INFERMIERE oggi

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

N° 2/3

EDITORIALE

Protagonisti della sanità
Per cambiarla davvero

FOCUS

Resoconto attività
dell'Ordine nel triennio

RUBRICHE

L'Infermiere di Famiglia
e Comunità: una figura
decisiva nelle scuole

Anno XXX - N. 2/3 - aprile/settembre 2020 - Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro. Posteitaliane SpA

OPI

Spedizione in abb. post. - Aut. n. 892/2020 del 22/5/2020 Stampe in regime libero

INFERMIERE oggi

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana
Organo Ufficiale di Stampa dell'Opi di Roma
Anno XXX - N. 2/3 - APRILE-SETTEMBRE 2020
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma n. 90 del 09/02/1990

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

Direttore responsabile
Ausilia Pulimeno

Segreteria di redazione
Stefano Casciato, Claudia Lorenzetti, Matilde Napolano, Alessandro Stievano, Carlo Turci

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

Coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Mediagraf Spa
Viale della Navigazione Interna, 89 - 35027 Noventa Padovana (PD)
tel. 0498991511
Progetto grafico: EDS Roma
Impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepick.com

Finito di stampare: settembre 2020

Tiratura: 35.888 copie

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in abb. post. - Aut. n. 892/2020
Stampe in regime libero

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore o degli Autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli Direttivi.
Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente, o quando gli Autori parlano a suo nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili.
Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non richiesti e non pubblicati non verranno restituiti.
Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo.
Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al"; il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale.
Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

SOMMARIO

EDITORIALE
1 **Protagonisti della sanità. Per cambiarla davvero**
di Ausilia M.L. Pulimeno

FOCUS
3 **Resoconto delle Principali Attività del Triennio**

DICONO DI NOI
11 **La pandemia da COVID-19 tiene banco sui media nazionali**

NOTIZIE DALL'ORDINE
15 **A luglio l'Assemblea annuale degli iscritti**
18 **Il Bilancio**
20 **Centro di Eccellenza-CECRI. Tante le iniziative in campo nel 2020**
25 **L'OPI di Roma scende in campo per il fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri**
26 **Un volto nuovo per il portale istituzionale**

NOTIZIE DALLA REGIONE
27 ***Task force* di infermieri volontari per la Protezione Civile. Tanti dal Lazio**
28 **Tor Vergata tra le eccellenze mondiali della formazione infermieristica**
29 **Negli istituti di Lazio e provincia arriva l'infermiere scolastico**

NOTIZIE DALL'ITALIA
30 **L'Infermiere di Famiglia è legge**
31 **Il DdI Antiviolenza sugli operatori sanitari è legge**
33 **Il Commentario FNOPI al Codice Deontologico**
34 **In arrivo un memoriale per medici e infermieri vittime del COVID-19**
35 **"Mai più la prima volta sul paziente". Arriva la "formazione in simulazione"**
36 **Disponibile il corso FAD per la simulazione infermieristica**
37 **Al Milite ignoto istituzioni e professioni sanitarie**

NOTIZIE DALL'ESTERO
38 **Il 17 settembre 2020 si è celebrato il *World Patient Safety Day***
39 **Il COVID-19 e la mobilità internazionale infermieristica**

CONTRIBUTI
40 **Il CECRI *Evidence based practice group* for Nursing Scholarship: a Joanna Briggs Institute Affiliated Group dell'OPI di Roma per la ricerca sul COVID-19**
41 **JBI Best Practice. Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità nelle persone anziane**
46 **Fattori che influenzano l'adesione degli operatori sanitari alle linee guida per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive respiratorie**
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese
49 **Uso prolungato e riutilizzo di mascherine e filtranti facciali monouso per la prevenzione delle infezioni respiratorie: quali sono le evidenze scientifiche?**
di Silvia Sferrazza, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese
54 **Dispositivi di protezione individuale per la prevenzione delle patologie respiratorie infettive nei contesti sanitari**
di Valentina Vanzi, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese
56 **Prevalenza di ansia, depressione ed insonnia tra gli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19**
di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

LETTO PER VOI
60 **Un manuale per affrontare il tema della demenza**
61 **"Spettacolarizzazione della disabilità". Cosa significa nella società attuale**

L'AVVOCATO DICE
62 **L'importanza della Posta Elettronica Certificata e l'obbligo di attivazione e comunicazione all'Ordine di appartenenza della propria PEC**

64 LA VIGNETTA DEL MESE

EDITORIALE

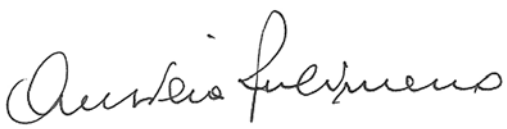
Protagonisti della sanità Per cambiarla davvero

di Ausilia M.L. Pulimeno

Dove siamo arrivati? E dove andremo?
Accanto agli aspetti più drammatici, ai tanti lutti, alle questioni esistenziali che l'emergenza COVID-19 ci ha improvvisamente posto, questa pandemia sta plasmando in modo inatteso l'orizzonte futuro di tutti.
È così per tanta gente, per le famiglie, per i giovani. Lo è in maggior misura per le persone più fragili, gli anziani, i malati, per chi porta il peso quotidiano di una disabilità. Il bisogno di cura e di assistenza emerge in maniera evidente, più forte, diffuso e più riconoscibile.
È il momento degli infermieri, del loro vero ruolo nella società di oggi: quello di "portatori di salute".
Ci hanno elogiato, addirittura osannato per l'impegno che abbiamo profuso in questi lunghi e difficili mesi. Senza risparmiarci. Hanno usato per noi termini eclatanti, ci hanno definiti eroi. Gli eroi della corsia, quelli bardati dalla testa ai piedi, con i volti segnati dagli occhiali di protezione, quelli sfiniti da turni massacranti, senza soste.
Professionisti che, anche sotto il profilo umano, hanno fatto breccia nell'immaginario collettivo con la loro partecipazione emotiva, stando accanto ai pazienti, isolati e soli, rappresentando per questi l'unico contatto umano possibile.

Questa terribile vicenda storica ha accelerato bruscamente un percorso che la professione infermieristica persegue ormai da tempo. L'inedita visibilità e la considerazione pubblica del nostro lavoro ci inorgoglisce, ma ci consegna anche nuove responsabilità. Non si tratta di fidarsi degli infermieri solo perché adesso il loro apporto appare indispensabile a tutti.
Il riconoscimento e la valorizzazione della nostra professione parte da lontano. Poggia su basi solide, sulle competenze che abbiamo maturato in questi anni e sulle faticose conquiste che abbiamo messo a segno pur tra mille resistenze.
Non è il tempo di polemizzare con chi cerca ancora di ostacolare la dirompente evoluzione della nostra professione.
È il momento invece di guardare avanti, di rilanciare il nostro modo di intendere la sanità pubblica, universale e solidale, utilizzando gli importanti risultati fin qui ottenuti come trampolini di lancio per coglierne altri ancor più ambiziosi.
Con lo spirito di sempre, quello che contraddistingue gli infermieri: essere dalla parte del cittadino, perseguire i suoi interessi, sostenerlo nella conservazione e nel ristabilimento del suo bene più prezioso, la salute.
Siamo finalmente divenuti consapevoli della nostra forza e la spendiamo bene. Lo dicono i fatti. Le risposte che in quest'ultimo periodo abbiamo avuto dalle istituzioni ce lo confermano. Come l'aver ottenuto l'istituzione della Dirigenza infermieristica su tutto il territorio nazionale, un passaggio decisivo per l'autonomia della professione. Un obiettivo che inseguivamo da molti anni, che ci rende finalmente artefici nell'organizzazione e nella gestione dei servizi. Per migliorarli.
Anche su un altro fronte strategico stiamo ottenendo risposte concrete: lo spostamento della rete assistenziale dall'ospedale al territorio. Il modello che proponiamo con forza da tempo è quello dell'infermiere integrato nelle città, nei paesi, nelle comunità; un professionista che assiste, segue, sostiene e che educa alla salute. Abbiamo molto da dire e da dare anche nel campo della prevenzione sanitaria.
Nessun'altra figura può farlo in maniera così competente e capillare. Un ruolo davvero fondamentale per invertire il tradizionale rapporto tra sanità e cittadino, portando la prima dove quest'ultimo vive, lavora, studia, socializza.
In questa chiave, i rapporti intessuti negli ultimi anni con la Regione Lazio fanno ben sperare. Superando gli iniziali ostacoli, il modello di assistenza che sosteniamo sta via via prendendo piede. L'istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia e, da

ultimo, di quella dell'infermiere scolastico vanno certamente in questa direzione. Si riconosce così agli infermieri un profilo di competenze e autonomia proprio di una professione intellettuale. Non solo più a parole ma nei fatti.
L'apporto che la nostra famiglia professionale può offrire alla costruzione di una sanità migliore è oggi ben chiaro alle istituzioni e alla politica. Lo è anche per la Regione Lazio.
A testimoniarlo l'importante ruolo affidato agli infermieri in seno all'Unità di crisi per l'emergenza Covid-19, ma soprattutto la partecipazione del nostro Ordine ai tavoli tecnici istituiti per ridisegnare la rete dell'assistenza sanitaria territoriale.
Non un traguardo per noi, ma una base di lancio per compiere un salto decisivo verso la sanità di domani, quella che vogliamo lasciare in dote ai nostri figli, più efficace ed equa.
Siamo professionisti ben formati, competenti, esperti.
E poi siamo persone concrete. Ce lo impone il nostro lavoro, in cui la teoria e la pratica si fondono in un abbraccio strettissimo.
Da qui la nostra consapevolezza: siamo pronti per imprimere una svolta decisiva al servizio sanitario. E rivendichiamo di farlo da protagonisti del cambiamento.
La nostra proposta è già sul tavolo: disegnare una nuova rete dell'assistenza che ponga al centro la figura dell'infermiere, sia in ambito ospedaliero che nei servizi territoriali. Vogliamo poter occupare tutti gli spazi da cui emerge un bisogno di salute, spazi finora non coperti da figure professionali competenti e motivate come noi. Non soltanto nelle corsie degli ospedali.
Il territorio è il nostro secondo ambiente naturale, dove sapremmo muoverci agevolmente e con efficacia se solo ne avessimo la possibilità.
È proprio questo che chiediamo: un'opportunità.
Abbiamo carte importanti da giocare, dalla formazione specialistica alla certificazione delle competenze. Vogliamo contribuire fattivamente al salto di qualità che il cittadino-utente del servizio sanitario si aspetta. Chi meglio di noi infermieri può farlo?
Certo, i problemi non mancano.
A cominciare dall'occupazione e dalle condizioni contrattuali.
La sanità che immaginiamo non è compatibile con le lungaggini dei concorsi, con le graduatorie che non scorrono, con un trattamento economico che non rispecchia affatto le nostre competenze né le enormi responsabilità che ci assumiamo ogni volta che ci occupiamo di un paziente. È un punto cruciale.
Investire sugli infermieri significa investire sulla salute della comunità. Questo sì che genera un risparmio anche economico: meno acuzie, minori ricoveri, spese più contenute per il servizio sanitario. Un modello virtuoso che produce risultati positivi in tutti i campi.
Va perseguito senza remore e noi lo faremo.
Per questo è necessario che gli infermieri contino e che lo facciano sempre di più, specie ai tavoli in cui vengono assunte decisioni importanti. Una forte rappresentanza infermieristica in questi tavoli, a tutti livelli e nelle diverse sedi istituzionali, dal Parlamento alle Regioni, dalle Province ai Comuni, e soprattutto nelle varie articolazioni dei servizi sanitari, è il viatico giusto.
Mai come in questo frangente, essere presenti significa essere protagonisti del cambiamento.
E noi abbiamo tutte le intenzioni di recitare questo ruolo.
La determinazione di cui siamo capaci, la stessa che ha trasformato radicalmente la nostra professione, è sempre stata per noi una grande risorsa. Lo sarà ancora.
Non rinunciamo perciò a rivendicare il peso che la componente infermieristica può e deve avere sull'organizzazione e la gestione dei servizi all'utenza. Abbiamo dalla nostra tutti i numeri per farlo: non molleremo proprio adesso.
Siamo spinti dalle nostre coscienze di professionisti sanitari, da un lavoro che è dedizione verso il prossimo, al fianco di chi soffre, per il bene comune. Ne siamo consapevoli e sappiamo bene che la nostra forza è l'unità, il senso di appartenenza a una famiglia professionale così vasta e peculiare.
Una compattezza preziosa che mettiamo a disposizione dell'intera comunità, dei cittadini come delle altre professioni sanitarie.
Noi ci siamo, propositivi come sempre. Dateci spazio con fiducia.
Insieme potremo costruire una sanità migliore, tagliata su misura per le esigenze dei cittadini.
La nostra *mission* è proprio questa.



focus

RESOCONTO DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ DEL TRIENNIO

focus

Un primo Bilancio del Consiglio direttivo di OPI Roma

Dopo il tanto atteso passaggio **da Collegio a Ordine**, avvenuto a inizio 2018 grazie alla cosiddetta "legge Lorenzin", l'ultimo triennio ha visto al timone dell'OPI di Roma il gruppo dirigente guidato dalla presidente **Ausilia Pulimeno**.

Ora, con le nuove elezioni alle porte è tempo di bilanci e di illustrare i principali risultati conseguiti durante questo mandato, tirando le somme di quanto fatto, che è andato decisamente al di là degli annunci programmatici.

Scopo di questo focus sarà riepilogarli, per favorire piena trasparenza e partecipazione all'attività svolta a supporto degli iscritti e a garanzia dei cittadini.

"Anzitutto, tengo a sottolineare che, in questi tre anni, abbiamo continuato a presenziare in tutti i tavoli istituzionali, specie quelli della **Regione Lazio**, per tenere sempre alta l'attenzione sulle ragioni e le problematiche di infermieri e cittadini", spiega la presidente Pulimeno. "Questo, cercando di coinvolgere sempre più colleghi nelle attività dell'Ordine e in collaborazioni di ambito nazionale e internazionale, per ampliare il ventaglio dei servizi gratuiti offerti agli iscritti, promuovere l'aggiornamento scientifico e, soprattutto, la ricerca, anche attraverso il nostro fiore all'occhiello: il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-**CECRI** che, unico in Italia, a fine 2018, ha ricevuto la prestigiosa affiliazione al Joanna Briggs Institute".

Gli infermieri hanno continuato così a essere protagonisti dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, con la massima autonomia organizzativa e gestionale in tutte le Aziende di Roma e del Lazio.

