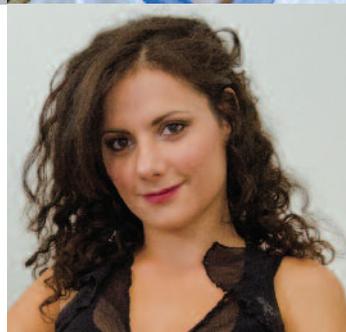


INFERMIERE

oggi

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

N°3



Il Collegio Ipasvi secondo noi...



EDITORIALE
Il mio impegno di sempre
per una sfida nuova

CONTRIBUTI
Efficacia degli
interventi di telenursing

FOCUS
Bilancio delle attività del triennio 2012-2014

NOTIZIE DAL COLLEGIO
De Marinis primo
Ordinario di Scienze
infermieristiche
in Italia



INFERMIERE

oggi

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIV - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 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
Chiara Agliata, Simonetta Bartolucci, Angela Basile, Marinella Carnevale,
Girolamo De Andreis, Gianfranco Del Ferraro, Stefano Di Carlo,
Maurizio Fiorda, 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: ottobre 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 **Il mio impegno di sempre per una sfida nuova**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Protocolli a gestione infermieristica per il monitoraggio ed il trattamento dell'iperglicemia nel paziente critico**
di Alessia Simonetti, Davide Bove

- 11 **Efficacia degli interventi di *telenursing* per promuovere il *self-care* nei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Un confronto tra l'utilizzo dei video educativi, internet e delle telefonate di monitoraggio**
di Silvia Di Saverio, Rebecca Mangado, Fulvio Sghembi

- 17 **Rispetto professionale e centralità della persona nell'assistenza**
di Valentina Petri, Laura Sabatino

- 20 **Counseling infermieristico per l'Hiv**
di Roberta Seri, Fernando Barberini, Maria Feola

- 25 **Le nuove raccomandazioni sulle tecniche iniettive di insulina**
di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati

- 29 **Il progetto infermiere *case manager* nel dipartimento di salute mentale della Asl Roma/A**
Adriana Costa, Teresa De Paola, Ione Moriconi

- 35 **Il bagno giornaliero con clorexidina gluconato al 2% può ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza nei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive?**
di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

FOCUS

- 39 **SINTESI DELLE ATTIVITÀ DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA NEL TRIENNIO 2012-2014**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 50 **De Marinis, primo Professore ordinario di Scienze infermieristiche in Italia**
53 **Relazione sintetica dei Servizi bibliotecari del Collegio Ipasvi di Roma - triennio 2012-2014**
55 **Premiati gli iscritti "di lungo corso" all'Albo di Roma e provincia**

DICONO DI NOI

- 56 **C'è sempre più bisogno di infermieri ma il piano di rientro blocca le assunzioni**

LETTO PER VOI

- 60 **Fondamenti di Ricerca Infermieristica. L'edizione italiana di un "classico"**
61 **Sanità, il falso mito della razionalizzazione**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **L'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo per i liberi professionisti**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



Il mio impegno di sempre per una sfida nuova

di Gennaro Rocco

Non è semplice scrivere questo editoriale sapendo che sarà l'ultimo del mio mandato come Presidente del Collegio di Roma. Dopo tanti anni di impegno in prima linea, dopo tante battaglie e sfide lanciate e spesso vinte, sento tutto il peso della decisione di non ripropormi per un nuovo mandato.

Ho dedicato al Collegio buona parte della mia vita. Ho avuto il privilegio di conoscere e lavorare con migliaia di colleghi straordinari con i quali ho condiviso un'esperienza meravigliosa, piena di soddisfazioni umane e professionali, colleghi capaci di offrirmi sempre nuovi stimoli, affetto e collaborazione. Ora però mi attende un altro impegno altrettanto grande, un progetto che potrà offrire un nuovo contributo anche alla crescita della nostra professione e che assorbirà buona parte del mio tempo e delle mie energie. A questo mi dedicherò con passione e senza risparmiarmi, come ho fatto finora per il Collegio.

Non amo gli amarcord nostalgici né i bilanci di fine mandato, troppo asettici nel rendicontare il lavoro svolto per poter raccontare appieno il vincolo emozionale che mi lega al Collegio di Roma, al suo personale, agli amici che hanno condiviso con me questi anni di grande impegno per la causa professionale. Le domande che mi pongo in questo momento, così particolare e toccante, sono almeno un paio.

Cosa lascio? E cosa trovo?

Lo dico con orgoglio: lascio un Collegio sano e in ottima forma, con una nuova sede dignitosa e funzionale, con tanti servizi di qualità agli iscritti, un ente che fa scuola in Italia e all'estero. Il nostro Collegio è oggi un concentrato straordinario di servizi, corsi Ecm gratuiti e consulenze senza costi per gli iscritti, una biblioteca infermieristica tra le più fornite e qualificate al mondo con accesso diretto alle principali pubblicazioni scientifiche internazionali e banche dati professionali. Un Collegio concentrato anche sulla ricerca, protagonista a livello mondiale grazie

alla vivacissima attività del Centro di Eccellenza di Roma e ai brillanti colleghi che la animano. Un Collegio che ha ottenuto la certificazione di qualità e che ha lavorato sodo sul recupero delle morosità riuscendo così ad abbassare per due anni consecutivi la quota d'iscrizione, oggi tra le più basse d'Italia.

E poi un lavoro certosino per rivendicare il peso istituzionale che la nostra professione non ha mai avuto, intensificato nel tempo cocciutamente, proponendo sempre con grande concretezza le soluzioni e i sistemi organizzativi migliori e antepo- nendo sempre le buone ragioni dei cittadini e degli operatori sanitari. Ora ci convocano sui tavoli che contano, ci ascoltano, recepiscono i nostri piani e ci assicurano che il modello di sanità che proponiamo può finalmente decollare. Poi, alla prova dei fatti, spesso le cose vanno diversamente. Tuttavia dobbiamo riconoscere che qualcosa negli ultimi mesi si è mosso e che la nostra disastrosa sanità regionale può finalmente scorgere la luce in fondo al lunghissimo tunnel del deficit e del commissariamento.

Ci confortano in questo senso le battaglie vinte per lo sviluppo della sanità territoriale, le Case della Salute, i reparti di Degenza a Gestione Infermieristica, le Dirigenze e i Dipartimenti delle Professioni Sanitarie. Novità che agitano parecchio una retroguardia che protegge gli interessi e le rendite di posizione storiche di altre professioni sanitarie. Ma ora la Regione Lazio sembra inizi ad ascoltarci un po' di più e parrebbe finalmente decisa a voltare pagina, ad organizzare i servizi sanitari sulla base di un modello nuovo, più vicino ai cittadini, più prossimale e capillare. Un modello in cui l'infermiere ha un ruolo centrale e spazi enormi, anche per l'aspetto occupazionale. La crisi di lavoro e il precariato che oggi non risparmiano la nostra professione si battono così: creando nuove occasioni di cura e di assistenza.

Con il Collegio so di lasciare, con un rammarico che mi stringe

EDITORIALE

il cuore, impiegati e collaboratori che hanno dimostrato una dedizione al lavoro esemplare. Lascio un gruppo di colleghi del Consiglio direttivo sensibili ed esperti, ben allenati al lavoro in team, divenuti ormai un punto di riferimento anche sul piano personale per tantissimi iscritti che frequentano il Collegio e utilizzano i suoi servizi. A loro e a quelli che vi si aggiungeranno, il compito di traghettare la nostra casa professionale nel futuro, di continuare a garantire i servizi sviluppandoli ulteriormente affinché il Collegio sia sempre più un luogo di confronto e condivisione professionale sicuro e stimolante per tutti gli infermieri.

Che cosa trovo? Uno scenario complesso e disseminato di insidie, con la sanità pubblica in crisi e il diritto alle cure minacciato ogni giorno dai tagli di spesa. Uno scenario che vede tanti giovani infermieri disoccupati o sottoccupati, precari o costretti addirittura ad emigrare. Paradosso nei paradossi in un paese che ha il peggior rapporto infermieri/cittadini tra i Paesi dell'Ocse! Un paese che vede una carenza di organici che supera le 60.000 unità. Per questo bisognerà sostenere i sindacati affinché trovino modo e spazi per correggere questa anomalia che fa male al paese e ai suoi cittadini. Ma c'è anche la speranza che il sistema cambi davvero e che finalmente siano i professionisti giusti a gestire i modelli assistenziali migliori per la popolazione. A questo processo offriamo tutta la nostra esperienza e l'orgoglio di una professione cresciuta come nessun'altra in questi anni, fortemente arricchita nei suoi contenuti

culturali, scientifici e formativi, capace di piena autonomia gestionale e organizzativa, una professione adulta, pronta ad affrontare da protagonista le sfide di una società sempre più bisognosa di assistenza ad alta qualificazione.

Dateci i mezzi e gli organici necessari e faremo per intero la nostra parte. Riconosceteci però quel che ci spetta di diritto: un adeguato trattamento contrattuale ed economico del lavoro che ci sobbarchiamo faticosamente ogni giorno. Riconosceteci la dignità di ciò che siamo: professionisti sanitari di serie A! Su questo fronte c'è ancora molto da lottare per una maggiore considerazione sociale dell'infermiere. C'è bisogno perciò, oggi più che mai, di una rappresentanza professionale forte, sicura delle sue potenzialità, determinata a conquistare nuovi spazi culturali e professionali dimostrando sul campo chi è oggi un infermiere, quante cose sa e sa fare.

La spaventosa crisi che ha colpito il nostro settore può ancora riservarci una sorpresa che è anche una speranza: che il peggio sia ormai alle nostre spalle e che il sistema politico sia finalmente pronto a cambiare. Non possiamo permetterci di tirare i remi in barca in un momento così delicato e dobbiamo pretendere di essere noi a gestire il nostro futuro. È questa la raccomandazione che a fine mandato, con i migliori auguri di buon lavoro, sento di poter consegnare al prossimo Presidente e al futuro Consiglio.

C'è un gran bisogno di noi infermieri, e noi siamo pronti!



Protocolli a gestione infermieristica per il monitoraggio ed il trattamento dell'iperglicemia nel paziente critico

di Alessia Simonetti, Davide Bove

ABSTRACT

La letteratura scientifica è concorde nell'affermare che uno stato di iperglicemia si verifica in modo piuttosto frequente nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva (T.I.).

Tale stato è provocato da un rilascio di catecolamine e da una serie di ormoni contro-regolatori e si associa ad una prognosi più sfavorevole poiché induce una serie di alterazioni fisiopatologiche che possono condizionare la sopravvivenza del paziente.

È documentato in numerosi studi (1, 2, 3, 4), in contesti differenti di condizioni critiche, l'utilità di un monitoraggio glicemico intensivo e di un trattamento insulinico volti a controllare i valori glicemici elevati.

Esistono numerosi protocolli di infusione di insulina endovenosa e di controllo glicemico intensivo e negli ultimi anni sono stati proposti diversi algoritmi, gestibili direttamente dall'equipe infermieristica.

Nonostante queste evidenze, in molte realtà ospedaliere la glicemia resta l'unico indicatore vitale troppo spesso non sottoposto a monitoraggio continuo nelle T.I. mediche e chirurgiche: tali evidenze vengono spesso non considerate a causa della difficoltà d'applicazione nella pratica quotidiana.

L'indagine, dopo una revisione della letteratura su oltre 90 articoli, ha volto lo sguardo sulla realtà quotidiana tramite

uno studio osservazionale durato quattro mesi allo scopo di capire come, ad oggi, la glicemia nel paziente critico venga gestita e perché i protocolli non vengano adottati malgrado le evidenze scientifiche.

Lo studio ha avuto come *setting* alcuni Centri di Rianimazione e di T.I. e sub-Intensiva di una Asl romana e come campione 70 infermieri delle suddette Uoc. Lo studio è stato diviso in tre fasi:

Fase A: somministrazione del primo questionario;

Fase B: incontro con gli infermieri ed illustrazione dell'argomento tramite una monografia informativa appositamente redatta;

Fase C: somministrazione del secondo questionario.

La maggior parte degli infermieri che ha preso parte allo studio non aveva idee chiare sull'iperglicemia da stress e sul monitoraggio glicemico.

La maggior parte di loro era convinto che l'iperglicemia da stress non incidesse sulla sopravvivenza e l'insufficienza d'organo del paziente, o che, comunque, poteva essere pericolosa solo per i pazienti già dichiaratamente diabetici.

Parole-chiave: cura del paziente critico, iperglicemia da stress, terapia insulinica intensiva, sperimentazioni cliniche, gestione infermieristica della terapia insulinica intensiva e monitoraggio, protocolli,

Hyperglycemia, Hypoglycemia, blood glucose, insulin resistance in critically ill patients, morbidity, mortality, insulin protocol nurse management, critical care.

INTRODUZIONE

Di recente, si è osservato che il paziente critico delle T.I. medico-chirurgiche sviluppa frequentemente un diabete misconosciuto, o **iperglicemia da stress**, che può essere definita come un aumento transitorio della concentrazione di glucosio nel sangue durante la malattia fisiologica acuta.

Questo stato si può manifestare in due popolazioni distinte di pazienti: quella con diabete non diagnosticato o con ridotta tolleranza al glucosio, o in coloro che sviluppano l'iperglicemia come il risultato del forte stress a causa degli ormoni controregolatori e alla presenza delle citochine.

L'iperglicemia da stress contribuisce all'aumento della morbilità con la creazione di un ambiente cellulare tossico, provocando disidratazione intracellulare ed extracellulare, inducendo alterazioni elettrolitiche e depressione della funzione immunitaria.

Centocinquanta anni fa, Reyboso osservò la presenza di glicosuria dopo l'anestesia con etere, una condizione indotta dalla situazione di stress generata sul corpo, e nel 1877 Claude Bernard descriveva l'iperglicemia durante shock emorragico.

È ormai noto come qualsiasi tipo di malattia acuta, o grande trauma, porti ad una insulino-resistenza, all'intolleranza al glucosio e all'iperglicemia; tale sindrome è nota come "The diabetes of injury".

La maggior parte dei decessi nelle T.I., che si verificano dopo i primi giorni di ricovero, sono attribuibili all'insufficienza d'organo.

Un ruolo importante è svolto dall'aumento della suscettibilità alle complicanze infettive e al crollo funzionale e strutturale del sistema immunitario alle infezioni; ma anche dai disturbi del metabolismo energetico che, in passato, era stato attribuito esclusivamente alla causa dell'ipossia cellulare.

Recenti studi, invece, hanno sottolineato che, oltre ad un disturbo d'ipossia citopatica, l'insufficienza d'organo era correlata ad un innalzamento della glicemia acuta e misconosciuta: l'iperglicemia da stress che si associa ad una prognosi più sfavorevole visto che induce una serie di alterazioni fisiopatologiche che possono condizionare la sopravvivenza stessa del paziente.

Per questo motivo, l'utilità di un monitoraggio glicemico intensivo e un trattamento insulinico volti a controllare i valori glicemici elevati è documentato in numerosi studi e in contesti differenti di condizioni critiche.

Infatti, il bisogno e l'importanza del controllo dell'iperglicemia nei pazienti critici ospedalizzati gode di solide evidenze ormai da oltre dieci anni: dallo studio Digami nel 1996, i numerosi studi di Van Den Berghe del 2001 ed i successivi del 2004 e del 2006, Digami II del 2011, hanno riproposto, con forza, il ruolo dell'iperglicemia come fattore prognostico negativo indipendente, nel ricovero ospedaliero di molte patologie acute sia mediche che chirurgiche.

Tali evidenze, messe in discussione nel 2009 da in uno studio americano, "The NiceSugar" vengono oggi riconfermate nelle stesse linee-guida americane del 2013, *Standars of medical cure in diabetes*.

Esistono numerosi protocolli di infusione di insulina endovenosa e di controllo glicemico intensivo e, negli ultimi anni,

PROTOCOLLI					
	YALE	PORTLAND	GIK INTENSIVO	AMD-SID-OSDI	MARKOWITZ
Anno di pubblicazione	1999	2006	1962	2009	2002
Autore/i	Università di Yale.	Furnay Ap, et al. Elimination the diabetic disadvantge: the Portland Diabetic Project. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2006 Winter;18(4):302-8.	Effects of an intravenous infusion of a potassium-glucose-insulin solution on the electro-cardiographic signs of myocardial infarction. A preliminary clinical report. SODI-PALLARES D, et al. Am J Cardiol. 1962 Feb; 9():166-81.	Proposta operativa di AMD-SID-OSDI della Regione Emilia-Romagna.	Markowitz L, Endocr Pract 2002, 8:10.
Diluizione dell'insulina	50ml Sol.Fisiologica 0,9% NaCl+ 50 U.I. di insulina regolare.	50ml Sol.Fisiologica 0,9% NaCl+ 50 U.I. di insulina regolare.	50ml Sol.Fisiologica 0,9% NaCl+ 50 U.I. di insulina rapida.	49,5ml Sol.Fisiologica 0,9% NaCl + 50 U.I. di insulina regolare (= 0,5 ml)	100U.I. / 100 ml Sol.Fisiologica 0,9% NaCl, da infondere secondo i 4 algoritmi.
Modalità di somministrare	Pompa siringa	Pompa siringa	Pompa siringa	Pompa siringa	Pompa siringa
Priming d'infusione*	Si. Iniettare 50ml della soluzione nei tubi d'infusione.	-	-	-	-
Target Glicemico	100 – 139 mg/dl (l'algoritmo è stato tarato su un target glicemico più basso di quello attualmente raccomandato per i pz critici =>140 < 180mg/dl, tuttavia è un algoritmo valido e ben strutturato il quale può essere adattato ai nuovi target).	>150 inizio infusione < 150 stop infusione	>150 =110 inizio infusione < 110 stop infusione	>200mg/dl inizio infusione <110mg/dl stop infusione	>200mg/dl inizio infusione <120mg/dl stop infusione se si usa il l algoritmo altrimenti passare all' algoritmo precedente.
Bolo iniziale d'infusione	Si Dividere GM iniziale per 100, per poi arrotondare alla più vicina 0,5 U per il bolo e per la velocità d' infusione iniziale. es. GM iniziale = 325mg/dl - 325/100= 3,25 arrotondare a 3,50. Quindi praticare bolo ev 305U e iniziare infusione a 3,5 U/h.	no	no	Si se: - Glicemia <500 mg/dl bolo iniziale di 10 U.I. e.v. - Glicemia 500-400 mg/dl bolo iniziale di 8 U.I. e.v. - Glicemia 300-400 mg/dl bolo iniziale di 5 U.I. e.v.	no
Infusione a 1via o 2 vie **	1 via	1 via	2 vie 2° via: sacca di 500ml di glucosio al 5% con Kcl 0,3% (20mmol) in pompa. Se la glicemia è compresa: -tra 250/300: 2° in velocità a 30ml/h. -tra 150/250: 2° in velocità a 30ml/h. -tra 110/150: 2° in velocità a 60ml/h. - <110: 2° in velocità a 60ml/h.	2 vie 2° via: per glicemia in partenza >500mg/dl, quando la glicemia è <= 250 mg/dl infondere glucosio al 5%cc + Kcl 20mEq (1 fl) o soluzione K 27 mEq/l a velocità variabile secondo il compenso emodinamico e lo stato di idratazione.	1 via

Statico / Dinamico ***	Dinamico	Statico	Statico	Statico	Statico
Intervallo di tempo per il controllo glicemico	1. Controllo GM ogni ora a stabilizzazione (3 rilevazioni consecutive entro il target). 2. Successivamente controllare GM ogni 2h, una volta stabilizzati i valori per 12/24h i controlli possono essere effettuati ogni 4h. 3. Valutare il ritorno temporaneo a controlli BG ogni h, fino a una nuova stabilizzazione, se si verificano una delle seguenti eventualità: a) cambiamento nella velocità infusione di infusione (quindi GM al di fuori del range di riferimento). b) cambiamento significativo delle condizioni cliniche. c) Inizio o sospensione di: terapia pressoria, steroidea, emodialisi, CVVH, NTP, NE.	1) Ogni ora finché stabilizzato (quando cambi frequenti nel dosaggio di insulina non sono più necessari e la glicemia è nella fascia 150/200) può misurare ogni 2h. 2) Durante lo svezzamento dei vasopressori (es. Adrenalina), controllare ogni 30 min. finché stabilizzato.	- >500 controllo dopo 3h. - tra 400/ 500 controllo dopo 3h. - tra 300/ 400 controllo dopo 2 h. - tra 250/300 controllo dopo 2h. - tra 150/250 controllo dopo 2h. - tra 110/ 150 controllo dopo 1h. - <110 controllo dopo 1h.	Controllo della glicemia capillare dopo 1h, per verificare della dose (U/h), poi ogni 2 h per le prime 12h, poi ogni 4 h, se la glicemia è stabile. Quando 3 glicemie successive sono >110 e >= 140, embriacare la terapia insulinica s.c. ai pasti con analogo rapido, e sospendere la pompa alla prima dose di glargine serale.	Controllo glicemico orario fino alla loro stabilità. Se la glicemia è stabile per 2 volte consecutive nel range desiderato, il monitoraggio può essere eseguito ogni 2h e quindi ogni 4h.
Intervento per ipoglicemia	<u>Se GM <50 mg/dl:</u> Stop infusione insulina. Iniettare 25g di glucosio e.v. (50ml di sol. Gluc.50%, o 75% di sol. Gluc. 33%); Controllo GM ogni 15 min. Quando BG >= 100 mg/dl, attendere 1h, poi riprendere infusione al 50% dell'ultima velocità. <u>Se GM <50-70 mg/dl:</u> Stop infusione insulina. Se pz sintomatico o incapace valutare i sintomi. Iniettare 25g di glucosio e.v. (50ml di sol. Gluc.50%, o 75% di sol. Gluc. 33%); Controllo GM ogni 15 min. Se pz asintomatico Valutare l'iniezione di 10/15g di gluc.e.v.(20-25ml di sol.gluc.50%, o 30-40ml di sol.gluc.33%) o somministrazione di 200ml di succo di frutta per o.s. Controllo GM ogni 15-30 min. Quando BG>= 100mg/dl, attendere 1h, poi riprendere infusione al 75% dell'ultima velocità.	<u>Se glicemia <75 mg/dl :</u> - Stop infusione insulina. - Somm. 25Ml gluc. 33% e misurare nuovamente entro 30 min. - Quando il tasso di glucosio <150 ricominciare con il 50% del precedente. <u>Se glicemia 75 – 100 mg/dl :</u> - Stop infusione insulina. - Controllo glicemia a 30 min. - Quando glicemia >120 riprendere 50% del precedente.	-	- <u>Se glicemia <80mg/dl:</u> infondere glucosio 5% e.v. Per almeno 2/4 h + glicemia capillare ogni ora e adeguamento dell' infusione e.v. di insulina in pompa. - <u>Se ci sono sintomi di ipoglicemia usare glucosio al 10 – 30% per 2h e controllo glicemia capillare ogni ora.</u>	Se il pz <= 70 mg/dl il pz passa all' algoritmo precedente.
* iniettare soluzione (Sol. Fisiologica + Insulina) per saturare i siti di legame nei tubi. ** Presenza di una via di infusione o di una seconda via di infusione con Soluzione per bilancio glicemico di glucosio e potassio. *** Statico/ Dinamico si riferisce al tipo di algoritmo. L'algoritmo dinamico come lo Yale prevede la determinazione della dose insulinica non solamente sulla base dei valori glicemici assoluti, ma anche sull'andamento glicemico, cioè si effettuano cambiamenti di direzione e di velocità correlati a questo.					

sono stati proposti diversi algoritmi, gestibili direttamente dall'equipe infermieristica.

Nonostante queste evidenze, in molte realtà ospedaliere, la glicemia resta oggi, l'unico indicatore vitale troppo spesso non sottoposto a monitoraggio continuo nelle T.I. mediche e chirurgiche e le evidenze vengono spesso non considerate a causa della difficoltà d'applicazione nella pratica quotidiana.

L'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del Nursing come disciplina autonoma, fanno sì che, sempre più, l'infermiere sia coinvolto nel ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi e a prendere decisioni autonome finalizzate a pianificare, attuare e valutare l'intervento assistenziale.

La Legge 42/99 ha esplicitato e rafforzato in maniera chiara il concetto di "autonomia" e di completezza della professione.

L'adozione di protocolli permette di acquisire competenza e responsabilità in funzione di un'assistenza infermieristica volta sempre più all'efficacia e all'efficienza.

Il ruolo dell'infermiere in questo campo riveste un ruolo fondamentale, non solo nella raccolta dati e valutazione iniziale, ma anche nel monitoraggio e nell'evoluzione della terapia.

L'infermiere diventa osservatore speciale e assume responsabilità.

L'utilizzo di questi strumenti gli permette di prendere decisioni cliniche consapevoli, supportate da valenze scientifiche e di superare un tipo di assistenza per compiti, basata sulla routine e sulle abitudini, che spesso determina spreco di risorse e bassa efficacia assistenziale. Gli studi pubblicati mostrano come la gestione affidata agli infermieri, di protocolli condivisi di terapia insulinica e di monitoraggio, sia la chiave organizzativa per garantire efficacia e sicurezza al paziente.

Sono stati pubblicati numerosi algoritmi infusionali efficaci, gestiti direttamente dallo staff infermieristico, che prevedono un adeguamento delle dosi di insulina infusa per via e.v. tramite pompa

siringa (50UI in 50 ml di soluzione fisiologica) guidata dai valori glicemici misurati ogni 1/2 ore.

I protocolli impiegati negli studi fino ad ora condotti differiscono in termini di target glicemici proposti, di strategie terapeutiche (infusione di sola insulina o di glucosio ed insulina, o glucosio, K, insulina) e di applicazione di algoritmi diversi tra loro.

Tutti risultano ugualmente efficaci nel controllare la glicemia, senza significative differenze negli esiti clinici. (Tabella 1)

MATERIALI E METODI

Nella prima parte dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura.

Le ricerche sono state condotte utilizzando le banche dati elettroniche, come PubMed, Midline, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (Central), atti di conferenze scientifiche (Aniarti) e bibliografie di articoli rilevanti.

Sono stati inclusi: articoli scientifici randomizzati condotti nelle terapie intensive che comparavano la terapia insulinica intensiva con la gestione del glucosio convenzionale; studi che documentavano la mortalità, la morbilità e gli *outcome*; studi in cui analizzavano l'uso di protocolli a gestione infermieristica; meta-analisi recenti e meno recenti sull'argomento.

Per la rassegna bibliografica sono stati impostati filtri di ricerca per ciascuno dei concetti: cura del paziente critico, iperglicemia da stress, terapia insulinica intensiva, sperimentazioni cliniche, gestione infermieristica della terapia insulinica intensiva e monitoraggio; gli stessi termini sono stati ricercati in diverse lingue, quali l'inglese, il portoghese, il francese e l'italiano e in combinazione con gli operatori booleani "or", "and", "not".

Dopo aver ottenuto un'ampia panoramica sull'argomento, ci si è domandati come fosse percepito il problema negli infermieri ed è stato sviluppato uno studio osservazionale su come questi monitoravano e risolvevano il problema dell'iperglicemia da stress e cosa realmente ne sapevano.

A tal fine, si è ritenuto opportuno fornire agli infermieri dei reparti di terapie intensive e di rianimazione una monografia in-



Grafico 1

Diagramma circolare sulla percezione degli infermieri della popolazione campione di studio, sulla correlazione tra lo stato di iperglicemia da stress e la mortalità nel paziente critico.

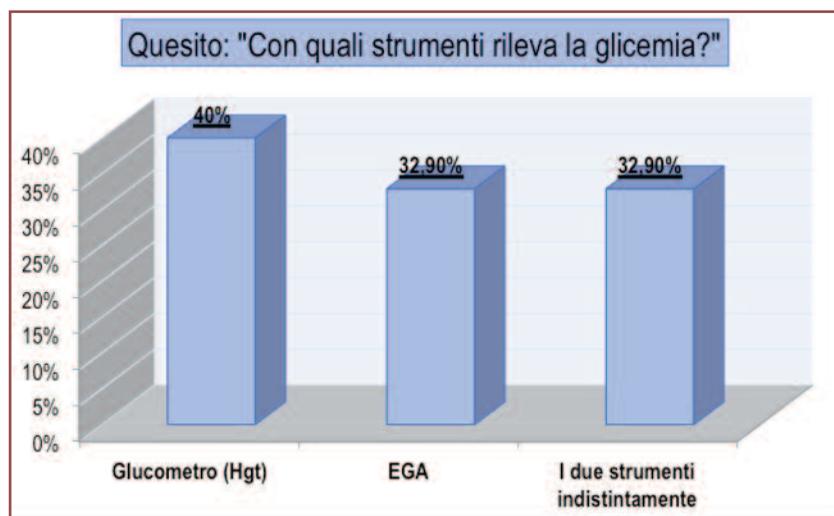


Grafico 2

Istogramma sugli strumenti utilizzati per la rilevazione della glicemia nelle T.I. - Centro Rianimazione.

formativa di circa venti pagine sull'argomento, per poi osservare il cambiamento delle loro conoscenze e della consapevolezza dell'importanza del tema trattato.

Il setting dello studio è costituito da due Centri di Rianimazione, da una T.I. ed una sub-intensiva Centro Ustioni e un'Utic.

Il campione è formato da 70 infermieri con i seguenti criteri di inclusione: diploma regionale, diploma universitario, laurea di I livello in Infermieristica; al lavoro

in T.I. o sub-intensiva e Centro Rianimazione; occupati da più di un anno e assegnazione al reparto da più di un anno. Gli strumenti d'indagine utilizzati sono stati due differenti questionari.

La monografia informativa è stata proposta agli infermieri che hanno partecipato all'indagine prima del secondo questionario.

Nello specifico, nella fase A dello studio si è somministrato il primo questionario che aveva lo scopo di valutare la percezione del problema da parte degli infer-



Grafico 3

Diagramma a barre sui metodi utilizzati per la somministrazione dell'insulina nelle T.I. – Centro Rianimazione.

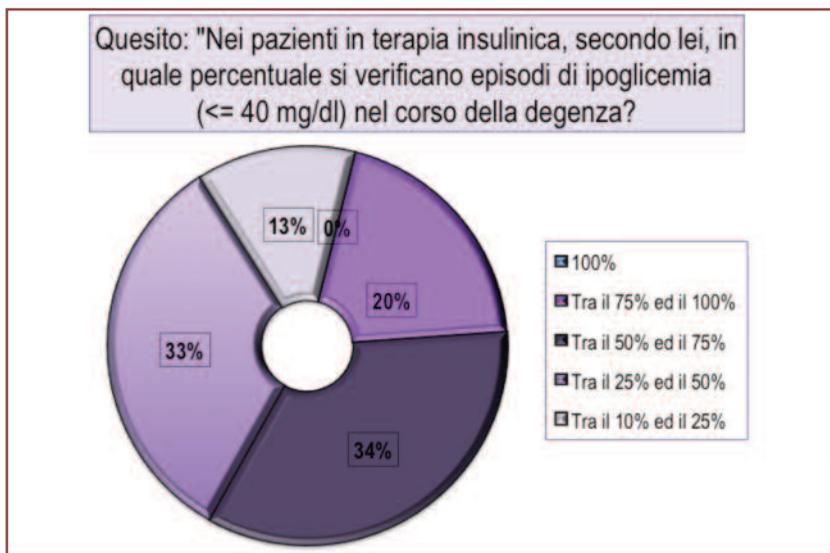


Grafico 4

Diagramma circolare sulla percezione da parte del campione di studio sulla percentuale di episodi di iperglicemia (≥ 200 mg/dl) che occorrono nei pazienti critici durante la degenza in T.I.

mieri e le loro conoscenze.

Successivamente (nella fase B), si è tenuto un incontro con gli infermieri, per illustrare l'argomento, ed è stata consegnata una monografia informativa, appositamente redatta, che analizzava l'epidemiologia dell'iperglicemia da stress, la fisiopatologia, gli studi scientifici e lo stato dell'arte sulla terapia intensiva insulinica e sul monitoraggio della glicemia, i protocolli a gestione infermieristica della terapia intensiva insulinica e del monitoraggio della glicemia.

I protocolli analizzati sono stati: il GIK30 intensivo a due vie; il Portland 31; lo Ya-

le; quello dell' AMD-SID-OSDI; il Markowitz.

Infine, si è passati alla fase C dello studio, in cui si è somministrato il secondo questionario che aveva l'obiettivo di valutare la percezione degli infermieri rispetto alle informazioni e ai protocolli illustrati nella fase B.

RISULTATI

Dai dati raccolti, si evince che, malgrado le evidenze scientifiche, l'iperglicemia da stress non è percepita dagli operatori come un grave problema: infatti, il 51,4% è convinto che non incida sulla

sopravvivenza del paziente ed il 28,6% che questa possa essere pericolosa solo per i pazienti già dichiaratamente diabetici. (Grafico 1)

Tuttavia, si è rilevato che il 71,4% rileva la glicemia alla presa in carico del paziente e utilizza l'emogasanalisi come mezzo (40%).

