolarmente critica per il piccolo paziente poiché i meccanismi di regolazione e di compensazione dell'organismo non sono ancora totalmente ristabiliti a causa del trauma chirurgico e degli effetti residui dell'anestesia.

Sperimentare l'efficacia di soluzioni dolci potrebbe portare all'adozione, anche per i neonati, di una terapia non farmacologica in linea con la tendenza ad adottare sempre più spesso procedure di gestione del dolore che si avvalgono di strumenti e metodologie psico-comportamentali.

AUTORE:

Stefania Ranalli, laureata in Infermieristica pediatrica all'Università di Tor Vergata; reparto di Rianimazione dell'ospedale Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Bueno M, Yamada J, Harrison D, Khan S, Ohis'son A, Webber T.A, Beyene J & Stevens B, *A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates*. Pain Res Manag 18(3):153-161. 2013.
- Codipietro L, Bailo E, Nangeroni M, Ponzzone A & Grazia G, *Analgesic Techniques in Minor Painful Procedures in Neonatal Units: A Survey in Northern Italy*. Pain Practice, 11(2):154-9. 2011.
- Dilen B & Elseviers M, *Oral glucose solution as pain relief in newborns: results of a clinical trial*. Birth: Issues in Perinatal Care (Birth), 37 (2): 98-105. 2010.
- Janosz M, Georges P & Parent S, *L'environnement socio-éducatif à l'école secondaire: Un modèle théorique pour guider l'évaluation du milieu*. Revue Canadienne de Psycho-éducation, 27, 285-306. 1998.
- Kassab M. I, Roydhouse J. K, Fowler C & Foureur M, *The Effectiveness of Glucose in Reducing Needle-Related Procedural Pain in Infants*. Journal of Pediatric Nursing, 27(1): 3-17. 2012.
- Kassab M, Foster J.P, Foureur M & Fowler C, *Sweet-tasting solutions for needle-related procedural pain in infants one month to one year of age*. Disponibile in www.thecochranelibrary.com [9 August 2012]. 2013
- Pasek T.A & Huber J. M). *Hospitalized Infants Who Hurt: a Sweet Solution With Oral Sucrose*. Critical Care Nurse, 32(1): 61-9. 2012.
- Stevens B, Yamada J, Lee G & Ohlsson A, *Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful Procedures*. Disponibile in www.thecochranelibrary.com [17 February 2012]. 2013.

La professione infermieristica nella società multiculturale

Uno studio descrittivo transculturale nell'ospedale San Filippo Neri di Roma

di Giulia Valenti, Alessandro Stievano, Gennaro Rocco

INTRODUZIONE

La professione infermieristica vive "in movimento" rispetto alle mutazioni sociali che il mondo ci impone. Una definizione, in tal senso, la incornicia perfettamente: "la professione infermieristica è un cantiere aperto per costanti 'lavori in corso'" (Giorgino, Tousijn 2003).

Oggi, l'identità dell'infermiere appare sempre più orientata in senso professionale, assolvendo compiti di tipo curativo, palliativo, riabilitativo e di educazione alla salute.

Ciò predispone capacità tecniche e, altrettanto, capacità umane e relazionali. Ma cosa accade quando il tessuto sociale e culturale cambia?

I dati ad oggi pubblicati riscontrano, alla fine del 2012, un numero complessivo di immigrati superiore a cinque milioni, ovvero più del 8,2% della popolazione nazionale.

Nello specifico, a Roma, il Comune registra un numero di stranieri iscritti all'anagrafe pari al 16,9% totali dei residenti (Idos, 2013).

La tipologia dei bisogni del paziente viene, quindi, espressa attraverso domande sempre più specifiche, facendo accrescere la necessità di una formazione professionale specialistica.

L'incontro con persone di culture altre presuppone l'adozione di un approccio pluralista rispetto ai valori e alle pratiche sociali che si radicano nella vita quoti-

diana (Cipolla, Rocco 2013).

Gli ostacoli sui quali il personale sanitario rischia di imbattersi non è limitato, quindi, ai soli concetti di tipo linguistico e comunicativo, ma a barriere più sottili costruite sulla mancata conoscenza e competenza interculturale e transculturale; barriere che, se abbattute, favorirebbero la riduzione della distanza relazionale.

La transculturalità infermieristica appare un fenomeno in crescita destinato a modificare non soltanto la relazione *intra* e *inter* professionale, ma anche il rapporto tra il professionista e il cittadino, dato che la relazione tra l'infermiere e il paziente non può contenere forme di adattamento, socialmente e culturalmente condizionate.

Ogni aspetto etico, morale e legale transculturale costituisce importanti questioni che dovrebbero essere studiate sin dai primi approcci universitari: man mano che si acquisiscono conoscenze sulle culture e sulle rispettive esigenze di assistenza etica ed umanistica ci si rende conto che le culture stesse vivono in base a codici, credenze, principi, modelli, regole e valori diversi che poggiano sulle rispettive visioni emiche del mondo.

OBIETTIVI

Lo studio si è posto due principali obiettivi:

1. sondare la presenza dei principali nodi problematici all'interno della relazione

2. valutare possibili interventi per favorire l'integrazione del paziente straniero, migliorando così il rapporto professionista-cliente.

MATERIALI E METODI

Nel presente studio si è utilizzato un questionario già precedentemente strutturato (Bertolazzi, Stievano, 2013). In particolare, usandolo, inteso come complesso di domande rigidamente formalizzate e standardizzate, quale strumento che meglio può rispondere alla necessità di sondare gli obiettivi in oggetto. In riferimento allo studio alla base della costruzione del questionario, si riportano i passaggi che hanno contribuito alla formazione conclusiva dello strumento di ricerca.

In primo luogo, la costruzione del questionario è stata preceduta da un'approfondita analisi della letteratura nazionale ed internazionale in tema di *nursing* (e, nello specifico, in ambito transculturale) volta a costruire le dimensioni teoriche fondative del *topic* oggetto di analisi.

Lo studio di secondo livello ha contribuito non solo all'individuazione degli assi tematici da esplorare attraverso la somministrazione del questionario, ma anche alla ricognizione di strumenti di indagine in materia, formulati in percorsi d'indagine attinenti al tema ed al *target* degli intervistati. Quindi, si è cercato di

costruire una serie di domande che tenesse in ampia considerazione le dimensioni problematiche sovradescritte: particolare attenzione è stata, perciò, destinata alla costruzione dello strumento dal punto di vista semantico (chiarezza espositiva), del rigore logico degli argomenti e della comparabilità degli *item*.

Per la costruzione del questionario, il gruppo di ricerca ha esaminato numerosi strumenti di indagine elaborati in altri studi. La versione finale si è avvalsa, in parte, del questionario somministrato nella prima indagine nazionale sulla professione infermieristica curata da Cipolla e Artioli nel 2003, seppur alcune domande sono state modificate nella forma e nella modalità di risposta. Il questionario è stato diviso in quattro sezioni riconducibili agli assi tematici: la prima sezione – **professione e contesto lavorativo** – ha indagato aspetti quali l'area di impiego, la tipologia di contratto e l'ente di appartenenza; la seconda sezione – **transculturalità e salute** – ha sondato questioni connesse agli aspetti relazionali ed alle situazioni di assistenza che coinvolgono pazienti stranieri; nella terza sezione – **formazione di base e post-base** – sono state inserite domande relative alla formazione di base e all'aggiornamento continuo; infine, nell'ultima sono state poste alcune domande connesse ai **dati socio-anagrafici** degli intervistati.

Rispetto alla tipologia di domande, sono state inserite in prevalenza domande strutturate, per lo più costruite con lista di preferenza a risposta esclusiva e, in qualche caso, a risposta multipla.

In alcuni casi, è stata data la possibilità ai rispondenti di compilare la voce "altro", richiedendo in tal caso una specifica della risposta più vicina alla posizione dell'intervistato.

Nella seconda sezione, si è fatto largo uso di domande a scala per cogliere l'opinione ed il vissuto soggettivo degli intervistati rispetto alle tematiche oggetto di analisi. La tipologia di *scaling* utilizzata è stata basata, nella maggior parte dei casi, su scale auto-ancorate il cui pre-

gio è stato quello di garantire l'equidistanza delle risposte e, configurandosi come variabili quasi cardinali¹, di effettuare operazioni statistiche di tipo matematico. In altri casi, si è fatto ricorso a scale Likert tradizionali.

Una volta definito lo strumento, si è proceduto con la fase del campionamento che ha seguito criteri logico-rappresentativi: si è optato per un campione che rappresentasse le diverse aree di intervento ospedaliero.

Infermieri italiani appartenenti all'Aco San Filippo Neri di Roma di Area critica (Pronto Soccorso e Rianimazione), Medicina Interna, Chirurgia d'urgenza e vascolare.

Sono stati distribuiti 100 questionari. A fine distribuzione, tra quelli non compilati e mai riconsegnati, sono stati 70 i totali presi in considerazione.

RISULTATI

Il campione coinvolto nello studio è stato di 70 infermieri, 47 uomini e 23 donne.

Per quanto riguarda il primo obiettivo posto (sondare la presenza dei principali nodi problematici all'interno della relazione infermiere-paziente straniero) la difficoltà maggiore è stata di tipo linguistico. Più del 60% del campione ha dichiarato di avere "sempre" o "quasi sempre" difficoltà linguistiche.

Quale è il suo titolo professionale infermieristico?

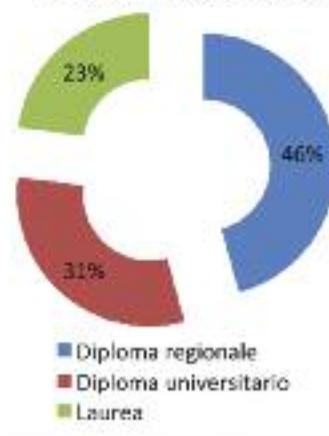


Figura 2. Formazione di base degli intervistati

Nell'analisi del secondo obiettivo (esaminare i diversi percorsi formativi degli infermieri), risulta che il 46% degli intervistati dichiara di aver conseguito un diploma regionale, il 31% un diploma universitario e il 23% una laurea.

Inoltre, è stato chiesto agli infermieri se, durante la loro formazione di base, hanno acquisito strumenti e/o conoscenze su diversi aspetti: abilità per la presa di decisione autonome, capacità organizzative per pianificare l'assistenza infermieristica, metodi per promuovere una re-

Avere difficoltà linguistiche con il paziente straniero

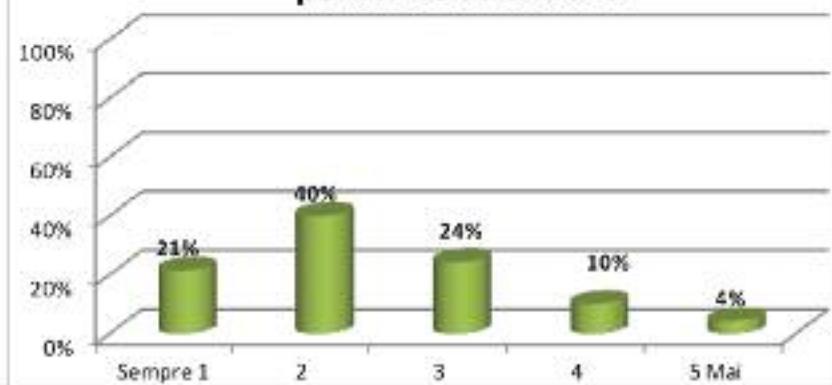


Figura 1. Difficoltà linguistiche

NOTE

¹ Le variabili quasi cardinali derivano da procedure di scaling che permettono di misurare proprietà continue, come gli atteggiamenti, ad esempio, per le quali non esiste unità di misura. (Marradi, 1993).

lazione educativa con il paziente, finalizzati al recupero/mantenimento della salute, metodi per stabilire relazioni efficaci

ci con la persona assistita e la sua famiglia, strumenti per leggere ed interpretare articoli scientifici.

Più del 70% del campione ha dichiarato di aver acquisito "abbastanza" e "molte" abilità per la presa di decisione autonoma, e quasi il totale del campione di avere capacità organizzative per pianificare l'assistenza infermieristica.

Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale e l'auto-formazione, il 33% degli intervistati ha dichiarato di aver letto, in 12 mesi, da uno ad un massimo di tre articoli professionali, e il 67% di essere stato partecipe da uno ad un massimo di tre giornate destinate alla partecipazione di corsi di formazione/congressi/convegni. Solo il 3% afferma di aver partecipato ad oltre 10 giornate.

Successivamente, alla domanda "in caso di difficoltà con i pazienti stranieri, a chi chiede aiuto di solito", troviamo un 50% del campione che dichiara di chiedere aiuto ai colleghi, il 44% ai familiari e amici del paziente, il 21% al personale medico e lo 0% ai mediatori culturali.

DISCUSSIONE

Osservando i valori riscontrati nel campione, vediamo che gli infermieri intervistati vivono, con maggior frequenza, difficoltà di tipo linguistico. (Figura 1)

Ma cosa significa difficoltà linguistica per un infermiere che assiste un paziente di cultura altra?

Il fatto di parlare una lingua diversa vuol dire molte cose: implica l'aver vissuto in un altro Paese, conoscere tradizioni differenti, essere abituato ad un certo tipo di alimentazione e, spesso, ad un altro clima, conoscere organizzazioni sociali

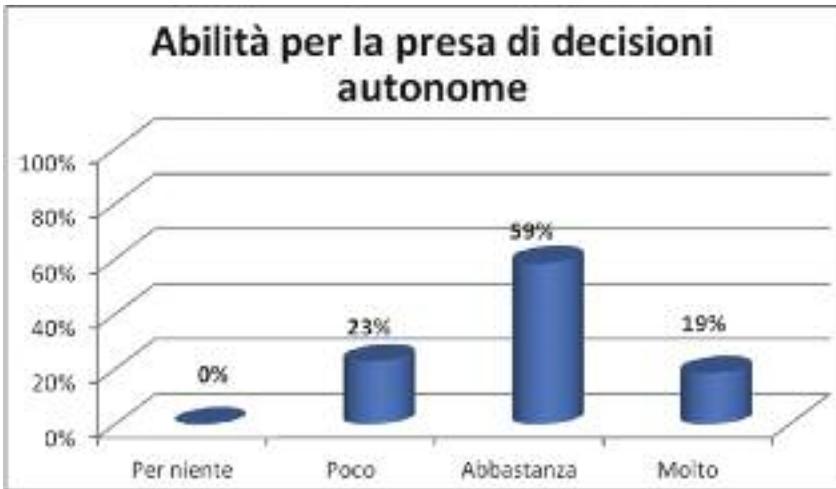


Figura 3. Abilità per la presa di decisioni autonome

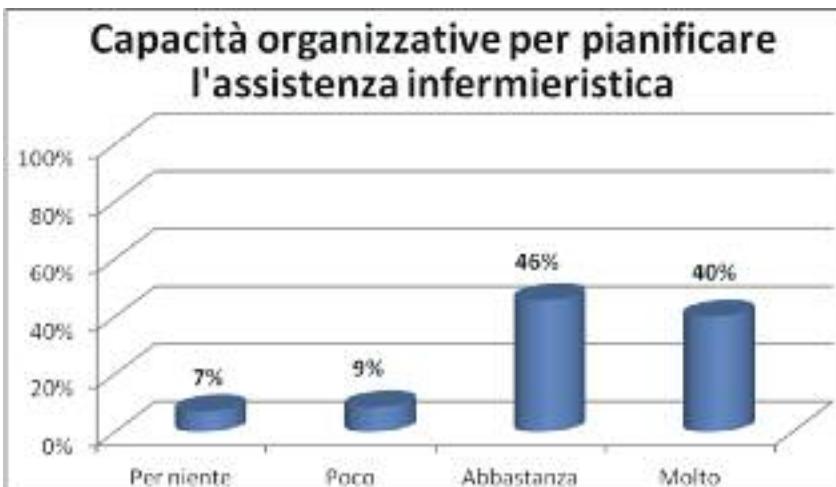


Figura 4. Capacità organizzative per pianificare l'assistenza



Figura 5. Articoli professionali letti negli ultimi 12 mesi



Figura 6. Giornate destinate a corsi di formazione

In caso di difficoltà con i pazienti stranieri, a chi chiede aiuto di solito?

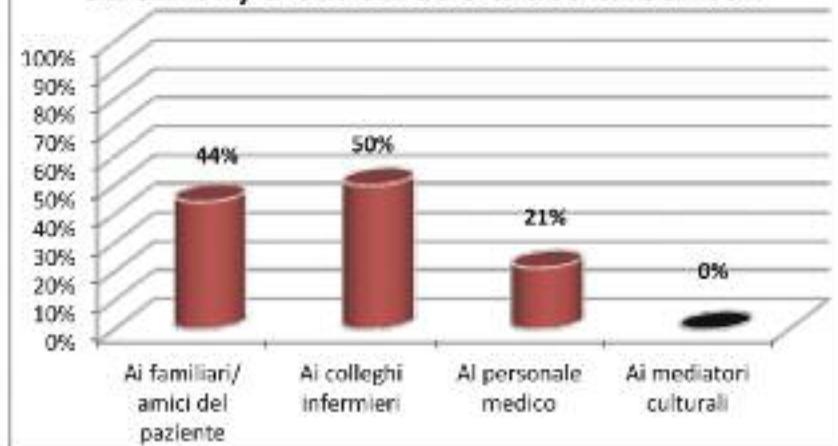


Figura 7. Chi viene coinvolto in caso di difficoltà col paziente straniero

diverse dalla propria e modalità curative alternative a quelle proposte in Italia (Sabatino, 2013).

Il modo di esprimersi e comunicare con gli altri, quindi, è caratterizzato da una serie di elementi culturali che arricchiscono e rendono complesso il significato delle parole; in altri termini, poiché il linguaggio è un prodotto sociale e culturale, meno si conosce la cultura della persona che si assiste, più si hanno difficoltà a comprendere le interazioni, cioè la pragmatica, che la persona vuole trasmetterci, soprattutto se si parla di bisogni di salute.

L'attuale identità professionale dell'infermiere riveste un ruolo determinante nella gestione della salute dell'individuo, con aspetti sicuramente più gratificanti per il professionista, ma non sempre questo viene riconosciuto e "sentito" dai professionisti stessi.

È stato chiesto agli infermieri se, durante la loro formazione di base, avessero acquisito strumenti e/o conoscenze su diversi aspetti: abilità per la presa di decisioni autonome, capacità organizzative per pianificare l'assistenza infermieristica, metodi per promuovere una relazione educativa con il paziente, finalizzata al recupero/mantenimento della salute, metodi per stabilire relazioni efficaci con la persona assistita e la sua famiglia, strumenti per leggere ed interpretare articoli scientifici.

Il campione intervistato ha avuto una

buona percezione delle competenze raffinate apprese con la formazione di base. (Figura 3 e 4)

Viceversa, la capacità di lettura ed interpretazione degli articoli scientifici che definisce l'attitudine all'auto-formazione non ha fornito risultati eclatanti: i professionisti non possono pensare di esaurire il loro apprendimento solo con la formazione di base, con la formazione post-base formale e/o con l'esperienza.

Certamente, l'esperienza è un buon campo per l'apprendimento, ma non sempre questa si trasforma in crescita e maturazione del professionista.

Occorre assumersi la responsabilità della propria formazione e ciò avviene con azioni volontarie, andando a ricercare le informazioni nuove che vengono prodotte con ricerca e diffusione delle conoscenze conseguite attraverso le pubblicazioni scientifiche.

Bisogna considerare, inoltre, che, a disposizione del campione (appartenente soprattutto al Collegio Ispasvi di Roma) vi sono parecchi strumenti e risorse: la banca dati Ilisi (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) e la Biblioteca Digitale con *Cinahl Plus full text* e *Ovid Sp* gratuita per gli iscritti e disponibile da Febbraio 2011.

Se la lettura non è una tipologia di formazione molto utilizzata (tenuto conto della mole di pubblicazioni disponibili oggi sia in forma cartacea, che elettronica, sia a livello nazionale che internazionale)

è ipotizzabile che il campione degli intervistati preferisca ancora la formazione continua che può "consumare" nelle sedi formali, come corsi/convegni/congressi.

Infatti, l'obbligo del conseguimento dei crediti Ecm è un incentivo forte alla partecipazione alla formazione, anche se occorre considerare le possibilità di acquisizione crediti anche con la Fad (formazione a distanza) che si sta sempre più sviluppando, stante la diffusione delle tecnologie informatiche e lo sviluppo delle competenze di progettazione didattica in questo campo, sebbene questo aspetto della formazione non sia stato indagato esplicitamente, poiché nella domanda non era specificata la tipologia di formazione, quanto piuttosto le giornate ad essa dedicata. (Figura 5 e 6, Marcadelli 2013)

In ultimo, il rivolgersi ai familiari e agli amici del paziente straniero in caso di difficoltà (figura 7) è in sintonia con altre ricerche (Bertolazzi, Stievano 2013), infatti, la centralità e l'attenzione che viene rivolta alla famiglia è un elemento caratterizzante la professione infermieristica.

La figura del *caregiver* e la considerazione per l'impegno che egli profonde verso il proprio caro è parte significativa anche del Codice Deontologico (Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi 2009). Passando alle considerazioni sulla richiesta d'aiuto ai mediatori culturali, troviamo una totale assenza delle risposte, in quanto la figura del mediatore culturale all'interno dell'ospedale di riferimento non è presente.

Il tema della mediazione culturale in ambito sanitario, e dei "mediatori" con riferimento ai soggetti artefici della mediazione, ha iniziato ad emergere in Italia all'inizio degli anni '90, occupando poi uno spazio sempre più crescente. Ciò è chiaramente collegato alla parallela e progressiva affermazione e stabilizzazione della presenza straniera e al conseguente utilizzo, da parte degli immigrati, dei servizi assistenziali.

È nozione comune che la comunicazione è un processo complesso, che travalica la semplice capacità di comprensione linguistica per abbracciare la dimen-

sione simbolica e quella più ampiamente culturale.

Si intravede, dunque, l'esistenza di diversi livelli di "traduzione" possibile.

In tal senso, il mediatore si configurerebbe come quel "terzo soggetto" che ha il mandato di rendere possibile una relazione di comunicazione sufficientemente efficace o, comunque, di massimizzarne l'efficacia. Più semplicemente, si configurerebbe come il "facilitatore" del rapporto empatico dialogico per l'assistito (Marceca, 2005).

CONCLUSIONI

La situazione che emerge dall'analisi dei dati ci rimanda ad uno scenario in parte comune e, in parte, atteso.

Gli infermieri incontrano maggiori difficoltà che riguardano la conoscenza adeguata della lingua altrà, e più in generale,

l'accesso a determinati aspetti culturali del paziente straniero. Pertanto, rimangono aree di sviluppo professionali da migliorare.

La capacità di lettura e di interpretazione della produzione scientifica, sebbene acquisita in modo soddisfacente, non viene percepita come un momento di arricchimento importante.

La tipologia dei bisogni dei pazienti, che richiede risposte personalizzate, creative, interpretazione dei bisogni dei pazienti, espressi con domande aspecifiche e capacità di navigare l'incertezza, fa crescere la necessità di formazione specialistica proprio in quelle aree in cui la tecnologia non è pregnante ed in cui il vero valore aggiunto è dato dalla persona.