Ciò, mentre la Sanità regionale era an-

cora commissariata, a causa di un forte disavanzo economico.
Per fortuna, però, questo è stato anche il triennio del risanamento dei conti regionali e dell'**uscita dal commissariamento** con il conseguente **sblocco dei *turnover*** (così come fortemente richiesto dall'Ordine) e della **ripresa graduale di concorsi e assunzioni**.
"Abbiamo lottato per l'istituzione dei Dipartimenti delle Professioni sanitarie in tutte le Aziende del Lazio e per gli investimenti sulle Unità di Degenza Infermieristica, sulle Case della Salute e gli Ambulatori infermieristici. Oggi, puntiamo l'attenzione sullo sviluppo della **libera professione e l'assistenza territoriale** che vengono incontro alle esigenze delle famiglie, dei *caregiver* e di un'utenza sempre più anziana e fragile. Nel 2018, ad esempio, 800 studenti, attraverso 26 seminari effettuati nelle sedi dei Corsi di Laurea, hanno partecipato al progetto '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'. Mentre, l'avvio, nelle Asl 4, 5 e 6, dei primi progetti concreti sugli **Infermieri di Famiglia e di Comunità** (IFeC) ci fa sperare che un'esperienza tanto significativa si possa estendere anche alle altre Asl, specie perché coadiuva la prevenzione e la promozione della salute ed è in linea con i contenuti del recente Decreto Rilancio che ha cristallizzato in una legge l'istituzione dell'IFec", continua Pulimeno.
Sempre dal Parlamento è arrivato, in questo turbolento 2020, il via libera definitivo ad un'altra legge chiesta a gran voce dagli operatori sanitari. **Legge che difende da ogni forma di aggressione i professionisti sanitari** e il loro lavoro.
"L'approvazione definitiva del Disegno di legge rappresenta un importante traguardo che ha unito Governo, Parlamento e mondo della sanità - ha spiegato il Ministro della Salute, **Roberto Speranza** -. Gli episodi di violenza e le aggressioni a chi lavora negli ospedali e negli studi sono inaccettabili. Pensiamo che, in questo modo, ci si potrà prendere cura di chi si prende cura di noi ogni giorno".
Ogni anno, circa 5mila infermieri subiscono violenze fisiche o verbali: 13-14 al giorno. Secondo una ricerca dell'Università di Tor Vergata, l'89,6% degli infermieri è stato vittima di violenza fisica, verbale, telefonica o di molestie sessuali dagli utenti sui luoghi di lavoro. In base ai dati, si può dire che circa 240mila infermieri su 270mila dipendenti, durante la loro vita lavorativa, abbiano subito una qualche forma di violenza.
Per l'Inail, di tutte le aggressioni, il 46% sono a infermieri.
Recitava bene, dunque, lo slogan scelto per la campagna di comunicazione con cui l'attuale gruppo dirigente raccolse consensi nelle precedenti elezioni: "Infermiere, professione *in progress*. Continuiamo a costruirla insieme".
Perché è proprio dalla coerenza del gruppo di colleghi, aperto ai suggerimenti di tutti, che sono scaturite: la promozione dell'**aggiornamento scientifico**, la piena autonomia organizzativa e gestionale dell'assistenza in tutte le Aziende sanitarie ospedaliere di Roma e della Provincia e molto altro.
Le difficoltà del nostro Sistema Sanitario Nazionale vanno affrontate con coraggio anche attraverso la **riorganizzazione di ruoli e servizi**, malgrado i numeri remino contro: l'atavica carenza di infermieri nelle strutture sanitarie (sia pubbliche che private) di Roma e provincia, infatti, resta un grave problema.
I nostri professionisti sono costretti a turni massacranti, acuiti dalla recente pandemia da COVID-19.
Un momento, quello dell'emergenza sanitaria mondiale, in cui i riflettori sono puntati sulla comunità infermieristica internazionale, sottolineandone, finalmente, le capacità, la professionalità e lo spirito con cui si è adoperata (spesso in condizioni di lavoro insopportabili) per "non lasciare mai nessuno da solo".
L'OPI di Roma è stato fattivamente accanto a cittadini e associazioni, donando i Dispositivi di Protezione Individuali spesso mancanti, mentre molti iscritti rispondevano con entusiasmo all'appello della Protezione Civile per la creazione di una *task force* da inviare nelle zone più colpite del Paese.
Il 2020 è l'**Anno internazionale dell'Infermiere** e quello in cui ricorre il Bicentenario della nascita di Florence Nightingale, fondatrice dell'Infermieristica moderna.
Come celebrarlo meglio, se non con il potenziamento del corpo professionale accademico, con i *case manager* e la **lotta indefessa all'abusivismo professionale** e all'utilizzo improprio degli infermieri in svariati contesti. O con la rinnovata **alleanza con i cittadini** e con gli organismi che li rappresentano.
Infermieri e persone lottano per un equo accesso alle cure, per la qualità e la sostenibilità del sistema sanitario pubblico a carattere universale e solidaristico.
L'opera di ottimizzazione e di razionalizzazione delle risorse, senza alterare il costo della **tassa d'iscrizione** (fissa da anni a 60 euro e tra le più basse d'Italia), ha aiutato il Consiglio direttivo a fornire **servizi gratuiti** più rispondenti alle esigenze degli iscritti, anche di quelli più giovani e *social*: numerosi corsi Ecm in sede e itineranti (non a caso, **OPI Roma è stato riconfermato Miglior provider ECM**); accesso gratuito a corsi Fad; certificati on line; Pec-Posta Elettronica Certificata gratuita; consulenza legale, amministrativa e contabile in sede; il rinnovato sito istituzionale, più chiaro e completo; *link* diretti al portale FNOPI, ai siti web e alla piattaforma del Centro di Eccellenza e del Joanna Briggs Institute.
Sul fronte della qualità, sulla Piattaforma ISO 9000, l'Ordine ha implementato i sottosistemi derivanti dall'evoluzione normativa.
La sua **Carta dei Servizi**, redatta secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 19

maggio 1995 e gestita come documento di sistema, è stata recentemente aggiornata, con l'ultima versione - la terza - edita nel giugno 2019. Non si tratta di un semplice opuscolo informativo ma di uno strumento di comunicazione, espressione trasparente dei servizi forniti dall'OPI. La sua realizzazione, a fronte di un processo interno impegnativo di ottimizzazione organizzativa nell'utilizzo delle risorse, ha portato a due risultati: stabilire standard di qualità per le prestazioni erogate e migliorare la comunicazione interna ed esterna.

Ovviamente, è stato aggiornato anche il **Piano Triennale Anticorruzione e Trasparenza**, rispondente ai requisiti dell'ANAC.

Tra i servizi offerti di maggiore successo, si annovera la **Biblioteca** dell'Ordine di Roma, che è anche un importante centro di documentazione per gli studi infermieristici e sanitari italiani.

Incrementando costantemente le proprie risorse (cartacee e digitali) per offrire a utenti, studenti, infermieri professionisti e ricercatori, un servizio puntuale di consultazione bibliografica, la Biblioteca è stata integrata, dal 2011, con il patrimonio bibliografico digitale (Biblioteca digitale).

Con essa, l'Ordine offre la più recente letteratura scientifica e le più autorevoli banche dati internazionali necessarie alla ricerca infermieristica, alla formazione universitaria e alla pratica clinica. Tre le postazioni informatiche a disposizione degli utenti per la consultazione della Biblioteca digitale: da qui, sarà possibile accedere al Catalogo dei periodici elettronici, alle banche dati, agli OPAC nazionali.

Inoltre, il personale di biblioteca è presente per aiutare in caso di consultazioni autonome.

Con **OPI Giovani** si è tesa la mano alle nuove generazioni: professionisti laureati, specializzati e ricercatori universitari che hanno portato altra linfa all'Ordine, lavorando di concerto con i *senior* per difendere i traguardi raggiunti in questi anni.

Non solo: nel triennio che si avvia a conclusione, si è andata via via intensificando la presenza di OPI Roma su **Facebook** (oggi, sono più di 17mila i *follower*) e su **Instagram**, mentre è recente il servizio **Telegram** e il **Podcast** ufficiale dell'Ordine.

In futuro, bisognerà continuare a essere al centro della scena sanitaria regionale e nazionale, valorizzando l'infermiere in tutte le sue dimensioni professionali.

Tra gli scopi imminenti di questo Consiglio direttivo c'è: difendere la dignità professionale; rappresentare i professionisti ed i loro punti di vista nei contesti organizzati; rafforzare ed implementare i rapporti con le forze politiche regionali e le diverse rappresentanze istituzionali del sistema sanitario regionale, accademico, socio-sanitario e le società scientifiche; continuare il *pressing* per l'adeguamento degli organici e la mobilità; la stabilizzazione della dirigenza infermieristica ai vari livelli. Ma pure: confrontarsi con gli *stakeholder* interni ed esterni alla professione; sviluppare proposte di revisione degli obiettivi formativi qualificanti dei CdL in Infermieristica e potenziare le cattedre infermieristiche; produrre e divulgare posizionamenti politico/professionali su varie tematiche di interesse professionale specifico, sviluppando la *leadership* clinica degli infermieri e sostenendo nuove forme di esercizio professionale.

Questo, di concerto alle iniziative della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e delle altre famiglie professionali, coinvolgendo le associazioni e le società scientifiche infermieristiche.

ATTIVITA' UFFICI OPI ROMA TRIENNIO 2018-2020	ANNO 2020*	ANNO 2019	ANNO 2018
APPUNTAMENTI CON LEGALE IN SEDE	40	133	116
LETTERE INTERVENTI LEGALI	55	54	58
CONVOCAZIONI EX ART. 38 E 39 DPR 221/1950	18	33	8
RIUNIONI CONSIGLIO DIRETTIVO	18	18	14
ESAMI COMUNITARI	2	3	2
ESAMI NON COMUNITARI	0	3	2
COMMISSIONI ESAMI DI LAUREA	23	50	48
RAPPRESENTANTI DI COMMISSIONE DESIGNATI DALL'ORDINE	45	98	95
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTI DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	80	98	142
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	10.087	15.919	16.824

*** dati aggiornati al 31.08.2020 considerando anche periodo parziale chiusura uffici causa Covid-19**

L'attività istituzionale svolta con Regione, FNOPI e *Task Force* ministeriali

Sta per chiudersi un triennio molto impegnativo per l'OPI di Roma, anche sotto il profilo della comunicazione istituzionale e mediatica.
Sta per chiudersi un triennio molto impegnativo per l'OPI di Roma, anche sotto il profilo della comunicazione istituzionale e mediatica. E non solo per l'emergenza COVID-19.
Carenza di personale, concorsi bloccati e lungaggini, incontri e tavoli di lavoro, attività formative, collaborazioni, ricorrenze e riconoscimenti.
Con un occhio sempre attento alla ricerca e allo sviluppo della professione. Inoltre, i fatti di cronaca che hanno acceso i riflettori, nel bene e nel male, sulla comunità infermieristica di Roma e della provincia. Un fronte costantemente aperto con una copiosa produzione di comunicazioni, lettere e comunicati stampa.
Agli appuntamenti ormai consueti della "Giornata Internazionale dell'Infermiere" e dei "**Gazebo della Salute**" del 12 maggio, si è aggiunta una capillare attività di divulgazione e promozione delle numerose iniziative messe in campo dall'Ordine.
Massimo impegno anche sulla comunicazione inerente gli incontri, i convegni e le giornate di studio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI di Roma con inviti, annunci e resoconti diramati alle principali testate giornalistiche della carta stampata, radiotelevisive e del web.
A partire dall'annuncio forse più atteso (maggio 2018): "Pioggia di applausi sul Cecri, il Centro d'Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'OPI di Roma. E di prestigiosi accreditamenti".
Quello comunicato dal professor Franklin Shaffer durante i lavori del X Workshop Internazionale, per esempio: "l'organismo da lui guidato, tra i più selettivi e prestigiosi, ha deciso di accreditare il CECRI per la quantità e la qualità delle attività di ricerca che svolge con crescente impegno, continuità e ottimi risultati dal 2010. Il secondo annuncio è arrivato per bocca della presidente OPI di Roma, **Ausilia Pulimeno**, in veste di vice presidente della Federazione nazionale: "anche la Fnopi si accinge ad accreditare il CECRI. Un doppio traguardo che ha suscitato grande entusiasmo nella sala gremita da infermieri e strappato scroscianti applausi. Un riconoscimento al lavoro svolto dal nostro Centro di Eccellenza e allo sforzo compiuto dal nostro Ordine per sostenerne l'attività".

Come pure per gli eventi di formazione professionale organizzati dall'OPI di Roma. Un'attività di comunicazione puntuale e continua che favorisce la percezione pubblica della figura dell'infermiere come quella di un professionista sempre aggiornato e attento agli sviluppi del suo complesso lavoro.

Un triennio decisamente impegnativo anche sul fronte della comunicazione istituzionale con le autorità sanitarie. Attraverso lettere, note e comunicati è proseguito il confronto, a tratti anche duro, con la Regione Lazio e con le Asl romane su problemi ancora irrisolti come il precariato e le stabilizzazioni del personale infermieristico, le lungaggini dei concorsi, la tenuta dei servizi territoriali. Un *pressing* costante e un confronto a viso aperto che ha prodotto anche fruttuose collaborazioni con gli enti sanitari. **Da ultimo, l'importante partecipazione alla Cabina di regia della Regione Lazio sull'emergenza Covid-19**.

Un crescente clima di fiducia verso la comunità infermieristica regionale che ha consentito all'OPI di Roma di stringere accordi su alcuni temi cruciali per la tutela della professione. A partire dall'assistenza.
"Buona sanità, accordo per una nuova

stagione", recita un comunicato (novembre 2018) che spiega: "*Intesa tra l'Ordine degli infermieri di Roma e la Regione Lazio. Ecco le misure per cambiare passo all'assistenza*". Si legge di un "confronto franco e costruttivo" tra la delegazione dell'OPI di Roma, guidata dalla presidente Pulimeno, e la dirigenza dell'Assessorato alla Sanità, rappresentata dal direttore generale Renato Botti, e di "un'intesa sostanziale sulle principali azioni da compiere per migliorare l'offerta assistenziale rivolta ai cittadini e prestazioni sanitarie omogenee su tutto il territorio regionale". "*Unico argomento sul quale si è registrata l'indisponibilità della Regione Lazio è quello relativo all'istituzione dell'Area di Direzione delle Professioni Sanitarie all'interno della Direzione Regionale Salute - spiega il comunicato - Accordo pieno, invece, sugli altri punti proposti dall'OPI di Roma e della Provincia attraverso un documento di sintesi. Tra questi, nuove e rapide assunzioni per arginare i paurosi vuoti negli organici infermieristici nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e negli Ambulatori Territoriali, il completamento del percorso di stabilizzazione del personale infermieristico precario e l'internalizzazione dei servizi di assistenza infermieristica. Intesa piena anche su una serie di altre misure proposte dall'Opi: l'istituzione della figura dell'Infermiere di Famiglia per assicurare in modo capillare la continuità delle cure, l'assistenza ai malati cronici e la prevenzione sanitaria; lo sviluppo del progetto della Farmacia dei Servizi con la presenza di Infermieri Esperti; l'incremento delle posizioni dei Dirigenti Infermieristici nelle Aziende Ospedaliere e Territoriali per lasciare più spazio alla professione anche in ambito organizzativo e gestionale; l'implementazione delle Unità di Degenza Infermieristica e degli Ambulatori Infermieristici in tutto il territorio regionale per superare l'attuale disomogeneità; la definizione di uno specifico Nomenclatore delle Prestazioni Infermieristiche (da introdurre come norma transitoria). Valutazioni concordanti, inoltre, sulla necessità di valorizzare la professione infermieristica anche attraverso il riconoscimento economico della progressione di carriera e sull'utilità di un coinvolgimento preventivo degli Ordini Professionali interessati, con i relativi pareri consultivi, per i provvedimenti che riguardano l'organizzazione del lavoro infermieristico e quello degli OSS*".

Finalmente, culmina con successo una lunga battaglia sostenuta dall'Ordine di Roma insieme alla Federazione nazionale. L'annuncio in un comunicato dell'OPI (dicembre 2018): "**Infermiere di famiglia**, si parte davvero. Importante incontro tra l'Ordine degli infermieri e tre Asl romane. Presto il debutto nella Capitale di questa importante figura". "*Un modello sperimen-*

tato con successo in Italia e all'estero - recita la nota - che da tempo gli infermieri sostengono e che ora può decollare anche a Roma, con benefici importanti sulla salute degli assistiti e per il Servizio Sanitario Regionale". L'incontro, tenuto al Nuovo Ospedale dei Castelli, tra la presidente Pulimeno, i direttori generali e i commissari delle Asl 4, 5, 6 e i dirigenti dei Dipartimenti delle Professioni sanitarie delle rispettive Aziende, si chiude con una presa d'atto reciproca della volontà di rendere operativo al più presto il nuovo servizio. "Una giornata importante per i cittadini - la definisce la presidente OPI Roma - . Per noi infermieri è una grande soddisfazione poter realizzare quanto prima questo modello assistenziale e anche un'ulteriore assunzione di responsabilità. Il primo passo è compiuto, ora attendiamo che le Asl e la Regione Lazio coordinino i rispettivi piani per partire".

Altro tema importante per il rilancio del Servizio sanitario regionale è l'uscita del Lazio dal regime di **commissariamento**. "Sanità, fine del commissariamento. Ora serve una svolta" commenta in una nota stampa l'Ordine di Roma (febbraio 2020). "*Il via libera della Conferenza Stato-Regioni al superamento del commissariamento apre nuovi scenari e alimenta nuove aspettative - prosegue il comunicato - A cominciare dal punto cruciale degli organici infermieristici, oggi molto carenti nelle Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del Lazio a causa del blocco del turnover che si è protratto per anni generando gravi difficoltà nella copertura dei turni. Solo grazie all'impegno e al sacrificio di tanti infermieri è stato possibile garantire prestazioni essenziali nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali. Criticità, queste, che con l'uscita dal commissariamento possono e devono essere superate definitivamente. Per questo, chiediamo alla Regione Lazio un impegno altrettanto deciso per rimpinguare gli organici infermieristici, accelerando le procedure concorsuali e l'assunzione di nuovo personale". Sottolineando infine: "L'uscita dal commissariamento offre questa grande opportunità di rilancio. Non possiamo perderla*".