Malgrado questo, le successive misurazioni vengono fatte ad intervalli troppo dilatati. Infatti, il 31,4% esegue il controllo dopo due ore; inoltre, il 24,3% lo esegue solo secondo prescrizione medica. (Grafico 2)

Si noti anche come la maggior parte degli infermieri utilizzati come mezzo di somministrazione per la terapia insulinica l'iniezione sottocutanea (57,1%) e solo una piccola percentuale (15,7%) faccia uso della via endovenosa, congiunta alla pompa siringa con la diluizione 1UI/1ml di soluzione fisiologica. (Grafico 3)

Inoltre, gli infermieri che hanno partecipato all'indagine percepiscono un elevato numero di episodi di iperglicemia (≥ 200 mg/dg) durante la degenza del paziente, tanto che, oltre il 65% del campione, afferma che tali episodi si verificano tra il 25% ed il 75% del tempo di degenza.

Si osservi, infine, che il 95,7% del campione afferma che non esiste alcun protocollo di gestione infermieristica dell'iperglicemia nel proprio reparto. (Grafico 4, Grafico 5)

Dopo la lettura della monografia informativa si può notare un netto cambiamento nella convinzione che l'iperglicemia non abbia una correlazione con la mortalità e la morbidità del paziente critico. Il 100% delle risposte è ora corretto.

Inoltre, si nota come il 57,1% degli infermieri rivela la volontà di utilizzare un protocollo validato, poiché afferma che nella realtà quotidiana delle terapie intensive sia l'infermiere ad essere in continuo contatto con il paziente ed a gestire in realtà lui stesso il monitoraggio glicemico e la terapia insulinica. Nonché che l'utilizzo di un protocollo validato garantirebbe l'uniformità dell'assistenza e legittimerebbe la gestione del monitoraggio e della terapia da parte dell'infermiere.

Quesito: "Nel suo reparto di T.I. si utilizzano protocolli a gestione infermieristica per il trattamento dell' iperglicemia da stress?"

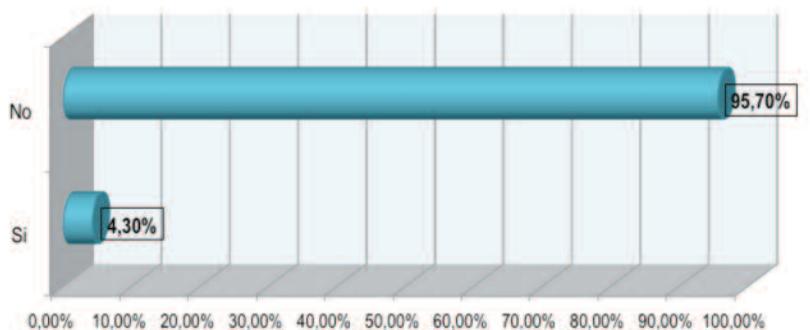


Grafico 4

Diagramma circolare sulla percezione da parte del campione di studio sulla percentuale di episodi di Iperglicemia (≥ 200 mg/dl) che occorrono nei pazienti critici durante la degenza in T.I.

Al contrario, il 42,9% è dell'opinione che è impensabile adottare un protocollo a gestione infermieristica del monitoraggio glicemico e della terapia insulinica.

Di questi: l'8,6% si giustifica con la mancanza di tempo, il 20% specifica che i medici del reparto opporrebbero resistenze, il 10% spiega di non voler farsi carico di altre responsabilità ed il 4,3% non specifica la sua risposta.

Nella comparazione tra i vari protocolli a gestione infermieristica si noti come il protocollo AMD SID-OSDI sia stato scelto come il più facile d'applicazione (37,1%) e come quello che sarebbe adottato nelle unità di T.I. (37,1%), seguito dal protocollo Yale che viene reputato il più sicuro, ma di meno facile gestione.

Dallo studio si è appreso che nelle T. I. oggetto di studio il controllo glicemico e la terapia insulinica sono sotto la direttiva dei medici, mentre in altre è completamente sotto la responsabilità infermieristica in modo informale, con un'azione guidata in base alla propria esperienza e al proprio pensiero critico.

DISCUSSIONE

Dal 2001, quando il grande studio randomizzato controllato di Van den Berghe dimostrò che la normalizzazione dei livelli sanguigni di glucosio, usando un protocollo intensivo di infusione d'insulina

e di monitoraggio glicemico, migliorava la mortalità e la morbilità dei pazienti critici ammessi in Uti chirurgica, sono passati ben 13 anni.

Eppure i protocolli di monitoraggio e terapia insulinica in infusione endovenosa non sono ancora entrati a far parte della routine di molte terapie intensive.

Da questo studio è emerso chiaramente che, sebbene la maggior parte degli infermieri rilevi la glicemia alla presa in carico del paziente critico in T.I., la gestione delle successive rilevazioni manca di metodo, infatti spesso sono lasciati al caso, alla coscienza dell'operatore, o alla prescrizione del medico di guardia.

Inoltre, c'è un altro elemento che ha fatto riflettere: l'alta percentuale di infermieri che aveva la convinzione che l'iperglicemia da stress non incidesse sulla sopravvivenza del paziente né sulla morbilità. Infatti, solo un piccola parte riteneva che valori glicemici alti potevano essere pericolosi solo per i pazienti dichiaratamente diabetici.

Altro dato rilevante è che la quasi totalità della popolazione dello studio afferma che nel proprio reparto di T.I. non si faccia uso di protocolli per la gestione ed il monitoraggio dell'iperglicemia.

Ciò ha fatto emergere due realtà paradossali: in alcune T.I. la gestione di tale problema è lasciata totalmente alla prescrizione del medico di guardia; in altre,

gli infermieri, pur non avendo un protocollo validato, gestiscono secondo loro esperienza, conoscenza e coscienza il problema.

In entrambi i casi, però, si genera una disomogeneità dell'assistenza alla persona che aumenta il rischio di complicanze (ciò si riscontra anche nella percezione dell'elevato numero di episodi di iperglicemia che occorrono nel periodo di degenza).

L'adozione di protocolli a gestione infermieristica per il monitoraggio e la gestione della terapia insulinica intensiva viene visto da molti infermieri come un traguardo positivo, che affrancherebbe il lavoro professionalmente svolto da molti ed aumenterebbe la sicurezza dal punto di vista legale.

Ai pazienti, poi, offrirebbe una maggiore uniformità del piano assistenziale da seguire. Purtroppo, è presente anche una larga fascia di infermieri che vedono la gestione di tali protocolli con dubbi e remore: in tanti affermano di non voler adottare un protocollo, adducendo la motivazione della "mancanza di tempo", o di altre problematiche di reparto.

Il problema della frequente, mancata assunzione di responsabilità, cui la conquista dell'autonomia ha condotto, benché si presenti come un fenomeno diffuso in maniera non uniforme, molto spesso deriva da una resistenza interna alla stessa classe infermieristica, la quale è ancora legata ad un'immagine di se stessa antecedente al Decreto Ministeriale 739/94.

Lo studio si propone di rappresentare uno stimolo, una forza propositiva, che possa essere in futuro un punto di partenza per un miglioramento della gestione del monitoraggio glicemico e della terapia insulinica nelle T.I.

È con tale spirito che è stata realizzata la monografia informativa "Monitoraggio glicemico nel paziente critico. Protocollo a gestione infermieristica nell'iperglicemia da stress", che è stata accolta dai colleghi infermieri con estremo interesse non solo da quelli di reparto, ma anche dai coordinatori e, in un caso, anche dal direttore di una T.I.

Il protocollo, che è stato considerato maggiormente applicabile nei reparti ar-

ruolati nello studio, è quello proposto dall'AMD SID-OSDI e adottato già in altre realtà assistenziali, che, di certo, non è conosciuto dalla comunità scientifica internazionale come il più sicuro, innovativo e dinamico (al pari del protocollo Yale), ma potrebbe, senz'altro, rappresentare un valido protocollo iniziale per il controllo intensivo della glicemia nella pratica quotidiana del lavoro nelle T.I.

CONCLUSIONI

Da questo studio emerge, in modo chiaro, come, spesso, nelle T.I. il problema dell'iperglicemia da stress, del monitoraggio glicemico e della terapia insulinica intensiva siano ancora tematiche da risolvere, dove troppo spesso le evidenze scientifiche vengono poste in secondo piano a causa dell'incalzante routine, della difficile organizzazione quotidiana e della visione retrograda dell'autonomia infermieristica da parte soprattutto degli infermieri stessi, oltre che da una parte di personale medico poco incline ad accettare le responsabilità che gli infermieri sono chiamati oggi ad assumersi.

La figura dell'infermiere nella T.I. assume sicuramente un ruolo fondamentale per l'assistenza al paziente; infatti, oltre ad essere la figura maggiormente presente, l'infermiere si trova ad operare in un setting in cui il paziente è completamente dipendente da chi lo assiste.

Gli infermieri che lavorano nelle T.I. sono professionisti con un'elevata preparazione tecnico-scientifica e relazionale, ma molto spesso si fanno carico di responsabilità e di lavoro senza aver il riconoscimento formale dalle istituzioni, e talvolta dalle normative, delle prestazioni assistenziali più avanzate erogate al paziente.

L'uso di protocolli validati (che nel caso specifico è un protocollo sul monitoraggio glicemico e sulla terapia insulinica endovenosa intensiva a gestione infermieristica), oltre a portare un miglioramento clinico per i pazienti ed economico per le Aziende Sanitarie (conseguente ad un miglioramento degli *outcome* e ad una diminuzione della durata dei ricoveri), potrebbe ottimizzare la mole di lavoro che già, in modo disforme e non

regolamentato, viene svolta da molti infermieri ed andrebbe a rafforzare la consapevolezza della raggiunta autonomia e professionalità.

In conclusione, si auspica che in futuro (non troppo prossimo...), anche grazie al prezioso contributo degli infermieri, possa risolversi, in maniera definitiva, il problema dell'iperglicemia da stress nel paziente ricoverato nelle T.I.

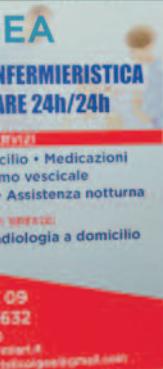
Possibilmente, con l'adozione del protocollo maggiormente accreditato a livello scientifico nazionale ed internazionale. Si ritiene, infine, che gli infermieri possano offrire il loro insostituibile apporto anche alla ricerca scientifica per concorrere alla diffusione e all'applicazione delle migliori evidenze disponibili.

AUTORI:

Alessia Simonetti, laureata in Infermieristica presso l'Università di Tor Vergata, Roma;

Davide Bove, coordinatore didattico Formazione Universitaria Asl Roma/C, Università di Tor Vergata, Roma.

Ipasvi perchè?



Tiziana Alfano, libera professionista.

“Avere un Albo significa svolgere una “professione intellettuale”, proprio come medici, farmacisti, ingegneri e avvocati. Questo è un punto importantissimo per noi infermieri e per la nostra autonomia. Il Collegio controlla per me il rispetto della deontologia, tutela i diritti dei cittadini e degli iscritti. È la nostra casa comune. Il Collegio sono io con la forza di tutti.”

BIBLIOGRAFIA

- Sodi-Pallares D, Testelli M.R and Fishleder B, *Effects of an intravenous infusion of a potassium-insulin-glucose solution on the electrocardiographic signs of myocardial infarction. A preliminary clinical report.* Am. J. Cardiol. 1962; 9: 166-181.
- Devos P et al; for the Glucontrol Steering Committee, *Impact of tight glucose control by intensive insulin therapy on ICU mortality and the rate of hypoglycemia: final results of the Glucontrol study.* Intensive Care Med 2007; 33: S189.
- Preiser J.C et al, *A prospective randomised multi-centre controlled trial on tight glucose control by intensive insulin therapy in adult intensive care units: the Glucontrol study.* Intensive Care Med 2009; 35: 1738-48.
- Brunkhorst F.M et al, *Intensive insulin therapy and pentastarch resuscitation in severe sepsis.* N Engl J Med 2008; 358: 125-39.
- Greet Van den Berghe et al, *How does blood glucose control with insulin save lives in intensive care?.* J. Clin. Invest. 2004; 114: 1187-1195. doi:10.1172/JCI200423506.
- Bernard C, 1878, *Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux.* Vol. I. J.B. Baillière et Fils. Paris, France. 564 pp.
- Thorell A et al, *Insulin resistance: a marker of surgical stress.* Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care. 1999; 21: 69-78.
- McCowen K.C et al, *Stress-induced hyperglycaemia.* Crit. Care Clin. 2001; 17: 107-124.
- Fink M.P and Evans T.W, *Mechanisms of organ dysfunction in critical illness: report from a round table conference held in Brussels.* Intensive. Care Med. 2002; 28: 369-375.
- Fink M.P, *Cytopathic hypoxia. Mitochondrial dysfunction as mechanism contributing to organ dysfunction in sepsis.* Crit. Care Clin. 2001; 17: 219-237.
- Singer M. et al, *Mitochondrial dysfunction in sepsis.* Biochem. Soc. Symp. 1999; 66: 149-166.
- Crouser E.D et al, *Endotoxin-induced mitochondrial damage correlates with impaired respiratory activity.* Crit. Care Med. 2002; 30: 276-284.
- Chase J.G, Pretty C.G, Pfeifer L, Shaw G.M, Preiser J.C, Le Compte A.J, Lin J, Hewett D, Moorhead K.T, Desai T, *Organ failure and tight glycemic control in the SPRINT study.* Chase et al. Critical Care 2010, 14: R154.
- McCowen et al, B.R. *Stress-induced hyperglycaemia.* Crit. Care Clin. 2001; 17: 107-124.
- Krinsley J.S, *Association between hyperglycemia and increased hospital mortality in a heterogeneous population of critically ill patients.* Mayo Clin Proc 2003; 78: 1471-1478.
- Lina L et al, *Physiological intensive control insulin-nutrition-glucose (ICING) model validated in critically ill patients.* Computer Methods and Programs in Biomedicine, vol. 102, Issue 2, Pages 192-205, may 2011.
- Mellbin L.G et al, DIGAMI 2 Investigators. *Prognostic implications of glucose-lowering treatment in patients with acute myocardial infarction and diabetes: experiences from an extended follow-up of the Diabetes Mellitus Insulin-Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction (DIGAMI) 2 Study.* Diabetologia. 2011 Jun; 54(6): 1308-17. doi: 10.1007/s00125-011-2084-x. Epub 2011 Feb 26.
- Greet Van del Berghe, *How does blood glucose control with insulin save lives in intensive care?.* The Journal of Clinical Investigation, vol. 114, n. IX. November 2004.
- Van den Berghe G et al, *Intensive insulin therapy in the critically ill patients.* N Engl J Med 2001; 345: 1359-1367.
- Van den Berghe G et al, *Intensive insulin therapy in the medical ICU.* N Engl J Med 2006; 354: 449-461.
- Van den Berghe G et al, *Intensive Insulin Therapy in the Medical ICU.* The New England Journal of Medicine n engl j med 354; 5 february 2, 2006.
- Ichai C, Preiser J.C, for the Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), Société de Réanimation de langue Française (SRLF) and the Experts group, *International recommendations for glucose control in adult non diabetic critically ill patients.* Ichai et al. Critical Care 2010, 14:R166.
- Finfer S et al, *Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients.* NICE-SUGAR Study Investigators. N Engl J Med 2009, 360: 1283-1297.
- Corrêa T.D et al, *Avaliação da percepção de enfermeiros sobre três protocolos para controle glicêmico em pacientes críticos.* Einstein. 2012; 10(3): 347-53.
- Beltramello G.P et al, *La gestione dell'iperglicemia in area medica. Istruzioni per l'uso.* Il Giornale di AMD 2012; 15: 93-100.
- Blaah J et al, *The treatment of Hyperglycaemia in critically ill patients: comparison of standard protocol and computer algorithm.* Vnitr Lek. 2007 Dec; 53 (12): 1269-73.
- Cavalcanti A.B. MDa et al, *A randomized controlled trial comparing a computer-assisted insulin infusion protocol with a strict and a conventional protocol for glucose control in critically ill patients.* Journal of Critical Care 2009; 24, 371-378 Elsevier.
- Ciardullo A.V et al, *Valutazione dell'introduzione di un protocollo a gestione infermieristica per il trattamento ed il monitoraggio del paziente con iperglicemia in ospedale.* Assistenza infermieristica e ricerca, 2008; 27, 2.
- Beltramello G.P, Manicardi V, Trevisan R, *La gestione dell'iperglicemia in area medica. Istruzioni per l'uso.* Il Giornale di AMD 2012;15: 93-100.
- Sodi-Pallares D et al, *Effects of an intravenous infusion of a potassium-insulin-glucose solution on the electrocardiographic signs of myocardial infarction. A preliminary clinical report.* Am J Cardiol. 1962 Feb; 9(1):166-81.
- Furnay Ap et al, *Elimination the diabetic disadvantage: the Portland Diabetic Project.* Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2006 Winter;18(4): 302-8.
- Van den Berghe G et al, *Intensive insulin therapy in the critically ill patients.* N Engl J Med 2001; 345: 1359-1367.
- Van den Berghe G. et al, *Intensive Insulin Therapy in the Medical Icu.* The New England Journal of Medicine n engl j med 2006; 354; 5.
- Malmberg K. et al, *Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2: effects on mortality and morbidity.* Eur Heart J (April 2005) 26 (7): 650-661. doi: 10.1093/eurheartj/ehi199.
- Ciardullo A.V, *Protocolli di terapia insulinica intensiva nel paziente diabetico ospedalizzato: dalla ricerca alla pratica clinica.* G It Diabetol Metab 2011; 31: 131-140.
- Umpierrez G.E et al, *Hyperglycemia and in-hospital mortality in diabetics.-* J Clin Endocrinol Metab 2002; 87: 978-982.
- Modenesi et al, *Influence on prognosis and prevalence of stress hyperglycemia in a cohort of patients with acute coronary syndrome.* Rev Bras Ter Intensiva 2012 Dec; 24(4):352-6./ PMID: 23917932.
- American Diabetes Association, *Economic costs of diabetes in the U.S. in 2007.* Diabetes Care. 2008; 31: 596-615.
- American Diabetes Association, *Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012.* Diabetes Care. 2013; 36: 1033-1046.
- Krinsley J.S et al, *Cost analysis of intensive glycemic control in critically ill adult patients.* Chest 2006; 129: 644-650.

Efficacia degli interventi di *telenursing* per promuovere il *self-care* nei pazienti affetti da scompenso cardiaco

Un confronto tra l'utilizzo dei video educativi, internet e delle telefonate di monitoraggio

di Silvia Di Saverio, Rebecca Mangado, Fulvio Sghembi

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il *Self-care* è definito come "l'insieme delle azioni e atteggiamenti che contribuiscono al mantenimento della salute e del benessere personale, con l'intento di migliorare o ripristinare lo stato di salute" (Oms, 1998).

Un aspetto della cura di sé è l'aderenza alla terapia medica che è stata identificata come una sfida per i pazienti e per gli infermieri, poiché richiede l'adesione a più comportamenti di auto-cura (assunzione di farmaci, monitoraggio dei sintomi, dieta ed esercizio).

L'obiettivo di questa revisione è valutare l'efficacia degli strumenti del *telenursing* per gestire i pazienti con scompenso cardiaco, favorendo lo sviluppo di comportamenti di auto-cura.

MATERIALI E METODI

Sono stati selezionati 22 Rct, pubblicati dal 2004 al 2014, che valutavano l'efficacia di tre interventi di *telenursing*.

Tredici studi valutavano l'utilizzo delle telefonate da parte dell'infermiere per monitorare i pazienti; quattro utilizzavano i video educativi e le videoconferenze; altri quattro prendevano in considerazione l'utilizzo di internet e siti web e solo uno

studio ha valutato l'utilizzo dei messaggi vocali interattivi.

RISULTATI

Dall'analisi degli studi è risultato che le telefonate di *follow up* sono state più efficaci per gestire i pazienti a distanza, mentre l'utilizzo dei video educativi e delle videoconferenze ha favorito lo sviluppo di comportamenti di *self-care* rispetto all'utilizzo dell'assistenza basata sul web.

Facet Analysis

CONCLUSIONI

Lo studio effettuato in questa revisione è utile soprattutto per pianificare ulteriori ricerche sull'efficacia degli strumenti di *telenursing* per la gestione dei pazienti affetti da questa patologia cronica.

Le conoscenze acquisite forniscono una base per comprendere le strategie che possono migliorare la capacità degli infermieri nell'educare i pazienti e nel facilitare l'auto-gestione della patologia.

INTRODUZIONE

Lo **scompenso cardiaco** rappresenta uno dei maggiori problemi di salute pubblica nei Paesi industrializzati e in Italia

la **prima causa di consumo di risorse sanitarie**, costituendo circa l'1,9% del costo totale annuo dell'assistenza ospedaliera per il Ssn (Ministero della Salute, 2007). Si tratta di una patologia cronica che si manifesta con uno spettro particolarmente ampio di segni e sintomi di varia complessità, comportando una limitazione, più o meno severa, della capacità di svolgere le comuni attività quotidiane.

Ciò avviene principalmente nei pazienti di classe funzionale più avanzata (Nyha III-IV) in cui sono presenti gravi limitazioni funzionali con insorgenza di sintomi a riposo o sotto sforzi lievi. L'assistenza sanitaria per questa tipologia di pazienti si svolge principalmente presso il domicilio del malato, anche se ciò comporta un costo elevato e un consumo di risorse per la sanità.

A tal proposito, è stato preso in considerazione l'utilizzo del *telenursing*, che si avvale di strumenti tecnologici per permettere il monitoraggio a distanza dei pazienti (Wheeler, 1998).

Pratiche come il controllo del peso, dei liquidi, l'aderenza all'attività fisica, alla terapia, e lo sviluppo delle competenze per il riconoscimento precoce dei segni e sintomi da parte dei pazienti, sono

comportamenti necessari per raggiungere e mantenere la stabilità clinica a lungo termine (Jaarsma et al, 2012).

L'aderenza al trattamento è una sfida importante per gli infermieri che devono gestire questi pazienti, e in questo contesto, la cura di sé è un elemento chiave. Il *Self-care* è definito come "l'insieme delle azioni e atteggiamenti che contribuiscono al mantenimento della salute e del benessere personale, con l'intento di migliorare o ripristinare lo stato di salute" (Oms, 1998).

L'acquisizione di comportamenti di auto-cura, quindi, mira a ridurre l'intervento infermieristico e consente ai pazienti di gestire autonomamente la loro condizione.

Gli infermieri hanno un ruolo sempre più importante nei programmi di *management* della malattia per promuovere l'auto-cura, ma devono essere adeguatamente esperti e formati per poter educare il paziente a sviluppare comportamenti di *self-care* (Jaarsma et al, 2012).

Domanda di ricerca: gli interventi di *telenursing* promuovono lo sviluppo e il miglioramento di comportamenti di *self-care* nei pazienti affetti da scompenso cardiaco?

L'obiettivo della seguente revisione è di valutare l'efficacia tra tre interventi di *telenursing* per favorire il *self-care* nei pazienti con HF.

MATERIALI E METODI

Sono stati recuperati studi Rct che analizzassero gli effetti del *telenursing* sul *self-care* del paziente affetto da scompenso cardiaco.

Gli articoli sono stati identificati da maggio a luglio 2014, tramite le banche dati PubMed e Cinhal.

Sono stati inclusi studi Rct, pubblicati solo in lingua inglese, in cui i partecipanti avevano una diagnosi di HF, possedevano un telefono ed erano disponibili a partecipare allo studio.

Non sono stati analizzati studi pubblicati prima al 2005.

Parole-chiave: *Heart Failure, Telemedicine, Telemonitoring, quality of life, remote monitoring systems, self-care, nursing.*

RISULTATI

Sono stati selezionati 22 Rct che valutassero l'efficacia di tre interventi di *telenursing*.

Tredici studi (Rodríguez-Gázquez, 2012; Domingues, 2011; Grancelli, 2002; Wongpiriyayothar, 2010; Antonicelli, 2008; Lesende, 2013; Trojahn, 2013; Black, 2014; Madigan, 2013; Zamanadeh, 2013; Seto, 2012; Clark, 2007; Dunagan, 2005) valutavano l'utilizzo delle telefonate da parte dell'infermiere per monitorare i pazienti; quattro utilizzavano i video educativi e le videoconferenze (De Lusignan, 2001; Albert, 2007; Shearer, 2007 e Finkelstein, 2004) e quattro prendevano in considerazione l'utilizzo di internet e di siti web (Evangelista, 2013; Tomita, 2009; Jovicic, 2009 e Westlake, 2007).

Solo uno studio ha valutato l'utilizzo dei messaggi vocali interattivi (Austin, 2012). Tra i quattro studi che hanno analizzato l'efficacia dell'utilizzo di un video educativo e delle videoconferenze, due (Albert, 2007 e Shearer, 2007) hanno dimostrato che i pazienti a cui era stata assegnata la visione del video, avevano adottato un maggior numero di comportamenti di auto-cura, rispetto al gruppo di controllo, di entrambi gli studi.

I partecipanti avevano ricevuto una formazione standard sul riconoscimento dei segni e dei sintomi della patologia, informazioni sull'aderenza farmacologica e le modalità di monitoraggio dei parametri fisiologici necessari per permettere all'infermiere di valutare le loro condizioni, attraverso le telefonate di *follow up*, con cui venivano date informazioni sulla terapia, sulla dieta, sull'esercizio fisico ed erano valutati i comportamenti di *self-care* che erano stati adottati (Albert, 2007).

Non vi era nessuna differenza significativa tra i due gruppi riguardo il numero dei ricoveri ma vi è stata una riduzione dei sintomi a 90 giorni dalla dimissione nel Gi ($P < .04$).

I pazienti Ve hanno avuto un aumento significativo nello sviluppare comportamenti di *self-care* ($P < .01$) ed hanno effettuato un minor numero di telefonate agli infermieri (Albert, 2007) e l'aderenza ai controlli dei parametri fisiologici era

maggiore nei pazienti del gruppo intervento (Shearer, 2007) De Lusignan et al. (2011) nel loro studio, hanno esaminato l'accettabilità, l'efficacia e l'affidabilità del telemonitoraggio a domicilio.

Il gruppo sottoposto a telemonitoraggio ha rispettato meglio le prescrizioni dei farmaci, migliorando l'auto-cura.

L'accettabilità del Tm probabilmente era legata alla sensazione di disponibilità dell'infermiera verso i pazienti che erano rassicurati dal fatto che i dispositivi Tm avrebbero avvertito repentinamente gli operatori nel caso in cui i valori delle misurazioni non rientrassero nel *range* dei valori "normali". Alcuni dei partecipanti, però, non hanno gradito l'utilizzo del video per poter gestire la patologia: avrebbero preferito la visita domiciliare.

Al contrario, i partecipanti dello studio di Finkelstein et al. (2004) hanno percepito in modo positivo il Tm. Tutti erano soddisfatti della loro cura, ma il grado di soddisfazione era significativamente aumentato per i soggetti che hanno avuto la possibilità di connettersi con l'infermiere attraverso le videoconferenze, poiché l'operatore era in grado di rispondere alle loro esigenze.

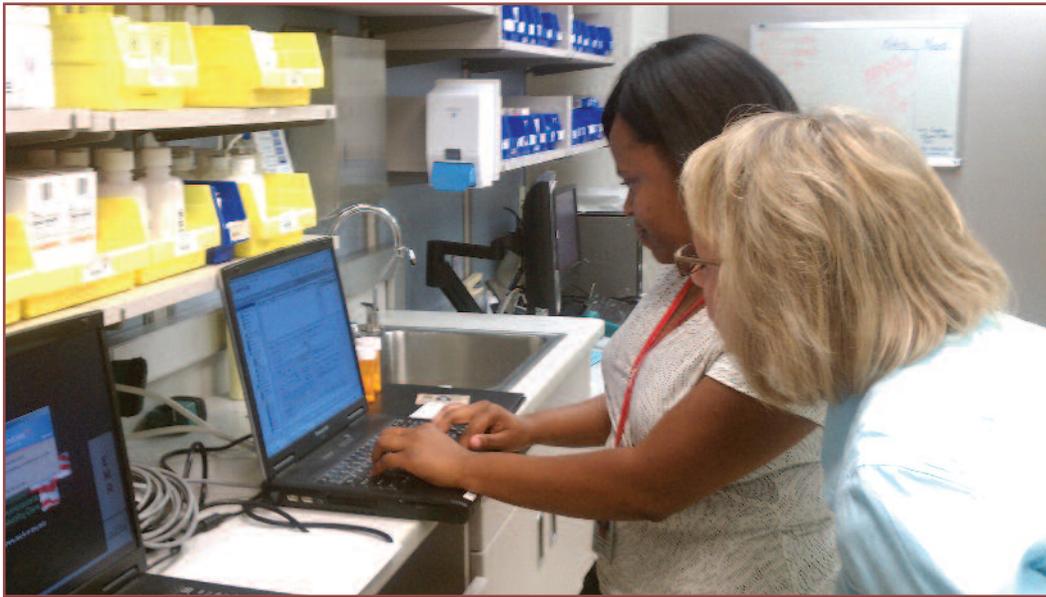
La più recente disponibilità di sistemi di telecomunicazione e di dispositivi di monitoraggio fisiologico, progettati per effettuare auto-misurazioni, ha permesso ai pazienti di essere assistiti presso il proprio domicilio, essendo collegati con gli operatori sanitari di un ospedale o di una *Home Health Care* (Hhc).

Queste applicazioni consentono la trasmissione in tempo reale di chiamate, video e dati o una combinazione dei tre, permettendo al *caregiver* di osservare il paziente durante una visita virtuale (Vv), di modificare il trattamento, e di fornire risposte ai cambiamenti dei parametri senza la necessità per il paziente di dover raggiungere la struttura sanitaria.

Solo lo studio di Austin et al. (2012) ha valutato l'efficacia dell'utilizzo di messaggi vocali.

Dopo la dimissione, i pazienti hanno ricevuto messaggi vocali quotidiani (lvrs tramite il dispositivo Mp3) da parte dell'infermiere.

Con questo intervento vi è stata una riduzione del 50% del tasso di ri-ospeda-



effettuate dagli infermieri.

Il gruppo d'intervento ha avuto minor numero di ricoveri e minori giorni di degenza, ma non sono state riportate differenze significative sul funzionamento fisico e sulla qualità della vita dopo un anno dall'inizio dello studio.

Le telefonate di *follow up* si sono dimostrate efficaci anche nello studio di Grancelli et al. (2002), Antonicelli et al. (2008),

lizzazione a 30 giorni dalla dimissione, grazie allo sviluppo dei comportamenti di *self-care* per la gestione della patologia. Nonostante il campione fosse costituito da anziani, questi erano in grado di seguire le indicazioni fornite dai messaggi.

Tomita et al. (2009) descrive un programma efficace per cambiare i propri comportamenti nella gestione Hf che comprende un approccio multidisciplinare per creare e fornire un *feedback* di informazioni attraverso la registrazione quotidiana dei dati con l'utilizzo di internet.

Il gruppo di intervento ha mostrato un miglioramento significativo del livello di conoscenza della malattia e dell'importanza dell'esercizio fisico, ottenendo così una riduzione dei sintomi correlati alla patologia (dispnea, stanchezza), ed una riduzione degli accessi in pronto soccorso, nonché dei giorni di degenza.

Lo sviluppo di comportamenti di *self-care* e il miglioramento della *compliance* del paziente hanno portato ad un cambiamento favorevole dello stato di salute nei pazienti dello studio di Westlake et al. (2007).

Anche i partecipanti dello studio di Jovicic et al. (2009) avevano accesso ad un sito internet ed un contatto tramite mail con l'infermiere (gruppo Web), mentre i pazienti del gruppo Live aveva l'accesso al web, quattro sessioni educative attra-

verso una teleconferenza e un collegamento telefonico con l'infermiere.

I risultati dello studio mostrano che il gruppo Live aveva migliorato il *self-care* rispetto al gruppo Web.

Nello studio di Rodríguez-Gázquez et al. (2012) i partecipanti del Gi utilizzavano un libro stampato per monitorare il piano di cura consegnato alla dimissione ospedaliera ed erano monitorati dall'infermiere per nove mesi attraverso le telefonate di *follow up*.

I risultati dello studio riportano un miglioramento del *self-care* nel Gi (66%) rispetto al Gc che riceveva solo visite domiciliari (26,6%).

I pazienti hanno eseguito azioni di automonitoraggio usando le apparecchiature per controllare il peso, Pa, Fc e Sao2 ed erano in grado di riconoscere alcuni dei segni della patologia.

La maggior parte del campione era favorevole ad autogestire i sintomi, l'alimentazione e la terapia farmacologica, anche grazie al rapporto diretto con l'infermiere.

Hanno dichiarato, inoltre, che la tecnologia gli ha permesso di mantenere l'autonomia nella gestione della patologia, senza dover ricorrere alle visite ambulatoriali.

Anche i partecipanti dello studio di Dugan et al. (2005) hanno ricevuto un libretto educativo ed erano monitorati con le telefonate di *follow up* (un anno)

Trojahn et al. (2013) e Zamanzadeh et al. (2013).

Nello studio di Wongpiriyayothar et al. (2010), il Gi era stato sottoposto ad un programma telefonico da parte di un infermiere specializzato in cardiologia che effettuava l'educazione al *self-care*, mentre il Gc ha ricevuto la consueta cura dall'ospedale (valutazione di routine).