La risorsa personale, qualsiasi accezione si voglia dare alla parola, **è la più preziosa ed è la chiave per il prendersi cura di**

qualità e per l'erogazione di servizi utili ai pazienti.

Nello scenario di sistemi sanitari sempre più aperti al multiculturalismo, la diffusione di team di lavoro culturalmente competenti costituirà allora una dimensione cruciale.

Si tratta di una questione decisiva su cui bisognerà agire per consentire **un accesso equo alla salute** da parte dei cittadini stranieri.

AUTORI:

Giulia Valenti, infermiera esperta in *nursing transculturale*;

Alessandro Stievano, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche-Ostetriche; Gennaro Rocco, direttore centro di formazione "Padre L.Monti-Idi" Tor Vergata e direttore del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

BIBLIOGRAFIA

Altieri L, Mori L, *La complessità del chiedere. Il questionario come strumento emblematico e problematico della ricerca sociale*, in Cipolla, *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano 1998.

Cipolla C, Rocco G, *Salute e pratiche di assistenza nella società multiculturali*, in Stievano A, Bertolazzi A. (a cura di), *Nursing transculturale un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*, FrancoAngeli, Milano 2013.

Giorgino E, Tousijn W, *Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica*, «Salute e Società», II, 1, 2003.

Idos-Centro Studi e Ricerche, *Immigrazione dossier statistico 2013: dalle discriminazioni ai diritti*, Rapporto Unar 2013.

Marcadelli S, *Percorsi formativi di base e post-base. Un confronto tra italiani e sudamericani*, in Stievano A, Bertolazzi A (a cura di), *Nursing transculturale un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*, FrancoAngeli, Milano 2013.

Marradi A, *L'analisi monovariata*, Franco Angeli, Milano 1993.

Sabatino L, *Le sfide dalla transculturalità per gli infermieri italiani*, in Stievano A, Bertolazzi A (a cura di), *Nursing transculturale un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*, FrancoAngeli, Milano 2013.

Stievano A, Bertolazzi A, *Nursing transculturale. Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani*, FrancoAngeli, Milano 2013.

SITOGRAFIA

<http://careonline.it/2005/08/parole-chiave/mediazione-interculturale/> Marceca M. (a cura di), 2005.

<http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi/>

<http://www.ipasvi.roma.it/>

ERRATA CORRIGE

Sullo scorso numero de "Infermiere oggi", in merito all'articolo "La ricerca infermieristica uno strumento per la qualità dell'Assistenza" si precisa, per gli autori, che Giuliana D'Elpidio è il direttore Polo didattico "Piergiorgio Frassati" Opgb-Irccs e che Giuliana Evangelisti lavora presso l'ospedale pediatrico Bambino Gesù-Irccs.

Confronto sull'efficacia della scala di valutazione Mna rispetto alle scale Sga e Must nell'individuazione della malnutrizione nell'anziano ospedalizzato

di Mara Angelillo, Claudia Iacomino, Giuseppe Parisella

ABSTRACT

La malnutrizione rappresenta un evento molto comune fra la popolazione anziana, ancor più se questi si trovano all'interno di ambienti ospedalieri in regime di ricovero.

A riguardo sono stati sviluppati numerosi strumenti di valutazione, ma l'assenza di uno standard preciso fa nascere la necessità di individuare quale tra quelli più comuni come il *Mini Nutritional Assessment* (Mna); il *Malnutrition Universal Screening Tool* (Must) e il *Subjective Global Assessment* (Sga) risulti essere il più efficace nell'individuazione della malnutrizione nel paziente anziano. La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle tre principali banche dati scientifiche (PubMed, Cinahl e Cochrane) e, al termine, sono stati analizzati e considerati idonei 63 articoli.

Dall'analisi della letteratura è risultato che la valutazione del rischio di malnutrizione varia a seconda dello strumento di *screening* utilizzato: i dati attuali suggeriscono che nello *screening* nutrizionale delle persone anziane ospedalizzate, l'uso del Mna dovrebbe essere preferito all'utilizzo di qualsiasi altro strumento di valutazione.

INTRODUZIONE

La malnutrizione negli anziani rappresenta un problema di salute multifattoriale.

Spesso uno stato nutrizionale povero predispone gli anziani a *outcome* funzionali e clinici negativi. In particolare, la malnutrizione è associata ad un aumento della morbilità e delle mortalità: si parla, infatti, di insorgenza delle "Nove D":

1. perdita della dentizione;
2. *disease* (malattie);
3. disgeusia;
4. disfagia;
5. diarrea;
6. depressione;
7. demenza;
8. disfunzione;
9. *drugs* (farmaci)

Senza dimenticare che uno scarso stato nutrizionale aumenta anche la spesa sanitaria.

Proprio allo scopo di riconoscere precocemente il problema, alcuni studiosi hanno sviluppato svariati metodi da applicare negli ambienti maggiormente a ri-

schio, come case di cura ed ospedali. Esiste una grande varietà di strumenti a disposizione per la valutazione del rischio nutrizionale (1). L'obiettivo di questa revisione è di individuare, secondo la più recente letteratura scientifica, lo strumento di *screening* più efficace per la valutazione della malnutrizione nei pazienti anziani ospedalizzati attraverso tre scale di valutazione: il Mna, il Must ed il Sga.

MATERIALI E METODI

Il metodo utilizzato per elaborare il quesito di ricerca bibliografica è il Pico, acronimo di: Popolazione, Intervento, Confronto, *Outcome* (2). (Tabella 1) Successivamente, si è proceduto all'individuazione delle parole-chiave. Questo è un momento fondamentale della ricerca che permette di renderla sensibile per ogni concetto e più specifica per la domanda clinica (2).

POPOLAZIONE	INTERVENTO	CONFRONTO/ INTERVENTO (2)	OUTCOME
Anziani ospedalizzati	Efficacia della scala di valutazione <i>Mini Nutritional Assessment</i> (Mna)	Efficacia delle scale nutrizionali <i>Subjective General Assessment</i> (Sga) e <i>Malnutrition Universal Screening Tool</i> (Must)	Valutazione dell'efficacia della scala Mna rispetto al Sga e al Must nell'individuazione della malnutrizione nel paziente anziano ospedalizzato

Tabella 1. L'applicazione del metodo Pico

POPOLAZIONE	INTERVENTO	CONFRONTO/ INTERVENTO (2)	OUTCOME
- <i>Malnutrition elderly hospital</i> - <i>Elderly hospital</i> [®] (<i>elderly hospital</i> , <i>elderly hospitalization</i> , <i>elderly hospitalizations</i> , <i>elderly hospitalized</i>) - <i>Aged</i>	- <i>Mini Nutritional Assessment</i>	- <i>Subjective General Assessment</i> - <i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>	- <i>Comparative effectiveness</i>

Tabella 2. La ricerca delle parole-chiave

Una volta individuate le parole-chiave, si è proceduto con la traduzione in lingua inglese e la ricerca di eventuali sinonimi. (Tabella 2)

BANCHE DATI E LIMITI

La ricerca bibliografica è stata effettuata sulle tre principali banche dati scientifiche: PubMed, Cinahl e Cochrane, inserendo nelle stringhe di ricerca le combinazioni elaborate.

Per la ricerca degli articoli sono stati utilizzati i seguenti limiti: "Species Humans", "Publication dates 5 years", "Languages English", "Aged 65+ years" (rispondente alla caratteristica della popolazione in esame) e "abstract available" (quest'ultimo è stato inserito per poter effettuare una prima selezione degli articoli).

CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Nella ricerca, difficilmente sono stati reperiti articoli che considerassero i tre strumenti presi in esame tutti nello stesso studio, ma più facilmente è stato trovato il confronto tra due soli strumenti con altri non considerati nel presente elaborato.

Proprio per questo motivo sono state condotte tre ricerche, ognuna specifica per ogni singola scala di valutazione.

Dall'unione delle ricerche sono risultati diversi articoli (alcuni in comune in seguito denominati "doppi" e, successivamente, eliminati) che sono stati analizzati e selezio-

nati in base al grado di pertinenza con lo scopo della seguente indagine.

Mini Nutritional Assessment

La consultazione dei database ha permesso di individuare 562 studi, di cui, successivamente alla lettura degli abstract, sono stati selezionati 61 articoli.

In seguito, ne sono stati esclusi 11 doppi, in comune con le altre ricerche.

Infine, si è proceduto alla ricerca del testo completo (*full text*) dalla cui lettura approfondita sono stati selezionati 28 studi ritenuti maggiormente rispondenti alla domanda di ricerca.

Le fasi di selezione degli articoli per il Mna sono riassunte nella figura 1:

Malnutrition Universal Screening Tool

L'utilizzo delle parole-chiave all'in-

terno delle stringhe di ricerca delle diverse banche dati ha portato all'individuazione di 87 articoli.

Di questi, ne sono stati selezionati 26 dopo la lettura degli abstract.

Successivamente, sono stati individuati gli studi che erano in comune nelle tre banche dati, riducendo così il numero a 23 articoli, da cui, successivamente alla lettura dei *full text*, ne sono stati eliminati 7, come illustrato nella figura 2.

Subjective Global Assessment

La ricerca nelle banche dati ha portato all'individuazione di 128 articoli, di cui, dopo la lettura degli abstract, ne sono stati presi in considerazione 36.

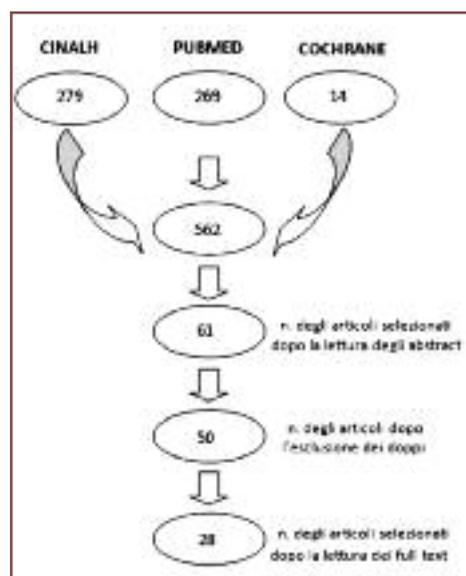


Figura 1. Fasi ricerca MNA

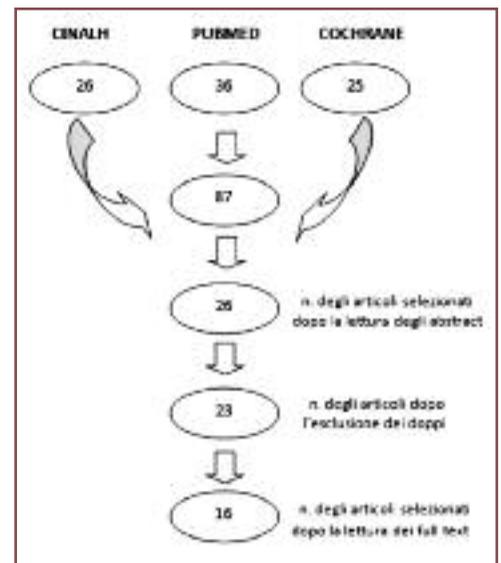


Figura 2. Fasi ricerca Must

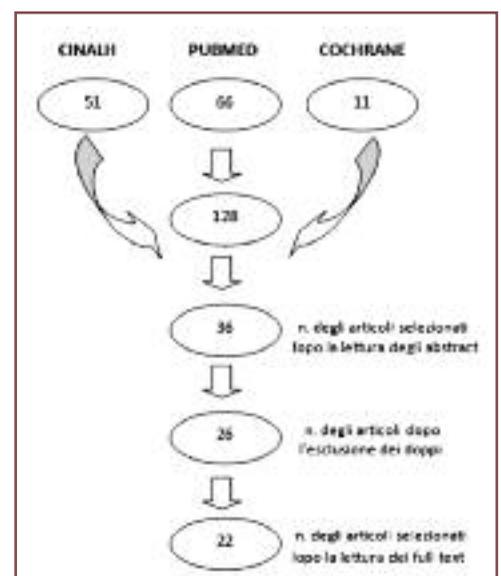


Figura 3. Fasi ricerca Sga

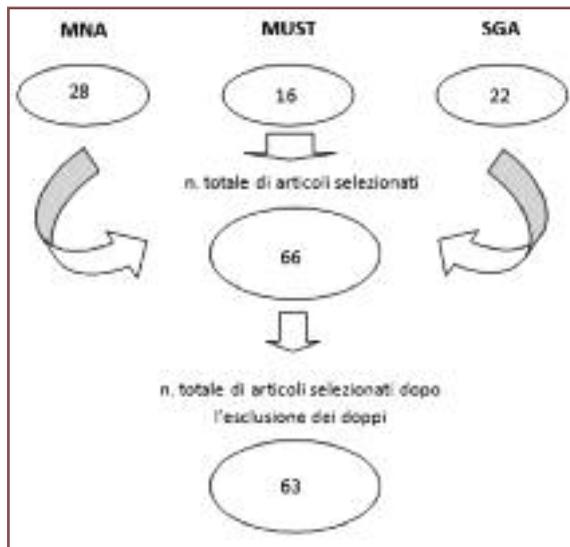


Figura 4. Schema finale di ricerca

Escludendone 10, in quanto doppi, si è proceduto con la lettura dei *full text*, dalla quale sono stati ritenuti attinenti all'argomento trattato 22 articoli, come riassume la figura 3.

Numero totale di articoli esaminati

I risultati dei tre filoni di ricerca sono stati, infine, confrontati tra di loro e sono stati esclusi gli articoli doppi, come indicato nella figura 4.

RISULTATI

La letteratura identificata ha permesso di valutare quale strumento di valutazione tra il Mna, il Must ed il Sga risulti essere più efficace nella valutazione nutrizionale nei pazienti ospedalizzati.

In particolare, si può affermare che, nella maggior parte dei casi, lo strumento Must sia considerato sensibile e specifico, ma, se confrontato con altri strumenti (quali il Mna ed il Sga), questi riescono ad identificare, in modo più accurato, il rischio di malnutrizione nei pazienti ospedalizzati.

Diversi studi dimostrano che, a confronto, l'utilizzo del Mna, rispetto alla scala Must, permette di ottenere risultati più sensibili e specifici (3,4,5).

Un altro studio sostiene, invece, che il Must è in grado di prevedere l'aumento di mortalità associata ad uno squilibrato apporto nutrizionale nei pazienti anziani ospedalizzati (6).

Un altro riporta che sia il Must che il Mna hanno un'eccellente sensibilità, ma

comunque una scarsa specificità per quanto riguarda la popolazione più anziana (7).

In un'altra ricerca, gli autori mettono a confronto la scala Must con il Mna e con il *Nutritional Risk Screening* (Nrs): il risultato più favorevole è stato attribuito a quest'ultimo, in quanto era l'unico strumento che prendeva in considerazione l'effetto che la malattia può avere sullo stato nutrizionale di un paziente (8). Il Nrs è risultato essere lo strumento migliore in

due articoli esaminati (8,9).

Infine, grazie alla rapidità e semplicità della somministrazione dello strumento, il Must risulta essere quello più raccomandato rispetto agli altri (1,10).

Dalla ricerca effettuata sono stati reperiti solo due articoli che trattavano i tre strumenti mettendoli a confronto, e giungono a conclusioni differenti: nel primo, infatti, non è stata riscontrata alcuna sostanziale differenza tra il Must, il Mna ed il Sga nella loro capacità di individuare con precisione la popolazione anziana a rischio di malnutrizione; mentre nel secondo il miglior screening di valutazione per la malnutrizione risulta essere il Must (9,11).

In una revisione della letteratura, i risultati ottenuti risultano a favore dell'Mna, nella quale l'autore afferma che: "Il Mna è uno strumento semplice e molto sensibile per lo screening e la valutazione nutrizionale. La grande massa di dati raccolti e la diffusione tra i professionisti del settore sanitario chiaramente sostiene il suo utilizzo" (12).

Un altro studio ha confrontato l'abilità del Mna e del Geriatric Nutritional Risk Index (Gnri) nel valutare lo stato nutrizionale della popolazione anziana ricoverata. E anche in questo caso, il Mna è risultato essere lo strumento migliore, non solo per la capacità di individuare con precisione i pazienti a rischio di malnutrizione, ma anche per la facilità e la rapidità di somministrazione, dimostrandone

di essere uno strumento molto apprezzato anche dallo stesso personale infermieristico (13).

Ma, se molti sono gli studi a favore del Mna, altrettanto numerosi sono quelli che ne sconsigliano l'utilizzo.

Il Mna, più frequentemente utilizzato nella popolazione anziana, in uno studio veniva comparato con il Nrs. Quest'ultimo, secondo uno studio condotto su 104 pazienti geriatrici, è sembrato essere lo screening più efficace per valutare il rischio di malnutrizione nella popolazione ospedalizzata in generale (14).

In un altro studio, venivano comparati il Mna, il Must, il Nrs e lo *Short Nutritional Assessment Questionnaire* (Snaq) e, anche in questo caso, i risultati dello studio hanno mostrato la maggiore efficacia del Must rispetto agli altri screening per la malnutrizione (15).

Infine, non sono mancati diversi autori che sono giunti alla conclusione che nessuno degli strumenti che avevano analizzato avesse portato a risultati tali da poter essere considerato migliore rispetto agli altri (11, 16,17,18,19,20,21). Dall'analisi degli articoli sul Sga, almeno la metà dei risultati dei vari studi dimostrano come il *Subjective Global Assessment* sia meno predittivo della condizione della malnutrizione rispetto ad altri strumenti.

In particolare, tre articoli sostengono che il Mna risulta più sensibile e specifico rispetto alla scala Sga nell'individuare i segni di una malnutrizione (21,22,23).

Altri studi mettono a confronto il Sga con gli strumenti Nri e *Malnutrition Screening Tool* (Mst), indicando risultati a favore di quest'ultimi a dispetto, appunto, della scala di valutazione globale soggettiva (24,25).

Tuttavia, ci sono lavori che testimoniano l'utilità e l'efficacia nel predire il rischio di malnutrizione della scala Sga, in cui la stessa risulta la più economica, la più sicura e di facile utilizzo da parte degli infermieri. Inoltre, la Sga risulta essere necessaria per valutare lo stato nutrizionale dei pazienti affetti da cancro gastrointestinale, o per prevedere la durata del soggiorno e le spese mediche in ospedale (26,27).

Un'altra ricerca afferma che il Sga sembra essere uno strumento efficace sia per la valutazione nutrizionale sia come un indicatore prognostico per la sopravvivenza di pazienti con tubercolosi polmonare (28).

Il Sga risulta essere un indice di nutrizione valido per diagnosticare la malnutrizione (29).

CONCLUSIONI

I risultati a cui si è giunti dall'analisi degli articoli sono riassunti nella tabella 3.

	MNA	SGA	MUST
A favore	22	6	3
Contro	5	8	9
Neutri	7	3	/

Tabella 3. Schema dei risultati della ricerca

È, dunque, possibile affermare che il *Mini nutritional assessment* abbia guadagnato l'accettazione della gran parte

degli autori degli studi qui esaminati, risultando essere lo strumento più efficace per la valutazione del rischio di malnutrizione nella popolazione anziana ospedalizzata, e che, a causa della sua particolare attenzione verso la popolazione geriatrica, **il Mna dovrebbe essere raccomandato come strumento di base per la valutazione nutrizionale nelle persone anziane.**

CRITICA DEL METODO USATO E RACCOMANDAZIONI FUTURE

La ricerca bibliografica è stata condotta rispettando le principali caratteristiche metodologiche di una revisione della letteratura. Nonostante ciò, si ritiene importante sottolineare alcune criticità: l'eterogeneità dei disegni degli studi; i titoli non coerenti con il contenuto delle pubblicazioni; il fatto che molti articoli considerano spesso specifiche popolazioni di anziani (malati oncologici, pazienti ortopedici, pazienti con trapianti

d'organo piuttosto che i pazienti affetti da demenza senile ecc.) non ampliando lo studio alla popolazione anziana in generale; l'assenza di studi che confrontassero i tre strumenti all'interno di una stessa ricerca, ma, nella maggior parte dei casi, messi a confronto con altri strumenti di *screening* nutrizionali.

AUTORI:

Mara Angelillo, infermiera presso Complesso Integrato Columbus, Roma e studentessa presso il CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Roma "Tor Vergata"; Claudia Iacomino, infermiera e studentessa presso il CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Roma "Tor Vergata"; Giuseppe Parisella, infermiere e studentessa presso il CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Roma "Tor Vergata".

BIBLIOGRAFIA

- Kalliopi A.P, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos D.B, Sipsas N.V et al, *Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly*. Clin Nutr 2012; 31(3): 378-85.
- Vellone E & Piredda M, *La ricerca bibliografica* (II ed). Milano: Mc Graw-Hill. 2009.
- Diekman R, Winning K, Uter W, Kaiser M.J, Sieber C.C, Volkert D et al, *Screening for malnutrition among nursing home resident. A comparative analysis of Mini Nutritional Assessment, the Nutritional Risk Screening, and the Malnutrition Universal Screening Tool*. J Nutr Health Aging 2013; 17(4): 326-31.
- Phillips M.B, Foley A.L, Bernard R, Isenring E, Miller M.D, *Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review*. Asia Pac J Clin Nutr 2010; 19(3): 440-9.
- Tsai A.C, Chang T.L, Chen J.T, Yang T.W, *Population-specific modifications of the short-form Mini Nutritional Assessment and Malnutrition Universal Screening Tool for elderly Taiwanese*. Int J Nurs Stud 2009; 46(11): 1431-8.
- Henderson S, Moore N, Lee E, Witham M.D, *Do the malnutrition universal screening tool (MUST) and Birmingham nutritional risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients?*. BMC Geriatr 2008; 8 (26).
- Neelemaat F, Meijers J, Kruijenga H, Van Ballegoijen H, Van Bokhorst M, *Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample*. J Clin Nurs 2011; 20(15-16): 2144-52.
- Raslan M, Gonzales M.C, Dias M.C.G, Nascimento M, Castro M, Marques P et al, *Comparison of nutritional risk screening tools for predicting clinical outcomes in hospitalized patients*. Nutrition 2010; 26(7) 8: 721-6.
- Velasco C et al, *Comparison of four nutritional screening tools to detect nutritional risk in hospitalized patients: a multicentre study*. Eur J Clin Nutr 2011; 65(2): 269-74.
- Gibson S, Sequeira J, Cant R, Ku C, *Identifying malnutrition risk in acute medical: validity and utility of Malnutrition Universal Screening Tool and Modified Malnutrition Screening Tool*. Nutrition & Dietetics 2012; 69(4) 309-14.
- Insering E.A, Banks M, Ferguson M, Bauer J.D, *Beyond malnutrition screening: appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents*. J Acad Nutr Diet 2012; 112(3): 376-81.
- Cereda E, *Mini Nutritional Assessment*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2012; 15(1): 29-41.
- Cereda E, Pusani C, Limonta D, Vanotti A, *The ability of the Geriatric Nutritional Risk Index to assess the nutritional status and predict the outcome of home-care resident elderly: a comparison with the Mini Nutritional Assessment*. Br J Nutr 2009; 102(4): 563-70.
- Drescher T et al, *Comparison of two malnutrition risk screening methods (MNA and NRS 2002) and their association with markers of protein malnutrition in geriatric hospitalized patients*. Eur J Clin Nutr 2010; 64(8): 887-93.
- Lomivorotov V.V et al, *Evaluation of nutritional screening tools among patients scheduled for heart valve surgery*. J Heart Valve Dis 2013; 22(2): 239-47.
- Santomauro F, Olimpì N, Baggiani L, Comodo N, Mantero S, Bonaccorsi G, *Bioelectrical Impedance Vector Analysis and Mini Nutritional Assessment in elderly nursing home residents*. J Nutr Health Aging 2011; 15(3): 163-7.
- Soderhamn U, Flateland S, Jessen L, Soderhamn O, *Perceived health and risk of undernutrition: a comparison of different nutritional screening results in older patients*. J Clin Nurs 2011; 20(15-16): 2162-71.
- Duran Alert P, Milà Villaruel R, Formiga F, Virgili Casas N, Vilarasau Farré C, *Assessing risk screening methods of malnutrition in geriatric patients: Mini Nutritional Assessment (Mna) vs Geriatric Nutritional Risk Index (Gnri)*. Nutr Hosp 2012; 27(2): 590-8.
- Grieger J.A, Nowson C.A, Ackland L.M, *Nutritional and functional status indicators in residents of a long-term care facility*. J Nutr Elder 2009; 28(1): 47-60.
- Dent E, Visvanathan R, Piantadosi C, Chapman I, *Use of the Mini Nutritional Assessment to detect frailty in hospitalized older people*. J Nutr Health Aging 2012; 16(9): 764-7.
- Young A.M, Kidston S, Banks M.D, Mudge A.M, Isenring E.A, *Malnutrition screening tools: comparison against two validated nutrition assessment methods in older medical inpatients*. Nutrition 2013; 29(1): 101-6.