Ricorrenti anche gli interventi sulle lungaggini dei concorsi, la formazione e la gestione delle graduatorie che coinvolgono migliaia di colleghi.
Il triennio precedente si era chiuso con le vibrate proteste dell'Ordine di Roma per il nuovo stop al concorso per infermieri del Policlinico Umberto I, rinviato ancora una volta in *extremis*. L'attenzione è rimasta alta e costante anche in questi ultimi anni, con numerosi interventi e comunicazioni, fino ai più recenti sviluppi sull'assunzione di oltre mille colleghi, tra vincitori di concorso e idonei, attingendo dalla graduatoria dell'Azienda ospedaliera Sant'Andrea. La Regione Lazio autorizza le Aziende sanitarie a utilizzare la graduatoria e l'Opi di Roma interviene con un comunicato (febbraio 2020): **"Concorso del Sant'Andrea**, un passo avanti. Ora le assunzioni per risalire la china". "*L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma accoglie con soddisfazione la decisione comunicata dall'assessore alla Sanità e all'Integrazione sociosanitaria, Alessio D'Amato - si legge -. È una boccata d'ossigeno necessaria per l'assistenza ospedaliera e territoriale, dopo anni in cui gli infermieri romani hanno dovuto lottare contro la progressiva riduzione degli organici, con gravi conseguenze sui carichi di lavoro e difficoltà nella copertura dei turni. Ostacoli superati solo grazie al sacrificio del personale infermieristico che, nonostante tutto, ha continuato a garantire la funzionalità dei reparti ospedalieri e dei servizi territoriali. Confidiamo ora che le Aziende sanitarie e ospedaliere di Roma e del resto della regione attingano rapidamente alla graduatoria del Sant'Andrea per colmare i vuoti che il perdurante blocco del turnover di questi anni ha prodotto. Auspichiamo inoltre che l'annunciata accelerazione sulle assunzioni di personale infermieristico si accompagni all'adozione di nuovi modelli organizzativi che da tempo gli infermieri suggeriscono per implementare e migliorare l'offerta assistenziale con servizi sanitari più efficienti e vicini alle necessità dei cittadini*".

Sul caso del Sant'Andrea non è mancato il deciso sostegno dell'Ordine di Roma alla petizione sottoscritta da numerosi infermieri risultati idonei nella graduatoria del concorso e inviata al presidente della Giunta regionale del Lazio, **Nicola Zingaretti**. In una lettera aperta (aprile 2020) allo stesso Zingaretti e all'assessore D'Amato, l'Opi esprime "*pieno sostegno all'iniziativa e si associa all'appello lanciato dai colleghi firmatari". "Il persistente ricorso all'esternalizzazione di queste figure professionali per coprire i vuoti degli organici infermieristici non dà sufficienti garanzie al Servizio Sanitario Regionale in termini di continuità delle prestazioni assistenziali né agli stessi operatori coinvolti sotto il profilo contrattuale ed economico - scrive la presidente Pulimeno nella lettera - Una prassi, quella di reclutare personale attraverso cooperative esterne, nata come strumento emergenziale per fronteggiare la carenza di infermieri e che tuttavia negli ultimi anni è divenuta una costante. Da qui il risentimento diffuso tra gli infermieri in attesa di collocazione, tanto più tra coloro che hanno ottenuto l'idoneità partecipando al maxi concorso indetto dalla A. O. Sant'Andrea di Roma". "Nel riconoscere lo sforzo compiuto in questi ultimi mesi dalla Regione Lazio per rimpinguare gli organici infermieristici e fronteggiare al meglio l'emergenza da Covid-19 - conclude la presidente Ausilia Pulimeno - l'OPI di Roma auspica un*

ulteriore passo in avanti sul fronte del reclutamento del personale, in linea con le esigenze del SSR stesso e con le giuste aspettative degli infermieri".

Un fronte molto caldo è stato, purtroppo, quello delle **aggressioni al personale sanitario**. Un susseguirsi di episodi sfociato in una vera e propria emergenza nazionale sulla quale l'OPI di Roma è intervenuto ripetutamente reclamando una maggiore sicurezza. Numerosi i comunicati su questa drammatica questione: "Basta violenze sugli infermieri", recita una nota stampa (luglio 2018). Che annuncia: "*La Giunta Regionale del Lazio ha istituito un apposito osservatorio dedicato alla sicurezza del personale sanitario, sempre più spesso oggetto di aggressioni, violenze e intimidazioni da parte dei pazienti e dei loro familiari. Un fenomeno che va registrato e studiato in profondità per poter approntare contromisure efficaci. L'Osservatorio è il primo indispensabile passo in questa direzione. Apprezziamo perciò l'impulso decisivo fornito dall'Assessore alla Sanità e all'Integrazione Socio-Sanitaria, Alessio D'Amato, alla costituzione dell'organismo. Ora tutti al lavoro*".

L'emergenza però incalza con nuovi episodi di cronaca e l'Ordine di Roma alza la voce: "Infermieri sotto tiro. Basta aggressioni!", scrive l'OPI in una nota (agosto 2018), condannando una violenta aggressione al personale sanitario avvenuta nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale di Tivoli. Una lunga scia di inusitata violenza fino al più recente episodio di devastazione del Pronto soccorso dell'Ospedale San Camillo. "Infermieri in trincea" li definisce l'Ordine in un comunicato (giugno 2020) sottolineando anche il senso del dovere dei colleghi: "Devasta il Pronto soccorso del San Camillo: pazienti in salvo grazie a due infermiere". **Difesa e promozione della professione infermieristica**, ma anche ferme prese di posizione contro i colleghi che sbagliano trascinando nel vortice mediatico del "fango" l'intera categoria. Come per l'arresto dell'infermiere sorpreso a rubare mascherine e altri dispositivi di protezione dal Pronto soccorso dell'ospedale in zona Ostiense. In una nota stampa (aprile 2020) l'Opi di Roma si definisce sdegnato e parla di: "*Un comportamento che offende profondamente la nostra professione, coraggiosamente in prima linea per fronteggiare la pandemia da Covid-19, e che rischia di svilire il sacrificio di tanti colleghi impegnati duramente per assistere al meglio la popolazione. Non lasceremo che episodi come questo offuschino l'immagine pubblica degli infermieri romani. Perciò, non appena disporremo degli atti necessari, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma adotterà tutte le azioni disciplinari del caso. Non faremo sconti a chi danneggia così la nostra immagine oltraggiando la deontologia e l'onestà che ispirano la nostra professione*".

In questi anni, il **rapporto con i media** è decisamente cresciuto. Ora, gli organi d'informazione si mostrano interessati alle vicende infermieristiche, hanno finalmente compreso che la qualità dell'assistenza sanitaria dipende soprattutto da noi infermieri. Tuttavia, non rinunciano a darci "filo da torcere". Lo hanno fatto ripetutamente anche in quest'ultimo periodo, peccando di scorrettezza e superficialità nel riportare le notizie di cronaca. Resiste, infatti, l'abitudine a definire infermiere qualsiasi operatore che operi in ambito sanitario. Un errore deprecabile che finisce per offuscare l'immagine pubblica della professione. Tanti i casi e gli organi d'informazione coinvolti. Alcuni esempi: "Infermiere killer sull'ambulanza" che non è un infermiere; "Terrore sul bus: un infermiere infilava siringhe nei sedili" e invece apparteneva al personale ausiliario; "Infermiera senza mascherina e guanti" ma era un'operatrice socio-sanitaria. Ogni volta, l'Ordine è intervenuto censurando tali errori e richiedendo immediate rettifiche ai direttori delle rispettive testate.

"**Non basta saper fare, ma bisogna far sapere**". Seguendo il vecchio adagio, l'OPI di Roma ha informato e promosso attraverso i suoi canali di comunicazione un gran numero di iniziative proprie e sostenuto quelle di altre organizzazioni.
Come nel caso del Disability Pride: "Una parata di solidarietà. Tutti al "Disability Pride Italia", recita un comunicato (luglio 2018).
Spazio anche agli **accordi istituzionali**: "Università e infermieri uniscono le forze", si legge in un altro (gennaio 2019) sulla collaborazione tra l'Ordine e l'Università UniCamillus di Roma per lo sviluppo della formazione infermieristica. E ancora, una nota dell'Ordine (luglio 2019) informa: "Infermiere di famiglia, il percorso che porta al futuro. Partito il corso formativo in vista dell'esordio della nuova figura". Oppure l'annuncio dell'incontro sul *Middle Management* (settembre 2019): "*La sanità che cambia: infermieri dirigenti a raccolta - Coordinatori infermieristici provenienti da tutte le Azienda sanitarie e ospedaliere del Lazio e dalle principali strutture private accreditate a raccolta per approfondire i nuovi modelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari regionali*".
Questo, senza sottacere le congratulazioni pubbliche a colleghe e colleghi che hanno ricevuto prestigiosi riconoscimenti in ambito professionale e sociale.

Un'attenzione costante alla comunicazione per crescere ancora nella considerazione e nella stima dei cittadini.

La pandemia da COVID-19 tiene banco sui media nazionali, ma è chiaro a tutti il valore della professione infermieristica

Nell'estate del Coronavirus i media non vanno in vacanza. Tutti sul pezzo, e l'argomento è unico, assorbente, debordante. La pandemia è scandagliata nei suoi effetti più disparati, sanitari, economici, sociali.
Senza dimenticare le "bufale", tra scienziati che si rimbeccano, complottisti e *fake news*. Un frangente complicato per i mezzi d'informazione che, finalmente però, scoprono il ruolo chiave degli infermieri nella sanità.

Così, la professione finisce sotto i riflettori, nel bene e nel male: si passa dal coro mediatico di riconoscenza agli "angeli della corsia" ad accuse pesanti quanto incredibili. Come quella censurata duramente dalla nostra Federazione nazionale di cui riferisce **NurseTimes.org** (31-5-20): "Gli infermieri denunciano Stefano Montanari". Si legge: "*Video e post a tema Coronavirus che accusano gli infermieri di essere bugiardi e complottisti circolano online. Ci sono post che, addirittura, accusano gli infermieri di essere complici di un genocidio. La Fnopi ha annunciato di aver dato mandato ai suoi legali di denunciare Stefano Montanari a seguito delle gravi affermazioni sulla diffusione, contenimento e cura del Covid-19 e per le tesi complottiste anti-vaccinali contenute in vari video ed interviste*".

Intanto, i contagi dilagano in tutto il mondo. **La Repubblica** (31-5-20) fa il punto: "Coronavirus, nel mondo superati i 6 milioni di casi. In America Latina oltre 50mila contagi in 24 ore". E aumenteranno ancora. In Italia, invece, la curva è in netta discesa.

La Stampa (2-6-20) tira le somme: "Solo 178 contagiati: è il minimo dal 26 febbraio". E aggiunge: "*Con questi numeri vanno affievolendosi anche le ultime resistenze di alcune regioni del centro sud alla riapertura*". Raggiunge invece il picco la polemica tra gli specialisti sul destino del virus Sars CoV-2, un terreno assai invitante per i media. Che a loro volta polemizzano. Tra i più duri **Libero** (2-6-20) con un titolo ad effetto che fa discutere: "Virologi più pericolosi dei Covid: ora zitti". Esplicito anche il sottotitolo: "Non ne hanno azzeccata una eppure sono diventati star tv e adesso contestano i dottori sul campo. Meglio che tacciano".
A Roma la situazione sanitaria migliora. Il segno tangibile lo dà l'ospedale militare della Cecchignola, attivato come centro Covid-19 il 3 febbraio per ospitare i 56 italiani di ritorno da Wuhan. **Il Messaggero** (2-6-20) titola "Cecchignola vuota: solo quattro pazienti. È stato il primo centro anti Covid".

La festa nazionale del 2 giugno riserva un riconoscimento speciale alla nostra professione: **Quotidianosanità.it** (2-6-20) scrive "L'omaggio ai sanitari italiani. Anche le professioni sanitarie al cospetto del Milite Ignoto accanto al presidente Mattarella". E spiega: "*Per la prima volta nei 74 anni di storia della Repubblica le professioni sanitarie presenziano alle celebrazioni a Piazza Venezia davanti all'altare della Patria al fianco del presidente della Repubblica e alle più alte cariche istituzionali del Paese*".

La stampa si accorge del grande cuore degli infermieri italiani che combattono in prima linea e danno fondo allo spirito di solidarietà. **Il Giornale** (3-6-20) scrive: "Gli infermieri raccolgono 3 milioni per i colleghi". L'articolo spiega: "*A due mesi dal suo lancio, il Fondo di solidarietà creato dagli infermieri per i colleghi colpiti da Covid 19 ha fatto raggiungere alla Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche importanti risultati, sia sul fronte della campagna di donazioni denominata #NoiConGliInfermieri, sia rispetto all'erogazione dei primi contributi economici. Oltre 3 milioni di euro sono stati finora raccolti e, dopo le dovute verifiche di congruità delle tante domande pervenute, sono già a disposizione degli infermieri colpiti dal virus e ora in riabilitazione, di quelli in quarantena lontano da casa e delle famiglie dei deceduti a causa della malattia*".

Ed è di un'infermiera la foto-simbolo della lotta al Covid-19, quella della collega Elena Pagliarini stremata con la testa china sulla scrivania dopo un estenuante turno in ospedale. Il presidente Mattarella la nomina Cavaliere al merito. **Avvenire** (4-6-20) titola "Elena: in quella foto la tristezza e lo sfinimento di tutti i miei colleghi". Il quotidiano cattolico riporta le sue parole dopo aver ricevuto l'onorificenza: «*la dedico a tutti gli infermieri, perché in quella foto c'ero io, ma c'erano la tristezza e lo sfinimento di tutta la mia categoria*».
Sempre **Avvenire** (6-6-20) torna sulla necessità di nuove assunzioni titolando: "Spese per la sanità, l'Italia chiede 57mila infermieri di comunità" riferendo della *ricerca realizzata dal Censis in collaborazione con la Fnopi, presentata ieri*". Ricerca di cui si è occupato anche **Quotidianosanità.it** (5-6-20) con il titolo "Per 9 italiani su 10 ne servono di più per migliorare il Ssn". Indagine Censis-Fnopi.

La cronaca incalza e talvolta costringe chi lavora in prima linea a fare l'eroe. L'agenzia di stampa **AdnKronos** (6-6-20) lancia un dispaccio: "Devasta

pronto soccorso San Camillo, pazienti salvati da infermiere". "*Un uomo all'alba si è impossessato di un estintore e ha cominciato a distruggere tutto quanto gli veniva a tiro - riferisce l'agenzia - A mettere in salvo i pazienti presenti in quel momento sono state in particolare due infermiere. L'episodio è stato segnalato dall'Ordine delle professioni infermieristiche (OPI) di Roma in una nota: 'Questa volta non si sono registrati feriti tra i pazienti e il personale sanitario, ma il rischio è stato grande e ripropone in tutta la sua drammaticità l'emergenza sicurezza nelle strutture sanitarie'*".

Il **Sole24Ore** (8-6-20) annuncia l'attesa svolta con il titolo "La sanità rivoluziona la rete con l'infermiere di famiglia". Il servizio parla di "*Un disegno ambizioso, ma necessario dopo le cicatrici lasciate dell'emergenza Covid 19. Il decreto Rilancio affida alle Regioni il compito di riorganizzare e potenziare la rete di sorveglianza e le cure domiciliari mettendo in campo circa 1,26 miliardi di euro. A fare da perno della nuova rete assistenziale, rivolta sia ai pazienti in isolamento domiciliare che a quelli più fragili (o cronici), sarà la nuova figura dell'infermiere di famiglia: sono previste 9.600 nuove unità di personale infermieristico, da arruolare tramite incarichi di lavoro autonomo fino a dicembre e poi a regime, con assunzioni a tempo indeterminato*".

Tutti concentrati sull'emergenza Coronavirus e scoppia l'allarme sulle altre prestazioni sanitarie ridotte al lumicino. **Il Tempo** (9-6-20) titola "Un milione di esami da recuperare. Le attese raddoppiano". Il sottotitolo: "*Effetto post lockdown sulle liste. Servirebbero 10mila medici in più. Piano per aprire ambulatori e ospedali di sera. È corsa al privato*".