L'educazione è avvenuta in due modi: un insegnamento iniziale faccia a faccia presso la clinica, condotta dall'infermiere, in seguito attraverso il *coaching* telefonico che si è dimostrato efficace nel fornire ai partecipanti le capacità di riconoscere e di autogestire i sintomi, i farmaci, la dieta e di promuovere uno stile di vita sano.

Anche il protocollo Chat, utilizzato nello studio di Clark et al. (2007), ha portato risultati soddisfacenti. L'aderenza a questo protocollo era significativamente più elevata nel gruppo SC+I (92,3%, P<.001) e il grado di accettabilità del servizio era del 76%, poiché era semplice da utilizzare, forniva risposte immediate ed ha evitato ai pazienti di recarsi alle strutture sanitarie per essere sottoposti ai controlli.

I 1500 pazienti dello studio di Black et al. (2014), invece, hanno utilizzato il Beat-HF, un sistema di risposta interattiva tra infermiere e paziente.

I valori dei parametri erano inseriti attraverso il dispositivo telefonico e l'infer-

miere riceveva un *trigger* per la ricezione dei dati.

Con tale sistema informatico, gli operatori sanitari valutavano a distanza le condizioni dei pazienti e potevano gestirne più di uno.

Tuttavia, il sistema Beat-HF, era in lingua inglese, perciò non tutti i partecipanti hanno potuto beneficiare dei suoi risultati, anche se il numero dei ricoveri è diminuito in modo considerevole nel gruppo intervento.

I dati raccolti dai pazienti dello studio di Madigan et al. (2013), venivano comunicati dai pazienti stessi attraverso il telefono.

Un infermiere formato controllava i dati ogni ora e comunicavano al medico i valori. Anche al Gc veniva insegnato il modo con cui controllare il proprio peso e la sintomatologia.

La monitoraggio dei pazienti, soprattutto i più anziani, si è dimostrata utile per ridurre i ricoveri e per migliorare lo stato di salute nel gruppo Tm.

Il numero di visite a casa di cura era significativamente diverso con $9,4 \pm 4,1$ visite in GC vs $12,8 \pm 7,9$ visite a TM ($p = .008$) e il numero di chiamate erano maggiori nel gruppo Tm. Questi risultati però potrebbero essere stati influenzati dal fatto che i pazienti avevano percepito di avere una maggiore assistenza da parte degli infermieri, perché erano monitorati costantemente per mezzo delle telefonate. I risultati, infatti, suggeriscono che Tm, senza l'aggiunta di un team multidisciplinare, può mostrarsi meno efficace.

Il rapporto infermiere-paziente è fondamentale per intervenire in modo tempestivo, nonostante alcuni operatori sanitari possano percepire questo strumento come un aumento dell'onere di lavoro, poiché la tecnologia genera una quantità enorme di dati che spesso può richiedere una risposta immediata o addirittura un intervento repentino.

I pazienti nel Gi sono stati in grado di auto-monitorare e trasmettere i dati a un sistema informativo centralizzato, utilizzando Rms oltre i tre mesi previsti dallo studio, sviluppando maggiori conoscenze e competenze del *self-care*, rispetto al gruppo di controllo. Infatti, i parteci-

panti che hanno acquisito una maggior fiducia in se stessi erano più propensi a prendere decisioni per gestire lo stato di salute e a monitorare i sintomi. Evangelista et al. (2013).

Seto et al. (2012) ha confrontato due gruppi (visita clinica vs Tm) in cui i dati delle misurazioni effettuate, venivano inviati automaticamente al team attraverso il *bluetooth* e i sintomi venivano comunicati telefonicamente direttamente all'infermiere e ai cardiologi, che trasmettevano le istruzioni sulle comportamenti da adottare dopo ogni misurazione.

Il sistema infatti, forniva istruzioni automatizzate immediate per aiutare i pazienti ad aumentare le loro capacità di autogestione attraverso anche l'invio di promemoria automatici per l'assunzione dei farmaci.

Secondo i risultati dello studio, l'elevato tasso di adesione alle prescrizioni mediche è legato al beneficio percepito dal paziente e alla facilità nell'utilizzo del sistema.

Non ci sono state differenze statisticamente significative tra il gruppo Tm e il gruppo Gc riguardo la prognosi della patologia, ma solo nel gruppo Tm è migliorata la qualità della vita ($P=.02$), dovuto ad un aumento del *self-care* ($P=.03$).

In un altro studio (Lesende et al, 2013), i partecipanti invece, dovevano comunicare i valori delle loro misurazioni utilizzando il Pda.

Con tale strumento di monitoraggio, si è visto che le cause dei ricoveri erano correlate a problemi del sistema respiratorio (47,1%), seguiti da quelli relativi al sistema cardiovascolare (27,3%).

Alla fine del periodo di *follow-up* di un anno, sono morti tre individui del Gi e otto nel Gc, ma tale differenza non è statisticamente significativa ($p = .310$).

Per quanto riguarda le visite a domicilio, sono state minori per i pazienti Gi, mentre ci sono state differenze significative tra i gruppi per il numero di contatti telefonici, essendo più alta nei partecipanti Gi ($p=.001$), correlata ad una riduzione delle visite domiciliari.

DISCUSSIONE

Il *telenursing* si è rivelato uno strumento utile per sostenere i pazienti a sviluppare

comportamenti di auto-cura.

Ciò richiede una valutazione infermieristica attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici per poter valutare i dati e fornire un intervento tempestivo quando necessario (Staples et al, 2008). L'attuazione e l'implementazione degli strumenti di *telenursing* nell'assistenza ai pazienti con scompenso cardiaco, richiede un cambiamento nell'approccio dei sistemi sanitari, con una redistribuzione del personale esistente, investendo direttamente sulle capacità del paziente, che è coinvolto più attivamente nel processo di cura (Inglis et al, 2011).

I pazienti con scompenso cardiaco non hanno solo bisogno di imparare a gestire la terapia farmacologica, ma necessitano anche di un sostegno per acquisire o migliorare i loro comportamenti di *self-care*, attraverso l'educazione da parte degli infermieri e strategie di telemonitoraggio. L'atteggiamento generalmente positivo da parte degli utenti nei confronti della tecnologia è un indicatore estremamente importante.

Le valutazioni virtuali, da parte dell'infermiera, insieme ad una percezione positiva del paziente, sta ad indicare le capacità che questa tecnologia può avere sulle modalità di assistenza domiciliare future (Finkelstein et al, 2004).

Sarebbe necessario, infatti, considerare l'educazione al *self-care* come parte integrante per la gestione di questi pazienti e la formazione dovrebbe iniziare durante il ricovero e proseguire dopo la dimissione (Zamanzadehet al, 2013).

Dato il peso considerevole della patologia sullo stato di salute del paziente, il telemonitoraggio si è dimostrato efficace per migliorare la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco.

La popolazione studiata ha utilizzato il telemonitoraggio quotidianamente e l'ha integrato nella loro routine.

I risultati suggeriscono che gli infermieri possono facilitare lo sviluppo di comportamenti di auto-cura facendo rivalutando le capacità dei pazienti nelle attività di cura, aiutandoli a vivere nella propria casa senza la necessità di doversi recare presso le strutture sanitarie e diminuendo le visite domiciliari da parte dei professionisti.

Un sostegno efficace nella cura di sé richiede una collaborazione attiva tra il paziente e il professionista sanitario affinché quest'ultimo possa fornire le informazioni utili all'utente e permettergli di sviluppare e adottare comportamenti idonei per autogestire la propria condizione di malattia (Riley et al, 2012).

LIMITI DELLO STUDIO

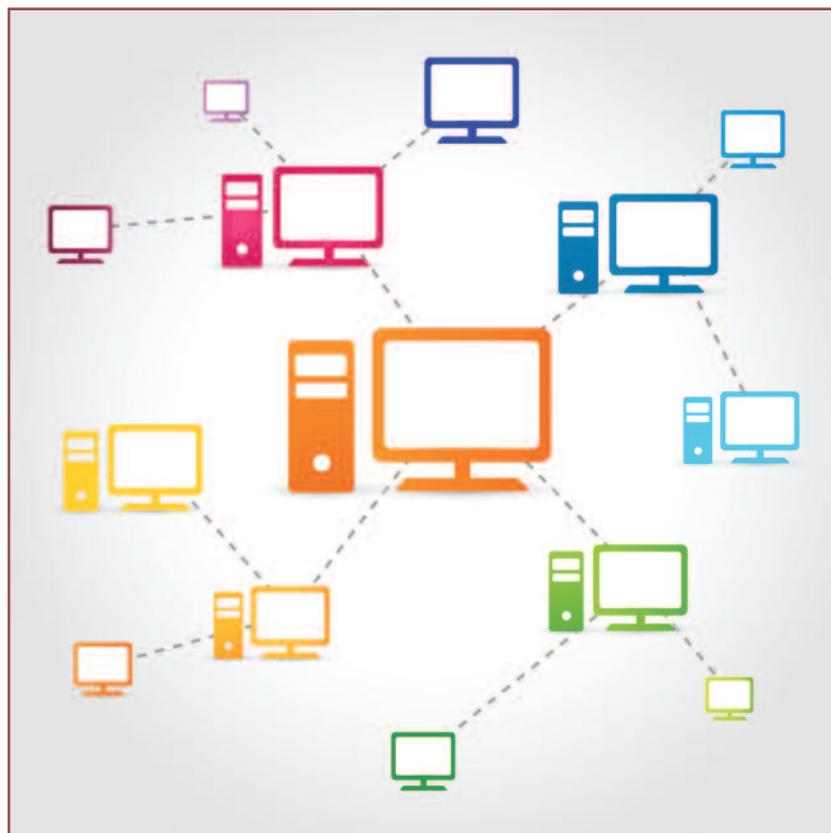
Purtroppo, la revisione presenta alcuni limiti legati ai diversi studi selezionati. I partecipanti allo studio di Rodríguez-Gázquez et al. (2012) avevano già concordato di far parte di uno studio più grande, e quindi erano più motivati nelle azioni di auto-cura, modificando così i risultati. Clark et al. (2007) hanno reclutato pazienti residenti in una zona rurale dell'Australia che erano più favorevoli ad essere telemonitorati poiché avevano difficoltà nel raggiungere le strutture sanitarie. I campioni erano piccoli negli studi di Seto et al. (2012), Albert et al. (2007), Evangelista et al. (2013), Lesende et al. (2013), Westlake et al. (2007) e Wongpiriyayothar et al. (2010).

Il *follow up* era di un breve periodo negli studi di Albert et al. (2007) e di Evangelista et al. (2013). Problemi nella randomizzazione del campione si sono verificati negli studi di Madigan et al. (2013), Evangelista et al. (2013), Lesende et al. (2013) e Westlake et al. (2007). Infine, gli studi di Evangelista et al. (2013) e Westlake et al. (2007) presentavano un disegno quasi sperimentale perciò i loro risultati non sono molto attendibili ma possono solo affermare l'associazione tra le variabili analizzate ma non la causalità.

CONCLUSIONI

L'utilizzo dei sistemi di monitoraggio a distanza nel settore sanitario è cresciuto esponenzialmente ed ha migliorato l'accessibilità e la capacità del paziente ad impegnarsi nell'auto-cura (Evangelista et al, 2013).

Nei Paesi occidentali, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della spesa sanitaria per i pazienti affetti da scompenso cardiaco (Hf), hanno aumentato la necessità di una migliore assistenza domiciliare al posto di costosi ricoveri



ospedalieri.

Il progresso della tecnologia e l'uso sempre più frequente del telefono come supporto sanitario al *telenursing*, permettono un continuo e sofisticato monitoraggio a livello domiciliare.

Tuttavia, l'aumento dei costi e le possibili difficoltà dei pazienti nell'accettazione di questi nuovi approcci, impongono delle valutazioni e dei sostegni per essere inseriti nella pratica quotidiana.

Le nuove tecnologie di telemedicina sono in grado di fornire un controllo a distanza, a lungo termine, dello stato clinico, migliorare l'erogazione delle cure, e la qualità della vita nei pazienti (Andrea Mortara et al. 2008).

L'Hf è una delle principali cause di morte in diversi Paesi in via di sviluppo tra cui la Thailandia (Wongpiriyayothar et al, 2011). I pazienti con Chf hanno un alto tasso di mortalità e morbilità, pari al 5% dei ricoveri ospedalieri.

Pertanto, è di fondamentale importanza aumentare la compliance del paziente migliorando l'adesione terapeutica attraverso l'aumento del *self-care* (de Lusignea et al. 2001).

Lo studio effettuato in questa revisione è utile soprattutto per pianificare ulteriori ricerche sull'efficacia degli strumenti di *telenursing* per la gestione dei pazienti affetti da questa patologia cronica.

Le conoscenze acquisite forniscono una base per comprendere le strategie che possono migliorare la capacità degli infermieri nell'educare i pazienti e nel facilitare l'auto-gestione della patologia.

AUTORI:

Silvia Di Saverio, infermiera e studentessa presso il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche dell'Università di Tor Vergata, Roma;

Rebecca Mangado, infermiera presso il reparto di terapia intensiva del Campus Biomedico di Roma e studentessa presso il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche dell'Università di Tor Vergata, Roma;

Fulvio Sghembi, infermiere, carabiniere in servizio presso Legione Carabinieri Veneto-Padova. Studente presso il CdL magistrale in Scienze Infermieristiche ed ostetriche dell'Università Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Albert N.M, Buchsbaum R, Li J, *Randomized study of the effect of video education on heart failure healthcare utilization, symptoms, and self-care behaviors.* Patient Educ Couns. 69(1-3), 129-39, 2007.
- Antonicelli R, Testarmata P, Spazzafumo L, Gagliardi C, Bilo G, Valentini M, Olivieri F, Parati G, *Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure.* J Telemed Telecare. 14(6), 300-5, 2008.
- Austin L.S, Landis C.O, Hanger K.H jr, *Extending the continuum of care in congestive heart failure: an interactive technology self-management solution.* J Nurs Adm. 42(9), 442-6, 2012.
- Black J.T, Romano P.S, Sadeghi B, Auerbach A.D, Ganiats T.G, Greenfield S, Kaplan S.H, Ong M.K; BEAT-HF Research Group, *A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition - Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial.* Trials. 15, 124. 2014.
- Bui A and Fonarow G, Md, *Home Monitoring for Heart Failure Management.* Am Coll Cardiol. 59(2), 97-104. 2012.
- Chriss P.M, Sheposh J, Carlson B and Riegel B, *Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization.* Heart and Lung. 33(6), 345-353. 2004. Clark R.A, Yallop J.J, Piterman L, Croucher J, Tonkin A, Stewart S, Krum H; CHAT Study Team, *Adherence, adaptation and acceptance of elderly chronic heart failure patients to receiving healthcare via telephone-monitoring.* Eur J Heart Fail. (11), 1104-11. 2007.
- De Lusignan S, Wells S, Johnson P, Meredith K, Leatham E, *Compliance and effectiveness of 1 year's home telemonitoring. The report of a pilot study of patients with chronic heart failure.* Eur J Heart Fail. 3(6), 723-30. 2001.
- Dunagan W.C, Littenberg B, Ewald G.A, Jones CA, Emery V.B, Waterman B.M, Silverman D.C, Rogers J.G, *Randomized trial of a nurse-administered, telephone-based disease management program for patients with heart failure.* J Card Fail. 11(5), 358-65. 2005.
- Evangelista L.S, Lee J.A, Moore A.A, Motie M, Ghasemzadeh H, Sarrafzadeh M, Mangione C.M, *Examining the Effects of Remote Monitoring Systems on Activation, Self-care, and Quality of Life in Older Patients With Chronic Heart Failure.* J Cardiovasc Nurs. 2013
- Finkelstein S.M, Speedie S.M, Demiris G, Veen M, Lundgren JM, Potthoff S, *Telehomecare: quality, perception, satisfaction.* Telemed J E Health. 10(2), 122-8. 2004.
- Grancelli H, Varini S, Ferrante D, Schwartzman R, Zambrano C, Soifer S, Nul D, Doval H; GESICA Investigators, *Randomized Trial of Telephone Intervention in Chronic Heart Failure (DIAL): study design and preliminary observations.* J Card Fail. 9(3), 172-9, 2003.
- Inglis S.C, Clark R.A, McAlister F.A, Ball J, Lewinter C, Cullington D, *Structured telephone support telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure.* Cochrane Database Syst Rev doi:10.1002/14651858.CD007228. 2010.
- Inglis S, Clark R, McAlister F, Stewart S, Cleland J, *Which components of heart failure programmes are effective? A systematic review and meta analysis of the outcomes of structured telephone support or telemonitoring as the primary component of chronic heart failure management in 8323 patients: Abridged Cochrane Review European.* Journal of Heart Failure. 13, 1028-1040, 2011.
- Jaarsma T, Nikolova-Simons M and Van der Wal M, *Nurses strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look.* Heart & Lung. 41(6), 583-593, 2012.
- Jovicic A, Chignell M, Wu R, Straus S.E, *Is Web-only self-care education sufficient for heart failure patients? AMIA Annu Symp Proc.* 14, 296-300, 2009.
- Kutzleb J, Reiner D, *The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure.* J Am Acad Nurse Pract. 18(3), 116-23. 2006.
- Madigan E, Schmotzer B.J, Struk C.J, Di Carlo C.M, Kikano G, Piña I.L, Boxer R.S, *Home health care with telemonitoring improves health status for older adults with heart failure.* Home Health Care Serv Q. 32(1), 57-74. 2013.
- Martín-Lesende I, Orruño E, Bilbao A, Vergara I, Cairo M.C, Bayón J.C, Reviriego E, Romo M.I, Larrañaga J, Asua J, Abad R, Recalde E, *Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomized controlled trial).* BMC Health Serv Res. 13, 118. 2013.
- Riley J.P, Gabe J.P, Cowie M.R, *Does telemonitoring in heart failure empower patients for self-care? A qualitative study.* J Clin Nurs. 22(17-18), 2444-55. 2013.
- Rockwell J.M and Riegel B, *Predictors of self-care in persons with heart failure.* Heart and Lung. 30(1), 18-25. 2001.
- Rodríguez-Gázquez Mde L, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R, *Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial.* Rev Lat Am Enfermagem. 20(2), 296-306, 2012.
- Seto E, Leonard K.J, Cafazzo J.A, Barnsley J, Masino C, Ross H.J, *Mobile phone-based telemonitoring for heart failure management: a randomized controlled trial.* J Med Internet Res. 14(1), 31. 2012.
- Shearer N.B, Cisar N, Greenberg E.A, *A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure.* Heart Lung. 36, 159-169. 2007.
- Staples P and Earle W, *The nature of telephone nursing interventions in a heart failure clinic setting.* Canadian Journal of Cardiovascular Nursing. 18(4), 27-33. 2008.
- Tomita M.R, Tsai B.M, Fisher N.M, Kumar N.A, Wilding G, Stanton K, Naughton B.J, *Effects of multidisciplinary Internet-based program on management of heart failure.* J Multidiscip Healthc. 2009(2), 13-21, 2008.
- Trojahn M.M, Ruschel K.B, Nogueira de Souza E, Mussi C.M, Naomi Hirakata V, Nogueira Mello Lopes A, Rabelo-Silva E.R, *Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits.* Nurs Res Pract, 2013.
- Westlake C, Evangelista L.S, Strömberg A, Ter-Galstanyan A, Vazirani S, Dracup K, *Evaluation of a Web-based education and counseling pilot program for older heart failure patients.* Prog Cardiovasc Nurs. 22(1), 20-6, 2007.
- Wongpiriyayothar A, Piamjarinyakul U, Williams P.D, *Effects of patient teaching, educational materials, and coaching using telephone on dyspnea and physical functioning among persons with heart failure.* Appl Nurs Res. 24(4), 59-66, 2011.
- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Howard A.F, Jamshidi F, *A supportive educational intervention for heart failure patients in iran: the effect on self-care behaviours.* Nurs Res Pract. 2013.
- Wheeler T, *Strategies for delivering tele-home care—provider profiles.* Telemed Today. 6(4), 37-40. 1985.

Rispetto professionale e centralità della persona nell'assistenza

di Valentina Petri, Laura Sabatino

INTRODUZIONE

Oggi, sempre più, esiste nella professione infermieristica la consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo e delle proprie funzioni assistenziali, educative, informative, gestionali, didattiche e di ricerca che l'infermiere può esprimere all'interno di un sistema salute che sia funzionale per i cittadini che usufruiscono dei servizi.

A guidare l'agire professionale, oltre all'ordinamento didattico dei corsi di laurea e al profilo professionale è il **Codice Deontologico** che rende gli infermieri completamente responsabili del loro operato (Sabatino et al. 2012).

Esso è uno strumento fondamentale in quanto è un patto morale; rappresenta un modello, una guida, un aiuto, un riferimento per l'esercizio quotidiano delle attività, indicando le norme di comportamento generali che si ispirano ai principi che caratterizzano l'esercizio professionale (Cortese, Fedrigotti 2001; Lachman 2009; Piccin et al. 2009).

Tra questi principi, fondamentale per la professione, è la dignità professionale e il suo rispetto, importanti per l'attribuzione di valore sia come persone sia come professionisti e basilari per sviluppare l'identità e l'appartenenza professionale.

Non a caso il Codice Deontologico (capo V, articolo 42) cita: *"L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà"*.

Dalla revisione della letteratura si evince che è molto studiato il rispetto della di-

gnità del paziente, un valore insito nella natura della professione che vede nell'incontro empatico infermiere-paziente, la connessione tra le azioni positive dell'infermiere e l'esperienza di rispetto della dignità della persona (Lawless, Moss 2007).

L'aspetto della dignità come riconoscimento del valore professionale della persona infermiere, invece, è meno studiato, non viene identificato come un valore-chiave (Gallagher 2004; Stievano 2008).

SCOPO DELLA RICERCA

Esplorare il concetto di dignità professionale infermieristica e il vissuto degli infermieri che lavorano nei contesti della medicina e della chirurgia generale per analizzare ed interpretare le loro esperienze di rispetto o non rispetto della loro dignità.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato effettuato attraverso l'analisi induttiva dei contenuti.

Per la raccolta dati è stata utilizzata la tecnica del *focus group*: ne sono stati condotti due, nei mesi di ottobre e novembre 2013, con il reclutamento di personale infermieristico che opera nell'ambito della medicina e chirurgia generale in due grandi ospedali pubblici di Roma. Il *focus group* è una tecnica che facilita gli intervistati nell'esprimere le loro opinioni e nel fare emergere vissuti esperienziali in un'ottica di scambio e di confronto (Fain 2004) ed è proprio per questo motivo che è stato scelto tale me-

todo, per rendere più semplice la discussione, attraverso l'effettuazione di domande specifiche semi-strutturate.

Prima di iniziare i *focus group*, è necessario che il moderatore effettui il *bracketing* (letteralmente, "mettere tra parentesi") per registrare le proprie pre-comprensioni rispetto al tema da esplorare (ciò per permettere, nell'interpretazione, di far emergere solo ciò che è stato riferito dai partecipanti al *focus group* e non quello che pensa il ricercatore).

La prima domanda fatta dal moderatore ai partecipanti è stata di definire, secondo il loro punto di vista, il significato di dignità professionale infermieristica.

I *focus* sono stati registrati su supporto digitale e dopo fedelmente trascritti.

Durante i *focus* un osservatore ha aiutato il ricercatore/moderatore osservando e prendendo nota dei comportamenti non verbali dei partecipanti.

Sono stati reclutati un totale di 10 infermieri con i seguenti criteri di inclusione:

- infermieri che lavorano negli ambiti di medicina e chirurgia generale;
- infermieri con almeno 1 anno di esperienza;
- infermieri che non rivestono ruoli di coordinamento;
- i partecipanti sono stati reclutati su base volontaria.

In entrambi i *focus group* hanno partecipato cinque infermieri, per un campione totale di 10 partecipanti, con uguale rapporto di 4 donne e un uomo per ciascun incontro.

L'età media è stata di 42,9 anni e il range d'età è variato dai 32 ai 56 anni.

Le esperienze lavorative precedenti dei partecipanti sono state differenti: *Day Surgery* di Orl, neurologia, geriatria, Ares 118, endoscopia, Utic, Ps, Terapia Intensiva di neurochirurgia, malattie dismetaboliche, chirurgia d'urgenza, medicina d'urgenza, ambulatorio di oculistica, ecc.

RISULTATI

Dall'analisi dei dati effettuata, sono emersi due temi principali che vanno a definire il concetto di dignità professionale infermieristica:

1. dignità come virtù intrinseca propria di ogni essere umano;
2. dignità professionale come rispetto e riconoscimento all'interno dell'ambiente lavorativo.

Il primo tema riflette quella che è la natura dell'infermiere come persona, ovvero un essere umano e, come tale, un essere avente valore intrinseco.

La dignità personale di base, infatti, deve essere considerata un importante elemento, una virtù che merita rispetto di cui tutti gli esseri umani sono dotati solo per il fatto di essere tali.

La dignità umana non ha un costo, non ha prezzo, ma ha un valore inestimabile e inalienabile: è la cosa che ogni essere umano ha di più prezioso.

Mantenere la propria dignità "incarnata" nell'essere umano significa riconoscere a se stessi di avere un valore e merita il riconoscimento anche da parte degli altri.

La dignità come virtù intrinseca dona un senso ad ogni essere umano da quando nasce fino alla morte, ed è alla base della propria identità, della percezione del rispetto di sé e del proprio "essere al mondo".

Il secondo tema, invece, riflette quella che è la natura dell'infermiere come professionista, ovvero, una persona che svolge un'attività altamente qualificata, che ha un suo ruolo autonomo e indipendente ed è caratterizzata da una combinazione di competenze, integrità morale e abilità.

Il rispetto e il riconoscimento da parte degli altri sono fondamentali ma, prima di tutto, bisogna avere rispetto e stima per se stessi, bisogna essere in grado di percepire il proprio valore come profes-



I testimonial della campagna "Infermiere protagonista della vita vera" del 2007

sionista con una specifica identificazione delle proprie responsabilità e competenze.

Soprattutto, bisogna saperle dimostrare, così facendo, è altamente probabile che l'infermiere riceverà rispetto e riconoscimento da parte degli altri.

La dignità professionale risulta perciò un tipo di dignità molto legata alle relazioni che si instaurano nella vita lavorativa, all'essere presi in considerazione, riconosciuti e rispettati dagli altri in senso generale.

Per la sua vulnerabile natura, la dignità, però, può essere facilmente infranta e diminuita da azioni non adeguate ed umilianti da parte di altri individui (altri infermieri, medici, altri professionisti, personale di supporto, pazienti e familiari), con conseguente, possibile lesione della propria autonomia e della stima di sé, con connesse insoddisfazioni personali e professionali.

DISCUSSIONE

Da qui, emerge che il concetto di dignità professionale infermieristica è un concetto complesso, multidimensionale, composto da caratteristiche intrinseche della persona, ovvero, la dignità di base propria di ogni essere umano, il rispetto di sé e il riconoscimento del proprio valore; da caratteristiche che derivano dall'am-

ambiente lavorativo e che sono inestricabilmente interconnesse, ovvero: il rispetto e il riconoscimento da parte degli altri, quindi, da parte dei pazienti e dei familiari ma sono molto importanti anche le relazioni intra ed inter professionali, il team di lavoro, le competenze esperite, l'autonomia professionale, i contesti di lavoro e l'organizzazione.

L'infermiere gode di uno speciale status nella società: è da essa autorizzato a stare con le persone nei momenti più vulnerabili della loro vita. È un contratto sociale che l'infermiere ha stipulato con la società e, come tale, essa si aspetta che l'infermiere eroghi un'assistenza qualificata, compassionevole ed intima. La dignità, per gli infermieri, è in larga parte determinata dal successo di questo contratto: c'è molto da guadagnare, ma anche molto da perdere. (Lawless 2008-2009)

È però necessario che, nel contratto, anche i bisogni degli infermieri siano considerati: solo così, probabilmente, si potrà ottenere una maggiore dignità nella vita lavorativa degli infermieri stessi. (Wainwright, Gallagher 2008; Lawless, Moss 2007; Lawless 2008-2009)

Quindi, è importante considerare sia il modo in cui gli infermieri costruiscono la propria figura professionale, sia il modo in cui la società aderisce a tale posizione,

cioè l'attenzione esplicita verso la dignità della professione come valore etico e morale.

Purtroppo, nonostante i buoni propositi, le proposte e le idee di cambiamento e di rivendicazione dei propri diritti e della propria dignità, ci sono evidenze che suggeriscono che ancora in molte realtà gli infermieri continuano a lavorare in ambienti di lavoro in cui predominano fattori negativi, quali eccessivi carichi di lavoro, limiti di autonomia, scarso supporto organizzativo, comportamento offensivo nei loro confronti.

La dignità professionale e il rispetto sono valori che riflettono la cultura organizzativa e sono fondamentali per il buon lavoro nelle organizzazioni sanitarie.

Dalla letteratura, inoltre, emerge la connessione che esiste tra soddisfazione lavorativa, rispetto della dignità professionale e qualità dell'assistenza. (Tang et al. 2013)

L'ambiente in cui si sviluppano tali connessioni diventa spesso non abitabile (Peter et al. 2004), le tensioni coinvolgono le identità professionali individuali e collettive, il gap tra bisogni e risorse, tra efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza, la sfera dell'autonomia, dell'autorità e delle autorevolezze professionali, nella retorica tra realtà teorica

e realtà dei fatti. (Stievano et al. 2009) È importante che, nella professione, si cerchi di comprendere come la dignità sia vissuta nell'ambiente di lavoro e nella vita degli infermieri, non solo perché la presenza o l'assenza di dignità nella professione infermieristica può influenzare la cura del paziente, ma perché la dignità è un diritto umano in qualsiasi contesto, nonché una componente importante per la salute dei lavoratori.

La dignità infermieristica e il successo organizzativo sono inestricabilmente intrecciati, pertanto, sono necessari ambienti di lavoro etici ed "abitabili".

CONCLUSIONI

Dignità e rispetto sono due concetti strettamente correlati: se una persona riconosce l'importanza dell'altro lo rispetta.

Una visione deontologica del rispetto si basa sul ritenere che le persone, grazie alla loro autonomia morale, hanno un valore e, quindi, hanno dignità.

Pertanto, devono essere rispettate per questo loro speciale valore.

Dignità e rispetto rappresentano, quindi, il fenomeno centrale dell'infermieristica (Bennett Jacobs 2001).

In particolare, nel *nursing*, il concetto di dignità ha un duplice orientamento: può riguardare un valore riferito ad altri, op-

pure riferito agli stessi infermieri come individui che lavorano a contatto con altri individui.

Per cui, nel *nursing*, quando consideriamo questo concetto, bisogna riflettere su queste due prospettive fondamentali. In particolare, il rispetto per la propria dignità richiede una valutazione e un riconoscimento del proprio valore come essere umano e come professionista (Gallagher 2004; Stievano 2008), per le competenze intellettuali, scientifiche, tecnico-pratiche, emozionali, affettive ed etiche acquisite e costantemente aggiornate che rendono l'infermiere responsabile delle proprie azioni, di fronte agli altri e di fronte a se stesso.

L'infermiere ha bisogno di sentirsi adeguatamente considerato, rispettato e riconosciuto.

La dignità professionale infermieristica dovrebbe essere mantenuta nella pratica di tutti i giorni, nelle relazioni con gli altri professionisti e con le persone assistite.

AUTORI:

Valentina Petri, infermiera laureata, Fatebenefratelli Università di Tor Vergata, Roma;

Laura Sabatino, dottoranda di ricerca, Università di Tor Vergata, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Bennett Jacobs B, *Respect for human dignity: A central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge*. Advances in Nursing Science 2001; 24(1): 17-35.
- Cortese C, Fedrigotti A, *Etica infermieristica, sviluppo morale e professionalità*, III edizione, Sorbona, Milano 2001, pp. 20-40.
- Fain J.A, *La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla*. II edizione, edizione italiana Vellone E. (a cura di), McGraw-Hill, Milano 2004.
- Furlan M, Bernardi A, Pegoraro R, *Etica delle professioni sanitarie*. Piccin, Padova, IV ed. 2009.
- Gallagher A, *Dignity and respect for dignity. Two key health professional values: Implications for nursing practice*. Nursing Ethics 2004; 11(6): 587-599.
- Lachman V.D, *Practical use of the nursing code of ethics: part I*. Medsurg Nursing 2009; 18(1): 55-57.
- Lawless J, *Why dignity at work*. Kai Tiaki Nursing New Zealand. December/January 2008/2009; 14: 12.
- Lawless J, Moss C, *Exploring the value of dignity in the work-life of nurses*. Contemporary Nurse 2007; 24: 225-236.
- Peter EH, MacFarlane A.V, O'Brien-Pallas L.L, *Analysis of the moral habitability of the nursing work environment*. Journal of Advanced Nursing 2004; 47(4): 356-367.
- Sabatino L, Stievano A, Rocco G, *Riflessioni ed approfondimenti sul codice deontologico infermieristico*. Infermiere Oggi 2012; 3: 3-6.
- Stievano A, *La dignità e il rispetto per la dignità due valori fondamentali per la pratica infermieristica*. Infermiere Oggi 2008; 1: 32-36.
- Stievano A, Alvaro R, Russo M.T, *Il valore della dignità professionale infermieristica*. International Nursing Perspectives 2009; 9(3): 97-105.
- Tang C.J, Chan S.W, Zhou W.T, Liaw S.Y, *Collaboration between hospital physicians and nurses: an integrated literature review*. International Nursing Review 2013; 60: 291-302.
- Wainwright P, Gallagher A, *Demonstrating dignity*. Nursing Standard 2008; 23(10): 24-25.

