

INFERMIERE

oggi

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

N°2

EDITORIALE

L'ora cruciale
per noi infermieri

CONTRIBUTI

Il team multidisciplinare
nella cura del piede diabetico

FOCUS

IV workshop internazionale
del Centro di Eccellenza

NOTIZIE DALLA REGIONE

Insediata la commissione
Politiche sociali e salute



**ASPETTANDO
IL CAMBIAMENTO**

INFERMIERE *oggi*

Organo Ufficiale di Stampa
del Collegio IPASVI di Roma
Anno XXIII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2013
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
Angela Basile, Bertilla Cipolloni, Stefano Di Carlo,
Gianfranco Del Ferraro, Maurizio Fiorda, Natascia Mazzitelli,
Francesca Premoselli, Maria Grazia Proietti, Angelina Palumbo,
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 - per Artigrafiche Boccia
Foto: Mario Esposito; Shutterstock

Finito di stampare: giugno 2013

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 **L'ora cruciale del cambiamento**
di Gennaro Rocco

CONTRIBUTI

- 3 **Il team multidisciplinare nella cura del piede diabetico**
di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati
- 7 **L'infermiere questo sconosciuto... nel territorio**
di Irma Ajola, Mauro Giordani e Massimo Giordani
- 12 **Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici diagnosi e cura**
L'esperienza del servizio psichiatrico di Trento
di Maurizio Davi
- 20 **Formazione sanitaria in Cure Palliative: una revisione della letteratura**
di Matias Eduardo Diaz Crescitelli, Francesco Scerbo, Carlo Catanesi, Giorgia Appicciutoli
- 26 **Il ruolo della patologia clinica nell'Infarto Acuto del Miocardio: aspetti clinici e assistenziali**
di Sabato Albino
- 30 **I costi delle infezioni nosocomiali in Terapia Intensiva e il ruolo del coordinatore infermieristico: una revisione della letteratura**
di Sondra Badolamenti

FOCUS

- 37 **IV WORKSHOP INTERNAZIONALE DEL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

DICONO DI NOI

- 50 **Si rischia un'altra estate calda tra crisi aziendali e tagli ai budget**

NOTIZIE DAL COLLEGIO

- 55 **Secco no all'ipotesi Ue di accettare anche una scolarità ridotta per l'accesso alla formazione infermieristica**
- 56 **Lettera aperta al presidente della Regione Zingaretti**
- 57 **Sanit celebra la decima edizione. Infermieri capitolini sempre presenti**

NOTIZIE DALLA REGIONE

- 58 **Insiediata la nuova Commissione "Politiche sociali e salute"**
- 59 **Mesi ricchi di eventi per i Camilliani e per tutti gli infermieri**

LETTO PER VOI

- 60 **Assistenza respiratoria domiciliare per sostenere i pazienti cronici complessi**
- 61 **Performance e qualità delle cure: le prospettive dei Dipartimenti ospedalieri**

L'AVVOCATO DICE

- 62 **Le collaborazioni coordinate e continuative a progetto e le novità introdotte dalla Riforma del lavoro**

- 64 **LA VIGNETTA DEL MESE**



L'ora cruciale del cambiamento

di Gennaro Rocco

Nuovi governi per problemi vecchi, giunti ormai al limite estremo di gravità. In un periodo storico tanto amaro per la sanità e per i suoi operatori, la nuova "filiera istituzionale" scaturita dalle elezioni di fine febbraio ci consegna almeno una speranza. È il cambiamento che da sempre noi infermieri reclamiamo e che tutti in campagna elettorale ci hanno promesso. C'è un nuovo Governo Nazionale, un nuovo Ministro della Salute, una nuova Amministrazione Regionale. E nuovo deve essere il percorso che la politica dovrà seguire per rilanciare davvero il servizio sanitario a Roma e nel Lazio come in tutta Italia.

Al Governo delle larghe intese, nato sull'onda lunga della crisi economica, chiediamo di non cadere nella spirale del rigorismo finanziario che tanti danni ha già fatto. Giusta l'attenzione ai conti della sanità, ma il modello di welfare pubblico e universale non può passare in secondo piano. Oggi perfino i più rigidi sostenitori dell'austerità in ambito europeo comprendono che a colpi di tagli di spese e di servizi non si garantiscono i diritti fondamentali della persona.

Il buon senso e le aspettative dei cittadini dicono la stessa cosa: bisogna far tesoro dell'esperienza negativa di questi anni e concentrarsi su nuovi modelli e strategie per garantire lo standard di assistenza pubblica che storicamente caratterizza la nostra sanità. E serve più attenzione alle sacche di malgoverno, agli sprechi che pure resistono e da cui possono essere attinte risorse ingenti.

Al neo Ministro chiediamo di inquadrare il suo mandato proprio in questa ottica. La politica della scure per sfortire i bilanci sanitari ha dato frutti marci. Ha innescato una profonda precarizzazione del lavoro, sfruttato i professionisti con forme contrattuali atipiche, inciso negativamente sui servizi e sulle prestazioni rese ai cittadini. S'impone ora un atto di realismo. Dopo tanti anni di precarietà, di esternalizzazioni dei servizi, di speculazione su contratti a tempo e senza diritti, va preso atto della situazione e stabilire una volta per tutte che la strada da percorrere non è questa.

Alla nostra comunità professionale e specialmente ai nostri giovani va offerta un'altra prospettiva. La disoccupazione giovanile segna ormai duramente anche il nostro settore. Sebbene tutte le statistiche insistano nell'evidenziare che la laurea in Infermieristica offra sbocchi occupazionali elevati, è innegabile che i giovani colleghi trovino difficoltà enormi a collocarsi. Una crisi occupazionale che non dipende da un surplus di infermieri (che restano invece ben sotto gli standard previsti), ma piuttosto dalle scellerate politiche di blocco del turn over e dei concorsi, dalla riduzione degli organici e dei servizi che hanno caratterizzato gli ultimi anni. Occorre un deciso cambio di rotta.

Al nuovo Governatore e Commissario alla Sanità del Lazio segnaliamo ancora le gravi criticità del Servizio Sanitario Regionale. Senza personale e con mezzi così scarsi i servizi non arrivano ai cittadini, le strutture scoppiano e gli operatori sono esausti. Gli infermieri, che operano ogni giorno in trincea tra mille difficoltà e nel difficile ruolo di front line con l'utenza, non possono sopportare ulteriori sacrifici.

L'approccio che serve è diverso. I modelli seguiti finora hanno fallito chiaramente gli obiettivi dichiarati. Le lunghe liste d'attesa, gli accessi impropri ai Pronto Soccorso, i disagi quotidiani che la stampa non manca mai di enfatizzare testimoniano di ricette che non funzionano. Come pure non giovano certi rimedi estemporanei come quello dei medici di famiglia a sostegno dei Pronto Soccorso.

Da tempo gli infermieri indicano altre strade. Prima di deospedalizzare il sistema va costruita una sanità territoriale che, nonostante i reiterati impegni, ancora non c'è. Le nostre proposte sono note: servizi in rete sul territorio, sistema hub and spoke, sviluppo della figura dell'infermiere di famiglia, degli studi multiprofessionali di prossimità, degli ambulatori e delle unità di degenza infermieristica. La nuova sanità deve operare accanto ai cittadini, dove questi vivono e lavorano, per essere davvero più vicina ed efficace.

EDITORIALE

La Regione può fare molto per rendere la vita più facile a chi ha bisogno di curarsi, anche a costo zero. Può facilmente snellire le procedure, costruire percorsi a misura di cittadino per evitarci lunghe trafale e faticosi spostamenti in luoghi distanti per prenotazioni, esami o piccoli interventi.

In uno scenario segnato dall'invecchiamento della popolazione in cui aumentano rapidamente le malattie croniche e le multipatologie, la gestione della fragilità sociale diventa una priorità, per i nostri anziani come nell'ambito delle demenze e della salute mentale.

Tutto ciò conferma la centralità dell'infermiere, il suo ruolo insostituibile, esclusivo e prezioso nella gestione quotidiana dei pazienti e dei rapporti con i familiari, secondo le linee più avanzate di politica sanitaria internazionale. Dopo aver subito un trattamento irrispettoso e spesso umiliante, rivendichiamo un cambio di passo radicale e la rivalutazione piena del nostro ruolo.

Su questo fronte il Collegio non vuole recitare la parte dello spettatore ma intende essere protagonista del cambiamento

promesso, oggi più che mai vitale per il sistema sanitario. Quello offerto dalla comunità infermieristica romana è un contributo propositivo e qualificato. Con il nostro Centro di Eccellenza stiamo conducendo studi approfonditi e rigorosi che coinvolgono migliaia di colleghi e sviluppano interessantissime ricerche per la gestione ottimale dei servizi.

Siamo pronti a fornire un apporto di idee e di soluzioni che abbiamo l'orgoglio di definire importante. In questa chiave il Collegio si è mosso fin da subito, prima ancora del voto che ha sancito la vittoria del Presidente Zingaretti. Lo ha incontrato in campagna elettorale per sottoporgli le istanze e le proposte degli infermieri romani, riscontrando molti punti di condivisione. Ora è il momento di realizzarli.

Come concordato allora, siamo disponibili a concretizzare il nostro contributo in strutture e tavoli tecnici di lavoro che si occuperanno dei problemi sanitari. Confidiamo in una nuova stagione per la sanità e ci batteremo per questa. Ma la situazione ci impone da fare presto, occorre agire senza indugi. La salute non può più aspettare.



Il team multidisciplinare nella cura del piede diabetico

di Cristiano Abbati, Vincenzo Abbati

ABSTRACT

Il diabete mellito è una patologia cronica che richiede molteplici interventi sui livelli glicemici e sui fattori di rischio cardiovascolare, una terapia educativa mirata che consenta al paziente di acquisire le competenze necessarie all'auto-gestione della malattia.

Il piede diabetico riveste un aspetto di grande impatto in termini clinici, sociali ed economici, richiede un'organizzazione delle cure che sia in grado di affrontare, in modo adeguato, l'attuale emergenza, la riduzione delle recidive e delle amputazioni.

Per la costruzione di un percorso di cura ideale sono fondamentali le raccomandazioni delle linee-guida e le evidenze della letteratura scientifica che, attraverso l'azione del team diabetologico, permettono di definire la migliore sequenza temporale delle attività da svolgere per erogare le modalità più appropriate di assistenza.

Parole-chiave: diabete, piede diabetico, team multidisciplinare.

INTRODUZIONE

I ricoveri ospedalieri, nelle persone affette da diabete, sono causati dalle complicanze acute quali infarto del miocardio e ictus cerebrale, e dalle complicanze croniche come la retinopatia, l'insufficienza renale e le amputazioni degli arti inferiori.

È stato stimato che circa il 30% dei pazienti con età superiore a 40 anni soffre di patologie a carico degli arti inferiori ed

il *lifetime risk* di avere un'ulcera ad un piede è del 15%.

Il piede diabetico colpisce in Europa circa il 3% dei pazienti ed è la causa più frequente di amputazione atraumatica degli arti inferiori, contribuendo in maniera significativa ai costi assistenziali legati alla malattia.

Lo studio multicentrico di coorte Dai, condotto su 2788 pazienti affetti da DM2, alla visita di arruolamento ha rilevato una prevalenza dell'1% di amputazioni, analoga a quella rilevata nello studio Quadri, un'indagine campionaria effettuata con questionari standardizzati. L'amputazione è ritenuta un potente indicatore di qualità della cura del piede.

L'obiettivo, però, non è solo quello di raggiungere una bassa incidenza, ma anche quello di ridurre il tasso di morbilità e mortalità di chi non è sottoposto a tale procedura.

La presenza di un'ulcera ad un piede è associata ad un aumento di mortalità sia a breve che a lungo termine.

Lo studio internazionale Code-2, condotto su un campione di 1273 pazienti con DM2, ha valutato i costi delle complicanze, stimando la spesa media annua per paziente per un importo di 3.724 euro, rispetto al costo medio annuo di un paziente non complicato di 1.792 euro.

Uno studio prospettico svedese ha, invece, osservato come i costi si diversifichino a seconda che l'ulcera guarisca (37% delle cure ospedaliere) o evolva verso l'amputazione (82% delle cure ospedaliere).

La maggior parte delle amputazioni ven-

gono precedute dalla formazione di ulcere delle quali si ha la guarigione in circa 2/3, mentre le rimanenti cronicizzano.

IL PDTA PIEDE DIABETICO

Nel 1996, si costituì l'*International Working Group on the Diabetic Foot* (Iwgd) dell'Easd, un gruppo di studio composto dai maggiori esperti internazionali del settore che, nel 1999, realizzò il primo documento di *Consensus* sul piede diabetico e le linee-guida pratiche sulla gestione e la prevenzione del piede diabetico (PDTa, percorso diagnostico terapeutico assistenziale).

Questi documenti, riconosciuti dall'*International Diabetes Federation* (Idf) ed ampiamente diffusi a livello internazionale, sono diventati il punto di riferimento per gli operatori del settore.

Nel 2004, questo documento è stato ampliato in una *Consensus* italiana, dove è presente un capitolo dedicato all'organizzazione della cura del piede in cui viene dato risalto all'integrazione multidisciplinare come elemento-chiave per una corretta collaborazione tra i vari professionisti di branche diverse a livello ospedale/territorio.

Per superare le difficoltà relative alla cura del piede diabetico, in un contesto sanitario di cambiamento, diventa necessario attuare nuovi modelli di gestione che consentano di razionalizzare la spesa sanitaria, garantendo la qualità delle cure.

Il ministero della Salute si è impegnato con il Servizio Sanitario Nazionale defi-

nendo un accordo Stato-Regioni allo scopo di rilanciare le attività di prevenzione, mettendo a disposizione delle risorse economiche aggiuntive per la realizzazione di tali progetti.

I progetti affidati alle Regioni (Igea) sono supervisionati dal Centro di Controllo delle Malattie del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità, prevedono la partecipazione congiunta dello specialista e del Mmg mediante "l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso".

LIVELLI DI ASSISTENZA DA EROGARE ALLE PERSONE CON PIEDE DIABETICO

Sono tre i livelli di assistenza da erogare al paziente con piede diabetico:

1. livello minimo;
2. livello intermedio;
3. Centri di Eccellenza e riferimento

Livello minimo:

Staff: medico, podologo e/o infermiere;
Scopo: prevenzione e cura di base, *screening* del piede a rischio, terapia educativa;

Collocazione: studi medici di base, ambulatori e piccoli ospedali regionali.

Livello medio:

Staff: diabetologo o medico generico, chirurgo, podologo, infermiere;
Scopo: prevenzione e cura di tutti i tipi di pazienti;

Tale livello di assistenza deve assicurare, oltre alle prestazioni descritte nel livello minimo, il trattamento di tutti i tipi di ulcere ed infezioni ed educare il paziente all'autogestione delle stesse.

Collocazione: all'interno di una struttura ospedaliera.

Centro di eccellenza:

Deve garantire il massimo della diagnosi e del trattamento, deve sviluppare stra-

tegie di cure innovative, provvedere alla formazione ed alla ricerca clinica.

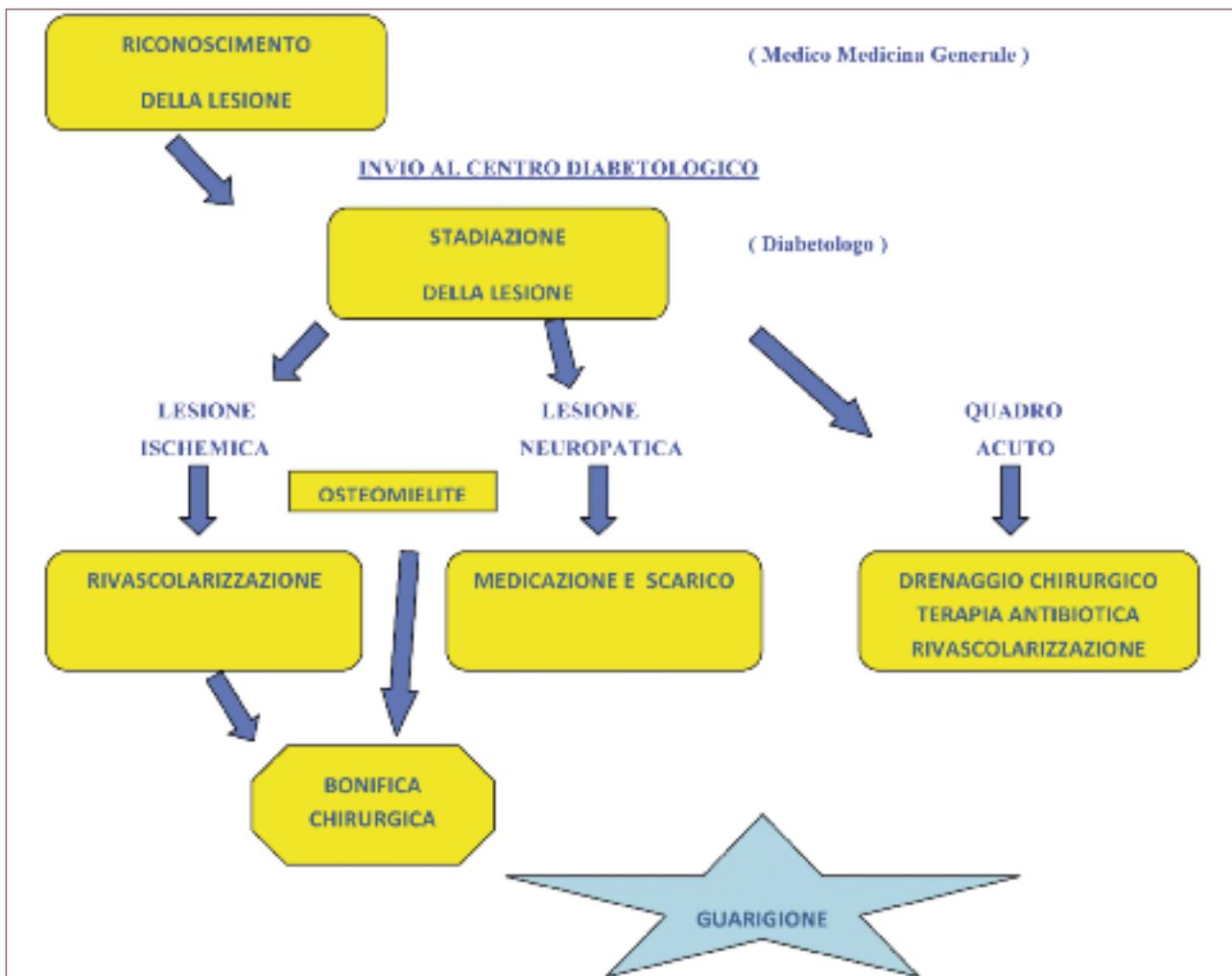
Collocazione: nei grandi ospedali universitari.

Ruolo dell'equipe:

diabetologo/chirurgo: *assesment*, terapia antibiotica, chirurgia d'urgenza;
angiologo/radiologo: arteriografia/Pta;
chirurgo vascolare: bypass;
chirurgo del piede diabetico: chirurgia d'elezione;
podologo: prevenzione secondaria;
infermiere: monitoraggio.

LA STADIAZIONE DELLA LESIONE

Dopo che il Mmg ha riconosciuto un'ulcera degli arti inferiori in un paziente diabetico, deve inviarlo al Centro Diabetologico dove verrà effettuata la stadiazione della lesione ed attuate le procedure descritte nello schema sottostante.





sare che solo il 25% circa dei pazienti ritorna a camminare con l'aiuto di una protesi) ed incide negativamente sulla sopravvivenza.

CONCLUSIONI

L'obiettivo posto dall'Oms nel 1989, con la Dichiarazione di Saint Vincent, di ridurre del 50% le amputazioni nelle persone con diabete è lontano dall'essere raggiunto, tuttavia, laddove l'assistenza sia prestata in team multidisciplinare (podologo, tecnico ortopedico, chirurgo vascolare, radiologo interventista, infettivologo, ortopedico, infermiere specializzato) si registra una significativa riduzione dei tassi di amputazione.

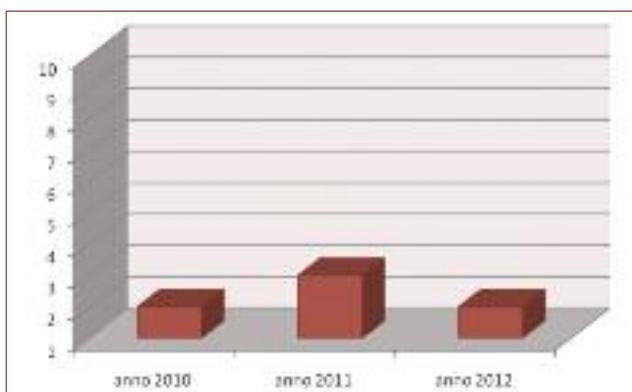
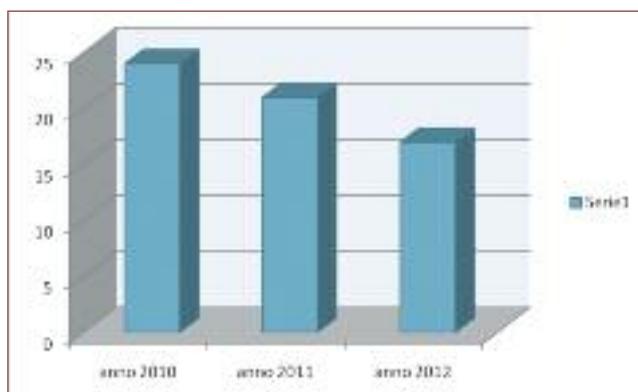
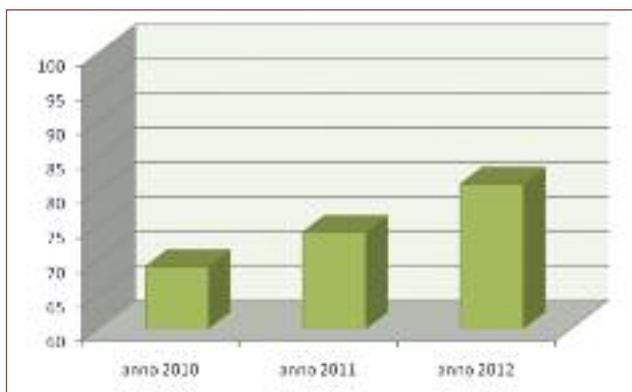
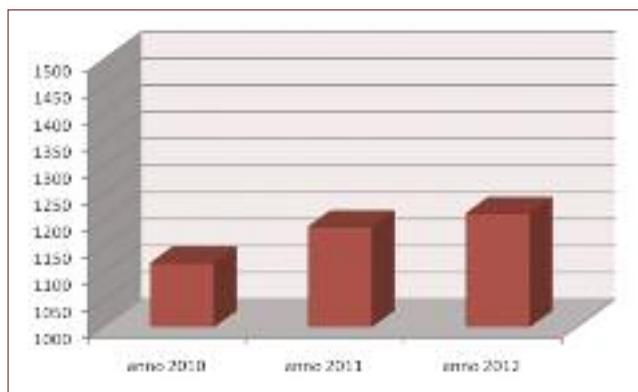
AMPUTAZIONI DEL PIEDE DIABETICO

Ogni anno, oltre un milione di pazienti diabetici perdono una gamba come conseguenza della loro condizione, tuttavia la prevalenza e l'incidenza delle amputa-

zioni varia da Paese a Paese, a seconda dei sistemi sanitari esistenti e della realizzazione di approcci multidisciplinari di prevenzione, diagnosi e cura. Un'amputazione maggiore peggiora nettamente la qualità della vita (basti pen-

AUTORI:

Cristiano Abbati, coordinatore infermieristico Diabetologia ospedale di Tivoli;
Vincenzo Abbati, infermiere professionale Chirurgia ospedale di Ostia.



Dati relativi all'ambulatorio del piede diabetico dell'ospedale di Tivoli

BIBLIOGRAFIA

- Anichini R, Lombardo F, Maggini M, *Ricoveri per diabete, piede diabetico e amputazioni in Italia*. Il Diabete in Italia. Graziella Bruno Editor. Edizioni Minerva Medica. Torino 2012.
- Trautner C, Haastert B, Giani G, Berger M, *Incidence of lower limb amputations and diabetes*. Diabetes Care 19:1006-1009, 1996.
- Reiber G.E, Boyko E.J, Smith D.G, *Lower extremity foot ulcers and amputations in diabetes*. In: Harris M.I, Cowie C.C, Stern M.P, Boyko E.J, Reiber G.E, Bennett P.H (Eds), *Diabetes in America*, II ed, NIH Publication No. 95-1468. U.S. Government Printing Office, Washington, 1995.
- Apelqvist J, Larsson J, Ragnarsson-Tennvall G, Persson U, *Long term costs in diabetic patients with foot ulcers*. Foot and Ankle. 16:388-394, 1995.
- Lombardo F, Spila Alegiani S, Maggini M, Raschetti R, Avogaro A, Ferranini E et al, *Prevalenza e incidenza delle complicanze del diabete: studio Dai*. Roma: Istituto Superiore di Sanita 2007 (Rapporti Istisan 07/25).
- Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingozi O, Scondotto S et al, *Risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane)*. Roma: Istituto Superiore di Sanita 2007 (Rapporti Istisan 07/10).
- Jeffcoate W.J, Van Houtum W.H, *Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes*. Diabetologia 2004;47(12):2051-8.
- Tentolouris N, Al-Sabbagh S, Walker M.G, Boulton A.J, Jude E.B, *Mortality in diabetic and nondiabetic patients after amputations performed from 1990 to 1995*. Diabetes Care 2004;27:1598-604.
- Schofield CJ, Libby G, Brennan G.M, MacAlpine R.R, Morris A.D, Leese G.P, Darts/Memo Collaboration, *Mortality and hospitalization in patients after amputation: a comparison between patients with and without diabetes*. Diabetes Care 2006;29:2252-6.
- Boyko E.J, Ahroni J.H, Stensel V, Forsberg R.C, Davignon D.R, Smith D.G, *A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer*. The Seattle Diabetic Foot Study. Diabetes Care 1999;22:1036-42.
- Lucioni C, Mazzi S, Serra G, *L'impatto delle complicanze diabetiche sui costi sanitari e qualità della vita nei pazienti con diabete di tipo 2: i risultati dello studio CODE-2*. Il Diabete 2000;12:275-86.
- Apelqvist J, Ragnarsson-Tennvall G, Persson U, Larsson J, *Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation*. J InternMed 1994;235:463-71.
- Gruppo di studio Interassociativo "Piede Diabetico" della Società italiana di Diabetologia e della Associazione Medici Diabetologi, *Documento di Consenso Internazionale sul Piede Diabetico*. II Edizione, 2005. <http://www.aemmedi.it/linee-guida-e-raccomandazioni/pdf/2005-piedediabetico.pdf>
- Progetto IGEA, *Gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 dell'adulto. Documento di indirizzo*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore gennaio 2008. http://www.epicentro.iss.it/gea/doc_indirizzo.asp
- Ros R, *Il Da Pdta piede diabetico, il percorso ideale*. Centro Diabetologia Gorizia. Aemmedisezioniregionali.it
- Larsson J, Carl-David A, Apelqvist J, Stentrom A, *Long-term prognosis after healed amputation in patients with diabetes*. Clin Orthop Relat Res 350:149-158, 1998.
- Adler A.I, Boyko E.J, Ahron J.H, Smith D.G, *Lower extremity amputation in diabetes. The independent effects of peripheral vascular disease, sensory neuropathy, and foot ulcers*. Diabetes Care 22:1029-1035, 1999.

SITOGRAFIA

- | | | | |
|--|--|--|--|
| www.diabete.it | www.elettromiografia.it | www.medicinalive.com | www.portalediabete.org |
| www.diabete.net | www.informazionimediche.com | www.medicitalia.it | www.progettodiabete.org |
| www.diabetologia.it | www.medicinaeprevenzione.it | www.neuropatia.it | |

NOTIZIE IN PILLOLE

La missione del secolo: viaggio al centro della Terra

Un colossale esperimento scientifico che corona un sogno per l'intera umanità: un viaggio all'interno della pianeta Terra.

È stato progettato dagli esperti dell'Ocean Drilling ed ha ottenuto la collaborazione di ben 27 Paesi. Lo strumento utilizzato per effettuare questo vero e proprio tour all'interno del mantello terrestre è quello di una piccola navicella che passerà attraverso un foro creato dalle perforazioni che verranno praticate nei fondali delle acque giapponesi, dove si generò il terribile tsunami del marzo 2011.

Un primo grande ostacolo che il progetto ha davanti è il suo costo ingente: circa un miliardo di dollari verrà speso solamente per la costruzione della navicella. Raggiungere il mantello terrestre è stato sempre uno dei grandi obiettivi di tutti gli scienziati.

Il suo campionamento è avvenuto finora sempre per fonti indirette e poterne prelevare alcuni campioni puri sarebbe determinante per lo studio dei terremoti e di tutti i fenomeni che caratterizzano la parte che occupa il 68% del nostro pianeta e che circonda il nucleo.

Le parti prelevate avrebbero dunque un valore scientifico inestimabile. Un'altra peculiarità, qualora andasse in porto il progetto, è quella che potrebbe anche essere trovato quello che si definisce "mantello della vita", cioè la porzione di mantello terrestre in cui sembrerebbero essere presenti dei microrganismi non identificati.

Il tentativo di campionamento è programmato per il 2025.

L'infermiere questo sconosciuto... nel territorio

di Irma Ajola, Mauro Giordani e Massimo Giordani

ABSTRACT

Lo scopo di questa ricerca è quello di indagare le conoscenze che il cittadino ha nei confronti delle attività svolte dall'infermiere che lavora nel territorio, fuori dell'ospedale.

Il metodo di studio utilizzato è stato quantitativo e lo strumento impiegato un questionario anonimo auto-costruito.

Il campionamento è stato di convenienza, condotto a Roma in preferenza nell'Asl RmE ed ha dato vita a 276 questionari compilati da ambosessi, con età media di $\sim 45 \pm 18$ anni.

Dalla ricerca è emerso che: *"La figura dell'infermiere territoriale/domiciliare è poco conosciuta per scarse strutture/informazioni nel territorio"* nel 48% (133 casi) del campione e *"l'emergere dell'infermiere affiancato al medico di famiglia o pediatra di libera scelta può aumentare la visibilità nel territorio"*: un'affermazione confermata dall'84% (233 casi) degli intervistati.

Lo studio ha, quindi, dimostrato che: *"Il cittadino non ha una adeguata informazione della figura e delle attività dell'infermiere che opera nel territorio"*.

Parole-chiave: ambulatori infermieristici, famiglia, infermiere, territorio.

INTRODUZIONE

Abitualmente, si pensa all'infermiere per l'attività che svolge in ospedale e spesso il cittadino non sa bene cosa possa fare un infermiere fuori da quell'ambito. Da questo spunto è nata, dunque, la curiosità di capire quanto il cittadino "co-

nosca" dell'infermiere che opera nel territorio e delle sue attività in questo contesto.

Lo scopo della ricerca è stato, quindi, di indagare le conoscenze che il cittadino ha nei confronti delle attività svolte dall'infermiere che lavora nel territorio.

Lo studio ha dato voce a quello che il cittadino pensa del servizio sanitario territoriale, con pareri sull'utilità di nuove figure sanitarie, di come vede l'infermiere affiancato al medico di famiglia e all'infermiere nelle farmacie, con l'obiettivo di comprendere se il cittadino conosce le strutture sanitarie territoriali, anche per l'eventuale loro utilizzo.

Nello specifico, l'attenzione di questo studio si è rivolta verso la conoscenza di quanto il cittadino comune sappia del ruolo infermieristico nel territorio.

Per questo motivo, dato che lo scopo della ricerca è valutare e determinare delle variabili, la ricerca è stata di tipo descrittivo; il metodo scelto è quello quantitativo e lo strumento utilizzato è un questionario auto-costruito somministrato a più di 200 persone (ambosessi dai 15 ai 90 anni), di Roma e con preferenza nell'ambito dell'Asl RmE.

La domanda di ricerca a cui si è voluto rispondere è stata: *"Il cittadino ha un'adeguata informazione della figura e delle attività dell'infermiere che opera nel territorio?"*. Questo, per capire se, in caso di assistenza (quindi, in situazioni di bisogno), il cittadino abbia le conoscenze per utilizzare le strutture e le figure infermieristiche presenti nel territorio.

In tal senso, le ipotesi sviluppate sono state due:

1. la figura dell'infermiere territoriale/domiciliare è poco conosciuta per scarse strutture/informazioni nel territorio;
2. l'emergere dell'infermiere affiancato al medico di famiglia o pediatra di libera scelta può aumentarne la sua visibilità nel territorio, dato che il secondo è storicamente la figura di riferimento per tutti i cittadini e primo punto d'informazione ed aiuto per tutti nel territorio.

Quindi, sarebbe naturale poter avere, al fianco del medico di base, un'altra figura sanitaria di aiuto, specie per tutte quelle situazioni di bisogno a cui può andare incontro il cittadino.

L'INFERMIERE E IL TERRITORIO

Oltre all'infermiere che opera nell'ambito ospedaliero e che, nell'opinione pubblica, risulta essere nel suo "habitat naturale", questi si è diffuso anche in altri ambienti, tanto che la stessa letteratura a tema lo ha definito con termini differenti: infermiere di territorio, di distretto, di famiglia, di comunità...

Termini che vengono usati anche ad indicare un infermiere che assiste, con modelli di presa in carico diversi, i pazienti sul territorio.

La rilevanza dell'assistenza infermieristica domiciliare è emersa progressivamente e con una certa gradualità, nella maggior parte dei Paesi europei.

In quest'ambito, si sono sviluppate una storia ed una tradizione che hanno por-

tato a nuove esigenze e, di conseguenza, a nuove forme di assistenza, vista la crescente necessità di assicurare una continuità assistenziale a livello territoriale e domiciliare.

Per agevolare, attraverso la de-ospedalizzazione, la presa in carico dell'assistito, l'integrazione socio-sanitaria e la rete dei servizi, è impossibile non pensare agli infermieri nel territorio.

Allo scopo, in Italia, è stato introdotto uno specifico master universitario di I livello, in: "Infermieristica territoriale e di comunità-Infermiere di Sanità Pubblica". Si tratta di un corso di formazione avanzata che si propone di far acquisire agli infermieri competenze di livello elevato nel vasto ambito dell'Infermieristica territoriale e di comunità in risposta ai bisogni di salute emergenti della popolazione.

L'infermiere territoriale e di comunità svolge un ruolo cruciale nel promuovere ed implementare lo stato di salute del singolo e della popolazione.

Obiettivi dell'infermiere territoriale sono: la prevenzione, la diagnosi precoce, l'educazione sanitaria, l'assistenza, l'educazione terapeutica finalizzata all'autogestione della terapia, la gestione (pianificazione e controllo del proprio lavoro), la consulenza, la formazione e la ricerca.

La Medicina del territorio è ora riconosciuta come disciplina-cardine del sistema sanitario di un Paese; se n'è delineato il contesto ed esaltato le potenzialità.

Ma, da tale riconoscimento è stata esclusa una figura, quella dell'infermiere di famiglia.

In Italia, infatti, ancora oggi, i medici di famiglia operano, nella grande maggioranza dei casi, senza la collaborazione di un professionista infermiere.

Attualmente, nel territorio di Roma e provincia, ci sono 3621 medici di base (detti anche medici di medicina generale o Mmg). E, come si evince dalla Convenzione per la Medicina Generale, Dpr 270 del 28 luglio 2000, il medico può avvalersi di due figure professionali in qualità di collaboratori: personale non sanitario (personale di segreteria) e personale sanitario (infermiere). In particolare, come riferito dall'art.45 al punto B5: "...ai medici di assistenza primaria indivi-



duati dalla Regione, entro la percentuale massima al 5% degli assistiti nell'ambito regionale (...), che utilizzano un infermiere professionale assunto secondo il relativo Contratto nazionale di lavoro per la categoria, fornito da società, cooperative o associazioni di servizi e comunque utilizzato secondo le normative vigenti...".