Il Fatto Quotidiano (10-6-20) pubblica un'interessante riflessione sul ruolo degli infermieri in questa pandemia e sulla sua percezione pubblica. Il titolo è "Gli infermieri chiedono diritti, non applausi". Si legge: "*Il video realizzato dagli infermieri dell'Ospedale Maggiore di Bologna è parecchio istruttivo. Spiega benissimo la loro condizione ("sono quello che hai minacciato perché ti ho assegnato il codice bianco" "sono quello che hai spintonato" "sono quello che hai denunciato") e l'assurda parabola che hanno vissuto da febbraio a oggi. Con la fine della fase acuta della pandemia, gli infermieri sono passati da eroi celebrati con applausi collettivi e menzioni d'onore a soliti stronzi. Gli 'angeli' tanto spesso citati nei commossi resoconti della stampa strappacuore sono professionisti sottopagati, precari, in tanti casi lavoratori atipici. Tra le troppe vittime della flessibilità, si sono ritrovati (insieme a tutto il personale sanitario) a fronteggiare la marea dell'epidemia spesso (soprattutto nelle prime settimane) senza nemmeno dispositivi di protezione personale. Da giorni stanno protestando in tutta Italia per vedersi riconosciuti gli aumenti di stipendio favoleggiati durante la crisi*".

Accordo fatto sul rinnovo dei contratti degli operatori della sanità privata.

Il Sole24Ore (11-6-20) lo annuncia con il titolo "Sanità privata, arriva l'aumento di 154 euro". E aggiunge: "*Scongiurato lo sciopero. Il contratto riguarda 100mila addetti", spiegando che in arrivo un aumento medio di 154 euro mensili e una tantum di mille euro. "Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl - si legge ancora - hanno infatti raggiunto con le associazioni datoriali Aris e Aiop l'accordo preliminare per il rinnovo del contratto collettivo nazionale. Adesso toccherà alle assemblee dei lavoratori approvarlo*".

L'attenzione dei media sull'andamento dei contagi resta ossessivo tra rassicurazioni e allarmi. Preoccupano i focolai, due a Roma.

Il Messaggero (19-6-20) fa il punto della situazione: "Nel Lazio Rt sopra 1 per l'effetto focolai. La Regione: "Dato vecchio, li tracciamo". Si legge: "*L'Rt del Lazio è a 1,12: dunque sopra al livello 1 che viene considerato di sicurezza. L'indice di trasmissione del virus deve spaventare? No, replicano dalla Regione, perché è l'effetto previsto dei due focolai già chiusi*".

Il presidente del Consiglio dei ministri convoca gli "Stati generali 2020". L'agenzia di stampa parlamentare **Agenparl** (21-6-20) scrive: "*Gli infermieri illustrano a Conte i presupposti per il futuro della professione. Nell'ultima giornata a Villa Pamphili a Roma il premier ha incontrato le Federazioni delle professioni sanitarie che hanno esposto il percorso futuro della propria professione e dell'assistenza sanitaria. La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, che con i suoi 450mila iscritti rappresenta oltre il 41% delle forze del Servizio sanitario nazionale e oltre il 61% degli organici delle professioni sanitarie in generale, punta al territorio. E lo fa prima di tutto declinando la figura dell'infermiere di famiglia e comunità istituito ufficialmente dal Patto per la salute e inserito per legge dal decreto Rilancio all'esame del Parlamento*".

Mentre la politica discute e promette, gli italiani danno prova concreta della loro riconoscenza a chi la pandemia la combatte ogni

giorno in trincea. I romani non sono da meno. **Il Tempo** (26-6-20) annuncia "Piazza Navona offre 500 cene agli operatori sanitari". E spiega l'iniziativa. "*Cinquecento cene in dono agli operatori sanitari che hanno lavorato in prima linea contro il Covid nel Lazio. È l'iniziativa di quattro ristoranti simbolo della celebre piazza: il Tre Scalini Piazza Navona 28, il Panzirone, il Domiziano e l'Antica Trattoria. «In questo periodo così drammatico - spiega Mauro Pizzuti, ideatore dell'iniziativa che coinvolge il gruppo dei 4 locali - medici, infermieri e personale sanitario sono stati dei veri eroi, hanno lavorato fino allo sfinimento, hanno rischiato la vita per noi e in molti l'hanno persa. Questo è il nostro modo per dirgli grazie, con tutto il cuore*».

Il quotidiano economico **Italia Oggi** (1-7-20) annuncia un'importante novità: "Precari della sanità, stabilizzazione vicina" è il titolo. L'articolo spiega. "*Il requisito di 36 mesi di lavoro a tempo determinato per accedere ai concorsi verrà prorogato al 30 dicembre 2020 (il periodo era scaduto nel 2017). Questo anche per valorizzare il lavoro fatto in questi mesi dagli operatori del sistema sanitario nazionale per scongiurare l'emergenza*".

Gli infermieri continuano a fare notizia e sui media c'è spazio anche per la manifestazione nazionale promossa a Milano dal sindacato Nursing Up. **Il Corriere della Sera** (5-7-20) titola "Gli infermieri protestano in piazza Duomo". Si legge: "*Un grande striscione giallo (e tanti cartelli) sono stati esposti ieri mattina in piazza Duomo a Milano con la scritta «Rispetto». È quello che chiedono centinaia di infermieri e professionisti della sanità - come tecnici radiologi, tecnici di laboratorio, ostetriche - che si sono radunati per chiedere al governo più risorse per la categoria, soprattutto dopo quello che ha dovuto affrontare con l'emergenza Covid -19*".

A Roma i mezzi d'informazione rilanciano l'allarme contagi. Stavolta, di rientro dall'estero. **La Repubblica** (8-7-20) titola "Focolaio bengalese: altri 36 positivi. Allarme sui voli". E aggiunge: "*Il nuovo cluster è giunto a 77 infetti: molti di questi, arrivati due giorni fa da Dacca, sono asintomatici. Bloccati i collegamenti col Paese asiatico". La Stampa (11-7-20) allarga il raggio a tutto il Paese e scrive: "Scatta l'allarme Covid in dieci regioni finite sotto osservazione per rischio 'moderato' mentre in sette il tasso di contagio ha superato la soglia 1. È scontro sul prolungamento dello stato di emergenza prorogato dal 31 luglio al 31 dicembre*".

Altro fronte aperto è quello della violenza contro gli operatori sanitari. **Il Sole24Ore** (14-7-20) annuncia novità: "Aggressioni a medici e infermieri, pene fino a 16 anni". Si legge: "*Il Senato varerà nei prossimi giorni la legge per difendere gli operatori sanitari: oltre a inasprire le sanzioni il provvedimento prevede la procedibilità d'ufficio, salta l'obbligo per Asl e ospedali di costituirsi parte civile". E ancora: "Diventa aggravante l'aver agito nei delitti con violenza in danno degli esercenti la professione sanitaria*".

Tra i riconoscimenti tributati agli infermieri ne spicca uno. L'agenzia di stampa **Italpress** ne dà notizia: "*Medici e infermieri, eroi contemporanei ai tempi del Covid-19, avranno uno spazio speciale tra i Grandi di Santa Croce, luogo della memoria collettiva del Paese. L'annuncio è stato dato questa mattina dall'Opera di Santa Croce con la Comunità dei Frati Minori Conventuali, il Fondo Edifici di Culto (Fec), il Comune di Firenze, la Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FnomCeo) e la Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (Fnopi). Nell'occasione è stato presentato anche il restauro del monumento a Florence Nightingale, la fondatrice della moderna scienza infermieristica, nata duecento anni fa proprio a Firenze*".

Almeno nelle previsioni, gli infermieri "vanno a ruba". Il quotidiano digitale **Affaritaliani.it** (17-7-20) rilancia un'agenzia AdnKronos con il titolo "Fase 3: infermieri famiglia, 9.600 da assumere ma 'sul mercato' ne manca la metà". L'articolo spiega: "*Via libera, con il decreto Rilancio, all'assunzione di 9.600 infermieri di famiglia o di comunità. Ma trovarli non sarà facile. Sul 'mercato', infatti, ne mancano almeno la metà, oltre 4mila. Una carenza storica quella di questi professionisti che già nel primo anno dalla laurea trovano lavoro in una percentuale superiore all'80%. Le speranze sono puntate sui 5mila che si laureeranno quest'anno*".

I titoloni sul record di contagi nel mondo si rincorrono quotidianamente. Crescono i timori anche a Roma e nel Lazio, dove l'assessore D'Amato preannuncia una stretta. Lo intervista **La Repubblica** (20-7-20) che titola "D'Amato: Multe a chi non porta la mascherina se è in compagnia". Si legge: "*Per l'assessore regionale alla Sanità c'è bisogno di una stretta ora per evitare un nuovo lockdown in autunno: «Stiamo lavorando a un atto di concerto con il governo. Abbiamo già avviato un confronto con il Comitato tecnico scientifico per l'emergenza Covid- 19 e con il*

ministro della Salute, Roberto Speranza. Se c'è bisogno di misure più stringenti a Roma, saranno necessarie in tutto il Paese»".

Il Messaggero Si susseguono anche i riconoscimenti pubblici allo straordinario lavoro degli infermieri. **Il Messaggero** (23-7-20) titola "La notte di medici e infermieri, il ringraziamento è uno spettacolo". E spiega: "*In platea al Circo Massimo per il 'Barbiere di Siviglia' sono stati riservati 400 posti per il personale sanitario che ha combattuto in prima linea contro il Coronavirus*".

IL TEMPO **Il Tempo** (28-7-20) riporta un'agenzia Italpress e titola "Casellati incontra vertici Fnopi, "Vostro operato fondamentale". L'articolo riferisce le parole della presidente del Senato: "*Grazie alla vostra capacità di forte prossimità con i cittadini e i pazienti che, oltre a garantire la migliore assistenza, ha consentito di non lasciare solo nessuno nel momento del bisogno*".

la Repubblica La sanità romana primeggia anche sul fronte della ricerca e i media lo sottolineano con orgoglio. **La Repubblica** (30-7-20) annuncia: "Vaccino anti-Covid: allo Spallanzani i primi 45 volontari". "*In reparto e in laboratorio. Si combatte su due fronti allo Spallanzani, centro d'eccellenza che si è guadagnato sul campo i galloni di istituto guida nella cura e nella ricerca anti-Covid. E che ora vola nella corsa al vaccino".*

Il mondo dell'informazione si appassiona a casi positivi, in risalita. I media sono lo specchio di un Paese disorientato in cui si discute di tutto, spesso litigando. Si discute e si polemizza su tutto e tutto trova il suo risalto.

il Giornale **Il Giornale** (8-8-20) le definisce "Ferie avvelenate" e titola senza mezzi termini "I vacanzieri di ritorno adesso importano il Covid". **Il Corriere della Sera** (9-8-20) aggiunge: "Virus, allarme giovani. Contagi decuplicati tra gli under 19. L'età mediana scesa da 68 a 39 anni".

LA STAMPA Un lungo periodo davvero difficile. Superlavoro e responsabilità. La pressione sugli infermieri è grande. **La Stampa** (10-8-20) ne fotografa lo stato di salute degli operatori sanitari: "Ansia e stress da lockdown: colpito il 20% dei sanitari". "*Il 20% degli operatori sanitari italiani è a rischio, secondo studi coordinati dall'Università di Torino - si legge - Condotti durante la pandemia, tra il 19 marzo e il 5 aprile, recentemente pubblicati su riviste scientifiche internazionali, le ricerche si sono focalizzate proprio sui livelli di ansia, sulla depressione e sui sintomi da stress post traumatico nella popolazione generale e negli operatori sanitari (medici e infermieri)*".

fanpage.it Sullo stesso tema **Fanpage.it** (13-8-20) che scrive: "*Eroi per qualche mese, dimenticati in fretta: gli infermieri tra turni massacranti e stipendi bassi. Tanta gloria nel momento del bisogno, ma appena è diminuita l'attenzione, con il ritorno alla normalità gli infermieri sono tornati nel dimenticatoio. Con tutti i problemi di sempre che sono rimasti sul tavolo: personale insufficiente, aumenti di stipendio risibili e un diffuso senso di sfiducia e precarietà*".

Intanto, la Russia si aggiudica la corsa all'annuncio sul vaccino anti Sars CoV-2. I media italiani, però, sono scettici. **La Stampa** (12-8-20) titola "Il vaccino è pronto". E aggiunge: "La Russia brucia tutti. I dubbi degli scienziati".

il Fatto Quotidiano **Il Fatto Quotidiano** (12-8-20) scrive: "*Il vaccino di Putin è solo propaganda. Il presidente russo annuncia la prima cura mondiale contro il Covid-19, «testata con successo su mia figlia» e licenziata da un centro che usa come cavie i militari. Ma sia l'Oms sia lo Spallanzani: dubbi sulla reale efficacia*".

Il Ferragosto 2020 porta con sé tanta voglia di normalità. Ma anche una nuova impennata di contagi con polemiche al seguito sui test per chi rientra dalle ferie. I mezzi d'informazione registrano l'allarme e si avventurano in previsioni sui mesi a venire.

L'Espresso Il settimanale **L'Espresso** (15-8-20) gli dedica a questo una copertina: "Trincea d'autunno". Nel sommario: "La tregua estiva sta finendo. Ma c'è una strategia per isolare subito i futuri focolai. Con nove milioni di tamponi, Dpi pronti per medici e infermieri e 851 milioni di mascherine".

NURSE TIMES E poi la questione della riapertura delle scuole. Si torna a parlare della figura dell'infermiere scolastico. **NurseTimes.org** (20-8-20) ribadisce: "L'infermiere scolastico è presente nelle indicazioni del ECDC". E spiega: "*Per la riapertura delle scuole arriva chiaro il messaggio del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Negli organici degli istituti la figura sanitaria è l'infermiere scolastico*".

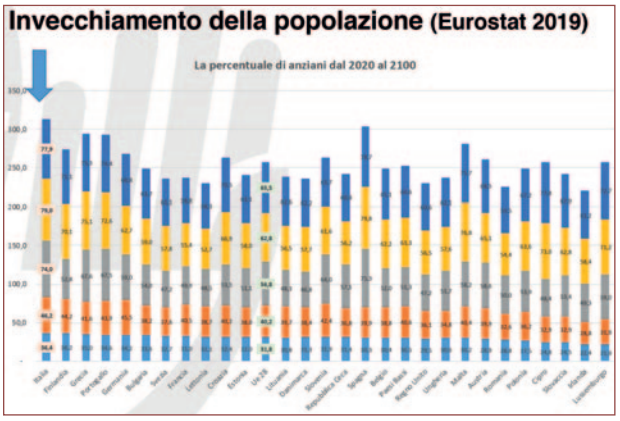
Italia Oggi (24-8-20) conferma la novità: "Infermieri scolastici per tornare sui banchi. Gli organici delle scuole dovranno prevedere la presenza di infermieri scolastici".

Insomma, i media scoprono finalmente il valore della nostra professione e la pongono sotto i riflettori. Speriamo bene.

A luglio l'Assemblea annuale degli iscritti "Siamo orgogliosi dei nostri infermieri"

A causa del lockdown imposto dal COVID-19, l'assemblea annuale degli iscritti OPI di Roma si è potuta svolgere solo a fine luglio all'Ergife Palace Hotel.
Approvati sia la relazione della Presidente che i documenti contabili. Ecco una sintesi dell'incontro.

L'emergenza COVID-19 ha solo rimandato il consueto appuntamento con l'assemblea annuale degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma.
Invece che a febbraio, per poter parlare di quanto fatto, quanto è in programma e approvare i bilanci dell'Ordine di Roma si è dovuto attendere la fine di luglio, presso l'Ergife Palace Hotel.
Il 22 del mese, l'assemblea degli iscritti OPI di Roma è stata guidata dalla relazione della Presidente, **Ausilia Pulimeno**, che ha messo in risalto i punti salienti di un anno, quello appena trascorso, funestato sì dal COVID-19 ma anche ricco di impegni e di successi per gli infermieri della Capitale e del Lazio.
Il 2020 è un Anno "speciale" per la Professione: l'OMS l'ha proclamato Anno dell'Infermiere e l'ICN ha lanciato un appello a tutti i Capi di Stato affinchè promuovano azioni concrete a sostegno della comunità infermieristica, senza dimenticare che ricorre il bicentenario dalla nascita di Florence Nightingale, fondatrice della moderna Scienza Infermieristica, a cui la FNOPI avrebbe dedicato diversi incontri nella città natale, se la priorità della sicurezza sociale non avesse preso il sopravvento.
Infermieri e ostetriche svolgono un ruolo vitale nei servizi sanitari, dedicano la propria vita alla cura di madri e bambini; a dare vaccinazioni salvavita e consigli sulla salute; si prendono cura degli anziani e, in generale, soddisfano i bisogni sanitari quotidiani essenziali.
Eppure, secondo il **Rapporto Osservasalute**, il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), penalizzato da riduzioni di spesa e sempre maggiore carenza di personale, con l'epidemia Covid-19 ha mostrato le sue fragilità, mettendo a rischio l'uguaglianza dei cittadini, la capacità di fronteggiare le emergenze e le stesse vite degli operatori sanitari. Alla vigilia della pandemia da SARS-CoV-2, gli scarsi finanziamenti e la *devolution* (che ha creato 21 sistemi sanitari regionali diversamente performanti) ha determinato conseguenze disastrose per tutti.
L'Italia è un Paese vecchio e lo sarà sempre di più: è già al primo posto nel 2018 in Europa per percentuale di over 65 (35,2% della popolazione) e, secondo le proiezioni Eurostat, nel 2100, la percentuale sarà salita al 77,9%. Ciò comporta che, a causa di problemi di salute, quasi 1 milione e mezzo di ultra 65enni si trovano in condizione di disabilità (990mila donne) e che le persone con limitazioni gravi hanno un'età media molto più elevata del resto della popolazione.