Counseling infermieristico per l'Hiv

di Roberta Seri, Fernando Barberini, Maria Feola

INTRODUZIONE

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, nota come Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), rappresenta lo stadio terminale dell'infezione del virus dell'immunodeficienza umana (*Hiv, Immunodeficiency Virus*) della quale, allo stato attuale, non esiste una terapia eradicativa e l'unico mezzo efficace è rappresentato dalla prevenzione.

L'Hiv è un virus a Rna appartenente alla famiglia virale dei retrovirus, dotata di un meccanismo replicativo assolutamente unico.

La sua unicità è determinata da uno specifico enzima, la trascrittasi inversa, grazie al quale i retrovirus sono in grado di trasformare il proprio patrimonio genetico a Rna, in un doppio filamento di Dna. Questo va ad inserirsi nel Dna della cellula infettata (detta "cellula ospite" o "cellula bersaglio") dando il via alla produzione di nuove particelle virali.

Le principali cellule bersaglio dell'Hiv sono particolari cellule del sistema immunitario, i linfociti T di tipo CD4, fondamentali nella risposta adattativa contro svariati tipi di agenti patogeni e oncogeni.

L'infezione da Hiv comporta un indebolimento progressivo del sistema immunitario (immunodepressione) e, di conseguenza, un aumentato rischio di insorgenza di tumori e di infezioni da parte di virus, batteri e protozoi, che in condizioni normali possono essere curate.

QUADRO EPIDEMIOLOGICO DELL'INFEZIONE DA HIV E AIDS

I dati epidemiologici attuali riferiti dall'Unaid (*Joint United Nations Programme on Hiv/Aids*) alla fine del 2010, hanno rilevato 33 milioni di persone viventi con l'Hiv/Aids nel mondo, con un'età media di 39 anni per gli uomini e 35 anni per le donne.

In Italia, la raccolta dei dati epidemiologici ha avuto inizio nel 1982, formalizzata nel 1984 dall'istituzione di un Sistema di Sorveglianza Nazionale.

Il Centro Operativo Aids (Coa) dell'Istituto Superiore di Sanità è stato istituito con decreto del Ministero della Sanità nel gennaio del 1987. Dal 1984 raccoglie i dati relativi alle notifiche di Aids e dal 2008 i dati delle nuove diagnosi di infezione da Hiv.

Nella Regione Lazio, il Sistema di Sorveglianza Hiv e Aids è stato istituito con Dgr 3803 del 14 giugno 1985, successivamente modificata con Dgr 8358 del 13 settembre 1988.

Il Sistema di Sorveglianza Hiv consiste nella segnalazione, anonima e sistematica, di ogni risultato positivo confermato al test per Hiv da parte dei laboratori di patologia clinica, pubblici e privati e dei Centri Trasfusionali operanti nella regione, per mezzo di un modulo contenente informazioni sul test eseguito, nonché dati anagrafici relativi alla persona che si è sottoposta al test.

I dati presentati si riferiscono alle notifiche con data di diagnosi entro il 31 dicembre 2011 e pervenute entro la fine del 2012.

Da questi si evince che, nel 2011, sono stati diagnosticati 5,8 nuovi casi di Hiv

positività ogni 100mila residenti.

Anche se l'incidenza dell'infezione da Hiv sembra avere un andamento stabile, dai dati rilevati risulta essere in aumento in alcune aree (Bolzano, Sassari, Valle d'Aosta, Umbria, Sicilia) e in diminuzione in altre (Lazio, Piemonte, Emilia Romagna, Marche, Trento).

Nel 2011, l'incidenza più bassa è stata registrata nella regione Calabria, quella più alta in Sardegna, più precisamente in provincia di Sassari.

Nel 2011, quasi una persona su tre diagnosticate come Hiv positive è di nazionalità straniera. L'incidenza è di 3,9 nuovi casi per 100mila italiani residenti e 21,0 nuovi casi Hiv per 100mila stranieri residenti. Per quanto riguarda i cittadini italiani, l'incidenza Hiv è più elevata al Nord, mentre tra gli stranieri si osserva una maggiore incidenza al Sud.

A partire dal 1982, e fino al 2011, sono stati segnalati circa 64mila casi di Aids, di cui quasi 40mila deceduti.

Nel 2011, l'incidenza di Aids è stata di 1,8 casi per 100mila residenti, rappresentati, per il 75%, da maschi con una età media di circa 38 anni.

Sia l'incidenza di Aids che il numero di decessi per anno continua a diminuire per effetto delle terapie anti-retrovirali combinate, in uso nel nostro Paese dal 1996.

Il motivo che ha indotto le persone scoperte come Hiv positive a sottoporsi al test Hiv nel 2011 è attribuibile, per il 24,8%, alla presenza di sintomi che fanno sospettare un'infezione da Hiv, il 13,4% come conseguenza di un com-



portamento a rischio non specificato e il 10,3% in seguito a rapporti sessuali non protetti.

Counseling Hiv poliambulatorio Luzzatti Asl Rm/A

Nel presidio territoriale della Asl Rm/A Poliambulatorio Luzzatti è stato avviato un Servizio di Counseling Hiv in cui opera personale medico ed infermieristico, per aderire al programma della Legge 135 del 5 giugno 1990: *"Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS"*.

Il *counseling*, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, si propone come un dialogo confidenziale, un'interazione che si svolge tra un operatore e una persona volta ad attivare le sue risorse interne ed esterne per metterla in condizione di far fronte a situazioni stressanti e di prendere decisioni autonome relativamente all'infezione da Hiv e all'Aids.

Tale metodo, che si svolge tra un operatore opportunamente formato e una persona/utente, è caratterizzato dall'applicazione di conoscenze specifiche, di qualità personali e di abilità, come la capacità di instaurare una relazione d'aiuto, attraverso l'ascolto attivo, da parte del professionista, finalizzate all'attivazione e alla riorganizzazione delle potenzialità (*empowerment*) della persona. Ciò, per rendere possibili scelte e situazioni percepite come difficili dall'individuo stesso o per affrontare in modo attivo problemi e difficoltà che lo riguardano.

A seconda dell'ambito, del contesto e del *target*, l'attività di *counseling* può avere diversi scopi:

- fornire informazioni scientificamente valide, aggiornate e personalizzate su tematiche inerenti l'infezione da Hiv e l'Aids (informative *counseling*);
- aiutare la persona con diagnosi di Hiv a pianificare il futuro, individuando, analizzando e selezionando le risorse disponibili per rispondere a bisogni di natura psicologica, sanitaria e sociale che possono insorgere dopo la diagnosi;
- il servizio di *counseling* Hiv deve, inoltre, comprendere anche la presa di coscienza e di conseguenza la messa in opera di quei comportamenti che permettono di eliminare o ridurre drasticamente la probabilità di trasmissione dell'infezione.

Va sottolineato che il *counseling* non deve essere identificato come una competenza attribuibile esclusivamente alla figura medica, dal momento che varia in rapporto alla professione esercitata dal *counselor* e dalla natura del problema.

Ci può essere, quindi, un *counseling* sanitario medico e infermieristico, un *counseling* psicologico, uno socio-assistenziale, oppure l'operatore di un SerT, il volontario di un'associazione di lotta all'Aids, un'insegnante o un mediatore culturale.

Condizioni necessarie all'attuazione di un servizio di *counseling* Hiv sono identificabili con la:

- **riservatezza** riferita al trattamento delle informazioni che vengono trasmesse

dall'utente. Secondo l'art.5 della legge 5 giugno n.135 del 1990, si stabilisce che: *"gli operatori sanitari che, nell'esercizio della loro professione, vengono a conoscenza di un caso di infezione da Hiv, anche se non accompagnato da uno stato morboso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita"*.

- **Privacy** riferita al luogo dove avviene l'incontro tra paziente e *counselor*.

L'ambiente dove avviene la consegna del referto deve essere un luogo riservato in cui poter dialogare in maniera tranquilla e indisturbata.

- **Comunicazione** di risultati di accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da Hiv può essere data esclusivamente alla persona cui tali esami sono riferiti, utilizzando un linguaggio comprensibile.

All'interno del Poliambulatorio opera, quindi, personale infermieristico dedicato, che ha svolto uno specifico corso di formazione e aggiornamento in materia di Hiv, che opera in collaborazione con il medico infettivologo, per i casi che richiedono una terapia medica.

MATERIALI E METODI

L'organizzazione interna del Poliambulatorio ha previsto di dedicare quattro ore settimanali ripartite su quattro giorni lavorativi, per svolgere tale servizio all'interno dell'ambulatorio infermieristico.

La persona che ritira il referto Hiv, accompagnata da un foglio di ritiro attestante il suo nome, viene invitata all'interno dell'ambulatorio infermieristico a porta chiusa.

La consegna del referto prevede un accertamento di riconoscibilità, attraverso la presentazione di un documento di identità valido.

Il colloquio prevede una serie di domande necessarie per la determinazione individuale del rischio Hiv attraverso lo *screening* del rischio sulla base di autoriferiti comportamenti, segni o sintomi clinici e per l'implementazione di un'analisi epidemiologica.

I segni clinici e sintomi includono malattie a trasmissione sessuale, che indica-

no un aumento del rischio per l'infezione da Hiv o altri segni o sintomi (ad es. infezioni retrovirali acute o opportunistiche).

I dati rilevati, stampati e firmati per presa visione dal paziente, vengono poi inviati alla Regione Lazio per la codifica dei dati stessi e per un'opportuna analisi epidemiologica.

Il personale dedicato fornisce informazioni relative al test Hiv, l'importanza della messa in pratica di comportamenti adeguati per evitare il rischio di contagio della malattia, informazioni sulle opzioni sessuali prive di rischio e più sicure o informazioni concernenti le altre malattie a trasmissione sessuale o ematica.

Per dar modo all'utente di memorizzare le notizie apprese, al paziente viene consegnato un foglio riepilogativo delle informazioni erogate.

Dal momento che il Poliambulatorio Luzzatti è sede del Centro Astalli per i Richiedenti Protezione Internazionale, spesso l'utente che accede al servizio è costituito da persone straniere, con scarsa conoscenza della lingua ufficiale italiana e spesso analfabeti.

In questo caso, il peso delle componenti linguistiche, sociali e culturali in grado di influenzare l'esito del messaggio informativo è ancora più rilevante e il processo di *counseling* diventa più pregnante.

Per questo motivo, il personale si avvale della collaborazione dei mediatori culturali che operano come volontari all'interno del Poliambulatorio.

RISULTATI

Nel 2012, l'attività di *counseling* svolta all'interno del Poliambulatorio Luzzatti è stata pari a 896 utenti, suddivisi tra 603 maschi stranieri, 102 femmine straniere, 75 maschi italiani e 116 femmine italiane, su un totale complessivo di: 2301 colloqui di *counseling* in tutta la Asl Rm/A. (Grafico 1)

Il totale di nuovi casi di Hiv è stato di 34, suddiviso in 29 maschi e 5 femmine, pari all'1%. (Grafico 2)

La percentuale di cittadini stranieri arrivati all'ambulatorio è stata pari al 79% e del 21% per quanto riguarda i cittadini italiani.

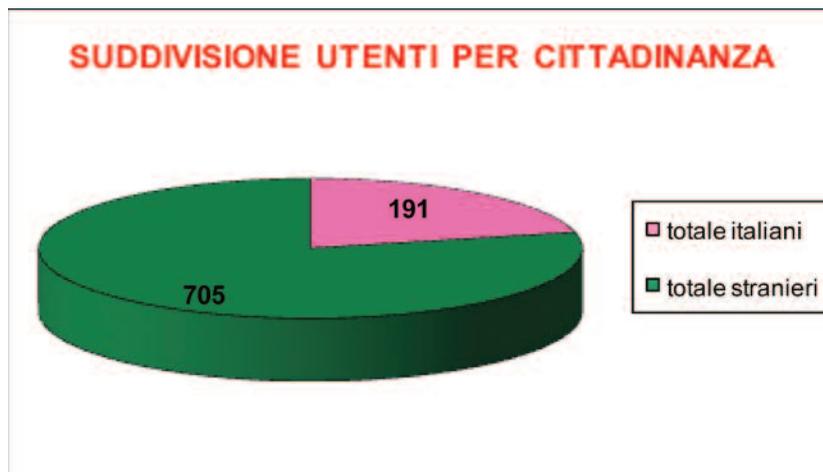


Grafico 1. Suddivisione utenti per cittadinanza

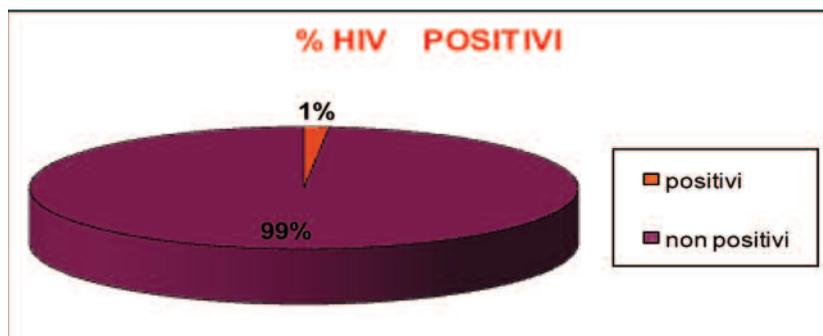


Grafico 2. Percentuale di Hiv positivi

I cittadini stranieri sono stati prevalentemente di nazionalità africana, così ripartiti: il 31,2% del Senegal, il 6,3% del Mali, il 4,8% della Mauritania, il 4,6% della Costa d'Avorio, il 3,2% da Eritrea, il 2,6% dalla Guinea il 2,1% dalla Nigeria, 1,5% dal Gambia ed Etiopia e l'1% dal

Burkina Faso.

Solo il 2,4% proviene dalla Cina, l'1,9% dalla Turchia e dall'Afghanistan, l'1,7% dal Bangladesh e l'1% dall'America Latina. (Tabella 1)

Il motivo addotto per l'esecuzione del prelievo per Hiv è stato per il 81.7% per



Tabella 1. Stranieri suddivisi per nazionalità



controllo generico, 1.5% per pratiche legate all'adozione o pre-concepimento, 15.3% per la gravidanza, lo 0.4% per cure odontoiatriche, lo 0.5% per interventi chirurgici.

DISCUSSIONE

Dai dati rilevati si evince che il test dell'Hiv è stato richiesto per il 79% da stranieri, costituiti prevalentemente da persone "richiedenti protezione internazionale", provenienti dal continente Africano, inviati per uno screening di tipo sanitario dal Centro Astalli, senza specifiche conoscenze relative all'infezione da Hiv o riguardanti malattie trasmissibili sessualmente.

Questi pazienti sono stati sottoposti ad ulteriori analisi di tipo sierologico per la ricerca di anticorpi anti-HbsAg, Hcv, *RwSifilide Screen*, Tpha, dai quali si evince una incidenza del 6.2% di sieropositività per l'epatite B, 0.7% per l'epatite C, 0.5% per la *RwSifilide Screen*, rispetto ai dati rilevati.

Per quanto riguarda i cittadini italiani, lo scopo del prelievo, dichiarato durante l'attività di *counseling*, è attribuibile ad un controllo successivo a rapporti non

protetti o comportamenti inadeguati a prevenire tale infezione, con riferita scarsa conoscenza della modalità di trasmissione del virus dell'Hiv.

Le donne italiane e straniere si sottopongono al test come *screening* prenatale o in gravidanza.

Negli ultimi dieci anni, si è assistito ad una diminuzione dei casi attribuibili ad uso iniettivo di droghe, paradossalmente ad un incremento dei casi attribuibili a contatto sessuale.

La trasmissione dell'infezione attraverso rapporti sessuali non protetti è aumentata dal 9,2% nel 1985 al 74,8% nel 2011 per quanto riguarda gli uomini e dallo 0,8% al 71,5% per le donne.

Il *counseling* infermieristico sorto per dare attuazione alla Legge 135 del 5 giugno 1990 "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'Aids" rappresenta uno strumento valido per fornire informazioni scientificamente valide e aggiornate riguardo la trasmissione del virus dell'Hiv e contribuisce alla correzione attraverso un dialogo costruttivo tra professionista ed utente, di comportamenti a rischio, dissolvendo credenze e luoghi comuni ri-

guardo tale malattia.

È utile sottolineare che non esistono categorie a rischio, ma solamente comportamenti errati che espongono la persona a poter contrarre l'infezione da Hiv.

I dati rilevati a livello micro-territoriale sembrano confermare quelli statistici forniti dall'Istituto Superiore di Sanità riguardanti la diffusione di tale malattia, sia per quanto riguarda il sesso, l'età, e la nazionalità.

La conoscenza del fenomeno a livello epidemiologico ci permette di comprendere quanto ancora oggi, la conoscenza sulla trasmissione del virus Hiv sia carente e determini la messa in azione di comportamenti a rischio di contrarre la malattia o la sieropositività.

A livello territoriale, l'ambulatorio dedicato al *counseling* Hiv, permette agli infermieri di svolgere un'attività relazionale e di educazione alla salute aderente al proprio profilo professionale (D.M. 739/94), consentendo una più efficace diffusione di saperi competenti, oltre ad una precoce identificazione di persone sieropositive.

Lo stesso Codice Deontologico dell'Infermiere (2009), all'art. 2 stabilisce che

"l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa".

Fino a quando non si potrà disporre di terapie efficaci nel debellare definitivamente la malattia, le strategie preventive rappresentano l'unico strumento di controllo dell'epidemia.

Il *counseling* infermieristico rappresenta, pertanto, un mezzo di informazione efficace e personalizzato, agito per mezzo di professionisti qualificati, in grado di raggiungere una larga fascia della popolazione con lo scopo di promuovere la modifica di comportamenti a rischio e l'adozione di stili di vita adeguati.

Tale obiettivo si inserisce all'interno di una relazione d'aiuto che permette agli infermieri, attraverso la comunicazione interpersonale, di far emergere tutti i dubbi, le incertezze, i pregiudizi e le resistenze, acquisite da fonti non autorevoli, che espongono la persona al rischio di contagio. Poche, semplici precauzioni possono ridurre o addirittura annullare il rischio di infezione da Hiv.

Lo scopo del *counseling* non è quello di imporre modelli di comportamento pre-costituiti, ma di sollecitare una presa di coscienza e la capacità di analizzare il problema, pervenendo ad una riflessione costruttiva tale da permettere alla persona di comprendere i rischi reali legati all'infezione da Hiv e decidere consapevolmente il comportamento futuro. La relazione messa in atto dagli infermieri con l'interlocutore non può prescindere da un'attenta lettura del contesto sociale e delle caratteristiche individuali, culturali e sociali che permettono ai professionisti di individuare i punti di forza e le eventuali criticità (superstizione, pregiudizi, credenze, ecc.) che si possono incontrare durante l'attività di *counseling* per riuscire insieme alla persona coinvolta, di trovare il modo di superarli nell'interesse proprio e della collettività.

Il processo comunicativo si conclude con il rilascio di un foglio informativo nel quale sono riassunte le principali raccomandazioni in tema di trasmissione dell'infezione da Hiv, affinché le nozioni espresse oralmente possano essere rielaborate dal soggetto e divenire oggetto

di richiesta di ulteriore approfondimento.

CONCLUSIONI

Il *counseling* infermieristico rappresenta, per il Sistema Sanitario Nazionale, un mezzo efficace a livello territoriale, di prevenzione dell'epidemia da Hiv e permette interventi di educazione sanitaria da parte di personale infermieristico competente, finalizzati ad una comunicazione efficace.

Il *counseling* infermieristico integra interventi di natura sociale, come campagne informative a mezzo stampa o mezzi di comunicazione di massa, con competenze specifiche di natura sanitaria, che si realizzano attraverso una relazione interpersonale adeguata alle esigenze dell'utente.

AUTORI:

Roberta Seri, laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Asl Rm/A;

Fernando Barberini, master in Management per le Funzioni di Coordinamento, Asl Rm/A;

Maria Feola, coordinatore infermieristico Poliambulatorio Luzzatti Asl Rm/A.

BIBLIOGRAFIA

Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS. Legge 135 del giugno 1990. Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.132, 8 giugno 1990.

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

Federazione Nazionale Collegi Ipasvi. *La nuova regolamentazione per l'esercizio della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie*. Roma, 2012.

SITOGRAFIA

Carboni A, Chini F, Di Lallo D, *La sorveglianza delle nuove diagnosi HIV e dei casi di AIDS nel Lazio (ASP)*. Roma: Agenzia di Sanità Pubblica. 2013. Disponibile presso: URL:<http://www.asplazio.it>. Accesso 8/8/2013.

Luzi AM, Colucci A, Suligoi B. (Ed.). *La normativa italiana in materia di HIV, AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/8). Disponibile presso: url: <http://www.iss.it>. Accesso 10/08/2013.

Coa-Istituto Superiore di Sanità. Aggiornamento dei casi di AIDS e delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia. Not Ist Super Sanità. 2011; 24(5). Suppl.1:1-27. Disponibile presso:

URL:<http://www.iss.ccoa/publ/cont.php?id=15&lang=1&tipo=5>. Accesso 07/08/2013.

Who-Unaid. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Disponibile presso: URL:<http://www.unaids.org>. Accesso 18/04/2012.

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2010. Disponibile presso: url:<http://www.ecdc.europa.eu>. Accesso 18/04/2012.

Unicef Italia. Dieci cose da sapere sull'Hiv/Aids. Disponibile presso: url:<http://www.unicef.it/doc/332/dieci-cose-da-sapere-su-hiv-e-aids.htm>. Accesso 05/08/2013.

Le nuove raccomandazioni sulle tecniche iniettive di insulina

di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati

INTRODUZIONE

Nel diabete mellito non è raro che il mancato raggiungimento di un buon compenso metabolico, nonostante la terapia iniettiva multipla, derivi anche dalla mancata osservanza di una serie di raccomandazioni come la corretta tecnica di iniezione e conservazione dell'insulina, la rotazione dei siti, la scelta dell'ago più adeguato, il cambio dell'ago ad ogni utilizzo.

Assicurarsi di iniettare con una giusta tecnica, è importante per il raggiungimento di un adeguato target glicemico, tanto quanto lo sono la dose ed il tipo di insulina somministrata (1).

Il sito e la tecnica di iniezione possono, difatti, modificare i parametri di assorbimento del farmaco e contribuire alla variabilità glicemica (2).

L'utilizzo di nuove tecnologie come la risonanza magnetica e l'ecografia ultrasonica ad elevata frequenza, hanno permesso di sfatare alcuni miti sulla corretta pratica dell'iniezione (3).

L'osservanza delle nuove raccomandazioni, pubblicate a maggio del 2014, hanno permesso di ridurre una complicanza sommersa del diabete come la lipodistrofia da insulina.

CORRETTA ESECUZIONE DELL'INIEZIONE

L'iniezione va somministrata preferibilmente con la penna monouso, più pratica e sicura della siringa, direttamente nel sottocute rispettando la seguente procedura:



- 1) lavarsi le mani con acqua e sapone ed asciugarle accuratamente;
- 2) rimuovere la carta di protezione dalla base dell'ago ed avvitare alla cartuccia;
- 3) rimuovere i due kit di protezione e selezionare 2 unità di insulina;
- 4) tenere la penna rivolta verso l'alto e premere il pistone fino a quando non compare una goccia di insulina dall'ago (se la goccia non compare ripetere nuovamente l'operazione);
- 5) selezionare la dose prescritta ed eseguire l'iniezione;
- 6) premere completamente il pistone ed attendere dieci secondi prima di estrarre l'ago(4);
- 7) estrarre l'ago e smaltirlo corretta-

mente in un contenitore rigido per taglienti.

L'iniezione attraverso i vestiti, molto utilizzata dai giovani, non è particolarmente consigliata perché l'ago perde la sua acuminatazza e lo strato lubrificante di silicone provocando maggior dolore al paziente.

L'iniezione a 45 gradi con la "tecnica del pizzicotto" non è quasi più utilizzata visto l'avvento, in commercio, degli aghi corti che consentono l'iniezione in modo perpendicolare a 90 gradi.

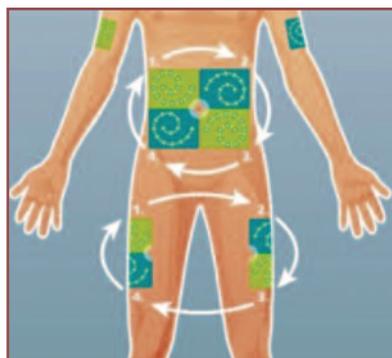
Le raccomandazioni internazionali più recenti non richiedono la disinfezione cutanea se il paziente esegue l'iniezione a casa o in un luogo sicuro.

Essa è, invece, richiesta in ospedale, in

ambulatorio o in case di riposo dove il rischio settico è elevato (5).

LA ROTAZIONE DEI SITI

L'insulina può essere somministrata in quattro zone:

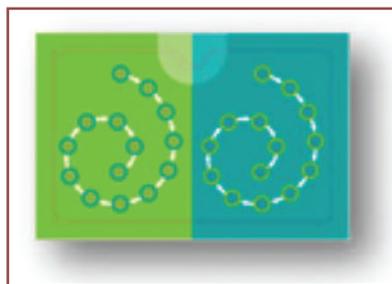


- 1) **addome.** È necessario mantenere una distanza pari al palmo di una mano dall'ombelico, evitando di spostarsi troppo lateralmente;
- 2) **braccia.** Si può utilizzare la parte superiore esterna dove il sottocute è più spesso;
- 3) **cosce.** Si può utilizzare la parte anteriore e laterale;
- 4) **glutei.** È indicato il quadrante superiore esterno.

L'assorbimento è più veloce nell'addome (12 minuti), nella braccia (15 minuti), nelle gambe (23 minuti) ed infine nei glutei (28 minuti) (6-7).

L'assorbimento dell'insulina è accelerato da temperature elevate, dal vestiario, dal massaggio del sito dopo l'iniezione, dall'attività fisica, da sauna e idromassaggio.

È, invece, rallentato in caso di fumo di sigaretta, utilizzo di insulina fredda, somministrazione in zone lipodistrofiche.

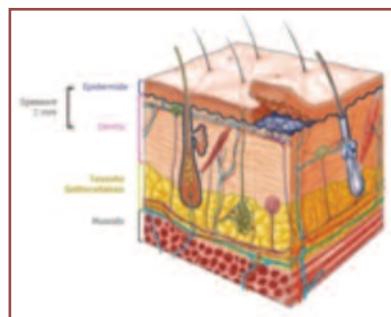


Per preservare i loro siti, i pazienti devono usare la regola "stessa ora; stesso sito" che consiste nell'associare un'inie-

zione ad una zona (l'addome per la mattina, le braccia per il pranzo, le cosce per la cena, i glutei per la notte) spostandosi di qualche centimetro secondo lo "schema a spirale".

LA LUNGHEZZA DELL'AGO

Sono stati condotti studi su larga scala sul regime insulinico, ma è stata data poca attenzione a quale dovrebbe essere la lunghezza ideale dell'ago e come evitare i problemi nei siti di iniezione.



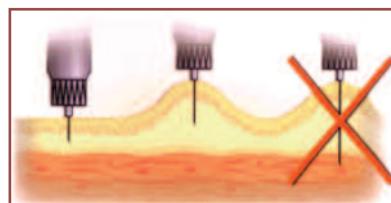
Vari studi hanno dimostrato una differenza nell'assorbimento e nella durata dell'insulina quando viene iniettata nel sottocute o nel muscolo.

Un'iniezione intramuscolare ha un assorbimento molto più rapido e può portare ad ipoglicemie inaspettate con rischi importanti per la salute.

Ciò è dovuto ad un maggiore afflusso sanguigno (8), ma anche all'esercizio fisico ed alla temperatura ambientale (9). Per evitare questo problema è ideale utilizzare un ago corto, in particolare quello da 4 mm, in modo da essere sicuri che si fermi nel sottocute e non raggiunga il muscolo.

Fino a non molti anni fa, le raccomandazioni per la lunghezza dell'ago si sono concentrate sul Bmi, sul sesso e sull'età del paziente (10).

Immagini ottenute mediante risonanza magnetica ed ecografia ultrasonica ad elevata frequenza hanno dimostrato come lo spessore medio dell'epidermide e



del derma è di 2,02 mm, e non cambia indipendentemente dal Bmi, dall'età e dall'origine etnica (11).

Quindi, è sicuro raccomandare a tutti i pazienti aghi corti, con conseguente minor disagio o paura rispetto agli aghi più lunghi (12).

CARATTERISTICHE DEI NUOVI AGHI

Per garantire il massimo comfort al paziente, gli aghi vengono attualmente prodotti con le più avanzate tecnologie:

- 1) **triplice affilatura.** Consente di ridurre la pressione necessaria all'inserimento dell'ago;
- 2) **lubrificazione esclusiva.** Riduce la resistenza alla penetrazione dell'ago;
- 3) **trattamento levigante.** Consente di rimuovere ogni residuo metallico;
- 4) **diametro interno più ampio.** Garantisce un maggior flusso di insulina con una riduzione della forza di penetrazione.

Oltre a differire per la lunghezza (4-5-6-8-10-12 mm) gli aghi si differenziano per lo spessore, espresso in *gauge* (G) che può variare da 28 a 32: più è alto il G e minore è lo spessore dell'ago.

Recentemente, sono stati introdotti sul mercato aghi da 4 mm con G 33/34, quindi ancora più sottili. A tal proposito, diversi lavori scientifici dimostrano come a G maggiore corrisponda minor dolore in sede di iniezione (13-14).

Altre importanti modifiche sono il lume conico, la doppia lubrificazione e la punta asimmetrica; test scientifici evidenziano che lo sforzo iniettivo è analogo ad un ago cilindrico 31 G (15) e vi è la riduzione dello strappo rispetto alla punta classica (16).

I DATI DEL 2014

In occasione del workshop Titan (17)-*Third Injection Technique Workshop* tenutosi ad Atene, a maggio 2014, sono stati presentati i dati di un grosso studio relativo alle tecniche iniettive condotto su 171 centri nel mondo, che ha coinvolto 4300 pazienti.

I dati raccolti hanno permesso di stilare un profilo epidemiologico sui maggiori parametri della tecnica iniettiva.

I risultati di questo studio hanno eviden-

ziato che l'87% dei pazienti utilizza le penne, il 7% le siringhe ed un 5% usa, indifferentemente, entrambe.

Di tutti i pazienti esaminati il 48,6 % usa ancora aghi lunghi (8-10 mm).

Un elemento molto interessante venuto alla luce è che il 43,4% dei pazienti usa l'ago una sola volta, il 30% da 2 a 4 volte, il 16% da 5 a 10 volte ed addirittura il 10,6% più di 10 volte.

La maggior parte dei pazienti si somministra l'insulina nelle cosce e quasi la metà presenta zone lipodistrofiche ed il 26% continua a somministrarsi l'insulina in queste aree.

LIPODISTROFIE DA INSULINA

La lipodistrofia è un'anomala formazione e/o distruzione del tessuto adiposo nelle aree del corpo in cui viene iniettata l'insulina e rappresenta, per il paziente, un mancato raggiungimento del *target* di adesione alle cure (18).

Si parla di lipo-atrofia, quando c'è una rientranza o un avallamento cutaneo nel tessuto adiposo, e di lipo-ipertrofia, quando vi è un accumulo e accrescimento di grasso e presenza di noduli di dimensioni variabili. Le più diffuse sono le lipo-ipertrofie.

Non importa se il paziente utilizzi le siringhe, le penne o il microinfusore: il pro-



blema sorge nei luoghi di infusione dell'insulina che, essendo un ormone della crescita, favorisce l'accrescimento dei noduli.

A parte il problema estetico, queste zone assorbono meno insulina del dovuto (circa il 24% in meno) per cui una stessa dose, applicata in zone sane, provoca un andamento della glicemia diverso e sicuramente variabile.

Un effetto facilitante la formazione di noduli lipoipertrofici è legato ai micro-traumatismi ripetuti, provocati dalla mancata rotazione dei siti e dal riutilizzo degli aghi

(19): queste zone, essendo molto utilizzate, subiscono una progressiva denervazione con riduzione del dolore (20).

Nelle immagini sono messi a confronto due aghi, uno nuovo ed uno usato (ingranditi al microscopio 370 volte): l'utilizzo ripetuto dell'ago può provocare traumi o infezioni, oppure la rottura dello stesso nel sottocute.

Cambiare l'ago dopo ogni iniezione garantisce una maggiore lubrificazione e penetrazione dello stesso nella cute e, soprattutto, una procedura indolore.

Su ogni confezione di aghi viene ripor-



tato dall'Azienda produttrice il simbolo che raccomanda di usare questi dispositivi una sola volta.