- Tsai A.C, Wang J.Y, Chang T.L, Li T.Y, *A comparison of the full Mini Nutritional Assessment, short-form Mini Nutritional Assessment, and Subjective Global Assessment to predict the risk of protein-energy malnutrition in patients on peritoneal dialysis: a cross-sectional study.* Int J Nurs Stud 2013; 50(1): 83-9.
- Tsai H.J, Tsai A.C, Hung S.Y, Chang M.Y, *Comparing the predictive ability of population-specific Mini-Nutritional Assessment with Subjective Global Assessment for Taiwanese patients with hemodialysis: a cross-sectional study.* Int J Nurs Stud 2011; 48(3): 326-32.
- Ozkalkanli M.Y, Ozkalkanli D.T, Katircioglu K, Savaci S, *Comparison of tools for nutrition assessment and screening for predicting the development of complications in orthopedic surgery.* Nutri Clin Pract 2009; 24(2): 274-80.
- Isenring E.A, Banks M, Ferguson M, Bauer J.D, *The Malnutrition Screening Tool is a useful tool for identifying malnutrition risk in residential aged care.* J Hum Nutr Diet 2009; 22(6): 545-50.
- Wu B.W et al, *Clinical application of subjective global assessment in Chinese patients with gastrointestinal cancer.* World J Gastroenterol 2009; 15(28): 3542-9.
- Wu B.W et al, *Validation of the Chinese version of the Subjective Global Assessment scale of nutritional status in a sample of patients with gastrointestinal cancer.* Int J Nurs Stud 2010; 47(3): 323-31.
- Miyata S, Tanaka M, Ihaku D, *Subjective global assessment in patients with pulmonary tuberculosis.* Nutr Clin Pract 2011; 26(1): 55-60.
- Li Y, Dong J, Zuo L, *Is subjective global assessment a good index of nutrition in peritoneal dialysis patients with gastrointestinal symptoms?* Perit Dial Int 2009; 29 Suppl 2: S78-82.
- Ahmed T & Haboubi N, *Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health.* Clin Interv Aging 2010; 9(5): 207-16.
- Alhamdan A.A, Alsaif A.A, *The nutritional, glutathione and oxidant status of elderly subjects admitted to a university hospital.* Saudi J Gastroenterol 2011; 17(1): 58-63.
- Amirkalali B, Sharifi F, Fakhrazadeh H, Mirarefin M, Ghaderpanahi M, Larijani B, *Evaluation of the Mini Nutritional Assessment in the elderly, Tehran, Iran.* Public Health Nutr 2010; 13(9): 1373-9.
- Aparecida Leandro-Merhi V, Luiz Braga de Aquino J, Gonzaga Teixeira de Camargo J, *Agreement between body mass index, calf circumference, arm circumference, habitual energy intake and the Mna in hospitalized elderly.* J of Nutr Health Aging 2012; 16(2):128-32.
- Battaglia S et al, *Ageing and Copd affect different domains of nutritional status: the Ecce study.* Eur Respir J 2011; 37(6): 1340-5.
- Beck A.M, Beerman T, Kjaer S, Rasmussen H.H, *Ability of different screening to predict positive effect on nutritional intervention among the elderly in primary health care.* Nutrition 2013; 7(8): 993-9.
- Beghetto M, *Influence of the assessment method on the prevalence of hospital malnutrition: a comparison between two periods.* Nutr Hosp 2010; 25(5): 774-780.
- Boleo-Tome C, Monteiro Grillo I, Camilo M, Ravasco P, *Validation of the Malnutrition Universal Screening Tool (Must) in cancer.* Br J Nutr 2012; 108(2): 343-8.
- Cereda E et al, *Nutritional screening and mortality in newly institutionalised elderly: a comparison between the geriatric nutritional risk index and the mini nutritional assessment.* Clin Nutr 2011; 30(6): 793-8.
- Cheng T.H et al, *Serial monitoring of nutritional status in Chinese peritoneal dialysis patients by Subjective Global Assessment and comprehensive Malnutrition Inflammation Score.* Nephrology (carlton) 2009; 14(2): 143-7.
- Cuervo M, Ansorena D, Martínez-González M.A, García A, Astiasarán I, Martínez J.A, *Impact of global and subjective mini nutritional assessment (MNA) questions on the evaluation of the nutritional status: the role of gender and age.* Arch Gerontol Geriatr 2009; 49(1): 69-73.
- Filipovic B.F et al, *Comparison of two nutritional assessment methods in gastroenterology patients.* World J Gastroenterol 2010; 16(16): 1999-2004.
- Garcia Duque S, Perez Segura G, Sanavia Moran E, de Juanes Pardo J.R, Arrazola Martinez M.P, Resines Erasun C, *Nutritional control in orthopedic surgery patients.* Nutr Hosp 2008; 23(5): 493-9.
- Gioulbasanis I et al, *Baseline nutritional evaluation in metastatic lung cancer patients: Mini Nutritional Assessment versus weight loss history.* Ann Oncol 2011; 22(4):835-41.
- Gumieiro D.N et al, *Mini Nutritional Assessment predicts gait status and mortality 6 months after hip fracture.* Br J Nutr 2013; 109(9): 1657-61.
- Harris D.G, Davies C, Ward H, Haboubi N.Y, *An observation study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation.* Journal of Human Nutrition & Dietics 2008; 21(1): 3-9.
- Kaburagi T et al, *Nutritional status in strongly correlated with grip strength and depression in community-living elderly Japanese.* Public Health Nutr 2011; 14(11): 1893-9.
- Kaiser M.J et al, *Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment.* J Am Geriatr Soc 2010; 58(9): 1734-8.
- Khan M.S, Chandaanpreet S, Kewal K, Sanjay D, Ram K.J, Atul S, *Malnutrition, anthropometric, and biochemical abnormalities in patients with diabetic nephropathy.* J Ren Nutr 2009; 19(4): 275-82.
- Kim J, *Development and validation of a nutrition screening tool for hospitalized cancer patients.* Clin Nutr 2011; 30(6): 724-729.
- Kwang A.Y, Kandiah M, *Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care.* Am J Hosp Palliat Care 2010; 27(2): 117-26.
- Laky B, *Comparison of different nutritional assessments and body-composition measurements in detecting malnutrition among gynecologic cancer patients.* Am J Clin Nutr 2008; 87(6): 1678-1685.
- Lei Z, Qingyi D, Feng G, Chen W, Hock R.S, Changli W, *Clinical study of mini-nutritional assessment for older Chinese inpatients.* J Nutr Health Aging 2009; 13(10): 871-5.
- Mc Williams B, *Assessing the benefits of a malnutrition screening tool.* Nurs Times 2008; 104(24): 30-1.
- Meireles M.S, Wazlawik E, Bastos J.L, Garcia M.F, *Comparison between nutritional risk tools and parameters derived from bioelectrical impedance analysis with subjective global assessment.* J Acad Nutr Diet 2012; 112(10): 1543-9.
- Pereira Machado R.S, Santa Cruz Coelho M.A, *Risk of malnutrition among Brazilian institutionalized elderly: a study with the Mini Nutritional Assessment (Mna) questionnaire.* J Nutr Health Aging 2011; 15(7): 532-5.
- Rolland Y, Perrin A, Gardette V, Filhol N, Vellas B, *Screening older people at risk of malnutrition or malnourished using the Simplified Nutritional Appetite Questionnaire (Snaq): a comparison with the Mini-Nutritional Assessment (Mna) tool.* J Am Med Dir Assoc 2012; 13(1): 31-4.
- Sa Derhamn, *Tools to identify nutritional risk for the older people in the home.* British Journal of Community Nursing diabetic nephropathy. J Ren Nutr 2012; 19(4): 275-82.
- Scott A, *Screening for malnutrition in the community: the Must tool.* Br J Community Nurs 2008; 13(9): 410-2.
- Skates J.J, Anthony P.S, *Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the Mini Nutritional Assessment (Mna) an evidence-based screening tool.* J Gerontol Nurs 2012; 38(3): 18-27.
- Smith R.C, Ledgard J.P, Doig G, Chesher D, Smith S.F, *An effective automated nutrition screen for hospitalized patients.* Nutrition 2009; 25(3): 309-15.
- Tsai A.C, Hsu W.C, Chan S.C, Chang T.L, *Usefulness of the mini nutritional assessment in predicting the nutritional status of patients with liver cancer in Taiwan.* Nutr Cancer 2011; 63(3): 334-41.
- Tu M.Y, Chien T.W, Chou M.T, *Using a nutritional screening tool to evaluate the nutritional status of patients with colorectal cancer.* Nutr Cancer 2012; 64(2): 323-30.
- Wu M.L, Courtney M.D, Shortridge-Baggett L.M, Finlayson K, Isenring E.A, *Validity of the malnutrition screening tool for older adults at high risk of hospital readmission.* J Gerontol Nurs 2012; 38(6): 38-45.
- Zhang L et al, *Mini-nutrition assessment, malnutrition, and post-operative complications in elderly Chinese patients with lung cancer.* J BUON 2012; 17(2): 323-6.

AVVISO AGLI ISCRITTI

Quota annuale ridotta di ulteriori 5 euro Azzerati diritti di segreteria per trasferimenti

Dopo che, dal primo gennaio 2014 la quota di iscrizione all'Albo è stata ridotta dal Consiglio direttivo da 67,50 euro a 62,50 euro, sono stati AZZERATI anche i diritti di segreteria per i trasferimenti da altri Collegi, in considerazione del fatto che chi si trasferisce paga già il contributo annuale, per l'anno in corso, al Collegio di provenienza.

Si tratta di decisioni che il Collegio Ipasvi di Roma ha potuto prendere grazie all'impegno sostenuto nel recupero delle quote non pagate dai morosi e nell'ulteriore contenimento dei costi di gestione, senza tuttavia tagliare i numerosi servizi offerti gratuitamente agli iscritti, in modo da agevolarli quanto più possibile in questo periodo di perdurante crisi.

Il Collegio IPASVI in rete
www.ipasvi.roma.it

italiano
benvenuti
welcome
español
bienvenidos
english

CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA
www.centrodiexcellenza.eu

Focus

**Assemblea annuale degli iscritti
2014**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

ASSEMBLEA ANNUALE DEGLI ISCRITTI**“Noi infermieri combattivi e propositivi anche in questi tempi di forte instabilità”**

Il 28 febbraio, all'Hotel Quirinale di Roma in via Nazionale, si è svolta l'Assemblea annuale degli iscritti al Collegio provinciale Ispasvi di Roma. Nelle pagine che seguono vi proponiamo i principali documenti posti all'attenzione della platea: dalla relazione del presidente a quella dei revisori dei conti e della commissione Biblioteca. Riportiamo inoltre anche una sintesi del Bilancio, come prescritto dalla normativa vigente, e numerosi prospetti riassuntivi delle attività svolte nel 2013.

LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE

“Il nostro sistema sanitario vive una fase cruciale in uno scenario molto critico. È ormai al fatidico bivio tra la svolta e il tracollo, servono scelte decise e coraggiose per riorganizzare in profondità i servizi di cura e assistenza. E occorre farlo subito. Le criticità, le stesse che da tempo la comunità infermieristica va denunciando inascoltata, sono troppe e troppo gravi. Sono oggi pericolosamente a rischio la sicurezza dei cittadini e quella degli operatori a causa delle condizioni proibitive di lavoro imposte ai servizi dalla interminabile stagione dei tagli che si è abbattuta sulla sanità.

Il sistema resta schiacciato tra il confronto competitivo europeo, sempre più sviluppato e alimentato dalla libera circolazione dei professionisti, le paurose carenze degli organici e una politica sanitaria nazionale che, complice l'instabilità istituzionale che produce continui cambi di Governo e di ministri, non riesce a trovare la bussola per uscire da una situazione di estrema difficoltà. In questo quadro, il Collegio ha intensificato il suo impegno nel sollecitare le istituzioni preposte ad intervenire con provvedimenti finalmente lungimiranti, capaci di riorganizzare la rete dell'assistenza sanitaria secondo le esigenze della cittadinanza e dei professionisti che, come gli infermieri, operano in prima linea.

Alle nuove incertezze generali si aggiungono nel Lazio le ulteriori criticità dovute al Piano di rientro



Il presidente Gennaro Rocco

del deficit sanitario regionale, una morsa che finora si è stretta più sui servizi e sugli operatori che sugli sprechi. Su questo fronte, in stretto raccordo con gli altri Collegi provinciali del Lazio e con la Federazione Ipasvi, il Collegio di Roma ha accolto con favore la volontà espressa dall'Amministrazione del Presidente Zingaretti di riformare la sanità regionale puntando sullo sviluppo dei servizi territoriali e sull'alta specializzazione ospedaliera.

In questa fase decisiva, il Collegio ha offerto alla Regione la sua piena collaborazione, resa particolarmente incisiva dai contributi tecnici forniti nella stesura del programma di riforma e anche dall'auto-revolezza acquisita in questi anni nel panorama professionale nazionale e internazionale. Sempre più, infatti, il nostro Collegio rappresenta un punto di riferimento importante e si afferma anche sul piano europeo per la quantità e la qualità dei servizi agli iscritti, la sua effervescente attività di ricerca, aggiornamento e approfondimento dei temi scientifici e professionali.

Anche noi abbiamo guardato con fiducia al nuovo corso indicato per la sanità regionale dal Presidente Zingaretti nella sua veste di Commissario alla Sanità, in linea con le rivendicazioni avanzate da tempo dalla nostra comunità professionale e il piano esposto dal Presidente in Consiglio Regionale ricalca in molti punti le proposte operative presentate dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio e sostenute con forza nei ripetuti confronti con la Cabina di Regia per la sanità istituita presso la Regione Lazio.

Abbiamo espresso il nostro apprezzamento per l'impegno a chiudere entro il 2016 la stagione commissariale della sanità laziale e ad avviare subito una programmazione che garantisca servizi sanitari più adeguati alla domanda di salute



della popolazione. In questa chiave abbiamo sostenuto l'urgenza di archiviare la dolorosa stagione dei tagli che hanno impoverito i servizi senza incidere sulla qualità della spesa e di investire sui servizi territoriali, sul potenziamento della prevenzione e sulla valorizzazione del personale, oggi vessato dal superlavoro o da una reiterata e indecente precarietà.

Per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata abbiamo sostenuto il modello che integra gli hub di alta specializzazione rappresentati dagli ospedali con l'assistenza territoriale e i protocolli di continuità delle cure. Così pure per il piano di attivazione di almeno 48 Case della Salute entro il 2015, per il quale il Collegio di Roma ha collaborato strettamente con la Regione, e il decreto sulle cure palliative per creare una rete di assistenza domiciliare adeguata alla richiesta crescente.

Il Tecnico che lavora al progetto delle Case della Salute, coordinato dalla dottoressa Degrassi, responsabile della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, ha ascoltato in audizione e poi accolto parte delle osservazioni e dei suggerimenti del Collegio e riconoscendo alla figura infermieristica un ruolo

imprescindibile nella gestione e nello sviluppo di queste strutture. In particolare, agli infermieri compete la responsabilità della definizione di percorsi assistenziali specifici soprattutto nell'assistenza primaria, oltre che un ruolo di governo e case management per situazioni di criticità clinica o soggetti fragili. Abbiamo rivendicato il ruolo importante che ricopre l'infermiere nei programmi di prevenzione e di educazione sanitaria destinati alla popolazione, partecipando attivamente alla gestione delle patologie cronico-degenerative con l'avvio degli Ambulatori Infermieristici, sia di tipo generalista sia specialistici.

Il piano della Regione Lazio apre ad un'altra vecchia istanza dei Collegi Ipasvi: l'istituzione della figura **dell'Infermiere di famiglia** e di comunità. A tal fine il Collegio ha prodotto e consegnato alle autorità della regione Lazio un documento articolato che definisce in modo puntuale i profili di competenza degli infermieri nel sistema organizzativo delle Case della Salute e i diversi livelli di responsabilità.

Sul piano della collaborazione istituzionale la Regione ha mostrato negli ultimi mesi di voler cambiare registro rispetto a vecchie logiche di diffidenza che finora

hanno risposto soprattutto alle pressioni lobbistiche di chi non vede di buon occhio la crescita degli infermieri. Un'apertura che abbiamo registrato con piacere e alla quale abbiamo risposto con spirito collaborativo, mettendo a disposizione le nostre competenze e la nostra esperienza.

Tuttavia la situazione sul campo resta difficilissima. La condizione di continua emergenza in cui operano molte strutture sanitarie a Roma e nel Lazio ha indotto il Collegio a sollecitare ripetutamente la Regione, attraverso numerose comunicazioni dirette e diverse lettere aperte al Presidente richiamate ampiamente dai mezzi d'informazione e pubblicate sul sito istituzionale, affinché intervenga con provvedimenti urgenti e straordinari non più procrastinabili.

La **drammatica condizione degli organici infermieristici**, più volte richiamata da questo Collegio insieme al Coordinamento dei Collegi Ipasvi di Lazio, pregiudica ormai la qualità dell'assistenza alimentando il fenomeno della **disoccupazione infermieristica**. In molte strutture sanitarie, anche alcune fra le più qualificate e prestigiose della Capitale, la carenza di personale sta producendo una forte riduzione delle attività a scapito della sicurezza dei pazienti e con un rischio professionale eccessivo per gli operatori.

I pochi infermieri in servizio sono costretti sobbarcarsi regolarmente turni di lavoro massacranti, orari impossibili e continui richiami in servizio. Inoltre cresce molto l'impegno per fronteggiare le rimostranze dei cittadini e per giustificare i disservizi o l'impossibilità di soddisfare alcune richieste dell'utenza per mancanza di mezzi o di personale.

Si tratta di condizioni di lavoro inaccettabili che rendono precaria la vita degli operatori e la stessa qualità delle prestazioni erogate agli utenti. Da qui la notevolissima mole di segnalazioni e denunce di insostenibilità dell'attuale situazione che il Collegio riceve quotidianamente da parte degli iscritti e di cui sta facendo relatore in ogni sede possibile, co-

gliendo tutte le opportunità per far sentire la voce del gruppo professionale che rappresenta.

Sebbene sia giunta in modo davvero ispirato e dopo un lungo pressing esercitato sulla Regione Lazio insieme ai sindacati di categoria, l'ultima **proroga dei contratti a termine** che ha riguardato migliaia di operatori sanitari non può bastare ad arginare la crisi in atto. Serve piuttosto una soluzione che superi definitivamente l'annoso blocco del *turnover* e attivi le procedure per l'arruolamento di nuovo personale, programmando assunzioni a tempo pieno per sostituire chi va in pensione e garantire ai cittadini il mantenimento dei Lea, sempre più a rischio oggi a causa dei carichi di lavoro abnormi dovuti alla carenza di personale.

Nella recente lettera aperta al presidente Zingaretti abbiamo sottolineato il pericolo incombente legato allo scenario che sta investendo in questi mesi il sistema sanitario britannico dopo i tagli agli organici medici e infermieristici degli ultimi anni, con gli ospedali che non hanno coperto i posti vacanti per gli alti tassi di mortalità e finiti al centro di scandali che scuotono fortemente l'opinione pubblica. La nostra sanità ha un disperato bisogno di infermieri. Le rassicurazioni della Regione Lazio sulla **stabilizzazione dei colleghi precari** è un passo nella giusta direzione ma non sufficiente.

Altrettanto importante è scongiurare il rischio imminente di chiusura delle **sedes di formazione infermieristica**, oggi soverchiate dalla **mancanza di trasferimenti di fondi regionali dedicati**. Anche su questa emergenza il Collegio ha concentrato i suoi sforzi. Sosteniamo con forza l'idea che la formazione di base dei futuri infermieri non dipenda da una logica prettamente finanziaria, tanto più che la richiesta formativa da parte dei giovani è oggi molto elevata e che le tasse d'iscrizione degli studenti di Infermieristica garantiscono alle università un'entrata considerevole. Abbiamo perciò invitato la Regione ad assumere provvedimenti finanziari adeguati e vincolati per questo tipo di at-

tività, sollecitandone l'intervento anche per l'inaccettabile mancanza di riconoscimento contrattuale ed economico per i professori di Infermieristica a contratto e per i tutor che, con ammirevole abnegazione, assicurano le attività formative nelle università e negli ospedali.

La nuova stagione che si prospetta è estremamente impegnativa, ma offre al tempo stesso interessanti opportunità per un'ulteriore crescita, sulla spinta che arriva dall'interno della professione, da noi tutti e dal Collegio che ci rappresenta. Insieme aamo colto obiettivi importanti e dimostrato quanto la sanità abbia bisogno degli infermieri. Siamo pronti ancora una volta ad affrontare la sfida sul piano della responsabilità.

Abbiamo lottato a lungo per ottenere sul piano legislativo il riconoscimento proprio delle professioni intellettuali. La legge ci riconosce oggi come professionisti a tutto tondo, competenti, specialisti, autonomi, con capacità manageriali e organizzative, figure di riferimento per l'esercizio clinico, il coordinamento dei servizi, la ricerca, la didattica. **Ma a questo status non corrisponde ancora un adeguato riconoscimento economico e sociale**, un tasto particolarmente dolente per gli infermieri italiani che oggi si ripropone in tutta la sua gravità.

Osservando scrupolosamente i limiti d'intervento in campo sindacale imposti al Collegio dalla sua natura giuridica e dalla sua funzione istituzionale, ci siamo adoperati con ogni energia per sostenere la necessità di adeguare il trattamento economico alle competenze sviluppate e alle nuove responsabilità assunte dagli infermieri. Il Collegio ha perciò esercitato ogni debita pressione per riproporre con forza all'attenzione dei rappresentanti istituzionali il problema dell'inadeguatezza delle retribuzioni e i suoi effetti negativi sulla motivazione professionale, sulla produttività, sull'efficienza dei servizi sanitari e anche sul grado di attrattività che la professione esercita sulle nuove generazioni.