Intanto, nel territorio di Roma e provincia, sono presenti 63 ambulatori infermieristici ripartiti nelle varie Asl: la diffusione degli ambulatori infermieristici rappresenta un nodo strategico del sistema delle cure primarie, perché, operando in stretta connessione funzionale con i Mmg e la rete dei servizi, consentono il monitoraggio dei fattori di rischio nella popolazione e la gestione dei soggetti con patologie cronic-degenerative, oltre a fornire risposte assistenziali adeguate nei confronti di eventi acuti.

Inoltre, questo *setting* assistenziale costituisce uno dei luoghi privilegiati per lo sviluppo di un approccio di iniziativa (proattivo), tendente a superare l'attuale modello basato sull'attesa.

Gli ambulatori infermieristici prevedono la "presa in carico" della persona attraverso la valutazione del bisogno di assistenza, l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e di adeguati strumenti informativi (cartella infermieristica).

Assolvono alla funzione dell'infermieristica in ambito comunitario, in un'ottica di multidisciplinarietà; essi si integrano nei processi distrettuali.

Per **ambulatorio infermieristico** si deve intendere la struttura o luogo fisico, collocata nel territorio e/o in ambito ospedaliero, preposto all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico che ne è responsabile ai sensi del Decreto Ministeriale n.739/94 e della Legge n.251/00, articolo 1, commi 1 e 3, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

Il modello dell'ambulatorio infermieristico, risponde all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di *primary care*), anche in stretta collaborazione funzionale con il Punto Unico di Accesso socio-sanitario (Pua);
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di

autocura (*self-care*), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (*empowerment* del cittadino);
· promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute.

Gli ambulatori infermieristici riconoscono la piena assunzione di responsabilità e l'autonomia dell'infermiere nell'organizzazione e nella gestione dell'assistenza secondo quanto previsto dalla normativa che regola l'esercizio professionale (Decreto Ministeriale n.739/94, Patto Infermiere-Cittadino, legge n.42/99, Codice Deontologico, legge n.251/00, Legge n.1/2002, Ordinamenti Didattici delle classi di laurea).

MATERIALI E METODI

Il campione, caratteristiche, criteri di scelta e reclutamento

La popolazione di riferimento presa in esame è costituita da cittadini ambosessi, con età compresa tra 15 a 90 anni, residenti a Roma (territorio dell'Asl-RmE), in preferenza in centri sportivi, mercati rionali, nei pressi della posta e banche (lì, ove è possibile reperire il maggior numero di persone). Per l'indagine si è stimato un campione di studio composto da almeno 200 unità.

Il campionamento è non probabilistico di convenienza, perché il questionario è stato somministrato ai cittadini che si sono resi disponibili.

La somministrazione del questionario è iniziata il 20 luglio 2012 ed è terminata il 30 agosto 2012; sono state stampate 280 copie del questionario e ne sono stati compilati 276, con la perdita di soli quattro questionari (1,42%): una percentuale bassissima raggiunta per il fatto che la somministrazione e compilazione è stata effettuata direttamente alle persone, proprio per ridurre la quantità di questionari persi. Ciò, però, ha richiesto più tempo nel reperimento dei dati.

STRUMENTI E METODI

La metodologia utilizzata per questo studio è quella della ricerca quantitativa. Per tale tipo di ricerca si è, quindi, utilizzato come strumento il questionario composto da 22 domande, in preferenza chiuse, stampato fronte-retro su un

unico foglio, con una breve presentazione dello studio, sottolineando l'anonimato dei dati dell'intervistato e lo scopo ai fini puramente didattici-universitari della ricerca, nella sua struttura e, quindi, anche nella fase di compilazione da parte del cittadino è stato diviso in sei aree:

1. area anagrafica (7 *item*): dati riguardanti età, sesso, titolo di studio, professione, composizione del nucleo familiare e municipio di residenza;
2. area assistenza domiciliare (4 *item*): indaga l'ambito dell'assistenza domiciliare;
3. area ambulatori infermieristici (5 *item*): studia l'ambiente degli ambulatori infermieristici distrettuali;
4. area opinioni sul territorio (3 *item*): cerca di capire le conoscenze della figura infermieristica territoriale e sull'offerta sanitaria territoriale;
5. area infermiere di famiglia (2 *item*): chiede notizie relative la conoscenza della figura dell'infermiere affiancato al medico di famiglia;
6. area infermiere di farmacia (3 *item*): indaga sulla conoscenza della figura dell'infermiere in farmacia.

LIMITI DELLA RICERCA

Lo studio proposto, seppur utilizzi un campione non significativo (ridotto e di convenienza), nonché uno strumento di raccolta non validato, ha indagato svariati aspetti dell'Infermieristica nel territorio e rappresenta una panoramica di un ambiente in cui si articolano diverse figure e competenze e su cui sarebbe - e si potrebbe - effettuare utili approfondimenti.

Va segnalato che il valore di questo studio è di aver generato una serie di possibili "quesiti di ricerca" ed aree di approfondimento per ricerche future inerenti l'argomento trattato, al fine di poter contribuire allo sviluppo professionale.

In particolare, sarebbe opportuno indagare in modo più approfondito l'opinione del cittadino nei confronti dell'infermiere ospedaliero rapportato a quello territoriale, soffermandosi soprattutto sulla percezione che si ha dell'infermiere che opera nel territorio, affinché si possa

anche capire come migliorare la sua visibilità.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Area anagrafica: la fascia di età del campione esaminato presenta una percentuale più evidente nel range tra i 35 e 44 anni rispondente al 22% del campione preso in esame (61 persone); lo stato civile è rappresentato con un 49% del campione (135 cittadini) dai single.

Nel campione considerato prevale leggermente il sesso femminile per il 52% (143 donne); tra le professioni del campione intervistato, quella più frequente è l'impiegato con il 27% (75 persone), ma è da rilevare un 10% di disoccupati (28 persone).

Il titolo di studio che si evidenzia risulta il diploma di maturità con il 48% (132 diplomati); chi ha conseguito almeno una laurea (tra triennale, vecchio ordinamento, specialistica magistrale e dottorato) è al 29% (80 laureati); il campione è in prevalenza residente nel municipio XVIII rappresentato dal 39% degli intervistati (108 residenti).

Area assistenza domiciliare: il 65% (179 cittadini) conosce il ruolo dell'infermiere nell'assistenza domiciliare e che il 25% dei casi presi in esame (68 persone) ha usufruito dei suoi servizi a domicilio; il 53% (36 casi) di questi si dichiarano "soddisfatti". Rilevante è che il 21% (58 intervistati) ha usufruito di assistenza sanitaria privata.

Area ambulatori infermieristici: gli ambulatori infermieristici non sono conosciuti dalla popolazione intervistata per il 67% (91 cittadini), di conseguenza anche la figura dell'infermiere ambulatoriale non è conosciuta ad un buon 67% del campione intervistato (186 persone); del 18% (53 cittadini) che hanno usufruito dei servizi, il 72% è "soddisfatto" (38 persone), il 21% "molto soddisfatto" (11 cittadini) e un 7% "insoddisfatto" (4 cittadini).

Va evidenziato che l'85% degli intervistati (235 persone) ritiene che gli operatori sanitari ospedalieri non pubblicizzino gli ambulatori infermieristici.

Area opinioni sul territorio: per quanto riguarda l'offerta sanitaria del territorio, il 58% (161 cittadini) del campione non la



Grafico 1. L'offerta sanitaria ed il territorio

ritiene "sufficiente". (Grafico 1)

Il 48% (133 persone) ritiene che la figura dell'infermiere territoriale sia "scarsamente conosciuta" per la carenza di informazioni e di strutture (conferma della I ipotesi di ricerca); mentre il 35% (96 intervistati) ritiene che la causa sia la sola mancanza d'informazione.

Questi indicatori si riflettono sulla domanda di giudizio riferita alla preparazione dell'infermiere che porta il dato dei "non so" al 37% (103 casi), uguali ai "sì" con il 37% (103 casi). (Grafico 2)

persone) la figura e attività dell'infermiere al fianco del medico di famiglia e che, la cosa sicuramente migliorerebbe la visibilità dell'infermiere (84%, 233 cittadini) e di risposte concordi (conferma della II ipotesi di ricerca). (Grafico 3)

Area infermiere di farmacia: il 60% (165 intervistati) ritiene "utile" l'infermiere in farmacia e che questa struttura possa fungere anche da ambulatorio infermieristico con il 65% di consensi (179 casi). Per quanto concerne la pubblicità e divulgazione di questa nuova possibilità,



Grafico 2. La conoscenza dell'infermiere territoriale/domiciliare

Area infermiere di famiglia: qui è emersa la preponderante richiesta del cittadino intervistato che vuole con il 90% (148

però, solo il 14% (37 persone) ne è a conoscenza.

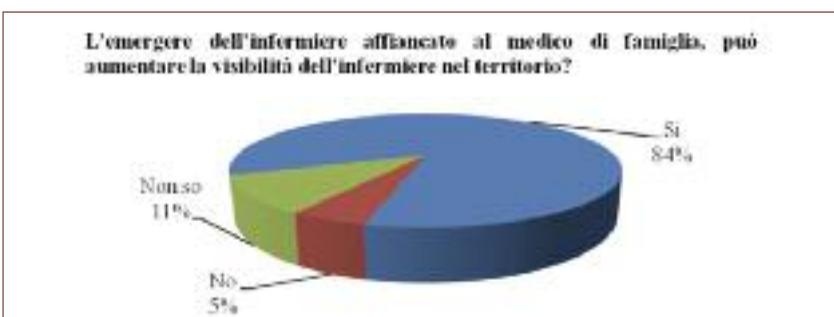


Grafico 3. Rapporto fra aumento della visibilità dell'infermiere territoriale affiancato al medico di base

CONCLUSIONI

Lo scopo di questa ricerca è stato di indagare le conoscenze che il cittadino ha nei confronti delle attività svolte dall'infermiere che lavora nel territorio, "fuori dall'ospedale".

Lo studio ha dato voce a quello che il cittadino pensa del servizio sanitario territoriale, con pareri sull'utilità di nuove figure sanitarie, di come vede l'infermiere affiancato al medico di famiglia e all'infermiere nelle farmacie, con l'obiettivo di comprendere se il cittadino conosce le strutture sanitarie territoriali e per l'eventuale utilizzo.

Nello specifico, lo scopo dello studio è stato quello di saper quanto il "cittadino comune" conosca del ruolo infermieristico nel territorio.

Il metodo scelto è stato quello quantitativo e lo strumento utilizzato è stato un questionario anonimo auto-costruito.

Il campionamento è stato di convenienza ed ha generato 276 questionari compilati da amboscensi di età media di 45 ± 18 anni, di Roma con preferenza nell'Asl RmE.

La domanda di ricerca a cui lo studio vuole rispondere è se "Il cittadino ha una adeguata informazione della figura e delle attività dell'infermiere che opera nel territorio?".

Da questa si sono sviluppate due ipotesi di ricerca.

La I è: "La figura dell'infermiere territoriale/domiciliare è poco conosciuta per scarse strutture/informazioni nel territorio"; la II è: "L'emergere dell'infermiere affiancato al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, può aumentarne la sua visibilità nel territorio".

I risultati dell'indagine hanno confermato entrambe le ipotesi: "La figura dell'infermiere territoriale/domiciliare è poco conosciuta per scarse strutture/informazioni nel territorio", nel 48% (133 casi) del campione.

Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca, anche "L'emergere dell'infermiere affiancato al medico di famiglia o pediatra di libera scelta, può aumentarne la sua visibilità nel territorio": affermazione confermata dall'84% (233 casi) degli intervistati.

Lo studio ha risposto alla domanda di ri-

cerca affermando che: **“Il cittadino non ha un’adeguata informazione della figura e delle attività dell’infermiere che opera nel territorio”**.

Ciò è deducibile dall’aver confermato le due ipotesi sopra citate ed anche dal fatto che, chi conosce gli ambulatori infermieristici, è solo un 33% del campione (91 casi), mentre l’82% degli intervistati (227 casi) non ha mai sentito parlare dell’infermiere di farmacia.

La scarsità di informazioni emersa tra gli intervistati dello studio si è riflessa anche nel parere sull’offerta sanitaria territoriale: il 58% del campione (161 casi), infatti, ritiene che l’offerta sanitaria ter-

ritoriale/domiciliare non sia “sufficiente” (a questo andrebbe sommato anche un 27% d’intervistati (75 casi) che non hanno saputo esprimersi a riguardo).

In conclusione, la ricerca ha pure evidenziato che il livello culturale del campione influenza la conoscenza del ruolo assistenziale dell’infermiere a domicilio: infatti il 73% dei laureati *versus* 56% con licenza media, ne è a conoscenza; ma anche l’utilizzo di questo servizio è in rapporto al livello di studi: 26% dei laureati *versus* 22% con licenza media.

Prendendo, infine, in considerazione l’età, è risultato, come prevedibile, che chi utilizza maggiormente i servizi infer-

mieristici a domicilio sono gli anziani, con un picco del 50% nella fascia di età compresa tra i 75 ed i 90 anni.

AUTORI:

Irma Ajola, direzione Distretto XX-Asl RmE, referente formazione e responsabile Pua;

Mauro Giordani, infermiere, laurea in Infermieristica (Ospedale Santo Spirito) A.A.2011/12;

Massimo Giordani, tutor clinico, polo didattico Irccs San Raffaele Pisana-Università Tor Vergata.

BIBLIOGRAFIA

- Amante U, Messina G, *La professione infermieristica nell’assistenza domiciliare*. Mondo sanitario, 17(11), 2010, 9–11;
- Campanaro P, Bielli S, Massai D, *Il ruolo dell’infermiere nell’assistenza domiciliare integrata*. Mondo sanitario, 14(9), 2007, 8–14;
- Fain J.A, *La ricerca infermieristica. Leggerla, comprenderla e applicarla*, Ed. McGraw Hill, II edizione 2004, 62-65, 144-146;
- Marchetti R, Romigi G, Stievano A, *Lavorare in area critica. L’assistenza in ospedale e sul territorio*, Ed. Carocci Faber, 2005, 29-31;
- Motta P.C, *Introduzione alle Scienze Infermieristiche*. Ed. Carocci Faber, 2002, 146-150;
- Ridolfi L, *L’Infermiere di comunità: un nuovo modello di organizzazione dell’assistenza infermieristica territoriale*. Management Infermieristico, 2, 2009, 8-16;
- Semenzato A, Rossetto B, *Competenze infermieristiche nell’ambito delle cure palliative domiciliari*, Nursing oggi, 8(4), 2003; 40-46;
- Semenzato A, *Cosa pensano gli assistiti della collaborazione infermieristica in medicina di famiglia*. Management Infermieristico, 9(4), 2003; 36–43;
- AA.VV, *La rete dei distretti sanitari in Italia*. Monitor, 2011, 27, 5-14, 224-225.

SITOGRAFIA

- Agenzia di Sanità Pubblica-Laziosanità, *Ambulatori Infermieristici*, data ultimo accesso del 12/09/2012, da http://www.asplazio.it/perilcittadino/ambulatori/ambulatori_index.php;
- Ipsavi, *Emergenza nei Pronto soccorso, l’allarme del Collegio di Roma*, del 27/02/2012, data ultimo accesso 17/08/2012, da <http://www.ipasvi.it/attualita/emergenza-nei-pronto-soccorso-l-allarme-del-collegio-di-roma-id383.htm>;
- Ipsavi, *Infermieri e fisioterapisti in farmacia, via libera dal Tar del Lazio*, del 29/02/2012, data ultimo accesso del 17/08/2012, da <http://www.ipasvi.it/attualita/infermieri-e-fisioterapisti-in-farmacia-via-libera-dal-tar-del-lazio-id386.htm>;
- Ferrazza F, Menghi B, *La popolazione di Roma*, dal Piano Regolatore Sociale di Roma Capitale- Commissione di Piano, del gennaio 2010, data ultimo accesso 12/09/2012, da http://www.comune.roma.it/PCR/resources/cms/documents/Doc_Dati_demografici.pdf;
- Martellotti E, *Obiettivo Territorio*, l’infermiere 6/2003, data ultimo accesso del 17/08/2012, da http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/279_13020407_82_455.pdf;
- Ministero della Salute, *Farmacia dei servizi: in vigore il decreto sulle prestazioni professionali*, del 4/5/2011, data ultimo accesso 17/08/2012, da <http://www.salute.gov.it/dettaglio/ph PrimoPianoNew.jsp?id=312>;
- Ministero della Salute, *Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*, del 27/09/2010, 1-7, data ultimo accesso del 17/08/2012, da http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf;
- Regione Lazio-Portale della Sanità, *Lista Medici di base iscritti al Ssr*, data ultimo accesso del 12/09/2012, da http://www.poslazio.it/opencms7/opencms/ sociale/pos/cittadino/Servizi_al_cittadino/Ricerca_Medico_e_Pediatra.

Valutazione dell'impatto del modello "porte aperte" nei servizi psichiatrici diagnosi e cura

L'esperienza del servizio psichiatrico di Trento

di Maurizio Davi

ABSTRACT

Introduzione

La situazione dei reparti psichiatrici per acuti nei vari Paesi europei è molto diversificata.

Reparti "no restraint" (a porte aperte e senza uso di contenzione) sono più diffusi in Inghilterra, Austria, Ungheria, Romania e Slovenia, mentre in Italia, a più di 30 anni dalla Legge Basaglia, sono ancora piuttosto rari.

Scopo

Valutare gli outcome d'impatto del modello "porte aperte" all'interno dei servizi psichiatrici diagnosi e cura.

Metodi

La valutazione dell'impatto del modello organizzativo "a porte aperte" è stata effettuata attraverso l'analisi dei seguenti outcome: episodi di aggressività, episodi di allontanamento, soddisfazione. I dati della letteratura sono stati arricchiti da quelli derivati dall'esperienza del Servizio psichiatrico di Trento.

Risultati

Dall'analisi degli outcome utilizzati per indagare il fenomeno delle "porte aperte" è emersa una correlazione tra queste e la diminuzione della rabbia e dell'aggressività manifestate dagli utenti, l'aumento della loro soddisfazione, la limitazione degli allontanamenti o degli effetti negativi ad essi conseguenti.

L'analisi dei vissuti del personale ha, invece, fatto emergere un generale accordo sui vantaggi legati all'apertura della porta, ma pure un senso di insoddisfazione e frustrazione legato alla dif-

*"Porte chiuse: pazienti ostaggi degli operatori.
Porte aperte: operatori ostaggi dei pazienti,
questo rappresenta l'inizio della cura"
(F. Basaglia)*

ficoltà, nella pratica, di applicare questo modello organizzativo ed il bisogno di una maggiore formazione.

Discussione

La letteratura scientifica revisionata ha evidenziato una prevalenza di svantaggi legati alla degenza in un reparto "a porte chiuse".

Esse, infatti, aumenterebbero tra i degenti il senso di ansia, vergogna, rabbia, frustrazione e depressione, mentre alla "porta aperta" viene attribuito un signi-

ficato simbolico di recupero e riabilitazione.

Aprire le porte può rappresentare, dunque, l'alternativa migliore per i Dipartimenti di Salute Mentale che hanno la possibilità di fornire alle strutture sufficienti spazi e risorse umane. Determinanti per un'ottimale realizzazione del progetto saranno: la formazione del personale, le relazioni interpersonali a tutti i livelli, la capacità di mettere in atto strategie di coinvolgimento di utenti e familiari.

Parole-chiave: reparto psichiatrico aperto, reparto psichiatrico chiuso, contenzione, vantaggi/svantaggi reparto psichiatrico chiuso/aperto.



INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, i Servizi psichiatrici d'Europa sono stati attraversati da importanti cambiamenti: sono state avviate, infatti, riforme sanitarie e politiche di de-istituzionalizzazione, anche se, attualmente, il quadro politico è assai differenziato.

La tendenza dei vari Paesi europei ad avere reparti psichiatrici per acuti a "porte aperte" o "chiuse a chiave" è molto variabile ed è determinata principalmente, nella maggior parte dei casi, dalla tradizione locale (Rittmannsberger et al, 2004).

I reparti "no restraint" ("a porte aperte" e senza

uso di contenzione) sono più diffusi in Inghilterra, Austria, Ungheria, Romania e Slovenia, mentre in Italia sono ancora piuttosto rari.

Tuttavia, a più di 30 anni dalla legge Basaglia, un numero crescente di reparti ha iniziato ad interessarsi a questo modello organizzativo e, tra questi, il reparto di Trento (Davì, 2009). (Tabella 1)

OBIETTIVO

Valutare gli *outcome* d'impatto del modello "porte aperte" all'interno dei servizi psichiatrici diagnosi e cura.

STRUMENTI E METODI

La valutazione dell'impatto del modello organizzativo a "porte aperte" è stata effettuata attraverso l'analisi dei seguenti *outcome*: episodi di aggressività, episodi di allontanamento, soddisfazione. La soddisfazione è stata approfondita anche attraverso un'analisi dei vissuti che ha consentito di evidenziare vantaggi/svantaggi dei due modelli organizzativi.

I dati della letteratura sono stati arricchiti da quelli derivati dall'esperienza del Servizio psichiatrico di Trento.

Le parole-chiave più utilizzate sono

state: "open psychiatric ward"; "Restraint"; "locked psychiatric ward"; "open psychiatric doors"; "locked psychiatric doors"; "advantages"; "disadvantages".

L'ESPERIENZA DELLE "PORTE APERTE" NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI TRENTO

Il progetto "porte aperte" del Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (Spdc) di Trento è nato nel 2007, in coerenza con le pratiche e la cultura dell'*empowerment* e del "Fare-assieme", già da anni presenti all'interno del servizio.

L'apertura delle porte del reparto di Psichiatria ha rappresentato un punto di partenza, un'occasione per attenuare quella distanza che separa il mondo della salute mentale (caratterizzato troppo spesso da

isolamento, sofferenza, solitudine e regressione) dalla collettività, il tentativo di restituire dignità e soggettività agli utenti attraverso la loro responsabilizzazione.

All'interno dell'Spdc si è formato un gruppo di lavoro multidisciplinare formato da rappresentanti di tutto il servizio. Il gruppo, dopo aver effettuato un'attenta revisione della letteratura, ha cercato un confronto reale con le esperienze italiane "no restraint", recandosi in visita in alcuni degli Spdc che lavorano già con le "porte aperte". Alcuni rappresentanti del gruppo hanno visitato i reparti psichiatrici di Mantova, Siena, Arezzo, Portogruaro, Merano.

Gli incontri successivi (più di una trentina, tra il 2007 e il 2010) hanno avuto lo scopo di mettere a fuoco le questioni cruciali, di riferire le sintesi dei confronti con le esperienze italiane di cui sopra, di fornire occasioni formative sull'argomento.

Alla fine di un percorso durato quattro anni, il reparto a "porte aperte" di Trento è stato inaugurato il 17 gennaio 2011. (Foto 1)



Foto 1. Inaugurazione reparto psichiatrico a porte aperte di Trento

STRATEGIE DI COINVOLGIMENTO DI UTENTI E FAMILIARI NEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI TRENTO

La citazione da Franco Basaglia in apertura, ancora oggi, colpisce per la sua profondità, rinvia con chiarezza alla questione dei poteri nella relazione.

Secondo Basaglia, infatti, la cura è possibile solo se i pazienti psichiatrici sono liberi e hanno con gli psichiatri e il personale sanitario una relazione caratterizzata da reciprocità e conservazione del potere contrattuale.

Su questa linea di pensiero si trova l'Spdc di Trento che, da anni, sta cercando di superare i limiti di pratiche basate esclusivamente sull'accudimento, sulla custodia e sull'uso del farmaco, al fine di promuovere la responsabilità personale in un'ottica di "co-gestione" della malattia, anche in fase acuta, secondo la convinzione che "nessuno è privo di risorse" (De Stefani, 2007).

Aprire le porte nei Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura non può obbedire soltanto ad una mera ideologia: tale scelta, infatti, deve muoversi in concomitanza con un cambiamento culturale e un'apertura mentale da parte di tutti.

A tale scopo, e a seguito dell'apertura delle porte, a Trento, si è cercato di ampliare l'offerta di attività riabilitative e ri-socializzanti a valenza terapeutica, allo scopo di fornire delle strategie di coinvolgimento utili a stimolare processi di cambiamento e di sviluppo positivo, cercando di favorire al massimo processi di responsabilizzazione degli utenti.

Nel reparto di Trento, nell'arco della settimana, si svolgono attività strutturate (ginnastica dolce e trattamenti shiatsu, gruppi psico-educativi, arte terapia, cineforum, laboratori di musica, teatro e cucito), talvolta anche aperte al pubblico, oltre ad eventi extra-ordinari (feste e concerti) che hanno la finalità di ridurre lo stigma e il pregiudizio e di favorire un clima di accoglienza e positività rispetto al mondo della salute mentale, "aprendo le porte" alla collettività.

Altre pratiche riabilitative che vanno nella stessa direzione sono: la Terapia cognitivo-comportamentale, basata sul modello stress-vulnerabilità-coping (Ven-

dittelli et al., 2008) e il "progetto Ufe" basato sui principi dell'Empowerment (Davi, 2011).

RISULTATI DELL'ESPERIENZA DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI TRENTO

Episodi di aggressività

Nel Spdc di Trento, gli episodi di aggressività sono misurati attraverso l'utilizzo della "Scala Modificata dell'Aggressività Manifesta"-Moas.

Nella tabella 2 sono messi a confronto i dati degli episodi di aggressività verificatisi a Trento con le "porte chiuse" (2008-2010) con quelli verificatisi con organizzazione a "porte aperte" (2011-2012).

Episodi di allontanamento

Nell'Spdc di Trento gli episodi di allontanamento vengono monitorati attraverso un registro appositamente creato.

In esso viene indicata l'ora esatta dell'allontanamento e dell'eventuale rientro, la modalità di uscita (porta d'ingresso, giardino, sala fumo, finestre), l'esito (rientra da solo, accompagnato da operatori/Ufe, da forze dell'ordine).

Nella tabella 3 sono presentati i dati degli allontanamenti non autorizzati dall'Spdc di Trento dal 2008 al 2012.

Soddisfazione degli utenti

Nell'Spdc di Trento la soddisfazione degli utenti viene rilevata attraverso un questionario introdotto in reparto nel 2004, secondo il modello proposta da

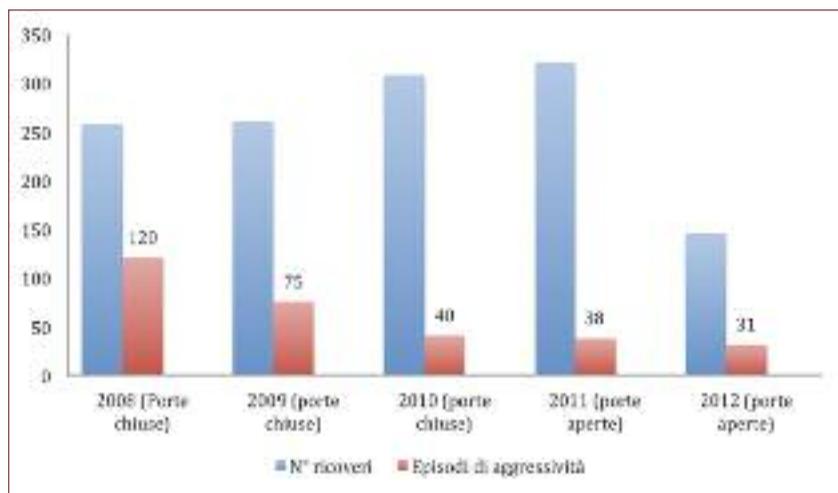


Tabella 2. Episodi di aggressività Spdc di Trento tra il 2008 e il 2012 (dati aggiornati a giugno 2012)

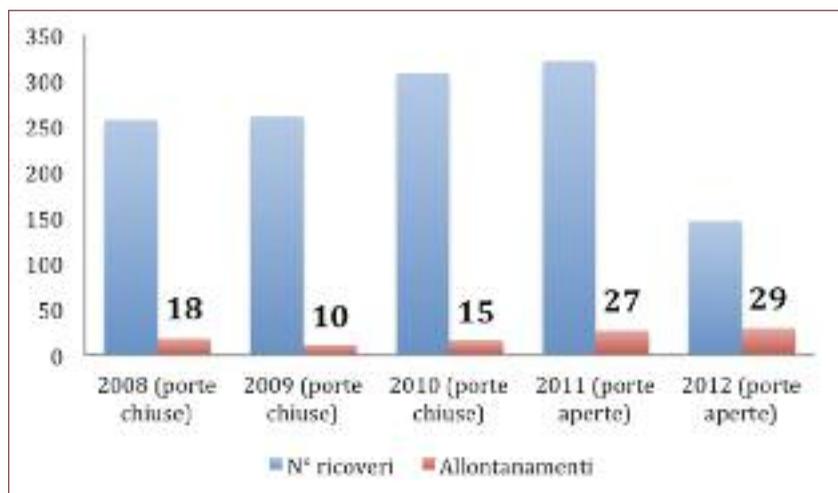


Tabella 3. Allontanamenti non autorizzati dall'Spdc di Trento dal 2008-2012 (dati aggiornati a giugno 2012)

Vendittelli (Vendittelli et al., 2008).

Nella tabella 4 sono presentati i dati tratti dal questionario di soddisfazione di Trento rivisto ed aggiornato dall'equipe di reparto nel marzo del 2012.

VANTAGGI/SVANTAGGI DELLE PORTE CHIUSE/APERTE: VISSUTI

Il vissuto degli utenti

Nel reparto di Trento il contributo degli utenti e familiari è stato valorizzato, fin dall'inizio del progetto.

Oltre alla partecipazione alle riunioni di reparto sul tema in questione, si è cercato di approfondire le loro percezioni sui vantaggi/svantaggi di un reparto psichiatrico con le porte chiuse/aperte attraverso la somministrazione di un questionario che è stato, poi, oggetto di discussione in una riunione di servizio.

Le domande del questionario sono state tratte da uno studio pubblicato sul *Journal of Clinical Nursing* (Haglund et al., 2006), tradotte e adattate nel 2008 dal dottor Alessandro Salvi e dal gruppo di lavoro "porte aperte" del servizio psichiatrico di Trento.

Il vissuto degli operatori

A Trento, il delicato passaggio da porte chiuse ad aperte è stato strettamente monitorato.

Nei primi mesi, sono state organizzate frequenti riunioni *ad hoc* per parlare dei vissuti del personale e per condividere situazioni di difficoltà legate alla nuova organizzazione (in alcune occasioni è stato utilizzato anche lo spazio quotidiano dopo le consegne infermieristiche).

Come strumento di monitoraggio è stata usata la scheda del "clima di reparto" (Vendittelli et al., 2008), mettendo a confronto i dati del "clima di reparto" dei primi sei mesi del 2010 (quando il reparto aveva ancora le porte chiuse), con i dati di altrettanti mesi del 2011, con l'organizzazione a porte aperte. (Tabelle 5-6)

Ma, dati più recenti sono attualmente in elaborazione.

Formazione del personale

Prima dell'avvio della sperimentazione del modello organizzativo a "porte aperte" nell'Spdc di Trento si è cercato di for-

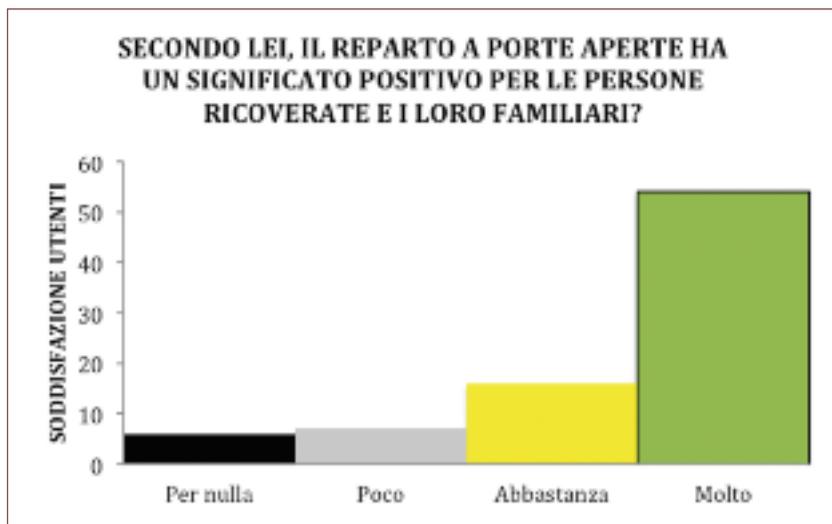


Tabella 4. Dati del questionario di soddisfazione reparto a porte aperte di Trento (aprile/settembre 2012)

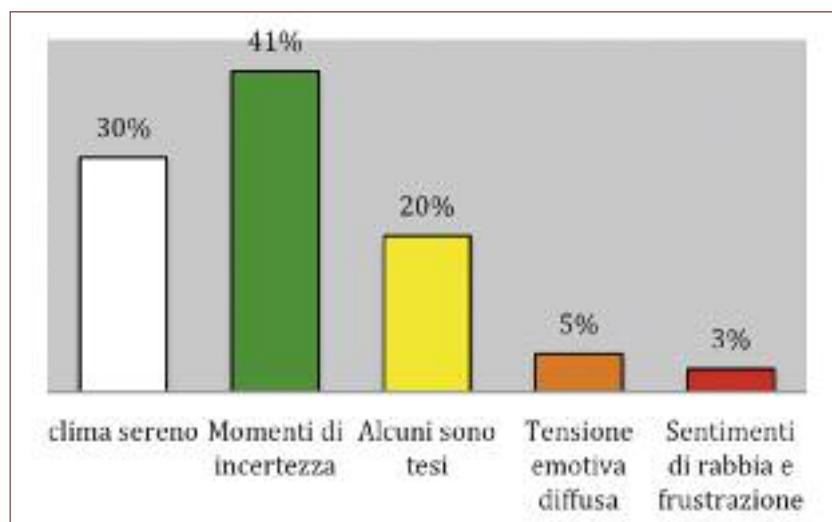


Tabella 5. Percezioni del personale sul "clima di reparto" - porte chiuse (anno 2010)

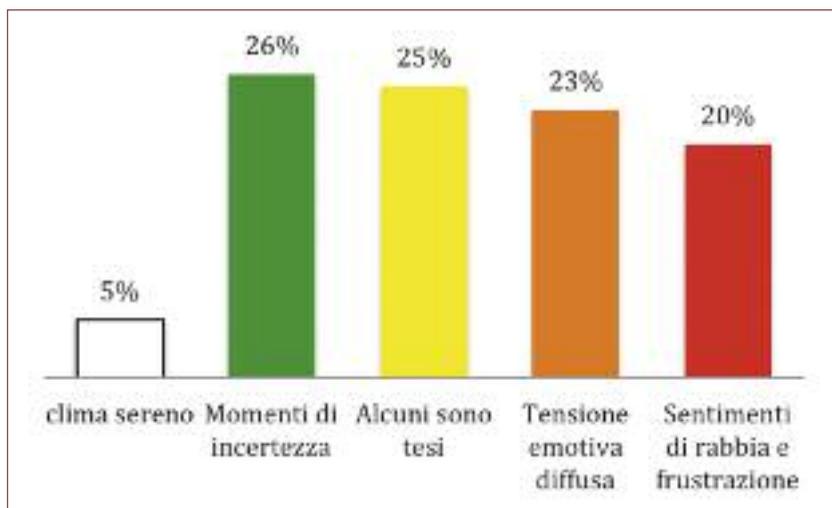


Tabella 6. Percezioni del personale sul "clima di reparto" - porte aperte (anno 2011)

mare il personale attraverso un confronto diretto con operatori che lavorano già con tale modello.