La corretta educazione terapeutica fornita dal team diabetologico consente di ridurre questa complicanza sommersa del trattamento insulinico (21).

CONSERVAZIONE DELL'INSULINA

L'insulina in uso va tenuta a temperatura ambiente, in un luogo sicuro, lontana da fonti di calore e dall'esposizione diretta dei raggi solari, per un periodo non superiore a 28 giorni. Dopodiché, la penna va gettata ed iniziata una nuova.

L'insulina di scorta va tenuta in frigorifero ad una temperatura compresa tra 2 e 8 gradi, nella propria confezione originale.

Non bisogna, quindi, somministrare al paziente l'insulina fredda, in quanto si riduce notevolmente l'effetto terapeutico, provocando dolore in sede di inoculazione.

CONCLUSIONI

Con un approccio sensibile e non critico, il team diabetologico può aiutare il paziente a comprendere il suo ruolo, a controllare periodicamente i suoi siti ed a ridurre gli effetti indesiderati derivanti dalla terapia insulinica.

L'assorbimento errato di insulina e la variabilità glicemica possono essere ridotti grazie alla corretta rotazione dei siti, all'utilizzo di aghi corti ed al loro cambio ad ogni iniezione.

Il fatto che circa 2/3 dei pazienti insulinotratati presenti lipodistrofie è piuttosto scioccante. Occorre impegnarsi affinché questo numero venga ridotto e ciò può

essere ottenuto mediante un'adeguata terapia educativa che va condotta all'inizio della terapia insulinica e deve prevedere dei rinforzi periodici nel tempo. L'ago corto e sottile incontra molto il gradimento del paziente e può essere uno strumento utile per favorire l'accettazione della terapia.

AUTORI:

Cristiano Abbati, infermiere coordinatore Diabetologia/Endocrinologia Ospedale San Giovanni Evangelista di Tivoli. Vice-presidente Osdi Lazio;

Vincenzo Abbati, infermiere Ospedale Sant'Andrea di Roma, reparto Ortopedia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Partanen T, Rissanen A, *Insulin injection practices*. Practical Diabetes International. 17, 8, 252-254. 2000.
- 2) Wallymahmed M.E, Littler P, Clegg C, Haqqani M.T, Macfarlane I.A, *Nodules of fibrocollagenous scar tissue induced by subcutaneous insulin injection: a cause of poor diabetic control*. Postgrad Med J. 2004;80:732-3.
- 3) Strauss K et al, *A pan-European epidemiologic study of insulin injection technique in patients with diabetes*. Practical Diabetes International. 19, 3, 71-76. 2002.
- 4) Annersten M, Frid A, *Insulin pens dribble from the tip of the needle after injection*. Practical Diabetes International. 17,4, 109-111. 2000.
- 5) Raccomandazioni Frid et al, *Diabetes and Metabolism*, 2010.
- 6) Wood L et al, *Administration of insulin by injection*. Practical Diabetes International. 19,2, Suppl. S1-S4. 2002.
- 7) Frid A, Linde B, *Clinically important differences in insulin absorption from abdomen in Iddm*. Diabetes Research in Clinical Practice. 21. 2-3, 137-141. www.ncbi.nlm.gov 1993
- 8) Hanas R, *Insulin-Dependent Diabetes in children, adolescents and adults*. Uddevalla, Sweden, Piara HB. 1998.
- 9) Thow J et al, *Different absorption of isophane (Nph) insulin from subcutaneous and intramuscular sites suggests a need to reassess recommended insulin injection technique*. Diabetic Medicine 7, 9, 600-602. 1990.
- 10) Strauss K, *Guidelines for appropriate use of short insulin needles*. Becton Dickinson Europe. 2000.
- 11) Pemberton E, Holman R, *Optimal needle length for subcutaneous injection*. Diabetic Medicine. 6, Suppl. 2, abstract P9. 1989.
- 12) Chiarelli F et al, *Needle length influence on insulin leakage and pain perception in children an adolescents with diabetes*. Diabetes. 50 Suppl. 2, A 432. 2001.
- 13) Gill et al, *J Diabetes Sci Technol*, 2007.
- 14) Iwaga et al, *Diabetes Technol Ther*, 2009.
- 15) Miyakoshi J et al, *Diabetes Sci and Technol*, 2007.
- 16) Kazuhiko et al, *Jepn Journal of Medicine and Pharmaceutical*, Science 2004.
- 17) Frid A, Hirsch L, Gaspar R et al, *Scientific Advisory Board for the Third Injection Technique Workshop. New injection recommendations for patients whit diabetes*. Diabetes Metab 2010; 36(Suppl2):S3-18.
- 18) Diabetes Metab 2013 Oct;39(5):445-53.
- 19) Fujikura J, Fujimoto M, Yasue S, Noguchi M, Masuzaki H, Hosoda K et al, *Insulin-induced lipohypertrophy: report of case with histopathology*. Endocr J 2005;52:623-8.
- 20) Shiazza L, Occella C, Bieidi D, Rampini F, *Insulin lipohypertrophy*. J. Am Acad Dermatol 1990; 22:148-9.
- 21) Hambridge K, *The management of lipohypertrophy in diabetescare*. Br J. Nurse 2007; 16:520-4.

LA RIVISTA "INFERMIERE OGGI" È A DISPOSIZIONE DI TUTTI GLI ISCRITTI PER LA PUBBLICAZIONE DI ARTICOLI, CONTRIBUTI SCIENTIFICI, RUBRICHE DI INTERESSE PROFESSIONALE.

LE NORME EDITORIALI - DA SEGUIRE SCRUPOLOSAMENTE - SONO PUBBLICATE SULLA TERZA DI COPERTINA.

PER CONTATTARE LA REDAZIONE RIVOLGERSI ALLA SEGRETERIA DEL COLLEGIO.

Il progetto infermiere *case manager* nel dipartimento di salute mentale della Asl Roma/A

di Adriana Costa, Teresa De Paola, Ione Moriconi

ABSTRACT

Chi è l'infermiere *case manager*?

Un professionista che fornisce e/o coordina i sistemi sanitari e/o sociali per una gestione clinica di un *target* di utenti dall'ammissione alla dimissione creando un modello unico di assistenza centrato sul singolo paziente.

Il *case manager* (c.m.) rappresenta, dunque, il "registra" dell'intero percorso terapeutico: pur restando il medico il responsabile del trattamento, il c.m. assume il coordinamento del piano di intervento.

Egli è dotato delle risorse e delle competenze necessarie per svolgere tale ruolo con continuità e capacità di creare una rete con le risorse informali e private che sostengono l'utente.

Questo modello organizzativo è largamente utilizzato in ambito psichiatrico, poiché la maggior parte degli utenti hanno necessità di un piano di trattamento intensivo e combinato che prevede l'utilizzo di risorse sociali di vario genere.

Un operatore che segue e monitorizza l'utente durante l'intero percorso è in grado di prevenire recidive e può garantire un risparmio a livello economico per l'azienda sanitaria e per la società.

In questo lavoro di ricerca vengono illustrati i risultati raggiunti all'interno del Dsm della ASL Rm/A grazie all'attuazione del modello organizzativo "**Infermiere case manager**" (con svolgimento di funzioni d'Infermiere di famiglia).

L'obiettivo generale è di affidare agli infermieri l'assistenza di pazienti gravi, all'in-

terno del proprio contesto familiare o per un precoce reinserimento nel tessuto sociale di appartenenza, con conseguente riduzione dei costi per gli inserimenti nelle Comunità Terapeutiche private.

Per comprendere meglio la problematica oggetto dello studio è stata effettuata una ricerca bibliografica, attraverso fonti informatiche, nella banca dati Cinhal.

Per poter effettuare la valutazione sono stati utilizzati i seguenti strumenti: Scala HoNOS (*Health of Nation Outcomes Scales*), cartella infermieristica, questionario sui familiari.

Il campione preso in esame è costituito da 249 utenti selezionati all'interno di ciascun servizio, su cui la continuità degli interventi svolti ha prodotto esiti documentati dalla scala di valutazione HoNOS, somministrata ad intervalli trimestrali, in un arco temporale di 18 mesi.

I risultati, attraverso la suddivisione per classi di gravità, hanno evidenziato un peggioramento nel 15,2% del campione, un miglioramento nel 42,4% degli utenti e il restante 42,4% che resta all'interno della stessa classe di gravità.

Parole-chiave: infermiere *case manager*, *Case Management*, infermiere psichiatrico, infermiere salute mentale.

INTRODUZIONE

Il *Case Management*, che letteralmente significa "gestione del caso", nasce negli anni '60 nei Paesi anglosassoni e si afferma alla fine degli anni '80 negli Stati Uniti come il modello più innovativo di

assistenza socio-sanitaria.

Ha origine, quindi, in ambito sanitario come modello di gestione del percorso di cura del paziente: si tratta di un modo operativo, economico ed efficiente teso all'efficace raggiungimento degli obiettivi di assistenza individuale.

È un intervento orientato alla persona e pensato sulla persona, con la finalità di garantire l'appropriatezza delle cure e per incrementare la qualità dei servizi.

Le funzioni di *case manager* possono essere svolte dai diversi professionisti dell'equipe: psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, tecnico della riabilitazione ed educatore.

Nella nostra realtà il ruolo di *case manager* viene svolto dall'infermiere, poiché, per formazione professionale, è in grado di valutare i bisogni globali della persona. Preso atto che l'infermiere è colui che assicura interventi di prevenzione, cura e riabilitazione ai pazienti, questa figura è ritenuta la più adatta a ricoprire tale ruolo nell'assistere pazienti con disagio psichico durante tutto il percorso terapeutico. Il "*Case Management*" è un processo finalizzato ad individuare i bisogni degli individui e a soddisfarli, nell'ambito delle risorse disponibili, partendo dal riconoscimento della loro unicità. Esso si configura come una metodologia d'intervento processuale, articolata in cinque momenti:

1. la valutazione iniziale;
2. la costruzione del piano assistenziale individualizzato;
3. la messa in atto del progetto assisten-

ziale;

4. il monitoraggio;

5. la chiusura del caso.

Il *case manager*, in sede di valutazione iniziale, deve esaminare quali siano i bisogni specifici dell'utente, valutare gli inter-venti differenziati e integrati da eseguire e garantire la continuità terapeutica.

Egli rivestirà il ruolo di mediatore nonché quello di coordinatore dei vari membri dell'equipe. Attraverso un piano di assistenza individualizzato, seguirà il caso nel tempo, valutandone l'evoluzione delle condizioni, mettendo al corrente tutti gli attori coinvolti nel processo di cura di quanto sta accadendo e delle eventuali necessità sopraggiunte.

Tale modalità consente di agire tempestivamente sulle recidive e garantisce una visione globale e non frammentata degli interventi necessari alla cura, in tutti gli operatori.

Fondamentale importanza riveste l'alleanza terapeutica che il *case manager* deve instaurare non solo con l'utente, ma anche con la sua famiglia, affinché possa essere coinvolta attivamente nel percorso di cura.

L'individuazione di un referente del caso - il *case manager*, appunto - consente una presa in carico che assicura una maggiore protezione del paziente e della sua famiglia, permettendo una gestione più attiva del caso con un aumento di comunicazione dei vari professionisti sul caso.

Il percorso di presa in carico si configura come un progetto personalizzato per pazienti gravi e complessi (Piano di azioni nazionale per la Salute mentale 2013).

Gli indicatori per i casi gravi e complessi possono essere:

- elevata complessità organizzativa;
- rilevante specificità professionale;
- capacità di gestire l'integrazione socio-sanitaria.

Il *Case Management* nei servizi psichiatrici è rappresentato da un percorso assistenziale intensivo e relativamente lungo; la base su cui si fonda l'intervento è raffigurata dall'accompagnamento della persona affetta da disturbi psichici nel suo abituale contesto di vita per facilitare la riacquisizione delle abilità legate

alla vita quotidiana quali: l'igiene personale, l'abbigliamento, i pasti, le faccende domestiche, la spesa, la gestione del denaro e dell'alloggio, l'inserimento sociale, fino ad arrivare ad una completa reintegrazione nel suo tessuto sociale.

Il *Case Management* si attua con forme di accompagnamento nell'ambiente di vita, ovvero con la "presa in carico" globale attraverso:

- la costruzione di un progetto che preveda un'organicità di intervento non frammentato, da parte dei servizi;
- il monitoraggio dei sintomi;
- l'offerta di un supporto alla persona;
- l'instaurarsi di un legame che valorizzi le risorse dell'ambiente.

L'elemento centrale della organizzazione del sistema è la rete in cui diventa fondamentale contemplare universalità e specializzazione.

In un'ottica di equità, sostenibilità e qualificazione la rete richiede la presenza di operatori capaci di rappresentarsi in base alle proprie competenze e non solo sull'appartenenza ad un gruppo, integrati in un sistema più ampio e che conoscono approfonditamente.

In una sola parola, si avvia un processo di *empowerment* a favore del paziente, affinché egli possa dare ampio spazio alle proprie risorse e ai propri punti di forza.

Ma ciò richiede processi di formazione di base e continua molto accurati.

La rete non è solo uno strumento descrittivo, ma indica un insieme di rapporti tra più servizi e operatori "da attivare e mantenere" a tutela della salute del cliente considerata globalmente.

Coordinare, integrare, "agire in rete" devono essere capacità dell'infermiere case manager, ma anche di tutti gli infermieri invitati a lavorare su una sanità territoriale che si potrebbe definire "di comunità".

STRUMENTI E METODI

Per meglio supportare questo studio è stata effettuata un'analisi bibliografica che conferma l'efficacia del modello in discussione.

L'arco di tempo considerato va dal 2006 ad oggi e gli articoli considerati sono riportati in tabella con i relativi risultati di ciascuno studio:

TITOLO ARTICOLO	RIVISTA/AUTORE	ANNO	RISULTATI OTTENUTI SECONDO OBIETTIVO
L'infermiere case manager in psichiatria	L'Infermiere n. 7 / I. Cassis	2006	- descrizione del ruolo dell'infermiere case Manager in Psichiatria: vantaggi e criticità
Enhancing psychiatric patient care in the community with case management strategies	Singapore Nursing Journal vol. 36 n. 2 / R. Poo, M. Hendricks, L. Cheng, R. Mahendran	2009	- miglioramento dell'assistenza al paziente psichiatrico attraverso le strategie di case management
Reducing six-month inpatient psychiatric recidivism and costs through Case Management	Case management Journal vol. 11 n. 1 / A. Kolbasovsky, L. Reich, N. Meyerkopf	2010	- Gruppo 1: applicazione del CMI; il 22,07% degli utenti ha avuto una recidiva dopo sei mesi. - Gruppo 2: no applicazione del CMI: il 49,67% ha subito una recidiva dopo sei mesi. - conseguente riduzione di: ricoveri, abuso di sostanze e costi ad essi associati.
Applicazione del modello Case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale	Agorà / D. Brusa	2010	- aumento della qualità assistenziale percepita da utenti e familiari - aumento della soddisfazione e motivazione dell'Infermiere Case Manager
Integrated activities of a Case Manager in a community outpatient psychiatric clinic	Singapore Nursing Journal vol. 38 n. 1 / R. Poo, M. Hendricks, L. Cheng, R. Mahendran	2011	- 1 pazienti sviluppano con più facilità abilità, amicizie, speranze grazie all'introduzione di attività integrative.
The quality of working alliance between chronic psychiatric patients and their case manager. Process and outcomes	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing / M. De Leeuw, B. Van Meijel, M. Grypdonck & H. Kroon	2012	- quando il rapporto è più forte: diminuiscono i sintomi, migliorano funzioni e abilità sociali, qualità della vita, compliance al trattamento, e maggiore è la soddisfazione da parte dell'utente. - maggiore è l'età dell'utente, migliore è la relazione sviluppata. - primi 3 mesi di relazione risultano cruciali per lo sviluppo di un rapporto di alleanza



Nella Asl RM/A, nell'anno 2010, il problema dell'assistenza ai pazienti psichiatrici è stato affrontato proponendo un progetto sperimentale in cui si introduceva una modalità innovativa di erogazione dell'assistenza infermieristica attraverso il modello del *Case Management*.

Il direttore del Dipartimento e la responsabile del Servizio Infermieristico aziendale hanno autorizzato e promosso tale modello affinché si realizzassero risultati positivi a conferma della validità professionale ormai raggiunta dal personale in servizio.

Il progetto, nato per assicurare una continuità delle cure e contenere il disagio provocato dal sempre più ridotto numero di personale assistenziale, prevedeva l'affidamento di pazienti gravi e complessi al personale infermieristico che lavorava in tutti i servizi del Dsm, previsto successivamente dal Piano di Azioni nazionale per la Salute Mentale 2013.

Gli obiettivi specifici che tale progetto si proponeva, sono stati:

1. aumento della *compliance* al trattamento farmacologico;
2. monitoraggio costante dei sintomi e loro precoce trattamento attraverso strumenti di valutazione;
3. inserimento/reinserimento del paziente grave nella rete familiare con riduzione di conflittualità e recidive;
4. riduzione dei ricoveri e/o tempi di inserimento/permanenza all'interno del-

le strutture residenziali.

Tale progetto prevedeva l'assegnazione di un numero differente di utenti a seconda del servizio in cui gli infermieri lavoravano: cinque utenti per ciascun infermiere nei Centri di Salute Mentale; tre utenti per ciascun infermiere nei Centri Diurni; uno o due utenti per ciascun infermiere che lavorava nelle Comunità Terapeutiche.

Gli strumenti utilizzati sono stati:

- cartella infermieristica Dsm;
- questionario di gradimento dei familiari;
- scheda di valutazione HoNOS da somministrare a tempo 0 (all'inizio del progetto) ed a 3-6-9-12-15-18 mesi.

Dopo un lavoro di uniformità dello strumento, per la prima volta, è stata utilizzata e compilata una **cartella infermieristica** a schede, uguale per tutto il Dsm. Con tale documentazione, il personale

infermieristico ha avuto modo di valutare i cambiamenti avvenuti nel tempo e le eventuali modifiche da apportare al progetto assistenziale, rendendosi conto, in maniera documentata, della qualità degli interventi forniti all'utenza.

In merito alla somministrazione del questionario di indagine sull'opinione dei familiari è stato somministrato a tempo 0 e dopo 18 mesi. In quello finale, sono state aggiunte cinque domande in cui si chiedeva la loro opinione circa la presenza di un infermiere *case manager* nel trattamento.

Le risposte ricevute sono state molto positive, visto che, la maggior parte dei familiari, ha apprezzato la presenza di un infermiere preparato che si prende cura dei molteplici aspetti riguardanti la vita dei pazienti (come riportato nell'articolo su *Infermiere Oggi* n.1/2013).

UOC 1° Distretto		UOC 2° Distretto		UOC 3° Distretto		UOC 4° Distretto		UOSD SRAIT	
CSM PALESTRO		CSM SABRATA		CSM BOEMONDO		CSM M.TE TOMATICO		CT RIPAGRANDE	
CSM S. BALBINA		CT SABRATA		CD BOEMONDO		CSM LABLACHE			
CT PIATTI		CD P.ZA G. FABRIANO				CD PASQUARIELLO			
						CA QUARRATA			
						CT NOMENTANA			
						RDT INNOV PROCES			
Inf pres	Inf part	Inf pres	Inf part	Inf pres	Inf part	Inf pres	Inf part	Inf pres	Inf part
28	26	22	21	7	4	38	38	11	10

La scheda HoNOS rappresenta una scala per la valutazione clinica della gravità dei pazienti e dell'esito degli interventi nei servizi di Salute Mentale.

È stata sviluppata alla fine degli anni '90 dalla *Research Unit del Royal College of Psychiatrists* ed è molto utilizzata al Nord Italia.

Si compone di 12 item, riuniti in quattro aree principali:

1. problemi comportamentali;
2. disabilità;
3. sintomi;
4. problemi relazionali/ambientali.

Essa consente un inquadramento generale del paziente psichiatrico mediante la valutazione della gravità dei problemi di tipo clinico e psicosociale, con la possibilità di somministrazioni ripetute nel tempo, consente di valutare anche gli esiti di un intervento terapeutico in senso longitudinale.

Le valutazioni di tale scheda sono relative al giudizio dell'operatore e non del paziente, naturalmente. Tutti gli infermieri partecipanti hanno preso parte ad un corso di formazione per l'addestramento di due giorni.

Gli infermieri coordinatori dei Centri di Salute Mentale, dei Centri Diurni e delle Comunità Terapeutiche hanno svolto il ruolo di coordinare, valutare, supervisionare il lavoro del personale infermieristico e di stabilire delle riunioni per discutere di eventuali difficoltà, monitorando l'andamento dell'intero processo. Su 105 persone del servizio infermieristico solo in sette non hanno aderito allo studio.

Gli infermieri partecipanti allo studio sono inseriti nei centri in elenco (n.93 inf + n.7 Oss).

Gli infermieri coordinatori, inoltre, hanno raccolto ed inserito i dati inerenti le schede HoNOS nell'apposito *database* in *access* all'interno del Servizio Infermieristico Dsm per la valutazione finale. I dati sono stati trattati secondo le norme vigenti sulla privacy e l'anonimato.

ANALISI DEI DATI E RISULTATI

I risultati sono stati raggiunti attraverso la rilevazione del personale infermieristico su un campione di 249 utenti presenti all'interno dei servizi (Csm, Cd, Ct)

del Dsm della Asl RM/A e su cui la continuità degli interventi svolti ha prodotto esiti documentati dalla somministrazione della scala HoNOS, all'inizio del percorso (tempo 0) e poi a intervalli trimestrali.

Complessivamente, il periodo preso in considerazione per la nostra ricerca rico-

pre un arco di 18 mesi, in cui sono state raccolte 1250 schede HoNOS.

L'elaborazione, svolta dalla dottoressa Flavia Lombardi, ha utilizzato le 1250 schede.

Il campione analizzato comprende 249 utenti con diversa tipologia di età (media di 42 anni; range 18-77). Il grafico 1 ri-

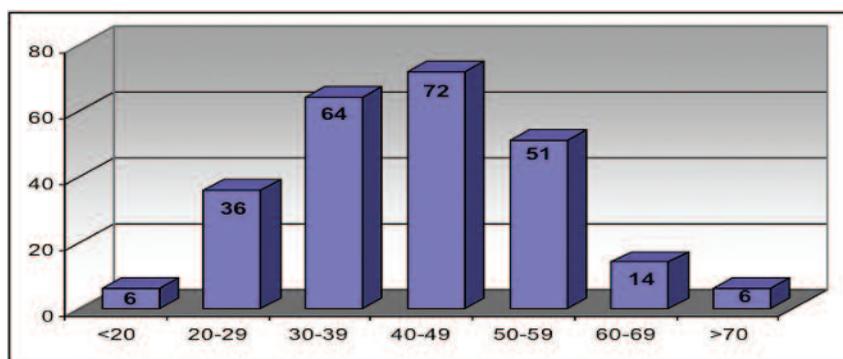


Grafico 1. Raggruppamenti del campione per età

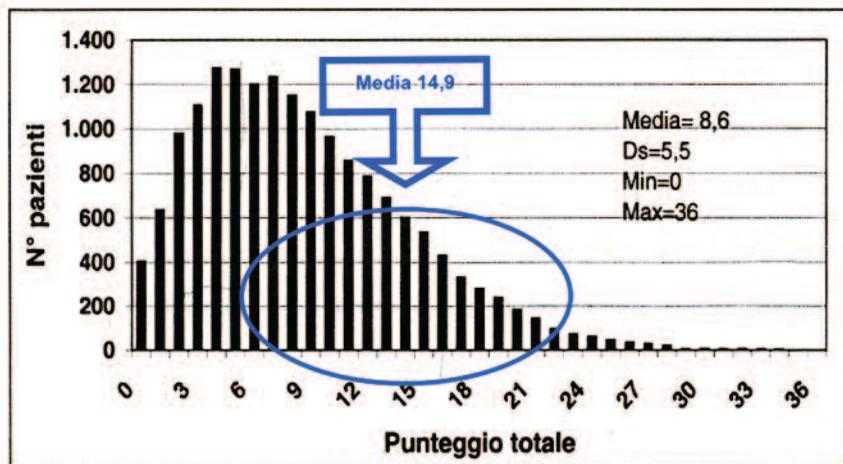


Grafico 2. Distribuzione dei pazienti per punteggio totale (numero delle schede HONOS delle tre rilevazioni: 16.738)

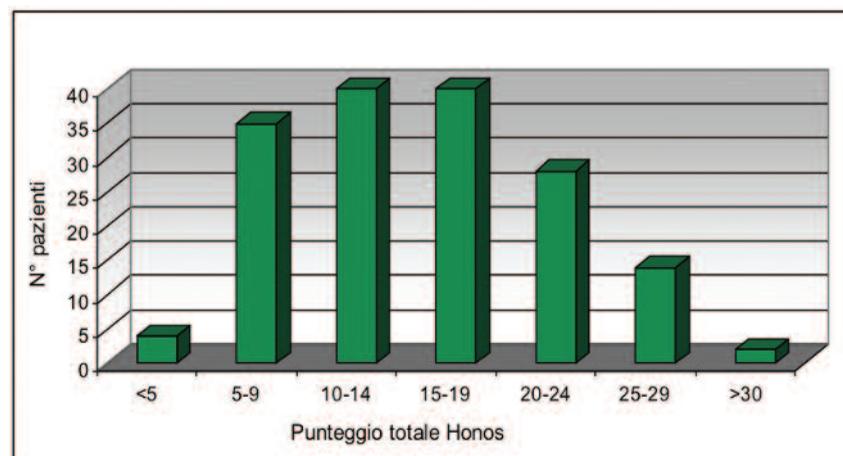


Grafico 3.

porta i raggruppamenti per età.

La popolazione maschile, 151, è maggiormente rappresentativa del campione (60,6%).

Questo dato è in linea con le altre informazioni sull'utenza dei Dsm: infatti, generalmente, c'è un prevalere di donne tra gli utenti dei Csm, ma un prevalere di maschi tra gli utenti delle strutture intermedie. E, quindi, dell'utenza più grave.

Il punteggio medio totale delle schede HoNOS, all'inizio del percorso, rappresentativo di un indice di gravità, era di 15,0 (Ds 5,5).

Per meglio comprendere il significato di questo valore lo si può confrontare con i dati degli utenti seguiti dai Dsm della Regione Lombardia, ipotizzando che i pazienti che afferiscono ai Dsm, nelle varie regioni, siano tendenzialmente simili.

Per tale motivo, l'utenza del nostro campione si colloca tra i pazienti più gravi afferenti ai Servizi, con un punteggio medio significativamente più alto del gruppo di riferimento lombardo.

La distribuzione dei "punteggi totali", valutati all'inizio del progetto *case manager*, appare molto diversa da quella della popolazione di riferimento, in quanto tutta la "curva" appare spostata verso le aree di gravità.

Nei grafici, i due campioni a confronto.

Il grafico 2 è tratto dal testo: *"Pattern di trattamenti e costi nel DSM della Regione Lombardia Il Progetto di Ricerca HoNOS 2"* del 2002.

Il campione oggetto di studio presenta diverse condizioni di gravità.

Alcuni pazienti mostrano una sintomatologia e problematicità ridotta, altre tematiche importanti emergono nelle aree indagate che sono rappresentate dai diversi colori delle barre (grafico 4).

Mediamente, i punteggi più alti si ritrovano nell'area dei problemi relazionali e ambientali (scala 9-12); con una prevalenza di difficoltà nelle aree dei problemi nelle relazioni interpersonali (*item 9*), nelle attività della vita quotidiana (*item 10*) e nella disponibilità di risorse familiari o ambientali (*item 11 e 12*).

Anche la sintomatologia è mediamente presente (scale 6-8), sia per la presenza

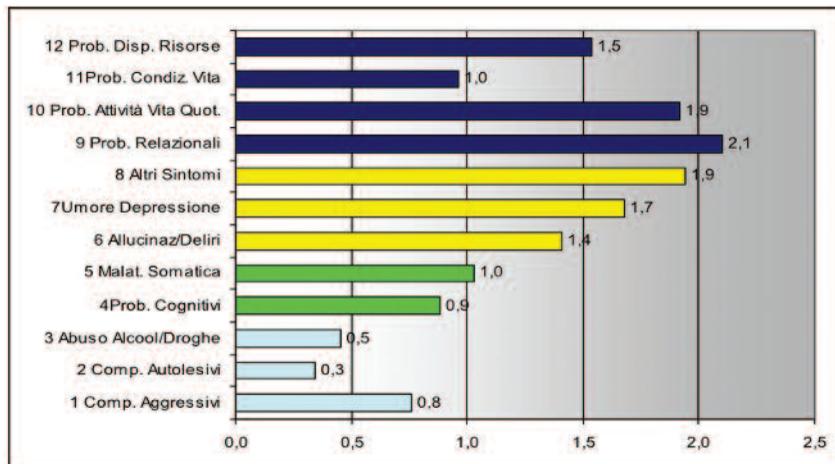


Grafico 4.

Periodo	N° Osservazioni	Punteggio medio
Inizio	249	15,0
3 mesi	247	13,6
6 mesi	232	12,3
9 mesi	170	12,5
12 mesi	147	11,8
15 mesi	106	12,0
18 mesi	99	11,3

Tabella 2. Numero delle osservazioni ai diversi tempi e il punteggio medio totale di ciascun periodo

di altri sintomi (particolarmente rilevante, l'ansia elevata) sia per i problemi che riguardano il tono dell'umore e i disturbi del pensiero.

Meno importanti sembrano essere i problemi comportamentali (scale 1-3) e i problemi nelle aree della disabilità (scale 4-5).

L'intero campione, inserito nel progetto lcm (249) nel corso dei 18 mesi di osservazione, ha avuto percorsi diversi: alcuni sono stati studiati per l'intero periodo, altri in un periodo di osservazione inferiore o perché entrati successivamente nel progetto o perché ne sono usciti prima.

In sintesi, dei 249 utenti totali, solo 99 sono stati valutati per l'intero periodo considerato. (Tabella 2)

Nel corso del trattamento, il punteggio diminuisce con diverse oscillazioni.

Per un'analisi più precisa sono state considerate le osservazioni dei 99 pazienti per i quali sono state raccolte tutte le schede somministrate nell'arco temporale dell'osservazione.

Dai dati emersi alla prima osservazione (T0), il gruppo a 18 mesi appare simile al gruppo iniziale. Il 67,4% di questi utenti,

in base alla classificazione per classi di gravità, si trova in una condizione definita "grave" o "molto grave", considerando il campione preso a confronto.

Il punteggio totale rilevato, nei diversi momenti dell'osservazione, evidenzia un miglioramento generale che tende ad essere più rapido nei primi mesi di trattamento per poi stabilizzarsi nel corso del tempo.

Dall'analisi più attenta delle varie aree problematiche, osservabili con la scala HoNOS, si può rilevare che questo andamento lo si ritrova nelle tre aree principali che paiono rispondere maggiormente al trattamento: le aree dei problemi relazionali e ambientali, dei problemi sintomatologici e dei problemi comportamentali.

Nell'arco temporale dello studio, invece, nell'area della disabilità non si evidenziano cambiamenti significativi. (Grafico 5)

Il confronto tra il momento iniziale, T0, e i risultati del test a 18 mesi, attraverso la suddivisione in classi di gravità, evidenzia un peggioramento nel 15,2% dei casi e un miglioramento nel 42,4% del campione considerato.

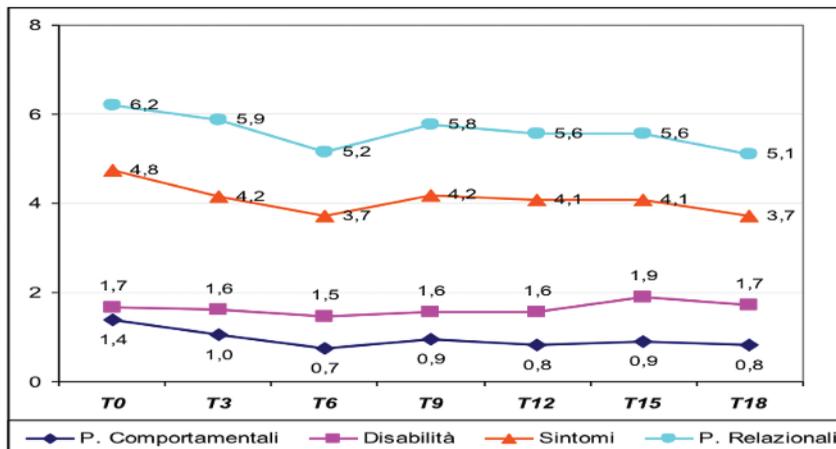


Grafico 5.

Il restante 42,4% degli utenti rimane all'interno della stessa classe di gravità.

CONCLUSIONI

Si può concludere che i risultati com-

pletivi del presente lavoro di ricerca confermano l'utilità del progetto *Case Manager* infermieristico, attività che obbliga all'attenzione alla persona/paziente in tutti i suoi aspetti, all'efficace presa in

carico e alla costruzione di una relazione stabile nel tempo. Questo lavoro di ricerca ha contribuito al miglioramento della salute dell'utenza e il modello organizzativo del *Case Management* è risultato un importante passo avanti per l'assistenza psichiatrica, in quanto è in grado di assicurare una gestione del paziente psichiatrico più efficace, efficiente ed economica.