L'evoluzione del Paese, dunque, ha richiesto una rivisitazione della formazione, delle competenze e delle professionalità degli infermieri: "Questo è il tempo del 'divenire' - ha spiegato Pulimeno -. È cambiata la comorbilità, perché sono cambiati i bisogni di salute delle persone. Ma noi siamo ancora una volta in prima linea. Parole come cronicità, fragilità e disabilità oggi sono i punti di forza dell'intervento degli infermieri che le devono gestire, realizzando la presa in carico del paziente".
Questi **nuovi bisogni richiedono prevalentemente cure estensive**, piuttosto che intensive, e mettono in discussione la sostenibilità del sistema in base ai principi di universalità ed equità. L'assistenza domiciliare integrata resta residuale rispetto a quella ospedaliera, generando problemi anche a livello di spesa.
L'assistenza territoriale integrata ha bisogno di competenze forti: i professionisti devono essere messi in condizioni di esprimere e di far evolvere al massimo le proprie potenzialità per offrire risposte sempre più valide e personalizzate.
Ma, l'effetto-carenza di infermieri ha portato alla riduzione, fino al 2017, di circa 12mila unità. Come si può far fronte alle nuove cronicità sul territorio se servono almeno 53mila infermieri?
È un dato reale che pochi infermieri aumentano tra il 25 e il 30% il rischio di mortalità. Il Rapporto Ocse "*Health at a Glance Europe 2018*" dice chiaramente che **in Italia ci sono molto meno infermieri della media europea**.
Per risolvere il problema, Oasi 2019 del Cergas Bocconi invita anzitutto a ricercare una "trasformazione strutturale" nell'organizzazione del lavoro che deve riuscire a produrre un sistema a

maggiore focalizzazione e specializzazione.
Una soluzione può essere quella di **investire sull'autonomia infermieristica; sulle specializzazioni** necessarie dalla costante evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, tecnologico, formativo/professionale e **sullo sviluppo dei processi assistenziali e dei modelli organizzativi** in ambito sanitario e sociosanitario (e conseguente sviluppo di strutture a bassa intensità di cura come ospedali di comunità, reparti a gestione infermieristica, percorsi domiciliari di proattività, ambulatori infermieristici).
L'infungibilità legata alla specializzazione infermieristica parte dalla **necessità di un coordinamento trasversale dell'assistenza** che richiede nuovi ruoli, già individuati nelle aree specialistiche descritte nella bozza di accordo Stato-Regioni 2013 e nel protocollo firmato da FNOPI-CSM-CNF.

LE POLITICHE PROFESSIONALI

In ambito regionale, l'OPI di Roma ha continuato a mantenere rapporti costanti con la **Regione Lazio** e le altre istituzioni, attraverso diversi incontri a tema per parlare di: adeguamento degli organici e superamento della precarietà (internalizzazione dei servizi); concorsi per infermieri; Dirigenza infermieristica; attività improprie e "Demansionamento"; l'istituzione del modello Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC;) l'Infermiere scolastico e coinvolgimento ai tavoli tecnici.
La proposta è di una sanità più vicina, più efficace e meno costosa con: l'istituzione dell'Area di Direzione delle Professioni Sanitarie all'interno della Direzione Regionale Salute; l'IFeC per assicurare in modo capillare la continuità delle cure; lo sviluppo del progetto della Farmacia dei Servizi con la presenza di Infermieri Esperti; l'incremento delle posizioni di Dirigenti Infermieristici nelle Aziende Ospedaliere e Territoriali; il sostegno ai fabbisogni di personale infermieristico e di supporto (OSS) e internalizzazione dei servizi di assistenza infermieristica; l'implementazione delle Unità di Degenza Infermieristica e degli Ambulatori Infermieristici in tutto il territorio regionale per superare l'attuale, marcata disomogeneità; la definizione di uno specifico Nomenclatore delle Prestazioni Infermieristiche (da introdurre come norma transitoria); la valorizzazione della Professione anche attraverso il riconoscimento economico della progressione di carriera; il completamento del percorso di stabilizzazione del personale infermieristico precario e il coinvolgimento preventivo degli Ordini Professionali interessati con l'acquisizione dei relativi pareri consultivi per provvedimenti che riguardano l'organizzazione del lavoro infermieristico e quello degli OSS.
L'Infermiere di Famiglia e di Comunità, nel Lazio, nasce nel 2019 dalla collaborazione fra OPI Roma e ASL Roma 4, 5 e 6.
Il 4 novembre dello stesso anno, dopo il percorso formativo presso la sede dell'Ordine, parte la sperimentazione. Ma resta il nodo cruciale degli organici: per seguire da vicino anziani e malati cronici, ne occorrerebbero ben 20mila.
Il "DNA" della professione viene presentato il 13 aprile 2019 dal Consiglio nazionale FNOPI che ha approvato il **nuovo Codice Deontologico**, poi presentato ufficialmente il 21 giugno 2019. Si tratta del criterio-guida per l'esercizio professionale dell'infermiere, che tiene conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali. Con il nuovo Codice, le regole si aggiornano: le sue caratteristiche sono massima trasparenza e condivisione; è lo strumento per esprimere competenze e umanità, saper curare e "**saper prendersi cura**".

SERVIZI E PROGETTI

Rispetto all'attività istituzionale dell'OPI di Roma per il 2019, si registra l'aumento dei consigli direttivi (18) e degli appuntamenti con il legale in sede (133).
Al 31 dicembre risultano **32.371 iscritti** (1.006 nell'Albo degli Infermieri pediatrici). I nuovi colleghi sono 1.067; 132 i trasferimenti in entrata e 686 le cancellazioni. Gli infermieri stranieri iscritti all'Ordine di Roma sono 4.556: 2.415 comunitari e 2.141 extracomunitari.
Il costante lavoro di recupero delle morosità sta garantendo inalterata la somma della **tassa d'iscrizione** (ferma dal 2017 a 60 euro), a fronte di numerose iniziative e servizi offerti.
La tassa, da quest'anno, verrà pagata tramite il sistema PagoPA.
Tutte le informazioni utili sono disponibili sul sito istituzionale **www.opi.roma.it**.
L'OPI incoraggia **la formazione**: nel 2019, sono stati realizzati 27 eventi e erogati 18.806,7 **Crediti ECM** per 1190 infermieri partecipanti. Ciò, senza dimenticare i Corsi **Fad** che hanno raccolto 15.866 adesioni. Nel 2018 sono stati realizzati 32 eventi Ecm, per un'offerta formativa garantita a circa 1840 infermieri

e un totale di 21.309,3 Crediti ECM erogati. Per il 2020, l'attività dei corsi in sede ha subito una fisiologica battuta d'arresto dovuta al *lockdown*, pur restando attivi due corsi di inglese non ancora terminati. Tutti i corsi, ad eccezione di quelli di inglese, sono gratuiti.

La Presidente e/o i Consiglieri da lei delegati hanno partecipato a 246 incontri, fra: convegni, tavole rotonde, *workshop* ed altre iniziative formative in sedi esterne ed organizzate anche da associazioni e Società scientifiche infermieristiche; sindacati, istituzioni. Diversi anche i **gruppi di lavoro** in seno all'Ordine: **OPI Giovani** (per sviluppare iniziative che favoriscano l'occupazione e coinvolgano i giovani infermieri. Referenti: Francesco Scerbo ed Emanuele Lisanti); **Libera Professione** (per fornire consulenza e supporto agli infermieri liberi professionisti. Nel 2019, sono state effettuate 103 consulenze direttamente all'Ordine, tramite PEC o mail o al telefono. A tal proposito, l'OPI ha svolto 32 seminari con 900 studenti nelle sedi dei CdL in Infermieristica della provincia per il progetto: "Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base. Un'indagine conoscitiva sugli studenti del III anno". Referenti: Francesco Scerbo e Maurizio Fiorda); **Centro di documentazione-Commissione Biblioteca** (per arricchire la biblioteca digitale e a stampa, nonché a promuoverne la fruizione. Referente: Carlo Turci); **Commissione Referenti** (per individuare quelli dell'OPI di Roma in tutte le Aziende Sanitarie pubbliche e private e promuoverne l'operatività. Referente: Stefano Casciato); **Consulenti esperti clinici su questioni medico-legali** con il coinvolgimento delle Società Scientifiche infermieristiche (per la soluzione di questioni medico-legali proposte dagli iscritti. Referenti: Ausilia Pulimeno, Stefano Casciato, Maria Grazia Proietti); **Ospedalità privata** (per supportare i colleghi in servizio presso strutture sanitarie private. Referente: Mariagrazia Montalbano).

Il Programma Informatico di Supporto alla Decisione Infermieristica

(**PAI**) di OPI Roma è stato attenzionato dalla Regione Lazio che ha anche formalizzato la richiesta all'Ordine di poterlo utilizzare.

Oltre alla **Biblioteca digitale**, il fiore all'occhiello dell'Ordine di Roma resta il **CECRI**, Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, affiliato al prestigioso Joanna Briggs Institute, che si sta facendo sempre più largo tra accreditati gruppi scientifici internazionali. Ben 45 i progetti attivi (294 in totale dall'anno di fondazione, il 2010) e, per il 2020, ne sono già stati approvati altri 44. Le ricerche effettuate hanno prodotto oltre 80 articoli scientifici pubblicati su riviste internazionali e 11 libri. Suo il progetto **Anlaids** che coinvolge 12 CdL, per un totale di 778 studenti partecipanti, la maggior parte dei quali ha meno di 30 anni. Quest'anno, poi, se ne sarebbe celebrato il decennale, con una Conferenza internazionale sulla Ricerca Qualitativa, a giugno, a cui, oltre al *board* internazionale, avevano già aderito molti altri studiosi.

Il CECRI ha una piattaforma digitale dedicata, che, assieme al sito e alla rivista istituzionale, consente all'OPI di essere costantemente in contatto con gli iscritti: ogni numero di "Infermiere Oggi" ha una tiratura di 35.000 copie, posizionandosi tra gli organi di informazione più diffusi dell'intero Lazio.

"Di concerto con la **FNOPI** sugli argomenti più disparati - ha concluso la Presidente Pulimeno -, vogliamo continuare a vigilare sulle specificità della professione, per rispondere in maniera dettagliata e competente ai bisogni dei cittadini".

Per farlo, gli impegni 2020 di OPI Roma (che intanto, ha mantenuto la **Certificazione ISO 9001:201** del Bureau Veritas Italia SpA) sono orientati verso la valorizzazione dell'infermiere in tutte le dimensioni professionali: dai nosocomi al libero professionista. Nonché, all'**incremento dei servizi da offrire agli iscritti**, compresi quelli assicurativi con la consulenza telefonica dedicata tramite apposito numero verde, e la polizza da attivare tramite la piattaforma informatica, accedendo dal portale www.fnopi.it e attraverso l'apposita area dedicata.

Il Bilancio

La seconda parte dell'assemblea è stata dedicata alla situazione patrimoniale e dei bilanci dell'OPI di Roma da parte del Tesoriere **Carlo Turci** e del Presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Marinella Carnevale**.
Tutti i documenti sono stati approvati.
Ecco le tabelle di sintesi.

1. Rendiconto finanziario

Entrate

	GESTIONE DI COMPETENZA							GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			Scostamento	Iniziali	Variazioni	Riscossi	Da Riscuotere	Residui Finali	Tot. Inc.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale							
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI													
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI													
Quote iscrizioni	€ 1.980.000,00	€ -	€ 1.980.000,00	€ 1.771.533,80	€ 231.086,20	€ 2.002.620,00	€ 22.620,00	€ 888.333,24	€ 15.308,90	€ 298.023,93	€ 605.618,21	€ 836.704,41	€ 2.069.557,73
Quote nuovi iscritti	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 79.560,00		€ 79.560,00	€ 19.560,00	€ 60,00		€ 60,00	€ -	€ -	€ 79.620,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00	€ -	€ 90.000,00	€ 119.340,00		€ 119.340,00	€ 29.340,00	€ 40,00		€ 40,00	€ -	€ -	€ 119.380,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.130.000,00		€ 2.130.000,00	€ 1.970.433,80	€ 231.086,20	€ 2.201.520,00	€ 71.520,00	€ 888.433,24	€ 15.308,90	€ 298.123,93	€ 605.618,21	€ 836.704,41	€ 2.268.557,73
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI													
Corsi di aggiornamento	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 9.000,00		€ 9.000,00	-€ 16.000,00						€ 9.000,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 9.000,00	€ -	€ 9.000,00	-€ 16.000,00						€ 9.000,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI													
Rilascio tessere	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -						€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -		€ -	€ -						€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ -		€ -	€ -	€ -	€ -	€ -						€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI													
Trasferimenti correnti													
Totale trasferimenti correnti													
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI													
Vendita pubblicazioni													€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi													€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI													
Interessi attivi	€ 1.500,00	€ -	€ 1.500,00	€ 335,07		€ 335,07	-€ 1.164,93	€ 732,49		€ 732,49		€ -	€ 1.067,56
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 1.500,00		€ 1.500,00	€ 335,07	€ -	€ 335,07	-€ 1.164,93	€ 732,49	€ -	€ 732,49		€ -	€ 1.067,56
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI													
Recuperi e rimborsi	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 39,47	€ 1.748,03	€ 1.787,50	-€ 212,50	€ 3.398,86		€ 588,90	€ 2.809,96	€ 4.557,99	€ 628,37
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 39,47	€ 1.748,03	€ 1.787,50	-€ 212,50	€ 3.398,86	€ -	€ 588,90	€ 2.809,96	€ 4.557,99	€ 628,37
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Entrate varie	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 35.518,12	€ -	€ 35.518,12	€ 34.518,12						€ 35.518,12
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00		€ 1.000,00	€ 35.518,12		€ 35.518,12	€ 34.518,12						€ 35.518,12
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.159.500,00		€ 2.159.500,00	€ 2.015.326,46	€ 232.834,23	€ 2.248.160,69	€ 88.660,69	€ 892.564,59	€ 15.308,90	€ 299.445,32	€ 608.428,17	€ 841.262,40	€ 2.314.771,78
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE													
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI													
Alienazione immobili													
Totale alienazione immobili													€ -

	GESTIONE DI COMPETENZA							GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA
	PREVISIONI			SOMME ACCERTATE			Scostamento	Iniziali	Variazioni	Riscossi	Da Riscuotere	Residui Finali	Tot. Inc.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Riscosse	Da riscuotere	Totale							
ALIENAZIONE DI IMMOB.NI TECNICHE													
Vendita mobili ed arredi													
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche													
RISCOSSIONE DI CREDITI													
Riscossione credito													
Totale riscossione di crediti													
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE													
Trasferimento													
Totale trasferimenti in conto capitale													
ASSUNZIONE DI MUTUI													
Assunzione mutuo													
Totale Assunzione di mutui													
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI													
Assunzione debito finanziario													
Totale assunzione di altri debiti finanziari													
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE													
TITOLO III - PARTITE DI DI GIRO													
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Ritenute erariali	€ 220.000,00		€ 220.000,00	€ 194.409,82		€ 194.409,82	-€ 25.590,18	€ 782,95		€ 782,95	€ -	€ -	€ 195.192,77
Ritenute previdenziali	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 49.686,85		€ 49.686,85	-€ 10.313,15	€ 51,00			€ 51,00	€ 51,00	€ 49.686,85
altre partite di giro	€ 250.000,00		€ 250.000,00	€ 301.528,92	€ 9.695,46	€ 311.224,38	€ 61.224,38	€ 17.556,16		€ 4.653,56	€ 12.902,60	€ 22.598,06	€ 306.182,48
IVA Split Payment	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 75.949,37		€ 75.949,37	-€ 24.050,63				€ -	€ -	€ 75.949,37
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 630.000,00	€ -	€ 630.000,00	€ 621.574,96	€ 9.695,46	€ 631.270,42	€ 1.270,42	€ 18.390,11	€ -	€ 5.436,51	€ 12.953,60	€ 22.649,06	€ 627.011,47
TOTALE ENTRATE	€ 2.789.500,00		€ 2.789.500,00	€ 2.636.901,42	€ 242.529,69	€ 2.879.431,11	€ 89.931,11	€ 910.954,70	€ 15.308,90	€ 304.881,83	€ 621.381,77	€ 863.911,46	€ 2.941.783,25
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 635.870,00					€ 28.666,01							
TOTALE GENERALE	€ 3.425.370,00		€ 2.789.500,00	€ 2.636.901,42	€ 242.529,69	€ 2.908.097,12							