Il pieno **riconoscimento della professione sul piano sociale** è un'altra sfida che

I NUMERI 2013 DEL COLLEGIO IN SINTESI

CONSULENZE LEGALI IN SEDE	166
CONSULENZE LEGALI TELEFONICHE	340
LETTERE INTERVENTI LEGALI	80
CANCELLAZIONI PER PROCEDIMENTO DISCIPLINARE	1
CONVOCAZIONI ART. 39	7
RIUNIONI CONSIGLIO DIRETTIVO	18
ESAMI COMUNITARI	7 (57 infermieri esaminati, 1 bocciato)
ESAMI EXTRACOMUNITARI	7 (76 infermieri esaminati, 16 bocciati)
COMMISSIONI ESAMI DI LAUREA	50 richieste
RAPPRESENTANTI DI COMMISSIONE DESIGNATI DAL COLLEGIO	99
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTE DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	159
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	8.047

FAD IN CIFRE

CORSO 5-0

APPROPRIATEZZA ALLE CURE

Totale partecipanti 2.994

CORSO 6-0

GOVERNO CLINICO: INNOVAZIONI MONITORAGGIO PERFORMANCE CLINICHE, FORMAZIONE

Totale partecipanti 2.102

CORSO 7-0

IL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI: SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ DI AUDIT CLINICO E ORGANIZZATIVO

Totale partecipanti 1.285

impegna quotidianamente il Collegio con tante energie e alterne fortune. In questo contesto si inserisce la promozione dell'immagine pubblica dell'infermiere presso la collettività. Registriamo finalmente dei progressi significativi in questo delicato campo anche se siamo chiamati frequentemente a difenderci dalle distorsioni mediatiche della nostra professione, spesso fantasiose e molto lontane dalla realtà.

Va da sé che lo sviluppo repentino della comunicazione su scala globale presuppone per il Collegio uno sforzo costante di adeguamento ai nuovi strumenti e alle tecnologie più avanzate. Ne beneficiano soprattutto i servizi agli iscritti, la rapidità e la precisione con cui oggi vengono erogati, l'accessibilità alle informazioni,

alle banche dati, alle certificazioni. La stessa circolazione delle idee e lo scambio di conoscenze ed esperienze fra gli iscritti ricevono effetti positivi con un rapido e consistente sviluppo della comunicazione istituzionale.

Per questo l'impegno profuso nella comunicazione attraverso la rivista, il sito web e in tante altre occasioni con interventi pubblici, interviste, comunicati stampa, resta particolarmente intenso. L'obiettivo è quello di implementare le attività di divulgazione del nuovo status della professione, della peculiarità che la legge le attribuisce, dell'autonomia gestionale e organizzativa di cui gode, della sua formazione universitaria e della competenza specifica nel campo dell'assistenza. Stiamo raccogliendo oggi i frut-

ti di una rete di relazioni costruita pazientemente nel tempo con i mezzi di informazione nazionali e locali, una condizione che suggerisce di insistere sulla strada intrapresa nella decisiva battaglia per una maggiore visibilità della professione e delle problematiche assistenziali.

La nuova immagine pubblica dell'infermiere è legata anche allo sviluppo e all'evoluzione della **libera professione**, che rappresenta un traguardo lavorativo per un numero crescente di colleghi, alla quale il Collegio ha dedicato numerose iniziative e specifici eventi formativi. Sosteniamo con forza la figura di professionisti sempre meno correlati all'ambiente ospedaliero e sempre più integrati sul territorio, laddove i cittadini vivono e chiedono assistenza. Da qui il massimo

sforzo per soddisfare le richieste di informazioni e di assistenza per ambulatori infermieristici privati, à intramoenia e altre forme di esercizio libero-professionale sulla base di un intenso lavoro di ricerca legislativa, documentale e bibliografica. E poi l'attività di promozione della copertura assicurativa per la responsabilità civile, affinché ciascun collega non debba fronteggiare da solo avvocati e medici legali, ma abbia una difesa collettiva della categoria, con la tutela del singolo infermiere che diventa la difesa di tutta la professione.

Un altro fronte caldo è rappresentato dal complesso scenario internazionale e dal confronto sempre più stringente con il personale che arriva dall'estero. L'ulteriore e progressiva espansione della libera circolazione dei professionisti in ambito europeo costringe noi tutti a misurarci con altre esperienze, culture e con le difficoltà, a cominciare dalla lingua, che molti colleghi comunitari ed extracomunitari incontrano operando nelle nostre strutture. Difficoltà che si propongono con forza sullo scenario dell'Unione Europea anche per quanto riguarda i titoli abilitanti all'esercizio della professione, con una forte disparità fra i diversi sistemi di accreditamento in uso nei vari Paesi.

Il rischio è quello di accettare un livellamento verso il basso del grado di competenza professionale e di cedere terreno nei confronti di colleghi che esercitano l'attività infermieristica in Italia grazie all'accREDITAMENTO sancito da organismi che non garantiscono il rigore della formazione imposta agli infermieri italiani, spesso poco verificabili e più interessati agli aspetti commerciali che a quelli deontologici e della sicurezza. Il rischio di agevolare il potenziale mercimonio delle abilitazioni professionali è reale è il Collegio di Roma, grazie anche alla sua collaudata rete di relazioni internazionali con le organizzazioni dei colleghi europei e nella FEPI, è impegnato fortemente per scongiurarlo.

Intenso è inoltre lo sforzo per sostenere l'attività del **Centro di Eccellenza per la**

Cultura e la Ricerca Infermieristica che tante soddisfazioni e tanto lustro sta conferendo agli infermieri iscritti al Collegio di Roma, portandoli alla ribalta del panorama scientifico nazionale e internazionale. Una scommessa audace che, a distanza di pochi anni dalla sua ideazione, possiamo dire di aver vinto e che impegna grandi energie per il suo ulteriore sviluppo.

La relazione che segue contiene una breve sintesi delle attività che il Collegio svolge attraverso il lavoro degli Uffici e delle Commissioni e uno sguardo prospettico sugli obiettivi futuri, all'insegna dell'innovazione, della competenza scientifica, della ricerca e della comunicazione professionale. Un'attività che si moltiplica giorno dopo giorno, con un numero sempre crescente colleghi che utilizzano e frequentano il Collegio, che a sua volta vive una fase di grande fervore e partecipazione.

Ne deriva un'attività operativa distribuita su molteplici fronti, variegata e interdisciplinare, capace di sviluppare opportunamente la conoscenza e la ricerca clinica, l'evidenza basata sulla pratica con modelli assistenziali innovativi, il trasferimento delle conoscenze teoriche nel campo operativo, garantire servizi efficienti e rapidi agli iscritti, favorire la comunicazione e lo scambio di esperienze tra colleghi.

Il tutto con un occhio particolarmente attento ai conti e alle economie di scala realizzabili, che grazie ad un attento programma di risparmi e di recupero delle morosità ci ha permesso, in aperta controtendenza rispetto agli altri organismi di rappresentanza professionale italiani, di ridurre la quota di iscrizione per il 2014. Un modo per venire incontro alle difficoltà economiche che la perdurante crisi ha imposto a molti colleghi e alle loro famiglie".

Gennaro Rocco

LE ATTIVITÀ DEL COLLEGIO

Si è passati quindi all'esame dei dati relativi al Collegio di Roma, con l'illustrazione di tutte le attività che hanno con-

traddistinto il 2013 appena chiuso e con i progetti in cantiere per questo 2014.

Le tematiche rispetto alle quali il presidente e i consiglieri sono stati maggiormente sollecitati hanno riguardato: la libera professione; competenze e responsabilità; i carichi di lavoro; la denuncia di attività improprie; la richiesta di pareri su questioni attinenti i rapporti tra colleghi e interprofessionali.

Sottolineata poi la forte presenza dei rappresentanti del Collegio a incontri istituzionali e convegni scientifici. In particolare, sono stati ricordati i recenti confronti con la nuova classe dirigente della Regione Lazio: il presidente **Nicola Zingaretti** (anche commissario alla sanità), **Alessio D'Amato** (Responsabile cabina di regia), **Flori De Grassi** (Direttore generale Sanità), **Marinella d'Innocenzo** (Dirigente area Formazione), **Valentino Martini** (Direttore area Programmazione servizi territoriali e integrazione socio-sanitaria), **Rodolfo Lena** (Presidente commissione Politiche sociali e Salute).

L'Ipasvi conferma inoltre la propria presenza all'interno di organismi regionali, con un membro presso Commissione Regionale ECM, un membro presso l'Osservatorio Regionale ECM, un membro al Tavolo tecnico determinazione fabbisogno formativo, un membro all'interno della Commissione tecnico scientifica per il Sistema sanitario regionale, un membro al Tavolo tecnico *Risk Management*.

A margine di questi impegni sono state tante le lettere aperte e i documenti ufficiali presentati alla Regione Lazio sui temi del blocco del *turn-over*, della carenza di organici, delle criticità delle sedi formative convenzionate, della questione dei tutor e dei docenti infermieri, dei problemi legati alla dirigenza e al coordinamento.

LA FORMAZIONE ECM

Sul fronte della formazione, **nel corso del 2013 sono stati realizzati 98 eventi Ecm per un totale di offerta formativa per circa 9.500 infermieri**. Sull'ultimo numero di questa rivista (n. 4/13) sono stati

riportati i dettagli di questi interventi formativi.

Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese per i quali è chiesto un piccolo contributo per il materiale didattico, sono completamente gratuiti per gli iscritti. A questi corsi vanno aggiunti **30 seminari** svolti in altrettante sedi formative di Roma e provincia sulla percezione e conoscenza da parte degli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica sull'esercizio libero professionale. Questi seminari hanno anche prodotto dati per una ricerca del Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica.

Sono stati offerti agli iscritti anche corsi in FAD (formazione a distanza) accessibili gratuitamente dal portale della Federazione Ipasvi con possibilità di iscrizione a numero illimitato.

Per il 2014 sono già programmati oltre 100 corsi Ecm che si svolgeranno presso la sede del collegio, presso le univer-



CORSI ECM NEL 2013: 95
PARTECIPANTI: 9.214 infermieri
 Per conoscere in tempo reale l'offerta formativa per il 2014:
www.ipasvi.roma.it
 Per chiedere un corso presso la propria azienda scrivere a:
segreteriaecm@ipasvi.roma.it

sità, gli ospedali, o altre sedi. Sono numerosissimi i corsi itineranti già programmati nei diversi luoghi di lavoro. Altri se ne stanno programmando sul tema BLSD. L'elenco dei corsi e le modalità di iscrizione sono pubblicati in tempo reale sul portale del Collegio.

Anche per questo motivo, il sito istituzionale www.ipasvi.roma.it ha ulteriormente incrementato le visite ricevute, arrivando a quota 782.358, con una percentuale di nuovi visitatori pari al 34,5%. Gli ottimi numeri della Biblioteca del Col-

legio sono illustrati in dettaglio nella pagine seguenti.

IL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA RICERCA E LA CULTURA INFERMIERISTICA

Ritornando al Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica (Cecri), i **progetti realizzati dal 2010 al 2013 sono stati complessivamente 73**, di cui 18 relativi al 2013. **Per l'anno in corso sono stati approvati ulteriori 14 nuovi progetti.** Di questi, la parte prevalente è rappresentata da eventi di formazione. È prevista la conclusione di quasi tutti i progetti ancora aperti.

Un'ottima notizia è che **il progetto di ricerca sull'Infermiere di famiglia è stato patrocinato e finanziato dal Ministero della Salute per il 2014!**

I *report* e gli *outcome* vengono mano mano pubblicati sul portale dedicato www.centrodiexcellenza.eu, visitato nel 2013 da oltre 500.000 utenti.



La platea di un workshop organizzato dal Cecri

Le attività 2013 della Biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma

Dal 2011, alla biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma, per tutti gli iscritti (sul sito del Collegio la Biblioteca Digitale, naturalmente) è disponibile, in accesso remoto, un'ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche-dati istituzionali, collezioni di *journal* concesse in convenzione, *journals open access* di diverse fonti e pacchetti di abbonamenti sottoscritti), concepita per essere un incentivo per la ricerca dei professionisti infermieri che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità.

Inevitabilmente, diventando, nel corso di questi pochi anni, estensione e fulcro della stessa biblioteca di sede.

La biblioteca, così integrata del patrimonio bibliografico digitale, è apprezzata dal mondo accademico e dall'utenza come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica.

È frequentata dagli studenti dei corsi di laurea in Infermieristica, delle Lauree Magistrali e dei Master delle diverse università romane, del Lazio e di altre regioni. Sempre più numerose sono le visite istituzionali concordate con i docenti delle diverse scuole che conducono intere classi per prepararle sempre più precocemente all'uso degli strumenti della ricerca infermieristica. L'esperienza conferma che queste visite guidate, assieme alle risorse disponibili, producono accessi continui e disinvolti da parte degli studenti.

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

Per dare massima fruizione all'utenza remota che, come mostrano i numeri, è

sempre più numerosa e capace, la strategia del Collegio, nell'acquisizione delle risorse, privilegia, ora, il patrimonio bibliografico elettronico al cartaceo, pur rimanendo tra i due un necessario rapporto di complementarità ai fini dell'ottenimento dei documenti, dettato dai minori costi del cartaceo e dal fatto che, talvolta, è il solo supporto di pubblicazione (com'è spesso per la produzione italiana). Importanti sono state le decisioni per il 2014: un consistente taglio del cartaceo internazionale ha consentito la sottoscrizione della versione massima della banca dati *Cinahl*, la "Complete", assicurando in *full text*, oltre a quasi tutti i periodici dismessi, altre circa 700 testate di interesse infermieristico e sanitario.

Importanti sono anche i dati delle consultazioni in sede.

Come si vedrà, le statistiche d'uso in remoto sono entusiasmanti, ancor più se si ricorda che, negli anni passati, l'utenza infermieristica ha opposto resistenza passiva alle risorse internazionali per le difficoltà con la lingua inglese.

LA BIBLIOTECA DIGITALE

La biblioteca digitale è il portale AtoZ (Ebsco) fruibile in remoto e in sede, aggrega risorse Ebsco ed Ovid *Technologies*: periodici elettronici *full text*, il catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche-dati biomediche di interesse infermieristico ed una sezione dedicata ai *tutorial*; attraverso il sistema "*linksource*" aggrega tutti i *full text* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche-dati *Cinahl* e *Pubmed*.

PERIODICI DIGITALI

Le testate sono in parte sottoscritte (43), in parte concesse per convenzione da Ebsco *Publishing*, in parte gratuitamente aggregate (*open access/free journals*) per la comodità del ricercatore.

Ecco, le collezioni disponibili:

- Cinahl Plus with Full Text (Ebsco Publishing) (760 titoli);
- Ebsco Open Access Medical and Health Collection (2789 titoli);
- Free Medical Journals (1762 titoli);



La sala lettura della Biblioteca del Collegio Ipasvi di Roma

- Geneva Foundation Free Medical Journals (557 titoli);
- Lippincott Williams and Wilkins Journals; Ovid Nursing Collection II: Lippincott;
- Premier Nursing Journals; singoli journals (43 titoli sottoscritti);
- PubMed Central (Open Access) (557 titoli).

Le collezioni sono in continuo divenire per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori, ma si può parlare indicativamente della disponibilità di complessive **6.468 testate** di area biomedica.

BANCHE-DATI

- CINAHL, prodotto Ebsco, è stato sottoscritto nel 2013 nella versione superiore "Cinahl Plus with Full-text" attraverso il contratto nazionale della Federazione Ispasvi, offre, in questa versione, una copertura bibliografica retrospettiva a partire dal 1937, un incremento delle monografie disponibili, circa 760 periodici *full text*, oltre a numerose raccomandazioni *Evidence Based Nursing*.
- NURSING REFERENCE CENTER, prodotto Ebsco, è di particolare interesse per gli infermieri ospedalieri data la ricchezza di strumenti dedicati alla clinica: 966 *evidence-based care sheets*, 2.578 *quick lessons*, 2.373 informazioni farmacologiche, 3.521 linee-guida, 6.742 documenti di educazione del paziente alla dimissione, 1.172 documenti di competenze e procedure infermieristiche.
- CONSUMER HEALTH INFORMATION, prodotto Ebsco, la banca-dati nasce in lingua inglese, ma è stata progressivamente tradotta in italiano, è dedicata all'educazione del paziente: con un linguaggio sintetico ma efficace illustra le principali patologie, le procedure diagnostiche e chirurgiche. Si presta, dunque, per dare al paziente le informazioni essenziali del suo percorso assistenziale e terapeutico.
- COCHRANE COLLECTION PLUS, distribuita da Ebsco, sottoscritta per la

prima volta nel 2013, collezione di *database* nota per l'eccellenza delle sue revisioni, è però consultabile solo presso la biblioteca della sede.

- PUBMED, liberamente disponibile nel web, integrato nella biblioteca digitale consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il *linksour-ce* (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 dal Collegio in formato elettronico ed individuabili nel pacchetto "YourJournals@Ovid", consente la consultazione di Medline (Nlm) e la ricca collezione di Journal Ovid@Fulltext.

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

LE STATISTICHE

I dati annuali sono di estrema soddisfazione, registrando un costante incremento d'uso delle risorse internazionali, con un notevole *download* di articoli in lingua inglese.

Complessivamente, sono **13.535 gli articoli scaricati**.

Per le nuove banche-dati i numeri sono incoraggianti: Nrc registra 433 sessioni,

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract
Portale AtoZ	2013	5.977	-	-	-
Cinahl PLUS with fulltext	2013	5.001	32.011	11.958	25.446
NRC Nursing Reference Center	2013	433	1.397	2.269	-
Cochrane Collection PLUS**	2013	203	776	253	-
Cochrane Systematic Reviews**	2013	133	477	253	-
Consumer Health Information	2013	164	355	193	-
OvidSP	2013	3.254	11.177	1.577	41.429
OvidMedline	2013	933	3.705	-	-
ILISI	2013	6.012	-	-	-

Database	Anno	Accessi	Ricerche	Full-text	Abstract
Portale AtoZ	2012	5.335	-	-	-
Cinahl PLUS with fulltext	2012	4.615*	25.721	9.632	-
NRC Nursing Reference Center	2012	n.d.	-	-	-
Cochrane Collection PLUS**	2012	n.d.	-	-	-
Cochrane Systematic Reviews**	2012	n.d.	-	-	-
Consumer Health Information	2012	n.d.	-	-	-
OvidSP	2012	3.899	18.274	900	36.822
OvidMedline	2012	1.211	12.035	-	-
ILISI	2012	7.059	-	-	-

Statistiche d'insieme:

gennaio/dicembre 2013-gennaio/dicembre 2012

*Nel 2012 nella versione inferiore "Cinahl with Fulltext";

** banca dati consultabile solo in sede;

mentre la Cochrane, consultata solo in sede, registra complessivamente 203 accessi, 133 per il solo database delle revisioni sistematiche. Importanti anche i 165 accessi a *Consumer health Information* che copre un'area secondaria ma non marginale dell'assistenza al paziente.

Nello specifico:

PORTALE AtoZ (Catalogo delle riviste e delle banche dati)

Il portale registra gli accessi al catalogo delle riviste e alle singole riviste (*report* nella disponibilità della biblioteca), le in-

formazioni disponibili evidenziano un incremento del 12,03% delle sessioni/accessi.

1 gennaio 2013-31 dicembre:

Durata totale delle sessioni: 517 ore 6 minuti 9 secondi

Durata media delle sessioni: 5 minuti 11 secondi

Totale visualizzazioni di pagina 22.692

Visualizzazioni medie di pagine per sessione 4

Totale sessioni/accessi 5.977

1 gennaio 2012-31 dicembre:

Durata totale delle sessioni: 562 ore 41 minuti 40 secondi

Durata media delle sessioni: 6 minuti 20 secondi

Totale visualizzazioni di pagina 22.969

Visualizzazioni medie di pagine per sessione 4

Totale sessioni/accessi 5.335

IL CINAHL COMPLESSIVO

Accesso totale alla banca-dati, dunque, comprensivo dell'accesso remoto degli iscritti e dell'utenza di sede della biblioteca con un incremento dell'8,36% negli accessi, uno del 24,45% delle interrogazioni, uno del 24,14% degli articoli scaricati.

Nel 2013: 5.001 accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); **32.011** interrogazioni (*query*); **11.958 full text** scaricati, rispetto al 2012: 4.615 accessi (utenti registrati in sede, uso interno della biblioteca, didattica, accesso remoto degli infermieri iscritti al Collegio); 25.721 interrogazioni (*query*); 9.632 *full text* scaricati.

PIATTAFORMA OVIDSP

Per l'ambiente Ovid, contro un decremento del 16,54% negli accessi, si registra un incremento del 75,22% nel numero degli articoli scaricati.

Sessioni/accessi 2013: 3.254, ricerche 11.177, abstract recuperati 41.429.

Sessioni OVID/Medline: 933

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.321

Totale sessioni/accessi: 3.254

Ricerche per database

Ricerche OVID/Medline: 3.705

Ricerche Journals@Ovid Full text: 7.472

Totale ricerche: 11.177

Full Text scaricati: 1.577

Sessioni/accessi 2012: 3.899, ricerche 18.274, *abstract* recuperati 36.822.

Sessioni OVID/Medline: 1.211

Sessioni Journals@Ovid Full text: 2.688

Totale sessioni/accessi: 3.899

Ricerche per database

Ricerche OVID/Medline: 12.035

Ricerche Journals@Ovid Full text: 6.239

Totale ricerche: 18.274

Full Text scaricati: 900

ILISI

Ad oggi, contiene 4.472 schede bibliografiche relative a 31 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria, con un incremento di più di 600 record nel corso dell'anno. Utilizzata sul territorio nazionale e internazionale, di recente ha prodotto una richiesta di *document delivery* da Princeton (Usa).

I dati generati da Google Analytics si confermano di "soddisfazione" sebbene fluttuanti (-14% accessi).

2013, 6.012 utenti unici; 5.489 visualizzazione di pagine uniche; 1:17 minuti di permanenza sulla pagina. (Rispetto al 2012, 7.059 utenti unici; 7.830 visualizzazione di pagine uniche; 2:17 minuti di permanenza sulla pagina).

CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

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

Per quanti non sono iscritti al Collegio è il luogo di accesso all'area digitale: gli studenti delle Scuole infermieristiche, già tra-

dizionali frequentatori, ora, per promozione interna e per sistematica indicazione dei docenti, hanno l'opportunità di accedere alle risorse internazionali digitali.

Nei primi anni di formazione, le loro richieste sono mirate alla manualistica e alla letteratura italiana, per convergere sulle risorse digitali internazionali nella fase di apprendimento degli strumenti di metodologia della ricerca e di elaborazione della tesi, richiedono allora ricerche autonome o assistite alle banche-dati, o di corredare con il reperimento di *full-text* ricerche già svolte sul Cinahl con gli insegnanti (che ora possono disporre liberamente a scuola).