AUTORI:

Adriana Costa, infermiera;

Teresa De Paola, docente corso di laurea in Infermieristica e P.O. Innovazione Processi e Progetti Assistenziali Dsm Asl RM/A;

Irene Moriconi, docente corso di laurea Infermieristica e P.O. Resp.le Servizio Assistenza Infermieristica Dsm ASL RM/A.

BIBLIOGRAFIA

- Cassisi I, *L'infermiere case manager in psichiatria*. L'infermiere, 7. 2006.
- Poo R, Hendricks M, Cheng L, Mahendran R, *Enhancing psychiatric patient care in the community with case management strategies*. Singapore Nursing Journal, 36 (2). 2009.
- Kolbasovsky A, Reich L, Meyerkopf N, *Reducing six month inpatient psychiatric recidivism and costs through case management*. Case Management Journal, 11(1). 2010.
- Poo R, Hendricks M, Cheng L, Mahendran R, *Integrated activities of case manager in a community outpatient psychiatric clinic*. Singapore Nursing Journal, 38 (1). 2011.
- De Leeuw M, Van Meijel B, Gryphonck M & Kroon H, *The quality of working alliance between chronic psychiatric patients and their case managers. Process and outcomes*. Journal of psychiatric and Mental Health Nursing. 2012.
- Arrighi E, Baj G et al, *Pattern di trattamento e costi nel Dipartimento di Salute Mentale della Regione Lombardia*. Il Progetto di Ricerca HoNOS 2. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002.
- Chiari P, Santullo A, *L'infermiere Case Manager*. Mc Graw-Hill, Milano, 2006.
- Wade J.A, Krunic S.L, *Piani d'assistenza in psichiatria*. Mc Graw-Hill Milano, 1996.
- Skagerlind L, Tacchini M.A, *L'Infermiere Psichiatrico: Guida ad una Professione*. Bollanti Boringhieri, Torino, 1991.
- Burti L, Siciliani O, Siani R, *Riabilitazione Psicosociale*. Franco Angeli, Milano, 1990.
- Jones M, *La Psichiatria nell'Ambiente Sociale*. Il Saggiatore, Milano, 1974.
- Cardamone G, Zorzetto S, *Salute Mentale di Comunità: elementi di teoria e pratica*. Franco Angeli, Milano, 2000.
- Tacchini M.A, *Professione infermiere nei servizi psichiatrici*. Masson, Milano, 1998.
- Betti M, Di Fiorino M, *Psichiatria e igiene mentale. Ruolo e funzione dell'infermiere*. McGraw-Hill, Milano, 1997.
- Ciambrello C, Cantelmi T, Pasini A, *Infermieristica clinica in igiene mentale*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2001.
- Delfino V, *La comunicazione paziente infermiere*. Centro scientifico editore, Roma, 2001.
- Bascelli E, *Case management philosophy. The case management knowledge*. Aicm Journal in pillole, 3. 2012.
- Bevilacqua P, Pasotti E.A, *Case management quale modalità organizzativa per la presa in carico e l'integrazione professionale*. Tempo di Nursing, 52: pp. 13-24. 2008.
- Biavati C, *Standard per la pratica del case management*. Aicm Journal, 1: pp. 4-16. 2012.
- Brusa D, *Applicazione del modello del case management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale*. Agorà, 45: pp. 37-42. 2010.

Il bagno giornaliero con clorexidina gluconato al 2% può ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza nei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive?

di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

Revisione critica dell'articolo: Climo M.W, Yokoe D.S, Warren D.K, Perl T.M, Bolon M, Herwaldt L.A, Weinstein R.A, Sepkowitz K.A, Jernigan J.A, Sanogo K, Wong E.S, "Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital-acquired infection". *New England Journal of Medicine*. Feb 7; 368(6):533-42. 2013.

BACKGROUND

Le infezioni correlate all'assistenza (Ica) rappresentano un serio problema in ambito sanitario in quanto si associano ad un aumento della morbilità e della mortalità dei pazienti e ad un incremento dei costi per le strutture sanitarie. La frequenza delle infezioni correlate all'assistenza nell'ambito delle terapie intensive è da 5 a 10 volte superiore a quella riscontrata in altre aree ospedaliere, in ragione delle patologie presentate dai pazienti ricoverati (fattori di rischio intrinseci) e delle procedure e dei dispositivi altamente invasivi utilizzati in tali aree (fattori di rischio estrinseci). In particolare, i cateteri venosi centrali, ampiamente impiegati nelle Terapie Intensive (T.I.), se non correttamente inseriti e gestiti, possono comportare un aumentato rischio di infezioni diffuse per via ematica. Particolarmente temibili per i pazienti ricoverati nelle terapie intensive e con immunodepressione sono le infezioni sostenute da microrganismi multiresistenti agli antibiotici, come ad esempio lo *Staphylococcus Aureus* meticillino-resistente (Mrsa) e l'*Enterococco* vancomicinoresistente (Vre). L'aumento di germi multiresistenti è da attribuire all'ampio uso di terapia antibiotica che si riscontra in queste unità e dall'aumentata circolazione di tali microrganismi in ambito ospedaliero. La clorexidina gluconato è un antisettico ampiamente diffuso in ambiente ospedaliero: esso presenta un ampio spettro

antimicrobico e un'azione persistente nel tempo. Di recente, è stato introdotto l'utilizzo di salviette preconfezionate imbevute di clorexidina gluconato alla concentrazione del 2% per effettuare il bagno giornaliero dei pazienti ricoverati nelle T.I., ritenendo che la decontaminazione routinaria della cute possa impedire l'ingresso nel circolo ematico, attraverso i cateteri vascolari o altri dispositivi o interruzioni della continuità della cute, dei microrganismi presenti sulla cute dei pazienti, come anche suggerito dalle linee guida per la prevenzione delle infezioni correlate ai cateteri intravascolari del 2011 dei *Centers for Disease Control and Prevention* (Cdc) (categoria II). Climo e colleghi hanno di recente pubblicato su una prestigiosa rivista internazionale i risultati di una trial clinico multicentrico effettuato su un vasto campione di pazienti che ha voluto verificare l'efficacia di tale pratica nella riduzione della colonizzazione e delle batteriemie, a conferma dei risultati incoraggianti provenienti da altri studi.

VALUTAZIONE CRITICA

Gli autori, già nel titolo, comunicano al lettore le variabili studiate, ma non specificano quali ambiti clinici sono stati considerati nello studio. Il problema di ricerca è espressamente individuato nell'introduzione dell'articolo, che illustra la pratica dell'utilizzo di salviette impregnate di clorexidina gluconato al 2% per

l'igiene giornaliera del paziente in unità di terapia intensiva per prevenire l'acquisizione di batteriemie correlate ai cateteri intravascolari e/o acquisizione di germi antibiotico-resistenti.

Lo studio si basa su una domanda di ricerca chiaramente formulata; in particolare, vengono individuati: popolazione, intervento, comparazione e *outcome*.

Popolazione: tutti pazienti ricoverati presso T.I. mediche e chirurgiche e di trapianto di midollo osseo, senza indicare particolari criteri di esclusione. Non viene specificata l'età.

Intervento: utilizzo di salviette imbevute di Clorexidina gluconato alla concentrazione del 2%, per il lavaggio pre-operatorio. Le salviette sono state utilizzate secondo le istruzioni indicate dal produttore, lavando tutte le superfici del corpo, ad eccezione del viso per evitare l'esposizione della mucosa delle membrane degli occhi e della bocca all'antisettico.

Comparazione: utilizzo di salviette imbevute di un detergente non antimicrobico per l'igiene giornaliera dei pazienti, impiegate secondo le istruzioni del produttore comprendendo tutte le superfici del corpo. Trattandosi di uno studio *cross-over*, dopo il trattamento sperimentale, tutti i pazienti sono passati nel gruppo di controllo e viceversa, senza alcun periodo di *washout*.

Outcome: primari - presenza di germi multiresistenti nei tamponi nasali (per l'individuazione del Mrsa) e nei tamponi

perirettali (per l'individuazione del Vre), e l'acquisizione di batteriemie primarie e di batteriemie correlate al catetere venoso centrale, identificate secondo i criteri diagnostici del *National Healthcare Safety Network*. Secondari - insorgenza di reazioni cutanee alla clorexidina, valutate attraverso una scala appositamente predisposta dai ricercatori.

Gli autori hanno utilizzato un disegno di studio adeguato?

I ricercatori hanno utilizzato un disegno di tipo sperimentale con randomizzazione a *cluster*, che prevedeva, cioè, l'assegnazione *random* di un'intera Unità operativa (*cluster*) al gruppo di controllo (igiene con panni senza antisettico) o di intervento (igiene con panni impregnati di clorexidina), e non una assegnazione *random* dei singoli pazienti ricoverati nelle varie unità, con una successiva inversione dopo sei mesi del *cluster*, che prevedeva che le unità di degenza che avevano usato le salviette di clorexidina utilizzassero le salviette senza antisettico per i successivi sei mesi e quelle che avevano usato salviette senza antisettico impiegassero quelle a base di clorexidina. L'uso della randomizzazione a *cluster* ha reso più semplice la conduzione dello studio che si è inserito nelle normali attività assistenziali di reparto. Prima di avviare lo studio, gli infermieri delle unità di terapia intensiva sono stati istruiti sulle procedure di utilizzo di entrambi i tipi di salviette. I ricercatori e il personale erano a conoscenza dell'uso del prodotto sia in fase di controllo che di intervento per cui non è stato applicato il principio della cecità. Il disegno di studio utilizzato è appropriato alla domanda di ricerca e la descrizione del disegno è sufficientemente esplicita da permetterne la replica.

Si trattava di un campione di pazienti definito e rappresentativo?

L'arruolamento è stato condotto dall'agosto 2007 a febbraio 2009. Gli autori hanno utilizzato la randomizzazione per l'assegnazione al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo su un totale di 12 unità di Area Critica (medica, di cura coronarica, chirurgica, cardiocirurgia e trapianto di midollo osseo) reclutate inizialmente in sette differenti ospedali. Il periodo di partecipazione al gruppo di con-

trollo, o di intervento, è stato stratificato in base al tipo di specialità e di struttura suddividendo le unità partecipanti in due gruppi e invertendo i gruppi dopo sei mesi. I risultati prodotti da tre Unità operative sono stati esclusi dall'analisi in quanto si era rilevata una mancata aderenza al protocollo di studio; sono rimaste, pertanto, nove unità che hanno arruolato un totale di 7727 pazienti che hanno accettato di partecipare allo studio. L'analisi dei risultati è stata condotta analizzando i pazienti nel gruppo a cui erano stati randomizzati secondo i principi dell'*intention to treat*.

Quali sono i risultati ottenuti?

I risultati sono affermati con chiarezza e ben rappresentati. I test statistici sono appropriati per l'ipotesi di ricerca, e le tabelle e grafici sono presentati in modo comprensibile. L'incidenza complessiva di acquisizione di germi antibioticoresistenti è stata inferiore del 23% nei pazienti in cui è stata usata la clorexidina (5,10 nuovi casi per 1000 giorni-paziente nel gruppo di intervento rispetto ai 6,60 casi per 1000 giorni-paziente nel gruppo di controllo) ($P = 0,03$). L'incidenza delle batteriemie è stata inferiore del 28% nel gruppo di intervento (119 infezioni nel gruppo di intervento vs 165 gruppo di controllo) ($P = 0,007$). Il rischio di acquisire una batteriemia primaria è stato, quindi, statisticamente inferiore tra i pazienti lavati con clorexidina rispetto a quelli lavati con salviette non antimicrobiche. Quest'effetto è stato più evidente tra i pazienti ricoverati nelle terapie intensive da più di 14 giorni. L'incidenza di batteriemie associate al catetere venoso centrale è stata significativamente più bassa nel gruppo di intervento, sia per le batteriemie causate da germi gram positivi (0,89 vs 1,76 casi per 1000 giorni di permanenza catetere) che da funghi (0,07 vs 0,77 casi per 1000 giorni permanenza catetere). Non si sono verificate reazioni cutanee attribuibili alla clorexidina nel gruppo di intervento.

COMMENTO

Lo studio di Climo e colleghi dimostra l'efficacia del bagno quotidiano con clorexidina gluconato al 2% nella riduzione della trasmissione di microorganismi antibiotico-resistenti e dell'incidenza di batteriemie correlate all'assistenza nei

pazienti ricoverati nelle T.I. I risultati ottenuti sono stati messi a confronto dagli autori con quelli già esistenti in letteratura. Lo studio ha notevoli punti di forza. Si tratta di un'analisi multicentrica svolta su un campione molto vasto di pazienti ricoverati in unità di T.I. di diverse specialità, mediche e chirurgiche, che permette di poter generalizzare i risultati ai diversi tipi di T.I. L'uso della clorexidina si è rivelato particolarmente utile soprattutto per i pazienti che hanno degenze lunghe nelle T.I. (più di 14 giorni). Inoltre, le salviette imbevute di clorexidina hanno dimostrato di avere una buona azione antifungina, riducendo l'incidenza di batteriemie da funghi, oltre che quelle da cocchi gram positivi, e suggerendo, quindi, il suo uso anche per la prevenzione delle infezioni fungine in alternativa alla profilassi con farmaci antifungini sistemici. Il limite riscontrato in questo studio è la mancanza di cecità di ricercatori e infermieri che erano a conoscenza di quale sostanza fosse utilizzata, comportando dei rischi di distorsione di valutazione. L'igiene quotidiana con salviette imbevute di clorexidina gluconato al 2% può essere considerata una strategia relativamente semplice da suggerire nelle T.I. Visto che non richiede un sostanziale cambiamento nelle pratiche infermieristiche di routine e non comporta un aumentato rischio di reazioni cutanee nei pazienti trattati. Il costo maggiore delle salviette imbevute di clorexidina rispetto a quelle con detergente viene ampiamente ripagato dalla riduzione dei costi legati all'uso di antibiotici e antifungini impiegati per il trattamento delle infezioni correlate all'assistenza nelle terapie intensive.

AUTORI:

Marina Palombi, coordinatrice infermieristica Aou Policlinico Umberto I, Polo Pratica Clinica del Cecri;

Stefano Casciato, coordinatore infermieristico, direttore Polo Pratica Clinica del Cecri;

Angela Peghetti, governo clinico e centro Ebp Sant'Orsola Malpighi, componente Polo Pratica Clinica del Cecri; Maria Matarese, ricercatrice Università Campus Biomedico, componente Polo Pratica Clinica del Cecri.

SANIT

Forum Internazionale della Salute

XI EDIZIONE

Dal 14 al 17 dicembre 2014

Con il Patrocinio



Ministero della Salute



MINISTERO POLITICHE AGRICOLE
ALIMENTARI E FORESTALI



ALIMENTARE LA SALUTE

Esposizione e vendita
prodotti e servizi

Seminari ECM

Check Up di
prevenzione

Corsa e camminata
della salute

Lezioni di cucina
salutare



Palazzo dei Congressi
P.le Kennedy, 1
Roma Eur

Ingresso gratuito
e aperto a tutti
Orario 9 - 18

Con la partecipazione di:



COLLEGIO
IPASVI DI ROMA



Infoline . 06.4817254

www.sanit.org

Emergenza Ucraina: mancano farmaci e alloggi per i bambini malati di cancro

Durante la guerra in Ucraina, nonostante gli aumentati bisogni sanitari, **sono stati chiusi 32 ospedali** e alcune strutture rimaste aperte garantiscono solo cure di base. In queste condizioni l'**allarme sanitario** riguarda l'intera popolazione, ma colpisce soprattutto i malati più vulnerabili tra cui i bambini malati di cancro.

Le famiglie con bambini oncomalati che vivevano nelle zone degli scontri, nella speranza di salvare la vita dei propri figli, si sono trasferite nelle città e in particolare a Kiev. Purtroppo però, anche **nei reparti della capitale le scorte di farmaci sono finite** e oltre ai chemioterapici mancano farmaci di base come antidolorifici, antibiotici e antinfiammatori.

A causa delle crisi politiche nazionali e internazionali le gare d'appalto per l'acquisto dei farmaci sono state fatte solo a luglio e **le nuove scorte non arriveranno negli ospedali prima del nuovo anno** (sarebbero dovute arrivare a marzo).

Ad aggravare la situazione la svalutazione della moneta locale e il rincaro dei prezzi da parte delle case farmaceutiche: **il costo dei medicinali per l'oncologia pediatrica si è alzato del 40/60%** e ciò significa che lo Stato potrà comprare meno farmaci e i reparti non riusciranno a garantire cure a tutti i pazienti.

Al problema della mancanza di farmaci si è aggiunto anche il problema degli alloggi, in particolare per le famiglie sfollate che arrivano dall'Est.

Soleterre, operativa in Ucraina dal 2003, è rimasta attiva durante gli scontri, cercando di garantire medicinali, materiale sanitario e accoglienza ai bambini malati di cancro e alle loro famiglie presso la casa d'accoglienza di Kiev. La comunità internazionale, infatti, sta coprendo i bisogni sanitari di base nelle zone di guerra, ma nulla viene fatto nei reparti specialistici come quello di oncologia pediatrica.

Soleterre in questo momento di crisi si attiva con la **campagna #EmergenzaUcraina per poter garantire tramite un fondo di emergenza i medicinali e l'accoglienza nella città di Kiev per i bambini malati e le loro famiglie.**

Per saperne di più: www.soleterre.org



Ipasvi perchè?



Fabrizio Teodonio, Servizio Ambulanze.

“ Dal Collegio ricevo a casa gratis la rivista “Infermiere Oggi” e ho accesso alla rivista on line “L’Infermiere”. Seguo le notizie e le novità che riguardano la professione sui siti ipasvi.roma.it, centrodiexcellenza.eu e ipasvi.it. Con il mio Collegio ho la possibilità di essere sempre informato e aggiornato per vivere a pieno e con più soddisfazione il mio lavoro. ”



Focus

**Sintesi delle attività del Collegio Ipasvi di Roma
nel triennio 2012-2014**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

Formazione, professione e servizi: il bilancio del triennio



Qualcuno di voi ricorderà la copertina del primo numero del 2012 di questa rivista, con l'esemplificativo titolone "Futuro in vista". In quella occasione, il gruppo dirigente del Collegio Ipasvi di Roma, appena uscito vincitore dalle elezioni per il rinnovo delle cariche, si presentava agli infermieri romani e assumeva con loro precisi impegni per il mandato triennale ora in scadenza. Per completezza e correttezza dell'informazione data allora, la redazione di "Infermiere Oggi" ha deciso di verificare, dati alla mano, quanto è stato fatto rispetto ai punti del programma elettorale. Ecco i risultati raccolti interrogando gli uffici del Collegio, i membri del Consiglio direttivo e spulciando le relazioni annuali pubblicate ogni anno dalla nostra rivista in occasione delle assemblee pubbliche.

LA PROFESSIONE E I RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI



Attivazione della figura dell'Infermiere di Famiglia

È trascorso oltre un decennio da quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito il ruolo di una **nuova figura professionale centrale per l'assistenza** di base, l'infermiere di famiglia.

L'Infermieristica di famiglia e di comunità contribuisce a facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agendo da tramite tra la famiglia e il medico di medicina generale. In questi anni il Collegio ha sostenuto con forza nelle sedi isti-

tuzionali e in numerosi interventi pubblici l'attivazione di questa figura specialistica. Il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica ha promosso, insieme al Collegio Ipasvi di Roma, **una specifica ricerca sul ruolo che l'infermiere di famiglia può ricoprire. La ricerca è completamente finanziata dal ministero della Salute.**

Tutto ciò si inserisce anche in **un progetto della Regione Lazio che prevede la presenza dell'infermiere di famiglia nei nuovi piani operativi** con un ampliamento della rete degli ambulatori infermieristici e la presenza di infermieri di famiglia e di comunità all'interno delle Case della Salute di recente apertura nella nostra Regione.

PIÙ PRESENTI, PIÙ COMPETENTI!



Ampliamento della rete degli Ambulatori Infermieristici

La diffusione degli ambulatori infermieristici rappresenta **nodo strategico del sistema delle cure primarie** perché, operando in stretta connessione funzionale con i medici di medicina generale e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronico-degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti.

A partire dalle Linee di indirizzo per l'esercizio di attività sanitarie di tipo infermieristico (Laziosanità Asp, 2011) **la rete di ambulatori infermieristici si è ulteriormente ampliata nel corso dell'ultimo triennio**, rispondendo così alle istanze del Collegio e della cittadinanza.

FARE SISTEMA È IL NOSTRO EMBLEMA!

Promozione e la diffusione di nuove forme di esercizio libero professionale

Nel corso del triennio lo **spuntello dedicato alla libera professione** ha incrementato notevolmente gli interventi richiesti: consulenza generale, problemi legati alla forma migliore per esercitare la libera professione, incontri con l'avvocato o con il commercialista messo a disposizione dal Collegio, richieste di utilizzo del logo Ipasvi legate a forme di pubblicità sanitaria. Dal punto di vista formativo, è stato organizzato il **seminario sulla libera professione** indirizzato agli studenti infermieri del terzo anno. Il progetto, sostenuto dalla Federazione nazionale Ipasvi, ha visto coinvolto il Coordinamento regionale Ipasvi, e si è ripetuto nel 2014 dopo il successo riscontrato nel primo anno.

Il nuovo portale del Collegio, inoltre, darà la possibilità al libero professionista infermiere di inserire il proprio nome e un breve curriculum nel sito stesso per renderlo disponibile e fruibile al cittadino che potrà effettuare una ricerca per nome e per Cap/indirizzo del libero professionista più vicino.

PIÙ LIBERI, PIÙ AUTONOMI!



Realizzazione in tutte le Asl di Unità di Degenza a gestione infermieristica

Le pressioni esercitate dal Collegio presso la Regione Lazio hanno prodotto significativi risultati in questo campo e a settembre scorso erano già attive a Roma quattro Unità di Degenza a gestione infermieristica. Una struttura moderna e innovativa, dedicata ai pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e a quelli con patologie croniche: ciascuno di loro viene preso in carico e assistito fino alle dimissioni, con un programma personalizzato di recupero. Iniziative come queste sono sempre più numerose in tutte le Asl della Regione e vedono finalmente gli infermieri protagonisti del percorso di ammodernamento del Servizio sanitario regionale. Il Collegio Ipasvi di Roma sostiene con forza una riorganizzazione dei servizi che riconosca agli infermieri un ruolo centrale, autonomo ed esclusivo, come nel caso delle Unità a Degenza Infermieristica.

CI OCCUPIAMO DELLA PRESA IN CARICO FINO ALLE DIMISSIONI!



Pressing per l'adeguamento degli organici e il superamento della precarietà

In Italia mancano all'appello più di 70mila infermieri, almeno 4.500 a Roma e nel Lazio.

Sul paradosso degli organici svuotati mentre aumentano i professionisti precari o disoccupati **il Collegio ha speso grandi energie**

in questi anni difficili, fra pesanti tagli e dolorose ristrutturazioni aziendali.

Sull'emergenza personale il *pressing* è stato forte e costante con decine di **comunicati stampa, interviste e interventi del presidente e dei consiglieri, iniziative pubbliche come le lettere aperte inviate a più riprese ai presidenti Polverini e Zingaretti** che si sono succeduti alla guida della Regione nell'ultimo triennio (vedi il sito www.ipasvi.roma.it). E poi **la difesa tenace dei diritti professionali dei colleghi coinvolti nelle crisi aziendali** di grandi gruppi sanitari privati con continue sollecitazioni a scongiurare i tagli annunciati.

Appelli diffusi dai media nazionali e locali come quello rilanciato con forza agli ultimi "Stati Generali della Salute" nell'aprile scorso a Roma. Un impegno strenuo per sbloccare concorsi e assunzioni, ridare fiato ai servizi e alleviare le pesantissime condizioni di lavoro attuali. Ma anche per combattere la precarietà che oggi segna la nostra professione producendo inaccettabili condizioni di sfruttamento e contratti che inseguono disperatamente una proroga. Coordinati dal Collegio di Roma, nel giugno 2013 tutti i Collegi Provinciali Ipasvi del Lazio hanno presentato **un articolato documento alla Presidenza della Giunta regionale per arginare l'emergenza personale e rafforzare subito gli organici.**

Richieste sempre riproposte negli incontri con i dirigenti sanitari della Regione e culminate nello sblocco parziale del *turn over*. Un risultato positivo ma ancora troppo stretto che impone agli infermieri di non mollare.

A DIFESA DEI LAVORATORI, SEMPRE E COMUNQUE!

Ipasvi perchè?



Alessandro Da Fre, Forlanini.

“Condivido la battaglia del Collegio per l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia nel nostro sistema sanitario. So che il Ministero della Salute ha finanziato una ricerca del Centro di Eccellenza di Roma per sperimentare questa figura. Bene anche il pressing per gli ambulatori infermieristici. Io ci credo molto, si potrebbero creare tanti nuovi posti di lavoro.”

Sblocco del *turn over* e della mobilità

Con la piena applicazione delle azioni contenute nei Programmi operativi della Regione Lazio, presentati nell'aprile 2014 e validati dal Governo centrale, si potrà arrivare finalmente allo sblocco del turnover anche nella nostra Regione. Un risultato importante e una svolta per il Lazio, un obiettivo atteso da tempo dall'intero comparto sanitario, per il quale il Collegio si è battuto come un leone denunciando con forza la necessità immediata

di nuove assunzioni per arginare i paurosi vuoti degli organici infermieristici. Nella proposta di programmi, infatti, è oggi previsto **un aumento della percentuale delle deroghe dal 10 al 15% dei cessati dell'anno precedente.**

Inoltre, ad agosto, con il sì definitivo della Camera dei deputati, il decreto "Madia" sulla Pubblica amministrazione è diventato legge, prevedendo **la rimodulazione alle limitazioni al *turn over*** per determinate amministrazioni dello Stato ed altri enti per gli anni 2014-2018. Per gli enti territoriali ci sarà un graduale aumento delle percentuali di *turn over*, con conseguente aumento della **possibilità di assumere, per il quinquennio 2014-2018.**

Sono inoltre previste norme per **favorire la mobilità volontaria** da un'amministrazione all'altra.

LE DEROGHE PASSANO DAL 10 AL 15%!



Sviluppo della carriera clinica per tutti gli Infermieri e valorizzazione del ruolo dell'Infermiere Coordinatore



Il Collegio Ispavi di Roma, convinto che la norma (legge 43/06) debba essere applicata nella maniera più corretta e chiara, ha incentivato e promosso in questi tre anni ogni iniziativa di informazione per sviluppare progetti e strategie atti ad implementare in ogni azienda processi di carriera trasversale clinica per gli infermieri. Ci sono voluti due anni di confronti e di trattative con istituzioni, sindacati e ministeri, partecipando a commissioni di studio, tavole rotonde e convegni, fino ad arrivare ad aprile 2014 quando finalmente il

ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha autorizzato la trasmissione del **documento finale sulle competenze avanzate e specialistiche per gli infermieri**, agli altri ministeri coinvolti. Il Collegio sta seguendo ogni fase di questo processo normativo affinché eventuali modifiche, integrazioni e sviluppi non vanifichino ciò che con tanto lavoro è stato raggiunto.

Dall'approvazione dell'Accordo, le stesse Regioni definiranno i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze e i percorsi formativi da effettuarsi in ambito regionale o aziendale anche ai fini dell'attribuzione dei Cfu. A tal proposito, il Collegio di Roma ha propri rappresentanti presso la Regione e le Università per monitorare e supportare l'implementazione dei percorsi di accreditamento delle aziende sanitarie regionali. Il Collegio è pronto anche per individuare i modelli organizzativi che dovranno definire la formazione e la concretizzazione del nuovo infermiere esperto nelle aree delle cure primarie-servizi territoriali, intensiva e dell'emergenza-urgenza, medica, area chirurgica, area neonatologica-pediatria, area della salute mentale e delle dipendenze.

Anche rispetto all'attivazione della rete regionale delle Case della Salute, che per l'ambito infermieristico rappresenta un'area di estremo interesse, **il Collegio di Roma si propone come partner per sviluppare percorsi di carriera nelle cure primarie.** Molto è stato fatto in questi tre anni e molto è ancora da fare, ma la strada è aperta. L'interesse di molti colleghi di veder riconosciuta l'esperienza e la competenza all'interno di percorsi validati è una legittima aspirazione per la quale il Collegio è impegnato a fondo, anche per rivendicare il giusto riconoscimento economico.

FARE CARRIERA NON E' PIU' UN TABU!



Implementazione della Dirigenza Infermieristica articolata in Dipartimenti e Strutture Complesse

Lo scorso 6 agosto, sono state emanate le nuove linee guida degli Atti Aziendali della Regione Lazio, con le quali **viene fissato l'obbligo per le Aziende Sanitarie, Ospedaliere e gli Irccs di separare la Direzione Clinica da quella Assistenziale istituendo la Dirigenza delle Professioni Sanitarie**. Il provvedimento è il risultato delle numerose iniziative che il Collegio Ispasvi di Roma ha attuato in quest'ultimo anno sul tema della Dirigenza Infermieristica. A giugno, nel corso di un evento organizzato al Policlinico Gemelli, il Collegio è riuscito a condurre una tavola rotonda, pubblica e aperta, a cui hanno preso parte la Regione Lazio, il Ministero della Salute, le numerose forze sindacali che hanno aderito, il Comitato Infermieri Dirigenti. Gli impegni assunti dalla Regione e i ripetuti solleciti dell'Ispasvi al presidente Zingaretti ad investire sulle professioni sanitarie hanno prodotto due importanti atti: quello sulle nuove Linee Guida degli Atti Aziendali, che vede la Dirigenza infermieristica pienamente autonoma e indipendente rispetto ai Dipartimenti Medici e con la previsione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie; quello della **codifica di 19 posti di dirigente infermieristico a tempo indeterminato attraverso l'istituto della mobilità nazionale**, per i quali il Collegio chiede lo svolgimento di un concorso pubblico. Finalmente tutti **presupposti per la Dirigenza Infermieristica nella Regione Lazio sono oggi una realtà**. Un obiettivo forse insperato in una Regione soggetta ad un rigoroso piano di rientro dal debito sanitario, raggiunto grazie all'impegno assiduo e testardo del Collegio di Roma. A questo si aggiunge l'attivazione delle prime Degenze a Gestione Integrata, Unità Operative a Gestione Infermieristica e Case delle Salute. Si tratta ora di **vigilare attentamente affinché tutte le Aziende recepiscano immediatamente queste disposizioni nei loro Atti Aziendali** e deliberino rapidamente gli atti conseguenti.

PROTAGONISTI NELLE NUOVE CASE DELLA SALUTE!



Tutela e difesa della disciplina infermieristica e della docenza

Interventi formali e pubblici, note ai rettori delle università, comunicati stampa, pressing a tutto campo su ogni tavolo di confronto con le istituzioni coinvolte. La difesa della disciplina infermieristica ha impegnato molto il Collegio contro la riduzione dei posti nei corsi di laurea degli atenei romani e per tutelare la specificità della nostra formazione universitaria. Puntuale e appassionato il lavoro svolto in questo delicatissimo campo con un'azione pressante sul ministero e sulle singole università per arginare i tagli prefigurati. Senza un numero adeguato di infermieri ben formati, ha sostenuto con ogni mezzo il Collegio, non c'è sanità che funzioni.

Altrettanto determinata la difesa della docenza universitaria conquistata dopo anni di lotta, che vede oggi gli infermieri (ancora troppo pochi) impegnati come professori associati nei migliori atenei italiani. Un traguardo storico che ci assegna cattedre e discipline riconosciute, con un settore scientifico-disciplinare che identifica il nostro ruolo anche dentro l'università.

Costante è stata la rivendicazione di un giusto riconoscimento contrattuale ed economico per i professori di Infermieristica a contratto e per i tutor che con il loro prezioso lavoro garantiscono le attività formative nelle università e negli ospedali. Grande battaglia, inoltre, **per salvaguardare il nostro settore scientifico-disciplinare (Med45) dai tentativi di "colonizzazione" da parte di altri profili professionali**. La salvezza del Med45 è la prova che gli infermieri uniti sanno difendersi e vincere sfide importanti.

UNITI VINCIAMO ANCHE LE SFIDE PIU' IMPORTANTI!

I SERVIZI AGLI ISCRITTI



E.C.M.

Educazione Continua in Medicina

PROGRAMMA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ

Aggiornamento professionale gratuito

Nel 2012, sono stati **6.260** gli iscritti che hanno partecipato a corsi, conferenze e seminari organizzati dal Collegio Ipasvi di Roma. Sono stati conseguentemente erogati **50.461,5** crediti formativi per il programma di Educazione Continua in Medicina (Ecm), con una media crediti/partecipanti di **8,06**. Nel 2013 gli infermieri coinvolti sono cresciuti ancora di più, raggiungendo quota 8.905 iscritti per un totale di **81.189** crediti Ecm. Nel 2014, analizzando i dati disponibili fino al 30 giugno, si sono registrati già **3.285** partecipanti ai corsi, con **33.870** crediti erogati e una media crediti/partecipanti salita a quota **10,3**. Tutte le iniziative formative organizzate dal Collegio, sia in sede che presso le sedi di lavoro, sono totalmente gratuite ad eccezione dei corsi di lingua inglese.