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA							GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA
	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			Scostamento	Iniziali	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato	Da pagare	Totale							
TITOLO I - USCITE CORRENTI													
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE													
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e C.R.C.	€ 25.000,00		€ 25.000,00	€ 16.130,00	€ 2.450,00	€ 18.580,00	-€ 6.420,00	€ 960,00		€ 960,00	€ -	€ 2.450,00	€ 17.090,00
Gett. part.ne C.N., Congressi e Seminari	€ 10.000,00		€ 10.000,00	€ 340,40		€ 340,40	-€ 9.659,60				€ -	€ -	€ 340,40
Rimborsi spese	€ 20.000,00	€ 2.168,91	€ 22.168,91	€ 21.448,91	€ 720,00	€ 22.168,91	€ -	€ 796,43	-€ 53,35	€ 743,08	€ -	€ 720,00	€ 22.191,99
Gettoni e ind.ta' attività Organi Diret.	€ 150.000,00		€ 150.000,00	€ 134.780,00	€ 2.640,00	€ 137.420,00	-€ 12.580,00	€ 1.350,00		€ 1.350,00	€ -	€ 2.640,00	€ 136.130,00
Assicurazioni organi statutari	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 5.100,03		€ 5.100,03	-€ 2.399,97	€ 1.427,68		€ 1.427,68	€ -	€ -	€ 6.527,71
Assemblea Annuale	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 9.320,58		€ 9.320,58	-€ 5.679,42				€ -	€ -	€ 9.320,58
Totale uscite per gli organi dell'Ente	€ 227.500,00	€ 2.168,91	€ 229.668,91	€ 187.119,92	€ 5.810,00	€ 192.929,92	-€ 36.738,99	€ 4.534,11	-€ 53,35	€ 4.480,76	€ -	€ 5.810,00	€ 191.600,68
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO													
Stipendi e oneri riflessi	€ 300.000,00		€ 300.000,00	€ 216.452,38	€ 14.487,93	€ 230.940,31	-€ 69.059,69	€ 15.379,12		€ 15.379,12	€ -	€ 14.487,93	€ 231.831,50
Assicurazioni personale	€ 7.500,00		€ 7.500,00	€ 4.837,68		€ 4.837,68	-€ 2.662,32				€ -	€ -	€ 4.837,68
Fondo incentivazione	€ 90.000,00		€ 90.000,00	€ 86.936,69		€ 86.936,69	-€ 3.063,31				€ -	€ -	€ 86.936,69
Corsi di formazione	€ 3.000,00		€ 3.000,00			€ -	-€ 3.000,00				€ -	€ -	€ -
Lavoro temporaneo	€ 20.000,00	€ 38.756,10	€ 58.756,10	€ 40.230,89	€ 18.525,21	€ 58.756,10	€ -				€ -	€ 18.525,21	€ 40.230,89
Totale oneri per il personale in servizio	€ 420.500,00	€ 38.756,10	€ 459.256,10	€ 348.457,64	€ 33.013,14	€ 381.470,78	-€ 77.785,32	€ 15.379,12	€ -	€ 15.379,12	€ -	€ 33.013,14	€ 363.836,76
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI													
Compenso per la riscossione	€ 50.000,00		€ 50.000,00	€ 33.298,20	€ 4.724,47	€ 38.022,67	-€ 11.977,33	€ 12.620,56	-€ 28,87	€ 12.591,69	€ -	€ 4.724,47	€ 45.889,89
Servizi legali	€ 80.000,00		€ 80.000,00	€ 20.776,60	€ 53.194,44	€ 73.971,04	-€ 6.028,96	€ 69.300,27		€ 69.300,27	€ -	€ 53.194,44	€ 90.076,87
Servizi contabili e fiscali	€ 41.000,00		€ 41.000,00	€ 20.267,84	€ 20.206,88	€ 40.474,72	-€ 525,28	€ 15.939,30		€ 15.939,30	€ -	€ 20.206,88	€ 36.207,14
Servizi vari e comunicazione	€ 25.000,00	€ 16.780,13	€ 41.780,13	€ 4.281,78	€ 37.498,35	€ 41.780,13	€ -	€ 23.373,57	-€ 6.018,37	€ 17.355,20	€ -	€ 37.498,35	€ 21.636,98
Servizi informatici	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 27.680,56	€ 32.183,60	€ 59.864,16	-€ 135,84	€ 35.724,04		€ 31.759,04	€ 3.965,00	€ 36.148,60	€ 59.439,60
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€ 30.000,00		€ 30.000,00	€ 11.739,62	€ 8.475,14	€ 20.214,76	-€ 9.785,24	€ 12.319,56	-€ 2.760,86	€ 9.090,22	€ 468,48	€ 8.943,62	€ 20.829,84
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 4.000,00	€ 4.780,58	€ 8.780,58	€ 2.220,15	€ 6.560,43	€ 8.780,58	€ -	€ 1.682,13	-€ 103,21	€ 1.578,92	€ -	€ 6.560,43	€ 3.799,07
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 290.000,00	€ 21.560,71	€ 311.560,71	€ 120.264,75	€ 162.843,31	€ 283.108,06	-€ 28.452,65	€ 170.959,43	-€ 8.911,31	€ 157.614,64	€ 4.433,48	€ 167.276,79	€ 277.879,39
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI													
Affitto luce riscaldamento condominio approvigionamenti	€ 135.000,00		€ 135.000,00	€ 110.160,69	€ 16.644,59	€ 126.805,28	-€ 8.194,72	€ 13.647,69	-€ 522,68	€ 6.167,75	€ 6.957,26	€ 23.601,85	€ 116.328,44
Cancelleria e stampati	€ 15.000,00	€ 4.224,24	€ 19.224,24	€ 18.218,07	€ 1.006,17	€ 19.224,24	€ -	€ 4.423,71	-€ 1.254,52	€ 3.169,19	€ -	€ 1.006,17	€ 21.387,26
Spese postali e telefoniche	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 8.492,65	€ 5.140,75	€ 13.633,40	-€ 1.366,60	€ 4.342,76	€ 15,47	€ 3.772,49	€ 585,74	€ 5.726,49	€ 12.265,14
Spese di pulizia	€ 21.000,00		€ 21.000,00	€ 15.573,62	€ 5.058,12	€ 20.631,74	-€ 368,26	€ 8.113,00	-€ 10,00	€ 8.103,00	€ -	€ 5.058,12	€ 23.676,62
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00		€ 2.000,00	€ 1.313,44	€ 240,64	€ 1.554,08	-€ 445,92	€ 281,08	-€ 92,78	€ 188,30	€ -	€ 240,64	€ 1.501,74
Spese varie	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 971,18		€ 971,18	-€ 2.028,82				€ -		€ 971,18
Archivizione e gestione documenti	€ 12.000,00		€ 12.000,00	€ 7.767,94	€ 2.846,10	€ 10.614,04	-€ 1.385,96	€ 3.120,15	€ 625,74	€ 3.745,89	€ -	€ 2.846,10	€ 11.513,83
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 203.000,00	€ 4.224,24	€ 207.224,24	€ 162.497,59	€ 30.936,37	€ 193.433,96	-€ 13.790,28	€ 33.928,39	-€ 1.238,77	€ 25.146,62	€ 7.543,00	€ 38.479,37	€ 187.644,21
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI													
Aggiornamenti professionali	€ 650.000,00		€ 650.000,00	€ 310.290,60	€ 168.716,60	€ 479.007,20	-€ 170.992,80	€ 215.722,82	-€ 25.485,92	€ 107.553,07	€ 82.683,83	€ 251.400,43	€ 417.843,67
Rivista "Infermiere oggi"	€ 120.000,00		€ 120.000,00	€ 83.650,29	€ 25.011,92	€ 108.662,21	-€ 11.337,79	€ 25.529,66		€ 25.529,66	€ -	€ 25.011,92	€ 109.179,95
Biblioteca	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 69.901,70	€ 23.168,44	€ 93.070,14	-€ 6.929,86	€ 24.753,60	-€ 2.115,47	€ 22.138,13	€ 500,00	€ 23.668,44	€ 92.039,83
Spese di pubblicità	€ 5.000,00		€ 5.000,00			€ -	-€ 5.000,00				€ -	€ -	€ -
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€ 40.000,00		€ 40.000,00	€ 3.620,00	€ 150,00	€ 3.770,00	-€ 36.230,00	€ 630,00		€ 480,00	€ 150,00	€ 300,00	€ 4.100,00
Spese di rappresentanza	€ 3.000,00		€ 3.000,00	€ 286,00		€ 286,00	-€ 2.714,00				€ -	€ -	€ 286,00
Quote spettanti Federazione	€ 340.000,00	€ 6.680,00	€ 346.680,00	€ 333.420,00	€ 6.680,00	€ 340.100,00	-€ 6.580,00	€ 8.764,00		€ 8.764,00	€ -	€ 6.680,00	€ 342.184,00
Progetto qualità Opi ISO 9000	€ 7.500,00	€ 3.351,90	€ 10.851,90	€ 3.717,95	€ 7.133,95	€ 10.851,90	€ -	€ 2.375,95		€ 2.375,95	€ -	€ 7.133,95	€ 6.093,90
Ufficio Stampa	€ 25.000,00		€ 25.000,00			€ -	-€ 25.000,00				€ -	€ -	€ -
Iniziative di Solidarietà	€ 20.000,00		€ 20.000,00	€ 2.500,00	€ 17.500,00	€ 20.000,00	€ -	€ 19.700,00		€ 19.700,00	€ -	€ 17.500,00	€ 22.200,00
Posta elettronica certificata	€ 24.400,00		€ 24.400,00	€ 24.400,00		€ 24.400,00	€ -				€ -	€ -	€ 24.400,00
Quote dovute al coord.to del Lazio	€ 500,00		€ 500,00	€ 500,00		€ 500,00	€ -				€ -	€ -	€ 500,00
Spese elezioni organi direttivi			€ -			€ -	€ -	€ 200,00	-€ 200,00		€ -	€ -	€ -
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.335.400,00	€ 10.031,90	€ 1.345.431,90	€ 832.286,54	€ 248.360,91	€ 1.080.647,45	-€ 264.784,45	€ 297.676,03	-€ 27.801,39	€ 186.540,81	€ 83.333,83	€ 331.694,74	€ 1.018.827,35

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA							GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA
	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			Scostamento	Iniziali	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato	Da pagare	Totale							
ONERI FINANZIARI													
Interessi passivi													
Totale oneri finanziari													
ONERI TRIBUTARI													
Inps Irap e altri tributi	€ 100.000,00	€ 1.004,59	€ 101.004,59	€ 85.271,20	€ 15.733,39	€ 101.004,59	€ -	€ 15.201,98	€ 4.234,62	€ 19.436,60	€ -	€ 15.733,39	€ 104.707,80
Nettezza urbana	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 2.928,59	€ 329,40	€ 3.257,99	-€ 1.742,01	€ 3.079,50	-€ 131,47	€ 2.618,63	€ 329,40	€ 658,80	€ 5.547,22
Totale oneri tributari	€ 105.000,00	€ 1.004,59	€ 106.004,59	€ 88.199,79	€ 16.062,79	€ 104.262,58	-€ 1.742,01	€ 18.281,48	€ 4.103,15	€ 22.055,23	€ 329,40	€ 16.392,19	€ 110.255,02
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI													
Rimborsi vari	€ 5.000,00		€ 5.000,00	€ 3.211,30		€ 3.211,30	-€ 1.788,70						€ 3.211,30
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 3.211,30		€ 3.211,30	-€ 1.788,70						€ 3.211,30
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Fondo spese impreviste	€ 128.970,00	-€ 77.746,45	€ 51.223,55				-€ 51.223,55						
Totale uscite non classificabili in altre voci	€ 128.970,00	-€ 77.746,45	€ 51.223,55				-€ 51.223,55						
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO													
Trattamento di fine rapporto	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 542,93	€ 14.158,73	€ 14.701,66	-€ 298,34	€ 181.232,87			€ 181.232,87	€ 195.391,60	€ 542,93
Totale trattamento di fine rapporto	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 542,93	€ 14.158,73	€ 14.701,66	-€ 298,34	€ 181.232,87	€ -	€ -	€ 181.232,87	€ 195.391,60	€ 542,93
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI													
Rimborso quote esattoria													
Totale accantonamento fondo rischi e oneri													
TOTALE TITOLO I - USCITE CORRENTI	€ 2.730.370,00	-€ 0,00	€ 2.730.370,00	€ 1.742.580,46	€ 511.185,25	€ 2.253.765,71	-€ 476.604,29	€ 721.991,43	-€ 33.901,67	€ 411.217,18	€ 276.872,58	€ 788.057,83	€ 2.153.797,64
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE													
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI													
Ristrutturazione sede	€ 40.000,00		€ 40.000,00		€ 9.800,00	€ 9.800,00	-€ 30.200,00	€ 9.500,00		€ 9.500,00	€ -	€ 9.800,00	€ 9.500,00
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili	€ 40.000,00	€ -	€ 40.000,00	€ -	€ 9.800,00	€ 9.800,00	-€ 30.200,00	€ 9.500,00	€ -	€ 9.500,00	€ -	€ 9.800,00	€ 9.500,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE													
Acquisto mobili e arredi	€ 10.000,00		€ 10.000,00			€ -	-€ 10.000,00	€ 10.250,44		€ 9.833,20	€ 417,24	€ 417,24	€ 9.833,20
Programmi e attrezzature	€ 15.000,00		€ 15.000,00	€ 7.664,75	€ 5.596,24	€ 13.260,99	-€ 1.739,01	€ 12.918,48	€ 1.841,42	€ 14.759,90	€ -	€ 5.596,24	€ 22.424,65
Totale acquisizione di immobilizzazioni tecniche	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 7.664,75	€ 5.596,24	€ 13.260,99	-€ 11.739,01	€ 23.168,92	€ 1.841,42	€ 24.593,10	€ 417,24	€ 6.013,48	€ 32.257,85
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI													
Concessione di crediti													
Totale concessione di crediti													
RIMBORSI DI MUTUI													
Rimborso mutuo													
Totale rimborsi di mutui													
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE													
Rimborso di anticipazione passiva													
Totale rimborso di anticipazioni passive													
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI													
Estinzione debito													
Totale estinzione debiti diversi													
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE													
Fondo spese elezioni													
Totale accantonamenti per spese future													
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI													
Accantonamento per ripristino investimenti													
Totale accantonamenti per spese future													
TOTALE TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 65.000,00	€ -	€ 65.000,00	€ 7.664,75	€ 15.396,24	€ 23.060,99	-€ 41.939,01	€ 32.668,92	€ 1.841,42	€ 34.093,10	€ 417,24	€ 15.813,48	€ 41.757,85

Uscite

	GESTIONE DI COMPETENZA							GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA
	PREVISIONI			SOMME IMPEGNATE			Scostamento	Iniziali	Variazioni	Pagati	Da pagare	Residui Finali	Tot. Pag.
	Iniziali	Variazioni	Definitive	Pagato	Da pagare	Totale							
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Ritenute erariali	€ 220.000,00		€ 220.000,00	€ 164.248,74	€ 30.161,08	€ 194.409,82	-€ 25.590,18	€ 33.679,66		€ 33.679,66	€ -	€ 30.161,08	€ 197.928,40
Ritenute previdenziali	€ 60.000,00		€ 60.000,00	€ 42.820,60	€ 6.866,25	€ 49.686,85	-€ 10.313,15	€ 7.480,45		€ 7.480,45	€ -	€ 6.866,25	€ 50.301,05
Altre partite di giro	€ 250.000,00		€ 250.000,00	€ 297.944,88	€ 13.279,50	€ 311.224,38	€ 61.224,38	€ 32.447,93	-€ 17.192,30	€ 8.922,60	€ 6.333,03	€ 19.612,53	€ 306.867,48
IVA Split Payment	€ 100.000,00		€ 100.000,00	€ 68.684,56	€ 7.264,81	€ 75.949,37	-€ 24.050,63	€ 10.664,47		€ 10.664,47	€ -	€ 7.264,81	€ 79.349,03
TOTALE TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 630.000,00	€ -	€ 630.000,00	€ 573.698,78	€ 57.571,64	€ 631.270,42	€ 1.270,42	€ 84.272,51	-€ 17.192,30	€ 60.747,18	€ 6.333,03	€ 63.904,67	€ 634.445,96
TOTALE USCITE	€ 3.425.370,00	-€ 0,00	€ 3.425.370,00	€ 2.323.943,99	€ 584.153,13	€ 2.908.097,12	-€ 517.272,88	€ 838.932,86	-€ 49.252,55	€ 506.057,46	€ 283.622,85	€ 867.775,98	€ 2.830.001,45
Avanzo di amministrazione dell'esercizio													
TOTALE GENERALE	€ 3.425.370,00		€ 3.425.370,00			€ 2.908.097,12							

Centro di Eccellenza-CECRI Tante le iniziative in campo nel 2020 Numerosi gli obiettivi raggiunti

Dalla sua fondazione, nel 2010, tante sono state le iniziative e i nuovi percorsi offerti dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma per favorire il progresso della Professione.
Negli anni, il consolidarsi degli obiettivi ha portato allo sviluppo di momenti formativi e linee di ricerca in ambito nazionale ed internazionale. Perché l'impegno del CECRI è costantemente volto verso l'individuazione e lo sviluppo di quelle competenze richieste agli infermieri di oggi (ma soprattutto del futuro) per una migliore qualità e sostenibilità del "Sistema salute" *tout court*.
Fare il punto sulle attività del CECRI equivale a confrontarsi da vicino sulle competenze necessarie per parlare di *Evidence based practice* in una società in continuo mutamento che chiede risposte adeguate alle necessità di cittadini sempre più "in età", spesso con malattie croniche e/o neurodegenerative che impattano sulla loro qualità di vita, su quella delle famiglie e dei *caregiver*. Oltre che sui costi dell'assistenza sanitaria.
Per ridurre la mortalità, gli accessi inappropriati ai servizi sanitari e le ospedalizzazioni evitabili, vanno ripensati i modelli di cura, privilegiando il *self-care* e l'Infermieristica di prossimità.
Non a caso, già da diversi anni sono attive in Italia e, in particolar modo in seno al CECRI, diverse linee di ricerca che vanno in tal senso. Dal 13 luglio 2018, poi, è arrivato un importante riconoscimento internazionale per il CECRI dell'OPI di Roma: unico in Italia, è entrato a far parte dei gruppi di ricerca affiliati al prestigioso **Joanna Briggs Institute** (JBI), storica organizzazione internazionale di ricerca e implementazione di linee-guida e buone pratiche che collabora con quasi cento Centri nel mondo per sviluppare le evidenze cliniche infermieristiche.
La sua banca-dati *full text* raccoglie revisioni sistematiche e protocolli redatti secondo la metodologia JBI: un modello di pratica dell'*Evidence-based* riconosciuto come standard globale di eccellenza nel settore delle professioni sanitarie. Contiene raccomandazioni di buona pratica, revisioni sistematiche e informazioni per i pazienti, per offrire agli operatori sanitari informazioni e strumenti aggiornati e accreditati per implementare le pratiche cliniche basate sull'evidenza.
Inoltre, il CECRI ha instaurato da tempo una proficua collaborazione con CGFNS International, organizzazione che aiuta professionisti sanitari a vivere e lavorare in Paesi diversi da quello di origine, e soprattutto negli USA, valutando e convalidando le loro credenziali accademiche e professionali. Tale organizzazione aiuta a proteggere i professionisti della salute che migrano da e verso gli Stati Uniti, sostenendo pratiche di assunzione etiche e monitorando il panorama globale per lo sviluppo di sistemi sostenibili per il mercato del lavoro.
Ecco, in dettaglio, i progetti del Centro di Eccellenza approvati per il 2020 e attualmente attivi.

1. POLO PER L'ISTRUZIONE

Direttore, **Ausilia M.L. Pulimeno**. Componenti: **Simonetta Bartolucci, Emanuele Lisanti**. Esperti: **Maria Grazia De Marinis, Laura Tibaldi**.

1.20.1 Un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico nell'esame di abilitazione professionale. (Sviluppo-applicazione)
Scopo dello studio è quello di sviluppare e applicare un modello sperimentale per la definizione del *Core Competence* infermieristico. tale percorso porterà alla armonizzazione, basata su competenze certificate, dei percorsi formativi e dei titoli rilasciati dalle diverse Università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea.

1.20.2 Etica-mente parlando. Relazione - responsabilità - ricerca (itinerante)
Si parla di "etica" e tanto anche in virtù della stesura del nuovo Codice Deontologico infermieristico. Tale evento formativo, ripetuto in numerose edizioni in varie strutture sanitarie di Roma e Provincia, si pone come obiettivo quello di sensibilizzare ed enfatizzare i temi etici centrali della professione infermieristica come: equità, dignità, giustizia, responsabilità professionale, etc...

1.20.3 Prevenire e gestire l'evento avverso alla luce della Legge 24/2017 (itinerante)
L'evento formativo si propone di condurre i professionisti in un percorso di riflessione e approfondimento sui temi dell'evento avverso e della responsabilità, ragionando sul superamento del concetto di procedura da rispettare, a favore di un'analisi critica e competente per la valutazione del rischio. L'analisi della Legge 24/2017 è stata finalizzata a comprendere e focalizzare i cambiamenti concreti sul concetto di responsabilità e di colpa che tale Legge ha avviato.

1.20.4 Nuovi scenari di responsabilità ed autonomia per l'infermiere. Conoscenze sulla libera professione degli studenti nei Corsi di laurea in Infermieristica della Regione Lazio
L'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica, si pone l'obiettivo di valutare 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 stato associato un seminario di formazione sull'attività libero professionale rivolto agli studenti del terzo anno dei CdL in infermieristica.

1.20.5 AIDS e *peer education* (in collaborazione con Anlaids)

La proposta progettuale ha identificato e formato un pool di infermieri esperti nel settore delle infezioni a trasmissione sessuale coinvolgendoli attivamente nelle équipe multidisciplinari del Progetto Scuole di Anlaids Lazio e nei programmi di informazione e prevenzione rivolti sia agli studenti delle Scuole Superiori di secondo grado, sia agli studenti dei corsi di laurea in infermieristica. L'efficacia del programma è in corso di valutazione attraverso uno studio di ricerca, già attivato, con somministrazione di uno specifico test prima e dopo l'intervento educativo rivolto agli studenti.

1.20.6 Integrazione professionale infermieristica: migliorare l'assistenza per un mondo più in salute

Questo evento formativo ha l'obiettivo di promuovere l'integrazione professionale e sociale tra infermieri e operatori sanitari provenienti da differenti culture e *framework* concettuali. La forza- lavoro sanitaria è, e sarà, sempre più multietnica e tale multietnicità necessita di percorsi formativi mirati ed appropriati per garantire la miglior qualità delle cure assistenziali.

1.20.7 Le tematiche professionali della sanità privata, studio, analisi e proposte

Questo progetto ha come obiettivo quello di realizzare un confronto qualificato e costante tra professionisti impegnati nella assistenza in strutture private, offrendo un'opportunità di scambio di esperienze e di analisi di problematiche comuni per contribuire al dibattito generale della sanità e proporre progetti e lavori che possano essere di interesse comune nelle varie realtà sanitarie private.

2. POLO PER LA RICERCA SCIENTIFICA

Direttore, **Gennaro Rocco**. Componenti: **Girolamo De Andreis, Maurizio Fiorda, Marco Tosini, Carlo Turci**. Esperti: **Rosaria Alvaro**.

2.20.1 Sviluppo della versione 3.0 del *Professional Assessment Instrument* (PAI)

Il P*rofessional Assessment Instrument* (PAI) è un sistema informativo infermieristico utilizzato in ambito assistenziale, organizzativo e di ricerca. Gli obiettivi di questo progetto sono: aggiornare la terminologia standard del PAI; sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione; re-ingegnerizzare il PAI. La versione 3.0 del PAI permetterà di avere un sistema più performante con la possibilità di essere utilizzato da tutte le strutture sanitarie interessate.

2.20.2 Bisogni e *burden* dei *caregiver* nello scompenso cardiaco; sono correlati con le caratteristiche dei pazienti e dei *caregiver*? Continuazione del progetto di ricerca

L'obiettivo di questo studio è legato alla seconda fase di un progetto più ampio sul *self-care* nello scompenso cardiaco che ha compreso la somministrazione di due batterie di strumenti psicometrici validati: uno per i pazienti e uno per i *caregiver*. L'indagine è condotta in diversi momenti: a tempo zero (coincidente col ricovero o visita ambulatoriale), a sei mesi e a un anno; anche con l'ausilio di interviste approfondite.

2.20.3 Validazione di nuovi strumenti per misurare il *self-care* e la qualità di vita nelle donne in post menopausa con osteoporosi

Il progetto di ricerca ha come scopo quello di sviluppare e testare le proprietà psicometriche della *Self-Care of Osteoporosis Scale* (SCOS) e della *Quality Of Life Osteoporosis Scale* (QoLOS), due nuovi strumenti per misurare rispettivamente il *self-care* e la qualità di vita nelle donne che hanno subito almeno una frattura da osteoporosi.

2.20.4 La prevenzione degli errori da terapia nelle Terapie Intensive: uno studio internazionale multicentrico *cross-sectional*

Lo scopo della ricerca è di analizzare le conoscenze, i bisogni formativi, le attitudini e i comportamenti degli infermieri in materia farmacologica, verificando l'esistenza di eventuali correlazioni prima nella letteratura esistente e poi in specifici *setting* assistenziali. La ricerca è in corso di effettuazione, sia con una revisione sistematica della letteratura, sia tramite uno studio internazionale multicentrico *cross-sectional*.

2.20.5 Lo sviluppo dello strumento per misurare la dignità professionale (NPDS)

Lo scopo di questa ricerca è di sviluppare uno strumento che possa valutare la dignità professionale infermieristica. Molti sono i fattori che determinano la dignità professionale ed includono il rispetto intra e interprofessionale, il grado di autonomia e *decision making* espresso dagli infermieri stessi nel loro lavoro, il *setting* ambientale di riferimento ed altre variabili.

2.20.6 Etica e rispetto professionale: una revisione sistematica

Lo scopo di tale studio è di identificare, in diversi database elettronici, gli studi empirici e teorici sul concetto di rispetto nei vari Codici Deontologici in modo da ottenere una comprensione più completa del fenomeno rispetto professionale e chiarire meglio i vari fattori coinvolti in tale concetto.

2.20.7 Intervento di *Mindfulness* per la riduzione dello stress in pazienti con Bronco-Pneumopatia-Cronico-Ostruttiva (BPCO) e loro *caregiver*

Questo progetto ha come obiettivo quello di valutare l'efficacia

dell'intervento infermieristico nel ridurre stress, ansia, depressione nei pazienti con BPCO di grado severo e nei loro familiari. Lo studio di tipo clinico randomizzato e multicentrico utilizza come strumento di indagine la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) che si è dimostrata efficace nel trattare l'ansia, i disturbi dell'umore e lo stress percepito.

2.20.8 Competenze cliniche infermieristiche valutate con la *Nurse Competence Scale* e il ragionamento clinico valutato tramite la *Nurses Clinical Reasoning*

Questo progetto di ricerca ha lo scopo di descrivere la percezione delle competenze degli infermieri nei diversi setting clinici. Gli strumenti utilizzati per questa indagine sono la versione italiana della *Nurse Competence Scale* (INCS) e la *Nurse Clinical Reasoning Scale* (NCRS).

2.20.9 Valutazione della percezione delle competenze cliniche infermieristiche. Ricerca con metodo misto

Questa ricerca ha come scopo quello di valutare le competenze infermieristiche. Il disegno dello studio è di tipo misto esplicativo sequenziale (QUAN+qual). In questa fase della ricerca si stanno valutando le competenze cliniche infermieristiche attraverso un'indagine qualitativa.

2.20.10 Studio prospettico multicentrico sulle lesioni da pressione nei pazienti ricoverati in *hospice*: prevalenza, incidenza e fattori associati

Il progetto si è posto importanti obiettivi. Il primario è stato: documentare la prevalenza puntuale al momento del ricovero e l'incidenza cumulativa delle lesioni da pressione in pazienti con malattia in stadio avanzato ricoverati in *hospice*. Quello secondario: analizzare l'associazione ed il potere predittivo delle caratteristiche dei partecipanti per l'insorgenza delle lesioni da pressione.

2.20.11 Valutazione della capacità del SSN di rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extra istituzionale del cittadino e prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste. FASE 2

Lo scopo di questo progetto di ricerca ha come obiettivo finale quello di valutare la capacità del SSN nel rispondere alle richieste di prestazioni sanitarie in regime extra istituzionale del cittadino e, successivamente, analizzare le prestazioni infermieristiche eseguite da parte del libero professionista infermiere in base alla complessità di cure richieste.

2.20.12 Valutazione della percezione da parte degli studenti della loro competenza clinica con la versione italiana della NCS (INCS) e del test *Clinical Learning Environment* e la *Supervision e Nurse Teacher Scale* (CLES + T scale)

L'obiettivo dello studio è stato quello di indagare le percezioni degli studenti infermieri delle proprie competenze e anche quelle apprese negli ambienti clinici di apprendimento e come si modificano nel corso della formazione accademica triennale in infermieristica.

2.20.13 L'infermiere di famiglia e la gestione integrata della cronicità sul territorio della Asl Roma 4. Progetto: "La famiglia in equilibrio"

L'obiettivo generale di questo studio prevede di comprendere, incentivare, sviluppare un aspetto del profilo professionale dell'infermiere, quello educativo e di prevenzione, ancora oggi poco diffuso nella popolazione concernente l'infermiere scolastico. Risulta di fondamentale importanza promuovere questa "nuova" figura sanitaria in grado di implementare la salute globale di salute degli adolescenti, realizzare campagne di prevenzione e sensibilizzazione alle sane abitudini; ovvero gestire e realizzare progetti di promozione di stili di vita sani e di prevenzione rispetto ad alimentazione, abuso di alcool, attività motoria, educazione all'affettività e sessualità.

2.20.14 La figura dell'infermiera dall'Unità d'Italia sino all'avvento del Fascismo. Analisi comparata di regolamenti ospedalieri

Il progetto vuole definire l'immagine dell'infermiera nelle strutture ospedaliere nel periodo post-unitario sino all'avvento del Fascismo, attraverso la conoscenza dei requisiti di reclutamento, dell'analisi dei compiti e della sua collocazione nell'organigramma ospedaliero. Inoltre, si indagherà sul codice di condotta infermieristica, sui relativi procedimenti disciplinari e sulle condizioni lavorative in cui l'infermiera prestava la propria assistenza, nonché, sui rapporti gerarchici delle infermiere con le altre figure presenti nel contesto ospedaliero.

2.20.15 L'Infermiere scolastico e la promozione di interventi di educazione alla salute nelle scuole primarie nelle Aziende Sanitarie

Il progetto ha lo scopo di valutare l'efficacia di un intervento educativo nell' individuare gli stili di vita inadeguati, in modo da poterli evitare, sostituendoli con quelli salutari; stimolare lo sviluppo della mentalità sportiva negli adolescenti per riconoscere e interpretare corretti stili di vita; valutare la capacità dei ragazzi selezionati di far parte di un progetto di *peer-education*; valutare la percezione delle esperienze di gruppo di pari in giovani adolescenti all'interno di un contesto formale e informale; identificare informazioni utili per la pianificazione e l'attuazione di un intervento di *peer education* in un contesto non formale.