Alcuni rappresentanti del gruppo si sono recati, infatti, in alcuni dei reparti psichiatrici a "porte aperte" in altre parti d'Italia dove non si pratica la contenzione fisica.

Per favorire una maggior condivisione delle informazioni raccolte in tali esperienze, sono stati stesi dei *report* delle visite e organizzate riunioni di servizio su questo tema.

DISCUSSIONE E CONFRONTO CON LA LETTERATURA

Episodi di aggressività

I dati della letteratura hanno evidenziato una correlazione positiva tra le porte aperte e la diminuzione della rabbia e dell'aggressività manifestata dagli utenti (Van Der Merwe et al., 2009): maggiore era il tempo trascorso con le "porte aperte", minore era il verificarsi di abusi verbali e di aggressioni fisiche contro gli oggetti e ad altre persone (Bowers et al., 2002).

La gestione dell'aggressività in reparto senza strumenti di contenzione fisica del paziente è certamente una competenza che richiede al personale un'adeguata formazione (Van Der Merwe et al., 2009).

A tal proposito, già da diversi anni, nel servizio psichiatrico di Trento si è deciso di delineare delle indicazioni operative per orientare gli operatori verso un unico modello di presa in carico della situazione critica per garantire la sicurezza degli operatori, dell'utente aggressivo e di chi gli è vicino.

Una politica non restrittiva, già da anni presente all'interno del servizio psichiatrico di Trento (di cui l'apertura delle porte è solo un ultimo tassello), ha contribuito ad una graduale riduzione degli episodi di aggressività.

Tale esperienza ha portato il personale a riflettere su come porte chiuse e programmi molto rigidi di controllo (limitazioni a sigarette, denaro e caffè) fossero spesso, durante i giorni di degenza, elementi di provocazione capaci di scatenare gravi reazioni comportamentali, in quanto percepiti come una limitazione

ingiustificata alla libertà dell'utente.

Episodi di allontanamento

La maggior parte degli studi analizzati suggerisce che gli allontanamenti nelle unità psichiatriche con le "porte aperte" non sono più frequenti che negli altri reparti, in quanto la maggior parte dei pazienti dimostra un certo grado di aderenza ai programmi personalizzati concordati con l'equipe (Lang et al., 2010; Toresini, 2005; Van Der Merwe et al., 2009).

Anche in un'indagine nazionale che esplorava la frequenza degli allontanamenti nei reparti a porte aperte viene supportata tale ipotesi (Davì, 2009).

L'esperienza di Trento mostra, invece, un aumento del numero degli allontanamenti con le porte aperte anche se, ad essersi ridotti, sono gli eventi negativi ad essi correlati.

Con le porte chiuse infatti, gli allontanamenti degli utenti nell'Spdc di Trento erano accompagnati, nella maggior parte dei casi, da reazioni violente o ad altissimo rischio (come la forzatura di finestre e serrature, il tentativo di arrampicarsi sulle ringhiere, episodi di aggressività nei confronti degli operatori, furto di chiavi, atti di vandalismo).

Questi dati trovano supporto anche in altri studi internazionali (Van Der Merwe et al., 2009).

I dati raccolti dal personale durante la fase "a porte chiuse" hanno mostrato, inoltre, che il numero relativamente ridotto degli allontanamenti dalla porta principale era controbilanciato da un più consistente numero di allontanamenti non autorizzati dal giardino.

Secondo l'esperienza di Trento, con il modello organizzativo "a porte aperte", nella maggior parte dei casi, gli utenti usciti dal reparto dalla porta principale non hanno assunto atteggiamenti incongrui e sono rientrati poco dopo (da soli o accompagnati); la meta della fuga è stata, solitamente, il bar dell'ospedale e il motivo principale il desiderio di bere un caffè.

Soddisfazione degli utenti

Dalla revisione della letteratura si evidenzia un grado di soddisfazione maggiore espresso dagli utenti ricoverati nelle unità con le porte aperte rispetto

a quelli assistiti in quelli con porte chiuse (Van Der Merwe et al., 2009; Muller et al., 2002).

La riflessione sui dati raccolti a Trento ha confermato quanto emerso dalla letteratura: i dati rilevati dal 2011 ad oggi, infatti, mostrano un progressivo aumento dei livelli di soddisfazione.

In particolare, gli 87 questionari compilati dagli utenti tra aprile e settembre 2012, a quasi due anni dall'apertura delle porte aperte, confermano questo trend positivo.

Vantaggi/svantaggi delle porte chiuse: il vissuto degli utenti

La letteratura analizzata evidenzia una prevalenza di svantaggi legati alla degenza in un reparto a porte chiuse.

Esse aumenterebbero tra i degenti il senso di ansia, vergogna, rabbia, frustrazione e depressione, mentre alla porta aperta viene attribuito un significato simbolico di recupero e riabilitazione.

La maggior parte degli utenti ritiene oppressivo un reparto a porte chiuse, considerandolo un ambiente più simile ad una prigione che ad un luogo di cura; anche se alcuni vissuti fanno emergere tuttavia un desiderio di sentirsi protetti e al sicuro (Van Der Merwe et al., 2009; Muir-Cochrane et al., 2012).

Tale posizione è emersa anche a seguito della compilazione di un questionario sui "vantaggi/svantaggi riguardo l'apertura delle porte del reparto psichiatrico" somministrato agli utenti di Trento prima dell'apertura delle porte (Haglund et al., 2006).

Ciò che emerge da questi vissuti, nella maggior parte dei casi, è un desiderio di libertà associata a un desiderio di sentirsi al sicuro e protetti, condizioni possibili queste grazie alla presenza del personale, in grado di "accompagnare" l'utente nel processo di cura, garantendo vicinanza e relazione.

A tali bisogni dunque, più che lo stato della porta (chiusa/aperta), risponde la qualità del legame terapeutico proprio della relazione operatore-paziente.

Quest'ultima è vissuta, infatti, dal personale infermieristico, come fondamentale per aiutare le persone ricoverate a stare meglio e per costruire una buona

alleanza terapeutica (Hall, 2004).

“Aprire le porte” vuol dire mettersi nella condizione di riconoscere i momenti di grandissimo disagio e di sofferenza senza isolare i pazienti.

Vantaggi/svantaggi delle porte chiuse: il vissuto degli operatori

Nello studio di Haglund et al (2006) che è andato ad esaminare i vantaggi/svantaggi di un reparto psichiatrico con porte chiuse secondo le percezioni del personale è stato evidenziato che sono più gli svantaggi che i vantaggi legati all'attività lavorativa con le porte chiuse.

Sulla stessa linea Toresini (2005) che vede nelle porte chiuse un ostacolo al dialogo con gli utenti.

Nello studio di Muir-Cochrane et al (2012) emergono, invece, percezioni contrastanti sulla visione della porta: se da un lato, con le porte chiuse, il personale si sente privato del ruolo terapeutico e quasi calato nelle vesti di un “carceriere”, con le porte aperte ha la percezione di essere un “guardiano”, per giunta gravato da un senso di forte ansia legato alla necessità di vigilare la porta e dalla preoccupazione di essere richiamato dai propri superiori nel caso si verificassero degli allontanamenti non autorizzati dei pazienti.

Queste percezioni di insoddisfazione sono state condivise, nei primi mesi, anche dagli operatori del servizio psichiatrico di Trento.

I dati analizzati hanno evidenziato, infatti, all'inizio, addirittura un peggioramento del clima di reparto. Sono risultate diffuse tra il personale reazioni emotive di tensione (codice arancio) e sentimenti di rabbia e frustrazione (codice rosso).

Questa situazione è stata certamente anche acuita dall'aumento del numero di ricoveri negli ultimi anni, dal ritardo dei lavori di ristrutturazione (lavori che avrebbero dovuto ampliare il reparto e spostare l'ambulatorio infermieristico vicino la porta d'ingresso), dalla mancata riduzione di uno/due posti letto (attualmente 15), dai collegamenti non sempre funzionali tra le varie strutture dell'area critica, dalla poco chiara definizione di ambiti di responsabilità e infine dalla mancanza di una procedura scritta di gestione condivisa.

Formazione del personale

Dalla revisione della letteratura è emerso come i programmi per limitare l'uso della contenzione e l'utilizzo di strategie alternative si basano prevalentemente sulla formazione del personale, questo per favorire cambiamenti culturali e organizzativi.

Per lavorare nelle strutture a porte aperte sono richiesti al personale infermieristico livelli di preparazione avanzata mirati all'utilizzo di affinate tecniche relazionali e alla costruzione di una relazione empatica con il paziente anche nelle situazioni di crisi acuta.

In un'indagine nazionale condotta nel 2007 da Davì (2009) che andava ad esplorare attraverso un'intervista i bisogni formativi degli infermieri nei reparti psichiatrici con le porte aperte, è emerso come sia ancora molto sentito il bisogno di apprendere strategie di contenimento basate sulla relazione ed una specifica formazione riguardo alla gestione dell'escalation dell'aggressività (bisogno condiviso anche dall'equipe di Trento).

Si ritiene, pertanto, fondamentale proseguire sulla strada della formazione continua del personale.

CONCLUSIONI

Dall'analisi effettuata emerge che i reparti a porte aperte sono più diffusi in Inghilterra, Austria, Ungheria, Romania e Slovenia, anche se recenti studi lasciano pensare che in alcune di queste strutture vi sia un ritorno alla porta chiusa, seppur con livelli bassi di istituzionalizzazione.

Sui generis la situazione italiana, patria della celebre riforma psichiatrica, dove a più di 30 anni dalla Legge Basaglia, i reparti psichiatrici a porte aperte sono ancora in minoranza.

Dall'analisi degli indicatori utilizzati per indagare il fenomeno delle porte aperte, è emersa una correlazione tra porte aperte e diminuzione della rabbia e dell'aggressività manifestata dagli utenti, aumento della loro soddisfazione, limitazione degli allontanamenti o degli effetti negativi a essi conseguenti.

L'analisi sui vissuti degli utenti e del personale invece ha fatto emergere, per i

primi, l'importanza rivestita dalla relazione terapeutica, per i secondi, la necessità di un adeguato percorso di formazione.

La letteratura scientifica revisionata ha evidenziato una prevalenza di svantaggi legati alla degenza in un reparto a porte chiuse.

La maggior parte degli utenti riferisce un senso di oppressione legato alla presenza della porta chiusa, che contribuisce ad avvicinare il reparto a un luogo di reclusione anziché a un luogo di cura; altri vissuti, al contrario, fanno emergere una sensazione di sicurezza e protezione (Van Der Merwe et al., 2009).

Ciò che viene fuori, nella maggior parte dei casi, è un desiderio di libertà accostata ad un desiderio di sentirsi al sicuro e protetti, condizioni possibili queste grazie alla presenza del personale, in grado di accompagnare l'utente nel processo di cura, garantendo vicinanza e relazione.

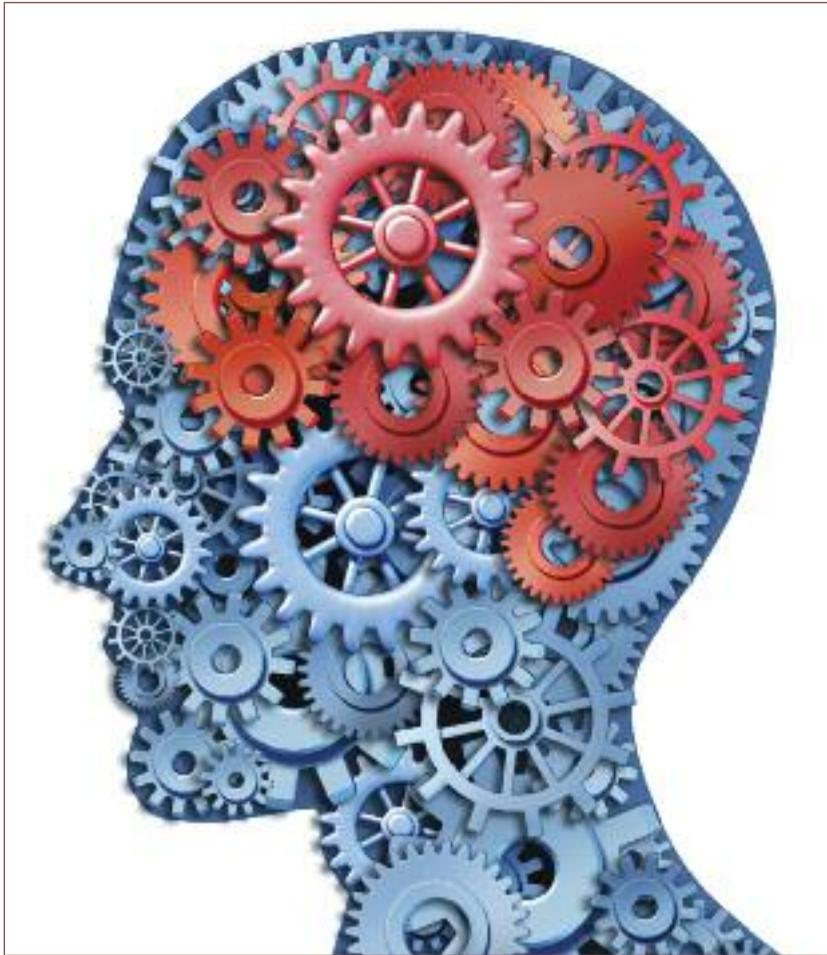
A tali bisogni, dunque, più che lo stato della porta (chiusa/aperta), risponde la qualità del legame terapeutico proprio della relazione operatore-paziente.

Quest'ultima è considerata infatti dal personale infermieristico come fondamentale per aiutare le persone ricoverate a stare meglio e per costruire una buona alleanza terapeutica (Hall, 2004). È evidente, dunque, che, seppur le porte aperte siano generalmente percepite come un simbolo di recupero e riabilitazione, da sole non sono sufficienti per migliorare la soddisfazione degli utenti: **più che al controllo della porta, l'attenzione del personale deve essere mirata allo sviluppo di strategie di coinvolgimento relazionali e alla creazione di un clima positivo.**

Tale condizione può essere favorita certamente da un *setting* adeguato all'interno del reparto e da un numero limitato di pazienti (non più di 10-12, come afferma Toresini, 2005).

Ciò è in contrasto con la situazione generalmente esistente: dall'analisi degli studi emerge, infatti, che la pratica comune degli operatori sia quella di vigilare la porta, trascurando così la relazione con gli utenti.

Il risultato è una percezione di “custo-



dia" gravato da un senso di insoddisfazione e frustrazione legato alla necessità di vigilare la porta e dalla preoccupazione di essere richiamato dai propri superiori, nel caso si verificassero degli allontanamenti non autorizzati dei pazienti.

La presenza dell'operatore a rotazione nei paraggi della porta d'uscita è, naturalmente, punto di partenza dello stesso percorso "no restraint": anziché confermare la funzione "custodialistica" del personale psichiatrico essa si carica di un forte ruolo "terapeutico", soprattutto nei pressi della porta si può, infatti, creare un clima di negoziazione e di aggregazione continua.

Ergo, la fase del controllo umano della porta rappresenta un percorso individualizzante sia per i pazienti che realizzano che la porta aperta non è per ognuno ugualmente valicabile, che per gli operatori, auto-costretti a "negoziare" con l'utente.

La fase successiva deve però necessa-

riamente prevedere uno spostamento del controllo dalla porta alla relazione (Teresini, 2005).

In un certo qual modo, dunque, le porte aperte amplificano il rapporto operatore-utente e la relazione di cura. Da ciò deriva che la gestione dei pazienti in un reparto a porte aperte senza strumenti contenitivi risulta più complessa: non è facile convincere un paziente ad accettare le cure in regime volontario o convincerlo ad assumere una terapia.

Non a caso, climi meno restrittivi pongono l'operatore ed il paziente in situazioni di continua relazione e confronto, obbligano i primi a trovare sempre espedienti relazionali nuovi per confrontarsi con la persona.

Fare questo può risultare stimolante per il professionista, ma, al contempo, estremamente faticoso, frustrante se non si è allenati a farlo.

Alcuni autori suggeriscono di intraprendere, all'interno del reparto, strategie

utili a stimolare processi di responsabilizzazione e mutuo-aiuto tra gli utenti stessi, tra queste attività gruppali e relazioni sociali, con anche un coinvolgimento attivo dei familiari.

Per giungere a ciò è imprescindibile la formazione del personale: vero e proprio punto fermo se si vogliono rendere i reparti psichiatrici meno "custodialistici" e più terapeutici (Van Der Merwe et al., 2009).

Se questo non avviene con adeguato anticipo, vivere con difficoltà soprattutto i primi mesi di lavoro con il modello a porte aperte può essere normale.

La scelta di aprire le porte nei Servizi psichiatrici diagnosi cura non può obbedire, infatti, solo ad una mera ideologia, ma deve muoversi necessariamente in concomitanza con un cambiamento culturale e un'apertura mentale da parte di tutti, operatori e dirigenti.

Gli operatori della Salute Mentale in psichiatria oggi devono scegliere di non essere dei semplici "sorveglianti" sulla porta: devono, al contrario, mirare a sviluppare le proprie abilità in un ruolo che è quello terapeutico, riabilitativo, cognitivo, contenitivo-relazionale, di mediazione e di integrazione sia per il bene del paziente che per la propria gratificazione professionale.

La relazione è l'unico strumento che gli operatori hanno per prendersi cura delle persone ricoverate; intorno a questa gioca tutta la loro professionalità ed autonomia.

Non è semplice, ma neppure impossibile. Un lavoro sulla relazione utente-operatore, tuttavia, non è sufficiente per determinare il successo di un reparto a porte aperte; tale modello è possibile se si realizzano determinati accorgimenti organizzativi, strutturali ed operativi.

Ecco gli accorgimenti organizzativi:

- la volontà di attuare tale politica, una chiara direttiva dipartimentale, che enunci gli obiettivi da perseguire e che dia alle strutture le necessarie risorse ambientali e umane;
- un Dipartimento di Salute Mentale ad alta integrazione con fluidi collegamenti tra le varie strutture che lo compongono;
- un'equipe flessibile fra ospedale e ter-

- ritorio (Area criticità);
- un numero di posti letto ridotto (10-12 al massimo);
- definizione di rapporti di collaborazione con Forze dell'ordine e servizi di sicurezza in caso di necessità;
- definizione di chiare procedure operative per la gestione del modello organizzativo a porte aperte e degli ambiti di responsabilità;
- istituzione di un sistema di monitoraggio dell'*incident reporting*;
- definizione di programmi di formazione per il personale;
- favorire approcci riabilitativi (presenza di tecnici della riabilitazione psichiatrica);
- prevedere figure di supporto "alla pari" per favorire climi di maggior accettazione e collaborazione (un esempio sono gli Ufe -utenti familiari esperti- del Servizio Salute Mentale di Trento);
- prevedere momenti programmati di confronto e supporto per gli operatori (riunioni sui vissuti, riunioni caso, *audit* clinici);
- non avere un approccio ideologico (non voler tenere le porte aperte a tutti i costi);

Accorgimenti strutturali:

- un ambulatorio infermieristico posizionato nei pressi della porta d'ingresso (per favorire un monitoraggio discreto delle entrate e delle uscite);
- la creazione di un ambiente più familiare e accogliente (salottino all'ingresso del reparto, possibilità di avere spazi aperti come per esempio un giardino);

Accorgimenti operativi:

- spostamento del controllo sulla relazione e non sulla porta;
- definizione di strategie di assistenza personalizzate secondo il livello di complessità dei casi (quotidiana rivalutazione clinica e valutazione dei fattori di rischio rilevati);
- messa in atto di strategie di coinvolgimento degli utenti e dei familiari attraverso attività riabilitative gruppali a valenza terapeutica (terapia cognitivo comportamentale, gruppi psico-educativi) e attività risocializzanti (gruppi familiari di mutuo-aiuto, riunioni quotidiane con tutti i pazienti, gruppi ginnastica o di rilassamento, attività artistiche di disegno o di scrittura, giochi da tavola, calcio balilla, ping-pong, cyclette ecc.). La porta chiusa, oltre ad una barriera fi-

sica, veicola certamente un messaggio di barriera relazionale e terapeutica che rinforza stereotipi di pericolosità.

Viceversa, riuscire a tenere la porta aperta attraverso un sensato sistema di alleanze, con responsabilità, attraverso una scelta di tutti gli operatori, rappresenta un riconoscimento dei diritti del cittadino-utente ed un indicatore di buona professionalità.

Aprire le porte potrebbe rappresentare l'alternativa migliore per i Dipartimenti di Salute Mentale che hanno la possibilità di fornire alle strutture sufficienti spazi e risorse umane; determinanti per la realizzazione del progetto saranno la formazione del personale, le relazioni interpersonali a tutti i livelli (dirigenti, medici, operatori, pazienti), la capacità di mettere in atto strategie di coinvolgimento di utenti e familiari.

AUTORE:

Maurizio Davi, dottore magistrale in Scienze infermieristiche; coordinatore infermieristico di area presso Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura di Trento; dipendente presso Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.

BIBLIOGRAFIA

- Bowers L, Crowhurst N, Alexander J, Callaghan P, Eales S, Guy S, McCann E, Ryan C, *Safety and security policies on psychiatric acute admission ward: results from a London-wide survey*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9, 427-33. 2002.
- Davi M, *Bisogni formativi del personale nei reparti psichiatrici. Il progetto porte aperte*. Rivista di Psichiatria 5, 320-327. 2009.
- Davi M, *Strategie di coinvolgimento di utenti e familiari nei servizi psichiatrici a porte aperte: l'esperienza dell'Spdc di Trento*. L'infermiere 2, 28-33. 2011.
- De Stefani R, *Il fareassieme di utenti, familiari e operatori nel Servizio Salute Mentale di Trento*. Rivista Sperimentale di Freniatria, 2 (2). 2007.
- Haglund K, Von Essen L, Von Knorring L, *Psychiatric wards with locked doors -advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants*. Journal of Clinical Nursing 15, 4, 387-394. 2006.
- Hall J.E, *Restriction and control: the perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting*. Mental Health Nursing 25, 539-552. 2004.
- Lang U.E, Hartmann S, Schulz-Hartmann S, Gudlowski Y, Ricken R, Munk I, Von Haebler D, Gallinat J, Heinz A, *Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding?* European Journal Psychiatry, 24, 4 (199-204). 2010.
- Muir-Cochrane E, Van Der Merwe M, Nijman H, Haglund K, Simpson A, Bowers L, *Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards*. International Journal of Mental Health Nursing 21, 41-49. 2012.
- Muller M.J, Schlosser R, Kapp-Steen G, Schanz B, Benkert O, *Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward*. Psychiatric Quarterly, 73, 93-107. 2002.
- Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P et al, *Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries*. European Psychiatry, 19, 483-488. 2004.
- Toresini L, *Spdc aperti e senza contenzione*. Pistoia: Fogli di informazione, 203, 5-88. 2005.
- Van Der Merwe M, Bowers L, Jones J, Simpson A, Haglund K, *Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16, 293-299. 2009.
- Vendittelli N, Veltro F, Oricchio I, Bazzoni A, Rosicarelli M.L, Polidori G, Morosini P, *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura*. Torino: Centro Scientifico Editore, 5-101. 2008.

Formazione sanitaria in Cure Palliative: una revisione della letteratura

di Matias Eduardo Diaz Crescitelli, Francesco Scerbo, Carlo Catanesi, Giorgia Appicciutoli

INTRODUZIONE

Secondo la definizione dell'Oms, le Cure Palliative (Cp) costituiscono una serie di interventi terapeutici assistenziali finalizzati alla "cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici".

Nel contesto sanitario italiano si evince un avvicinamento a questo tipo di cure, e, di conseguenza, un bisogno specifico di inserire nel curriculum dell'infermiere neo-laureato l'acquisizione di conoscenze volte alla "cura della persona" (care) e non soltanto alla "cura della malattia" (cure). Fondamentale quindi è il controllo del dolore ed altri sintomi ed, in generale, di altri aspetti dell'essere umano quali problemi psicologici, sociali e spirituali.

L'educazione e la formazione sono in continuo sviluppo.

Nel mondo odierno ci si trova ad affrontare argomenti come il fine vita o le Cp, metodi di "to care" che prendono sempre di più il largo nelle discipline sanitarie, visto che il dolore viene considerato non più come elemento facente parte della malattia ma come elemento di devianza nella sfera bio-psico-sociale dell'essere umano.

Da ciò si evince l'importanza dell'intervento formativo in Cure Palliative.

Prima di prendere in considerazione l'inserimento nel curriculum dello studente infermiere di questo interessante - e moderno - punto di vista dell'assistenza viene eseguita una "revisione

della letteratura esistente sull'argomento", per rafforzare il concetto di bisogno di formazione nel campo della Medicina della Persona, per poter offrire all'esigente un'adeguata assistenza in tutti gli aspetti che coinvolgono il fine vita nel controllo e la valutazione dei sintomi associati ad essa, e soprattutto da parte di tutti i professionisti (anche quelli futuri) che verranno a contatto con questi.

In questo modo, si spera di lasciare un segno valido dal punto di vista formativo nello studente che, al giorno d'oggi, è spesso carente di informazioni riguardanti l'accompagnamento nella fase finale della vita dell'esigente.

METODI

Metodologia della ricerca

Sono stati consultati tre DB ritenuti i più attendibili dal punto di vista delle evidenze scientifiche per quanto riguarda l'argomento e la disciplina trattata: *Cochrane library*, *Pubmed* e *Cinahl*.

Descrizione della strategia utilizzata

La strategia utilizzata per lo svolgimento della ricerca è revisionare la letteratura esistente riguardante l'argomento da prendere in considerazione.

È stato utilizzato il metodo di Ricerca bibliografica Pico (*Population, Intervent, Comparison, Outcome*) per individuare l'efficacia della messa in atto della formazione dello studente di Infermeristica nel campo delle Cure Palliative.

Limiti imposti alla ricerca

I limiti impostati alla ricerca sono di tempo: sono stati scelti gli articoli esistenti in letteratura nei DB sopra nominati con un limite massimo di dieci anni dal momento della pubblicazione, soprattutto per il fatto che, con il passare del tempo, si ritiene che i metodi e le evidenze siano migliori rispetto quelle preesistenti se già accettati dalla comunità scientifica internazionale ed anche per il fatto che molti di essi sono delle revisioni della letteratura esistente, er go offrono uno spettro di informazioni ben preciso riguardo la letteratura esistente.

Criteri di inclusione ed esclusione degli studi

Sono stati inclusi tutti gli articoli riguardanti l'argomento da trattare trovati in letteratura dal ricercatore, ovviamente attinenti all'educazione e formazione degli studenti infermieri e soprattutto ai programmi educativi.

Sono stati individuati 12 articoli scientifici pertinenti l'argomento ed il miglioramento della disciplina delle Cp attraverso l'inserimento nel curriculum di base degli studenti infermieri di un progetto mirato alle Cp.

Parole-chiave: *nursing student, nursing students, pupil nurse, pupil nurses; education, coaching, breeding, instruction; palliative care, quality of life* combinate attraverso l'utilizzo degli operatori booleani nei DB su cui la ricerca è stata effettuata.

RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

ARTICOLO	Mutto E.M, Errázquin A, Rabhiansl M.M, Villar M.J, <i>Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students.</i> J Palliat Med. 2010 Dec;13(12):1445-50.	OBIETTIVI	competenze infermieristiche ed affidabilità professionale
OBIETTIVI	Valutare i risultati di una specifica formazione di studenti infermieri in Cure Palliative prima dell'ingresso nelle Uo di Cure Palliative	DISEGNO	Editorial
CAMPIONE	680 studenti di infermieristica iscritti dal primo al quinto anno di studi nelle diverse scuole di infermieristica di Buenos Aires, Argentina.	RISULTATI	Attualmente, i problemi affrontati nella formazione in cure palliative sono: 1: la mancanza di un piano sistematico che si concentri su hospice e Cp al malato terminale nei corsi di laurea per infermieri; 2: l'assenza di cure mirate al miglioramento della qualità di vita, le comunicazioni, l'etica e le altre questioni esistenti in materia di istruzione e formazione; 3: il numero limitato di istituti che, attualmente, offrono formazione in tale senso; 4: la assenza di insegnanti esperti in Cp, sia per quanto riguarda la teoria che la pratica; e 5: l'eccessiva dipendenza attuale sui modelli tradizionali di formazione infermieristica che ostacola l'originalità del percorso formativo degli studenti infermieri e comporta ritardi di crescita della professione infermieristica
DISEGNO	Randomized Control Trial	CONCLUSIONI	Di fronte ai problemi attuali, auto-riflessione, localizzazione e strategie di insegnamento dovrebbero essere le indicazioni per aprire la strada dello sviluppo della formazione in Cp. Per migliorare la qualità delle cure terminali è, inoltre, importante integrare la pratica, l'istruzione e la ricerca al fine di formare più infermieri esperti in Cp
RISULTATI	Il 98% degli studenti da subito richiesto una più approfondita formazione per quanto riguarda la dimensione relazionale e umanistica, piuttosto che tecnica nell'assistenza ai degenti nel fine vita	ARTICOLO	Malloy P, Pulice J, Virani R, Ferrell B.R, Bednash G.P. <i>End-of-life nursing education consortium: 5 years of educating graduate nursing faculty in excellent palliative care.</i> J Prof Nurs. 2008 Nov-Dec;24(6):352-7.
CONCLUSIONI	Suggerisce un'introduzione di formazione in Cp e l'indicazione della buona ricezione e gradimento degli studenti nella formazione in questo campo. Si evince una grande richiesta di formazione	OBIETTIVI	Lo scopo di questo lavoro è quello di descrivere la storia del progetto Elnec-Istruttore e di dimostrare il suo impatto nel potenziamento nei docenti di infermieristica per migliorare la loro metodologia di insegnamento e le strategie nei confronti del fine vita (Eol)/Cp
ARTICOLO	Ramjan J.M, Costa C.M, Hickman L.D, Kearns M, Phillips J.L, <i>Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: the University of Notre Dame, Australia-Sydney experience.</i> Collegian. 2010;17(2):85-91.	CAMPIONE	4500 docenti infermieri di tutti e 50 gli stati USA che hanno assistito ad 1 dei 50 corsi di formazione per istruttore Elnec in Cure Palliative. Questi docenti di Infermieristica rappresentano ogni stato negli States ed i 278 (63%) su 438 CdL di professione infermieristica
OBIETTIVI	Questa carta mira a descrivere in quale modo il contenuto di Cure Palliative è stato incluso in tutta la laurea triennale in Infermieristica dell'Università di Notre Dame Australia dello studente infermiere, (Unda)	DISEGNO	Studio di coorte tra il 2001 ed il 2006
DISEGNO	Editorial	RISULTATI	A causa dell'implementazione dell'Elnec-istruttore, i docenti laureati in Infermieristica sono meglio attrezzati a fornire questa formazione ai loro studenti in modo da prepararli ad assistere pazienti e familiari nella cura delle Uol (End of Life)/Cp
RISULTATI	La Scuola di Infermieristica presso l'Università di Notre Dame Australia, Sydney campus è impegnata a garantire che gli studenti laureati con la capacità di fornire cure appropriate alle persone con necessità di fine vita. L'istituzione di questa nuova Scuola per Infermieri coincide con l'inserimento del programma in "The Palliative Care Curricula for Undergraduates Program (PCC4U)" come risorse di apprendimento. Queste risorse sono state integrate in unità rilevanti nei tre anni di programmi di cura	CONCLUSIONI	Un percorso formativo specifico per i docenti di Infermieristica per quanto riguarda il fine vita/Cp migliora la qualità dell'insegnamento e le competenze in tale area di insegnamento
CONCLUSIONI	Il curriculum di cura è stata progettata per supporta l'integrazione di conoscenza delle cure palliative nella pratica clinica. I programmi "The Palliative Care Curricula for Undergraduates Program (PCC4U)" per l'apprendimento coinvolgente offre casi di studio e scenari da poter utilizzare per gli studenti. L'adozione di un approccio interattivo, il cui contenuto è la sfera delle Cp, attraverso più unità didattiche, offre opportunità in sequenza agli studenti infermieri per costruire e consolidare la loro capacità di affrontare le Cp. Questa carta fornisce i suggerimenti pratici per l'integrazione della formazione in Cure Palliative nel curriculum dello studente di Infermieristica	ARTICOLO	Barnes C.C, Durkin A, LaCourse S. <i>The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students.</i> Int J Nurs Educ Scholars. 2008;5:Article11.
ARTICOLO	Lai W.S, Yang W.P, Chao C.S. <i>Hospice palliative care education for nursing students, nurses, and advanced nursing practitioners.</i> 2009 Feb;36(1):11-6.	OBIETTIVI	Studio che valuta l'influenza dell'integrazione del curriculum di Elnec in un programma di laurea in Infermieristica
OBIETTIVI	Affermare che lo scopo dell'educazione in Cp è di formare infermieri in un'ottica filosofica da hospice, per affrontare le cure del fine vita con	CAMPIONE	Campione composto da 103 infermieri studenti, 61 nel tradizionale curriculum di quattro anni e 42 in curriculum accelerato.

RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

CAMPIONE	L'età media degli studenti è di 22 anni (Ds=2.85) per gli studenti con curriculum tradizionale, mentre per studenti con curriculum accelerato è di 28 (Ds=5,95). Novantasei studenti sono donne e sette maschi	CAMPIONE	Prima di assistere al corso, ogni partecipante ha completato le indagini per quanto riguarda l'adeguatezza del contenuto (Eol) di fine vita all'interno del loro curriculum come pure le percezioni globali di formazione di Eol nella loro università.
DISEGNO	Si tratta di uno studio quasi <i>experimental</i> , longitudinale, con ripetute misurazioni di progettazione. Sono state eseguite prova pre-test e post-test	DISEGNO	Ai partecipanti è stato chiesto di rispondere immediatamente a queste stesse domande e a 12 mesi dal completamento del corso
RISULTATI	Le analisi di regressione multipla hanno indicato che nessuna esperienza precedente con la morte e un'età di 18-22 hanno rappresentato la maggior parte della varianza nel cambiamento di atteggiamento	RISULTATI	Studio descrittivo, prospettico con campione di convenienza
CONCLUSIONI	I risultati suggeriscono di integrare il curriculum Elnec nel programma universitario, in modo tale da indirizzare positivamente gli atteggiamenti degli studenti di Infermieristica verso la cura dei pazienti che stanno morendo	CONCLUSIONI	I partecipanti hanno riferito che i miglioramenti significativi nell'adeguatezza di otto aree di Eol soddisfanno le loro esigenze didattiche all'interno delle Uo dove prestano servizio. I partecipanti hanno evidenziato di aver aumentato l'efficacia per quanto riguarda le loro capacità di insegnare l'approccio alla cura di Eol, del loro curriculum nell'inclusione della cura di Eol e dei loro studenti nella assistenza nel fine di vita.
ARTICOLO	Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, Alain D, Fiset V. <i>Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs.</i> Int J Palliat Nurs. 2007 May;13(5):213-21.	CONCLUSIONI	Le ore totali di Eol ritenute soddisfacenti per una buona riuscita dell'inserimento nel curriculum di Infermieristica di tale corso sono ore 18,4+/- 17,4 (Scd) di deviazione standard
OBIETTIVI	Esaminare il contenuto corrente del curriculum e le esigenze di apprendimento degli studenti infermieri relativi alla cura del fine di vita (Eole)	CONCLUSIONI	Il programma del Elnec-laureato è un'iniziativa che efficacemente migliora la competenza della facoltà nella cura di Eol ed amplia il contenuto palliativo di cura all'interno dei curricula degli studenti di Infermieristica
CAMPIONE	Campione di convenienza composto da 58 studenti anglofoni e francofoni (Canada). Somministrazione questionari sugli atteggiamenti nei confronti delle cure palliative Peqn e Fatecod	ARTICOLO	Hall P, Weaver L, Fothergill-Bourbonnais F, Amos S, Whiting N, Barnes P, Legault F. <i>Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature.</i> J Interprof Care. 2006 Jan;20(1):51-9.
DISEGNO	Studio Pilota	OBIETTIVI	Verificare la necessità di introdurre i concetti di morte e del fine vita nel curriculum dello studente di medicina e delle professioni sanitarie presso l'Università di Ottawa, Ontario, Canada.
RISULTATI	Gli educatori, chiave della riuscita dell'atto formativo, hanno identificato i punti critici del contenuto di Eole (End Of Life Care) nei corsi e nelle pratiche cliniche. I risultati hanno indicato che gli studenti hanno tenuto atteggiamenti positivi verso l'assistenza ai pazienti morenti, livelli modesti di conoscenza e che un terzo non ha ritenuto adeguata la preparazione sull'assistenza ai pazienti in fine vita. Sebbene la formazione di Eole tenda ad essere presente in tutto il programma, l'enfasi dipende dall'impegno di diversi professori e degli istruttori clinici con esperienza e/o dalla competenza in quest'area	CAMPIONE	Otto studenti canadesi (donne). Tre studenti di medicina al primo e secondo anno; quattro studenti infermieri al quarto anno; ed uno in Cura Spirituale
CONCLUSIONI	Gli studenti e gli educatori hanno acconsentito sul fatto che si necessita più enfasi nella formazione Eole (End Of Life Care). Le raccomandazioni comprendono lo sviluppo delle strategie di insegnamento e dell'apprendimento empirico in Eole in tutto il curriculum	DISEGNO	Studio pilota. Somministrazione di seminari in Cp su argomenti che riguardano la cura dal punto di vista spirituale
ARTICOLO	Paice J.A, Ferrell B.R, Virani R, Grant M, Malloy P, Rhone A. <i>Appraisal of the Graduate End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program.</i> J Palliat Med. 2006 Apr;9(2):353-60.	RISULTATI	Dato che la cura del malato terminale è complessa e richiede la partecipazione e la collaborazione di diversi professionisti sanitari, è stato utilizzato un approccio educativo professionale per rispondere a questo bisogno
OBIETTIVI	Lo scopo della versione pre-laurea del programma di formazione Elnec-laureato è di fornire alla facoltà di Infermieristica la conoscenza ed i materiali necessari per applicare le Cp in tutto il curriculum di studi in Infermieristica	CONCLUSIONI	I risultati suggeriscono che un'adeguata formazione interprofessionale possa essere introdotta efficacemente agli studenti prima di, o mentre, stanno maturando il proprio curriculum professionale
CAMPIONE	Sessanta docenti di Infermieristica hanno assistito al primo corso di formazione di Elnec-Graduate.	ARTICOLO	Kwekkeboom K.L, Vahl C, Eland J. <i>Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care.</i> J Palliat Med. 2006 Feb;9(1):90-9.
		OBIETTIVI	Valutare l'impatto del programma Companion in Cp sugli studenti infermieri. Valutare conoscenze, atteggiamenti e preoccupazioni per fornire un'adeguata assistenza in Cp e descrivere le attività di volontariato degli studenti

RISULTATI DELLA REVISIONE BIBLIOGRAFICA

CAMPIONE	Cinquantadue studenti infermieri universitari (32 studenti, 20 controlli) ad una università del Midwest degli Stati Uniti con un ospedale affiliato ad un servizio basato su Cp
DISEGNO	Quasi <i>experimental controlled pre-test/post-test</i>
RISULTATI	I punteggi sugli atteggiamenti non sono stati analizzati a causa della scarsa coerenza interna del questionario. Cambiamenti nel punteggio sull'item conoscenza non ha raggiunto la significatività. Il punteggio preoccupazione è diminuito significativamente dal pre-test al post-test nel gruppo studiato. Dopo l'aggiustamento per il punteggio pretest nell'item preoccupazione, c'è stata una tendenza alla preoccupazione con punteggio più basso nel gruppo studiato rispetto ai controlli ($p = 0,07$).
CONCLUSIONI	Il programma di formazione in Cp Companion non ha prodotto miglioramenti significativi nella conoscenza e le preoccupazioni rispetto ai controlli, ma gli studenti hanno descritto la loro partecipazione come "un'esperienza di apprendimento significativo"
ARTICOLO	Fischer S.M, Egan K, Kassner C, Kutner J.S, <i>Healthcare professional education: a unique role for hospices</i> . Am J Hosp Palliat Care. 2005 Jan-Feb;22(1):32-40.
OBIETTIVI	Interviste mirate a capire quante ore vengono utilizzate in media per l'istruzione degli studenti infermieri da parte del personale infermieristico che lavora nei Centri di Cp
CAMPIONE	75 centri di Cure Palliative con studenti infermieri
DISEGNO	Studio a livello nazionale, <i>cross-sectional</i>
RISULTATI	Dei 75 centri, 71 (95%) hanno partecipato alla formazione degli studenti delle professioni sanitarie. Più comunemente di istruzione relativa al corso di laurea a studenti infermieri (73%), professioni associate alle Scienze Infermieristiche (61%), Master a livello sociale o studenti di consulenza (61%), studenti infermieri specialisti (59%), gli studenti di Medicina (58%), medici di base (57%). Un quantitativo importante di personale sanitario ha dedicato tempo ad educare questi studenti (in media 11-30 ore/settimana) ma meno del tre% ha ricevuto compenso finanziario
CONCLUSIONI	Gli infermieri delle strutture di Cp forniscono una notevole quantità di educazione senza alcun compenso economico
ARTICOLO	Kwekkeboom K.L., Vahl C, Eland J, <i>Companionship and education: a nursing student experience in palliative care</i> . J Nurs Educ. 2005 Apr;4(4):169-76.
OBIETTIVI	Valutazione di un programma di volontariato in Cp per favorire la vicinanza con la morte, la conoscenza del fine della vita conforme ad una forma di apprendimento empirica
CAMPIONE	Campione di convenienza composto da 20 studenti nel gruppo caso e 15 studenti come gruppo di controllo
DISEGNO	Studio casa-controllo.
RISULTATI	I dati raccolti durante i primi due semestri indicano un aumento delle conoscenze nel campo delle Cp, degli atteggiamenti migliori circa

RISULTATI	L'assistenza al fine vita e meno preoccupazioni circa la fornitura dell'assistenza infermieristica ai pazienti in fase terminale quando gli studenti partecipanti sono stati confrontati a degli studenti senza questo tipo di intervento formativo
CONCLUSIONI	Si evince l'efficacia dell'inserimento nel curriculum dello studente infermiere di un intervento formativo specifico nel campo del fine vita

ARTICOLO	Mallory J.L., <i>The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students</i> . J Prof Nurs. 2003 Sep-Oct;19(5):305-12.
OBIETTIVI	Verificare gli effetti di una esperienza educativa Elneec per determinare se una sola esperienza educativa (in un formato di sei settimane) fornisce sufficienti effetti duraturi per la vita professionale
CAMPIONE	Campione iniziale di 104 studenti. Un gruppo di caso, composto da 45 studenti dell'East Tennessee State University (Etsu), il gruppo di controllo, composto da 59 studenti per quanto riguarda il pre-test. Campione al post-test di 95 studenti, 41 del gruppo caso e 54 del gruppo di controllo. Al post-test il campione è di 36 studenti del gruppo caso
DISEGNO	Studio quasi <i>experimental</i> , longitudinale con l'utilizzo di un pre-test, il trattamento e post-test in doppio formato
RISULTATI	Gli studenti infermieri nel gruppo di studio hanno riferito un incremento dell'atteggiamento positivo verso la cura del momento dopo l'intervento formativo. Il cambiamento di atteggiamento è leggermente aumentato, dopo un periodo di quattro settimane
CONCLUSIONI	Considerando l'intervento formativo del progetto Elneec si evince un aumento notevole delle competenze degli studenti nell'affrontare il fine vita e quindi risulta uno strumento valido da inserire nel curriculum formativo dei futuri laureati

ANALISI CRITICA DEI RISULTATI

Dalla revisione dell'articolo di Mutto, Errázquin, Rabhansl, Villar si evince che gli studenti di Infermieristica hanno bisogno di una formazione per quanto riguarda il fine vita.

Questo articolo è stato preso in considerazione per la forte affinità con l'argomento di ricerca, per il disegno di ricerca (Rct) e per la validità del progetto messo in atto.

Il limite di questa ricerca è che il campione non è rappresentativo di tutta la popolazione, ma soltanto di Buenos Aires e quindi di una cultura diversa da quella europea.

L'articolo di Ramjan, Costa, Hickman, Kearns, Phillips tende a suggerire le modalità di integrazione della formazione in Cure Palliative nel contesto formativo infermieristico.

Nonostante sia un articolo di tipo editorial, viene preso in considerazione per lo scopo della stessa ricerca e quindi la sovrapposibilità con lo studio di revisione ora condotto.

Il suo limite è di indicare, non in modo specifico, alcune peculiarità del programma "The Palliative Care Curricula for Undergraduates Program (PCC4U)" come, ad esempio, i criteri da

insegnare in ogni unità didattica.

Nell'*editorial* di Lai, Ying e Chao si evince la definizione di un elenco di tematiche da affrontare per offrire una accurata formazione in Cp.

Inoltre, si indica la strada da seguire per il miglioramento di tali programmi integrando la pratica, l'istruzione e la ricerca. Questo articolo, nonostante sia di tal tipologia, viene preso in considerazione per l'affermazione dell'importanza di un programma in Cp, nonché per la qualità della descrizione dei punti critici nella formazione in tale area.

Lo studio di coorte che Malloy, Paice, Virani, Ferrell, Bednash hanno effettuato tra il 2001 ed il 2006 individua l'importanza della formazione specifica in Cp e in fine vita dei docenti (Elnecc-istruttore) che andranno ad insegnare agli studenti infermieri.

Questo articolo consiste di un campione molto significativo per quanto riguarda gli Usa.

L'impatto che ha avuto è risultato positivo e questo è un dato importante per individuare la necessità di una formazione specifica in Cp.

Il limite di questa ricerca è che il campione, anche se di dimensioni grandi, non può essere rappresentativo di tutti i corsi di laurea in Infermieristica, se non per gli Usa.

Nello studio longitudinale di Barrere, Durkin, LaCoursiere si tenta di valutare l'influenza del programma di formazione Elnecc nel bagaglio formativo degli studenti di Infermieristica in Canada. Lo studio consta di addestramento di studenti con ripetute prove prima e dopo il programma.

In questo modo, ed insieme ad una valutazione metodologica continua, si evince che il programma di formazione Elnecc può essere inserito nel curriculum degli studenti di Infermieristica perché indirizza in modo positivo gli atteggiamenti nei confronti del fine vita.

Il limite di questo studio è quello di avere un campione di convenienza e di non rappresentare efficacemente la popolazione di studenti infermieri. Offre, bensì, spunti favorevoli per quanto riguarda l'efficacia del programma Elnecc. Lo studio-pilota di Brajtmann, Fothergill-

Bourbonnais, Casey, Alain, Fiset ha identificato i punti critici del contenuto del corso Eolc (*End Of Life Care*) nella teoria e nella pratica clinica.

I risultati hanno indicato che la riuscita dell'atto formativo dipende dall'enfasi e dall'impegno di diversi professori e degli istruttori clinici con esperienza e/o dalla competenza in quest'area. Nonostante ciò, la maggior parte del campione e dei professori sono d'accordo sul fatto che il programma debba essere presente nel curriculum formativo dello studente infermiere.

Il limite di questa ricerca è che si tratta di uno studio-pilota, con campione di convenienza e quindi non rappresentativo della situazione globale. Ma afferma la necessità di un programma formativo specifico in *End Of Life*.

L'articolo di Paice, Ferrell, Virani, Grant, Malloy, Rhome ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia del progetto ELNEC-*Graduate* nel curriculum degli insegnanti di Infermieristica.

Si tratta di uno studio descrittivo prospettico che, pur avendo come oggetto di studio un campione di convenienza evidenzia l'efficacia e la richiesta da parte degli insegnanti di Infermieristica di seguire il corso Elnecc perché migliora le capacità di insegnare le cure nel momento di fine vita.

Un limite di questa ricerca è quella di avere un campione ridotto e di convenienza.

Nonostante ciò i risultati individuano il bisogno, da parte degli insegnanti, di seguire un corso Elnecc-*Graduate*.

Lo scopo dello studio-pilota di Hall, Weaver, Fothergill-Bourbonnais, Amos, Whiting, Barnes, Legault è verificare se esiste la necessità di introdurre i concetti di morte del fine vita nel curriculum dello studente di medicina e delle professioni sanitarie.

Dai risultati si evince un atteggiamento positivo nei confronti di una adeguata formazione per quanto riguarda il fine vita.

Si evidenzia, dal primo momento, come limite il numero esiguo di studenti presi in studio (solo otto), accentuato dal fatto che sono studenti di tre professioni diverse (Medicina, Infermieristica e Cura

Spirituale) ed, inoltre, la mancanza di strumenti validati a livello internazionale per condurre lo studio.

La ricerca (*studio case-control*) portata avanti da Kwekkeboom, Vahl, Eland si pone lo scopo di valutare atteggiamenti degli studenti nei confronti del corso *Companion Care* Palliative sugli studenti infermieri, nel quale si tenta di dare loro degli strumenti per fornire un'adeguata assistenza in Cp.

Si tratta di uno studio quasi-*experimental* con somministrazioni di questionari prima e dopo il corso. Questo programma di formazione non ha prodotto rilevanti risultati per quanto riguarda le conoscenze e le preoccupazioni degli studenti: si evince soltanto come risultato quello di una esperienza positiva vissuta dagli studenti.

Il suo limite maggiore, oltre al fatto di essere uno studio-pilota, è di non essere avallato da uno strumento validato e ben affermato nel campo delle Cp.

Lo studio condotto da Fischer, Egan, Kassner, Kutner ha come obiettivo quello di quantificare le ore che vengono utilizzate in media per l'istruzione degli studenti infermieri da parte del personale infermieristico dei centri di Cp.

Si tratta di uno studio (*cross-sectional*) condotto a livello nazionale negli Usa dal quale si evidenzia che le strutture *hospice* forniscono una notevole quantità di educazione non compensata (circa 11-30 ore a settimana).

Un limite di questo studio è quello di non avvalersi di uno strumento formativo in Cp preciso, ma del solo curriculum formativo personale, oltre che all'esperienza lavorativa.

Nello studio caso-controllo di Kwekkeboom, Vahl, Eland si introduce un corso di volontariato in Cp nel corso.

Si evince l'efficacia dell'inserimento nel curriculum dello studente infermiere di un intervento formativo specifico nel campo del fine vita.

Come limite si può individuare l'esigua significatività del numero campionario e la mancanza di uno strumento valido per la formazione degli studenti in campo di Cp.

Lo studio realizzato da Mallory si pone l'obiettivo di verificare gli effetti di una

esperienza educativa Elnec per determinare se, con solo una sola esperienza educativa, vi siano effetti duraturi per la vita professionale.

È emerso che gli studenti infermieri nel gruppo di studio hanno riferito un incremento dell'atteggiamento positivo verso la cura del morente dopo l'intervento formativo.

Vi sono stati dei miglioramenti dell'atteggiamento nei confronti della morte dopo circa di quattro settimane.

Si può, quindi, dire che l'intervento formativo Elnec aumenta notevolmente le competenze degli studenti nell'affrontare il fine vita, quindi risulta uno strumento valido da inserire nel curriculum formativo dei laureati.

Si individua come limite quello della numerosità campionaria; mentre il punto di forza di questa ricerca è quello di prendere come oggetto di studio un programma validato dal panorama scientifico internazionale.

Dalla letteratura presa in studio si evince una grossa carenza di formazione di base in Cure Palliative nel curriculum degli studenti infermieri e degli infermieri in generale.

Inoltre, in molti studi in cui è stato applicato un progetto formativo si ottengono risultati positivi dal punto di vista del miglioramento della qualità dell'assistenza ed anche dalla riduzione dello stress del personale che viene a contatto per la prima volta con questo tipo di assistenza. In letteratura sono evidenti alcuni programmi formativi, la maggior parte di essi si svolgono in America: solo uno non offre miglioramenti riferiti dal personale, ma consiglia vivamente la strada della formazione in Cp perché gradita agli studenti.

Non a caso, nella **Carta dei Diritti dei morenti**, Milano 15 Maggio 1997, si legge: *"Chi sta morendo ha diritto ad essere considerato come persona sino alla morte, ad essere informato sulle sue*

condizioni (se lo vuole), a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere, a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà, al sollievo del dolore e della sofferenza, a cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato, a non subire interventi che prolunghino il morire, a esprimere le sue emozioni, all'aiuto psicologico e al conforto spirituale secondo le sue convinzioni e la sua fede, alla vicinanza dei suoi cari, a non morire nell'isolamento e in solitudine, a morire in pace e con dignità".

AUTORI:

Matias Eduardo Diaz Crescitelli, infermiere;

Francesco Scerbo, infermiere libero professionista;

Carlo Catanesi, infermiere clinico Molinette di Torino;

Giorgia Appicciutoli, infermiera.

BIBLIOGRAFIA

- Barrere C.C, Durkin A, La Coursiere S, *The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students*. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2008;5:Article11.
- Brajtman S, Fothergill-Bourbonnais F, Casey A, Alain D, Fiset V, *Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs*. Int J Palliat Nurs. 2007 May;13(5):213-21.
- Decreto Murst 3.11.99, Testo aggiornato al 13 Gennaio 2006. *"Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei"*
A cura di Franco Burla, Elvira Lozupone, Sofia Capozzi, *Elementi di Psicologia, Pedagogia e Sociologia per le Professioni Sanitarie*. Edizioni Franco Angeli.
- Fischer S.M, Egan K, Kassner C, Kutner J.S, *Healthcare professional education: a unique role for hospices*. Am J Hosp Palliat Care. 2005 Jan-Feb;22(1):32-40.
- Hall P, Weaver L, Fothergill-Bourbonnais F, Amos S, Whiting N, Barnes P, Legault F, *Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature*. J Interprof Care. 2006 Jan;20(1):51-9.
- Kwekkeboom K.L, Vahl C, Eland J, *Companionship and education: a nursing student experience in palliative care*. J Nurs Educ. 2005 Apr;44(4):169-76.
- Kwekkeboom K.L, Vahl C, Eland J, *Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care*. J Palliat Med. 2006 Feb;9(1):90-9.
- Lai W.S, Ying W.P, Chao C.S, *Hospice palliative care education for nursing students, nurses, and advanced nursing practitioners*. 2009 Feb;56(1):11-6.
- Legge 15 Marzo n.38 del 2010 *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"* Art. n.8. La Rivista Italiana di Cure Palliative; Numero I Primavera 2010.
- Mallory J, *The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students*. J Prof Nurs. 2003 Sep-Oct;19(5):305-12.
- Malloy P, Paice J, Virani R, Ferrell B.R, Bednash G.P, *End-of-life nursing education consortium: 5 years of educating graduate nursing faculty in excellent palliative care*. J Prof Nurs. 2008 Nov-Dec;24(6):352-7.
- Mutto E.M, Errázquin A, Rabhansl M.M, Villar M.J, *Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students*. J Palliat Med. 2010 Dec;13(12):1445-50.
- Paice J.A, Ferrell B.R, Virani R, Grant M, Malloy P, Rhome A, *Appraisal of the Graduate End-of-Life Nursing Education Consortium Training Program*. J Palliat Med. 2006 Apr;9(2):353-60.
- Ramjan J.M, Costa C.M, Hickman L.D, Kearns M, Phillips J.L, *Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: the University of Notre Dame, Australia-Sydney experience*. Collegian. 2010;17(2):85-91.

Il ruolo della patologia clinica nell'Infarto Acuto del Miocardio: aspetti clinici e assistenziali

di Sabato Albino

ABSTRACT

Le malattie cardiovascolari rappresentano, ancora oggi, la principale causa di morte, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

Tra tutte, la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte nei Paesi industrializzati, rappresentando circa il 28% di tutti i decessi con un numero pari a 2.000.000 di malati e 350.000 nuovi casi/anno in Italia.

Questo lavoro ha come argomento principale l'Infarto Acuto del Miocardio e, nello specifico, è volto all'analisi di tutti gli aspetti legati alla patologia: preventivi, etiologici, anatomico-patologici, diagnostici, riabilitativi ma soprattutto assistenziali.

Parole-chiave: assistenza infermieristica, Ima, enzimi cardiaci, Utic.

DISCUSSIONE

Epidemiologia dell'Ima

Secondo gli ultimi dati Istat, in Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille.

Non a caso, il 23,5% della spesa farmaceutica italiana, è destinata a farmaci per l'apparato cardiovascolare.

I dati del registro nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari mostrano, pure, un quadro sostanzialmente omogeneo in tutt'Italia, cosa che sfata il luogo comune secondo cui di cuore ci si ammalerrebbe di più al Nord che al Sud. I tassi di incidenza dell'infarto, ad esempio, sono molti simili a Napoli e in Friuli Venezia Giulia, sia per gli uomini che per

le donne.

La letalità coronarica è decisamente rilevante in tutte le aree e peggiore nelle donne, come atteso: tra i pazienti colpiti da infarto miocardico acuto, nell'età compresa fra 35 e 74 anni, tre uomini e quattro donne su 10 muoiono entro 28 giorni dall'esordio dei sintomi, principalmente fuori dall'ospedale, prima di poter essere adeguatamente curati. Confrontando i tassi degli eventi coronarici e cerebrovascolari, emerge che negli uomini prevalgono gli eventi coronarici, nelle donne quelli cerebrovascolari.

Per quanto riguarda gli accidenti cerebrovascolari si conferma che nelle aree del Sud la mortalità è superiore rispetto al Nord, dato atteso per la più elevata prevalenza di ipertensione arteriosa e abitudine al fumo sia negli uomini che nelle donne.

Il ruolo dell'infermiere come educatore alla salute

La valenza sanitaria e sociale delle stime epidemiologiche sulle malattie cardiovascolari è accentuata dalla considerazione che esse, o per lo meno in maggioranza (cioè, le forme arteriosclerotiche), sono in larga parte prevenibili, almeno per il 50% secondo le stime. Molti dei fattori di rischio delle malattie cardiovascolari sono modificabili e, quando sono più di uno, hanno un'azione non solo addizionale ma moltiplicativa o sinergica nel determinare il rischio di malattia.

Dall'analisi di quanto esposto, appare chiaro quanto sia importante porre in essere una costante e penetrante educa-

zione sanitaria rivolta alla popolazione allo scopo di rendere accessibile a tutti i concetti di prevenzione primaria e fattori di rischio modificabili per la patologia cardiovascolare, così da sensibilizzare il singolo ad attuare degli stili di vita sani che gli permettano di abbassare l'incidenza di questo tipo di malattia.

Il professionista-cardine nel ruolo di educatore alla salute è senz'altro l'infermiere che affianca a competenze di tipo pratico-assistenziali quelle relative alla diffusione di corretti stili di vita.

Oltre all'educazione sanitaria, e nell'ottica di attuare una prevenzione secondaria, risulta essere di fondamentale importanza una diagnosi precoce della patologia infarto, all'esordio dei sintomi, così da rientrare nel trattamento (sia esso medico che chirurgico), nella famosa "golden hour", ossia nel tempo necessario che permetta un intervento tempestivo sulla patologia, con una riduzione significativa della morbilità/morbosità/mortalità associate all'evento, garantendo una buona qualità di vita al paziente nella fase post-acuta.

L'importanza della Patologia Clinica nella diagnosi precoce di Ima

Il laboratorio di Patologia Clinica svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi della patologia cardiovascolare.

Eseguendo, infatti, un'analisi su campioni ematici, lo specialista patologo clinico ricerca l'eventuale presenza di marcatori biochimici miocardiospecifici altamente sensibili, ossia di sostanze che si riversano nel sangue dopo danno ischemico e,

quindi, lisi del miocardiocita. (Fig.1-2)
I marcatori, oltre a dare informazione circa il danno avvenuto, sulla sua entità e gravità, riescono a dare informazioni anche sul tipo di lesione che c'è stata. Attualmente, la mioglobina è il biomarcatore più utilizzato per svolgere il ruolo di marcatore precoce di necrosi miocardica. La sua concentrazione aumenta in circolo tra la I e la V ora dall'inizio del dolore e la sua misurazione, all'arrivo del paziente al Dea, può essere molto utile per una diagnosi di esclusione dell'Ima; il picco del rilascio si raggiunge intorno alle 10-12 ore, per poi decrescere fino praticamente ad annullarsi dopo 24-30 ore dall'inizio dell'infarto.

La mioglobina manca, tuttavia, di cardiospecificità, potendo essere aumentata anche in presenza di insufficienza renale, miopatie o traumi.

La sua specificità diagnostica è di circa il 67-95%, cosicché l'impiego di tale marcatore richiede sempre l'associazione con la troponina, al fine di confermare, in caso d'aumento della mioglobina, l'eventuale presenza di danno miocardico, annullando i possibili risultati falsi-positivi della mioglobina stessa.

Riguardo al protocollo di campionamento per l'individuazione di un Ima acuto, utilizzando la strategia che impiega marcatori precoci e tardivi, la raccolta dei campioni per il dosaggio è raccomandata al ricovero in ospedale e dopo 4, 8 e 12 ore.

Sono stati anche proposti dei protocolli più brevi, al fine di escludere più rapidamente l'Ima a livello del Dipartimento d'Emergenza, ma la loro efficacia non è stata definitivamente confermata.

In alternativa alla mioglobina, anche se meno precoce, è ampiamente proposto in letteratura l'impiego, come marcatore precoce, del CK-MB in concentrazione di massa o più raramente dell'isoforma cardiospecifica MB.

Infatti, gli isoenzimi della creatin chinasi sono formati dall'associazione di due M monomeri, CK-MM che predominano nel muscolo o da due B monomeri, CK-BB, che predominano nel cervello e negli organi viscerali interni.

La forma ibrida utilizzata in clinica, invece, è composta da due subunità M e una B. La concentrazione della CK comincia ad

innalzarsi a partire da 4-6 ore dopo l'infarto e ritorna normale nel giro di 2-3 giorni.

Tenendo conto che la CK-MB è influenzata da traumi muscolo-scheletrici gravi, la sua determinazione può raggiungere una specificità diagnostica del 90%.

Le molecole di CK-MB e la mioglobina sono presenti sia nel muscolo scheletrico che nel miocardio, pertanto a causa del ricambio cellulare attivo per le cellule muscolo-scheletriche, la diagnosi di infarto miocardico può essere effettuata solo in presenza di un raddoppio dei loro valori basali, rispettivamente di 6-10 μ /l e 60-80 μ /l.

In associazione alla mioglobina viene proposto, e ormai largamente utilizzato nella diagnosi di Ima, il dosaggio delle troponine cardiache I e T: si tratta di proteine strutturali dell'apparato contrattile miocardico, dotate di alta sensibilità ed elevata cardiospecificità, la cui frazione maggiore è unita strutturalmente al complesso tropomiosina, pertanto compaiono nel plasma solo dopo lesioni cellulari irreversibili.

Le troponine sono dosabili nel sangue in tempi relativamente precoci (4-10 ore dopo l'inizio del dolore toracico) e per-

mangono elevate per 4-9 giorni.

Il limite massimo di riferimento plasmatico è di 0,1 μ /l, valore molto basso proprio perché generalmente non è presente nel sangue.

L'elevata sensibilità e specificità (quasi del 100%) di tale proteina permette pure di identificare danni miocellulari di piccola entità, tali da non determinare alterazioni significative della CK-MB, identificando, all'interno dei pazienti con diagnosi di Ima, pazienti con danno miocardico minimo.

Le diverse caratteristiche cinetiche dei diversi marcatori (tempi di picco e normalizzazione) suggeriscono la possibilità di un loro uso combinato: la migliore combinazione sembra essere quella di valutare la concentrazione di mioglobina e troponine.

Infine, i marcatori biumorali di necrosi possono essere utilizzati per definire la ripresa del flusso fornendo informazioni utili sull'efficacia del trattamento trombolitico: la mioglobina, grazie ad una cinetica più rapida, può essere l'indice biumorale più precoce di ripercussione, in quanto la sua curva di rilascio dopo trombolisi distingue il 70% dei malati ripercusi a 15 minuti dal trattamento.

Enzimi	Tempo di comparsa	Tempo di picco plasmatico	Tempo di normalizzazione
CPK	6-8 ore	24-30 ore	< 3 giorni
CPK-MB massa	4-6 ore	18-24 ore	36-76 ore
Mioglobina	1-3 ore	6-12 ore	24-36 ore
Troponine (T-I)	5-10 ore	1-4 giorni	5-14 giorni

Fig.1. Marcatori biumorali di necrosi nell'infarto miocardico acuto

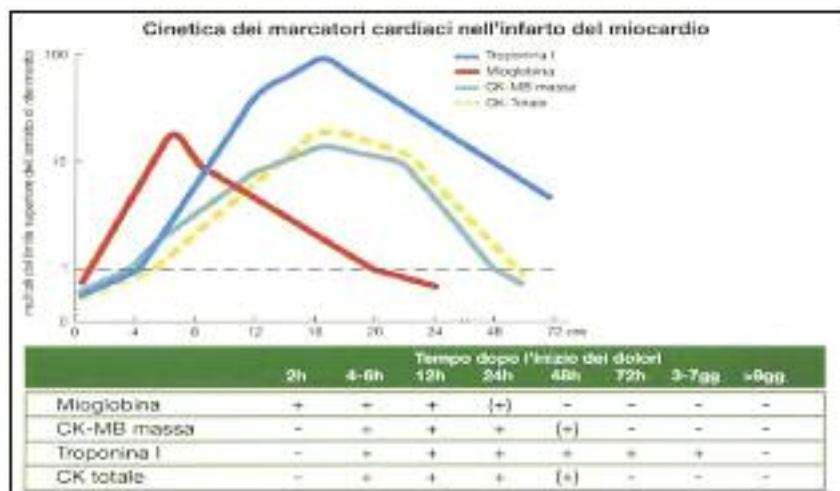


Fig.2. Tempo di rilascio dei vari segni biochimici di infarto acuto

INFERMIERE E ASSISTENZA DEL PAZIENTE IN UTIC

Di fronte ad un sospetto di Ima, il primo step diagnostico consiste nell'esecuzione di un prelievo venoso che permetta di quantizzare il dosaggio degli enzimi cardiaci in circolo. Il ruolo dell'infermiere, nell'iter assistenziale al paziente affetto da potenziale cardiopatia ischemica, inizia in questo momento: esso eseguirà il prelievo venoso, assisterà il paziente nell'esecuzione di esami strumentali richiesti, collaborerà col medico nell'interpretazione degli esami biomorali e nella somministrazione della terapia farmacologica, controllerà e valuterà l'efficacia della terapia stessa e supporterà psicologicamente l'ammalato e i familiari nella metabolizzazione della notizia dell'evento patologico.

Nel momento in cui dal sospetto della patologia di infarto miocardico acuto, si passa alla certezza, è innanzitutto necessario che il paziente venga ricoverato al più presto in un'unità di Terapia Intensiva coronarica, ove sia possibile la monitoraggio elettrocardiografica e il rilievo frequente dei parametri vitali.

L'infermiere di Utic provvederà, oltre all'incannulazione di una via venosa periferica e all'assistenza al medico nel confezionamento di un accesso venoso centrale, all'esecuzione di esami ematochimici urgenti che permettano di quantizzare il sospetto diagnostico e individuare, ed eventualmente correggere, potenziali squilibri elettrolitici. Verrà inoltre eseguita una radiografia del torace al letto del paziente e un Ecg a 12 derivazioni.

L'infermiere dovrà, tra l'altro, assicurarsi che ci sia una presenza costante del carrello dell'emergenza, che sia pronto all'uso, che siano presenti e non scaduti i farmaci da utilizzare in una potenziale rianimazione cardiorespiratoria e che il defibrillatore sia costantemente in carica elettrica così da esser pronto e funzionante, se necessario.

Il professionista infermiere sarà responsabile dell'intero processo assistenziale di cui risponde in prima persona.

Il paziente verrà tenuto a letto per le prime 24-48 ore e nutrito con una dieta inizialmente liquida, e leggera nei giorni successivi.

Se l'Ima decorre senza complicanze, la mobilitazione può iniziare precocemente e il paziente può lasciare la terapia intensiva tra la terza e la quinta giornata.

Il paziente con infarto del miocardio deve osservare il riposo assoluto, al fine di ridurre il fabbisogno energetico del miocardio e favorire il processo di cicatrizzazione (è stato dimostrato che quest'ultimo si realizza in un periodo di sei-otto settimane).

Nei primi due-tre giorni, il paziente deve rimanere a letto per la maggior parte del tempo; possono essere concessi solo brevi periodi di poltrona (15-30 minuti). Nelle giornate successive (tre-quattro), i periodi di riposo in poltrona possono essere prolungati.

Durante il periodo di permanenza a letto è consigliabile che il paziente muova le gambe, per prevenire la stasi e i possibili incidenti tromboembolici.

La deambulazione va iniziata in III-V giornata e sempre in maniera graduale.

È indicata una dieta ipocalorica, suddivisa in pasti piccoli e frequenti; in caso di insufficienza cardiaca va ridotto l'apporto di sodio e incrementato quello di potassio.

La permanenza a letto e l'uso di analgesici per la sedazione del dolore possono provocare stitichezza: è opportuno, in tal caso, aumentare la quantità di scorie nella dieta ed utilizzare un ammorbidente delle feci o blandi lassativi. Le evacuazioni fecali, nei primi giorni, dovranno avvenire a letto mediante l'uso di una comoda.

Se non intervengono complicanze, i pazienti possono proseguire la convalescenza a casa (dopo un periodo di ospedalizzazione di almeno due settimane).

La riabilitazione deve procedere in maniera progressiva, con piccoli spostamenti in casa e, solo più tardivamente, nei dintorni.

È necessario un adeguato riposo notturno di almeno 8-10 ore e, in alcuni casi, ulteriori periodi di riposo nel corso del mattino e del pomeriggio.

Vanno sempre rispettate le norme dietetiche indicate e l'assoluta astensione dal fumo. Dopo sei-otto settimane circa, o prima di riprendere l'attività lavorativa,

è opportuno eseguire un test da sforzo. Il paziente deve essere assistito nella sua globalità, poiché si tratta di un'insieme bio-psico-sociale.

L'assistenza "psicologica" fornita dall'infermiere, incentrata sui bisogni del paziente, gli rende più facile l'idea che non si senta estirpato dalla sua casa e dalla sua vita ed affronterà con diverso spirito anche la nuova realtà in cui si trova.

Il paziente cardiopatico è molto particolare: in genere, si preoccupa di conoscere la sua patologia, e tutti i rischi che essa può comportare.

L'infermiere, deve valutare lo stato emotivo del paziente perché è collegato alla sua salute, ed agire di conseguenza.

INFORMARE E RASSICURARE

Sin dal suo ingresso in Terapia Intensiva, il paziente, generalmente, è in preda all'ansia, può avvertire un forte dolore ed essere spaventato da quest'esperienza. In questa fase iniziale, è difficile che possa ricordare le informazioni che gli sono date, pertanto, le comunicazioni tra infermiere e paziente devono essere limitate a spiegazioni semplici e rassicuranti. Molto spesso i pazienti sono sospettosi o male informati riguardo agli apparecchi di monitoraggio, sarà quindi necessario dare spiegazioni sull'apparecchiatura usata e su tutto ciò che è fatto durante la loro permanenza in Utic.

L'infarto induce una serie di esperienze, reazioni e comportamenti che condizionano la situazione psicologica del paziente sia nella fase acuta, che in quella riabilitativa: ansia, depressione, irritabilità, disturbi del sonno, angoscia, sensazione di malattia invalidante, dipendenza dal medico, dai farmaci.