CON I NOSTRI CORSI C'E' SOLO L'IMBARAZZO DELLA SCELTA!

Ipasvi perchè?



Daniela Colasanti, Forlanini.

“Con il Collegio ho fatto un’esperienza straordinaria: ho partecipato a due progetti del Centro di Eccellenza per la Ricerca Infermieristica di Roma, il primo in Europa, che in pochi anni si è affermato a livello internazionale con i suoi studi. Ho potuto collaborare con colleghi fantastici e ho toccato con mano l’importanza della ricerca clinica specialistica.”

Servizi gratuiti di consulenza legale, amministrativa, contabile e professionale

Il servizio di consulenza legale gratuita messo a disposizione di tutti gli iscritti continua a registrare un enorme successo. Nel 2012, le consulenze legali in sede sono state 184 con ben 330 contatti telefonici e 157 lettere per interventi legali. Nel 2013, le consulenze legali in sede sono state 166, mentre i contatti telefonici sono saliti a 340. Lettere per interventi legali: 80. Nel 2014 (dati aggiornati fino a settembre) le consulenze legali in sede sono state 119; 347 i contatti telefonici. Nel corso del triennio 2012-2014 sono stati 24 i procedimenti disciplinari a carico degli iscritti, con una cancellazione per diploma. L'iscritto può avvalersi del supporto legale gratuito, previo appuntamento, presso la sede del Collegio di Roma nei seguenti giorni: lunedì dalle 10 alle 12 e giovedì dalle 15.30 alle 17.



Ulteriore sviluppo dei servizi offerti dalla Biblioteca

Dal 2011 è disponibile sul sito del Collegio, in accesso remoto per tutti gli iscritti, la **Biblioteca Digitale**, un'ampia aggregazione di risorse elettroniche concepita per essere un incentivo per la ricerca infermieristica. I professionisti possono accedervi in tempo reale, gratuitamente e con la massima facilità. Le statistiche d'uso del triennio confermano che la pionieristica scommessa di promozione culturale del Collegio, vista come motore principale per l'evoluzione della professione infermieristica, è sempre vincente. Per coinvolgere quanti più infermieri professionisti alle nuove tecnologie disponibili è stato fatto molto sul piano della formazione: **il Collegio, con il contributo dei docenti della Commissione Biblioteca, ha divulgato informazioni mirate e competenze sul territorio provinciale**, presso gli Ospedali e le Asl, attraverso il corso itinerante "Le banche dati e la bibliografia in rete": un importante contributo alla diffusione della conoscenza scientifica, con 19 edizioni svolte nel triennio, cui vanno aggiunte altre 5 edizioni previste entro la fine del 2014. Nel corso del triennio 2012-2014, valutando attentamente le statistiche d'uso ed i costi, si è mirato a **soddisfare maggiormente i bisogni informativi degli infermieri utenti in remoto**. Grazie a convenzioni Ebsco-Ipasvi, economicamente favorevoli, è stato possibile per la banca dati **Cinahl**, standard d'eccellenza per la ricerca infermieristica, passare dalla consueta versione **With Full Text (2012)** alla superiore **Plus With Full Text (2013)**, per giungere nel 2014 alla versione massima **Complete (2014)**.

Questo *upgrade* ha reso disponibili 275 monografie *full text*, 1325 testate *full text*, contro le 765 della versione precedente, 134 *evidence-based care sheet*, 169 *quick lessons*.

È stato inoltre possibile acquisire nuove banche dati, indispensabili per il ricercatore e l'infermiere clinico-ospedaliero: dal 2013 sono infatti disponibili per l'utenza remota anche Nursing Reference Center caratterizzata dalla 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; e *Consumer Health Information*, dedicata all'educazione del paziente.

Sempre dal 2013, la **Cochrane Collection PLUS**, nota per le sue autorevoli revisioni sistematiche, è disponibile per gli iscritti ma consultabile solo in sede. Col medesimo intento, nel 2012 **31 titoli dei periodici cartacei sono stati convertiti in formato elettronico senza aggravio di costi**, mentre nel 2014 un consistente taglio del cartaceo internazionale ha aiutato a sostenere il costo della sottoscrizione del Cinahl Complete, reperendone comunque quasi completamente la copertura *full text* nella banca dati. Gli abbonamenti cartacei attivi oggi (32) rappresentano quasi esclusivamente la produzione sanitaria ed infermieristica italiana (20 titoli), nonché l'internazionale irrinunciabile (perché non disponibile *full text* o perché coperto da embargo, 12 titoli), così, per esempio, presso la Biblioteca di sede è disponibile il cartaceo corrente delle riviste *Journal of Clinical Nursing* e *Journal of Advanced Nursing*.

SEMPRE AGGIORNATI E PRONTI A RACCOGLIERE NUOVE SFIDE!

Riduzione della quota di iscrizione con l'ulteriore recupero delle morosità

Alla base della **riduzione dell'importo della quota annuale di iscrizione all'albo** (da € 75,00 a € 67,50 dal 2012 e da € 67,50 a € 62,50 dal 2014) c'è stato **l'impegno al recupero delle morosità**: nel 2013, al termine di un lungo percorso di solleciti.

PAGARE TUTTI PER PAGARE MENO!



Servizi gratuiti: Certificati on line e Posta Elettronica Certificata

Già da alcuni anni il Collegio Ipasvi di Roma spedisce per posta agli iscritti i certificati di iscrizione all'albo richiesti on line. **Dal 23 giugno 2014 è gratuito anche il certificato di iscrizione all'albo rilasciato allo sportello e il rinnovo della tessera di iscrizione all'albo. Il Collegio fornisce gratuitamente a tutti gli iscritti anche la casella di posta elettronica certificata (Pec).**

Infine, **dal 10 febbraio 2014 sono stati aboliti i diritti di segreteria per il trasferimento dell'iscrizione da altri Collegi** ed è stata semplificata la procedura burocratica, oggi basata esclusivamente sull'autodichiarazione dell'iscrivendo. Questo ha consentito a molti colleghi che risiedono e lavorano nella provincia di Roma di trasferire l'iscrizione senza complicazioni burocratiche e senza costi aggiuntivi (il primo anno la tassa si paga solo al Collegio di provenienza).

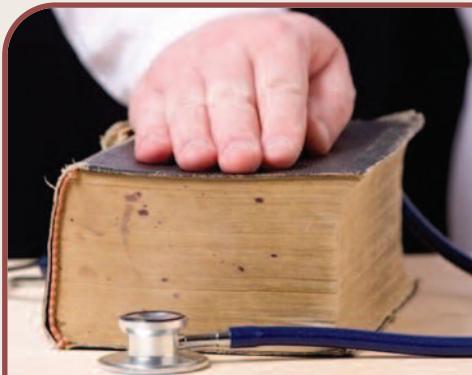
QUALITÀ ED EFFICIENZA A COSTO ZERO!

Ipasvi perchè?



Gaetana Giganti, Forlanini.

“ Ringrazio il Collegio per la sua posizione durissima contro il precariato e lo sfruttamento di molti colleghi. Sul sito ipasvi.roma.it seguo con interesse i numerosi interventi sull'emergenza personale, sul blocco del turn-over, sulle condizioni inaccettabili imposte a tanti infermieri per lavorare. Per fortuna c'è il Collegio a battere i pugni sul tavolo. ”



Verifica del rispetto del Codice Deontologico e dei principi di etica professionale

Nel 2014, sono stati avviati finora gli accertamenti per **24 procedimenti disciplinari**, un solo iscritto è stato cancellato in quanto è stata acclarata la falsità del diploma. Per quanto riguarda gli infermieri stranieri, nel 2014 le sessioni di prova per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana per gli infermieri Ue sono state tre, per un totale di 39 candidati esaminati, di cui sei risultati non idonei. Le sessioni di prova per l'accertamento della conoscenza della lingua italiana e delle norme che regolano l'esercizio professionale in Italia per gli infermieri extra UE sono state

tre, per un totale di 39 candidati esaminati, di cui 10 risultati non idonei. **Il Collegio, fino al settembre 2014, ha provveduto anche alle attestazioni di "Good Standing"** (una sorta di buona condotta professionale, in cui si dichiara che non ci sono procedimenti disciplinari in corso né misure restrittive). Serve agli iscritti che vogliono trasferirsi in Inghilterra per iscriversi al *Nursing & Midwifery Council*. Dal 20 settembre questa competenza è stata trasferita direttamente al ministero della Salute, al quale il Collegio attesta su sua richiesta, che l'interessato è effettivamente iscritto e non ci sono procedimenti disciplinari in corso. I link per accedere alle informazioni sulle nuove procedure di rilancio delle attestazione di *Good Standing* sono disponibili sul sito www.ipasvi.roma.it

IN CASO DI DUBBI CHIAMA L'IPASVI!

Sviluppo continuo dei servizi di comunicazione agli iscritti attraverso la rivista "Infermiere Oggi" e i portali istituzionali

L'autunno del 2014 è stato contraddistinto dal **lancio del nuovo portale istituzionale del Collegio Ipasvi di Roma**, con numerose funzionalità in più riservate agli iscritti. All'interno di questo progetto si integra la già esistente **piattaforma**

informatica del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, che - previa registrazione - consente il download di materiale e la ricezione di informazioni aggiornate sulle attività in corso. Anche la **newsletter gratuita del Collegio**, inviata fino al 2013 via email a tutti gli iscritti, sarà integrata nel nuovo portale. Il traffico medio finora generato dai siti del Collegio è stato di **2 milioni di visite l'anno**, con un trend in costante crescita.

La rivista istituzionale "Infermiere Oggi", inviata gratuitamente a domicilio con cadenza trimestrale, ha dedicato sempre più spazio alla pubblicazione di ricerche ed articoli scientifici realizzati da iscritti all'Albo.

The screenshot shows the website of the Collegio Ipasvi di Roma. The header includes the logo and navigation links: HOME, IL COLLEGIO, BIBLIOTECA, INFERMIERE OGGI, QUALITÀ. A sidebar on the left lists various services: ECM, FORMAZIONE, CONCORSI, SERVIZI AGLI ISCRITTI, LIBERA PROFESSIONE, GALLERY, and NEWS. The main content area features a news article titled "NUOVO PARCO AMBULANZE E OSPEDALE DEI CASTELLI: BENE GLI INVESTIMENTI, MA IL PERSONALE DOVE'?" dated 24 luglio 2014 @ 23:15. The article text discusses investments in ambulances and hospital facilities in the Castelli area, mentioning a budget of over 620 million euros and the need for personnel. A small image of an ambulance is also visible.

RESTARE INFORMATI PER NON PERDERE MAI UN COLPO!

PROGETTI DI RICERCA E PARTNERSHIP



CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Ampliamento delle attività di ricerca del Centro di Eccellenza con l'ulteriore ampliamento della rete dei Collegi e delle università che vi collaborano

Nel triennio 2012-2014, i progetti di ricerca e gli eventi formativi e didattici messi in campo dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) sono stati numerosissimi. Nel dettaglio, sono stati coinvolti nella progettazione, realizzazione concettuale, effettuazione e reportistica dei vari studi più di **dodiecimila infermieri** oltre a figure professionali appartenenti ad altri ambiti scientifici (Medicina, Sociologia, Diritto, Etica, etc..). Sono state implementate ricche e proficue collaborazioni con università e centri di ricerca italiani: **Sapienza, Tor Vergata, Campus Bio-medico, Alma Mater Bologna, Genova, CNR, etc..**) e università straniere (**Eastern Finland, Hertfordshire, Hull, New York, Pennsylvania, Salford**). I progetti di ricerca approvati nei tre anni sono stati 28, di cui alcuni biennali o triennali.

Per ciò che concerne il Polo della formazione e quello della didattica sono stati messi in campo 15 corsi di formazione. Alcuni di questi corsi sono stati ripetuti in forma itinerante nelle diverse istituzioni sanitarie del nostro territorio per un totale di **oltre 150 eventi formativi**. Per quanto riguarda l'*evidence based practice*, sono stati effettuati numerosi corsi di formazione sulle revisioni sistematiche e sugli audit clinici e si sono formati gruppi di infermieri esperti in *evidence based practice* (*nurse leader* nella pratica) che hanno portato innovazione e qualità assistenziale nelle aziende sanitarie dove prestano la loro opera professionale. L'obiettivo del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (Cecri) è stato di **consolidare una cultura infermieristica fondata sulla formazione, la ricerca e la pratica clinica permeata dal sapere scientifico**, un obiettivo colto anche grazie all'allestimento di tre workshop svolti presso il Ministero della Salute e diversi seminari. Tre *annual report* sono stati pubblicati per la presentazione delle attività del Cecri ed è stato anche sviluppato e promosso nella comunità infermieristica internazionale un nuovo portale web che ha avuto immediatamente un grande successo con numerosissimi contatti da tutto il mondo: <http://www.centrodiexcellenza.eu>

INFERMIERI PILASTRI DELLA CONOSCENZA!

De Marinis, primo Professore ordinario di Scienze infermieristiche in Italia

“Gli infermieri sono una risorsa straordinaria per la collettività, soprattutto se ben formati”. Ai ragazzi: “Studiate, impegnatevi molto e apritevi alle esperienze internazionali”

Non è solo un traguardo personale, il meritato riconoscimento per una vita di studi e battaglie affrontate con umiltà e passione, ma soprattutto un traguardo che, per dirla con le parole del presidente del Collegio Ipasvi di Roma, Genaro Rocco, “gratifica l’intera professione, aprendo nuovi, importanti scenari didattici e scientifici”.

Maria Grazia De Marinis, dell’Università Campus Biomedico di Roma, iscritta all’Albo di Roma fin dagli anni ’80, è il primo Professore ordinario di Scienze infermieristiche in Italia.

La studiosa è, anzitutto, un’infermiera e la sua nomina premia una lunga e preziosa attività di docenza e di ricerca; una brillante carriera costellata di successi. E di impegno costante.

Accanto a lei, sempre al Campus Biomedico di Roma, altre due infermiere nominate Professori associati: Maria Maresse e Daniela Tartaglino.

I tempi sono maturi, dunque, per guardare con sempre più autonomia alla Professione che dimostra, oggi più che mai, l’indiscutibile livello di competenza raggiunto anche nell’ambito degli atenei nazionali?

A questa e ad altre domande ha provato a dare una risposta proprio la professoressa De Marinis.

Partiamo dai giovani. Qual è il consiglio che rivolgereste ad uno studente di Scienze Infermieristiche o a chi si è appena laureato ed iscritto all’Albo?

Mi rendo conto che, oggi, benché la nostra professione non abbia mai subito gravi e prolungate crisi occupazionali, è vero che la situazione lavorativa non sia facilissima. E, per questo, è difficile rispondere. Difficile capire quali siano i consigli migliori da dare ai nostri ragazzi.

Di sicuro, però, specie agli studenti, voglio ricordare quanto sia importante dedicare il massimo delle energie allo studio ed alla preparazione della loro competenza professionale.

Gli direi di perseguire con entusiasmo idee nuove e di tracciare, giorno dopo giorno, ragioni e motivi reali per cui impegnarsi; di farlo con passione, determinazione e forza di volontà, aprendosi alla scoperta del mercato del lavoro e delle sue logiche.

Ci tengo a sottolineare l’importanza di acquisire una conoscenza sempre maggiore di realtà assistenziali e scientifiche di respiro internazionale: i neo laureati devono sapere che i bisogni dei cittadini sono in continuo mutamento e che l’infermiere moderno sa rispondere alle nuove domande di salute con forme di assistenza diversificate e flessibili.

Penso alla possibilità di aprirsi alla libera professione, a contesti diversi da quello ospedaliero: gli ambulatori infermieristici, l’assistenza domiciliare, gli ospedali di prossimità, per esempio, sono esperienze che valorizzano le nuove forme di assistenza. Inoltre, mi sentirei di suggerire ai neo laureati le forme di asso-

ciazionismo e di impegno collettivo: da sempre, infatti, questo è stato uno spazio essenziale per gli infermieri dove scambiarsi esperienze interne ed esterne alla professione per il raggiungimento degli obiettivi comuni.

Dal canto nostro, vorrei assicurare l’impegno delle strutture formative chiamate, sempre di più, a favorire il contatto degli studenti con esperienze internazionali rappresentative dei migliori standard scientifico-professionali e a svolgere servizi di orientamento offrendo anche forme alternative di lavoro.

Dal punto di vista accademico, com’è cambiata la professione infermieristica negli ultimi anni?

Per rispondere adeguatamente a questa domanda ci vorrebbe parecchio spazio, ma, diciamo così, per semplificare, posso dire che, dal 1992, cioè da quando è stato possibile iscrivere i primi studenti nei corsi di diploma universitario in Scienze Infermieristiche, la nostra professione ha vissuto con estremo impegno il periodo della riorganizzazione accademica fino a riuscire a disegnare, per gli infermieri, un percorso articolato su II livelli di formazione universitaria che prevede una laurea triennale con l’abilitazione professionale ed una magistrale di durata biennale (decreto 270/2004).

Questo, senza dimenticare l’attivazione del post-lauream che prevede Master di I e II livello e che, nel 2006, sono partiti i primi Dottorati di ricerca specifici per la disciplina infermieristica: un’ultima, fondamentale tappa, di uno sviluppo formativo che

ha richiesto anni di lavoro di tutto il corpo professionale che si è speso, per lungo tempo, sui diversi fronti istituzionali per ottenere i risultati che, in questi 20 anni, hanno cambiato il volto della nostra professione.

Qualche numero? Oggi, gli studenti di Infermieristica rappresentano il 48% della popolazione studentesca della facoltà di Medicina.

Nel 1994, è nato anche il nostro Settore Scientifico Disciplinare, noto come MED/45, che, ad oggi, costituisce l'unico settore che rappresenti la disciplina infermieristica in ambito accademico e conta 34 docenti di ruolo, tra professori e ricercatori.

Da uno studio pubblicato sul Lancet effettuato su 500mila pazienti chirurgici di nove Paesi europei, apprendiamo che il ruolo degli infermieri laureati negli esiti dell'assistenza ospedaliera è definito come 'decisivo'.

Così, se da un lato, questi dati segnano il risultato delle battaglie che tanti infermieri hanno condotto fra gli anni '80 e '90 (anche attraverso l'attivazione di numerose iniziative dei Collegi provinciali e della Federazione nazionale), per veder riconosciuto il loro ruolo come professionisti della sanità e per portare la formazione infermieristica nelle Università, va detto che, d'altro, il rapporto studenti/numero di docenti di ruolo afferenti al SSD MED/45 non nascondono una struttura disciplinare ancora molto fragile e che necessita di politiche di sviluppo. La legge n.240 del 30 dicembre 2010 ha modificato radicalmente la disciplina di reclutamento dei professori Ordinari e dei professori

Associati e prevede un sistema che, purtroppo, penalizza quegli ambiti disciplinari che, al loro interno, hanno un numero ridotto di professori e ricercatori. E neppure il DM 12 giugno 2012, con cui il nostro settore è entrato nel macrosettore concorsuale 06/M1 (denominato "Igiene, generale e applicata, Scienze Infermieristiche e Statistica medica" che raggruppa i settori MED/01 statistica Medica, MED/42 Igiene generale ed applicata e, ovviamente, il SSD MED/45 Scienze Infermieristiche generali cliniche e Pediatriche), ha portato all'auspicabile possibilità che la disciplina infermieristica possa giungere ad un riconoscimento di settore concorsuale autonomo, articolato in SSD capaci di cogliere il variegato sapere ad essa correlata, dalle teorie dell'assistenza alla metodologia e organizzazione della professione, passando per l'infermieristica di area critica, clinica, preventiva e di comunità. E tanto altro...

A vantaggio dei nostri lettori più giovani, può raccontarci come ha intrapreso la Sua carriera e quali sono stati i passaggi fondamentali del Suo percorso professionale?

Dopo il liceo, mi sono iscritta al corso di infermieri professionale della CRI perché sognavo di fare qualcosa di significativo per gli altri e per me stessa. Non posso dimenticare, per esempio, l'esperienza di soccorso alle popolazioni colpite dal terremoto in Irpinia con i volontari CRI.

Poi, nei primi anni di attività lavorativa, mi sono occupata di assistenza ai malati oncologici in diversi ospedali romani, tra cui il Regina Elena.

Purtroppo, però, in quegli anni, gli infermieri avevano un profilo diverso da quello attuale: erano annoverati tra le professioni au-



siliarie e si formavano in scuole professionali in cui non era richiesta neppure la maturità. Dovevo fare di più. Volevo conoscere di più...

Era cosa nota che, diversamente dall'Italia, nei Paesi anglosassoni, gli infermieri studiavano nei college, che i livelli di competenza raggiunti erano elevati, rilevanti per i servizi sanitari nazionali.

Così, partii per gli Stati Uniti e vi rimasi per alcuni mesi, osservando da vicino gli sviluppi raggiunti dagli infermieri in questi contesti all'avanguardia. Visitai diversi ospedali e mi impressionò, in particolar modo, il Duke Hospital del North Carolina: lì il contributo che gli infermieri qualificati apportavano quotidianamente alla qualità della vita dei malati e delle loro famiglie era enorme.

L'esperienza del Campus, per me, è stata davvero imprescindibile, mi ha insegnato tantissimo, mi ha aperto mente e cuore...

Poi, tornata in Italia, ripresi a studiare e a lavorare come infermiera prima e caposala poi. Conseguì altri titoli di studio, tra cui quello per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica alla scuola Di-

retta a Fini Speciali dell'Università La Sapienza di Roma e la laurea in Pedagogia: tutto questo percorso mi fornì gli strumenti per occuparmi di formazione infermieristica con un buon bagaglio culturale ed umano.

Nel 1993, quando anche in Italia si aprì la strada universitaria per gli infermieri, fui chiamata dal Campus Biomedico di Roma per svolgere le prime docenze di Infermieristica e, da allora, sono passati 20 anni. Venti anni trascorsi al fianco di tanti colleghi. Sono infinitamente grata a tutti: agli infermieri con cui ho lavorato, a quelli che ho formato e a quelli che, oggi, costituiscono il mio team. Proprio a quest'ultimi, infatti, non posso nascondere di essere legata in maniera speciale: la competenza e la determinazione degli infermieri del Policlinico della mia Università rappresentano il risultato più concreto degli sforzi compiuti dalla professione in questi anni.

La Sua nomina ad Ordinario aprirà di sicuro ulteriori prospettive per la professione: secondo Lei, quali?

Intanto, il mio auspicio è che questa nomina possa sollecitare anche le altre Università a bandire, a breve, concorsi per il reclutamento dei PO e PA.

Pur consapevole delle difficoltà in cui versa l'Università italiana, ritengo che la copertura del settore con un congruo numero di professori e ricercatori, sia indispensabile per garantire la sopravvivenza di una disciplina "giovane" come l'Infermieristica che, oggi, conta un rapporto docente/discente più o meno dello 0,001% e che ha un solo SSD a rappresentare l'intero corpo di conoscenze che la nostra disciplina può esprimere.

Attualmente, in Italia sono presenti 52 CdL triennale in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica (suddivisi in 229 sedi e 29 CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche) e gli studenti iscritti al primo anno sono 17062.

In totale, i CFU relativi al Med/45 in tutta l'Università italiana sono circa 22000 solo nei CdL, esclusi i Master di I e II livello, il dottorato ed i crediti previsti dagli ordinamenti didattici degli altri CdL. La nostra disciplina ha bisogno di PO, PA e ricercatori per garantire il regolare svolgimento della didattica, per la ricerca ed assistenza necessarie allo sviluppo della disciplina: i docenti strutturati sono solo 34 e, di questi, due professori associati e quattro ricercatori vengono da altri ambiti disciplinari. È necessario tutelare l'accesso ai ruoli accademici MED/45 di studiosi con esclusivo profilo infermieristico, visto che se pensiamo al Nursing ci accorgiamo che, in altri Paesi, si tratta di una realtà universitaria consolidata, con Facoltà ad hoc del tutto autonome dalle scuole mediche ed insegnanti che sono esclusivamente infermieri, a garanzia dell'assetto epistemologico della disciplina. Così come è accaduto nella mia realtà (il Campus Biomedico di Roma, 'giovane, piccola ma proiettata nel futuro, e alle cui istituzioni sono grata, dal Magnifico rettore agli organi accademici') dove, oltre alla mia, si sono aggiunte le nomine a professori associati di Maria Matarese e Daniela Tartaglino, mi auguro che, presto, si potrà costituire un corpo docente universitario articolato in ruoli di professore di I e II fascia e Ricercatore, specie lì dove i cicli formativi sono completi.

Tiziana Mercurio

Ipasvi perchè?



Maria Donata Zecca, Spallanzani.

“L'ho sperimentato di persona: al Collegio trovo sempre un gruppo di colleghi esperti e disponibili, pronti ad aiutarmi e ad assistermi per qualsiasi necessità. Il personale è molto professionale e gentile e ho la possibilità di utilizzare tanti servizi gratuiti. I 62 euro e mezzo della quota annuale? Beh, io dico che sono spesi bene.”

Relazione sintetica dei Servizi bibliotecari del Collegio Ipasvi di Roma - triennio 2012-2014

Il triennio dei Servizi bibliotecari e della Commissione Biblioteca, Documentazione e Ricerca è stato segnato da un'intensa attività dedicata articolatamente all'implementazione della Biblioteca digitale, alla formazione inerente la ricerca bibliografica e alla cura della Banca dati Ilisi.

La **Biblioteca Digitale** dal 2011 è disponibile sul sito del Collegio, in accesso remoto per tutti gli iscritti, è un'ampia aggregazione di risorse elettroniche, concepita per essere un incentivo per la ricerca dei professionisti infermieri che possono accedervi in tempo reale e con la massima facilità. I dati confortanti delle statistiche annuali e opportune variazioni del posseduto cartaceo della biblioteca, hanno consentito di arricchirla nel triennio (2013) con nuove banche dati: **Nursing Reference Center**, **Consumer Health Information**, **Cochrane Collection PLUS**; nuove opportunità per l'infermiere professionista che necessita di continuo aggiornamento. Per la banca dati **Cinahl**, standard d'eccellenza per la ricerca infermieristica, annuali upgrade hanno condotto all'attuale sottoscrizione della versione massima **Complete (1325 testate fulltext)**. L'intero sistema digitale offre dunque la disponibilità complessiva di **7.033** testate di area biomedica. Le statistiche d'uso del triennio confermano che la pionieristica scommessa di promozione culturale del Collegio, vista come motore principale per l'evoluzione della professione infermieristica, è sempre vincente: il numero degli accessi in remoto è consolidato ed entusiasmante (i valori parziali del 2014 prefigurano risultati migliori dei precedenti, straordinari quelli delle banche dati *Nursing Reference Center* e *Cochrane*).

Per questi risultati, strategica è la formazione sempre voluta dal Collegio: particolarmente, nel triennio, i docenti della Commissione Biblioteca hanno divulgato informazioni e competenze sul territorio provinciale, presso gli Ospedali e le Asl, attraverso il corso itinerante *Le banche dati e la bibliografia in rete: un con-*



tributo alla diffusione della conoscenza scientifica, (24 corsi) cui si devono sommare i consueti corsi residenziali di tre giornate, per un totale complessivo di **31 eventi formativi nel triennio**.

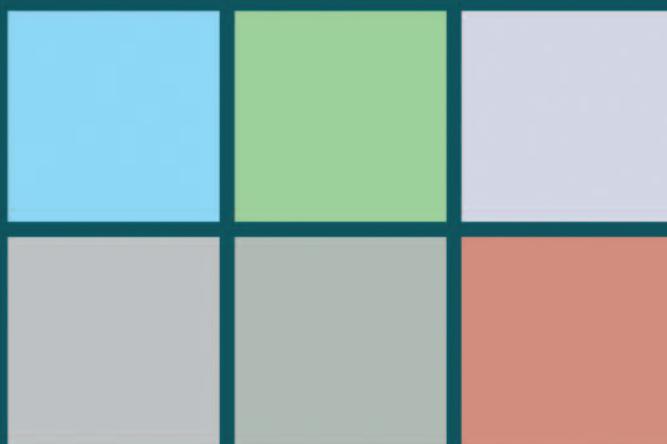
I servizi Bibliotecari del Collegio di Roma si delineano così, a livello nazionale, come principale Centro di Documentazione scientifica infermieristica; la Biblioteca di sede, back e front office di tutti i servizi offerti, nel triennio vede la propria utenza residenziale attestarsi sulle 2000 presenze annue.

Il database bibliografico **Ilisi**, creato e curato dal Collegio di Roma, ad oggi contiene **4.640** schede bibliografiche relative a 31 riviste italiane indicizzate, di area infermieristica e sanitaria (ha registrato nel triennio un incremento del 39%). È utilizzato dall'utenza su territorio nazionale e internazionale, ed è censito da importanti biblioteche biomediche italiane e anglosassoni. Oltre alla cura dovuta per i suoi aspetti gestionali, si è lavorato alla complessa revisione del thesaurus originario (Thisi del 2007), licenziando nel 2014 la nuova versione: un vocabolario controllato radicalmente trasformato, strutturato in 25 categorie, i cui descrittori sono quasi sempre accompagnati da definizione

(scope note). Sul piano del software utilizzato **wikindx (open access)**, è in fase di test la nuova versione **3.8.2** che prevede più livelli gerarchici per il thesaurus, al più presto vi verrà sperimentato il funzionamento del nuovo Thisi, testato l'insieme, l'indicizzazione proseguirà ufficialmente nel nuovo sistema, con il nuovo vocabolario controllato.

Anno	AtoZ	Cinahl	NRC	Cochrane Collection PLUS	Consumer Health Information	OIDVSP/Medline	ILISI
2011	4.491	5.949	-	-	-	3.644	7.052
2012	5.335	4.615	-	-	-	3.899	7.059
2013	5.977	5.001	433	299	165	3.254	6.012
2014	3.377*	2.759*	403*	574*	80*	2.177**	3.127*

*Dati parziali del 2014 rilevati al 31/8/2014; **Dati parziali del 2014 rilevati al 31/7/2014.



È on line il nuovo sito web del Collegio IPASVI di Roma.
Più ricco, con più informazioni e più appuntamenti,
tutti gli eventi Ecm gratuiti, i seminari
e i convegni, i servizi agli iscritti.
E poi le news d'interesse professionale,
i comunicati, i link da non perdere
per tenersi aggiornati.

Più bello, più intuitivo, più vicino a te:

WWW.IPASVI.ROMA.IT

il futuro è in linea!



Premiati gli iscritti "di lungo corso" all'Albo di Roma e provincia

È un'iscritta della prima ora al Collegio Ipasvi di Roma l'infermiera più anziana d'Italia.

Si tratta di **Joaquina Alma Negre** e il suo nome ha riecheggiato tra gli applausi di tutti i presenti domenica 26 ottobre, in occasione delle celebrazioni dei sessant'anni dall'istituzione dell'Ipasvi. Nata in Spagna nel 1911, ha vissuto e lavorato in Italia, figurando, ovviamente, tra le prime iscritte all'Albo capitolino. Una cerimonia che ha visto premiati, con targa e pergamena, i colleghi "storici" di ciascun Collegio, ovvero con almeno 55 anni di anzianità di iscrizione. A rappresentare Roma e provincia, la vicepresidente **Ausilia Pulimeno**, che ha omaggiato personalmente suor **Teresa Ravaglia** (nella foto in pagina). Insieme alla religiosa, insignite del prestigioso riconoscimento anche le infermiere: **Amelia Bottega** (iscritta da 58 anni); **Gemma Iacobelli** (59); **Marisa Piva** (56) e **Cecilia Torazzi** (57). I Collegi professionali e la Federazione nazionale Ipasvi furono istituiti il 29 ottobre del 1954, con un'apposita legge nazionale



La vice presidente Pulimeno con suor Teresa Ravaglia

nata anche allo scopo di contrastare pratiche abusive della professione e per garantire al cittadino una preparazione del personale infermieristico sempre più qualificata.

La cerimonia di premiazione è stata animata dagli studenti del primo anno del corso di laurea in Infermieristica de "La Sapienza" di Roma, con sede all'ospedale Forlani, accompagnati dal direttore, **Loredana Fabiani**, e dalla tutor **Franca Coia**.

Un modo per creare un'ideale staffetta tra le generazioni. Sono stati loro, in divisa, a consegnare tutte le targhe ricordo alle infermiere premiate.

Ecco tutti i nomi degli studenti presenti: Melissa Bianchi, Matteo Bussu, Maria Cappelletti, Giulia Coppola, Federica De Lillas Romano, Roberta Giustiniani, Federica Iacobini, Ilena Iorio Gnisci, Giada Miani, Daniela Verardo, Erica Astolfi, Tiziano Brega, Ilenia Caruso, Rosa Di Matteo, Giorgia Facchini, Gloria Miressi, Giulia Quintili, Andrea Vincenti, Vanessa Di Maggio, Martina Medde.

Ipasvi perchè?

“Una finestra aperta sul mio mondo professionale. Grazie al Collegio ho a disposizione una straordinaria biblioteca online. Posso consultare gratuitamente le più importanti riviste specialistiche scegliendo in un catalogo tra i più forniti al mondo. E ho accesso ai più qualificati portali di Nursing per scaricare protocolli e linee guida aggiornate. Uno strumento prezioso per coltivare il mio futuro.”