Non mancano, certo, infermieri di altri Collegi, operativi a Roma per lavoro o studi, che afferiscono desiderosi di consultare questo esteso patrimonio bibliografico digitale.

Queste crescenti consultazioni del patrimonio digitale hanno reso necessario revisionare la modulistica (utilizzata col nuovo anno), al fine di tracciare al meglio le ricerche effettivamente possibili nella Biblioteca Digitale.

Nel 2013, la biblioteca della sede è stata aperta per la consultazione il lunedì, il mercoledì e il giovedì pomeriggio, il martedì mattina per quella assistita della banca dati Cinahl ed, eventualmente, delle altre, a completamento delle specifiche ricerche da svolgere, relativamente ai diversi tipi di consultazione offerti agli utenti si registrano i seguenti numeri:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri) **1083** utenti rispetto ai 1223 utenti dello scorso anno. Si registra un decremento dell'11,44%;
- consultazione banca dati Cinahl **358** utenti rispetto ai 378 utenti dello scorso anno. Si registra un decremento del 5,29 %;
- consultazione banca-dati Cochrane **203** utenti (primo anno di sottoscrizione);
- consultazione di internet **217** utenti rispetto ai 189 dell'anno passato. Si registra un incremento del 14,81%.

Per un totale di **1861 utenti** che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai

propri bisogni informativi presso la biblioteca del Collegio.

I dati statistici, segnati dalla diffusa possibilità di accedere in remoto, sono stabili confermando un'utenza fidelizzata. È utile aggiungere che si presta assistenza telefonica o via mail per gli infermieri che, in accesso remoto, abbiano difficoltà alla consultazione o a registrarsi o necessitino di recuperare le proprie credenziali di accesso.

L'utenza rimane eterogenea nella capacità di accesso delle risorse elettroniche: anche l'utente esperto, al primo approccio con il semplice interfaccia della Biblioteca digitale, necessita di introduzione all'ambiente informatico, alle diverse funzioni e modalità di impiego.

È prioritario l'uso degli strumenti di indicizzazione (Ilisi, Cinahl e PubMed), Ilisi è propedeutica alla consultazione del cartaceo italiano e sono numerosissimi gli utenti che accedono con una bibliografia Ilisi. Diversamente, la utilizzano in sede: richiedendo esplicitamente nel modulo di consultazione quanti l'abbiano utilizzata, si è espresso positivamente il 28,80% di quanti hanno consultato il cartaceo.

L'accesso alle risorse digitali fa sì che le postazioni informatiche siano spesso impegnate con utenti in attesa.

I cataloghi della biblioteca sono disponibili in sede in formato cartaceo e elettronico, presenti anche sulla pagina web della biblioteca, sul sito del Collegio, arricchita di tutte le informazioni necessarie per consentire all'utente un accesso autonomo.

La valutazione da parte dell'utenza, come da questionario di soddisfazione, è di generale apprezzamento per il patrimonio bibliografico disponibile, non mancano però suggerimenti per il suo incremento assieme a quello dei servizi.

Si riscontra soddisfazione generale per gli articolati bisogni di documentazione/informazione rappresentati nelle diverse sezioni del questionario.

LE POSTAZIONI INFORMATICHE

Le postazioni informatiche sono tre e sono utilizzate per l'accesso alla Biblioteca digitale (Catalogo, banche dati Ilisi,

Cinahl, Nursing Reference Center, Cochrane, PubMed, agli opac, raramente ad internet in generale).

L'accesso registrato nei moduli per internet è stato di 217 utenti, rispetto ai 189 dell'anno precedente, con un incremento del 14,81%. Il numero registra prevalentemente le consultazioni di Ilisi e di quanti accedono alla Biblioteca digitale per consultare il catalogo elettronico e reperire *full-text*, non comprende la consultazione del Cinahl registrata su altro modulo, degli opac, considerati parte della consultazione.

Si aggiunge che, spesso, quanti hanno già compilato il modulo della biblioteca omettono di compilare il modulo per internet.

CONSULTAZIONE IN SEDE DELLE BANCHE-DATI CINAHL e COCHRANE

Relativamente ai tipi di consultazione, la ricerca assistita è quella prevalentemente svolta il martedì mattina, per appuntamento, con la piena assistenza del responsabile di biblioteca.

Per "autonoma" si intende una ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotto, indirizzato ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso dell'interfaccia.

Complessivamente, in sede, la banca-dati Cinahl è stata consultata da 358 utenti, registrando, rispetto allo scorso anno (con 293 utenti), un decremento del 5,29%.

Ricerca assistita/autonoma 2013

2013: 230 ricerche assistite, 128 autonome (2012: 222 ricerche assistite, 156 autonome).

Novità dell'anno 2013 è stata la sottoscrizione della **Cochrane PLUS Collection**, accessibile solo in sede, il suo utilizzo è registrato sul sito Admin di Ebsco, la consultazione è stata complementare alle ricerche svolte sul Cinahl o richiesta specificamente dall'utente. Nel 2013, ci sono state 203 ricerche assistite.

PATRIMONIO BIBLIOGRAFICO CARTACEO

I PERIODICI

Come anticipato, l'attenzione ora è, ove possibile, di convertire il cartaceo in formato elettronico per ampliare l'accesso all'utenza remota e, non ultimo, per contingente i problemi di spazio. Alcuni titoli sono stati, infatti, sottoscritti in formato elettronico senza aggravio di costi, così come si è deciso di sospendere abbonamenti a testate in lingua francese per le quali si è verificato scarso accesso (*Soins Cadres, Soins Psychiatrie, Soins Revue General*).

Per le riviste italiane, le cessazioni di pubblicazioni (*Dedalo, International Nursing Perspectives*) sono state sostituite con nuovi titoli: *Maps: management per le professioni sanitarie, Psicologia della salute, Tutor* della SIPeM (Società italiana di pedagogia medica).

Rimane, comunque, significativa la presenza del cartaceo che rende possibile l'accesso alla letteratura italiana e a quella internazionale, più autorevole per la ricerca, indisponibile in formato elettronico per i lunghi periodi di embargo (un anno, 15-18 mesi), è il caso p.e. di *Journal of Clinical Nursing* e di *Journal of Advanced Nursing*.

Per il 2014, il taglio del cartaceo internazionale sarà ancora più significativo, tuttavia quasi completamente coperto dai titoli *full text* della versione superiore di Cinahl ("Complete").

Anno	Tot.	Abb. Periodici Internaz.	Abb. Periodici Italiani
	Abbonamenti Attivi Periodici cartacei		
2013	57	37	20

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

MONOGRAFIE

Per le monografie, nel corso dell'anno, la biblioteca ha acquisito 17 nuovi libri di infermieristica (storia dell'infermieristica, clinica, farmacologia ecc.) ed è al vaglio della commissione l'acquisizione di nuo-

vi testi assieme, eventualmente, ad e-book internazionali da consultare sulla biblioteca digitale.

DOCUMENT DELIVERY

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

Richieste evase per gli utenti: 14

Richieste evase per altre biblioteche: 5

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE BIBLIOTECA, DOCUMENTAZIONE, RICERCA

Nel 2013, la Commissione ha continuato i suoi lavori con le professionalità presenti.

Il gruppo è così formato: Carlo Turci, tesoriere e Matilde Napolano, consigliere; Alessandra Bonfigli; Eleonora Bruno; Barbara Di Donato; Edvige Fanfera; Giovanna Finocchi; Rita Ester Monaco; Patrizia Nappini; Claudia Onofri; Alessandro Pizzalla e Fabrizio Tallarita.

In particolare, la Commissione ha polarizzato la sua attività sulla preparazione di eventi formativi inerenti la ricerca bibliografica.

Grande successo ha riscontrato, con sempre nuove richieste, il corso itinerante di mezza giornata intitolato: *"L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale"*, che si svolge presso le diverse aziende del territorio provinciale, su richiesta delle Direzioni infermieristiche, per promuovere l'interesse alla ricerca infermieristica fornendo contenuti di base sulle risorse bibliografiche oggi disponibili per gli iscritti.

Per l'attività formativa la commissione ha tenuto i seguenti corsi residenziali ed itineranti, per un totale di 12 eventi formativi:

Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche Residenziale, edizione del 21-22-23 feb-

braio 2013;

Corso itinerante: *L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale*, con dieci edizioni svolte sul territorio: 6 febbraio 2013; 13 febbraio 2013; 21 marzo 2013; 23 aprile 2013; 15 maggio 2013; 30 maggio 2013; 7 giugno 2013; 25 giugno 2013; 1 luglio 2013 e 3 ottobre 2013.

Le banche dati e la bibliografia digitale in rete: un contributo alla diffusione della conoscenza scientifica, edizione del 30 giugno 2013 presentata all'interno di Sanit.

PROGETTO ILISI

Progetto di costituzione e cura della banca dati Ilisi, se ne ricordano organizzazione e obiettivi in essere.

Organizzazione del Progetto Ilisi-Gruppo di lavoro esteso

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

- Referenti di Collegio: presidente, Genaro Rocco, tesoriere, Carlo Turci, consigliere, Matilde Napolano.

- Gruppo di progetto: Eleonora Bruno, Alessandra Bonfigli, Barbara Di Donato, Edvige Fanfera, Giovanna Finocchi, Rita Ester Monaco, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Alessandro Pizzalla, Alessandro Stievano, Fabrizio Tallarita, Carlo Turci.

- **Gruppo indicizzatori** (appartenenti al progetto nel 2013):

Gina Bonanni, Maurizio Brunelli, Teresa Compagnone, Paola Cortesini, Barbara Di Donato, Valentina Biagioli, Tiziana Di Giovanni, Tania Diottasi, Barbara Gargano, Paola Gentili, Nadia Guardiani, Mauro Iossa, Loriana Lattanzi, Sara Martelli, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Giulia Antonina Petrangeli, Eleonora Pettenuzzo, Alessandro Pizzalla, Antonella Punziano, Laura Sabatino, Silvia Sferazza, Daniela Trinca, Simonetta Ugolini, Pietro Vaccaro, Francesca Verde.

Macro-obiettivi necessari alla funziona-

lità del progetto:

1. Revisione periodica del *Thesaurus* italiano di Scienze Infermieristiche (ThiSi) redatto;

2. formazione di personale volontario che sviluppi la capacità di indicizzare gli articoli infermieristici, attraverso il corso dedicato *"L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze Infermieristiche: corso propedeutico per la realizzazione di una banca-dati bibliografica"* e successiva fase di training con sessioni di indicizzazione presso la sede Ipasvi;

aggiornamento continuo del *software* che supporta la collezione dei dati e la ricerca on line, con interfaccia in lingua italiana, adattamento delle funzioni alle necessità del progetto, miglioramenti per una facile fruibilità da parte dell'utente;

indicizzazione in modalità remota di articoli relativi a riviste di annata corrente e annate pregresse; revisioni costanti del database per valutare l'adeguata applicazione del criterio stilistico-redazionale e di indicizzazione;

3. presentazione del progetto e della banca-dati in eventi significativi della comunità infermieristica;

4. continua fruizione pubblica del database sul sito del Collegio www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi ;

5. gestione materiale organizzativo: anagrafica, abbinamenti, annate pregresse, etc; applicazioni eventuali del regolamento per la gestione formale e pratica dei rapporti all'interno dell'esteso gruppo del Progetto Ilisi.

Il gruppo di progetto, pur impegnato fortemente nella formazione sul territorio, ha curato tutti gli aspetti funzionali alla cura della banca-dati, dando particolare spazio alla **Revisione del Thesaurus**, che ha prodotto un vocabolario controllato radicalmente trasformato, incrementato di categorie e descrittori.

Ora, terminato nella sua struttura definitiva, si è giunti finalmente alla revisione finale di *editing*.

La relazione del Collegio dei Revisori dei Conti al rendiconto generale 2013

Il Bilancio relativo all'esercizio finanziario chiuso al 31 dicembre 2013, composto dal rendiconto finanziario dalla situazione economico e patrimoniale, dalla situazione amministrativa, e dalla relazione di gestione e nota integrativa, è stato regolarmente messo a nostra disposizione dal consiglio direttivo. Il documento è stato redatto nell'osservanza dei principi di contabilità. Nel corso dell'anno si è proceduto al riscontro dei dati esposti in ciascuno dei documenti che compongono il consuntivo con le corrispondenti scritture contabili.

Rendiconto Finanziario:

Dal rendiconto finanziario risultano:

- entrate complessive di competenza per **€ 2.782.464,81** di cui incassate **€ 2.330.105,52** e da incassare **€ 452.359,49**;
 - uscite complessive di competenza per **€ 2.811.643,67**, di cui pagate **€ 2.236.621,39** e da pagare **€ 575.022,28**;
- da ciò è risultato un avanzo di amministrazione dell'esercizio pari ad **€ 29.178,86** che sommato all'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e inclusi gli storni dei residui porta ad un avanzo di amministrazione al 31/12/ 2013, pari **€ 1.402.454,86**.

È stato rilevato che:

- L'ammontare delle somme accertate e quello delle somme riscosse nei singoli capitoli del bilancio, hanno trovato riscontro nei totali risultanti dalle corrispondenti schede del partitario delle entrate, rispettivamente per le somme accertate e per reversali emesse ed estinte, in conto competenza;
- L'ammontare delle somme da riscuotere e da pagare in conto residui trova riscontro per ciascun capitolo nelle schede del partitario dei debitori e creditori;

- Il totale complessivo delle somme riscosse in conto competenza ed in conto residui e quello delle somme pagate in conto competenze ed in conto residui, trova riscontro nel totale risultante dalle reversali e dai mandati, rispettivamente, per reversali e per mandati emessi ed estinti nel corso dell'esercizio dell'anno finanziario;
- *I residui attivi di maggiore anzianità, comunque oggetto di attenzione, sono a tutt'oggi ancora esigibili*;
- L'avanzo di amministrazione trova riscontro nell'avanzo di amministrazione dell'anno precedente e nelle entrate ed uscite di competenza dell'anno 2013;
- Si è evidenziato il contenimento degli impegni di spesa nei limiti dello stanziamento assegnato a ciascun capitolo di bilancio;
- Apprezzabile lo sforzo di orientare la spesa verso le emergenze professionali.

Situazione Patrimoniale:

La situazione patrimoniale rispecchia i risultati della gestione del Collegio con fedeltà ed evidenzia le effettive componenti del patrimonio netto.

Tali risultati trovano riscontro nelle scritture contabili ed avallo nella documentazione attestante l'effettiva consistenza di ciascun elemento patrimoniale; Per quanto riguarda le disponibilità liquide trovano riscontro nella consistenza di cassa alla fine dell'esercizio quale risulta dalla situazione al 31 dicembre 2013, così come comunicato dagli istituti bancari e dalla posta e dalla verifica della consistenza della cassa contanti.

Tutti i fatti indicati corrispondono a quanto manifestatosi nel corso dell'anno finanziario. Dalla differenza tra la parte attiva e quella passiva si è ottenuto un avanzo economico corrispondente a quello che risulta nella situazione patrimoniale.

Tale importo è iscritto al bilancio nella situazione amministrativa al 31-12-2013. Per quanto riguarda gli immobili e le immobilizzazioni tecniche il valore esposto trova riscontro nella situazione patrimoniale.

VALUTAZIONE CONCLUSIVA

Considerato:

- che c'è stata una corretta imputazione delle spese ai pertinenti capitoli delle competenze e dei residui;
- che si è verificata regolarità formale e sostanziale dei singoli atti ed osservanza delle norme che stabiliscono la competenza dei singoli organi ad assumere impegni di spesa;
- che il pagamento delle spese impegnate alle relative scadenze è stato puntuale;
- che la gestione delle disponibilità di cassa è stata corretta;
- che c'è stata regolarità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa fiscale;

È stato inoltre valutato:

- l'esito dei riscontri contabili eseguiti;
- la correttezza dei criteri adottati per la valutazione del patrimonio;
- la completezza dei dati riportati nel conto economico ;
- la regolarità della gestione dell'esercizio finanziario per l'anno 2013;

I Revisori dei Conti esprimono parere favorevole all'approvazione del rendiconto generale dell'esercizio 2013, così come è stato sottoposto all'assemblea.

PRESIDENTE

Gianfranco Del Ferraro

REVISORE EFFETTIVO

Stefano Di Carlo

REVISORE EFFETTIVO

Marinella Carnevale

REVISORE SUPPLENTE

Chiara Agliata



Rendiconto generale 2013

Entrate

	GRUPPO F. COOPERATIVO						Conto di bilancio
	PASSIVA			ATTIVITA' ESISTENTE			
	Utile	Valore	Debita	Risorse	Debitazioni	Utile	
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI							
ENTRATE CONTROBETTALE CARICO DEGLI UGHERITI							
Conto corrente	€ 2.825.000,00		€ 2.021.900,00	€ 1.521.495,30	€ 427.845,23	€ 2.955.450,00	€ 31.480,00
Conto nuovo scudo	€ 81.000,00		€ 81.900,00	€ 92.180,00		€ 89.700,00	€ 2.180,00
Tasse e imposte	€ 165.800,00		€ 108.000,00	€ 116.880,00		€ 110.850,00	€ 2.680,00
Totale in bilancio (contabile) e a bilancio degli scudi	€ 3.271.800,00		€ 2.211.800,00	€ 1.730.555,30	€ 427.845,23	€ 3.223.330,00	€ 36.320,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI							
Conto di aggiornamento	€ 13.000,00		€ 10.900,00	€ 27.480,00		€ 27.480,00	€ 17.480,00
Totale attività per iniziative e corsi ed aggiornamenti professionali	€ 13.000,00		€ 10.900,00	€ 27.480,00	€ -	€ 27.480,00	€ 17.480,00
GUADAGNI DI PARTICIPAZIONE SOCIETI CONSA PARTICE ASSOCIATE							
Risultato netto	€ 500,00		€ 500,00	€ 600,00		€ 600,00	€ 100,00
Contributi e riserve	€ 8.000,00		€ 8.000,00	€ 4.231,08		€ 4.231,00	€ 1.189,00
Totale quote di partecipazione socii consociati e consociati	€ 8.500,00		€ 8.500,00	€ 4.831,08	€ -	€ 4.831,00	€ 1.049,00
TRASFERIMENTI CORRENTI							
Trasferimenti correnti							
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESSIONE SUVOLA							
Vendite immobilizzabili							
Totale attività da vendita beni e prestazioni servizi							
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI							
Interessi attivi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 274,50	€ 2.273,00	€ 2.944,00	€ 944,00
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 274,50	€ 2.273,00	€ 2.944,00	€ 944,00
PERDITE CREDITORE E COMPINDATIVI USCITE CORRENTI							
Debiti e rimborsi	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 4.672,49	€ -	€ 4.872,49	€ 2.072,49
Totale perdite creditore e compensative uscite correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 4.672,49	€ -	€ 4.872,49	€ 2.072,49
ENTRATE NON CLASSIFICAZIONE IN ALTRA VOCE							
Perdite su scudi	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 4.000,00
Totale attività non classificabili in altre voci	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 4.000,00
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 3.271.800,00		€ 2.233.600,00	€ 1.840.965,30	€ 427.845,23	€ 3.262.710,00	€ 51.770,00
TITOLO I - ENTRATE FONDO PATRIMONIALE							
ALIASI DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Alienazioni immobili							
Totale alienazioni immobili							
ALIASI DI IMMOBILI E DIRITTI REALI							
Vendite immobili e titoli							
Totale alienazioni di immobilizzazioni finanziarie							
RISCOSSIONE DI CREDITI							
Riscossione crediti							
Totale riscossione crediti							
TRASFERIMENTI COME CAPITALE							
Trasferimenti							
Totale trasferimenti in conto capitale							
AGGIUNGI DI MUTUI							
Assunzione mutui							
Totale assunzione di mutui							
ASSUNZIONI DI ALTRI DEBITI FINANZIARI							
Assunzione debiti finanziari							
Totale assunzione di altri debiti finanziari							
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE							
TITOLO II - PARTITE DI GIRO							
ENTRATE (AVANTI) SUVOLA DI PARTITE DI GIRO							
Altre partite a creditore	€ 250.000,00		€ 228.000,00	€ 254.451,43	€ -	€ 254.451,43	€ 14.451,43
Altre partite a debitore	€ 228.000,00		€ 228.000,00	€ 297.708,07	€ 55.648,08	€ 322.741,26	€ 88.288,74
TOTALE TITOLO II - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 250.000,00		€ 228.000,00	€ 452.152,50	€ 55.648,08	€ 457.192,69	€ 94.500,17
TOTALE ENTRATE	€ 3.521.800,00		€ 2.461.600,00	€ 2.293.117,80	€ 483.493,31	€ 3.719.902,69	€ 152.270,17
Chiusura di conto di bilancio in conto capitale	€ 821.800,00					€ 821.800,00	
TOTALE GENERALE	€ 3.521.800,00		€ 2.461.600,00	€ 2.293.117,80	€ 483.493,31	€ 3.911.502,69	€ 152.270,17



Uscite

GRUPPO CONSOLIDATO

	GRUPPO CONSOLIDATO						Cambiamento					
	PERIODI			PERIODE PRECEDENTE								
	2024	2023	2022	2024	2023	2022						
Uscite per gli ordinari												
USCITE PER GLI ORDINI DELL'USCITA												
Gestione piani di Consiglio Direttivo e Collegio Revisori del conto	€	32.800,00	€	32.800,00	€	17.040,00	€	0,00	€	17.520,00	€	14.020,00
Costo partecipazione Conto di Rendiconto e servizi	€	30.800,00	€	30.800,00	€	1.400,00	€	1.400,00	€	1.400,00	€	28.420,00
Finanziamento	€	70.800,00	€	70.800,00	€	11.810,00	€	400,00	€	12.100,00	€	10.000,00
Costo e oneri di gestione Organ. Direttiva	€	120.800,00	€	120.800,00	€	27.200,00	€	0,00	€	29.210,00	€	26.700,00
Attività di gestione ordinaria	€	20.800,00	€	20.800,00	€	2.400,00	€	0,00	€	2.400,00	€	11.470,00
Spese straordinarie Organ. Direttiva	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00
Totale uscite per gli ordinari	€	358.000,00	€	358.000,00	€	138.850,00	€	231,00	€	33.630,00	€	60.610,00
USCITE PER IL PERSONALE IN SERVIZIO												
Spese di gestione personale	€	338.000,00	€	338.000,00	€	194.240,00	€	13.081,20	€	187.220,00	€	217.870,11
Assicurazioni personale	€	6.000,00	€	6.000,00	€	4.000,00	€	421,40	€	5.000,00	€	747,71
Fondo infortuni infortuni	€	80.800,00	€	80.800,00	€	40.120,24	€	17.450,24	€	19.120,00	€	479,00
Costi di formazione	€	6.000,00	€	6.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00
Spese straordinarie	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.760,00	€	11.871,75	€	27.150,00	€	2.860,00
Totale uscite per il personale in servizio	€	541.600,00	€	541.600,00	€	273.120,24	€	32.423,39	€	35.400,00	€	217.506,81
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI												
Assicurazioni IMU e tasse	€	2.000,00	€	2.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	2.110,00
Contributi per la riscossione	€	50.800,00	€	50.800,00	€	25.724,00	€	0,00	€	25.724,00	€	53.270,00
Consulenze legali	€	80.800,00	€	80.800,00	€	33.000,00	€	15.000,00	€	19.100,00	€	15.500,00
Consulenze e servizi vari	€	40.800,00	€	40.800,00	€	24.000,00	€	2.000,00	€	43.500,00	€	1.000,00
Consulenze e prestazioni alle aziende clienti	€	40.800,00	€	40.800,00	€	11.200,00	€	8.000,00	€	19.900,00	€	33.000,00
Consulenze informatiche	€	50.800,00	€	50.800,00	€	7.000,00	€	20.200,00	€	43.100,00	€	17.000,00
Materiali e servizi finanziari	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.000,00	€	8.000,00	€	24.100,00	€	19.000,00
Acquisti materiali e servizi vari	€	2.000,00	€	2.000,00	€	782,00	€	0,00	€	782,00	€	2.200,00
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€	307.000,00	€	307.000,00	€	131.706,00	€	36.400,00	€	200.426,00	€	161.870,00
USCITE PER IL FUNZIONAMENTO USUO												
Affitti locazioni e stabilimento	€	150.800,00	€	150.800,00	€	131.000,00	€	0,00	€	131.000,00	€	12.800,00
CANONICI E IMPOSTE	€	30.800,00	€	30.800,00	€	17.200,00	€	3.000,00	€	20.100,00	€	0,00
Spese sociali e welfare chiavi	€	47.800,00	€	47.800,00	€	214.100,00	€	2.000,00	€	23.400,00	€	23.500,00
Spese di pulizia	€	30.800,00	€	30.800,00	€	20.000,00	€	3.400,00	€	23.600,00	€	3.000,00
Spese mensili e di costo postale	€	2.000,00	€	2.000,00	€	271,20	€	182,50	€	1.100,00	€	0,00
Spese varie	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00
Attivazione e gestione documenti	€	21.800,00	€	21.800,00	€	5.000,00	€	4.500,00	€	12.311,20	€	10.000,00
Totale uscite per il funzionamento usuo	€	288.000,00	€	288.000,00	€	398.471,20	€	18.000,00	€	210.426,00	€	173.370,00
USCITE PER PRESSIONI DI STABILIMENTO												
Aggiornamenti professionali	€	80.800,00	€	80.800,00	€	40.800,00	€	24.000,00	€	65.800,00	€	11.000,00
Rivista "L'azienda oggi"	€	150.800,00	€	150.800,00	€	104.000,00	€	104.000,00	€	154.000,00	€	0,00
Stipendio	€	120.800,00	€	120.800,00	€	100.000,00	€	17.000,00	€	117.000,00	€	10.000,00
Finanziarie (marginale e variabili)	€	50.800,00	€	50.800,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	50.800,00
Contributi di studio	€	30.800,00	€	30.800,00	€	5.000,00	€	0,00	€	5.000,00	€	4.800,00
Spese di rappresentanza	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	4.100,00
Costi speciali Federazione	€	271.000,00	€	4.000,00	€	295.000,00	€	304.000,00	€	295.000,00	€	0,00
Argomenti guide Catalogo D&C 2023	€	24.800,00	€	24.800,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	24.800,00
Trasporti Newsletter	€	17.800,00	€	17.800,00	€	2.000,00	€	2.000,00	€	2.000,00	€	7.810,00
Costi per la pubblicità	€	30.800,00	€	30.800,00	€	17.000,00	€	17.000,00	€	17.000,00	€	13.000,00
Costi elettronici conformati	€	15.800,00	€	15.800,00	€	13.000,00	€	0,00	€	13.000,00	€	5.800,00
Costi speciali di servizi vari	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00
Totale uscite per pressioni di stabilimento	€	1.472.000,00	€	8.000,00	€	1.480.000,00	€	847.000,00	€	2.123.000,00	€	200.000,00

Uscite

GRUPPO CONSOLIDATO

	GRUPPO CONSOLIDATO						Cambiamento					
	PERIODI			PERIODE PRECEDENTE								
	2024	2023	2022	2024	2023	2022						
USCITE PER IL PERSONALE IN SERVIZIO												
USCITE PER IL PERSONALE IN SERVIZIO												
Spese di gestione personale	€	338.000,00	€	338.000,00	€	194.240,00	€	13.081,20	€	187.220,00	€	217.870,11
Assicurazioni personale	€	6.000,00	€	6.000,00	€	4.000,00	€	421,40	€	5.000,00	€	747,71
Fondo infortuni infortuni	€	80.800,00	€	80.800,00	€	40.120,24	€	17.450,24	€	19.120,00	€	479,00
Costi di formazione	€	6.000,00	€	6.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00
Spese straordinarie	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.760,00	€	11.871,75	€	27.150,00	€	2.860,00
Totale uscite per il personale in servizio	€	541.600,00	€	541.600,00	€	273.120,24	€	32.423,39	€	35.400,00	€	217.506,81
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI												
Assicurazioni IMU e tasse	€	2.000,00	€	2.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	2.110,00
Contributi per la riscossione	€	50.800,00	€	50.800,00	€	25.724,00	€	0,00	€	25.724,00	€	53.270,00
Consulenze legali	€	80.800,00	€	80.800,00	€	33.000,00	€	15.000,00	€	19.100,00	€	15.500,00
Consulenze e servizi vari	€	40.800,00	€	40.800,00	€	24.000,00	€	2.000,00	€	43.500,00	€	1.000,00
Consulenze e prestazioni alle aziende clienti	€	40.800,00	€	40.800,00	€	11.200,00	€	8.000,00	€	19.900,00	€	33.000,00
Consulenze informatiche	€	50.800,00	€	50.800,00	€	7.000,00	€	20.200,00	€	43.100,00	€	17.000,00
Materiali e servizi finanziari	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.000,00	€	8.000,00	€	24.100,00	€	19.000,00
Acquisti materiali e servizi vari	€	2.000,00	€	2.000,00	€	782,00	€	0,00	€	782,00	€	2.200,00
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€	307.000,00	€	307.000,00	€	131.706,00	€	36.400,00	€	200.426,00	€	161.870,00
USCITE PER IL FUNZIONAMENTO USUO												
Assicurazioni IMU e tasse	€	2.000,00	€	2.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	2.110,00
Contributi per la riscossione	€	50.800,00	€	50.800,00	€	25.724,00	€	0,00	€	25.724,00	€	53.270,00
Consulenze legali	€	80.800,00	€	80.800,00	€	33.000,00	€	15.000,00	€	19.100,00	€	15.500,00
Consulenze e servizi vari	€	40.800,00	€	40.800,00	€	24.000,00	€	2.000,00	€	43.500,00	€	1.000,00
Consulenze e prestazioni alle aziende clienti	€	40.800,00	€	40.800,00	€	11.200,00	€	8.000,00	€	19.900,00	€	33.000,00
Consulenze informatiche	€	50.800,00	€	50.800,00	€	7.000,00	€	20.200,00	€	43.100,00	€	17.000,00
Materiali e servizi finanziari	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.000,00	€	8.000,00	€	24.100,00	€	19.000,00
Acquisti materiali e servizi vari	€	2.000,00	€	2.000,00	€	782,00	€	0,00	€	782,00	€	2.200,00
Totale uscite per il funzionamento usuo	€	288.000,00	€	288.000,00	€	398.471,20	€	18.000,00	€	210.426,00	€	173.370,00
USCITE PER PRESSIONI DI STABILIMENTO												
Assicurazioni IMU e tasse	€	2.000,00	€	2.000,00	€	0,00	€	0,00	€	0,00	€	2.110,00
Contributi per la riscossione	€	50.800,00	€	50.800,00	€	25.724,00	€	0,00	€	25.724,00	€	53.270,00
Consulenze legali	€	80.800,00	€	80.800,00	€	33.000,00	€	15.000,00	€	19.100,00	€	15.500,00
Consulenze e servizi vari	€	40.800,00	€	40.800,00	€	24.000,00	€	2.000,00	€	43.500,00	€	1.000,00
Consulenze e prestazioni alle aziende clienti	€	40.800,00	€	40.800,00	€	11.200,00	€	8.000,00	€	19.900,00	€	33.000,00
Consulenze informatiche	€	50.800,00	€	50.800,00	€	7.000,00	€	20.200,00	€	43.100,00	€	17.000,00
Materiali e servizi finanziari	€	30.800,00	€	30.800,00	€	18.000,00	€	8.000,00	€	24.100,00	€	19.000,00
Acquisti materiali e servizi vari	€	2.000,00	€	2.000,00	€	782,00	€	0,00	€	782,00	€	2.200,00
Totale uscite per pressioni di stabilimento	€	1.472.000,00	€	8.000,00	€	1.480.000,00	€	847.000,00	€	2.123.000,00	€	200.000,00

TITOLO I - USCITE IN CONTO CAPITALE										
ACQUISIZIONI DI BENI MATERIALI DURABILI E DI SERVIZI										
Totale acquisizioni	€	50.000,00	€	50.000,00	€	30.111,74	€	30.111,74	€	19.888,26
Totale acquisizioni di beni di natura durevole ed immobilità	€	50.000,00	€	50.000,00	€	30.111,74	€	30.111,74	€	19.888,26
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE										
Acquisizioni di beni materiali	€	40.000,00	€	40.000,00	€	1.621,76	€	1.621,76	€	38.378,24
Programmi di ammortamento	€	50.000,00	€	56.000,00	€	12.978,24	€	22.058,04	€	13.021,97
Totale acquisizioni di immobilizzazioni materiali e immateriali	€	90.000,00	€	96.000,00	€	14.600,00	€	23.680,00	€	51.400,21
CONCESSIONI DI RISORSE DI ANTICIPAZIONE										
Concessione di crediti										
Totale concessione di crediti										
RISORSE IN PAUTI										
Risorse in conto										
Totale risorse in conto										
RISORSE DI ANTICIPAZIONE PASSIVE										
Totale risorse di anticipazione passiva										
Totale risorse di anticipazione passiva										
DISTRIBUZIONI (DEBITI) DI ESERCIZIO										
Per dividendo										
Totale distribuzione di dividendo										
ACCANTONAMENTI PER ESERCIZIO FUTURO										
Fondo spese esecutive										
Totale accantonamenti per spese future										
ALTRI RIMBORSI PER IL PRODOTTO FINANZIARIO (RUBRICA)										
Accantonamenti per il prodotto finanziario										
Totale accantonamenti per il prodotto finanziario										
TOTALE TITOLO I - USCITE IN CONTO CAPITALE										
	€	146.000,00	€	146.000,00	€	44.600,00	€	44.600,00	€	101.400,00
Uscite										
UCCIDI SAPORI NATURALI: PARTITE IN CREDITO										
Altre uscite di natura finanziaria	€	306.000,00	€	316.000,00	€	25.450,00	€	25.450,00	€	15.550,00
Altre uscite di altro tipo	€	326.000,00	€	336.000,00	€	214.000,00	€	5.713,73	€	192.286,27
TOTALE TITOLO II - UCCIDI PER PROFITTO DI ESERCIZIO										
	€	632.000,00	€	652.000,00	€	238.950,00	€	31.163,73	€	107.836,27
TOTALE USCITE										
	€	778.000,00	€	802.000,00	€	283.550,00	€	75.763,73	€	209.236,27
Avanzo di amministrazione dell'esercizio										
TOTALE GENERALE										
	€	3.400.000,00	€	3.600.000,00	€	3.600.000,00	€	3.600.000,00	€	3.600.000,00

Centro di Eccellenza Un 2013 ricco di progetti

È stato un 2013 ricco di progetti, eventi e nuovi traguardi da raggiungere per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. L'obiettivo è stato quello di consolidare una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica clinica permeata dal sapere scientifico, creando due workshop ad hoc. La prima giornata di studio, si è svolta al Ministero della Salute, l'8 maggio 2013, con il titolo: "Etica della ricerca, etica nella ricerca: l'importanza dei Comitati Etici nella sperimentazione scientifica" ed ha permesso la creazione

del Comitato Etico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica. Il secondo evento si è svolto il 24 Ottobre 2013, con la giornata formativa dal titolo: "Ricerca traslazionale: quali competenze per l'infermiere eclettico", ed ha illustrato la trasposizione del sapere teorico in pratica professionale.

Ma andando nel dettaglio: vediamo quali progetti sono stati messi in atto nel 2013. Maggiori dettagli su ciascun progetto sono disponibili sulla piattaforma del Centro di Eccellenza, all'indirizzo: www.centrodieccellenza.eu

POLO PER L'ISTRUZIONE

- Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale
- Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica
- L'assistenza infermieristica nelle comunità confinate: la persona detenuta
- Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo

anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio

- Etica - responsabilità - relazione - formazione
- Governance clinica, la sicurezza dei pazienti e dei professionisti e la gestione del rischio clinico con specifici metodi di analisi
- Progetto per la formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio

POLO PER LA RICERCA

- Analisi dell'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia
- La conoscenza dei cittadini e degli iscritti all'albo professionale relativa alle attività del Collegio Ispavi di Roma
- Studio controllato randomizzato in cieco sull'efficacia di un opuscolo informativo per pazienti candidati ad impianto di port
- Studio pilota clinico randomizzato e controllato della propoli nella prevenzione della stomatite in pazienti adulti che ricevono chemioterapia per il cancro al seno
- Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali
- Infermiere di famiglia e infermiere di "comunità": nuovi protagonisti della sanità territoriale
- Rispetto professionale degli infermieri: uno sguardo europeo
- Da studente infermiere a professionista della salute: uno studio longitudinale sul processo dello stress e del burnout a partire dall'università
- Valutazione quali-quantitativa del fabbisogno di assistenza territoriale degli ultrasessantacinquenni nel Lazio
- La resilienza del caregiver della persona assistita in cure palliative
- Progetto educativo "Follemente": conoscere la malattia mentale e combattere il pregiudizio
- Validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala "Edinburgh

Fedding Evaluation in Dementia" (EdFED)

- Validazione della traduzione in italiano del questionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) nel paziente affetto da almeno una patologia cronica
- L'assistenza centrata sulla famiglia e la soddisfazione dei genitori in neonatologia
- Progetto di ricerca multicentrica sulla Salute Organizzativa degli infermieri in servizio presso le Aziende Sanitarie di Roma e Provincia (2 fase)
- Si sono inoltre continuati gli studi iniziati nel 2012 che riguardano:
 - Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da Stroke
 - Self-care nel paziente con scompenso cardiaco
 - Professional Assessment Instrument (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica)
 - Il disimpegno morale e i comportamenti controproducenti degli infermieri. Uno studio multicentrico longitudinale

POLO PER LA FORMAZIONE

- Corso di formazione teorico-pratica blended on line in "Metodologia della ricerca infermieristica (4 edizioni)
- Strumenti e strategie per la ricerca bi-

biografica nelle Scienze infermieristiche (5 edizioni)

- Corso di inglese scientifico per il nursing 4 livelli: base - pre-intermedio - intermedio - avanzato (9 corsi)
- Fonetica e conversazione inglese (3 corsi)
- L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale (10 edizioni)
- L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche (1 edizione)

POLO DELLA PRATICA CLINICA

- Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice
- L'applicazione della Evidence Based Practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche
- La complessità assistenziale: il punto di vista degli infermieri
- Migliorare il self-care nella persona con scompenso cardiaco attraverso il colloquio motivazionale: un'esperienza internazionale
- Interventi infermieristici informativi/educativi per l'autogestione dell'apertura della bocca nei pazienti sclerodermici: trial randomizzato a due bracci.



Nominati i primi nuovi Direttori Generali di Asl e Ospedali

Al peggio non c'è mai fine e così il nuovo anno comincia all'insegna delle brutte notizie.

A Roma e nel Lazio, la stampa fotografa una situazione sempre più difficile nel campo sanitario, fra debiti, sprechi, proteste e disservizi di ogni genere.

La sanità irrompe prepotentemente e quotidianamente sullo scenario mediatico raccontando una fase convulsa, in cui si alternano speranze e delusioni. E tanta rabbia.

Fa rabbia, infatti, registrare l'ennesimo episodio di violenza contro gli infermieri come quello rilanciato

IL TEMPO

da **Il Tempo** (2/1/14): "Uferiscono due infermiere". Si legge: "È ancora emergenza ubriachi all'ospedale San Camillo. Ordinaria violenza che si è verificata anche la notte di Capodanno: botte alle infermiere del Pronto soccorso". La sicurezza, insomma, continua ad essere un optional indisponibile.

Dopo che se n'è parlato per tutto il mese di dicembre, cresce l'attesa e l'impazienza dei media per la nomina dei nuovi manager delle Asl e delle Aziende ospedaliere di Roma e del Lazio.

la Repubblica

La Repubblica (2/1/14) titola "manager più giovani, donne e per metà dal Nord". E aggiunge: "Ma i candidati accusano: poca trasparenza. E annunciano ricorsi. La Regione: presto i nomi dei manager della sanità". Nel servizio si legge: "La metà dei nuovi direttori generali di ospedali e Asl potrebbe arrivare da fuori regione (dal Nord), ci sarà qualche donna in più a gestire la sanità pubblica e l'età media del management si abbasserà". Il quotidiano spiega come si è arrivati ai prescelti: "Sul Bollettino ufficiale della Regione è stato pubblicato l'elenco degli idonei, 589 in tutto. Di questi solo 180 sono stati scelti per la prova psico-attitudinale che è stata superata da 89 candidati che si sono sottoposti a un colloquio dal quale è uscita una short lista di 50 'finalisti'. Perché non si pubblicizza l'elenco dei papabili come ha già fatto la Sicilia?".

A distanza di un paio di settimane, arriva la risposta della Regione.

Il Messaggero

Il Messaggero (15/1/14) annuncia: "Asl, nominati 13 direttori generali: età media 54 anni, tre sono donne". I nomi: Asl Roma B, Vitaliano De Salazar, 51 anni; Asl Roma C, Carlo Saitto, 64 anni; Asl Roma D, Vincenzo Panella, 57 anni; Asl Roma E, Angelo Tanese, 47 anni; Asl Roma F, Giuseppe Quintavalle, 50 anni; Asl Roma G, Giuseppe Caroli, 63 anni; Asl Roma H, Fabrizio D'Alba, 40 anni; Azienda ospedaliera San Giovanni, Ilde Coirò, 59 anni; Asl Frosinone, Isabella Mastrobuono, 56 anni;

Asl Latina, Michele Caporossi, 58 anni; Asl Rieti, Joseph Polimeni, 43 anni; Asl Viterbo, Luigi Macchitella, 67 anni; Ares 118, Maria Paola Corradi, 53 anni".

Zingaretti difende la scelta, ma la partita dei nuovi dg non è finita e si annunciano ricorsi.

All'inizio dell'anno, fa scalpore il caso di un'infermiera eletta in Parlamento e licenziata dalla casa di riposo in cui lavorava con

il Giornale

altre 17 colleghe. **Il Giornale** (3/1/14) titola: "infermiera Democratica". E spiega: "Lei è la 32enne Monica Gregori, rampante democrat del Lazio, che ieri si è aggiunta con le sue colleghe infermiere come rappresentante sindacale davanti alla casa di riposo Annali di Cineto Romano per protestare contro il licenziamento di 18 persone (tra cui la Gregori). Durante il sit in la Gregori ha provato a entrare nella struttura per lamentarsi del comportamento dei suoi ex datori di lavoro ma è stata bloccata e accusata di abuso d'ufficio. 'Per il solo fatto di aver suonato alla porta', si lamenta la parlamentare. Del caso è stato investito il presidente della Provincia Nicola Zingaretti".



Avvenire (4/1/14) fa i complimenti alla sanità che funziona e titola "à per numeri da record a Roma". "All'Isola Tiberina - spiega il servizio - solo nel 2012 hanno partorito 4.189 mamme all'interno di un reparto che ha una disponibilità di appena 36 posti letto in Ostetricia. Questi numeri rendono il Fatebenefratelli di Roma il primo in Italia nel rapporto tra numero di parti e posti letto. Altro punto di eccellenza nel campo dell'assistenza alla nascita è il reparto di terapia intensiva neonatale, dove solo nel 2012 sono stati assistiti circa 700 neonati. Nell'ospedale lavorano 937 dipendenti tra medici, infermieri, tecnici, ostetriche, amministrativi, ausiliari o con altre qualifiche".

Del Fatebenefratelli si occupa anche **Il Tempo** (4/1/14): "risanamento del Fatebenefratelli nelle mani della Curia Generalizia". Si legge: "La Direzione dell'Ospedale San Giovanni Calibita all'Isola Tiberina torna nelle mani dei religiosi. La Curia Generalizia dell'Ordine di San Giovanni di Dio, cui fa capo il nosocomio, ha infatti deciso 'di curare direttamente e personalmente il risanamento della struttura' che, da tempo, versa in cattive acque a causa di una difficile situazione economico-finanziaria".

La sanità laziale e il piano di rientro dal suo mostruoso debito restano protagonisti della cronaca.

Il Messaggero (5/1/14) scrive: "Ospedali, il Tesoro boccia il piano". "Il Ministero: stop alla riorganizzazione dei posti letto, ora la Regione riveda i tagli. Emergenza affollamento nei pronto

soccorso: pazienti in barella anche per 3 giorni. Restano da tagliare 900 posti letto nella Capitale e martedì arriva dalla Lombardia il subcommissario Botti”.

Il Messaggero

E anche (sul numero dell'8/1/14) rilancia il problema dell'utilizzo delle ambulanze nella capitale. “Bloccate decine di mezzi di soccorso”, titola. Si legge: “Allarme ambulanze a Roma e provincia. A lanciarlo è il segretario della Fp Cgil di Roma e Lazio, Natale Di Cola. Ieri, secondo le rilevazioni del sindacato, ‘almeno 39 ambulanze del 118 sono state ferme nei Pronto soccorso di diversi ospedali di Roma e provincia. Dal primo gennaio, su 350 richieste di posti letto, solo 50 sono state evase dalla Centrale operativa regionale dell'Ares 118, in pratica solo il 17% di questa criticità viene affrontata, mentre l'83% resta in attesa’”. Dalla Regione rispondono: “I problemi registrati in alcuni Pronto soccorso sono causati dal mancato rispetto delle direttive emanate dalla Regione Lazio per evitare sovraffollamenti e disfunzioni. È stato inviato alle aziende un sollecito a mettersi in regola”.

la Repubblica

Qualche giorno dopo **La Repubblica** (18/1/14) titola: “Barelle trasformate in posti letto e 8000 ambulanze restano ferme”. Il quotidiano cita le cifre elaborate dalla Direzione Salute della Regione Lazio, su dati dell'Ares 118. Si legge: “Ottomila ambulanze in entrata nei Pronto soccorso sono rimaste bloccate per oltre mezz'ora, senza poter ripartire. All'ospedale Sant'Andrea il 65% delle ambulanze viene bloccato all'arrivo, e ognuna di queste attende in media 168 minuti, 100 sono i minuti di inutilizzo al San Giovanni Addolorata, dove a essere fermato è il 60% delle corse. Al policlinico Casilino si ferma il 72% delle vetture, in media per circa 90 minuti. Quasi la metà delle ambulanze viene bloccato invece al San Camillo Forlanini, in media per circa un'ora. E poi barelle trasformate in posti letto e 8000 ambulanze restano ferme”.

Presto le fortissime criticità nei Pronto soccorso della capitale guadagnano la ribalta mediatica. **Il Tempo** (10/1/14) titola: “Caos

IL TEMPO

Pronto soccorso. La Regione si sveglia”. L'articolo spiega: “Per affrontare le criticità nei Pronto soccorso del Lazio la Regione terrà oggi una riunione ad hoc. Un incontro al quale parteciperà anche il Governatore Zingaretti, che si è reso necessario a fronte delle segnalazioni di emergenza dei diversi nosocomi non solo della Capitale. Tra gli argomenti del giorno anche la valutazione dello sblocco del turn over del personale, uno dei problemi segnalati dai lavoratori, che insieme alle ‘scelte sbagliate del governo nazionale ha prodotto 7 mila unità di personale in meno’, denunciano Cgil, Cisl e Uil”.

Sempre il quotidiano romano (11/1/14) riferisce dell'esito del vertice titolando: “Meno posti a chirurgia. Ecco il piano della Regione”. E spiega: “Dopo l'allarme paralisi dei giorni scorsi la Regione, al termine di una riunione congiunta tra la Direzione Regionale Salute e i direttori generali e sanitari delle Asl di Roma

e provincia e i responsabili dei Pronto soccorso, ha adottato un piano operativo immediatamente esecutivo, in cinque punti: l'applicazione integrale del decalogo sul sovraffollamento dei Pronto Soccorso del 29 novembre. Le necessità di posti letto per ovviare all'attuale emergenza, sono dai 3 ai 5 posti letto al giorno per ogni struttura. Le strutture di Roma e provincia che hanno presidi di Ps sono in tutto 33; si tratta di presidi di Pronto soccorso e di Dea di I e II livello. A questo fine tutti gli ospedali hanno accolto l'indicazione di rimodulare i posti letto di chirurgia (attualmente sovrastimati) in posti letto di medicina d'urgenza. Le grandi strutture (Dea di II livello) dovranno ridurre al minimo i trasferimenti dei pazienti presso le cliniche accreditate, queste infatti dovranno essere nella maggior parte dei casi disponibili per gli ospedali più piccoli. Saranno avviate poi immediate verifiche sul cosiddetto blocco ambulanze”.

Ma anche chi un posto letto l'ha trovato non se la passa bene. **Il Tempo** (14/1/14) titola “pasti, rissa coi pazienti. Il dg: vado in Procura”. Si legge: “Al policlinico Umberto I anche ieri ritardi nella consegna dei vassoi. Pazienti infuriati in cucina, quasi una rissa, e gli adolescenti del Neuroinfantile portati a mangiare fuori, a San Lorenzo, scelta quasi obbligata all'Umberto I dove ormai da giorni la colazione viene servita quasi all'ora di pranzo e il pranzo quasi a merenda. La Regione Lazio ‘non tollererà altri disagi ai pazienti’. E il dg Domenico Alessio valuta se «interessare del caso la Procura»”. Sul caso anche **Leggo** (28/1/14): “Pasti freddi e in ritardo all'Umberto I, pranzo a merenda”.

LEGGO

spiega: “La mensa è a Pomezia”.

Le condizioni di ricovero nella gran parte degli ospedali romani peggiorano rapidamente. **Il Tempo** (15/1/14) scrive: “Solo posti a terra, in ospedale c'è il tutto esaurito. Al San Camillo i pazienti sui materassi per terra”. Sommario recita: “I sindacati occupano con i sacchi a pelo la direzione: ‘Ci hanno fatto allestire i letti in corridoio’. La Regione vieta il trasferimento dei malati nelle cliniche convenzionate e scoppia il caos”.

Il Messaggero (22/1/14) gli fa eco titolando: “Emergenza Tor

Il Messaggero

Vergata: caos al pronto soccorso, infermieri in rivolta”. “Il policlinico diventa un caso. Troppi pazienti e lunghe attese. Pochi posti letto, l'ingresso ai parenti ormai incontrollabile. Il sindacato denuncia: ‘Il pronto soccorso ormai è al collasso. La situazione è gravissima, siamo abbandonati da azienda e istituzioni’”.

Emergenza piena anche per le liste d'attesa. **Il Tempo** (17/1/14) titola: “Liste d'attesa sempre più lunghe”. Il servizio spiega: “Anno nuovo e file vecchie negli ospedali e nei poliambulatori della provincia romana. Nonostante l'entrata in vigore, da Capodanno, dell'annunciato piano regionale per l'abbattimento delle liste d'attesa, che promette di ripristinare il rispetto dei tempi di legge secondo classi di priorità (urgente con esami entro 72 ore, breve entro 10 giorni e differibile entro 30 giorni le visite e 60 gli accertamenti) nell'hinterland della capitale la coda per ora

è sempre la stessa". Le proteste non si contano e alcune clamorose.

IL TEMPO Il Tempo (30/1/14) titola: "Donne incatenate: 'Il cancro non aspetta il mammografo'". Nell'articolo si legge: "Pronte a tutto pur di difendere il Centro Prevenzione Tumori perché 'Il cancro non aspetta il mammografo' rotto. Questo lo slogan delle donne dell'associazione Cipros e della Consulta delle pari opportunità del Comune di Guidonia Montecelio che, ieri mattina, si sono incatenate presso la sede del distretto di Guidonia di via Gualandi per rivendicare il diritto alla salute, alla prevenzione. Da ottobre, infatti, il Cpt è senza mammografo, rottosi dopo vent'anni di onorato servizio".

I soldi per l'apparecchiatura nuova non ci sono, eppure sprechi e diseconomie non si contano.

la Repubblica La Regione Lazio si attiva e **La Repubblica** (9/2/14) annuncia: "Asl e ospedali, ora arrivano le 'sentinelle' anti mazzette". Il servizio riferisce: "Contro i predatori del Servizio sanitario regionale entreranno in campo 40 'guardiani'. Vigileranno contro la corruzione nelle 12 Asl del Lazio, nelle 3 aziende ospedaliere, nei 2 istituti scientifici di cura, nei 2 policlinici universitari, nell'Ares 118 e nell'Istituto zooprofilattico. Per la Regione saranno 'le sentinelle della prevenzione e della trasparenza, una rete di sorveglianza su affidamenti, appalti, sovvenzioni a società e associazioni, contributi a singoli o a enti'. Tra i loro compiti c'è 'la verifica della regolarità di concorsi e carriere'".

Per il quotidiano economico **Italia Oggi** (11/1/14) non basta e il giudizio sulla politica sanitaria dell'amministrazione Zingaretti è drastica: "La Regione Lazio è già fallita, ma non accorpa neppure una Asl". aggiunge: "Anzi, ha persino inventato una cabina di regia".

Intanto, la Regione annuncia una novità per le attese ai Pronto soccorso. Il **Messaggero** (14/2/14) : "Le liste d'attesa finiscono

Il Messaggero sul web". Si legge: "Un sito internet dove conoscere in tempo reale, con aggiornamento ogni 6 minuti, la situazione dei singoli Pronto soccorso del Lazio: ospedale per ospedale, quanti codici rossi, gialli, verdi e bianchi, quanti pazienti in trattamento, quanti in sala d'attesa, quanti in attesa di ricovero o trasferimento e quanti in osservazione. Apresentare la novità il governatore Nicola Zingaretti, il coordinatore della Cabina di regia sulla sanità Alessio D'Amato e la direttrice Programmazione sanitaria Flori Degrassi".

Gli operatori sanitari sono esausti ed esasperati. Il **Tempo** (16/2/14) scrive: "Più letti e infermieri, fiaccolata al San Camillo". Il servizio riferisce: "L'assemblea dei lavoratori indetta dalla Rsu dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha vo-

tato all'unanimità una mozione assembleare nella quale si è indetta una fiaccolata all'interno del San Camillo per il 20 febbraio. Tale iniziativa si è resa necessaria dato il perdurare dello stato di grave emergenza del Pronto soccorso e più in generale dello stato di declino in cui versa il più grande ospedale pubblico del Lazio".

Qualche giorno più tardi, lo stesso quotidiano (20/2/14) aggiunge: "Otto giorni in barella. Anche i pazienti oggi alla fiaccolata. In corteo contro l'austerità della sanità indetto dalle Rsu del San Camillo ci saranno pure le famiglie: la buona volontà non basta".

Al Fatebenefratelli la situazione si fa sempre più tesa. Il **Messaggero** (21/2/14) titola: "Fatebenefratelli: 'conti in rosso', scatta l'occupazione". E spiega: "Blitz di un gruppo di lavoratori negli uffici di presidenza: 'No ai licenziamenti e al piano industriale la crime e sangue'".

Non solo emergenze, però, nella sanità regionale.

Muove i primi passi concreti il progetto delle Case della salute che punta ad allentare la tensione sui Pronto soccorso e iniziare a costruire una vera rete di assistenza territoriale per i malati cronici.

Il **Tempo** (30/1/14) scrive: "Case della salute, siglato l'accordo per i medici". E spiega: "Tutti i medici di medicina generale potranno prestare servizio nelle Case della salute, senza alcun obbligo. Inoltre, il Tavolo tecnico incentrato sulle criticità insite nel sistema di informatizzazione regionale, che avrà una ulteriore accelerazione. Mentre non è stata ancora individuata alcuna corsia preferenziale per i medici precari. Questi alcuni punti contenuti nel Decreto del Commissario ad Acta relativo alle Case della salute, sottoscritto ieri alla Regione Lazio".

In linea con le rivendicazioni che da tempo avanzano gli infermieri, il Collegio Ispasvi di Roma partecipa fattivamente al piano della Regione, suggerisce le linee-guida e il programma formativo per gli operatori che impegnati nell'attivazione delle Case della salute.



Il piano viene presentato alla stampa e l'agenzia **AgenParl** (20/2/14) rilancia le parole del presidente del Coordinamento Ispasvi del Lazio, Gennaro Rocco: "Chi conosce la nostra attività presso gli iscritti - ha spiegato Rocco - è cosciente degli enormi passi avanti fatti dai nostri infermieri sul fronte della formazione e dell'aggiornamento professionale. Questa nuova sfida non ci trova affatto impreparati; anzi, non vediamo l'ora di 'vedere le carte' della Regione, sicuri che è la sanità territoriale la chiave di volta per imprimere un serio cambiamento al sistema laziale dopo anni di depauperazioni dell'offerta e di scarse opportunità lavorative per gli infermieri a causa del blocco del turn over e di pochi investimenti sul fronte dell'assistenza e della prevenzione".

Case della Salute, parte la formazione e aprono le prime strutture riconvertite

Il 20 febbraio scorso è stato presentato dalla Regione Lazio il programma formativo per gli operatori che di qui a breve saranno impegnati nell'attivazione delle Case della Salute, la risposta individuata dal presidente e commissario ad acta Nicola Zingaretti per rilanciare l'offerta sanitaria pubblica territoriale, ad integrazione della rete ospedaliera tradizionale.

Il presidente della commissione Politiche sociali e Salute, Rodolfo Lena, insieme alla direttrice della Direzione regionale Salute, Flori De Grassi, hanno annunciato che le prime Case della Salute ad aprire i battenti sono quelle di Sezze (Latina) e Pontecorvo (Frosinone). "Ma a regime - hanno spiegato - ogni distretto sanitario avrà una propria Casa della Salute, da pensare non già come un ospedale di serie B ma come una straordinaria opportunità per dare risposte concrete e moderne alle esigenze dei pazienti, puntando molto sull'assistenza domiciliare e sull'integrazione sociosanitaria".

Un processo che vedrà protagoniste tante professionalità sanitarie, a partire dai medici di medicina generale e dagli infermieri. A rappresentare questi ultimi, il presidente del Coordinamento

Ipasvi del Lazio, Gennaro Rocco, che ha preso la parola per ribadire l'impegno dei Collegi provinciali per favorire l'inserimento di figure altamente specializzate nelle nuove Case della Salute. "Chi conosce la nostra attività - ha spiegato Rocco - è cosciente degli enormi passi avanti fatti dai nostri infermieri sul fronte della formazione e dell'aggiornamento professionale. Questa nuova sfida non ci trova affatto impreparati; anzi, non vediamo l'ora di 'vedere le carte' della Regione, sicuri come lo è Zingaretti che è la sanità territoriale la chiave di volta per imprimere un serio cambiamento al sistema laziale dopo anni di depauperazioni dell'offerta e di scarse opportunità lavorative per gli infermieri a causa del blocco del turnover e di pochi investimenti sul fronte dell'assistenza e della prevenzione".

Qualche giorno dopo, il 28 febbraio, a Sezze è stata inaugurata la prima Casa della Salute della Regione Lazio. Le Case della Salute, a regime, offriranno ai cittadini un'unica sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi ogni giorno per i diversi servizi socio-sanitari tra cui quelli per le patologie croniche (come diabete o ipertensione) ma anche le urgenze.

NOTIZIE IN PILLOLE

L'effetto freddo sulle cavie falsa gli esperimenti sui tumori

I risultati degli esperimenti sul cancro effettuati nei topolini di laboratorio potrebbero non essere completamente affidabili a causa delle basse temperature ambientali a cui gli animali sono mantenuti. È questa la conclusione di uno studio effettuato presso il Roswell Park Cancer Institute negli Stati Uniti e pubblicato su "Pnas". Secondo gli autori, le temperature a cui sono esposti i topi negli stabulari (comprese tra 20 e 26 gradi) sono molto più basse di quelle naturalmente preferite dagli animali (30-31 gradi) e favorirebbero la crescita dei tumori e delle metastasi, probabilmente a causa della soppressione della risposta immunitaria dovuta al freddo. Le linee guida di ricerca internazionali stabiliscono che i topolini di laboratorio debbano essere mantenuti a temperatura ambiente, compresa tra i 20 e i 26 gradi, e questo per favorire le condizioni di lavoro del personale addetto e ridurre la frequenza di pulizia delle gabbie. In condizioni normali, però, gli animali preferirebbero temperature più calde, intorno ai 30-31 gradi, per minimizzare la quantità di energia richiesta per mantenere la temperatura corporea. Pur essendo noto che temperature basse causano un leggero stress termico, i topi, in quanto mammiferi, sono in grado di mantenere una temperatura corporea costante indipendentemente da quella esterna. Per capire se queste differenze tra temperature influenzassero lo sviluppo delle malattie, Elizabeth Repasky e i suoi colleghi hanno usato quattro ceppi comuni di topi di laboratorio mantenuti o a temperatura ambiente compresa tra 20 e 26 gradi (TS, temperatura standard) o a temperatura più alta di 30-31 gradi (TT, o temperatura termo-neutrale). Dopo aver fatto acclimatare i due gruppi di animali per due settimane, i ricercatori hanno iniettato circa 100.000 cellule tumorali e hanno poi studiato la cinetica di formazione dei tumori, monitorando il numero di tumori in ogni animale e la velocità con cui crescevano e si diffondevano ad altri organi. I risultati hanno dimostrato che nei topi mantenuti a temperatura ambientale, quindi bassa, i tumori apparivano più velocemente ed erano di dimensioni maggiori rispetto al gruppo di animali cresciuti al caldo. Anche le capacità di formare metastasi si è rivelata maggiore a temperature più basse. Secondo gli autori, i dati raccolti suggeriscono che i risultati ottenuti finora usando animali da laboratorio mantenuti a temperatura ambiente potrebbero non essere completamente affidabili. Infatti, le condizioni di stress termico dovuto alle basse temperature a cui sono esposti i topolini negli stabulari potrebbero aver esacerbato l'effetto di induzione dei tumori riducendo la risposta immunitaria soppressiva normalmente presente nei topi a temperature termo-neutrali.

LETTERA APERTA A ZINGARETTI "Se è precaria, non è sanità"



COORDINAMENTO REGIONALE DEI COLLEGI PROVINCIALI IP. AS. VI.

Infermieri professionali - Assistenti Sanitari - Vigilatrici di infanzia
del LAZIO

Prot.3

Roma 30.01.2014

Egr. Presidente
Regione Lazio
On. Nicola Zingaretti

Se è precaria non è sanità. L'incubo inglese impone di muoverci
Lettera aperta del Coordinamento IPASVI Regionale
al Presidente della Regione Lazio
On. Nicola Zingaretti

Egregio Presidente,

la situazione di emergenza in cui operano molte strutture sanitarie del Lazio, impone di sollecitare un Suo immediato intervento per scongiurare il blocco. La drammatica condizione degli organici infermieristici, più volte richiamata da questo Coordinamento dei Collegi IPASVI del Lazio, ha ormai superato il livello di criticità, pregiudicando la qualità dell'assistenza e alimentando oltremisura il fenomeno della disoccupazione infermieristica e del precariato. Eppure in molte strutture sanitarie del territorio i servizi vengono drasticamente ridotti se non chiusi per la grave carenza di infermieri.

L'ultima proroga dei contratti a termine che ha riguardato migliaia di operatori sanitari non può bastare ad arginare la crisi in atto. Serve una soluzione rapida e definitiva, superando il blocco del turn-over, stabilizzando i precari ed aprendo le procedure per l'arruolamento di nuovo personale. D'altronde lo scenario che abbiamo di fronte è quello che sta investendo in questi mesi il sistema sanitario britannico dopo i tagli agli organici medici e infermieristici degli ultimi anni, con gli ospedali che non hanno coperto i posti vacanti, indagati per gli alti tassi di mortalità e finiti al centro di scandali che hanno scosso fortemente l'opinione pubblica. Un'esperienza che ha indotto i principali stakeholder della sanità britannica a chiedere al Governo di introdurre nuove leggi affinché gli ospedali garantiscano i livelli minimi di personale.

La nostra sanità regionale ha un bisogno disperato di infermieri. La crisi finanziaria del SSR non può continuare a penalizzare così duramente i servizi, nessun cittadino deve subire disagi o rischi a causa della carenza di operatori qualificati. Perciò La invitiamo caldamente ad intervenire affinché la Regione Lazio attivi un confronto istituzionale ed ascolti il nostro grido d'allarme, quello dei sindacati e dei cittadini per valutare la reale possibilità di incrementare rapidamente gli organici infermieristici nei servizi ospedalieri e territoriali.

E' altrettanto importante assumere provvedimenti urgenti e straordinari per scongiurare il rischio di chiusura delle sedi di formazione infermieristica, schiacciate da una crisi non più sostenibile a causa della mancanza di trasferimenti di fondi regionali dedicati. La preparazione di base dei futuri infermieri non può essere dettata da una logica prettamente finanziaria, specie se questo vale solo per una categoria. E ciò accade nonostante il notevole apporto economico che gli studenti dei corsi di laurea in infermieristica forniscono con le loro tasse alle università.

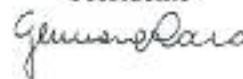
Alle sedi convenzionate non pervengono finanziamenti per l'attività di formazione e queste, con le scarse risorse residue, non riescono a garantire servizi e strutture adeguate, necessarie per una buona qualità formativa. Un circolo vizioso che si traduce in un tasso di abbandono dei corsi che sfiora ormai il 30%. Servono quindi provvedimenti finanziari adeguati, mirati e vincolati per questo tipo di attività assolutamente strategica.

A ciò si aggiunge l'inaccettabile assenza di riconoscimento giuridico, contrattuale ed economico per i professori di Infermieristica a contratto e per i tutor che, con grande abnegazione, offrono un contributo straordinario alle nuove generazioni di infermieri garantendo quotidianamente le attività formative nelle sedi universitarie e negli ospedali. Considerata la consistenza delle iscrizioni ai corsi di laurea, le università di Roma e del Lazio ricavano entrate ingenti dagli studenti infermieri pur investendo molto poco sull'infermieristica. Uno squilibrio assai pericoloso che va subito corretto anche con l'intervento della Regione con tutti i mezzi possibili ivi compresi i protocolli d'intesa che vengono sottoscritti dalle due istituzioni.

Per quanto esposto, la comunità infermieristica del Lazio Le chiede di esercitare i Suoi poteri di Commissario Straordinario alla Sanità per affrontare con la massima urgenza e determinazione le emergenze rappresentate e sollecita la costituzione di un tavolo di confronto per collaborare all'individuazione delle più idonee soluzioni a tali spinosissimi problemi.

Confidando in un Suo intervento risolutore, Le invio cordiali saluti.

Il presidente del Collegio IPASVI di Roma e
del Coordinamento Regionale
Dott. Gennaro Rocco
Presidente



Il Presidente del Collegio IPASVI di Frosinone Dott. Paolo Masi
Il Presidente del Collegio IPASVI di Latina Dott. Maurizio Vargiu
Il Presidente del Collegio IPASVI di Viterbo Dott. Mario Curzi
La Presidente del Collegio IPASVI di Rieti Dott.ssa Felicia Stagno

00192 ROMA - VIALE GIULIO CESARE, 78 - TEL. 06 37.51.15.07 - FAX 06 45.43.70.34 - Codice Fiscale 80195030582
Orario Ufficio: Lunedì - Giovedì ore 8,30 - 12,00 e 14,30 - 17,00 - Martedì - Mercoledì - Venerdì ore 8,30 - 12,00

NOTIZIE IN PILLOLE

Batteri intestinali in aiuto contro il cancro

Due recenti ricerche pubblicate sulla rivista *Science* evidenziano una stretta correlazione tra la flora batterica intestinale e l'efficacia delle cure chemioterapiche.

In sostanza, i batteri che albergano normalmente nell'intestino lavorerebbero come alleati dei farmaci anticancro, stimolando e modulando la risposta immunitaria prodotta dall'organismo. Quando i microbi mancano, infatti, la terapia antitumorale risulta meno efficace.

Nel primo studio, un gruppo di ricercatori del National Cancer Institute di Bethesda (Usa) ha fatto crescere alcuni tumori in topi in cui i microbi intestinali erano stati distrutti con forti dosi di antibiotici; poi ha testato l'efficacia di due tipi di cure anticancro, un'immunoterapia in cui i farmaci stessi stimolano la risposta del sistema immunitario contro il tumore, e una cura a base di platino, usato in diversi schemi di chemioterapia. In entrambi i casi, nei topi privi di batteri la cura ha funzionato poco contro il tumore. Nel secondo studio, ricercatori francesi di vari istituti hanno studiato il ruolo dei batteri intestinali nell'efficacia di una terapia a base di ciclofosfamide, farmaco utilizzato nella cura del tumore al seno. Hanno verificato che in questo caso i microbi sembrerebbero stimolare la produzione delle cellule del sistema immunitario che a loro volta attaccano quelle tumorali. Nei topi in cui i batteri intestinali erano stati distrutti, questa linea di difesa dell'organismo non è entrata in azione.

Posta elettronica certificata Scatta l'obbligo di dotazione

Come noto, l'articolo 16 del Decreto Legge 185/2008 ha previsto che tutti i professionisti iscritti ad un Albo debbano dotarsi (entro il 29/11(2011) di una Casella di posta elettronica certificata (PEC) e che tale indirizzo debba essere comunicato dai professionisti ai rispettivi ordini o collegi di appartenenza.

La legge prevede anche che le caselle di Posta Elettronica Certificata dei professionisti debbano essere consultabili gratuitamente da chiunque in forma telematica, presso albi e registri pubblici.

Inoltre il decreto legge n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla legge 221/2012 ha previsto l'istituzione di INI-PEC (Indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata delle imprese e dei professionisti).

In virtù di tale disposizione normativa il Collegio IPASVI di Roma deve trasmettere alla Federazione Nazionale gli indirizzi PEC di tutti i propri iscritti.

Ancora, il Collegio IPASVI di Roma è stato sollecitato a trasmettere alla Corte d'Appello di Roma gli indirizzi PEC dei professionisti che operano come consulenti tecnici di ufficio o di parte e a comunicare già da febbraio alla Direzione Generale SIA del Ministero di Giustizia tutti gli indirizzi PEC comunicati dai propri iscritti.

SOLLECITIAMO QUINDI ANCORA UNA VOLTA TUTTI GLI ISCRITTI A DOTARSI DI CASELLA PEC, CHE IL COLLEGIO IPASVI DI ROMA FORNISCE GRATUITAMENTE, E A TRASMETTERE IL RELATIVO INDIRIZZO.

La posta elettronica certificata consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.

Il sistema garantisce la sicurezza del contenuto di ogni comunicazione, impedendo modifiche ai messaggi e ai relativi allegati. Attesta inoltre data e ora esatta della spedizione e dell'avvenuto ricevimento attraverso un'apposita ricevuta, che costituisce a tutti gli effetti prova legale dell'invio/ricevimento. In caso di smarrimento della ricevuta, la traccia informatica delle operazioni svolte viene conservata dal gestore del servizio per 30 mesi e consente la riproduzione della ricevuta con lo stesso valore giuridico dell'originale.

Come richiederla

Collegarsi al sito internet dedicato per la richiesta, ovvero <http://www.gigapec.it/wrapper/convenzioni.html> e seguire le istruzioni a video.

Ti verranno chiesti inizialmente il codice fiscale e il numero di iscrizione all'Albo di Roma (solo i numeri. Es, se IP-77890 sarà 77890). Per chi non lo ricordasse, il numero è riportato sulla tessera d'iscrizione. Chi non avesse ancora ritirato la tessera (i nuovi iscritti la ricevono a casa) può farlo in ogni momento presso la sede del Collegio (viale Giulio Cesare, 78)

Successivamente saranno necessari: i tuoi dati completi, un documento di identità valido, e un indirizzo di posta elettronica tradizionale (o personale/aziendale) dove Ti verranno recapitati i moduli di adesione al servizio che successivamente

andranno rispediti via fax al gestore, datati e firmati, assieme alla fotocopia del Tuo documento di Identità precedentemente comunicato.

Terminato il flusso di attivazione, riceverai 2 (email: una di avvenuta attivazione contenenti i parametri tecnici per usare la tua nuova mailbox, ed un'altra contenente la modulistica da compilare e spedire via fax.

La nuova mailbox sarà subito funzionante, ma disattivata se non inviati i moduli al gestore.





Collegio Ipasvi di Roma



**CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ

CREDITI ECM?

Corsi gratuiti al Collegio Ipasvi Corsi itineranti sul tuo luogo di lavoro

Il Collegio Ipasvi di Roma, provider nazionale del programma di Educazione Continua in Medicina, organizza presso la propria sede in viale Giulio Cesare in Roma (Metro Ottaviano) numerosi corsi gratuiti accreditati, riservati esclusivamente agli infermieri iscritti all'Albo.

Inoltre, è partito un ciclo di corsi itineranti che faranno tappa nei principali ospedali e Asl e che consentiranno di maturare crediti Ecm senza doversi preoccupare di allontanarsi dal luogo di residenza e di lavoro.

Grazie al programma straordinario Ecm varato per il 2014, in collaborazione con il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, sarà possibile anche richiedere eventi formativi presso la propria struttura di riferimento, indirizzando la richiesta direttamente al Collegio.

PER INFO E RICHIESTE scrivete a: collegio@ipasvi.roma.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: 06/37511597

segreteriaecm@ipasvi.roma.it

Guida all'esercizio della professione di infermiere

È disponibile la nuova edizione della Guida all'esercizio della Professione edita da C.G. Edizioni Medico Scientifiche in cui vengono esaminati, in modo analitico, i temi che caratterizzano la quotidianità dell'infermiere.

Si tratta di un'opera accurata, completa e dai contenuti rigorosi, ma soprattutto, pratica, frutto di un lungo e minuzioso lavoro di ricerca bibliografica. I temi vengono trattati mediante un'analisi suddivisa in tre sezioni: l'esercizio professionale, le sue regole e i rapporti professionali.

La prima parte del volume mette a fuoco la nuova identità dell'infermiere nell'esercizio professionale pubblico e privato, la formazione universitaria e l'Ecm, l'ordinamento professionale attuale e le sue prospettive.

Dalla sezione dedicata alle regole (la seconda) emergono con forza i temi sensibili della responsabilità professionale, della pianificazione, dei processi decisionali, della scelta fra i diversi modelli organizzativi, dei rapporti con le altre Professioni sanitarie. In costante rilievo anche la relazione diretta e personale con il paziente, la capacità comunicativa, i canali e le modalità di interazione, la stessa funzione educativa dell'infermiere e il suo ruolo decisivo nella prevenzione.

Infine, la terza sezione, con capitoli dedicati ai contratti di lavoro



e alla sicurezza: temi che animano le cronache dei nostri giorni e chiamano ciascun professionista ad un impegno ulteriore di aggiornamento e acquisizione di competenze, per rispondere efficacemente ai mutati bisogni della società e all'evoluzione tecnologica in sanità.

Questa nuova edizione riflette le profonde modifiche apportate all'Ordinamento della professione di infermiere dalle numerose disposizioni legislative degli ultimi anni, investendo l'intero sistema formativo e le stesse regole dell'esercizio professionale.

La Guida intende divenire un punto di riferimento per i professionisti infermieri, vuole dare una sistemazione organica alla nuova regolamentazione della professione e fornire un quadro aggiornato del sapere e del ruolo che la contraddistingue.

Sul sito della casa editrice (www.cgems.it) è possibile acquistare la Guida e scaricare gli aggiornamenti. Nonchè iscriversi alla newsletter.

AA.VV

Guida all'Esercizio della Professione di Infermiere

C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 664 pag

29,00 euro (prezzo listino; 24,00 euro per gli iscritti Ipasvi)

L'operatore sanitario moderno novello "psicologo" degli assistiti

Il mondo sanitario è in continua evoluzione e ciò richiede la formazione ad un approccio professionale che non eroghi prestazioni meramente tecniche, ma sia basato anche su processi relazionali significativi.

Il testo delinea i principi della psicologia moderna e si colloca nell'odierno panorama culturale con l'obiettivo di promuovere negli operatori sanitari una professionalità che tenga conto della globalità dell'individuo secondo il paradigma bio-psicosociale.

A cura di Rosario Di Sauro, il testo vanta gli interventi di: Silvia Alonzi, Fabio Belli, Fernanda Cerignoli, Oronzo Chialà, Stellario Chiovè, Antonello Cocchieri, Mauro Cor-



saro, Anna Di Costanzo, Stefania Greghini, Sara Martelli, Antonella Punziano.

E la prefazione di Gennaro Rocco.

Rosario Di Sauro è professore a contratto di Pprofessore a contratto di Psicologia clinica e Psicologia sociale presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", è presidente e direttore scientifico del CeRipa-onlus (Centro Ricerche e Interventi in Psicologia Applicata) di Latina e didatta Sirpidi (Scuola Internazionale di Psicologia Clinica e Psicoterapia Psicoanalitica) dell'Idi (Istituto Dermatologico dell'Immacolata) di Roma.

Rosario Di Sauro

Elementi di Psicologia per l'operatore sanitario

412 pag, 23 euro, Aracne editore

L'infermiere eclettico, l'inglese medico-scientifico

Questo manuale vuole essere una guida pratica per quanti intendono migliorare la propria pronuncia e comprensione dell'inglese parlato medico-scientifico contemporaneo.

Si tratta di un testo unico in Italia per quanto concerne la pronuncia e comprensione dell'inglese medico-scientifico, e il più aggiornato per quanto riguarda la pronuncia dell'inglese in generale.

Il testo è rivolto soprattutto agli studenti e docenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei corsi di laurea per le Professioni sanitarie, ma può fungere anche da ottimo strumento didattico per i corsi di formazione e aggiornamento professionale per gli operatori del settore o per chiunque sia interessato alla pronuncia inglese attuale.

L'inglese, che ha assunto oramai una centralità totale come mezzo di comunicazione internazionale del sapere scientifico, viene spesso descritto come lingua particolarmente ostica da apprendere non solo per determinati aspetti grammaticali che lo caratterizzano, ma anche e soprattutto per le difficoltà che riguardano la comprensione orale della lingua stessa e la riproduzione di particolari suoni a volte distanti dal sistema fonologico-fonetico di molti idiomi.

Per fare un esempio: termini quali *respiratory* ('respiratorio'), *asthma attack* ('attacco d'asma') o *tetanus* ('tetano') risultano essere d'immediata comprensione per uno studente italiano quando questi compaiono scritti in un testo.

Tuttavia, l'esperienza insegna che le stesse espressioni possono essere estremamente complicate da "decifrare" se pronunciate da un nativo all'interno di un contesto comunicativo. Inoltre, la risaputa non corrispondenza esistente in inglese tra grafia e pronuncia porta spesso alla 'creazione' da parte degli studenti di pronunce bizzarre o distorte che sarebbero di diffi-



cile, se non di impossibile comprensione per i madrelingue.

I termini che seguono, per esempio, causano spesso incertezze: *bowel* ("intestino"), *catheter* ("catetere"), *heart* ("cuore")/*hurt* ("ferire"), *tear* ("lacrima"; "lacerazione"), *temperature* ("temperatura"; "febbre"), *tongue* ("lingua").

Poiché per i professionisti della salute chiarezza ed efficacia nelle interazioni comunicative sono da ritenersi essenziali, pena la compromissione della propria reputazione e credibilità scientifica, è assolutamente necessario che tutti coloro che operano in un contesto medico-scientifico in cui l'inglese è requisito fondamentale, sappiano padroneggiare la lingua sia da un punto di vista morfo-sintattico che da un punto di vista prettamente fonetico.

Lo scopo di questo manuale è di consentire un avvicinamento graduale al sistema fonologico-fonetico dell'inglese contemporaneo, fornendo al tempo stesso i concetti e le informazioni di base su come si classificano, si analizzano e interpretano i suoni dell'inglese.

Il testo si rivolge essenzialmente a parlanti di madrelingua italiana e comprende una raccolta di esercizi pratici di pronuncia, molti dei quali corredati di clip sonore scaricabili gratuitamente dal sito www.edises.it, previa registrazione.

I capitoli in cui il volume è suddiviso trattano la corretta articolazione dei suoni consonantici e vocalici dell'inglese standard nonché le caratteristiche relative all'accentazione, ai fenomeni di fonetica sintattica e all'intonazione.

Alessandro Rotatori
**L'inglese medico-scientifico: pronuncia e
comprensione all'ascolto**
EdiSES edizioni, pp. 184 (12,75 €)

Compatibilità e incompatibilità tra lavoro dipendente e attività libero professionale: obblighi del lavoratore e sanzioni applicabili

Uno dei quesiti che frequentemente viene rivolto al Collegio è quello che attiene alla compatibilità del rapporto di lavoro dipendente dell'infermiere con l'esercizio contestuale, da parte di quest'ultimo, di attività di tipo libero-professionale.

In risposta a tale interrogativo, si deve opportunamente distinguere l'ipotesi in cui l'infermiere presti servizio alle dipendenze di un datore di lavoro privato da quella in cui, viceversa, il medesimo operi alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico.

In realtà non si pongono particolari problemi al verificarsi della prima fattispecie, essendo in tal caso l'infermiere tenuto alla sola osservanza del disposto di cui all'art. 2105 c.c., del contratto individuale di lavoro, nonché delle previsioni di cui al contratto collettivo applicabile.

Recita testualmente il predetto art. 2105 c.c., rubricato "Obbligo di fedeltà": *"Il prestatore di lavoro non deve trattare affari, per conto proprio o di terzi, in concorrenza con l'imprenditore, né divulgare notizie attinenti all'organizzazione e ai metodi di produzione dell'impresa, o farne uso in modo da poter recare ad essa pregiudizio"*.

In applicazione di tale norma, al dipendente di una struttura privata è dunque consentito svolgere una seconda attività lavorativa retribuita con l'unico limite di non trattare affari per conto proprio o di terzi in concorrenza con il datore di lavoro.

A fronte della violazione del suddetto limite, deriverà l'applicazione di sanzioni da parte del datore di lavoro, sanzioni che possono arrivare fino al licenziamento per giusta causa; e ciò, fermo restando l'onere del datore di lavoro di provare il comportamento infedele, sleale e concorrenziale posto in essere dal dipendente.

Il contratto di lavoro individuale e il contratto collettivo applicabile possono prevedere espressamente delle clausole che consentano lo svolgimento di attività secondarie da parte del lavoratore e possono, altresì, includere delle condizioni che ne impediscano l'esercizio.

Nel caso in cui non vi siano espresse previsioni in tal senso, sarà il datore di lavoro che intenderà sanzionare - intimandogli il licenziamento per giusta causa - il dipendente per aver esercitato una attività lavorativa secondaria, a dover fornire la prova della duplice circostanza che il lavoratore abbia prestato una seconda attività lavorativa in modo continuativo, e che da tale esercizio sia derivato un grave inadempimento della sua prestazione lavorativa primaria, con conseguente immediato danno per il datore di lavoro stesso.

Altro discorso vale con riferimento al rapporto di lavoro alle dipendenze di un datore di lavoro pubblico.

A seguito dell'evoluzione normativa che negli ultimi decenni ha interessato il pubblico impiego, la fattispecie in esame trova attualmente la sua disciplina nell'art. 53 d.lgs 165/2001, rubricato "Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi". Il richiamato articolo, al comma 1, conferma il regime di incompatibilità previsto per la generalità dei pubblici dipendenti dal vecchio art. 60 D.P.R. 3/1957, e ribadisce il divieto di cumulo di impieghi rispetto ad alcune categorie, tra le quali vi rientra, per ciò che qui rileva, il Comparto Sanità, di cui fanno parte gli infermieri.

La norma rinvia, infatti, al disposto di cui all'art. 4 comma 7 del l. n. 412/1991, che recita testualmente: *"Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipen-*



dente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio sanitario nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la partecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso".

Il medesimo art. 53 individua, tuttavia, delle espresse deroghe a tale generale divieto, operando una significativa distinzione tra l'ipotesi in cui il rapporto di lavoro del dipendente sia costituito a tempo pieno o a tempo parziale con orario superiore al 50% di quella a tempo pieno, da quella in cui, diversamente, tale rapporto sia istituito a tempo parziale con orario pari o inferiore al 50%.

Nel primo caso (tempo pieno o part-time superiore al 50%), il dipendente potrà svolgere ulteriori incarichi retribuiti, anche occasionali, solo se previamente autorizzato in tal senso dalla amministrazione di appartenenza, chiamata a valutare l'assenza di conflitto di interessi a tutela del buon andamento della amministrazione.

Tale autorizzazione potrà essere richiesta sia dal lavoratore stesso che dai soggetti (pubblici o privati) che intendano avvalersi delle prestazioni di quest'ultimo. Tale seconda attività lavorativa non potrà tuttavia configurarsi come altro rapporto di lavoro dipendente.

In caso di violazione di tale specifico divieto "salve le più gravi sanzioni e ferma restando la responsabilità disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, a cura dell'erogante o, in difetto, del percettore, nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione di appartenenza del dipendente per essere destinato a incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti". (art. 53 comma 7).

Diverso è il caso dei rapporti di lavoro part-time con prestazione lavorativa pari o inferiore al 50%, rispetto ai quali è consentito ai lavoratori di iscriversi ad albi professionali e di espletare una seconda attività retribuita sia come liberi professionisti, che come lavoratori dipendenti, salvo il divieto di costituire due rapporti di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione. In tale ipotesi, il lavoratore sarà tenuto a comunicare all'amministrazione nella quale presta servizio il tipo di attività secondaria che intenderà esercitare, dovendo, anche in tal caso, l'amministrazione valutare se detta attività possa integrare o meno un'ipotesi di conflitto di interessi con l'incarico primario del dipendente oppure un pregiudizio alla funzionalità della amministrazione stessa, in tali casi vietandone l'esercizio.

Dal punto di vista disciplinare, sia la violazione del divieto di svolgere attività retribuita non autorizzata previsto per il dipendente a tempo pieno o part-time superiore al 50%, che la violazione dell'obbligo di comunicare alla propria amministrazione di svolgere una seconda attività previsto per il dipendente a tempo parziale con rapporto di lavoro inferiore al 50%, costituiscono giusta causa di recesso del rapporto di lavoro (art. 1 comma 60 l. n. 662/1996).

All'inosservanza dei citati obblighi da parte del dipendente, quindi, conseguirà un provvedimento disciplinare sanzionatorio, che può portare finanche al licenziamento per giusta causa.

Questi, dunque, i principi che regolano la conciliabilità del rapporto di lavoro dipendente con l'esercizio contestuale di attività di tipo libero-professionale, affinché il personale infermieristico possa consapevolmente esercitare la propria professione evitando di esporsi al rischio di qualsivoglia sanzione disciplinare.

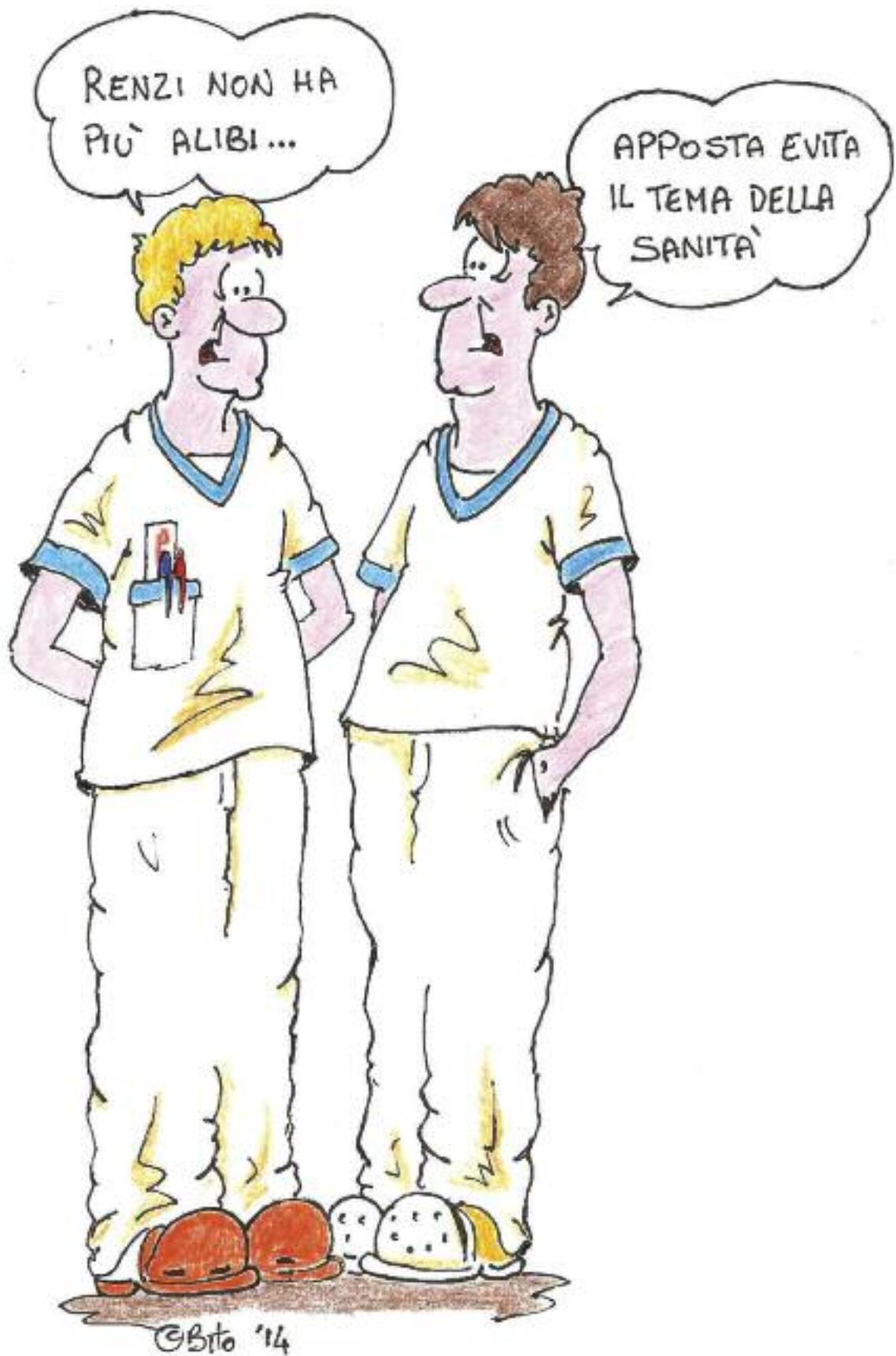
Avv. Barbara Pisa

NOTIZIE IN PILLOLE

Zanzare infette per battere la dengue

I ricercatori dell'Istituto Vietnamita di Igiene ed Epidemiologia stanno testando sulle zanzare un metodo per fermare la temibile febbre emorragica conosciuta come dengue. Gli insetti sono stati contagiati in laboratorio da un batterio della famiglia Wolbachia. Potrebbe impedire alle zanzare di contrarre la dengue, impedendo loro di poterla trasmetterla agli esseri umani. Le zanzare femmine che trasportano il Wolbachia trasmettono il batterio alle successive generazioni. Il maschio diventa sterile quando si accoppia con una zanzara non contagiata.

Su questa base i ricercatori pensano di poter sostituire gradualmente la popolazione selvaggia riducendo la possibilità di trasmissione della dengue agli umani. La dengue è nota anche come "febbre rompi-ossa" perché causa dolori articolari atroci e mal di testa martellanti. Non esistono vaccini, cure o trattamenti specifici. Gli scienziati stanno rilasciando gli insetti in piccole aree isolate, prima di testarlo a Nha Trang, città sulla costa vietnamita. Il loro lavoro si concentra ora sui ceppi del batterio iniettato nelle zanzare che dimostrano maggior efficacia.



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 Raffreddati d'Italia (Ari).

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

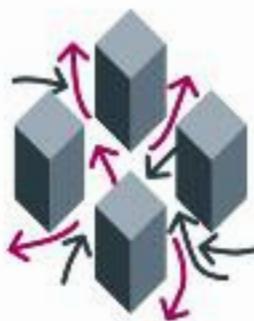
Le parole straniere vanno sempre indicate in corsivo, soprattutto se non sono ancora entrate nell'uso comune italiano. Se si decide di usare un termine straniero, è bene ricordare che non si declina mai (ad es. i computer e non i computers).

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

L'INNOVAZIONE PASSA PER LA RICERCA



**CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**



COLLEGIO PROVINCIALE IPASVI DI ROMA

viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma - metro Ottaviano

Tel. 06.37511597 r.a. - Fax 06.45437034

Email: collegio@ipasvi.roma.it

www.ipasvi.roma.it

Orari apertura uffici:

Lunedì e giovedì: 8.30-12.30 e 14.30-17

Martedì, mercoledì, venerdì: 8.30-12.30

www.centrodiexcellenza.eu