Il paziente infartuato percepisce il proprio corpo come malato e indebolito, non è più controllabile né gestibile; il futuro diventa incerto, si ha la paura di non poter più far progetti a lungo termine.

Il professionista infermiere dovrebbe dedicare del tempo all'ascolto empatico favorendo l'espressione delle paure e creando le condizioni nelle quali la rassicurazione ed il conforto possano trovare terreno favorevole per essere accettati. La depressione è tipica nel corso della

convalescenza, soprattutto dopo che il pericolo è passato, quando la routine ospedaliera diventa noiosa e si ha il tempo di pensare ai cambiamenti della propria vita.

Questo periodo è stato paragonato ad un vero e proprio "periodo di lutto", per la perdita della funzionalità e di capacità fisiche.

In alcuni casi, la depressione sopraggiunge solo dopo il ritorno a casa e spesso si manifesta con astenia e dolore che sostituiscono - o completano - i sintomi psichici come perdita dell'appetito, insonnia, apatia e senso d'isolamento.

Condizioni, queste, che possono essere peggiorate da un comportamento iperprotettivo da parte della famiglia.

CONCLUSIONI

Come ampiamente analizzato, le patolo-

gie cardiache risultano essere la prima causa di mortalità nei Paesi industrializzati. Stime statistiche dimostrano che il numero di tali patologie è in aumento, ed aumenterà ulteriormente nei prossimi dieci anni.

Analogamente e contestualmente all'aumento dell'incidenza di questo tipo di patologie, vi è la necessità che anche la diagnosi precoce, con l'introduzione nella pratica laboratoristica di nuovi indici ematici quale, ad esempio, l'ormone natriuretico atriale tuttora in fase di perfezionamento, e la pratica assistenziale al paziente infartuato compiano continui progressi.

Se, da una parte, il patologo clinico ha il ruolo fondamentale di permettere, mediante analisi di campioni ematici, la diagnosi precoce di un'Ima in corso, l'infermiere ha l'arduo compito di assistere, con competenze sempre più specifiche

e peculiari, l'ammalato.

L'infermiere nel reparto di Utic è, tuttora, un professionista che si interfaccia di continuo, oltre che con l'attuazione di pratiche e tecniche di *nursing* estremamente collaudate e basate sull'*evidence practice*, con sistemi bioingegneristici di monitoraggio dei parametri vitali e strumenti di diagnosi della patologia cardiaca altamente tecnologici e informatizzati. Questo ha permesso una crescita professionale del caregiver, rendendo possibile una professionalità a 360 gradi: assistenziale, tecnica, psicosociale, con l'auspicio che questa "crescita" possa continuare ulteriormente ed aprire altri orizzonti alla professione infermieristica.

AUTORE:

Sabato Albino, CdL in Infermieristica "W", università "La Sapienza"-Roma.

BIBLIOGRAFIA

Istat 2008 prelevati dal sito: www.istat.it/archivio/sanita.

Ministero della salute, *Relazione sullo stato sanitario del paese 2010*. Centro nazionale di Epidemiologia, Prevenzione e Promozione della salute, ISS-Dicembre 2010

Burt C, *Summary statistics for acute cardiac ischemia and chest pain visit to United States EDs, 1995-1996*. Am J Emerg Med 17:552-559, 1999.

Collinson P, Apple F, *Analytical Characteristics of High-Sensitivity Cardiac Troponin Assays*. Clin Chem 30:54-61, 2011.

Apple Fred S, *High High-Sensitivity Cardiac Troponin for Screening Large Populations of Healthy People: Is There Risk?* Clinical Chemistry 10: 537-539, 2011.

Goglia G, *Anatomia Umana*. Casa Editrice Piccin 2000:356-371.

Dalla Volta S, Daliento L, Razzolini R, *Malattie del cuore e dei vasi*. McGRAW-HILL Ed. 2005:3-34.

Robbins e Cotran, *Le basi patologiche delle malattie*, Ed. Elsevier 2010.

Bonetti G, Pagani F, Panteghini M, *Strategie di impiego dei marcatori cardiaci*. Rivista di Medicina di Laboratorio 5:133-142, 2004.

Carey M.G, Pelter M, *Evolving myocardial infarction*. Am J Crit Care 19: 557-558, 2010.

Carraro U, Rizzi C, Rossini S, Zampieri S, *Principi di Patologia Generale*. Edizioni Unipress 2005: 257-286.

Rugarli C, *Medicina Interna Sistemica*. Ed. Masson 2003:3-270.

Clerico A, Volpi E, *La crescente importanza della medicina di laboratorio nella pratica cardiologica*. Ligand Assay 12: 80 - 96, 2007.

Leeper B, Cyr A.M, Martin K, Lambert C, *Acute coronary syndrome*. Crit Care Nurs Clin North Am 23: 547-557, 2011.

Bos-Schaap A.J, Wit M.A, Hautvast R.W, Heestermans A.A, Umans V.A, *Nursing role to improve care to infarct patients and patients undergoing heart surgery: 10 years experience*. Neth Heart 20; 5-11, 2012.

Carey M.G, Pelter M.M, *Improving nurse's ability to identify anatomic location and leads on 12-lead ECG with ST elevation Ima*. Eur J Cardiovasc Nurs 9 (4): 218 - 225, 2010.

Carpenito-Moyet L.J, *Diagnosi infermieristiche: applicazione alla pratica clinica*. Casa Editrice Ambrosiana 2000.

Crawley M, *Care of patients with myocardial infarction* Am J Nurse 61: 68-70, 1961.

De Ponti A, Sorbara L, Fusar Imperatore P, Berizzi M, Di Rocco E, *Organizzazione di un incontro di educazione alla salute dedicato ai pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta: l'esperienza degli infermieri di Desio*. Ass Inf e Ric 25(3): 170 - 175, 2006.

De Ponti A, Sorbara L, Fusar Imperatore P, Berizzi M, Di Rocco E, *Le conoscenze e gli stili di vita dei pazienti: indagine sui pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta dell'Unità Coronarica dell'ospedale di Desio*, Ass Inf e Ric 25(3): 163 - 169; 2006.

Dillon M.P, *Lo stato di salute della persona: valutazione infermieristica*. Piccin Editore 2010.

Lastrucci D, Pianigiani A, Peruzzi V, Pallassini M, *Riduzione del periodo di riposo a letto post-interventistico nell'utenza sottoposta ad intervento coronarografico*, Giorn Italiano Sc Inferm 3(7): 23 - 27, 2008.

Lynn P, *Manuale di tecniche e procedure infermieristiche* di Tylor. Piccin Editore 2010.

Nettina S.M, *Il manuale dell'infermiere*, Piccon Editore 2003.

Suddarth B, *Nursing medico-chirurgico*. Casa Editrice Ambrosiana 2001.

I costi delle infezioni nosocomiali in Terapia Intensiva e il ruolo del coordinatore infermieristico: una revisione della letteratura

di Sondra Badolamenti

ABSTRACT

Le infezioni nosocomiali rappresentano un problema di rilevante importanza per la sanità e numerosi studi confermano che nelle unità di Terapia Intensiva (TI) esse riguardano la maggior parte del totale degli eventi epidemici che si verificano in ospedale.

Scopo di questo lavoro è mettere a confronto i costi della gestione delle infezioni ospedaliere acquisite nelle unità di terapia intensiva per una struttura sanitaria.

Sono stati identificati quattro articoli corrispondenti alla tematica della revisione. I criteri di inclusione utilizzati per selezionare la bibliografia hanno preso in considerazione studi di tipo osservazionale e sperimentale che hanno valutato i costi nell'arco di un periodo descritto, costi direttamente imputabili alle infezioni ospedaliere e verificatesi, esclusivamente, durante la degenza nelle TI.

Gli articoli presi in considerazione sono sostanzialmente concordi nel rilevare una correlazione tra le infezioni nosocomiali sviluppate durante la degenza in TI e l'aumento dei costi per la struttura sanitaria: quindi, **il controllo delle infezioni costituisce un obiettivo di primaria importanza per il nostro Servizio Sanitario Nazionale nell'ottica di contenimento dei costi e di un utilizzo più efficiente delle risorse economiche a disposizione.**

L'articolo esplora anche il ruolo che il co-

ordinatore infermieristico ha in termini di responsabilità nella gestione del budget e delle risorse economiche sulla base dell'*evidenced based nursing*.

Parole-chiave: *nosocomial infections, costs, intensive unit care, nurse management, nurse administration*

INTRODUZIONE

Le infezioni acquisite in ospedale rappresentano un importante problema per la Sanità.

Le unità di TI (o ICU, secondo l'acronimo anglosassone) sono reparti nei quali il rischio di insorgenza di infezioni nosocomiali è molto elevato.

Infatti, numerosi studi hanno dimostrato che i centri di Terapia Intensiva rappresentano le aree ospedaliere nelle quali la presenza di infezioni nosocomiali è molto elevata.

Numerosi dati supportano tali affermazioni, sia nella letteratura anglosassone che in quella italiana. Per quanto riguarda la seconda, già studi risalenti al 1994 evidenziavano un maggiore rischio di insorgenza di infezioni in TI come:

- lo studio europeo di prevalenza di infezioni nosocomiali in TI (Epic) che ha rilevato una prevalenza di infezioni del 21%¹;
- lo studio Euronis condotto in Italia nel 1991, che ha rilevato un'incidenza di polmoniti lcu-specifiche del 9,4%².

Dati italiani più recenti stimano che, ogni anno, circa il 5-8% dei pazienti ricoverati (per un totale di 450mila-700mila), contraggono un'infezione ospedaliera³.

Se, come afferma il *Centers for Disease Control and Prevention* (Cdc) di Atlanta, il 30% delle infezioni nosocomiali sono evitabili, di fatto, ogni anno, sarebbe possibile prevenire circa 135mila-210mila infezioni ospedaliere.

Il dato è ancora più impressionante se si considera che 1.350-2.100 di queste infezioni conducono al decesso⁴.

Lo studio di prevalenza INF-NOS 2⁵ condotto in Italia dal 2002 al 2004, evidenzia una stabilità nella prevalenza delle infezioni, nel nostro Paese, pari al 6,7% e sostiene, inoltre, che i germi principalmente implicati siano: *Pseudomonas Aeruginosa*, *lo Staphylococcus Aureus* e *l'Escherichia coli*.

Negli ultimi decenni, i Rapporti del *National Nosocomial Infection Surveillance* (Nnis)⁶ per il Cdc di Atlanta identificano in quattro aree la localizzazione più frequente dei processi infettivi.

Ancora oggi, in Italia, l'80% delle infezioni nosocomiali si localizza nelle stesse quattro sedi: polmoni, tratto urinario, ferita chirurgica e sangue.

Lo studio multicentrico INF-NOS 2 conferma che sono proprio le Unità di Terapia Intensiva (Uti) quelle ad essere maggiormente implicate, con una percentuale del 34% circa.

Anche i dati provenienti dalla letteratura americana confermano che i pazienti ricoverati in TI rappresentano, in media, il 5-10% dei pazienti ricoverati in ospedale, ma sviluppano un quarto circa di tutte le infezioni acquisite nell'ambito di un determinato presidio ospedaliero⁷.

Inoltre il 90% circa degli eventi epidemici che si verificano in ospedale interessa pazienti ricoverati in TI⁸ e la mortalità attribuibile alle infezioni in essa è elevata⁹.

Tra i numerosi fattori che concorrono nel determinare un elevato rischio di infezione nosocomiale in TI hanno un particolare ruolo:

- le condizioni, spesso critiche, del paziente;
- il frequente ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche invasive;
- la presenza contemporanea, in un'area fisicamente limitata, di pazienti immunodepressi e/o di pazienti infetti;

- l'uso di farmaci immunosoppressori;
- la selezione locale di microrganismi multi-resistenti di difficile eradicazione.

Esiste un sostanziale accordo in letteratura sulla necessità di attivare sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere nelle Uti.

La necessità di farlo è sostenuta da valutazioni sia epidemiologiche (che prendono in considerazione sia la frequenza che la gravità del fenomeno in TI) che economiche (in cui si valuta il rapporto costo-benefici delle infezioni).

Già il Piano Sanitario Nazionale (Psn) 1998-2000, tra gli obiettivi delle strutture sanitarie del territorio nazionale, ha indicato la riduzione del 25% delle incidenze delle infezioni ospedaliere.

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è mettere a confronto i costi della gestione delle infezioni acquisite in TI per le strutture sanitarie.

MATERIALI E METODI

Sono state consultate le banche dati, in lingua inglese, Cinahl/Ebsco host e Pub-

DATABASE	STUDIO	TITOLO
Pubmed/Medline	sperimentale	Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick D.M, <i>Decline in low adverse events, nosocomial infections and cost through quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change</i> . Qual Saf Health Care 2006 August; 15(4):235-239.
Cinahl	osservazionale, trasversale di tipo retrospettivo	Pappas S.H, <i>The cost of nurse-sensitive adverse events</i> . The Journal of Nursing Administration 2008 May; 38(5): 230-236.
Pubmed/Medline	osservazionale, di coorte retrospettivo	Chen Y.Y, Chou Y.C, Chou P, <i>Impact of nosocomial infection on cost of illness and length of stay in intensive care units</i> . Infection Control and Hospital Epidemiology 2005; 26:281-287.
Pubmed/Medline	osservazionale	Anderson D.J, Kirkland B, Kaye S.K, Thacker P, Kanafani Z, Auten G, Sexton D.J, <i>Underresourced hospital infection control and prevention programs: penny wise, pound foolish?</i> Infection Control and Hospital Epidemiology 2007 July, 28(7).

Tabella 1. Studi e relativi articoli ed autori

med/Medline ed italiana Iltis, prendendo in considerazione tutte le pubblicazioni che vanno dal 2004 al 2010.

I limiti introdotti nella procedura di ricerca sono stati pazienti adulti (*all adults 19+years*) e (*humans*), con documenti pubblicati in inglese.

Per quanto riguarda le pubblicazioni in lingua italiana, a causa della difficoltà a reperire materiale on line, la datazione non è così recente.

Alcuni articoli in *full text* sono stati scaricati on line, per altri la rivista era a disposizione presso il Collegio Ispasvi di Roma.

È stata, inoltre, effettuata una ricerca su alcune riviste pertinenti l'oggetto del lavoro, attraverso il catalogo italiano dei periodici (Acnp), ma purtroppo non è stato possibile reperire altri articoli perché, ad oggi, le riviste di nostro interesse non sono presenti sul territorio nazionale.

Sono stati utilizzati i seguenti *MeSH Terms*: *nosocomial infections, costs, intensive unite care, nurse management, nurse administration* che sono stati

combinati con gli operatori booleani "and" e "or".

Sono stati, così, identificati quattro articoli corrispondenti alla tematica della revisione. (Tabella 1)

I criteri di inclusione utilizzati per selezionare la bibliografia hanno preso in considerazione studi di tipo osservazionale e sperimentale che hanno valutato i costi nell'arco di un periodo descritto: costi direttamente imputabili alle infezioni ospedaliere e verificatesi, esclusivamente, durante la degenza nelle TI.

RISULTATI

Gli articoli presi in considerazione sono sostanzialmente concordi nel rilevare una correlazione tra le infezioni nosocomiali sviluppate durante la degenza in terapie intensive e l'aumento dei costi per la struttura sanitaria. Tutti questi dati si riferiscono, però, a studi americani.

Le infezioni nosocomiali si verificano in circa il 10% dei pazienti ricoverati nelle TI.

Tra le cause di infezioni ospedaliere, il 31% riguardano le infezioni del tratto uri-

nario, delle quali quasi il 95% sono associate all'uso del catetere vescicale.

Le polmoniti coprono il 27% delle infezioni nosocomiali, delle quali l'86% sono associate alla ventilazione meccanica.

Le infezioni da contatto con sangue si verificano nel 19% delle infezioni nosocomiali, delle quali l'87% sono associate all'uso di cateteri venosi centrali¹⁰.

Nel primo studio osservazionale, è stato preso in esame il campione di pazienti della TI dell'ospedale Baptist De Soto nel Mississippi, costituito da 28 posti letto, di cui 20 di terapia intensiva e otto di sub-intensiva nell'arco di tempo che va dal 1 ottobre 2002 al 30 settembre 2003. Gli indicatori misurati sono stati gli eventi avversi che si verificano per giornata di TI, come il tasso di infezioni polmonari da ventilazione meccanica; le infezioni da contatto con materiale biologico; le infezioni del tratto urinario.

Quindi, si sono presi in considerazione indicatori quali la durata della degenza e gli indicatori economici che facevano riferimento al costo per carico di lavoro per unità (al giorno per paziente) che è stato definito come il costo totale dell'assistenza al paziente in TI nell'arco delle 24 h ed estratto usando il software McKesson.

Il costo relativo al periodo totale di degenza in Terapia Intensiva era definito come costo per carico di lavoro per unità, moltiplicato con la media della durata di degenza. Si definiscono, quindi, chiaramente gli indicatori utilizzati.

Lo studio, inoltre, voleva verificare se l'introduzione di procedure volte al miglioramento della qualità assistenziale fossero efficaci nella riduzione dei costi. Esso ha dimostrato che un miglioramento della qualità assistenziale ha portato ad una riduzione della percentuale di polmoniti associate alla ventilazione meccanica passando dal 7.4% del periodo precedente all'adozione di tali procedure al 3.2% del successivo periodo. Inoltre, la media della durata di degenza diminuisce di 2,5 giorni; così, il costo totale per paziente di terapia intensiva si riduce del 21%.

Queste affermazioni, che lo studio propone di validare e confermare con ulteriori ricerche, permettono di concludere

che una riduzione del 20-30% dei costi può essere raggiunta attraverso procedure che migliorino la qualità assistenziale.

Nel secondo studio, il campione preso in considerazione è più ampio, ovvero di 3230 soggetti reclutati in due complessi ospedalieri di un centro urbano, non specificato, così come l'arco di tempo analizzato.

Il totale dei pazienti afferenti in TI è stato differenziato in pazienti provenienti da medicina, chirurgia e ortopedia.

Sono stati presi in considerazione i dati retrospettivi risalenti ad un periodo di 24 mesi, dati sia finanziari che strutturali, ricavati dal sistema di contabilità Eclipse TSI.

Lo studio ha analizzato dati clinici, dati riferiti alla struttura ospedaliera e dati di esito, come i costi riferiti a paziente.

La percentuale di infezioni nosocomiali nel gruppo di pazienti dell'area medica è stato del 21.5%, mentre quella nel gruppo dei chirurgici è stata del 14.4 %.

Gli eventi avversi rilevati con maggiore frequenza sono state le infezioni del tratto urinario.

La ricerca ha dimostrato, inoltre, che le infezioni nosocomiali aumentavano significativamente il costo per paziente, in particolare di \$1,005 nel gruppo medico a causa di infezioni del tratto urinario e di \$ 2,384 per ulcere da pressione.

Invece, aumentavano di \$1,044 nel gruppo chirurgico per le infezioni del tratto urinario e di \$ 1,631 per le polmoniti.

Sicuramente, questo studio fornisce un'enorme quantità di dati, ma il suo limite è che non riesce a dimostrare una relazione di causa/effetto tra le variabili prese in considerazione.

Rispetto allo studio precedente (che dimostrava quanto un miglioramento della qualità dell'assistenza riduceva i costi associati al paziente), in questo vengono valutate nello specifico due variabili correlate all'assistenza infermieristica, quali il tempo totale di assistenza generale infermiere-paziente e le ore effettive di assistenza diretta al paziente, senza tuttavia riuscire a dimostrare una correlazione di causa/effetto tra queste due variabili e la riduzione dei costi per la struttura

sanitaria e rinviando ad altri studi tale obiettivo.

Anche il terzo studio prende in considerazione pazienti provenienti dall'area medica e chirurgica afferenti ad una TI di un centro medico tra l'ottobre del 2001 e giugno del 2002.

Il campione è costituito da 778 pazienti, quindi abbastanza ampio.

Questo studio, effettivamente, ha dimostrato che il costo totale dei pazienti con e senza sviluppo di infezioni nosocomiali era significativamente differente (\$10,354 vs \$3,985).

In totale, i costi sostenuti per ciascun paziente aumentavano di \$3,306 e la durata di degenza ospedaliera di 18,2 giorni per paziente.

Ogni giorno in più trascorso in TI aumentava di \$353 i costi sostenuti per ciascun paziente.

Di conseguenza, lo studio conclude che la prevenzione dalle infezioni nosocomiali può, di fatto, ridurre i costi diretti per paziente e diminuire la durata della degenza ospedaliera.

Il quarto ed ultimo studio concorda con i precedenti nel sostenere che le infezioni sviluppatasi durante la degenza in terapia intensiva comportano un aumento dei costi per la struttura sanitaria correlata all'aumento della durata di degenza media.

L'indicatore preso in considerazione è fondamentalmente la durata media di degenza.

Questo studio di tipo retrospettivo ha raccolto dati provenienti da un campione di 28 ospedali, con una capienza dai 30 ai 616 posti letto, ma non viene specificata la numerosità del campione.

Il periodo preso in considerazione va dal gennaio al dicembre del 2004.

Il costo medio di un evento di polmonite associato alla ventilazione meccanica, sviluppatasi durante la degenza in terapia intensiva, è stato stimato in \$ 25.072.

Tutti gli articoli concordano, quindi, sul fatto che le infezioni nosocomiali comportano un aumento dei costi e della durata media di degenza.

DISCUSSIONE

Negli studi analizzati, spesso gli indicatori utilizzati sono stati la qualità delle

cure e la durata media di degenza.

La polmonite nosocomiale e la polmonite da ventilazione sono spesso considerate come prevenibili qualora la qualità delle cure fosse ottimale.

L'incidenza delle infezioni nosocomiali, quando disponibile, è a volte immediatamente utilizzata per comparare i vari ospedali o i vari paesi in un'ottica di *benchmarking*.

Anche se è possibile utilizzare le percentuali delle infezioni nosocomiali per valutare la qualità di un programma di miglioramento in un dato reparto, tuttavia la comparazione tra i vari ospedali o i diversi ospedali è ancora molto problematica¹¹.

Quando si cerca di confrontare i reparti utilizzando degli indicatori di qualità come la mortalità standardizzata, raramente è stato preso in considerazione il *case-mix*.

Per esempio, nello studio Epic vengono comparate le percentuali di infezioni nosocomiali tra i vari Paesi, senza che venga fatta una correzione proprio rispetto al *case-mix*.

Anche la durata di degenza in TI è un importante fattore di rischio per la polmonite da ventilazione¹² e vi è una logica e chiara relazione tra percentuale di infezione nosocomiale e durata della degenza, anche se la durata della degenza è sorprendentemente e drammaticamente differente tra unità o anche tra Paesi¹³.

Al fine, quindi, di comparare le percentuali di infezioni, per trovarne una correlazione con la qualità delle cure, sarebbe necessario prendere in considerazione fattori di rischio differenti, in quanto anche il numero medio dei giorni di degenza, preso isolatamente, non è un metodo di riferimento sufficiente ed esaustivo, però, è sicuramente una variabile di cui andrebbe valutato il peso specifico sui costi.

CONCLUSIONI

Dall'analisi degli articoli presi in considerazione, si può sicuramente trarre la conclusione che le infezioni nosocomiali contratte nelle Unità di Terapia Intensiva comportano un aumento dei costi per la struttura sanitaria in primis e, quindi, co-

stituiscono un obiettivo di primaria importanza per il nostro Servizio Sanitario Nazionale nell'ottica di contenimento dei costi e di un utilizzo più efficiente delle risorse economiche a disposizione.

Mentre esiste un sostanziale accordo, peraltro documentato da dati scientifici, che le infezioni nosocomiali lcu specifiche comportano un aumento dei costi e su questo esiste un'ampia letteratura, scarsi sono i dati che confermano il ruolo del coordinatore nella gestione del budget e, quindi, nel controllo delle infezioni nosocomiali.

La letteratura italiana in proposito è assente, anche perché in Italia il coordinatore è chiamato da pochi anni ad avere una responsabilità nella gestione del budget e a gestire le risorse economiche sulla base delle *evidenced based nursing*.

Diverso, invece, il caso della letteratura americana ed anglosassone.

I cambiamenti che si stanno verificando nel panorama sanitario nazionale sicuramente funzioneranno da incentivo per le strutture sanitarie nel fare i necessari investimenti per migliorare l'efficienza, specialmente se una nuova *leadership* infermieristica potrà dimostrare un miglioramento dell'efficacia delle proprie prestazioni attraverso una riduzione dei costi associati alle infezioni contratte in ospedale.

Infatti, il miglioramento della qualità in sanità è multidimensionale e attraversa le varie discipline coinvolte nell'assistenza ed è direttamente correlato all'assistenza infermieristica e al miglioramento delle performance cliniche e gestionali.

In quest'ottica, il coordinatore, oggi, è chiamato a svolgere il suo ruolo in più ambiti quali:

• il miglioramento del personale infermieristico:

il personale infermieristico è fondamentale per assicurare l'eccellenza operativa. Il *National Quality Forum* ha indicato che quasi la metà delle infezioni nosocomiali identificate dal Cms (*Centers for Medicare and Medicaid Services*) sarebbero prevenibili.

Esse sono direttamente associate ad alcune variabili dell'assistenza infermieri-

stica¹⁴.

Vari studi hanno, infatti, dimostrato che gli eventi avversi (quali infezioni nosocomiali, sepsi, infezioni del tratto urinario, cadute e errori di terapia) dipendono da personale infermieristico non efficiente¹⁵. Uno staff infermieristico adeguato, invece, può ridurre gli eventi avversi, la morbilità e la mortalità¹⁶.

• La stabilità del personale infermieristico:

La sempre più crescente domanda di prestazioni infermieristiche, l'aumentata complessità assistenziale e un sempre maggior numero di pazienti acuti fanno sì che sia sempre più importante all'interno di una organizzazione la stabilità del personale infermieristico.

Un elevato *turn over* rende difficile, in un'organizzazione, la massimizzazione dell'efficienza e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Compito del coordinatore diventa, allora, quello di supportare la direzione infermieristica della propria azienda nell'elaborare e nel gestire protocolli che impattano sulla gestione finanziaria, sulla pianificazione delle risorse umane, sulla gestione della qualità, e nel migliorare l'ambiente di lavoro attraverso la facilitazione di una collaborazione multidisciplinare tra le varie professionalità coinvolte nell'assistenza.

• La creazione di una cultura dell'appropriatezza e della correttezza:

questa deve focalizzarsi non solo sulle azioni individuali, ma su una cultura della sicurezza e della trasparenza che coinvolga tutti i dipartimenti dell'azienda. Diffondere una cultura della sicurezza richiede da parte della *leadership* infermieristica l'impegno nel lavorare direttamente con lo staff nel costruire una fiducia nell'organizzazione.

Il personale deve essere in grado di condividere e gestire i problemi, gli errori, i conflitti sia analizzando le azioni individuali sia analizzando eventuali fattori che dipendono dall'organizzazione.

• La riduzione dei continui cambiamenti nella pratica clinica:

il continuo aumento dei costi in sanità e la richiesta di un miglioramento dei risultati hanno reso essenziale l'adozione di interventi di sperimentata utilità costo-

efficacia e la riduzione di interventi non necessari e spesso inutili.

Di fatto, molti medici sono riluttanti nell'adottare procedure che possano aiutare a standardizzare l'assistenza: molto gioca probabilmente il timore di perdere l'autonomia, la difficoltà nel portare la ricerca scientifica nella pratica clinica, lo scarso accesso alla letteratura basata sull'evidenza scientifica.

Compito del coordinatore infermieristico è anche quello di lavorare con le altre *leadership* per determinare come l'assistenza possa diventare più standardizzata e basata sull'evidenza.

Tutto ciò può essere raggiunto attraverso la collaborazione con i medici nell'elaborazione e stesura di protocolli di assistenza, sull'educazione con il personale sull'importanza di una assistenza standardizzata e sul rendere questi protocolli anche accessibili alla direzione sanitaria, che provvederà così alla loro divulgazione.

• Un *case management* completo ed esauriente:

Il *case management* è una metodologia riconosciuta di organizzazione dei servizi sanitari che mette al centro l'utente e i suoi bisogni, con l'obiettivo del raggiungimento di una integrazione tra gli interventi erogati e la maggiore appropriatezza possibile.

Sicuramente, la dirigenza sanitaria con la riduzione della durata di degenza e il mantenimento contemporaneo della qualità dell'assistenza¹⁷ ha degli ottimi ritorni economici.

La gestione del caso quindi richiede *"l'adeguamento delle figure sanitarie tradizionali, e in primo luogo degli infermieri, a ruoli di nuova responsabilità, in cui le capacità di valutare i bisogni, di pianificare gli interventi e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori e i volontari della rete informale cui l'assistito appartiene costituiscono le principali caratteristiche"*¹⁸.

Il coordinatore, in questo senso, ha un ruolo di primo piano nel facilitare la collaborazione tra lo staff medico ed infermieristico e la dirigenza sanitaria, nel fornire strategie per migliorare l'efficienza e costruire tutte quelle competenze che orientino verso il *case management*.

Queste ed altre sono le aree di competenza di un coordinatore.

Ci sembra, però, importante concludere con alcune riflessioni colte dalla nostra pratica clinica.

La maggior parte dei coordinatori, oggi in Italia, proviene da una formazione di tipo empirico, ha sicuramente alle spalle molti anni di esperienza clinica e di lavoro nei reparti.

Tuttavia, da circa un ventennio (vedi D.Lgs 502/92 e successive modifiche) si sono messi in moto dei cambiamenti in sanità che hanno spostato l'attenzione sull'utilizzo sempre più efficiente ed efficace delle risorse disponibili a causa di una spesa sanitaria sempre più elevata e non più sostenibile.

Tutto ciò ha focalizzato l'attenzione e gli interventi su termini quali: appropriatezza, efficacia, efficienza e budget.

Oggi, molti coordinatori si trovano così "spaccati" tra una formazione professionale eminentemente clinica e il mandato della direzione infermieristica e sanitaria sempre più orientata al contenimento dei costi e, quindi, vivono una difficoltà a conciliare un *background* clinico con una quotidianità professionale proiettata su bilanci di spesa e documentazioni registrate di costi.

Tuttavia, ad oggi, nell'adempimento di tale mandato non gli viene ancora riconosciuto alcun ruolo al tavolo decisionale.

AUTORE:

Sondra Badolamenti, infermiere clinico, Master I livello in Management infermieristico per le funzioni di coordinamento; dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Complesso Integrato Columbus, Roma.

NOTE

¹ Spencer RC, Epidemiology of infection in ICUs. *Intensive Care Med* 1994; 20: S2-S6

² Moro ML, Melotti RM. Polmonite in terapia intensiva: risultati di uno studio multicentrico. *Giornale Ital Inf. Osp* 1995; 2:180-194

³ Moro ML, Gandin C, Bella A, et al. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. 2001, pag.70 Rapporti ISTISAN-01/4.

⁴ Moro ML, Gandin C, Bella A, et al. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani. 2001, pag.70 Rapporti ISTISAN-01/4.

⁵ Lanini S, Jarvis WR, Nicastrì E, et al. INF-NOS Study Group (Gruppo Italiano delle Infezioni Nosocomiali). Healthcare-associated infection in Italy: annual point-prevalence surveys 2002-2004. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30:659-665.

⁶ Jarvis WR. Benchmarking for prevention: the centers for disease control and preventions. *National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system experience. Infection* 2003; 31:S44-S48.

⁷ Wenzel RP, Thompson RL, Landry SM, Russell BS, Miller PJ, Ponce del Leon S, Miller GB. Hospital acquired infections in intensive care unit patients: an overview with emphasis on epidemics. *Infection Control* 1983; 4:371-375

⁸ Wenzel RP, Thompson RL, Landry SM, Russell BS, Miller PJ, Ponce del Leon S, Miller GB. Hospital acquired infections in intensive care unit patients: an overview with emphasis on epidemics. *Infection Control* 1983; 4:371-375

⁹ Fagon JY, Novara A, Stephan F, Girou E, Safar M. Mortality attributable to nosocomial infections in the ICU. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1994 Jul; 15(7):428-34.

¹⁰ Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, et al. Nosocomial infections in medical in-

tensive care units in the United States. *Nosocomial infections Surveillance System. Crit Care Med* 1999;27887-892.

¹¹ Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine MH, Spencer RC, Hemmer M. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA*, 1996 Feb 7; 275(5):362

¹² Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, Jaeschke RZ, Brun-Buisson C. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med* 1998; 129:433-440.

¹³ Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine MH, Spencer RC, Hemmer M. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA*, 1996 Feb 7; 275(5):362

¹⁴ Kurtzman ET & Buerhaus PI. New medicare payment rules: danger or opportunity for nursing?. *American Journal of Nursing* 2008; 108(6):30-35.

¹⁵ Buerhaus PI, Staiger DO & Auerbach DI. The future of the nursing work-force in the United States: data, trends and implications. Boston: Jones Bartlett Publishers; 2009.

¹⁶ Unruh L. Nurse staffing and patient nurse and financial outcome. *American Journal of Nursing* 2008;108(1):62-71.

¹⁷ Enrado P. Case management yields 2:1 ROI 2007. Consultato 11 dicembre 2008. Disponibile all'indirizzo <http://www.healthcareitnews.com/story.cms?id=6645>.

¹⁸ Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali. Milano: McGraw-Hill; 2004.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson D.J, Kirkland B, Kaye S.K, Thacker P, Kanafani Z, Auten G, Sexton D.J, *Underresourced hospital infection control and prevention programs: penny wise, pound foolish?* Infect Control Hosp Epidemiol 2007 Jul; 28(7).
- Buerhaus P.I, Staiger D.O & Auerbach D.I, *The future of the nursing work-force in the United States: data, trends and implications*. Boston: Jones Bartlett Publishers; 2009.
- Center for Disease Control and Prevention (Cdc), *Guideline for prevention of nosocomial pneumonia*. MMWR 2004; 53(RR-3).
- Chen Y.Y, Chou Y.C, Chou P, *Impact of nosocomial infections on cost of illness and length of stay in intensive care units*. Infect Control Hosp Epidemiol 2005; (26):281-287.
- Cook D.J, Walter S.D, Cook R.J, Griffith L.E, Guyatt G.H, Leasa D, Jaeschke R.Z, Brun-Buisson C, *Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients*. Ann Intern Med 1998; (129):433-440.
- Enrado P, *Case management yields 2:1 ROI 2007*. Consultato 11 dicembre 2012. Disponibile all'indirizzo <http://www.healthcareitnews.com/story.cms?id=6645>.
- Fagon J.Y, Novara A, Stephan F, Girou E, Safar M, *Mortality attributable to nosocomial infections in the Icu*. Infect Control Hosp Epidemiol 1994 Jul; 15(7):428-34.
- Giardina G, *La prevenzione delle infezioni in Terapia Intensiva. Aspetti infermieristici*. Hsr proceedings. Intensive Care & Cardiovascular Anaesthesia 2008;14:48-59. Disponibile all'indirizzo www.itca.org.
- Hines P, Yu K.M, *The changing reimbursement landscape nurses' role in quality and operational excellence*. Nursing Economics 2009 Jan-Feb; 27(1):7-13.
- Ippolito G, Albertini F, Rezza G et al. *Studio nazionale di incidenza delle infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva*. In: Moretti M, *Le infezioni nosocomiali in Terapia Intensiva*. Parma: Oppidi Edizioni Scientifiche, 1986; 81-140.
- Jain M, Miller L, Belt D, King D, Berwick D.M, *Decline in Icu adverse events, nosocomial infections and cost through quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change*. Qual Saf Health Care 2006 August; 15(4):235-239.
- Jarvis W.R, *Benchmarking for prevention: the centers for disease control and preventions*. National Nosocomial Infections Surveillance (Nnis) system experience. Infection 2003; (31):S44-S48.
- Kurtzman E.T & Buerhaus P.I, *New medicare payment rules: danger or opportunity for nursing?* American Journal of Nursing 2008; 108(6):30-35.
- Lanini S, Jarvis W.R, Nicastrì E et al. Inf-Nos Study Group (Gruppo Italiano delle Infezioni Nosocomiali). *Healthcare-associated infection in Italy: annual point-prevalence surveys 2002-2004*. Infect Control Hosp Epidemiol 2009; 30:659-665.
- Moro M.L, Melotti R.M, *Polmonite in terapia intensiva: risultati di uno studio multicentrico*. Giornale Ital Inf. Osp 1995; 2:180-194.
- Moro M.L, Gandin C, Bella A et al. *Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere negli ospedali pubblici italiani*. 2001, pag.70 Rapporti Istituzionali-01/4.
- Pappas S.H, *The cost of nurse-sensitive adverse events*. The Journal of Nursing Administration 2008 May; 38(5): 230-236.
- Richards M.J, Edwards J.R, Culver D.H et al. *Nosocomial infections in medical intensive care units in the United States*. Nosocomial infections Surveillance System. Crit Care Med 1999; 27:887-892.
- Santullo A, *L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali*. Milano: McGraw-Hill; 2004.
- Spencer R.C, *Epidemiology of infection in ICUs*. Intensive Care Med 1994; (20):S2-S6.
- Unruh L, *Nurse staffing and patient nurse and financial outcome*. American Journal of Nursing 2008;108(1):62-71.
- Vincent J.L, Bihari D.J, Suter P.M, Bruining H.A, White J, Nicolas-Chanoin M.H, Spencer R.C, Hemmer M, *The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (Epic) Study*. Epic International Advisory Committee. JAMA, 1996 Feb 7; 275(5):362.
- Wenzel R.P, Thompson R.L, Landry S.M, Russell B.S, Miller P.J, Ponce del Leon S, Miller G.B, *Hospital acquired infections in intensive care unit patients: an overview with emphasis on epidemics*. Infection Control 1983; (4):371-375.

NOTIZIE IN PILLOLE

Il cocktail della longevità

Paesi, culture e abitudini diverse alla base di vite lunghe o lunghissime. La mappa mondiale della longevità conferma che la ricetta per la "fonte della giovinezza" è davvero difficile da definire. Tuttavia, anche se non c'è una regola specifica e veloce per un'aspettativa di vita di 80, 90 o addirittura oltre 100 anni, il mondo delle statistiche fornisce una panoramica di ciò che mantiene la gente più giovane e più a lungo.

I Paesi con la più lunga aspettativa di vita media sono sempre quelli ricchi, con buoni sistemi di assistenza sanitaria e stili di vita sani e vedono il Giappone in cima alla lista, in base ai dati del 2006 della Divisione statistica delle Nazioni Unite. Qui, l'aspettativa di vita media è di 83 anni. Seguono, Andorra, Australia, Monaco, San Marino e Svizzera (82 anni).

Quelli con un'aspettativa media di vita di 81 anni sono: Canada, Francia, Israele, Islanda, Italia, Spagna e Svezia. Con una speranza di vita media di 78 anni, insieme alla Slovenia e Cuba, ci sono gli Stati Uniti, in ritardo.

Ci sono poi "tasche" di super-longevità osservate in diverse parti del mondo: l'isola di Okinawa in Giappone è rinomata per la sua vasta popolazione di centenari, come, in Italia, la Sardegna.

La chiave per raggiungere e oltrepassare l'età di 100 anni in questi luoghi pare essere una combinazione di genetica, buone abitudini alimentari, esercizio fisico, riduzione dello stress e forti reti sociali.

Rapporto Osservasalute 2012

Il "paradosso" italiano: cattivi stili di vita ma ancora buona salute

È stato presentato, lunedì 29 aprile, al Policlinico "Gemelli", il decimo "Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane".

La salute della popolazione sembra migliorare, nonostante la crisi e i cattivi stili di vita adottati: comportamenti dannosi come sedentarietà e consumo smodato di alcolici.

In questo sta il "paradosso", evidenziato anche dal trend in aumento della speranza di vita (dal 2007 al 2011, i maschi hanno guadagnato 0,7 anni e le femmine 0,5 anni).

Continua la diminuzione del rischio di morte per le malattie circolatorie (per entrambi i generi nella classe di età 19-64 anni, -4,65% per gli uomini e -8,46% per le donne); tumori (la classe di età dove la riduzione è maggiore è 65-74anni, -6,97% per gli uomini e -8,71% per le donne); apparato digerente (la riduzione maggiore si riscontra per entrambi i generi fra i 19 e 64 anni con -4,03% per gli uomini e -8,62% per le donne) e respiratorio (diminuzione maggiore tra gli uomini si riscontra fra i 65 e 74

anni e nelle donne over 75 con valori, rispettivamente, di -3,55% e -0,55%).

Riguardo agli stili di vita, emerge un quadro in chiaroscuro: da un lato, aumenta il consumo di alcolici (+3,3%) e diminuisce quello di fumo; aumentano le persone in sovrappeso e obese (del 6,9% l'une e del 17,6% le altre) e i giovani - qualche volta molto giovani - che adottano comportamenti a rischio, come l'avvio precoce al consumo di alcol e dal "binge drinking".

I 184 ricercatori autori del Rapporto, coordinati dal professor Walter Ricciardi, ordinario di Igiene alla Cattolica e direttore dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane, hanno messo giù 462 pagine, suddiviso in due parti principali: la prima, dedicata alla salute e ai bisogni della gente; la seconda, ai sistemi sanitari regionali nonché alla qualità dei servizi.

Il Lazio si rivela la regione più "istruita" (per numero di laureati), ma anche quella con la percentuale maggiore di fumatori.

Il Collegio IPASVI in Rete

italiano

benvenuti

welcome

bienvenidos

español

english

www.ipasvi.roma.it

The advertisement features a collage of images: healthcare workers in white uniforms, a nurse attending to a patient, and a child. The background includes the Italian flag and the Colosseum. A central graphic shows two hands holding a globe with a red cross. The text 'italiano', 'benvenuti', 'welcome', 'bienvenidos', 'español', and 'english' is overlaid in various colors and fonts. The website address 'www.ipasvi.roma.it' is at the bottom.

Focus

**IV Workshop internazionale
del Centro di Eccellenza per
la Cultura e la Ricerca Infermieristica**



Collegio Provinciale IPASVI di Roma

IV WORKSHOP INTERNAZIONALE AL MINISTERO DELLA SALUTE

Centro di Eccellenza presentato il Comitato Etico

Un nuovo passo in avanti per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, nato in seno al Collegio Ispasvi di Roma. Lo scorso 8 maggio, in occasione del **IV workshop internazionale**, dedicato quest'anno al tema: "Etica della ricerca/Etica nella ricerca", sono stati ufficialmente presentati i membri del Comitato Etico. Si tratta di una tappa ineludibile nell'evoluzione di un ente di cultura e ricerca sanitaria, al fine di garantire la sostenibilità etica degli studi e dei progetti formativi proposti e attivati finora. Per poter implementare, infatti, le proprie attività secondo criteri di assoluta moralità e rigore scientifico, il Centro ha la necessità di dotarsi di un autorevole Comitato Etico, che valuti sotto tale profilo i progetti di formazione e di ricerca.

Il seminario, ospitato nell'Auditorium del ministero della Salute, ha rappresentato un'occasione di analisi e di confronto, alla presenza di insigni studiosi italiani e stranieri, particolarmente esperti su tali temi applicati alla ricerca infermieristica. Una variegata ricchezza di energie che si evince scorrendo i nomi del neonato Comitato, formato da: **Ann Gallagher** (Regno Unito), **Karen Holland** (Regno Unito), **Martin Johnson** (Regno Unito), Stefano Semplici (Italia), **Annalisa Silvestro** (Italia), **Antonio Gioacchino Spagnolo** (Italia), **Roger Watson** (Regno Unito).

Il direttore del Centro di Eccellenza, Gennaro Rocco, dopo aver reso conto dei 43 progetti già avviati e dei 35 attualmente in corso, in collaborazione con università, Asl, società scientifiche, Irccs

(leggi l'approfondimento alle pagine seguenti), ha augurato buon lavoro al *board* internazionale: "Siamo consapevoli che una disciplina si mantiene viva e si sviluppa solo se è in grado di innovarsi, di evolversi, di esplorare nuove conoscenze e poi di sperimentarle sul campo. Noi tentiamo di farlo ispirandoci ai valori etici e deontologici ai quali la professione infermieristica da sempre si riferisce".

Nel contesto scientifico italiano, stando al decreto legislativo 211/03, la definizione di Comitato Etico è la seguente: "Un organismo indipendente, composto da personale sanitario e non, che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela, esprimendo, ad esempio, un parere sul protocollo di sperimentazione, sull'idoneità degli sperimentatori, sull'adeguatezza delle strutture e sui metodi e documenti che verranno impiegati per informare i soggetti e per ottenere il consenso informato".

Formulazione in linea con il recente decreto ministeriale datato 8 febbraio 2013: "I comitati etici sono organismi indipendenti cui sono attribuite specifiche competenze che hanno la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela". È stato il celebre professore di Bioetica, Spagnolo, a tracciare, nel suo intervento, la storia dei comitati etici in ambito internazionale e nazionale, analizzando anche le sfide future, in questo ambito.





Alcuni membri del Comitato Etico (da sinistra): Watson, Holland, Spagnolo, Gallagher, Johnson

A partire dalla necessità di un sistema uniforme di certificazione dei vari Comitati.

Concetti ripresi anche da Anna Gallagher, docente di Etica infermieristica e presidente del Comitato Etico dell'Università di Surrey, in Inghilterra, che si è soffermata sull'iter per garantire una pratica etica nella ricerca e per identificare criticità legate al consenso informato, conflitti di interesse, trasparenza nelle procedure di reclutamento dei soggetti.

Martin Johnson (Università di Salford) ha quindi proposto un excursus storico di sperimentazioni, a partire da quelle totalmente prive di etica, a danno degli ebrei nei campi di sterminio o della popolazione di colore in Alabama, fino ad approdare al moderno concetto di *governance* della ricerca, basata sul principio:



La platea presente l'8 maggio all'Auditorium Biagio Alba del Ministero

“primum non nocere”, pur sapendo che bisogna accettare che, seppure limitato, un certo grado di malessere può sempre verificarsi nei soggetti coinvolti.

Un approccio più propriamente filosofico è stato quello di Maddalena Pennacchini, ricercatrice al Campus Biomedico di Roma, che si è soffermata sul concetto di virtù e di propensione al bene. Il direttore responsabile del *Journal of Advanced Nursing*, Roger Watson, ha infine affrontato il tema degli aspetti etici essenziali della pubblicazione scientifica:

dal plagio all’invio simultaneo di un articolo a più riviste, per arrivare addirittura alla manomissione o alla falsificazione dei dati raccolti.

Di qui, il racconto dell’esperienza internazionale del *Committee on Publication Ethics* (Cope), fondato nel 1997 in risposta alle crescenti preoccupazioni circa l’integrità degli autori che inviavano i propri studi alle riviste medico-scientifiche. Tutti gli interventi della sessione mattutina sono stati moderati da Rosaria Alvaro, Ausilia Pulimeno ed Alessandro

Stievano, mentre al pomeriggio da Nicola Barbato e Loredana Sasso che hanno coordinato il dibattito sull’esperienza del board internazionale per la costituzione di un Comitato Etico per la valutazione dei progetti di ricerca del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

La giornata si era aperta con i saluti alla platea da parte della presidente nazionale Ipasvi, la senatrice Annalisa Silvestro e di Saverio Proia, in rappresentanza del Ministero della Salute.

Nasce la piattaforma “Valeo si vales”

Il motto “Valeo si vales” significa letteralmente: “Sto bene se tu stai bene”. E quale epigramma può sintetizzare meglio la missione dell’Infermiere moderno? Era la tipica frase impiegata nell’apertura delle lettere latine, ed è così che abbiamo voluto chiamare la nostra piattaforma. Perché una piattaforma web? Ci hanno spinto essenzialmente due motivi. La necessità di visibilità per entrare in contatto con una platea di interlocutori, ricercatori, progettisti dell’ambito della Cultura Infermieristica sempre più vasta; da una parte non vorremo perdere le opportunità di proposte potenzialmente valide, e dall’altro far conoscere ciò che abbiamo realizzato: è il circolo virtuoso della comunicazione; Siamo oramai al quarto anno di attività e la gestione di oltre 100 progetti sta diventando una attività importante; se si pensa all’iter che un progetto fa, dalla proposta alla pubblicazione dei risultati, rispondendo a criteri di scientificità e di gestione di cui la rendicontazione, costituisce una fase cruciale, dovendo rispondere ai criteri di tracciabilità e trasparenza. In pratica cosa farà Vales per chi è interessato alla Cultura Infermieristica? Sarà disponibile a tutti, aggiornata periodicamente, una sezione news con tutte le novità riguardanti gli aspetti di ricerca della nostra attività; sono inoltre pubblicati tutti gli abstract dei progetti “in progress”; mentre attraverso la registrazione si possono vedere i dettagli dei singoli progetti e soprattutto scaricare il “pacchetto progetto con noi” con tutte le indicazioni per poter operativamente inserire un progetto. È in corso di allestimento la versione in inglese, sia dell’interfaccia che dei progetti di ricerca, inoltre la versatilità delle applicazioni consentono potenzialmente tutte le attività di networking: blog, forum, virtual community. L’indirizzo a cui collegarsi è www.centrodiexcellenza.eu



CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA
E LA RICERCA INFERMIERISTICA

LA PIATTAFORMA
VALES

→ SI UNISCE GIULIO VALES ←

Home Chi Siamo Progetti Con Noi News Eventi Didattica Link Progetti

La novità del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Un progetto unico in Italia, fra i primi in Europa, in linea con le positive esperienze maturate in questo campo nei maggiori Paesi avanzati e soprattutto negli Usa, che contribuirà allo sviluppo delle competenze ed al miglioramento delle performance sia dei singoli professionisti che delle équipe professionali impegnate nell’assistenza alle persone.

L’obiettivo principale è promuovere la ricerca infermieristica per migliorare l’assistenza ai cittadini e la percezione pubblica della professione.



I progetti del 2013 del Centro di Eccellenza

Il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica ha varato i progetti per l'anno 2013, approvando al contempo un upgrade dei criteri di valutazione scientifica degli stessi tramite delle linee guida di presentazione e valutazione dei progetti stessi.

Nel dettaglio, ecco i titoli delle ricerche attualmente in corso, corredati da un breve abstract.

POLO PER L'ISTRUZIONE

Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale (II fase)

Scopo del progetto è quello di strutturare una valutazione delle competenze nell'esame di abilitazione professionale dei neo laureati in Infermieristica, atto alla "sintonizzazione" dei percorsi certificativi delle università italiane, in linea con le direttive europee e con le nuove norme di competenze del profilo infermieristico individuate a livello nazionale.

Da Panacea a Igea: "Il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica

Con questo corso formativo si punta a qualificare l'assistenza infermieristica in particolare nel suo aspetto di relazione con il sofferente e il "soffrire" quale elemento di stabilizzazione di un "benessere" legato ad una relazione trasparente con noi stessi ed il paziente. Favorire dunque il benessere nella relazione paziente-infermiere orientata alla costruzione di un contesto lavorativo soddisfacente e al miglioramento della qualità del servizio erogato.

L'assistenza infermieristica nelle comunità confinate: la persona detenuta

Il corso formativo si prefigge di fornire

delle competenze specifiche di assistenza infermieristica verso la popolazione penitenziaria che può comprendere diverse tipi di fragilità.

In tale contesto, l'infermiere che esercita all'interno delle carceri deve essere formato e aggiornato al fine di acquisire conoscenze e sviluppare competenze per rispondere efficacemente ai bisogni sanitari di detta popolazione.

Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in Infermieristica della regione Lazio

L'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti del terzo anno di Infermieristica, si pone l'obiettivo di valutare ed eventualmente implementare le conoscenze degli studenti sull'attività libero professionale infermieristica (normativa di riferimento, contesti in cui si svolge, opportunità di lavoro, etc.).

A tale ricerca è associato un corso di formazione sull'attività libero professionale agli studenti del terzo anno dei corsi di laurea in Infermieristica.

Etica – responsabilità – relazione – formazione

In virtù della creazione recente, basata sulla "tradizione" del nuovo Codice de-

ontologico infermieristico dell'anno 2009, si ritiene necessario declinare termini quali l'etica, la responsabilità, la relazione e la formazione, che tengano conto dei mutamenti normativi ed antropologici nel campo formativo, politico sociale, teoretico e della prassi, basati sull'evidenza scientifica.

Essi si traducono in un monitoraggio di natura educativa continua, per tutti i professionisti sanitari, con l'obiettivo di promuovere una cultura infermieristica consapevole della propria natura etica intrinseca, indipendentemente dal contesto assistenziale nel quale si opera.

Proposta formativa per il governo clinico, la sicurezza dei pazienti e dei professionisti e la gestione del rischio clinico con specifici metodi di analisi

Le organizzazioni sanitarie sono sistemi altamente complessi. Le cause degli errori sono stratificate in cause prossime e cause remote. Agire solo sulle cause prossime manterrebbe inalterate le condizioni affinché il sistema possa, in futuro, evolvere ripetutamente in migliori *outcome* di salute. È necessario, pertanto, saper individuare, riconoscere ed intervenire sulle cause alla radice e, quindi, impostare il *risk management* su un approccio sistemico al fine di garantire la sicurezza dei processi assistenziali. La *Root Cause Analysis* è una metodologia strutturata per individuare le cause

radice e attuare azioni correttive di sistema.

Progetto per la formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio

Il prendersi cura del paziente a rischio di suicidio necessita di attenzioni e abilità particolari da parte del personale infermieristico.

Tuttavia, in molti casi non è tanto un'abilità in una certa tecnica terapeutica ad essere essenziale, quanto il calore umano, la comprensione e la solidarietà persino in casi in cui il paziente afferma e nega un certo bisogno, come, ad esempio, volere compagnia e voler stare solo, voler vivere e voler morire, voler mangiare e non aver fame.

Il progetto propone eventi formativi in diversi contesti aziendali allo scopo di apportare informazione e formazione circa il ruolo dell'infermiere nella prevenzione del suicidio.

Assistenza infermieristica nel paziente sottoposto a terapie antitumorali e qualità della vita

Questo corso, strutturato in una giornata, è articolato in un percorso didattico che si focalizza su argomenti legati alla somministrazione dei farmaci chemioterapici antiproliferativi, agli effetti tossici sul paziente e alla qualità della vita che ne deriva.

Le conoscenze che il discente deve apprendere attraverso questo percorso formativo includono il monitoraggio e la gestione collaborativa delle tossicità da chemioterapia.

Inoltre, verranno trattati argomenti di interesse infermieristico che interessano i pazienti con patologia neoplastica sottoposti a radio e chemioterapia che incidono in modo importante sulla qualità della vita come la *fatigue*, la perdita dell'appetito, la perdita dell'autonomia.

Le relazioni verteranno sulla revisione delle evidenze scientifiche presenti in letteratura e la presentazione di progetti di ricerca in fase di ideazione o già sviluppati.

POLO PER LA RICERCA

Analisi dell'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia

Attraverso un'indagine quali-quantitativa, questa ricerca mira ad una ri-concettualizzazione delle basi del Centro di Eccellenza secondo la cultura di riferimento e vuole focalizzare l'attenzione sui risultati del Centro in termini di *outcome* sulla formazione, sulla ricerca e sull'*Evidence Based Practice*. Si mirerà a delineare, inoltre, le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia, avvenuto negli ultimi venti anni.

La conoscenza dei cittadini e degli iscritti all'albo professionale relativa alle attività del Collegio Ispasvi di Roma

Questo studio permetterà di avere il grado di conoscenza che gli iscritti e i cittadini hanno sulle attività del Collegio di Roma, anche in termini di accesso al portale e registrazione alla *newsletter*, permettendo di individuarne anche la fruizione e il grado di facilitazione ai servizi da parte di questi due destinatari.

Studio controllato randomizzato in cieco sull'efficacia di un opuscolo informativo per pazienti candidati ad impianto di port

Si tratta di uno studio clinico randomizzato controllato.

I *port* sono dispositivi ad alta tecnologia che richiedono conoscenze specifiche e il cui impianto prevede una procedura assistenziale chirurgica che può causare ansia.

Bisogna saper informare i pazienti che stanno per ricevere il *port* attraverso un opuscolo; valutarne l'efficacia da solo o con il supporto personale nel ridurre l'ansia del paziente durante l'impianto e nel migliorare le informazioni a breve e lungo termine.

Valutazione in studio-pilota controllato, randomizzato, prospettico dell'uso della propoli per la prevenzione della muco-

site orale in pazienti con tumore al seno trattate con cicli di chemioterapia standard (basati su Adriamicina e Taxani).

Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali

Si intende compiere un approfondimento di tipo qualitativo su un collettivo di 40 infermieri di nazionalità peruviana ed indiana, residenti a Roma, e che operano o in strutture pubbliche, o in strutture private o in realtà cooperative.

La proposta progettuale mira ad intervenire nelle situazioni di potenziale marginalità occupazionale in cui potrebbero venirsi a collocare gli infermieri stranieri a Roma a seguito delle politiche di contenimento che la Regione Lazio sta conducendo per contenere il forte disavanzo di bilancio.

Infermiere di famiglia e infermiere di "comunità": nuovi protagonisti della sanità territoriale

Il principale obiettivo è di individuare profili di competenza e di pratica per l'infermiere di famiglia e di comunità. A tal fine, sarà condotta una ricerca su più regioni che permetterà di ricostruire i modelli organizzativi presenti in alcuni casi regionali e l'offerta formativa, per giungere alla definizione di competenze, funzioni e ambiti di lavoro.

Inoltre, sarà realizzata una sperimentazione di "infermiere di famiglia" presso alcune famiglie e case-famiglia residenti nel territorio del II Municipio di Roma, per misurare il miglioramento dell'assistenza, in termini di salute aggiunta.

Rispetto professionale degli infermieri: uno sguardo europeo

Questo progetto analizza gli aspetti qualitativi e teorici sulla dignità professionale ed il rispetto professionale degli infermieri nei *setting* ospedalieri e di territorio in alcuni Paesi europei tra cui la Gran Bretagna e la Finlandia.

Scopo precipuo è quello delineare un concetto teorico di rispetto professio-

nale e di dignità professionale infermieristica a livello internazionale. Tale concetto complesso è composto da fattori sociali e da fattori intrinseci dell'eticità umana.

I differenti fattori sociali devono essere evidenziati con maggior chiarezza per arrivare ad una definizione univoca a livello mondiale e per migliorare la salute organizzativa dell'infermiere.

Da studente infermiere a professionista della salute: uno studio longitudinale sul processo dello stress e del burnout a partire dall'università

La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo dello stress e burnout degli infermieri a partire dall'università, e di identificare precocemente le dimensioni che possono agire negativamente sul processo di assistenza e salute dei pazienti.

Valutazione quali-quantitativa del fabbisogno di assistenza territoriale degli ultra 65enni nel Lazio

Con questa ricerca, si stimerà il numero di soggetti anziani che necessitano di assistenza domiciliare e/o residenziale nel Lazio e di quelli che necessitano di monitoraggio.

Sarà messo a punto un algoritmo di valutazione della domanda assistenziale nei soggetti anziani per intervenire su questa tipologia di popolazione in crescita numerica a livello nazionale e locale.

Progetto educativo "FolleMente": conoscere la malattia mentale, combattere il pregiudizio

Partendo dal progetto ministeriale intitolato "Salute Mentale e stigma sociale", studio pilota di questo lavoro, si vuole proporre la realizzazione di un progetto educativo chiamato "FolleMente", nel quale sarà affrontato il delicato tema dello stigma sociale del "matto" e sarà evidenziato il ruolo dell'infermiere come educatore e promotore della Salute Mentale.

L'analisi sarà effettuata attraverso l'utilizzo di un questionario, atto a raccogliere informazioni su conoscenze, opinioni e atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali.

Il questionario verrà somministrato agli studenti di istituti medi e superiori con l'intento di analizzare le conoscenze ed in base ad esse stilare il percorso educativo.

La resilienza del caregiver della persona assistita in cure palliative

Lo studio propone l'applicazione del costrutto resilienza al caregiver informale che agisce in cure palliative e si propone di individuare le condizioni personali, di setting e, più in generale, assistenziali che favoriscono una gestione dell'evento malattia che associ all'inevitabile danno un possibile beneficio.

Progetto Educativo "FolleMente": conoscere la malattia mentale, combattere il pregiudizio

Si vuole proporre la realizzazione di un progetto educativo chiamato nel quale sarà affrontato il delicato tema dello stigma sociale del "matto" e sarà evidenziato il ruolo dell'infermiere come educatore e promotore della salute mentale. L'analisi sarà effettuata attraverso l'utilizzo di un questionario, atto a raccogliere informazioni su conoscenze, opinioni e atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali. Il questionario verrà somministrato agli studenti di istituti medio - superiori con l'intento di analizzare le conoscenze ed in base ad esse stilare il percorso educativo. Il progetto educativo ha come fulcro centrale colui che lo attua ed in questa specifica situazione veste i panni dell'Infermiere. L'obiettivo principale del progetto "FolleMente" sarà quello di educare i giovani a guardare oltre le apparenze, cercando di capire che spesso, dietro un comportamento bizzarro o ritenuto "diverso", si nasconde solo un forte bisogno di aiuto.

Validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala Edinburg Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)

La valutazione dei fattori correlati alla nutrizione dei pazienti con demenza è un problema di grande rilevanza poiché permette di prevenire condizioni di malnutrizione nelle persone affette da tale patologia.

La scala *Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia* (EdFED) permette di valutare questi fattori, è stata validata in Cina e non esiste una versione validata in Italiano. La traduzione linguistica e lo studio della validità di costrutto della versione italiana potrebbero essere di grande utilità per sviluppare il processo iniziato dai ricercatori che hanno condotto lo studio cinese.

L'obiettivo del progetto è realizzare la valutazione della validità di costrutto della versione italiana della scala di valutazione alimentare sulla demenza *Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia* (EdFED). I partecipanti (circa 400) saranno selezionati tra i residenti in strutture per anziani della Regione Liguria, con diagnosi di demenza.

Studio pilota clinico randomizzato e controllato della propoli nella prevenzione della stomatite in pazienti adulti che ricevono chemioterapia per il cancro al seno

La mucosite orale è un effetto avverso clinicamente importante, dose-limitante e costoso della chemioterapia. Non esistono trattamenti di provata efficacia per pazienti adulti con cancro al seno che ricevono regimi basati su adriamicina e taxani. La propoli è una sostanza naturale con molte proprietà biologiche (antinfiammatorie, antimicrobiche, antimicotiche, antivirali, antiossidanti, immunomodulatorie e anestetiche), in modo speciale per le malattie della mucosa orale, relativamente poco costosa e non tossica. La ricerca intende valutare la sicurezza, tollerabilità ed efficacia clinica preliminare della propoli per la prevenzione della stomatite chemio-indotta in

pazienti con diagnosi di cancro al seno sottoposti a chemioterapia. I pazienti saranno randomizzati a ricevere: un estratto secco di propoli con minimo 8% galangina più sciacqui del cavo orale con bicarbonato di sodio o sciacqui con bicarbonato (gruppo di controllo). Risultati preliminari sono stati presentati al Congresso Aiom 2012.

Valutazione sul campo della percezione del paziente affetto da patologia cronica rispetto alle cure ricevute: effetti sugli indicatori multidimensionali presenti nel modello del *self-management*

Lo studio prevede la valutazione attraverso il questionario *Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic)* delle relazioni statisticamente significative fra le caratteristiche del paziente affetto da patologia cronica e la percezione che ha rispetto all'assistenza ricevuta e al proprio stato di salute.

L'assistenza centrata sulla famiglia e la soddisfazione dei genitori in neonatologia

Il quesito al quale si vuole rispondere con la linea di ricerca proposta è: la soddisfazione delle famiglie in neonatologia (considerando anche l'*outcome* di allattamento), è influenzata da quanto espresso dai professionisti e dall'istituzione per quanto inerente l'assistenza centrata sulla famiglia? La finalità è valutare la soddisfazione dei genitori nelle neonatologie di III livello ed esplorare quali siano le variabili associate riferite ai professionisti e all'organizzazione delle Unità operative neonatologiche coinvolte.

Progetto di ricerca multicentrica sulla Salute Organizzativa degli infermieri in servizio presso le Aziende Sanitarie di Roma e provincia (II fase)

La prospettiva che si intende indagare, con questa seconda fase dello studio sulla salute organizzativa, attribuisce particolare rilevanza al problema del "clima organizzativo", alla necessità di favorire

un chiaro ed esplicito "investimento emotivo personale", all'importanza dei valori da trasmettere alla necessità di assumere consapevolmente una dose di "rischio imprenditoriale", all'interno del comune collante rappresentato dagli obiettivi del primo studio (la conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di Kbo, ovvero knowledge based organization).

È in questa ottica che si inserisce la seconda fase modello di ricerca che si vuole utilizzare per l'indagine sulla salute organizzativa degli infermieri di Roma e provincia.

Il modello è stato messo a punto dalla cattedra di Infermieristica dell'università di Tor Vergata di Roma attraverso il questionario Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa, strumento validato a livello nazionale ed internazionale per misurare i vari aspetti della salute organizzativa.

L'indagine mira a far emergere la percezione, o meglio l'immagine, che gli infermieri hanno della loro situazione lavorativa, in quanto raccoglie dati sulle dimensioni della salute organizzativa, passando attraverso l'analisi degli indicatori negativi e positivi presenti all'interno del questionario utilizzato.

POLO PER LA FORMAZIONE

Corso di formazione teorico-pratica *blended on line* in "Metodologia della ricerca infermieristica (IV edizioni previste per il 2013)

È rivolto a tutti gli infermieri i quali, a qualsiasi livello e in ogni contesto, aspirino a risolvere i problemi riguardanti la salute e l'assistenza utilizzando un approccio scientifico.

Si tratta di un corso di formazione di base, su un progetto di ricerca semplice (campo di indagine limitato e poche variabili osservate), con approccio esclusivamente quantitativo.

Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche

(V edizioni previste per il 2013)

Il corso strutturato in due giornate, è articolato in due ampie aree tematiche.

La prima, centrata sulla Bibliografia come disciplina fondamentale all'interno delle Scienze dell'Informazione nella sua applicazione nell'ambito delle Scienze Infermieristiche, è volta a fornire gli elementi indispensabili per una ergonomica ricerca bibliografica all'interno della produzione scientifica nazionale e internazionale e alla metodologia relativa all'organizzazione delle risorse utili.

La seconda area tematica esplora i luoghi e gli strumenti dell'indagine bibliografica: la biblioteca luogo d'eccellenza della ricerca e le nuove fonti telematiche della conoscenza.

Il corso prevede anche delle esercitazioni pratiche.

Corso di inglese scientifico per il *nursing* in 4 livelli: base-pre-intermedio-intermedio-avanzato (IX corsi)

Questi corsi nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

Fonetica e conversazione inglese (3 livelli, III corsi)

Questi corsi orientano il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare al fianco di colleghi provenienti da molti Paesi diversi.

L'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale (X edizioni)

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni

in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.

In particolar modo, verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio Ispasvi mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale (Cinahl Plus with full text, Ovid SP, Pubmed, Nursing Reference Center, Cochrane etc..)

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche (I edizione)

Corso di formazione di tre giornate.

I partecipanti, organizzati in gruppi, a ciascuno dei quali viene assegnato un tutor, dovranno consegnare, entro un termine stabilito, il rapporto finale di ricerca, da presentare in occasione della consegna degli attestati.

Al termine del corso, i discenti dovranno essere in grado di inserire in modo autonomo dei dati sull'assistenza infermieristica nella banca dati Ilisi.

Corso on line: la ricerca delle evidenze scientifiche in rete

Si occupa delle caratteristiche della letteratura biomedica e delle tecniche di base per la ricerca dell'informazione, con particolare riferimento all'utilizzo della banca dati Medline attraverso l'interfaccia PubMed.

Presenta in modo semplice, pratico ed efficace come imparare a conoscere cosa cercare (quesito), dove reperire l'informazione (fonti) e come affinare la ricerca (tecniche) attraverso suggerimenti, esempi ed esercitazioni.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

Miglioramento della pratica assistenziale attraverso la formazione di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*

Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei *clinical nurse leader* che, tra le varie fasi prevede il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica.

Obiettivi: innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in Ebp; identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione dell'assistenza negli ambiti di pratica clinica; accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in Ebp.

L'applicazione della *Evidence Based Practice* finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche

Il presente progetto rappresenta la seconda fase del progetto "il miglioramento della pratica clinica infermieristica attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*", avviato nei due anni precedenti, che prevedeva la formazione di *Clinical nurse leader* (Cnl) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'Ebp.

Si dovranno costituire all'interno di strutture sanitarie selezionate dei gruppi operativi, costituiti dai *Clinical Nurse Leader* neoformati che avranno l'obiettivo di elaborare documenti che permettano di rendere facilmente fruibili i risultati della ricerca, e di sperimentare e valutare la

loro diffusione ed applicazione nei singoli contesti.

Il progetto sarà di durata annuale e prevederà momenti di formazione teorica e sul campo, monitorati attraverso incontri formali ed informali.

La complessità assistenziale: il punto di vista degli infermieri

Lo studio intende comprendere il concetto della complessità assistenziale attraverso l'analisi del pensiero degli infermieri al fine di proporre una definizione della complessità assistenziale ed uno strumento di valutazione che la rappresenti.

Lo strumento sarà successivamente studiato secondo specifiche metodologie e reso operativo dopo uno studio mirato.

Migliorare il self-care nella persona con scompenso cardiaco attraverso il colloquio motivazionale: un'esperienza internazionale

L'obiettivo generale di questo progetto è di formare un gruppo di infermieri che già lavorano con pazienti con Sc all'utilizzo del colloquio motivazionale nella pratica clinica.

Questo progetto sarà integrato con il progetto di ricerca del Polo 2 "Self-care nel paziente con scompenso cardiaco", in quanto l'intervento che verrà effettuato dagli infermieri formati in questo percorso formativo, sarà testato con un *trial* clinico randomizzato controllato.

GIORNATA DI STUDIO PROMOSSA DAL COLLEGIO DI ROMA

Un modello per la valutazione del *Core Competence* del laureato in Infermieristica

In un contesto sociale ed economico in fieri, l'infermiere italiano, conseguita la laurea - di I e di II livello - è adeguatamente formato per rispondere alle esigenze dell'utenza e mondo del lavoro?

In un contesto sempre più internazionale, saprà affrontare anche le sfide che gli vengono dal mercato occupazionale estero?

A questi, e a molti altri quesiti, hanno cercato di dare risposte gli esperti intervenuti, venerdì 22 marzo, alla giornata di studio organizzata a Roma (presso la sede dell'Enpapi) dal centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica, promossa dal Collegio Ipasvi capitolino.

Un momento di confronto e di presentazione di interessanti dati statistici e progetti sulla formazione universitaria in Italia.

Sempre di più, infatti, corre l'obbligo d'intendersi sulle competenze attese dopo aver frequentato i corsi di laurea in Infermieristica e sulle modalità con cui tali competenze vengano valutate all'esame di stato abilitante.

*Così, se in Europa già vari gruppi stanno lavorando al riguardo, è stato proprio il Centro di Eccellenza del Collegio di Roma a farsi portavoce della versione italiana del **Tuning Nursing Educational**: questionario self-report per la misurazione degli obiettivi formativi infermieristici riconosciuti da tutta la Comunità europea.*

Proprio per parlare del *Tuning*, in videoconferenza, è intervenuta la studiosa **Mary Gobbi**, dell'università di Southampton, Inghilterra (con la traduzione simultanea di **Giuseppe Aleo**), che ha sottolineato l'importanza di sintonizzare Paesi diversi su un progetto di studio condiviso, tale da favorire, grazie all'omogeneità dei contenuti appresi, la mobilità dei professionisti infermieri su tutto il territorio dell'Unione. Il che equivale a dire che, pur senza standardizzare le attività didattiche (lasciando, pertanto, libera ogni università), è necessario provare ad esprimere il profilo accademico e professionale degli infermieri chiaramente e in sintonia con gli





La platea presente nella sala conferenze Enpapi di Roma



Il presidente Gennaro Rocco

altri Paesi, soprattutto per favorire la libera circolazione dei saperi e delle conoscenze.

A seguire, si sono succedute le relazioni di: **Alvisa Palese** (dell'università di Udine), **Valerio Di Monte** (dell'università di Torino), **Maria Grazia De Marinis** (del Campus Bio-Medico di Roma), **Anna Marchetti** (dell'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma), coordinate e introdotte dai moderatori del Collegio di Roma: **Ausilia Pulimeno** (direttore del Polo per l'Istruzione del Centro), la professoressa **Rosaria Alvaro** (dell'università degli Studi di Tor Vergata di Roma) e il docente di discipline infermieristiche **Alessandro Stievano**.

“Già da tempo – ha spiegato il direttore del Centro, **Gennaro Rocco** – l'Ipasvi collabora con la Fepi (*Consiglio Europeo degli Enti Regolatori delle Professioni Infermieristiche, ndr*) per dialogare con gli altri Paesi sui temi più attuali della professione. Quale fra questi può essere più importante della formazione? È ne-



Rosaria Alvaro, Annalisa Silvestro, Gennaro Rocco

cessario, dunque, trovare degli strumenti, delle linee-guida comuni per gestire, tra i Collegi, l'operato didattico, e per far sì che, se necessario, si proceda anche a degli aggiustamenti strada facendo. Questo, perché per valorizzare le competenze di una nuova classe di infermieri è necessario che questa sia stata 'educata' nella maniera più opportuna ed efficace possibile. I sistemi di formazione professionale hanno la responsabilità di indirizzarsi verso l'individuazione e lo sviluppo di quelle competenze necessarie ai professionisti del futuro.

Il convegno è stato arricchito dalla partecipazione della presidente nazionale Ipasvi, **Annalisa Silvestro**, alla quale sono state affidate le conclusioni.

La presidente ha tenuto a sottolineare che, per determinare una svolta nelle logiche di governo del nostro Ssn, bisogna acquisire e diffondere la capacità di misurarsi sugli esiti e sui percorsi, di confrontarsi sui risultati di salute reali e sugli aspetti economici che sottendono ogni scelta.

Il nostro gruppo professionale – ha detto – sta fornendo un contributo determinante a tale processo, sia sul piano dell'evoluzione culturale che sulla sua traduzione legislativa, contrastando le resi-

stenze al cambiamento, che pure restano tante e radicate.

La valutazione delle competenze costituisce, infatti, un tema di scottante attualità per la professione infermieristica e per l'intero sistema sanitario. Questa giornata di studio – ha concluso Silvestro – è stata importante perché, promuovendo il confronto e la condivisione sulle competenze specifiche degli infermieri e sulle modalità valutative dei percorsi accademici, ha saputo guardare alla qualità dei contenuti e al rapporto che lega la formazione a quanto accade ogni giorno fra gli operatori ed i malati, nonché nelle aule universitarie.

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è un progetto del Collegio Ipasvi di Roma, partito nel 2010. Si tratta di un'iniziativa unica in Italia e fra le prime in Europa, in linea con le positive esperienze maturate negli ultimi anni negli Usa, che contribuirà allo sviluppo delle competenze e al miglioramento delle performance sia dei singoli professionisti sia delle équipes professionali impegnate nell'assistenza alle persone. L'obiettivo dichiarato del

Centro è presto detto: far avanzare la Cultura e la Ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini ed elevare finalmente la qualità della percezione pubblica e sociale della nostra nobile professione.



Il direttore del Polo dell'Istruzione, Ausilia Pulimeno con Giulia Venturini

Cinahl: Collegio di Roma capofila per lo sviluppo della professione

In sanità, puntare all'eccellenza e allo sviluppo della qualità dei servizi significa investire in cultura professionale. Il Collegio ha quindi promosso e sostenuto con grande convinzione l'iniziativa della Federazione che oggi vede la luce: la sottoscrizione a livello nazionale della banca dati **Cinahl** di Ebsco Publishing, una delle risorse più autorevoli e prestigiose per la ricerca infermieristica. Ogni professionista dovrebbe possedere la capacità di riconoscere, identificare, valutare e interpretare i nuovi bisogni informativi e di applicare le conoscenze e le competenze acquisite nella propria realtà operativa. La Federazione ora offre all'intera comunità degli iscritti Ipasvi la possibilità di accedere gratuitamente tramite il proprio portale www.ipasvi.it alla versione più completa del database bibliografico. Il **Cinahl (Cumulative Index to**

Nursing and Allied Health Literature) è uno strumento fondamentale per la formazione, la ricerca e l'aggiornamento degli infermieri italiani. Nessun'altra professione nel nostro Paese ha affrontato un investimento così importante con l'obiettivo di dare impulso al reperimento, alla valutazione e diffusione di informazioni a beneficio dell'assistenza erogata. Noi infermieri in questo siamo all'avanguardia: favorire l'accesso alla letteratura scientifica di rilievo internazionale significa sostenere concretamente la trasformazione positiva nell'erogazione delle cure al paziente, sempre più basate sulle migliori prove di efficacia disponibili. Il Collegio di Roma si è sempre impegnato in questa direzione e la biblioteca con il suo patrimonio bibliografico lo testimonia, dal 2011 mettendo a disposizione dei propri iscritti la Biblioteca Digitale ha ampliato la disponibilità del **Cinahl with Full Text** e di altre importanti risorse in accesso remoto: un servizio gratuito che ha riscosso un grande successo in termini di interesse e di consultazioni, sempre crescenti. Questa opportunità si integra oggi con l'offerta nazionale dell'accesso a **Cinahl Plus with Full Text**, aggiungendo un nuovo tassello alla strategia della Federazione e all'impegno culturale e scientifico del Collegio di Roma, che ha fatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica un suo punto di forza e di prestigio internazionale. La versione **Cinahl Plus with Full Text** indicizza più di 4.900 riviste con una copertura bibliografica retrospettiva a partire dal 1937 (3,6 milioni di record), incrementa

la disponibilità di full text (760 testate, 275 libri e monografie, 134 documenti informativi sulle evidenze infermieristiche, 170 lezioni rapide, 360 strumenti per la ricerca, 189 moduli per la formazione continua), uno strumento eccezionale da sfruttare in tutte le sue potenzialità.

Per il Collegio di Roma la promozione culturale è essenziale, e cresce, in questo senso, il suo impegno verso gli iscritti. In primo luogo ha incentivato eventi formativi residenziali e itineranti, evidentemente di diversa complessità, inerenti la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche, per promuovere la

ricerca e dare i contenuti necessari per utilizzare le risorse scientifiche disponibili nella Biblioteca Digitale (10 corsi: 5 in sede modulati su tre giornate, 5 di un solo giorno sul territorio). Altro impegno è

CINAHL

Available via EBSCOhost

stato quello di acquisire nuove risorse utili alla pratica clinica e alla ricerca, **da gennaio 2013 sono disponibili infatti sul portale della Biblioteca Digitale**, nella sezione banche dati, oltre al **Cinahl Plus with Full Text**, anche **Nursing Reference Center** e **Consumer Health Information**, è presente anche la **Cochrane Collection Plus** consultabile però solo presso la biblioteca della sede. **Nursing Reference Center** è una banca dati Ebsco, full text, studiata per essere un supporto avanzato per la pratica clinica, progettata per gli infermieri che operano sul campo, consente di accedere alle sintesi delle migliori evidenze infermieristiche prodotte dalla ricerca e pubblicate in oltre 3.000 riviste specialistiche peer reviewed. Consente di accedere a linee guida, protocolli, lezioni rapide su patologie e condizioni cliniche, informazioni farmaceutiche, fogli informativi basati su prove di efficacia, manuali, moduli di formazione continua, casi legali, moduli per l'educazione terapeutica del paziente ed altro ancora, aggiornata nei suoi contenuti giornalmente può diventare uno strumento essenziale per la migliore pratica ospedaliera. **Consumer Health Information**, è invece dedicata all'educazione del paziente, contiene migliaia di schede informative su patologie, procedure ed altri argomenti di interesse clinico, sono disponibili video ed altri contenuti multimediali. Per la **Cochrane Collection Plus** è notorio quanto siano scientificamente autorevoli le sue revisioni, la collezione fornisce i diversi database interrogabili singolarmente o in modalità aggregata.

Si rischia un'altra estate calda tra crisi aziendali e tagli ai budget

La coda dell'inverno più drammatico per la sanità romana lascia tutti senza fiato.

Il sistema sanitario regionale appare sul punto di sgretolarsi fra tagli di budget, crisi aziendali e personale disperato. Lo scorporamento prende il sopravvento.

Non c'è più alcuna certezza e nemmeno i riferimenti istituzionali: manca una maggioranza in Parlamento, non c'è un Governo, il Lazio attende ancora la nuova amministrazione regionale e, con le storiche dimissioni di Benedetto XVI, non c'è più nemmeno il Papa.

Intanto, gli scandali sanitari si rincorrono e guadagnano i titoli cubitali di giornali e tv.



Specchio Economico (2/3/13) ospita la riflessione di Ivan Cavicchi, noto docente di Sociologia dell'organizza-

zione sanitaria, sulla relazione della Corte dei Conti che inquadra la sanità come un sistema piuttosto corrotto in cui dilagano abusi e reati che producono costi enormi. *"In base ai dati della Guardia di Finanza, dei Nas e della Corte dei Conti - spiega il professor Cavicchi - siamo intorno a due punti percentuali della spesa nel complesso. Il fenomeno, a parte l'immoralità dilagante, si chiama anti-economicità. Un sistema con ampie sacche di anti-economicità costa di più e dà meno. Per me, il problema vero della sanità non è la sua spesa, che più o meno è nella media europea, ma la sua massiccia anti-economicità"*. E aggiunge: *"Non si risolve il problema dell'anti-economicità senza intervenire sulla governance, sugli intrecci tra modo di governare e di spendere"*.

Nell'incertezza generale, il caso dell'Idi-San Carlo continua a tenere banco sulla stampa.

la Repubblica **La Repubblica** (3/3/13) titola: *"Nuovo corso all'Idi, i manager lasciano l'incarico"*. Nell'articolo si legge: *"Una cura drastica per salvare l'Idi che potrebbe passare dal taglio dei superminimi dei top-manager alla loro 'disponibilità a rimettere il mandato da aprile'. Il delegato vicario dell'Idi, Giuseppe Profiti, ieri ha incontrato primari e caposala dell'ospedale. Una cura necessaria per il rilancio dell'istituto travolto da debiti e inchieste giudiziarie. 'L'Idi che uscirà alla fine di questo percorso - ha spiegato - sarà diverso da quello di partenza. Non è una crisi passeggera, è cambiato il mondo, deve cambiare l'Idi, nulla tornerà più come prima'. E per questo, dice poi Profiti, 'abbiamo chiesto al direttore generale, sanitario e scientifico la disponibilità a rimettere il mandato dal primo di aprile e di rinunciare ai superminimi a*

partire già da febbraio. Il direttore generale Braga ha già manifestato la sua disponibilità'. Insomma, ora per il delegato vicario c'è bisogno di un 'intervento di emergenza, di avvio per la guarigione' che potrebbe comprendere l'apertura a eventuali partner privati".

In uno scenario a tinte fosche, c'è comunque spazio per qualche buona notizia.

IL TEMPO **Il Tempo** (1/3/13) annuncia: *"Dal Ministero 20 milioni per le malattie rare - Il ministro Balduzzi: 'Venti milioni per sconfiggerle'". Il quotidiano romano riferisce le parole del ministro: "Le malattie rare, di cui nel nostro Paese soffrono 1,5 milioni di persone, costituiscono un vero e proprio banco di prova dell'efficienza del Sistema sanitario nazionale. Abbiamo destinato alle malattie rare 20 milioni di euro più 15 milioni per i tumori rari"*.

Piena di speranze la novità che viene annunciata al mondo da oltre oceano.

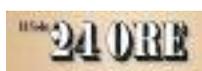
CORRIERE DELLA SERA **Il Corriere della Sera** (5/3/13) scrive: *"Negli Stati Uniti bimba sieropositiva 'guarisce' dall'Aids"*. Si legge che: *"i farmaci antiretrovirali, dati in gravidanza o durante il parto, alle donne con l'Aids proteggono i bambini dal contrarre l'infezione lo sapevamo già. Ed è così anche per l'allattamento al seno: i farmaci evitano che il virus col latte passi dalla mamma al bambino. Che cosa c'è di nuovo nel caso della bambina del Mississippi? Che la mamma non sapeva di essere malata e, durante la gravidanza, non ha preso nessun farmaco e la bimba, a 30 ore dalla nascita, aveva già il virus nel sangue. Vuol dire che si era infettata nell'utero. Subito dopo la nascita è stata trasferita al Mississippi Medical Center. Lì, chi l'ha presa in carico non ha voluto aspettare nemmeno un giorno. L'ha trattata con gli stessi farmaci che si usano per curare chi è malato. E a dosi elevate. Dopo 30 giorni, il virus nel sangue non lo si trovava già più. Ha continuato a fare i controlli ed è stato così per più di un anno. Del virus nemmeno l'ombra, anche il suo sistema immunitario è normale a conferma che il virus se ne era andato del tutto"*. Intanto, sul Soglio di Pietro sale Papa Francesco e Zingaretti vince le elezioni regionali.

La stampa prefigura per il neo governatore un lavoro durissimo per rianimare la sanità di Roma e del Lazio.

Il Corriere della Sera (6/3/13) titola: *"Rifiuti e sanità, tutto da rifare"*. *"Con Zingaretti a capo della giunta regionale, sarà lui a essere nominato nuovo commissario del governo. Così, Zingaretti aprirà con un fardello immane il suo mandato. I debiti della*

sanità del Lazio sono arrivati a 10,7 miliardi. Su un totale di 22 miliardi di buco della Regione, cifra che terrorizza. Sette di questi miliardi sono dovuti dalla Regione alle imprese, con tutto quello che ciò comporta per il ristagno dell'economia. Zingaretti, si può presumere, cercherà di non riprendere dal cassetto il drastico Piano Bondi. Cercherà l'approccio razionale, che è anche il più difficile da realizzare: lotta agli sprechi, non ai costi. Sprechi come quelli che permettevano di fatturare all'Idi, sotto inchiesta giudiziaria, 340 milioni di euro. O come quelli che intasano gli ospedali di migliaia e migliaia di persone non bisognose di cure specialistiche".

In difficoltà finanziaria anche il Policlinico Gemelli.



Torna ad occuparsene diffusamente Il Sole 24 Ore (6/3/13), che titola: "Così il Gemelli volta pagina". Il servizio spiega:

"Nel 2011 il bilancio del Gemelli si è chiuso con una perdita di circa 100 milioni e una prospettiva di ulteriori tagli nei finanziamenti futuri. In questa difficile situazione di contesto, a fronte della necessità di recuperare al più presto una condizione di sostenibilità economica, è stato messo a punto un percorso di risanamento capace, oltre che di guardare ai conti, di tracciare il disegno del Gemelli del futuro scongiurando, nei fatti, l'avvio di una deriva fatta di tagli orizzontali e razionamenti che, invece, avrebbero determinato il declino di uno dei più grandi ospedali italiani. Il Piano strategico del Policlinico Gemelli 2012-2016 fissa in cinque indirizzi fondamentali i contenuti che porteranno, entro il 2014, all'equilibrio economico e, a regime, il definitivo consolidamento dei nuovi assetti organizzativi e dell'offerta e in grado, in prospettiva, di rafforzare il ruolo nel Ssn e migliorarne ancora i livelli di qualità: 1) appropriatezza e qualità delle prestazioni; 2) efficienza nel nuovo modello organizzativo dell'assistenza; 3) rilancio del Policlinico nel contesto regionale, nazionale e internazionale; 4) sistema di alleanze con il territorio; 5) centralità della persona, accessibilità e accoglienza".

Anche le strutture pubbliche sono in gravissimo affanno e la Corte dei conti fotografa il disastro della sanità nel Lazio parlando di una "gestione confusa e atecnica".

la Repubblica

La Repubblica (9/3/13) titola: "La sanità del Lazio a rischio default.

L'ultima eredità del governo Polverini". Il quotidiano romano riferisce delle osservazioni mosse alla Regione dai magistrati contabili: "Da una parte la necessità di assicurare i servizi essenziali, dall'altra la crisi di liquidità della Regione. Un binomio, scrivono i magistrati, 'alimentato da una programmazione sfasata e da ritardi cronici nei trasferimenti di risorse, che determinano ritardi nei pagamenti dei fornitori e poco sopportabili oneri finanziari'. Problemi da affrontare in fretta se si vuole adeguare il sistema alle nuove esigenze della popolazione. Per i giudici contabili, infatti, i posti letto per acuti sono troppi: oltre un quinto della popolazione è ultra 70enne e necessita, più che di cure, di assistenza. Eppure, 'al 31 dicembre 2012 non risulta concretizzata la previsione di ottomila posti letto di Rsa (costano 98-111

euro al giorno, circa un quarto di un posto letto per acuti, ndr) contenuta nel piano 2007-2009'. Sono solo 5.597 quelli attivati. Da riorganizzare anche l'offerta ospedaliera, con la creazione di un unico polo oncologico d'eccellenza. Mentre va rivista la gestione dell'Ares 118, dove 'manca un adeguato sistema di monitoraggio della produttività'. E delle Asl, che fanno registrare 'una situazione di diffusa irregolarità contabile, un non corretto uso delle risorse e un elevato rischio di permanente squilibrio di bilancio'".

I guai non finiscono più e un altro caso finisce nel mirino della stampa.

Il Messaggero

Il Messaggero (12/4/13) scrive:

"Scarsa manutenzione e criticità al Sant'Eugenio, chiude Emodinamica". Si legge: "Chiuso il reparto di Emodinamica del Sant'Eugenio, inaugurato un anno fa. 'Sette, otto giorni e riapre, abbiamo riscontrato delle criticità', assicura il direttore generale Antonio Paone. Un passaggio dei Nas, un controllo interno, alla fine la decisione. Il servizio è sospeso, a quanto pare il reparto (finanziato nel 2006) sarebbe stato aperto senza le dovute autorizzazioni regionali".

Nello stesso articolo, il quotidiano romano si occupa anche degli sviluppi del caso Idi-San Carlo. Riporta una dichiarazione del direttore amministrativo del Bambino Gesù, Massimo Spina: "'Alcuni, come gli infermieri professionali, potrebbero essere ricollocati in ospedali come il Gemelli. Ma il piano industriale prevede degli esuberi, e da quel numero non si può scappare. Quello che chiedo è unione di intenti da parte di tutti'. I sindacati però non ci stanno".

Complice il picco influenzale stagionale, i Pronto soccorso della capitale si riempiono a dismisura di pazienti in attesa. Il policlinico di Tor Vergata tenta di rispondere all'emergenza con una nuova iniziativa e la stampa se ne accorge.

Il Messaggero (13/3/13) scrive: "Pronto soccorso, a Tor Vergata una task force contro le attese". L'articolo spiega: "Una squadra alla E.R. per il Pronto soccorso di Tor Vergata. Il policlinico si affida a una task force per affrontare una delle principali criticità di una delle più grandi strutture ospedaliere della capitale. A lavorare in team, proprio come nella celebre serie televisiva statunitense, medici e infermieri affiancati dal personale della direzione sanitaria. La task force è stata istituita dalla Direzione con una delibera per far fronte al sovraffollamento del Pronto soccorso. Dagli ultimi dati dell'ospedale, risulta che l'attesa per un ricovero in reparto arriva fino a 10 giorni e il numero di pazienti che attende in Pronto soccorso oscilla dai 40 ai 70. La task force ha tra i suoi compiti quello di valutare le condizioni dei pazienti in attesa, velocizzare i loro ricoveri in reparto o le dimissioni, e facilitare i trasferimenti in altre strutture. Si tratta di un gruppo di lavoro composto da 7/8 operatori dell'area della medicina d'urgenza e interna, che quotidianamente deve inoltre comunicare alla Direzione quale è stato il flusso di accessi al Pronto soccorso e le eventuali criticità".

Sul caso Idi-San Carlo continuano ad alternarsi notizie belle e

brutte.

Il Tempo (16/3/13) titola: "Idi verso la normalità". Si legge: "È stata pagata ieri, come annunciato nei giorni scorsi, la tranche di 1.600 euro per ciascun dipendente del gruppo Idi Sanità relativa al mese di febbraio, per un importo complessivo pari a 2,1 milioni di euro. 'Un altro passo avanti nella direzione della normalità', afferma in una nota Massimo Spina, direttore generale dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù e collaboratore del delegato vicario Giuseppe Pronti per le strutture sanitarie della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione. 'Dopo l'intesa raggiunta con le rappresentanze sindacali per chiedere l'intervento della Regione Lazio, quello di oggi è un altro segnale di responsabilità, in una situazione che rimane estremamente difficile'".

Il Messaggero Qualche giorno più tardi **Il Messaggero** (23/3/13) annuncia: "Vertice in Regione. Idi, scongiurati i licenziamenti". "Trovare ogni soluzione possibile per evitare licenziamenti all'Idi-San Carlo. È emerso da un tavolo convocato ieri in Regione, presenti tutte le parti. 'Nessuna revoca dell'accreditamento', ha assicurato Zingaretti, ma la proprietà adegui le strutture alle norme di sicurezza".

Fra i primi atti del neo governatore-commissario c'è lo stop alle nomine nelle Asl.

CORRIERE DELLA SERA Il **Corriere della Sera** (17/3/13) titola: "Zingaretti alle Asl: 'Basta nomine'". Il servizio spiega: "Sanità e nomine, Zingaretti dice basta. All'Agenzia di sanità pubblica la delibera del 14 marzo prevede modifiche a regolamento e statuto, al San Camillo due delibere incaricano per la gestione sinistri due avvocati esterni (tre sono quelli interni) per 40 mila euro ciascuno, oltre a una nomina sul punto di essere sfornata per un nuovo capo dipartimento, la Asl Rm C sta avviando una gara da 18 milioni sulla sterilizzazione non autorizzata preventivamente, come è previsto dal decreto commissariale: così, il presidente della Regione, Nicola Zingaretti, prende carta e penna e scrive una lettera ai direttori generali delle Asl per chiedere di limitarsi a garantire i servizi, in attesa dei primi provvedimenti della Giunta per una 'spending review mirata'".

Zingaretti vara la sua Giunta mentre un'altra tegola minaccia di abbattersi sulla Regione.

PANORAMA Il settimanale **Panorama** (21/3/13) titola: "Causa al Lazio sui pagamenti lenti". Il servizio afferma: "Il Piano Bondi per la sanità nel Lazio rischia di saltare. La Farmafactoring, intermediario finanziario che gestisce i crediti delle grandi case farmaceutiche nei confronti delle Asl, ha presentato un ricorso straordinario al presidente della Repubblica per contestare l'accordo regionale sui pagamenti ai fornitori che impone tempi ben più lunghi di quelli previsti dalla nuova legge entrata in vigore il 1 gennaio. Nonché il fatto che pure per il 2013 nessun soggetto possa fare azioni esecutive (cause legali) nei confronti della Re-

gione per vedere riconosciuto il pagamento delle proprie fatture. 'Un vulnus mai visto nei 27 anni della nostra attività', sottolinea l'amministratore delegato Marco Rabuffi 'e in merito al quale chiediamo un intervento immediato, anche alla luce del fatto che nei confronti della Regione vantiamo qualcosa come 640 milioni di euro'".

Come largamente anticipato dai media, il presidente Zingaretti riceve la nomina di commissario straordinario per la sanità laziale e annuncia la sua prima mossa.

Il Corriere della Sera (22/3/13) scrive: "Zingaretti commissario: 'Faremo a costo zero una commissione'. 'Ho detto al Consiglio dei ministri che accettavo questo incarico con l'obiettivo di rispettare ma anche di promuovere una grande innovazione'. Il neo governatore della Regione lo dice subito dopo essere stato nominato commissario della Sanità dal governo. Individua immediatamente il primo obiettivo: 'Ora ci metteremo al lavoro e il primo impegno sarà quello di costruire una commissione di altissimo livello che chiami a raccolta tutto il mondo delle professioni, per avere un luogo di confronto, monitoraggio e preparare un testo di legge quadro sulla sanità del Lazio'. Perché, secondo il neo governatore del Lazio, «la Regione ha bisogno di un modello sanitario che dovrà fondarsi su un testo di legge'".

IL TEMPO Il **Tempo** (24/3/13) riferisce della proposta avanzata alla Regione Lazio dalla Federazione dei medici di famiglia per disinnescare gli accessi record nei Pronto soccorso.

Nel servizio si legge: "Un piano sanitario elaborato dai medici di famiglia in collaborazione con il Policlinico di Tor Vergata per riorganizzare la sanità senza costi aggiuntivi, ma ottenendo finanziamenti dal taglio degli sprechi. La proposta è della Fimmg e nei prossimi giorni verrà inviata a Zingaretti dal segretario del Lazio Pierluigi Bartoletti. Il piano prevede il recupero a nuova funzione dei 22 ospedali chiusi dalla Polverini. 'Saranno di comunità, con moduli da 20 a 60 posti letto destinati prevalentemente alla gestione di persone anziane affette da patologie croniche e degenerative. Saranno gestiti dai medici di medicina generale'. Nel piano anche 500 studi di medici di famiglia, gli ambulatori di prossimità, che opereranno in una sede unica e disponibili per i cittadini nove ore al giorno continuative e altre 60 strutture aperte 12 ore al giorno sette giorni su sette dove opereranno a livello distrettuale medici di famiglia, pediatri e specialisti ospedalieri".

Intanto, nuovi scandali esaltano il gusto quasi morboso dei media verso i casi di malasanità.

Il Tempo (26/3/13) titola "Bambino Gesù, soldi per l'intervento: due medici sospesi". "Due medici sono stati sospesi dall'ospedale Bambino Gesù. È il risultato di un'inchiesta delle 'Iene'. I due propongono un intervento ad un bimbo di sette mesi in clinica privata per 38 mila euro. Altrimenti, l'attesa è di alcuni mesi. Ma non dicono che a Roma c'è anche il Gemelli che fa lo stesso intervento, gratis e senza aspettare".

La stampa si scatena anche per una nuova inchiesta sul San Giovanni.

la Repubblica Repubblica (27/3/13) titola "San Giovanni, caos a Neonatologia: scatta la nuova inchiesta". Nel servizio si legge: "A pochi mesi dallo scambio delle flebo che provocò la morte di un neonato, a cui fu iniettato nelle vene latte invece di soluzione fisiologica, la Neonatologia torna nel mirino della procura. Stavolta per un allarme messo nero su bianco, che punta il dito contro carenze infrastrutturali del reparto che negli ultimi mesi sembrerebbero essere peggiorate. Con troppi rapporti conflittuali tra le diverse figure professionali e turnazioni troppo pesanti del personale infermieristico. Nel mirino del pubblico ministero Attilio Pisani, titolare del fascicolo ancora senza indagati né ipotesi di reato, c'è in particolare un grave episodio avvenuto la sera del 30 novembre tra le mura di Neonatologia, quando a due mamme viene negato l'accesso al reparto e quindi la possibilità di allattare i propri figli, per una non specificata urgenza".

Il caso Idi continua ad agitare le cronache capitoline.

Da un'intricata vicenda di ricorsi giudiziari, scaturisce l'ordine del Tar di chiudere il San Carlo di Nancy, compreso il Pronto soccorso. Poi la schiarita. **Avenire** (28/3/13) annuncia: "Roma, resta aperto l'ospedale San Carlo". E aggiunge: "Almeno per adesso. Con un atto firmato dal segretario generale della Regione Lazio si è scongiurata la chiusura temporanea dell'ospedale San Carlo di Nancy".



Il Messaggero Sull'improvviso contrordine Il Messaggero (28/3/13) titola: "Il gran pasticcio del San Carlo: 'Sospendete l'attività, anzi no'". Sullo stesso caso il **Corriere della Sera** (29/3/13) scrive: "Trattativa per il San Carlo di Nancy. In campo Balduzzi e Zingaretti". E spiega: "Balduzzi chiede chiarimenti sulla chiusura e riapertura dell'ospedale. Stamane la proprietà e la Regione si troveranno davanti al Tar, che tenterà l'opera di conciliazione".

Il giorno successivo lo stesso quotidiano (30/3/13) annuncia: "Idi, arrivano i supercommissari". Si legge: "Svolta per la vertenza Idi. Inizia l'amministrazione straordinaria del Gruppo. Ieri sera il ministro dello Sviluppo economico, Corrado Passera, ha firmato il decreto per l'ammissione all'amministrazione straordinaria del gruppo. Tre i supercommissari: Massimo Spina, attuale direttore amministrativo dell'ospedale Bambino Gesù e collaboratore del delegato vicario Giuseppe Profiti per l'Idi, Carmen Regina Silvestri e un'altra professionista, Brusaghetti. Il commissario straordinario dovrà gestire tutta la crisi economica del gruppo, compreso il futuro dei dipendenti, per 405 dei quali si parlava nel piano industriale di messa in mobilità".

CORRIERE DELLA SERA Il Corriere della Sera (28/3/13) fa il punto anche sulle altre gravi criticità sanitarie nella capitale. Il titolo è: "I nodi per la Regione: Policlinico Umberto I, Gemelli e Santa Lucia. Ecco i casi critici per la Pisana". Il servizio spiega: "Non

c'è solo la grave situazione dell'Idi-San Carlo tra i problemi più urgenti della sanità del Lazio. La nuova giunta regionale guidata da Nicola Zingaretti ha una serie di vertenze aperte da mesi, per non dire da anni, che si trascinano senza sosta e soprattutto senza che nessuno (Regione, ministeri della Salute e del Tesoro) riesca a trovare una soluzione strutturale". Cita a tal proposito il credito di centinaia di milioni che il Gemelli vanta con la Regione e il piano di ristrutturazione dell'Umberto I.

E ancora i pesanti ritardi nell'erogazione dei finanziamenti al Gruppo San Raffaele. Così pure per la Fondazione Santa Lucia e per molti ospedali religiosi.

Intanto, l'inchiesta della magistratura sulla vecchia gestione del



gruppo Idi ha sviluppi clamorosi. **Leggo** (5/4/13) titola "Malaffare diffuso: le casse dell'ospedale depredate di 14 milioni. Idi, in manette padre Decaminada". Il free press scrive: "Le casse dell'Idi come un bancomat da cui sono stati presi circa 14 milioni di euro. Un quadro di malaffare quello che emerge dall'ordinanza di custodia che ha portato ai domiciliari padre Franco Decaminada, consigliere delegato dell'Idi fino al dicembre del 2011, e i due imprenditori Domenico Temperini e Antonio Nicoletta. L'accusa è di appropriazione indebita aggravata ed emissione di fatture false, emersa in seguito all'operazione 'Todo Modo' della Guardia di finanza su disposizione del gip del Tribunale di Roma, Antonella Capri, scattata dopo il mancato pagamento degli stipendi per 1.500 lavoratori".

IL TEMPO

Lo stesso giorno **Il Tempo** (5/4/13) aggiunge: "La Congregazione dei Figli dell'Immacolata: 'Ci costituiamo parte lesa nel procedimento'". Il quotidiano cita testualmente la nota diramata dai fratelli della Congregazione: "I padri ed i fratelli della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione, nell'apprendere la notizia dell'applicazione delle misure cautelari restrittive della libertà nei confronti di padre Franco Decaminada e di altri ex dirigenti non religiosi del Gruppo Idi Sanità - così come intervenute nell'ambito dell'inchiesta relativa al dissesto finanziario dell'Ente -, seppur addolorati per le contestazioni mosse ad uno dei loro membri, confermano la decisione assunta a suo tempo di costituirsi parte lesa nel procedimento".

La vicenda prosegue con colpi di scena a ripetizione che ten-



gono i dipendenti con il cuore in gola. Dopo l'ennesimo vertice fra l'azienda e i sindacati, l'agenzia **Ansa** (10/4/13) lancia il dispaccio: "Idi: ok ritiro procedura mobilità". E spiega: "La procedura di mobilità per 405 esuberanti strutturali viene ritirata a fronte della implementazione di azioni concordate fra le parti, tutte finalizzate a contribuire al risanamento del bilancio delle strutture. È quanto sottoscritto nel verbale di accordo tra l'amministrazione Idi e i sindacati. Le parti concordano di sollecitare la Regione Lazio a riconvocare al più presto il tavolo di crisi per esaminare congiuntamente il presente accordo, proseguire il confronto già avviato e, visto l'indiscutibile stato di crisi, autorizzare la con-

cessione della Cig in deroga nei limiti già concordati. In tale sede, la Direzione formalizzerà la chiusura della procedura di mobilità in essere”.

Tre giorni più tardi l'Ansa (13/4/13) annuncia: “Idi, stop licenziamenti. Cig per 200 lavoratori”. Nel dispaccio si legge: “Accordo tra Regione Lazio, Gruppo Idi e sindacati: la procedura di mobilità per 405 dipendenti dell’Idi è stata ufficialmente ritirata. Uno dei tre commissari dell’Idi, Carmen Silvestri, interpellata dall’Ansa, ha spiegato che i licenziamenti sono stati così scongiurati”. La Regione ha concesso la Cig in deroga fino a 200 dipendenti”.

Nonostante il clima pesante da *spending review*, non c’è fine alla “spreco poli” in sanità. E allora **Libero** (13/4/13) rilancia sull’ennesimo caso. Stavolta, nel mirino finisce il Policlinico Umberto I. “L’ospedale affitta infermieri. Quelli assunti fanno altro”, titola il quotidiano. Il sommario recita: “L’Umberto I paga 21 milioni di euro l’anno a una cooperativa perché fornisca personale in corsia. E i presunti addetti lavorano come impiegati”.

Il nuovo corso alla Regione Lazio si fa sentire. Il presidente Zingaretti commissaria la Asl Rm/E. **Il Messaggero** (16/4/13) spiega: “Gestione irrituale e inadeguata dei rapporti con la Regione Lazio e carenza di controlli sulla gestione delle strutture private”. Sono le motivazioni con le quali Zingaretti ha commissariato l’Asl Roma E, con i poteri che gli sono assegnati dalla legge (il Governatore è anche commissario della sanità regionale)”.
 In una mail del ministero della Salute dello scorso 13 aprile, si definisce il riscontro dato dalla Direzione generale ai rilievi ministeriali “non solo non tempestivo, ma ancora più insoddisfacente dal punto di vista dei contenuti poiché non esaustivo dei quesiti posti”. Commissario della Asl Roma E è stato nominato Angelo Tanese, 47 anni, attualmente dirigente del settore finanziario del Policlinico Umberto I, tra i più giovani nell’elenco dei dirigenti idonei a ricoprire la carica di direttore generale. Intanto, la magistratura si pronuncia sul ricorso contro il decreto dell’ex commissario che taglia i rimborsi alle strutture sanitarie

private del Lazio.

IL TEMPO

Il Tempo (16/4/13) scrive: “Il Consiglio di Stato boccia Bondi”. E ancora: “Sospeso il taglio del 7% del budget delle strutture private e religiose. Le strutture sanitarie private accreditate e classificate cantano vittoria. Il Consiglio di Stato ha infatti sospeso il decreto dell’ex commissario alla Sanità del Lazio Enrico Bondi che tagliava il budget del 7% con effetto retroattivo, andando così a colpire anche le prestazioni effettuate nel 2012. La questione torna così al Tar”.