Simone De Paolis, precario.

C'è sempre più bisogno di infermieri ma il piano di rientro blocca le assunzioni

Poco bollente per il clima, molto per gli infermieri alle prese con una situazione sempre più difficile. L'estate 2014 lascia sui media i segni indelebili della cronaca, a partire dalla terribile ecatombe dei migranti in mare.

Sui giornali e in tv c'è spazio anche per allarmi più o meno sensati, dalla Tbc a Roma all'incubo Ebola, mentre nel Lazio la sanità resta sotto i riflettori tra nuovi tagli, proteste e speranze di rilancio.

Il Collegio di Roma non si stanca di denunciare gli effetti disastrosi dell'emergenza personale e ripete come un mantra: senza infermieri e con le ferie alle porte la tenuta di molti servizi precipiterà. Il comunicato stampa del Collegio (2/6/14) rimbalza su agenzie e siti on line. Le richieste sono chiare: "una soluzione rapida e definitiva per i colleghi precari appesi alla speranza di una proroga, lo sblocco del turn over e dei concorsi per arruolare nuovo personale".

E poi l'allarme per la crisi delle scuole di formazione infermieristica, i fondi regionali che non arrivano nonostante il boom delle iscrizioni, i professori a contratto ancora senza compensi. La lista delle rivendicazioni è lunga...

La comunità infermieristica romana alza la voce e in una lettera aperta (5/6/14) a Zingaretti rilanciata dagli organi di informazione. Il presidente del Collegio scrive: "Occorrono azioni immediate per rafforzare gli organici infermieristici e tutelare gli operatori in servizio dai considerevoli rischi connessi a questa emergenza. Gli infermieri romani le chiedono perciò di esercitare i suoi poteri di commissario straordinario alla sanità e intervenire con la massima urgenza per evitare il blocco definitivo di interi servizi ospedalieri e territoriali, impedito finora solo dalla straordinaria abnegazione degli infermieri e degli altri professionisti sanitari".

È la cronaca a raccontare come la situazione sia ormai drammatica, non solo a Roma. Ad Albano si fa addirittura esplosiva. Il **Il Messaggero** (4/6/14) titola: "Caos al pronto soccorso, pazienti nei container". L'articolo riferisce: "Personale insufficiente anche per coprire i turni del reparto d'emergenza. A quattro mesi dalla consegna dei lavori ancora non sono stati aperti il nuovo triage e la sala di attesa. I pazienti sono costretti ad affollarsi numerosi in un container, attrezzato provvisoriamente alcuni anni fa per consentire proprio l'adeguamento delle strutture".

Sempre **Il Messaggero** (4/6/14) si occupa di un'altra grossa falla degli organici infermieristici e titola: "Per i trasporti d'emergenza ambulanze senza infermieri". Il servizio spiega: "Meno infer-

mieri e sempre più trasporti d'emergenza, il Centro di rianimazione mobile perde un'altra unità infermieristica e la situazione diventa critica. Ora, in vista anche del periodo estivo, è sempre più a rischio la copertura dei turni".

Una situazione fotocopia di tante altre a Roma e in tutta la provincia. Come al Grassi di Ostia.

Un mese dopo, **Il Messaggero** (9/7/14) scrive: "Infermieri precettati per assicurare i soccorsi. Per evitare di chiudere per ferie il pronto soccorso ed i reparti del Grassi - spiega l'articolo - i vertici della Asl Roma D precettano una ventina di infermieri prelevandoli dai servizi territoriali. Che a loro volta rischiano di dover ridurre l'attività. C'è il rischio dell'effetto «coperta troppo corta» nella sanità del litorale romano".

Come se non bastasse, i media continuano a rilanciare notizie

IL TEMPO di nuovi colpi di scure sulla spesa sanitaria. **Il Tempo** (6/6/14) scrive: "Ancora tagli alla sanità, cancellati 84 posti letto". Si legge: "Rischiano di chiudere 84 letti, cancellando oltre la metà dei posti a Bracciano (-55%: dagli attuali 68 a 30) e quasi i due terzi a Subiaco (-64%: da 72 a 26), ai Castelli, invece, l'apertura del nuovo ospedale con circa 300 letti (entro settembre 2016) andrà a sostituire due nosocomi: i Riuniti di Albano-Genzano e lo Spolverini di Ariccia. Ma sarà valutato un ulteriore intervento di concentrazione dell'offerta nell'area fra i presidi di Frascati, Albano-Genzano, Marino e Velletri. Queste le proposte contenute nei Programmi operativi 2013-2015 che la Regione porterà al tavolo ministeriale del Patto per la salute".

La situazione si fa insostenibile in molte strutture romane e nell'hinterland della capitale.

Il Tempo (11/6/14) titola; "Medici e infermieri in piazza per salvare sette ospedali". E si legge: "Riscende in piazza la lotta per i letti degli ospedali di Monterotondo, Subiaco e Bracciano - si legge - Minacciati dalla riconversione dei 3 nosocomi, indicata nei Programmi operativi 2013-2015 dalla Regione, oltre la metà degli attuali 212 letti è a rischio".

Il Governo concede alla Regione Lazio lo sblocco delle assunzioni dei professionisti sanitari ma la quota autorizzata è davvero minima. Il presidente del Collegio Ispasvi di Roma Gennaro Rocco, protesta e scrive nuovamente al governatore Zingaretti e ai direttori generali delle Asl: "Allo spietato blocco del turnover che, nonostante la timida deroga del 10-15%, continua ad impedire le assunzioni necessarie - scrive in una lettera aperta (26/6/14) - si aggiunge l'espedito con cui molte Aziende ag-

girano il problema ricorrendo a cooperative che offrono lavoro interinale a basso costo. È un vortice senza sbocchi che precarizza la professione infermieristica e distrugge la qualità dell'assistenza”.

Finalmente, anche i media raccolgono l'appello degli infermieri: c'è ben altro da tagliare che i fondi per il personale sanitario.

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (6/6/14) si occupa della spesa farmaceutica con un ampio servizio dal titolo: “Dottore, mi dà un generico? Così risparmio un miliardo”. Si legge: “Fotocopia degli originali, hanno un prezzo più basso del 20%: per questo spopolano in Gran Bretagna, Olanda e Germania. Ma in Italia no e noi paghiamo la differenza”.

Eppure continuano a fioccare i tagli che non ti aspetti, anche sulla formazione e il numero dei professionisti sanitari.

SOLE24ORE Il Sole24Ore Sanità (17/6/14) riferisce della ripartizione decisa dalla Conferenza Stato-Regioni dei posti a bando per l'anno accademico 2014-2015 titolando: “Professioni: fabbisogno al 10%”. Si legge: “la Stato-Regioni della scorsa settimana ha approvato il fabbisogno per le professioni sanitarie: 28.646 posti a bando secondo la richiesta delle Regioni, contro i 31.748 dello scorso anno, con una flessione di 3.102 unità, il 10% circa. Il fabbisogno è diminuito in tutte le Regioni, mentre resta costante solo in Valle d'Aosta. Le flessioni più significative sono in Calabria (-30,7%), Lazio (-30,5%), Molise (-28%), Friuli Venezia Giulia (-21,7%) e Veneto (-19,9%). E la flessione riguarda tutte le professioni a eccezione di quelle di podologo (+28), logopedista

(+12) e tecnico audioprotesista (+19 unità). I cali maggiori in termini assoluti si registrano nelle professioni di infermiere (-1.629 unità), tecnico sanitario di radiologia medica (-329 unità dopo il taglio in seconda battuta dei posti nel Lazio), tecnico sanitario di laboratorio biomedico (-263 unità, sempre dopo la riduzione del Lazio), tecnico della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro (-197 unità) e ostetrica (-161 unità)”.

Fa sperare la boccata d'ossigeno ai dissestati conti della sanità laziale che arriva dai nuovi residenti.

Il Corriere della Sera (24/6/14) titola: “Lazio, 313 mila abitanti in più regalano 400 milioni alle Asl”. E scrive: “Il Lazio scopre di avere 300 mila abitanti in più. E per i conti in rosso della sanità è una notizia ottima: la Regione ha infatti diritto a circa 400 milioni di euro in più del Fondo nazionale che ripartisce le risorse al Paese”.

Qualcos'altro però si muove nella direzione giusta.

IL MESSAGGERO Il Messaggero (8/7/14) dedica ampio spazio all'esordio nel Lazio del modello sanitario che gli infermieri sostengono da anni. Titola: “A Trastevere il primo reparto affidato a infermieri”. “Apre all'ospedale Regina Margherita di Trastevere il primo reparto di Degenza a Gestione Integrata della Capitale - si legge nel servizio - 8 posti letto destinati a diventare 20, in grado di fornire assistenza infermieristica h24 a pazienti post-acute relativamente stabilizzati, la cui diagnosi è ormai chiara ma che hanno bisogno di completare il programma terapeutico e riabilitativo”.

Segue, il 29 luglio, l'inaugurazione della prima Unità Operativa

Ipasvi perchè?



Sara Caruso, libera professionista.

“ Il Collegio dà voce alla nostra professione e oggi partecipa a tavoli tecnici, commissioni e osservatori in cui prima sedevano solo altri professionisti. Non deleghiamo ad altri scelte importanti come sul fabbisogno di personale, sulla programmazione dei servizi, sull'ECM, sui posti nei corsi di laurea e su tutte le questioni da cui dipende il nostro futuro. Con il mio Collegio so di essere in buone mani. ”

a Gestione Infermieristica del Policlinico Umberto I. Positivo ma prudente il commento del presidente del Collegio: *"Finalmente si apre uno spiraglio concreto verso il modello che da sempre noi infermieri sosteniamo per umanizzare le cure, disingolfare gli ospedali, valorizzare i professionisti e risparmiare anche un bel po' di soldi. La partenza di questa Unità a Gestione Infermieristica segna un primo passo per superare i vecchi schemi organizzativi dando fiducia alla professione infermieristica che trova un giusto riconoscimento nei percorsi di autonomia gestionale. E questo gioverà molto all'efficacia del trattamento e alla salute dei cittadini"*.

Pur tra le mille tribolazioni quotidiane, ancora una volta la comunità infermieristica romana si impone alla ribalta della ricerca internazionale con il Centro di eccellenza del Collegio Ipasvi.

The Daily Nurse (12/7/14) collabora allo studio sull'infermiere di famiglia e di comunità e annuncia: *"Il Ministero della Salute, in collaborazione con il Centro di eccellenza per la ricerca e la cultura infermieristica e con il Collegio Ipasvi di Roma, ha promosso un'indagine online riguardo il ruolo dell'infermiere di famiglia. I ricercatori vogliono capire cosa succede sul territorio nazionale in merito allo sviluppo/istituzione di questa figura. Possono compilare il questionario solo infermieri che operano a livello di cure territoriali e/o che hanno conseguito, o stanno conseguendo, un master in infermieristica di famiglia, sanità pubblica o assimilabili. L'obiettivo dei ricercatori è conoscere l'opinione degli infermieri che operano in questi ambiti. Il questionario è anonimo e i dati saranno analizzati in forma aggregata. Cnai sostiene e promuove questa indagine e chiede la partecipazione dei soci e dei lettori del sito con i requisiti richiesti"*.

Sul fronte incandescente dei conti sanitari si apre uno spiraglio di luce. **La Repubblica** (8/7/14) titola: *"Deficit della Sanità: nel 2016 sarà zero"*. E riporta le parole del governatore Zingaretti: *"Entro la fine del 2015 inizi del 2016 l'obiettivo è di raggiungere disavanzo zero. Per farlo, però, non possiamo proporre il modello vecchio ma abbiamo bisogno di correre per costruire una sanità territoriale che faccia la differenza"*. Proprio ciò che gli infermieri chiedono da tempo.

S'intravede anche la fine del lungo commissariamento della sanità nel Lazio.

Il Messaggero (9/7/14) scrive: *"Piano di rientro: ok dal Ministero"*. *"Sanità, passo in avanti verso la fine del commissariamento nel Lazio - si legge - Il tavolo di rientro con il Ministero dell'Economia e il Ministero della Salute ha dato l'ok alla proposta dei Piani operativi presentati dalla Regione. Nei dieci punti ci sono, tra l'altro, il pareggio di bilancio entro il 2015 grazie al ricalcolo demografico verso l'alto dell'Istat, i 278 milioni risparmiati con la Centrale unica degli acquisti e i 61 milioni ricavati dalla razionalizzazione della spesa farmaceutica. Ci sono poi il*

passaggio dal 10% a 15% nello sblocco del turnover". *"Un passo giusto ma troppo timido"*, lo definisce l'Ipasvi di Roma in un comunicato (10/7/14) - *"Bene lo sblocco del turnover, ma le quote previste non bastano - aggiunge il Collegio - La mancanza di infermieri non può essere arginata recuperando solo il 10-15% dei professionisti che lasciano il servizio. L'obiettivo dello sblocco totale va raggiunto al più presto per salvare servizi sanitari essenziali per i cittadini di Roma e del Lazio"*.

Sul campo la situazione resta difficilissima.



Il sito specializzato **Quotidianosanità.it** (12/7/14) rilancia l'appello accorato di tutti i Collegi Ipasvi del Lazio attraverso il Coordinamento regionale: *"Rocco (Ipasvi): "Serve intervento per scongiurare blocco attività in molte strutture". È ancora pressing su Zingaretti e i direttori delle Asl "per scongiurare il rischio di un blocco delle attività in molte strutture sanitarie della regione, dove l'emergenza degli organici infermieristici pregiudica la qualità dell'assistenza, la sicurezza dei cittadini e degli stessi operatori"*.

Anche **Il Tempo** (12/7/14) riferisce dell'ennesima iniziativa dell'Ipasvi e titola: *"Emergenza infermieri, rischio paralisi"*. Nell'articolo si legge: *"L'allarme lanciato in una lettera aperta dall'Ipasvi: sotto accusa la carenza di personale e il blocco del turnover"*.

L'appello trova eco mediatica anche alla radio.



In un'intervista a **Rai-RadioTre** (21/7/14), il presidente Rocco ribadisce la richiesta di sbloccare le assunzioni e spiega: *"In Italia c'è un bisogno di infermieri enorme: mancano almeno 18 mila professionisti. Sono soprattutto loro che fanno la sanità. Investire sull'infermieristica vuol dire migliorare la salute della popolazione e dunque ridurre la spesa sanitaria. Perciò bisogna sbloccare subito le assunzioni"*.

Il pressing del Collegio, rilanciato dalle numerose testate che seguono l'evento, si ripete in occasione degli Stati Generali della Salute che si svolgono all'Auditorium Parco della Musica di Roma. *"Sbloccare le assunzioni per rianimare la sanità"*, chiede l'Ipasvi in un comunicato che riferisce: *"Il dottor Rocco ha chiesto al ministro Lorenzin di assumere impegni precisi per un deciso cambio di passo del Governo sulla grave emergenza degli organici infermieristici. Non è più rinviabile il problema dei 70 mila infermieri che mancano nel nostro Paese rispetto alla media Ocse, mentre addirittura abbiamo 30 mila colleghi disoccupati - ha protestato il presidente dell'Ipasvi di Roma - Accade non perché manchino le possibilità di lavoro per questi professionisti, di cui anzi ci sarebbe un gran bisogno, ma per gli effetti di politiche miopi troppo concentrate sul taglio dei costi. Serve invece un piano di riorganizzazione serio delle cure e dell'assistenza sul territorio capace di abbattere il ricorso improprio dei cittadini in ospedale che oggi aumenta enormemente i costi. E senza infermieri questo non si può fare"*.

La stampa capitolina annuncia con enfasi nuovi investimenti.

Il Messaggero Il **Messaggero** (22/7/14) titola: "Un piano per gli ospedali dalla Regione con 628 milioni. Ristrutturazioni, nuove ambulanze e più sicurezza: la sanità riparte". Il quotidiano riferisce di: "Un piano di investimenti da 628 milioni per la sanità del Lazio. Nel pacchetto ci sono opere di ristrutturazione negli ospedali, l'acquisto di nuove ambulanze, finanziamenti per l'ospedale dei Castelli e per l'apertura delle Case della Salute". "Bene gli investimenti sul 118 e sull'Ospedale dei Castelli - interviene ancora il Collegio con un comunicato - ma non bastano per mitigare la crisi profondissima della nostra sanità. Occorre recuperare e spendere risorse anche per la gravissima carenza di personale, in particolare di infermieri, che rappresenta la principale emergenza del sistema. Inutile rinnovare il parco mezzi e realizzare un nuovo ospedale se poi mancano i professionisti per far funzionare i servizi".

Riprende quota l'attenzione dei media sulla crisi del Fatebenefratelli. Il **Tempo** (27/8/14) scrive: "Infermieri pronti allo sciopero contro i tagli". E aggiunge: "Tutti contro i tagli al Fatebenefratelli. «Occorre riaprire le trattative tra la proprietà dell'ospedale e le rappresentanze sindacali, con l'obiettivo di rivedere, insieme alla Regione Lazio, l'accordo ratificato lo scorso 12 agosto, altrimenti sarà sciopero», minacciano i lavoratori".

L'estate mediatica si chiude con una scia di reazioni sulle novità contenute nelle linee guida della Regione Lazio per gli atti azien-

dali delle Asl.

L'istituzione delle Dirigenze e dei Dipartimenti delle Professioni Sanitarie corona un'attesa lunga 14 anni (la legge istitutiva è del 2000) e trova ampio risalto su giornali, siti web, radio e tv.

La Repubblica (26/8/14) titola: "Infermieri e ostetriche nasce 'l'Albo' per 25mila". Nel servizio si legge: "Infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione e della diagnostica, assistenti sociali. Per loro, 25 mila in tutto il Lazio, arriva un dipartimento ad hoc che consentirà di organizzarsi meglio con una Direzione delle professioni sanitarie e sociali. Le nuove Direzioni saranno pienamente autonome e indipendenti rispetto ai dipartimenti medici, non come è accaduto finora".

Un sindacato di area medica non ci sta, contesta i Dipartimenti delle Professioni sanitarie e accende la polemica costringendo il Collegio ad intervenire con una nuova nota stampa.



Perentorio l'invito diramato dall'agenzia **Agenparl** (29/8/14): "Ipasvi, basta difese corporative, pensiamo a rilanciare il Ssr". "Non è più il tempo delle battaglie di categoria e delle rendite di posizione - dichiara il presidente del Collegio, Gennaro Rocco - L'emergenza impone a tutti grande senso di responsabilità per salvare l'unico sistema sanitario pubblico che abbiamo e rimetterlo in carreggiata. Dunque, bando alle difese corporative e ciascuna professione faccia la sua parte".

Così un'estate già bollente per la sanità si chiude annunciando un autunno ancor più rovente.

Ipasvi perchè?



Giuseppe Carbut, S. Andrea.

“ Mi sono rivolto al Collegio per una consulenza legale. A costo zero ho avuto i consigli giusti di un avvocato in gamba. Quanto avrei speso rivolgendomi privatamente ad un legale? E quanto spenderebbero i colleghi liberi professionisti che utilizzano le consulenze gratuite fiscali, previdenziali e amministrative offerte dal Collegio? A conti fatti, il mio Collegio mi conviene un bel po'.”

Fondamenti di Ricerca Infermieristica L'edizione italiana di un "classico"

Il "Polit", come viene comunemente denominato nel contesto italiano, è uno dei testi classici che hanno accompagnato, per più di 20 anni, la formazione alla ricerca di numerosi infermieri in Europa e negli Stati Uniti. Questa prima edizione italiana è frutto dello sforzo collaborativo di più gruppi di infermieri impegnati nella didattica e nella ricerca su tutto il territorio nazionale, che hanno letto criticamente i contenuti, proposto modifiche (anche importanti) ad alcuni capitoli e, soprattutto, ricercato e messo a disposizione esempi di studi italiani per rendere più pertinenti e vicini al nostro contesto le riflessioni e le esercitazioni proposte.

Quello che rende questo volume diverso dagli altri testi di ricerca è soprattutto il fatto che sia stato pensato e costruito per la didattica, con una costante attenzione a facilitare l'apprendimento degli studenti: i contenuti teorici, infatti, sono accompagnati da esempi, vengono evidenziati i concetti importanti da ricordare con le parole chiave, vengono offerti suggerimenti che aiutano a comprendere meglio gli argomenti affrontati.

Soprattutto, la lettura è costantemente accompagnata da esercizi di analisi critica, che aiutano a rendere concreti e applicativi i contenuti teorici presentati e aumentano la chiarezza espositiva dei capitoli di metodologia non sempre di facile comprensione, specie per chi si avvicina per la prima volta alla ricerca. Tutto, corredato da un glossario dei termini fondamentali e dei



simboli statistici on line, all'indirizzo www.ateneonline.it/polit.

I contenuti di questa edizione sono suddivisi in cinque parti: nozioni generali sulla ricerca infermieristica e sul suo ruolo nella pratica basata sulle prove di efficacia (*Evidence-based Practice*); fasi preliminari della ricerca; ricerca quantitativa; ricerca qualitativa; argomenti particolari nell'ambito della ricerca.

L'edizione italiana nasce allo scopo di concretizzare un progetto editoriale che fosse anche di ricerca, capace di valorizzare le tante attività condotte dagli infermieri con, o a favore, di pazienti, studenti ed organizzazioni.

Si è proceduto lavorando in rete e ciascun gruppo coinvolto ha ricercato e proposto articoli pubblicati negli ultimi anni e il più pertinenti possibile.

Il testo è rivolto soprattutto agli

studenti di Laurea magistrale e di Master.

Denise F. Polit e Cheryl Tatano Beck
Fondamenti di ricerca Infermieristica

Edizione italiana a cura di Alvisa Polese
con la collaborazione di:

Rosaria Alvaro, Paolo Chiari; Maria Grazia De Marinis; Valerio Dimonte; Cristiana Forni; Lorenza Garrino; Miriam Isola; Michela Piredda ed Ercole Vellone
Mc Graw Hill editore, pp. 432 (50,00 €)

Sanità, il falso mito della razionalizzazione

Da Taylor alle cure mediche: chi l'avrebbe mai detto, nei primi anni del Novecento, che i principi di razionalizzazione dei processi produttivi - pensati essenzialmente per il lavoro di fabbrica - potessero man mano trovare spazio anche nel settore dei servizi di supporto alla quotidianità, invadendo di fatto i Servizi sanitari nazionali?

Al punto che, negli anni Ottanta del Novecento, Robert Fetter, professore alla Yale University, sentì l'esigenza di sviluppare un nuovo modello organizzativo per incrementare l'efficienza degli ospedali, in cui, a partire dalle risorse disponibili (input), potessero essere sviluppati prodotti intermedi (*output*) destinati al paziente, per ottenere una variazione del suo stato di salute (*outcome*).

Ma non è forse un mercato assolutamente imperfetto, quello in cui

il paziente-consumatore non possiede, per definizione, la facoltà di scelta e tantomeno sa consapevolmente cosa sta "acquistando" in ospedale.

La domanda e l'offerta, in questi casi, non sono determinate dal sistema sanitario stesso?

Riflessioni avvincenti come queste sono alla base dell'ultimo libro di Maurizio Musolino: "Se la soluzione è il problema", edito



da Guaraldi per la collana "I quaderni della complessità".

L'autore, dirigente delle professioni sanitarie e laureato in filosofia della scienza, compie un excursus lungo un secolo, per farci toccare con mano l'evoluzione del pensiero dominante in materia di management sanitario.

Ovviamente, ampio spazio è dato al "Caso Italia", dove i tentativi di razionalizzazione hanno innestato il seguente circolo vizioso: taglio delle risorse - aumento della sinistrosità - più medicina difensiva - ricerca esasperata di efficienza - ulteriori errori - nuova perdita di risorse.

Affidarsi al mercato, quindi, non è una scelta così neutra come la si vuole fare apparire.

Per Musolino, allora, è necessaria una rivoluzione copernicana che ponga al centro del sistema la relazione assistenziale, ovvero quel

quid umano, fatto di apprendimento e professionalità che connette il paziente (e non solo la sua patologia) con i saperi scientifici avanzati.

Maurizio Musolino

Se la soluzione è il problema

Guaraldi Editore, pp. 51 (8,00 €)

L'entrata in vigore dell'obbligo assicurativo per i liberi professionisti

In questo numero cercheremo di fornire dei chiarimenti in merito all'obbligo assicurativo per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile entrato in vigore lo scorso mese di agosto.

L' art. 3 comma 5 lettera e) del d.l. 138/2011, convertito nella legge 148/2011 ha introdotto, in generale, per tutti i professionisti, l'obbligo *"di stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale"* e di *"rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale"*.

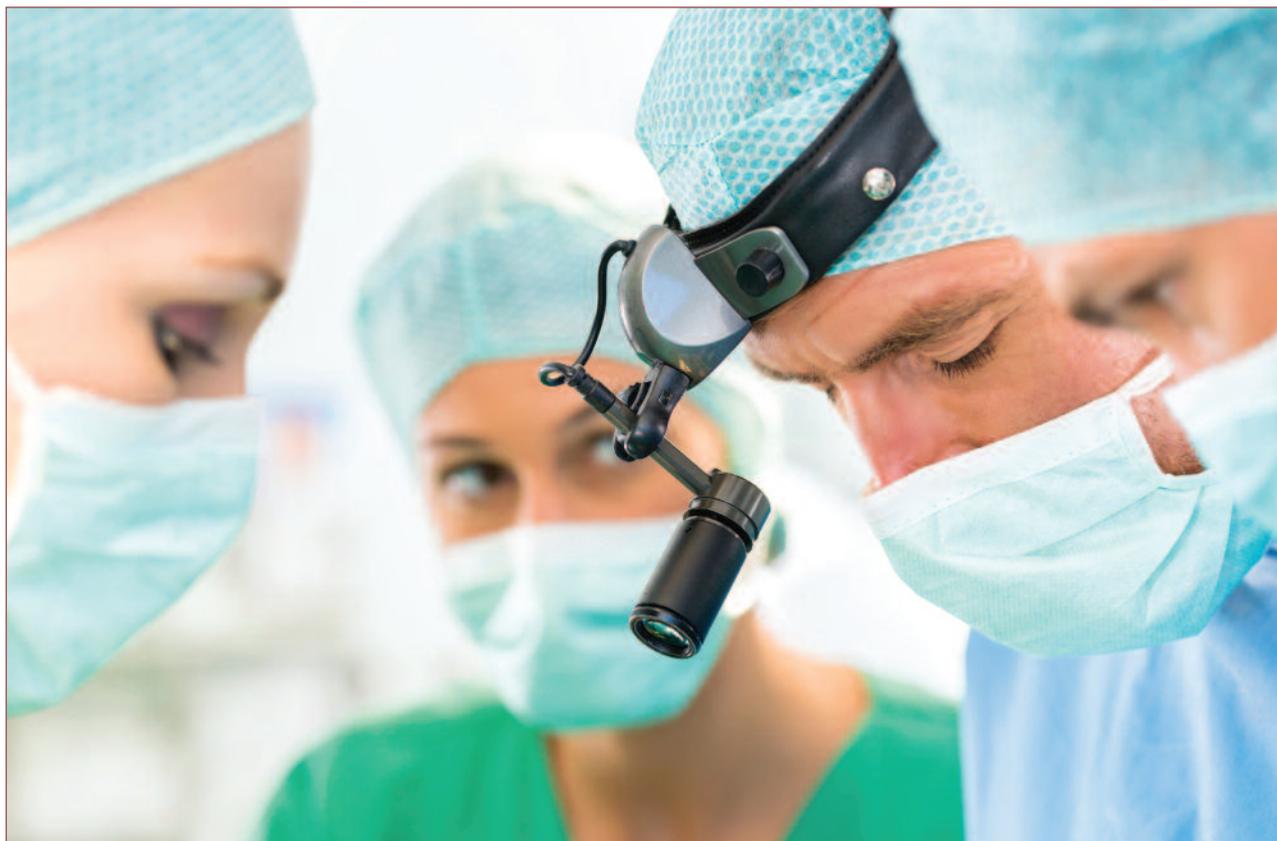
Tale obbligo è stato ribadito e previsto nel dettaglio dall'art. 5 del D.P.R. 137/2012 (Regolamento di riforma degli ordinamenti professionali, entrato in vigore il 15/08/2012), che ha chiarito anche che *"la violazione di una simile previsione costituisce illecito disciplinare"*.

Ma, allo scopo di consentire la negoziazione di apposite convenzioni collettive da parte dei relativi Consigli nazionali e dagli enti previdenziali, l'entrata in vigore di tale obbligo, per la generalità dei professionisti, è stata differita di dodici mesi, e pertanto rinviata al 15 agosto 2013 (art. 5 comma 3).

Successivamente, in sede di conversione del d.l. 69/2013 (Decreto del Fare), per gli esercenti le professioni sanitarie il suddetto termine è stato prorogato di un ulteriore anno.

Dallo scorso 15/08/2014, dunque, anche i professionisti del settore sanitario, compresi gli infermieri, sono obbligati a stipulare una polizza assicurativa a copertura dei rischi derivanti dall'esercizio della attività professionale, comprese le attività di custodia di documenti e valori ricevuti dal cliente stesso.

A tale obbligo, come si è visto, si affianca quello che impone di comunicare gli estremi della polizza professionale, il massimale della stessa ed ogni eventuale variazione avutasi nel contratto



assicurativo.

Ciò premesso, è bene chiarire che i professionisti cui la normativa si riferisce sono unicamente gli esercenti l'attività lavorativa in forma libero professionale.

Non trova applicazione, invece, nei confronti dei dipendenti del SSN (art. 27 d.l. 90/2014 che ha modificato l'art. 3 d.l. 158/2013), ed appare ragionevole ritenere che ne restano esclusi anche i dipendenti di strutture private, rispetto ai quali eventuali richieste di risarcimento danni sono gestite dalla Struttura presso cui prestano servizio, non instaurandosi anche in tali fattispecie quel rapporto diretto tra professionista e cliente dal quale la normativa fa discendere l'obbligatorietà in argomento.

In tali casi, il professionista non sarà, quindi, tenuto a stipulare una polizza assicurativa in prima persona ma sarà assicurato tramite il proprio datore di lavoro.

Anche se non sussiste uno specifico obbligo nei loro confronti sarebbe, tuttavia, opportuno che anche i professionisti dipendenti provvedessero a dotarsi della copertura assicurativa sopra descritta, al fine di evitare i rischi cui potrebbero essere esposti laddove la Struttura o l'Amministrazione di appartenenza che abbia risarcito il danno cagionato dal dipendente per colpa grave decidesse di intraprendere un'azione (cosiddetta) "di rivalsa" nei loro confronti.

Oggetto della polizza professionale è la copertura dei danni cagionati per inadempienza, negligenza, imprudenza o imperizia nell'esercizio dell'attività professionale (si pensi, ad esempio, ai danni che possono derivare da un'errata somministrazione di farmaci o dalla errata trascrizione di una prescrizione medica).

Viceversa, la polizza non si estende alle ipotesi in cui l'assicurato abbia agito dolosamente, e cioè ponendo in essere, consapevolmente e volontariamente, una azione od un'omissione dalla quale è derivato un danno.

Merita di essere segnalata, infine, la possibilità di inserire nella polizza la cosiddetta "clausola di retroattività", che estende la copertura anche alle richieste di risarcimento relative ad illeciti commessi prima della data di decorrenza della polizza, purché dette richieste siano presentate durante il periodo di validità della stessa.

Alla luce di tali considerazioni, si consiglia, pertanto, al momento di scegliere la polizza che meglio si adatta alle proprie esigenze, di non limitarsi alla comparazione del dato meramente economico, ma di considerare la portata contrattuale della stessa, la tipologia di rischio coperto, la durata della copertura, la sua decorrenza, l'eventuale retroattività ed il massimale proposto.

Avv. Nicoletta Galli

Ipasvi perchè?



Laura Ongari, S. Camillo.

“Frequento i corsi di formazione e aggiornamento organizzati dal Collegio. Sono tantissimi, più di cento all'anno, e sono tutti gratuiti per gli iscritti. Ogni anno ne approfitto per acquisire i crediti ECM. Non solo. Il Collegio mi dà anche la possibilità di frequentare alcuni corsi a distanza attraverso il portale della Federazione IPASVI: tutto da casa, molto comodo e senza spendere un euro.”

CHE VUOI, LE RISORSE
SONO QUELLE CHE SONO... QUESTO
ERA L'UNICO "COLLARE" CHE AVEVAMO.



NORME EDITORIALI

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

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

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

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

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

FIGURE E TABELLE

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

ABBREVIAZIONI, ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

ELEZIONI PER IL RINNOVO DEGLI ORGANISMI DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

SI VOTA DALLE 8 ALLE 20

**DOMENICA 14 DICEMBRE
LUNEDÌ 15 DICEMBRE
MARTEDÌ 16 DICEMBRE**

**IL SEGGIO ELETTORALE È COSTITUITO PRESSO
LA SEDE DEL COLLEGIO
IN VIALE GIULIO CESARE 78
(ROMA – METRO OTTAVIANO)**

**SI VOTA CON UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ
PREFERIBILMENTE
CON LA TESSERA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO**