

Vaccinazione per la prevenzione dell'herpes zoster nelle persone anziane

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

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

BACKGROUND

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI

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

METODI

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

Gli studi potevano prendere in considerazione interventi che confrontavano il

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

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

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

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

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

RISULTATI

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

CONCLUSIONI

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

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

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

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

Implicazioni per la pratica

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

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

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

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

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

AUTORI:

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

di Andrea Taranto, Daniele Piccolelli, Girolamo De Andreis

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

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

Pronto Soccorso.

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

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

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

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

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

INTRODUZIONE

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

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

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

Sebbene l'operatore sia consapevole

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

STRUMENTI E METODO

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

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

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

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

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

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

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

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

I parametri presi in considerazione dallo studio sono stati:

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

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

RISULTATI

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

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

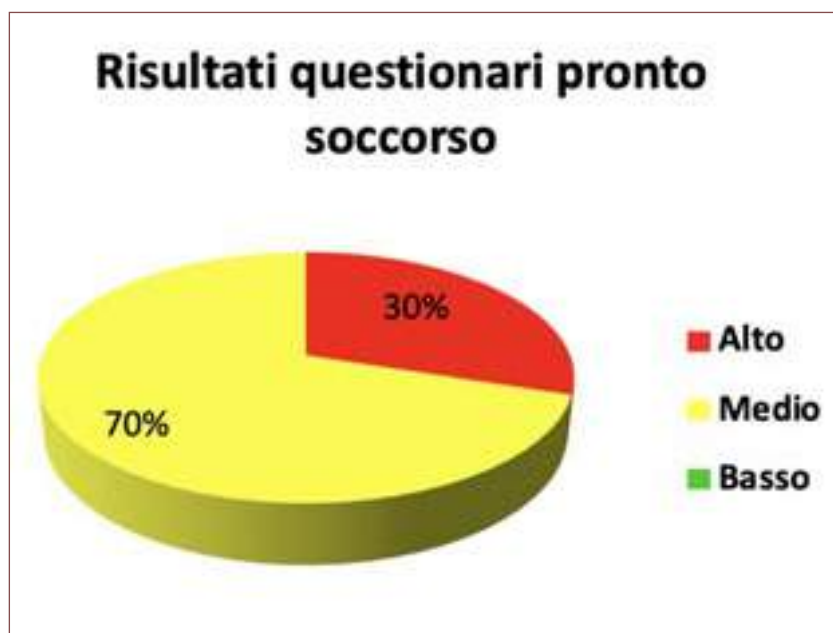


Grafico 1

Risultati questionari terapia intensiva

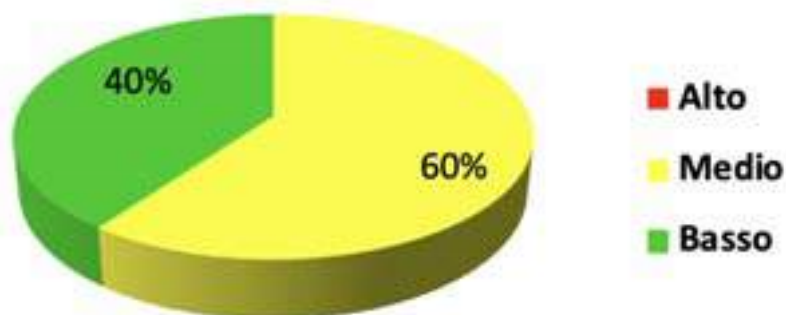


Grafico 2

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

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

CONCLUSIONI

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

da molteplici variabili eterogenee.

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

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

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

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

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

Picchi Pressori e Cardiaci

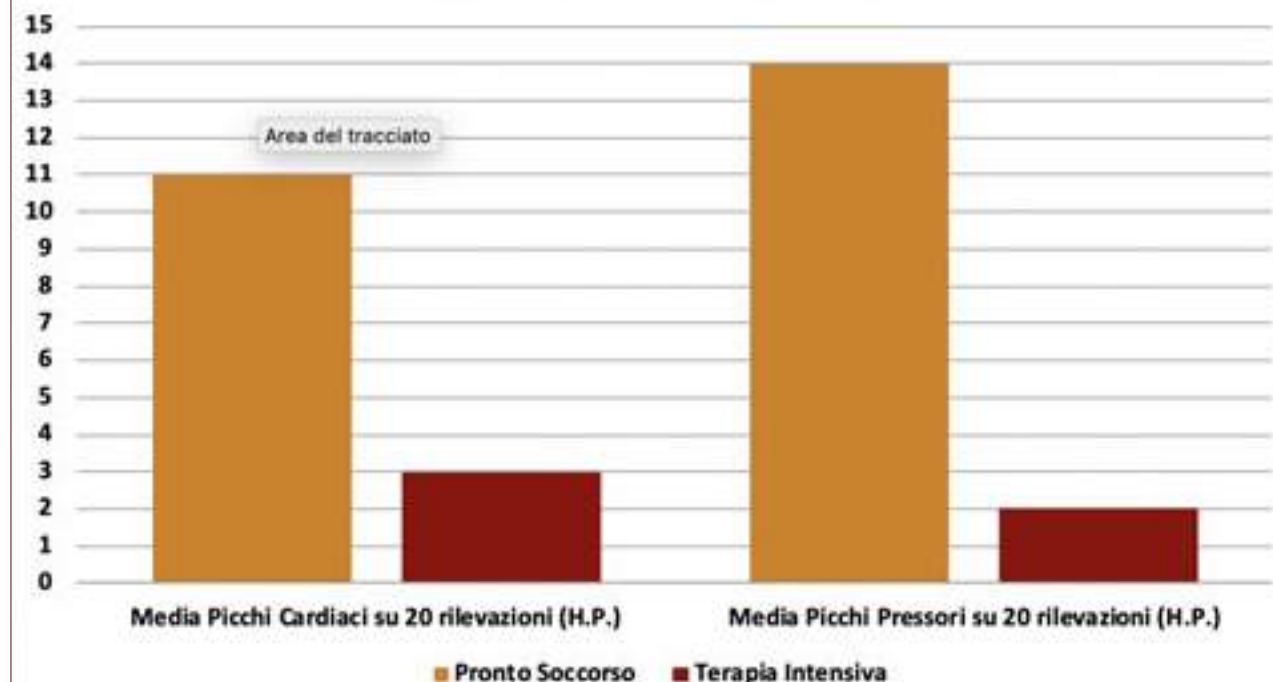


Tabella 1

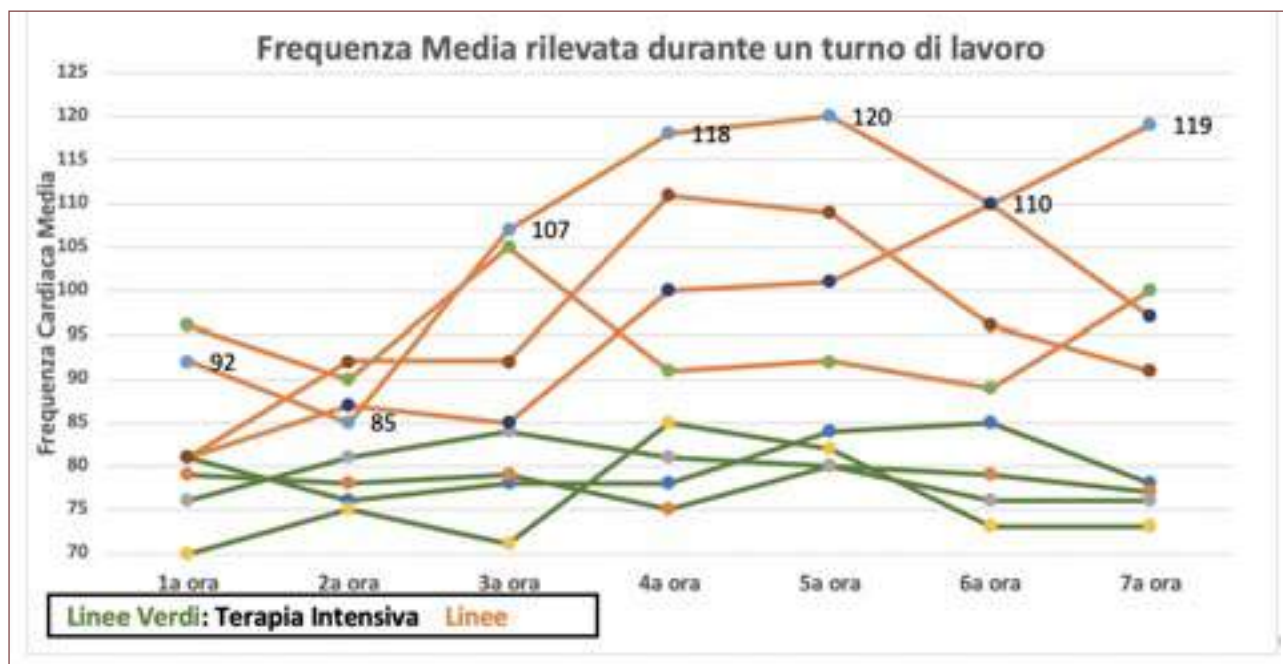


Tabella 2

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

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

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

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

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

AUTORI:

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

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

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

L'Istituto San Giovanni di Dio Fatebenefratelli

di Sonia Monastero

ABSTRACT

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

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

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

INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

MATERIALI E METODI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISCUSSIONE

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

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

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

L'inserimento sarà articolato in quattro fasi:

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

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

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

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

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

5. dei Coordinatori e del tutor.

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

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

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

2. gestione delle emergenze nelle strutture territoriali;

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

4. gestione dell'aggressività nella disabilità intellettiva;

5. approccio comportamentale speci-

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

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

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

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

Tabella 1

gressione, Schede di Approccio Comportamentale);

8. ruoli e funzioni dell'equipe multidisciplinare;

9. sistemi informatici.

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

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

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

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

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

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

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

tivi della unità; conoscenze delle tecnologie informatiche.

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

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

1. comportamentale: osservanza delle disposizioni e mission aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

Il processo di inserimento in realtà assi-

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

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

AUTORE:

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

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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