Buone notizie per la sanità convenzionata con la Regione Lazio

Il Messaggero

arrivano anche dal vertice con il governo. **Il Messaggero** (18/4/13)

annuncia: “Sanità, dal governo arrivano 540 milioni per coprire il buco”. Si legge: “Il presidente della Regione Lazio ha ottenuto nel corso della prima riunione del tavolo tecnico di verifica sul Piano di rientro, lo sblocco da parte del governo di 540 milioni di euro, una vera boccata d’ossigeno per i creditori”.

Con due mesi di anticipo sulla scadenza della sperimentazione, la Regione ingrana un’inattesa retromarcia sugli AmbMed, gli ambulatori con i medici di famiglia che affiancano i Pronto soccorso per il trattamento dei codici bianchi e verdi. **Il Messaggero** (22/4/13) titola: “Pronto soccorso, ambulatori anti-caos chiusi”. L’articolo spiega: “Da domani via le postazioni gestite dai medici di base per i casi meno gravi. Si inizia da Pertini e Tor Vergata, poi toccherà a San Camillo, San Giovanni e Sant’Andrea. In un anno di sperimentazione, negli ospedali Tor Vergata e Pertini, 13 mila pazienti sono stati visitati nell’AmbMed. In questo modo si è almeno in piccola parte alleggerito l’assalto al Pronto soccorso. Ma domani i due AmbMed chiuderanno. Lo stesso avverrà nei prossimi mesi per tutti gli altri ambulatori distribuiti in altri ospedali di Roma e del Lazio: in totale sono 11 e in un anno hanno dato risposte a 34 mila pazienti”.

Gli ingredienti per una nuova estate di passione con l’assalto ai Pronto soccorso e il personale sotto stress ci sono tutti, ed è una miscela esplosiva pronta a deflagrare.

Come al solito, toccherà agli infermieri fare da artificieri...

NOTIZIE IN PILLOLE

Svelati i geni che danno forma al viso

Sono cinque i geni principali che gli scienziati hanno scoperto determinare le caratteristiche del volto umano. La ricerca che li svela è stata pubblicata sulla prestigiosa rivista Plos Genetics.

Lo studio è divenuto un importante passo nella ricostruzione del codice genetico dell’uomo.

Il professor Manfred Kayser dell’Erasmus University Medical Center di Rotterdam e autore principale dello studio, ha spiegato: “Questi sono i primi risultati interessanti che segnano l’inizio della comprensione della genetica umana della morfologia facciale. Forse fra qualche tempo sarà possibile disegnare un ritratto fantasma di una persona, solo dal suo Dna, cosa che fornirà interessanti applicazioni ad esempio in medicina legale. Siamo già in grado di stabilire dal Dna il colore degli occhi e dei capelli con precisioni molto elevate”.

Lo scopo principale dei ricercatori rimane comunque la codifica di tutto il materiale genetico umano.

Secco no all'ipotesi Ue di accettare anche una scolarità ridotta per l'accesso alla formazione infermieristica

La Commissione Imco (Mercato Interno e Tutela del Consumatore) del Parlamento europeo ha definito, a gennaio, la proposta di modifica della direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali.

Il testo dovrà essere approvato definitivamente nella seduta del 22 maggio 2013.

L'esigenza di aggiornare la direttiva, sorta per facilitare la mobilità di personale altamente qualificato in Europa, in realtà, però, presenta alcune gravi criticità.

Il nuovo art. 31 sulla formazione dell'infermiere ribadisce alcuni elementi degli ordinamenti attualmente in vigore: tre anni di formazione, 4.600 ore, l'insegnamento teorico (che rappresenta un terzo) e quello clinico (almeno la metà della durata minima della formazione) etc, ma introduce la possibilità di accedere alla formazione infermieristica di base, oltre che con una scolarità di 12 anni, anche con una di 10.

La richiesta di abbassare a 10 anni la scolarità minima richiesta, portata avanti dalla Germania (con il sostegno di Austria, Malta, Paesi Bassi e Lussemburgo), rappresenta una posizione retrograda, rischiosa per la sicurezza dei cittadini dell'Ue e penalizzante per la professione infermieristica.

Per questo, da almeno due anni, l'Italia (assieme agli altri Paesi aderenti alla Fepi) sta esercitando un'intensa attività di *lobbying*

a sostegno dei 12 anni di istruzione generale per l'accesso alla formazione infermieristica e di un unico percorso formativo universitario per gli infermieri.

L'Ipasvi si è fatta carico di sostenere ripetutamente l'analoga ferma presa di posizione in tutte le sedi competenti sia in Europa che in Italia, in particolare ai tavoli del ministero della Salute.

L'approvazione dell'attuale proposta di modifica assume, quindi, un carattere di particolare gravità anche perché ignora le opinioni e le richieste della maggioranza degli Organismi e delle Associazioni infermieristiche europee.

Il rischio è che in Europa si vengano a creare due tipologie di infermieri (universitari e non), lasciando ai singoli Stati la "libertà" di decidere se optare per la scelta della formazione universitaria o meno.

Nei margini consentiti dal previsto iter parlamentare, ormai alla sua conclusione, ribadiamo l'impegno a sollecitare ancora gli europarlamentari al fine di rivedere gli elementi critici della modifica della direttiva 2005/36/CE nella sua attuale stesura.

Il Presidente
Gennaro Rocco



AVVISO ECM

Il Collegio Ipasvi di Roma organizza numerosi eventi formativi, seminari, convegni, workshop per l'Ecm di elevata qualità e tutti gratuiti, con iscrizioni libere e in sedi diverse per agevolare ogni collega. C'è però il problema dei posti, necessariamente predefiniti, che impone un tetto massimo alle prenotazioni. Si verifica spesso che le iscrizioni siano molte e assorbano presto tutta la disponibilità dei posti, mentre agli eventi si presentino effettivamente molti colleghi in meno di quanti abbiano prenotato.

Ciò crea un grave disservizio e uno spreco di risorse, impedendo ad altri colleghi che vorrebbero partecipare di farlo.

Si richiede pertanto un maggior senso di responsabilità, registrandosi solo se si è certi di poter partecipare. In caso di impedimenti imprevedibili, si può comunicare tempestivamente la propria assenza all'indirizzo e-mail segreteriaecm@ipasvi.roma.it o al recapito telefonico 06.37511597, consentendo così ad altri infermieri di partecipare.

Lettera aperta al presidente della Regione Zingaretti

Proponiamo di seguito il testo integrale della missiva inviata dal Coordinamento dei Collegi Ipasvi del Lazio al neo presidente della Regione, Nicola Zingaretti, alla luce delle gravi criticità che continuano ad affliggere il comparto infermieristico, nonché degli impegni assunti in campagna elettorale circa la valorizzazione professionale e il decollo dell'assistenza territoriale. Tutto ciò, in un quadro occupazionale sempre più preoccupante, reso complicato anche dai numerosi vincoli a cui è sottoposto il Sistema sanitario regionale in regime di commissariamento.

Egr. Presidente Regione Lazio
On.le Nicola Zingaretti

Egregio Presidente,

facendomi interprete delle istanze del Coordinamento dei Collegi IPASVI del Lazio e degli oltre 43.000 Infermieri iscritti ai nostri albi, torno a segnalarLe alcune gravi criticità che affliggono il comparto infermieristico nella nostra Regione con effetti negativi sulla sicurezza dei Cittadini e sul diritto della comunità a ricevere cure e assistenza adeguate.

La perdurante carenza di personale in molte strutture sanitarie, le crisi aziendali di importanti centri, la precarietà sempre più diffusa fra i giovani Colleghi, il mancato decollo dell'assistenza territoriale e lo svuotamento progressivo dei Coordinamenti e della Dirigenza Infermieristica aggravano giorno dopo giorno una situazione già molto preoccupante, depotenziando servizi e prestazioni, demotivando e mettendo in serie difficoltà i professionisti.

Nell'incontro avuto con Lei presso la sede del Collegio prima del voto regionale insieme a tutti i presidenti dei Collegi e con il supporto di numerosi Consiglieri, ho avuto modo di illustrare in dettaglio le problematiche citate e le indicazioni degli Infermieri per la loro soluzione. In quell'occasione abbiamo riscontrato una significativa convergenza su un modello orientato allo sviluppo di una sanità territoriale che sappia utilizzare al meglio la figura strategica dell'Infermiere.

Le ribadisco quell'intento e la piena disponibilità del coordinamento dei Collegi IPASVI di cooperare con la Sua Amministrazione per l'auspicata quanto necessaria svolta, nel segno di un Servizio Sanitario Regionale pubblico e universale, capace di generare salute per tutti proteggendo le fasce più deboli della popolazione.



In questa ottica e con spirito collaborativo, sono a chiederLe un incontro per esporLe le proposte della comunità infermieristica Laziale per superare l'emergenza e rilanciare una sanità più a misura di Cittadino e di Operatore.

Resto in attesa di un cortese cenno di riscontro e Le invio i più cordiali saluti.

Il presidente del Coordinamento
regionale Collegi Ipasvi
Dott. Gennaro Rocco

Sanit celebra la decima edizione Infermieri capitolini sempre presenti

Si rinnova la presenza del Collegio Ipasvi di Roma a Sanit, il Forum Internazionale della Salute che celebra quest'anno la sua decima edizione (18-21 giugno, Palazzo dei Congressi di Roma).

Per tutte e quattro le giornate dedicate all'evento, il Collegio capitolino, presieduto da Gennaro Rocco in rappresentanza di circa 31mila infermieri iscritti all'Albo professionale, propone giornate formative, con rilascio gratuito di crediti per il programma di Educazione Continua in Medicina (4 crediti Ecm per evento).

Martedì 18 giugno, l'attenzione sarà posta sul tema "L'etica nell'agire professionale". L'obiettivo è una riflessione, non solo di natura speculativa, sull'importanza di una disciplina quale l'etica, rafforzando la dimensione del pensiero aristotelico, dove "tutte le discipline sono più necessarie dell'etica, ma nessuna le è superiore". In particolare, si tratterà di deontologia nella professione infermieristica, alla luce delle recenti normative e dei Codici di condotta adottati dalla Federazione nazionale.

Il 19 giugno si discuterà di come "Valorizzare le competenze degli infermieri". Il generarsi con forza di nuove esigenze nell'istituire servizi, rivisitare luoghi di cura, sia ospedalieri che territoriali, rende infatti peculiare la modificazione del ruolo professionale, dato dalle competenze, abilità e capacità dell'infermiere. La ridefinizione degli ambiti di attività con modalità multiprofessionali, e il conseguente ampliamento delle competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo - laurea triennale, laurea magistrale, master di I e II livello, percorsi formativi modulari strutturati dalle Regioni in base a specifiche esigenze - costituisce l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui proporre le necessarie modifiche. La valutazione delle competenze costituisce, quindi, un tema di scottante attualità non solo per la professione infermieristica, ma per l'intero sistema sanitario.

La giornata del 20 giugno offrirà due momenti formativi diversi. Il primo sarà incentrato sulle modalità operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano; clinica, formazione, gestione e territorio.

In particolar modo verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio Ipasvi mette a disposizione di tutti gli iscritti attraverso la biblioteca digitale (*Cinahl, OvidSp, Nursing Reference Center, Cochrane Database of Systematic Review*).

Il secondo momento si incentrerà sull'attività del Cives (Coordinamento Infermieri Volontari Emergenza sanitaria), un'associazione di volontariato nazionale articolata su base provinciale, inserita nel Piano nazionale di Protezione Civile e formata esclusivamente da infermieri regolarmente iscritti ai rispettivi Collegi Ipasvi.

Venerdì 21 giugno, infine, spazio all'associazionismo infermieristico e alla promozione culturale.

Le associazioni e le società scientifiche infermieristiche assumono un ruolo sempre più cruciale nella sanità a misura di persona e nel determinare processi assistenziali di qualità basati su solide e validate prove scientifiche. I loro contributi nel campo assistenziale e la promozione dello spirito scientifico e della ricerca infermieristica interdisciplinare contribuiscono a promuovere la sostenibilità del sistema sanitario attraverso un lavoro di rete per dare rilevanza a tutti i nodi, centrali e periferici, del Servizio sanitario nazionale. In tale contesto, diventa fondamentale conoscere il contributo associativo infermieristico che ha portato alla realizzazione di importanti traguardi assistenziali attraverso l'apporto di stimati professionisti sempre pronti alla promozione della cultura infermieristica.

Il programma dettagliato dei singoli eventi è disponibile sul sito istituzionale www.ipasvi.roma.it

SANIT
Forum internazionale della salute
international health forum

Mostra e Convegni su:
PREVENZIONE
INNOVAZIONE
BENESSERE

10^a edizione
Roma
18-21 GIUGNO
Palazzo dei Congressi
Eur
Ingresso GRATUITO

INFO LINE 06 4817254

Insediate la nuova Commissione "Politiche sociali e salute"

È **Rodolfo Lena** (Pd) il nuovo presidente della VII Commissione consiliare permanente del Consiglio regionale del Lazio "Politiche sociali e salute". La nomina, il 10 aprile scorso, durante la cerimonia di insediamento di tutti gli organi politici della Regione Lazio, dopo la tornata elettorale che ha visto prevalere il centrosinistra guidato da **Nicola Zingaretti**. Nella Commissione chiamata a lavorare, per i prossimi cinque anni, sulle tematiche della sanità e del sociale, i vicepresidenti sono **Antonio Aurigemma** (Pdl) e **Gianfranco Zambelli** (Pd). Gli altri componenti sono: **Riccardo Agostini** (Pd), **Davide Barillari** (M5S), **Marta Bonafoni** (Per il Lazio), **Cristian Carrara** (Per il Lazio), **Fabio De Lillo** (Pdl), **Teresa Petrangolini** (Per il Lazio), **Devid Porello** (M5S), **Gianluca Quadrana** (Lista Zingaretti), **Fabrizio Santori** (La Destra), **Olimpia Tarzia** (Lista Storace), **Marco Vincenzi** (Pd). Per un totale di 14 membri (8 di maggioranza e 6 di minoranza).

"Il lavoro che attende questa Commissione – ha dichiarato il presidente Lena – rappresenta da subito una sfida di grande difficoltà, considerate le alte aspettative della cittadinanza nei confronti della coalizione di governo guidata da Nicola Zingaretti. Sarà nostro compito coadiuvarlo nel delicato ruolo di Commissario straordinario per la Sanità regionale; così come sarà da subito all'ordine del giorno dei nostri lavori il recepimento della legge quadro nazionale per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Tra i primi atti del suo insediamento, Lena ha tenuto a inviare un messaggio al Collegio Ipasvi: *"Intendo rivolgere un saluto a tutti gli infermieri di Roma e del Lazio, ringraziandoli per il prezioso lavoro che svolgono ogni giorno al fianco del cittadino e*

rinnovando gli impegni assunti in campagna elettorale dal Presidente Nicola Zingaretti sulla necessità di un nuovo modello di sviluppo e di organizzazione, che finora di fatto è mancato, facendoci vivere in un clima di precarietà professionale e assistenziale. È giunta l'ora di cambiare tutto, con l'aiuto di chi, come voi e come me, è abituato ad accettare senza timore le difficili sfide che si presentano sul proprio cammino".

Il presidente **Gennaro Rocco** ha dichiarato di "apprezzare l'attenzione di Lena e di augurarsi che le sue parole si concretizzino in una reale volontà di confronto e di collaborazione".

Il resoconto completo dell'incontro tra Lena e il Coordinamento regionale Collegi Ipasvi è disponibile all'indirizzo web: <http://www.ipasvi.roma.it/ita/article.php?story=20130524172305212>



Il neo presidente della Commissione Sanità, Rodolfo Lena, con il presidente della Regione Nicola Zingaretti

LA NOVITÀ

Sbloccati 540 milioni per la sanità laziale

Nicola Zingaretti, in occasione della prima riunione del Tavolo tecnico di verifica sul Piano di rientro, svoltasi il 17 aprile, ha ottenuto lo sblocco da parte del Governo di 540 milioni di euro. A convincere i tecnici dei Ministeri, secondo Zingaretti, alcuni provvedimenti annunciati dal nuovo Governo regionale, come la soppressione dell'Agenzia di sanità pubblica (Asp) e il riordino della macchina amministrativa. Misure che dovrebbero consentire un risparmio di circa 90 milioni annui.

Quello del Tavolo del Governo è stato "un gesto di grande sensibilità, ma anche una apertura di credito verso l'amministrazione - ha commentato il nuovo governatore - per le azioni messe in campo, nei giorni scorsi, per dare una governance accettabile ad un sistema ormai fuori controllo". Nicola Zingaretti ha voluto anche sottolineare che "il Tavolo ha giudicato in modo severissimo la gestione e il lavoro svolto dalla Regione e dalla struttura commissariale nel corso del 2012. E questo spiega i motivi per cui, nello scorso anno, non c'è mai stato sblocco di risorse".

Mesi ricchi di eventi per i Camilliani e per tutti gli infermieri

Il primo maggio, l'Ordine dei Ministri degli Infermi, fondato da San Camillo de Lellis, primo infermiere della Storia, si è riunito in Capitolo Generale per rinnovare i suoi vertici e stabilire le direttive per affrontare le sfide dei prossimi anni.

Nessuno, forse, più dei Camilliani, può comprendere l'essenza della missione infermieristica: affrontare l'assistenza agli ammalati di tutto il mondo coniugando cura corporale e psicologica, sostegno morale oltre che fisico.

Il carisma camilliano è il frutto di 400 anni di storia: il 14 luglio 1614, infatti, Camillo de Lellis moriva lasciando in eredità insegnamenti oggi più che mai attuali.

Una dedizione perpetua ai sofferenti, anche mettendo in pericolo la propria vita.

Nel corso dei secoli, poi, l'Ordine ha sempre saputo adattarsi allo spirito del tempo evolvendosi e rimanendo all'avanguardia nel campo non solo dell'assistenza, ma del soccorso durante le emergenze, le guerre e i disastri naturali, nonché nella ricerca e nella lotta all'Aids, alle malattie rare e a quelle neglette.

Il LVII Capitolo Generale passerà alla Storia, poi, per essere le-



gato all'anno giubilare per il IV Centenario della morte di San Camillo, che si aprirà il prossimo 14 luglio.

Un Capitolo cruciale che assume anche un significato più profondo e di riflessione sull'eredità di questi uomini e, più in generale, sul ruolo degli infermieri oggi, non solamente quelli cattolici.

Fin al 23 giugno, all'interno del complesso del Vittoriano a Roma, una mostra fotografica renderà omaggio all'assistenza infermieri-

stica attraverso l'opera dei Camilliani nel mondo.

Gli scatti esposti saranno quelli di Guillermo Luna, fotografo argentino che da parecchi anni, ormai, si dedica con passione alla fotografia sociale e al reportage, concentrando la sua attenzione sull'uomo.

Dal 2000, Luna vive e lavora in Italia, dove è entrato in contatto con il mondo camilliano. Nel 2005, ha iniziato una serie di reportage nella regione Caucasicca, in particolare in Georgia, e, da lì, ha iniziato a testimoniare, attraverso le sue emozionanti fotografie, le opere dei frati-infermieri ovunque essi si trovino.

Da questo binomio è nata una serie di splendidi servizi fotografici (tre numeri di "The Mission" sono visionabili sul sito

www.camillodelellis.org) e un libro, dal titolo "Presenze", che verrà presentato proprio durante la mostra. Alle opere di Luna si affiancheranno foto storiche provenienti dall'archivio dei Camilliani.

L'insieme degli scatti documenterà l'attività assistenziale e missionaria che, da 400 anni, è ragione di vita per i Ministri degli Infermi.

A coronamento dell'allestimento sarà presente il celebre dipinto di Pierre Subleyras del 1746, raffigurante "San Camillo che porta in salvo gli ammalati del Santo Spirito durante l'inondazione del Tevere della notte di Natale del 1598", attualmente esposto al Museo di Roma di Palazzo Braschi.

Infine, per giugno, è prevista la decima edizione del Sanit, Forum internazionale della Salute. L'evento, che si svolge annualmente a Roma al Palazzo dei Congressi dell'Eur, quest'anno vedrà anche la partecipazione di un relatore camilliano.



Assistenza respiratoria domiciliare per sostenere i pazienti cronici complessi

L'importanza di questo lavoro nasce dalla tendenza, in costante aumento in Italia, da parte del nostro Ssn, di assistere pazienti cronici complessi dipendenti da presidi tecnologici a domicilio.

Questo manuale, infatti, è stato realizzato per raccogliere le informazioni più importanti riguardanti l'assistenza infermieristica domiciliare al paziente portatore di tracheostomia ed in ventilazione meccanica a lungo termine.

Si rivolge, quindi, soprattutto agli infermieri, ma anche agli Operatori Socio-Sanitari ed ai *caregiver* quotidianamente impegnati nella gestione, a domicilio, di questa tipologia di pazienti che possono essere affetti da diverse patologie croniche (malattie neuromuscolari, cifoscoliosi, lesioni midollari alte, obesità grave, Bpco, ecc.) e che sono definiti ad "alta intensità assistenziale". Gli argomenti trattati sono diversi, ma mettono in risalto e spiegano soprattutto questioni come: la gestione del paziente tracheostomizzato a seconda del tipo di cannula in uso; le modalità di detersione e/o antisepsi della tracheostomia e le altre pratiche riconosciute in letteratura per prevenire le infezioni respiratorie; i vari tipi di interazione che l'utente può avere col ventilatore meccanico domiciliare e di conseguenza un consapevole

monitoraggio dei parametri respiratori da parte di chi assiste; le corrette modalità di gestione delle secrezioni tracheobronchiali, con particolare attenzione alla procedura di aspirazione; l'individuazione dei problemi, reali e/o potenziali, con la loro pronta e adeguata risoluzione e/o prevenzione; la gestione e il funzionamento dei presidi più importanti; le fasi di valutazione/azione che è opportuno mettere in atto in situazioni di urgenza/emergenza.

Tutte conoscenze che, secondo gli autori, sono di vitale - ed imprescindibile - importanza nell'assistenza a questo genere di pazienti e che rappresentano i punti cardine di questo lavoro.

Gli autori sono due giovani che hanno maturato molta esperienza a contatto, spesso quotidianamente, con la realtà assistenziale domiciliare di persone affette da diverse condizioni patologiche.

Alessio Biondino, Talia Scagnetti
**Assistenza respiratoria domiciliare:
il paziente adulto tracheostomizzato
in ventilazione meccanica a lungo termine**
Universitalia, 2013 pp. 246 (20,00 €)

L'EVENTO

A Torino il primo Congresso AIFeC

Si è svolto a Torino, il 18 maggio scorso, il primo Congresso nazionale AIFeC, dal titolo: "Dalla parte del cittadino: la nuova figura dell'infermiere di famiglia e di comunità", con la direzione scientifica di Claudia Contratto; Pasquale Giuliano; Paola Olbia; Maria Laura Ponso e Manuela Ruatta.

I destinatari dell'evento sono stati gli infermieri, gli infermieri pediatrici, le ostetriche, gli assistenti sanitari ed i medici dell'area delle cure primarie.

Il Congresso ha avuto come scopo precipuo la presentazione alla comunità scientifica nazionale della panoramica dei modelli d'implementazione dell'Infermieristica di Famiglia in Europa, per stimolare il dibattito culturale con i medici di base ed i responsabili organizzativi delle cure primarie sui nuovi modelli necessari per la tutela dei cittadini nello scenario epidemiologico e socio-economico attuale.

La nuova figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità è stata istituita dall'Oms Europa nel 1998.



Performance e qualità delle cure: le prospettive dei Dipartimenti ospedalieri

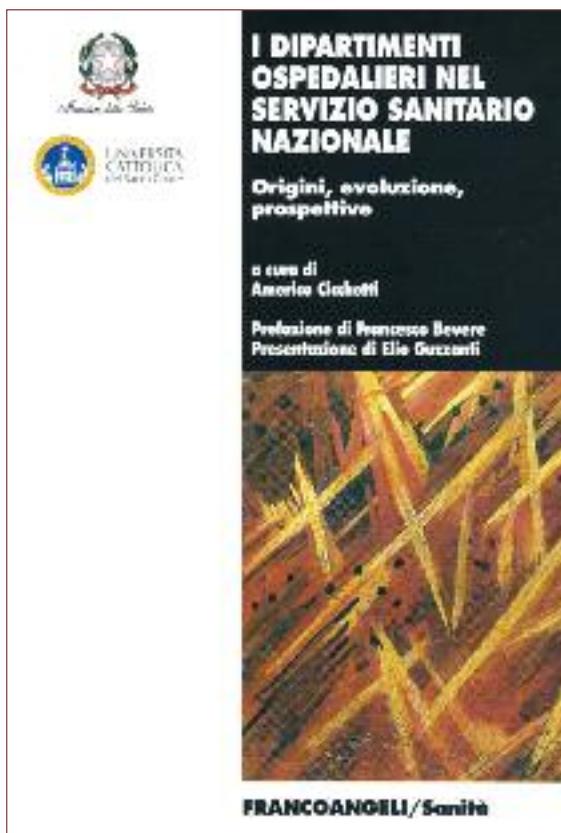
La sfida della medicina del XXI secolo è sempre più di natura "organizzativa": la performance e la qualità delle cure dipendono sempre dall'abilità di integrare in modo efficace competenze professionali sempre più approfondite e sempre più frammentate in un contesto ad alta intensità tecnologica.

La richiesta di qualità che proviene da pazienti e cittadini, unita ai problemi di sostenibilità economica del sistema, impone la ricerca dei modelli organizzativi altamente affidabili, capaci di assicurare, assieme, efficacia, efficienza ed equità.

Questa consapevolezza è alla base di un lavoro di ricerca che, per quattro anni, ha impegnato il gruppo di lavoro dell'università Cattolica del Sacro Cuore (sede di Roma) nell'ambito del SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e Controllo dell'Assistenza Sanitaria, struttura operativa afferente alla

Direzione Generale della Programmazione sanitaria, istituita con decreto del ministro della Salute, con il compito, tra gli altri, di verificare che, ai finanziamenti erogati, corrispondano servizi adeguati per i cittadini e che, nell'erogazione dei servizi, vengano rispettati criteri di efficienza ed appropriatezza) e che ha coinvolto 33 aziende sanitarie, 66 strutture dipartimentali e oltre 2.500 operatori tra manager, medici ed infermieri in diverse Regioni italiane.

L'utilizzo del metodo dei casi multipli e l'analisi statistica dei dati hanno permesso di comprendere quali modelli organizzativi dipartimentali fossero in grado di assicurare alle strutture del Ssn migliori condizioni operative e performance complessive otti-



mali.

La sfida, infatti, è quella di individuare e perfezionare le precise correlazioni tra modelli di organizzazione del lavoro e risultati del sistema sanitario, in modo da fornire alle regioni strumenti omogenei e utili all'impostazione delle proprie politiche organizzative.

I risultati presentati in questo volume danno al ministero della Salute la possibilità di elaborare "standard organizzativi" utilizzabili in sede di programmazione e monitoraggio; forniscono alle Regioni strumenti utili all'impostazione delle proprie politiche organizzative in campo ospedaliero e al management aziendale un supporto ai processi di design organizzativo.

L'autore, Americo Cicchetti, è professore ordinario di Organizzazione aziendale presso la Facoltà di Economia dell'università Cattolica del Sacro Cuore; è direttore dell'Alta Scuola di Economia e

Management dei Sistemi Sanitari presso lo stesso Ateneo e direttore del Master universitario di II Livello in "Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie". Nonché, visiting professor presso il "Center for Medical Education and Health Care" della Thomas Jefferson University, Philadelphia (Usa) e membro del direttivo dell'Associazione italiana di Economia Sanitaria e *Director dell'Health Technology Assessment International*.

Americo Cicchetti

I dipartimenti ospedalieri nel servizio sanitario nazionale.

Origini, evoluzione, prospettive

Franco Angeli editore, 2013 pp.352 (38,00 €)

Le collaborazioni coordinate e continuative a progetto e le novità introdotte dalla Riforma del lavoro

Vista la rilevanza dell'argomento, di indubbio interesse per chi esercita la professione di infermiere e ha la necessità di comprendere le caratteristiche del proprio contratto di lavoro - con le conseguenze che ne derivano in termini di trattamento normativo ed economico -, nel presente intervento ora esaminiamo un altro istituto interessato dal recente intervento del legislatore (c.d. Legge Fornero), vale a dire il contratto a progetto.

Prima di addentrarci nell'analisi delle ultime novità, vale la pena di ripercorrere, brevemente, le tappe principali del percorso legislativo attraverso cui si è giunti all'attuale configurazione del rapporto di lavoro a progetto.

Al fine di porre un freno alle collaborazioni coordinate e continuative, molto spesso utilizzate nella pratica al solo scopo di eludere la normativa sul lavoro subordinato, il legislatore - con il D.Lgs. n. 276/2003 - ha introdotto una nuova tipologia contrattuale: il contratto di lavoro a progetto.

Mi preme fin da subito evidenziare come il suddetto contratto rientri nella tipologia di lavoro autonomo e non in quella di lavoro subordinato: ne consegue che quanti stipulino contratti a progetto sono lavoratori autonomi a tutti gli effetti, con tutte le conseguenze che ne derivano e che analizzeremo meglio nel prosieguo (tra cui, ad esempio, l'obbligo di iscrizione alla cassa previdenziale degli infermieri, anziché alla previdenza nazionale ordinaria).

Il contratto di lavoro a progetto è stipulato in forma scritta e doveva - e deve con le precisazioni che vedremo a breve - contenere i seguenti elementi:

- a) l'indicazione della durata, determinata o determinabile, della prestazione da svolgere;
- b) la descrizione del progetto da realizzare;
- c) il corrispettivo e i criteri per la sua determinazione, nonché i tempi e le modalità di pagamento e la disciplina dei rimborsi spese;
- d) le forme di coordinamento del lavoratore con il committente (cosa diversa da un "orario di lavoro" propriamente inteso).

Andiamo ad analizzarli nel dettaglio.

La necessità che il contratto abbia una durata limitata nel tempo (il contratto a progetto non può essere a tempo indeterminato) è connaturata alla finalità specifica di tale tipologia contrattuale, il cui scopo è la realizzazione di un progetto.

La durata del contratto, quindi, deve essere para-

metrata al tempo necessario per il raggiungimento del risultato voluto, cioè il compimento del progetto.

La Riforma del lavoro del 2012 è intervenuta sul secondo dei sopra indicati requisiti, appunto il progetto: il contratto di collaborazione coordinata e continuativa deve essere riconducibile solo a uno o più progetti specifici ed essere funzionalmente collegato ad un determinato risultato finale.

In altri termini, il progetto:

- non può consistere in una mera riproposizione dell'oggetto sociale del committente: può quindi instaurarsi un contratto a progetto solo relativamente ad una attività non ordinaria del committente;
- non può comportare lo svolgimento di compiti meramente esecutivi e ripetitivi;
- deve essere specifico: all'interno del contratto individuale di lavoro deve essere descritto non solo il contenuto del progetto, ma anche il risultato finale che si intende raggiungere e il suo elemento caratterizzante.

In definitiva, la prestazione richiesta al lavoratore a progetto deve essere specifica e, soprattutto, diversa dalle ordinarie prestazioni che costituiscono l'oggetto dei contratti di lavoro subordinato stipulati dalla stessa impresa committente.

A titolo esemplificativo, si consideri l'ipotesi di una struttura sanitaria privata che, al fine di realizzare una campagna di vaccinazioni antinfluenzali, decide di utilizzare infermieri non dipendenti unicamente per tale attività e per un tempo limitato alla durata della campagna stessa.





In questa ipotesi, il ricorso alla tipologia del contratto di lavoro a progetto è pienamente legittimo in quanto risponde ai criteri indicati dal legislatore: esistenza di un progetto specifico, non rientrante nell'ordinaria attività del committente e durata limitata del rapporto.

Quanto al corrispettivo, questo deve essere proporzionato alla quantità e qualità del lavoro eseguito, in funzione del risultato concordato e tenendo conto dei compensi minimi normalmente corrisposti ai lavoratori subordinati del settore con professionalità analoga, nonché dei contratti collettivi nazionali di riferimento.

Infine, con riferimento al coordinamento, è importante sottolineare che il committente/datore di lavoro non ha alcuna possibilità di ingerenza, ma si limita a fornire quelle indicazioni e direttive strettamente necessarie a consentire l'integrazione della prestazione del lavoratore a progetto all'interno della complessiva attività imprenditoriale.

In particolare, il lavoratore a progetto – di norma – non è tenuto alla rigorosa osservanza di un orario di lavoro imposto dal committente (come invece i lavoratori subordinati), godendo di una certa autonomia organizzativa in quanto ciò che rileva è unicamente la realizzazione del risultato finale, salvo il solo limite imposto dalle esigenze di coordinamento sopra indicate.

Proprio perché si tratta di una fattispecie residuale, che costituisce eccezione alla regola secondo la quale il rapporto di lavoro è di natura subordinata e a tempo indeterminato, il legislatore ha previsto pesanti "sanzioni" nei casi in cui l'utilizzo

della tipologia contrattuale in questione non rispetti i criteri fissati dalla legge e, dunque, abbia finalità elusive della tutela del lavoratore.

In altri termini, per disincentivare il ricorso al contratto di lavoro a progetto laddove non ve ne sia concretamente la necessità, la disciplina legislativa riconduce determinate conseguenze alla mancanza di uno o più degli elementi sopra riportati.

Sicché, sono considerati rapporti di lavoro subordinato a tempo indeterminato, sin dalla data di costituzione del rapporto:

1. i contratti di collaborazione coordinata e continuativa a progetto privi dell'indicazione nel contratto di uno specifico progetto;
2. le attività lavorative svolte dal lavoratore con modalità analoghe a quelle svolte dai lavoratori di-

pendenti dell'impresa committente, ovvero in modo subordinato con l'assoggettamento al potere direttivo, organizzativo e disciplinare del datore di lavoro.

Con riferimento ai termini di impugnazione, il collaboratore che intende contestare la legittimità di un contratto di lavoro a progetto ha un termine di 60 giorni decorrenti dalla scadenza del contratto.

Infine, mi preme sottolineare che il lavoratore a progetto non ha alcun vincolo di esclusività, salvo diverso accordo tra le parti, e può pertanto svolgere la sua attività a favore di più committenti, fermo restando l'obbligo di fedeltà e riservatezza (così ad esempio non può svolgere la sua attività in concorrenza con i committenti).

Volendo trarre delle conclusioni dall'argomento affrontato con specifico riferimento all'attività infermieristica non è superfluo notare che la professione di infermiere, sia per l'oggetto della prestazione, sia per le modalità con cui viene ordinariamente svolta, tendenzialmente mal si presta ad essere disciplinata attraverso la tipologia del contratto di lavoro a progetto (a maggior ragione se si considera che il lavoro di infermiere è, ad oggi, qualificato come una vera e propria professione intellettuale).

Non di meno, ben vi possono essere dei casi in cui il ricorso a tale tipologia contrattuale appare legittimo, poiché giustificato da concrete esigenze di carattere contingente, come si è avuto modo di vedere: è necessario, quindi, valutare caso per caso.

Avv. Barbara Pisa

L'ONU HA DENUNCIATO
UN'EMERGENZA "RIFUGIATI" NELLA
CAPITALE ..

C'E' IL RISCHIO
CHE FINISCA NO COME
I CITTADINI
ITALIANI !



© Bato '13

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.

SANIT

Forum internazionale della Salute
International Health Forum

2013 10° EDIZIONE

18-21 giugno

PALAZZO DEI CONGRESSI
P.zza J. Kennedy, 1 - RM

INGRESSO LIBERO

Apertura mostra espositiva
e convegno inaugurale

Martedì 18 Giugno - ore 10.00

"CRISI ECONOMICA E SALUTE:
LE NUOVE LOGICHE PER IL RISPARMIO
E LA RIORGANIZZAZIONE DELLA SANITÀ"

con il patrocinio di