2.20.16 Migliorare il *self-care* nei pazienti con stomia e nei loro *caregiver* familiari: studio clinico randomizzato controllato

L'obiettivo dello studio è quello di descrivere e valutare, nei pazienti stomizzati e nei loro *caregiver*, come si possono miglio-

rare i livelli di *self-care*, qualità di vita e l'insorgenza di complicanze stomali e riospedalizzazioni.

2.20.17 Il *self-care* nei bambini e nei giovani affetti da patologia cronica, dal modello alle scale di valutazione

Il progetto di ricerca si propone di elaborare un modello teorico del *self-care* per le persone in età evolutiva affette da patologie croniche ad alta complessità. Lo studio prevede tre fasi. La prima: revisione sistematica della letteratura per evidenziare le conoscenze già presenti. La seconda: esplorazione con *focus* group o interviste della percezione del *self-care* nei bambini/giovani adulti affetti da patologie croniche, nei loro genitori e nel gruppo professionale che se ne prende cura. La terza: elaborazione di una o più scale del *self-care* per bambini/giovani adulti con patologie croniche, in considerazione delle diverse fasi di sviluppo, e validazione psicometrica nel contesto di almeno una patologia cronica ad alta complessità.

2.20.18 Progetto V.I.T.A. Valori Infermieristici Trasmessi nell'Assistenza. 2020: un anno di sinergie tra la professione infermieristica e le cure palliative (in collaborazione con Antea)

Il 2020 è un anno in cui si celebrano due ricorrenze importanti. La prima legata al mondo delle cure palliative, l'altra relativa al mondo infermieristico. Per cogliere quest'opportunità, Antea collabora con l'OPI di Roma per portare avanti, insieme, un progetto finalizzato a far emergere la specificità e la professionalità infermieristica nell'ambito delle cure palliative, attraverso la voce di chi ne entra in contatto. Una professionalità infermieristica caratterizzata dall'acquisizione di competenze avanzate che permettono agli infermieri di rispondere alla complessità ed evolutività dei bisogni dei pazienti e anche delle loro famiglie per permettergli di continuare a vivere nel miglior modo possibile, in qualsiasi contesto di cura si trovino, preservando la dignità intrinseca della persona nonostante l'evoluzione della malattia.

2.20.19 Implementazione e valutazione del modello organizzativo: *Primary Nursing*

Il *Primary Nursing* è un modello organizzativo assistenziale e rappresenta l'evoluzione del *team nursing*. Gli studi in letteratura evidenziano risultati controversi rispetto all'efficacia dei modelli organizzativi sulla qualità dell'assistenza soprattutto in relazione alla difficoltà di misurarli e monitorarli nel tempo. Ancora pochi sono gli studi che si focalizzano sull'efficacia del *Primary Nursing* sull' accuratezza della documentazione. Inoltre, non esistono, ad oggi, strumenti validati di monitoraggio dell'aderenza della pratica assistenziale ai principi del modello. Proprio in questo contesto si inserisce il progetto di valutazione e implementazione del modello con l'obiettivo di descriverne gli effetti a medio e lungo termine sulla accuratezza della documentazione, sugli atteggiamenti degli infermieri, sulla soddisfazione del paziente.

3. POLO PER LA FORMAZIONE

Direttore, **Maria Grazia Proietti**. Componenti: **Mariagrazia Montalbano, Francesco Scerbo, Maurizio Zega**. Esperti: **Loredana Sasso**

3.20.1 La ricerca delle evidenze scientifiche nell'infermieristica attraverso l'utilizzo delle banche dati biomediche

Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste nell' "*Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti*". A tale scopo, quest'evento formativo vuole offrire a tutti i professionisti e agli studenti infermieri 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 l'OPI di Roma mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la biblioteca digitale.

3.20.2 Indicizzazione ILISI (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche)

Questo evento formativo intende fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'indicizzazione nella banca dati ILISI infermieristica. Al termine dell'evento formativo i discenti saranno in grado di inserire in modo autonomo i dati riguardanti gli articoli scientifici sanitari nella banca dati ILISI.

3.20.3 Corso di inglese scientifico per il *Nursing 3* livelli: base/pre-intermedio/intermedio

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. Un progetto che prevede dei corsi formativi di inglese scientifico di base/pre-intermedio/intermedio, dedicati agli infermieri.

3.20.4 Corso di fonetica e conversazione in inglese

Questi corsi nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese nell'assistenza all'altro e orientano il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche. Obiettivo dell'evento formativo è quello di sviluppare capacità di fonetica e conversazione in inglese.

3.20.5 Corso di *"Middle Management & Health Administration"* (MMHA) in collaborazione con la Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermie-

ristiche- Coordinamento Lazio
Il progetto ha come finalità quella di approfondire (in una logica integrata) modelli, metodologie e strumenti gestionali necessari ai ruoli di *Middle Management* infermieristici per operare con efficacia ed efficienza nelle organizzazioni sanitarie attraverso un maggiore coinvolgimento nelle decisioni e nella responsabilizzazione sui risultati.

3.20.6 Corso di metodologia, strategie e tecniche della Ricerca infermieristica
La crescente partecipazione delle strutture sanitarie alle attività di ricerca richiede la formazione di figure professionali esperte nella ideazione, pianificazione e conduzione di progetti di ricerca clinica. Questo evento formativo si propone di fornire al professionista infermiere le competenze metodologiche di base necessarie per partecipare attivamente al processo di produzione della ricerca sanitaria rilevante per la pratica clinica.

3.20.7 Costituzione del Centro di Ricerca e Documentazione per la Storia dell'Assistenza Infermieristica (CRDSAI)
Il progetto si focalizza sulla costituzione di un Centro di Ricerca e Documentazione per la Storia dell'Assistenza Infermieristica che possa essere, nel tempo, impulso e supporto alla ricerca storica degli infermieri, raccogliendo, nel rispetto della normativa vigente, gli studi prodotti e le fonti utilizzate in un Archivio digitale *open access* dedicato e in un archivio cartaceo presso la biblioteca dell'OPI di Roma.

4. POLO DELLA PRATICA CLINICA

Direttore, **Stefano Casciato**. Componenti: **Claudia Lorenzetti, Natascia Mazzitelli, Cinzia Puleio**. Esperti: **Maria Matarese, Angela Peghetti, Barbara Porcelli**

4.20.1 L'applicazione dell'*Evidence Based Practice* (EBP) finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche
Il progetto ha come 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 clinici. Il progetto, inoltre, prevede la formazione di *Clinical Nurse Leader* (CNL) con elevate capacità di *leadership* e con competenze avanzate nell'ambito dell'EBP.

4.20.2 *Evidence Based Practice* (EBP) e pratica clinica: fantasia o realtà?
Il progetto è volto a migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica. Gli obiettivi specifici sono: promuovere l'acquisizione di competenze in EBP; stimolare i professionisti sanitari a utilizzare i contenuti della ricerca scientifica nella pratica clinica; supportare il processo decisionale clinico attraverso l'approccio critico e riflessivo e, infine, fornire strumenti metodologici che promuovano il cambiamento attraverso l'applicazione nella pratica dei principi e delle procedure dell'EBP.

4.20.3 Artiterapie in salute mentale: camminare insieme per costruire relazioni
Il progetto ha come scopo quello di sensibilizzare e formare infermieri nel trattare pazienti affetti da disturbi psichiatrici tramite l'utilizzo delle arti terapie. Lo scopo ultimo è di introdurre le professioni sanitarie a queste modalità di intervento (Artiterapie), riconoscendone il valore assistenziale come dimostrato dalle recenti ricerche nell'ambito delle Neuroscienze.

4.20.4 Progetto ustioni
Il trattamento dei soggetti ustionati prevede un'immediata e spesso complessa assistenza extra ed intra ospedaliera al fine di ottenere risultati significativi in termini di diminuzione della mortalità e riduzione delle complicanze. È nata, quindi, la necessità di migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico terapeutico assistenziale contribuendo ad un outcome positivo nella cura del paziente ustionato.

4.20.5 La comunicazione è nelle nostre mani: l'infermiere e la lingua dei segni (LIS)
Il progetto, livello base, consiste in un approfondimento riguardo la conoscenza e la gestione del paziente Sordo, nel particolare, dei Sordi segnanti, ovvero chi utilizza la LIS come prima scelta di comunicazione. Il percorso di aggiornamento prevede parti teoriche, pratiche, nonché simulazioni di sordità. Il primo *step* formativo si basa sulla conoscenza della sordità, da un punto di vista sociale e sanitario; dei sordi e della loro eterogeneità; delle principali barriere assistenziali e comunicative; delle relative strategie attuabili dai professionisti e delle tecnologie a supporto attualmente a disposizione. Tutto ciò è fondamentale per assistere correttamente e gestire, attraverso strategie e conoscenze teoriche e pratiche basilari, il paziente sordo, con cui è indispensabile comunicare attraverso diversi canali comunicativi, fornire supporto informativo e psicologico, saper approcciarsi correttamente all'interprete LIS.

4.20.6 Le competenze infermieristiche nella gestione delle maxi-emergenze in sanità. Realtà civile e militare a confronto
Un ruolo fondamentale nella gestione delle maxi-emergenze e nelle epidemie/pandemie lo rivestono le Forze Armate. All'interno di un sistema organizzativo sanitario integrato, in coordinazione con altri Paesi che si occupano delle maxi emergenze e al fine di garantire un'ottima preparazione degli operatori per un adeguato intervento operativo nell'assistenza alle popolazioni vittime di disastri e/o epidemie/pandemie, vengono scambiate esperienze con i Paesi alleati (NATO) confrontando e valutando i risultati sanitari.

L'OPI di Roma scende in campo per il Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri

Anche l'OPI di Roma ha voluto contribuire all'enorme prova di coraggio degli infermieri vittime del COVID-19.
L'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Capitale è scesa in campo aderendo al Fondo di solidarietà voluto dalla Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) per sostenere, anche economicamente, tutti gli infermieri colpiti nella lotta.
Grazie all'*hashtag* **#noisiamocongliinfermieri**, l'OPI ha raccolto 20.000 euro da parte degli infermieri di Roma e provincia: denaro che contribuirà alle spese per quanti hanno perso tanto a causa e durante la pandemia.
Visto che nessun infermiere si è tirato indietro nel soccorso e l'assistenza alle persone nel momento del bisogno (anche a rischio della propria salute, se non della vita, coscienti dell'isolamento sociale), nessuno farà mancare loro il sostegno proprio ora.
Il Fondo FNOPI, partendo da tre categorie (infermieri guariti da riabilitare; infermieri in quarantena e lontani da casa; infermieri deceduti), si propone di durare nel tempo, perché la crisi non è affatto finita e i suoi effetti avranno una lunga durata su tutti, specie sugli operatori sanitari.
La particolarità di questo Fondo è l'immediata erogazione di contributi agli infermieri in possesso dei requisiti individuati dal regolamento approvato dal Comitato Centrale FNOPI.
Da aprile, è già stato possibile presentare domanda di contributo, utilizzando i modelli presenti nella sezione *download* della piattaforma (già organizzati per ciascuna area di intervento) e inviando tutta la documentazione necessaria alla Federazione tramite Pec (federazione@cert.fnopi.it) o raccomandata con ricevuta di ritorno (a: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, via Agostino Depretis 70, 00184 Roma).
Usufruiranno dell'indennizzo economico: gli infermieri in quarantena per positività a coronavirus (si prevede un contributo forfetario giornaliero); gli infermieri gravemente ammalati causa COVID-19, compresi i liberi professionisti (copertura di spese post dimissione e di riabilitazione); gli infermieri bisognosi di supporto psicologico a seguito di servizio in reparti COVID-19 (copertura delle spese di supporto psicologico); le famiglie (coniugi, genitori e figli) degli infermieri deceduti causa Coronavirus, per cui è previsto un indennizzo *una tantum*, su base incrementale a seconda della numerosità del nucleo familiare.
All'indirizzo **https://www.noicongliinfermieri.org** è possibile accedere a tutte le info utili per la modulistica, con gli indirizzi a cui spedire la domanda.

Un volto nuovo per il portale istituzionale

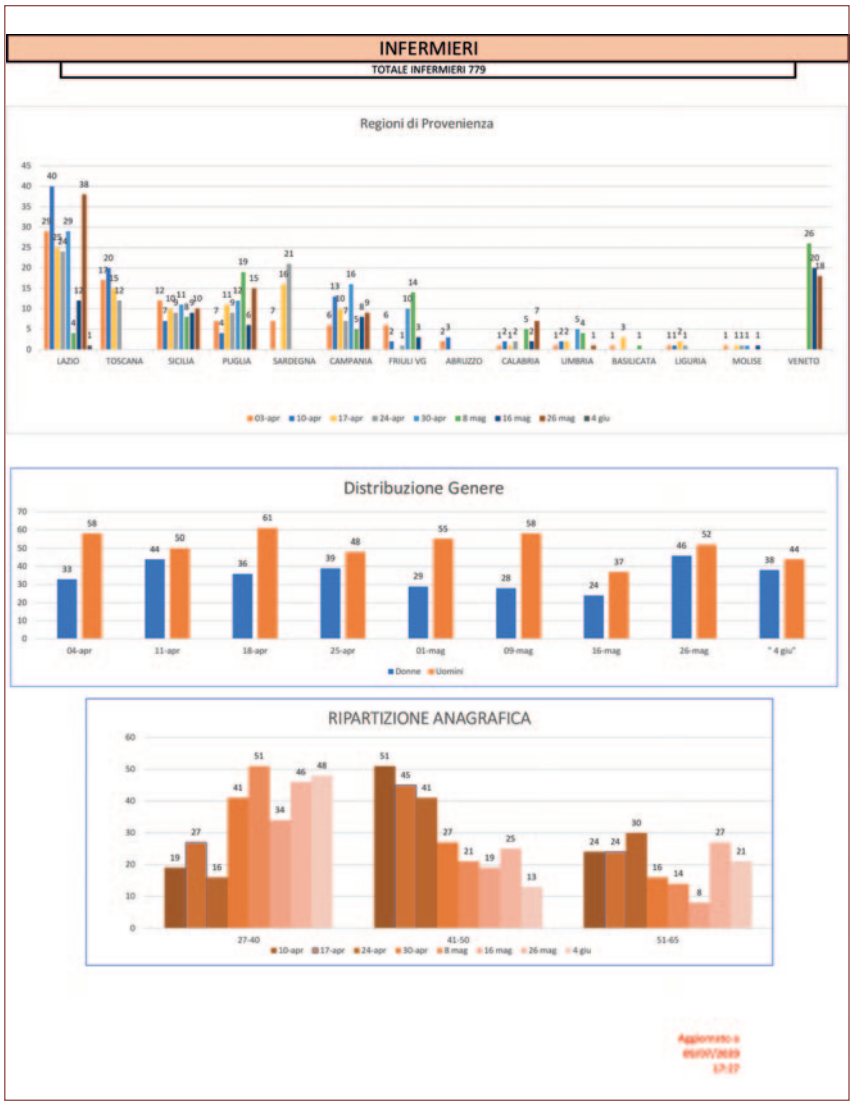
Dallo scorso 3 agosto, è on line la nuova versione del portale istituzionale dell'OPI di Roma, sempre al consueto indirizzo **www.opi.roma.it**
Il lavoro di riprogettazione e ridefinizione dei numerosi contenuti on line a disposizione di cittadini, studenti e soprattutto degli iscritti, ha coinvolto l'intero Consiglio Direttivo, i gruppi di lavoro e i consulenti esterni, ciascuno per le proprie competenze.
La sfida, infatti, non era affatto semplice: mappare tutti i processi, i servizi, le informazioni presenti sul vecchio portale per riproporle - arricchendole e razionalizzandole - su un nuovo prodotto che tenesse conto delle mutate esigenze di comunicazione dell'Ordine.
Largo alle notizie, alle quali è stato riservato uno spazio di primo piano in *homepage* grazie a un sistema di scorrimento in modalità "*slide show*".
Il nuovo portale, inoltre, presenta una piena integrazione con tutti i canali *social* già in uso all'OPI di Roma.
Sulla *homepage* è possibile vedere gli ultimi aggiornamenti Facebook e Instagram, mentre la galleria video è direttamente saldata al canale Youtube di OPI Roma.
Inoltre, presenti in evidenza i pulsanti per accedere velocemente ai canali Telegram e Podcast inaugurati di recente.
L'intero nuovo sito è stato ripensato attorno a tre macro contenitori: i servizi agli iscritti, i servizi al cittadino e tutte le informazioni per chi vuole studiare per diventare infermiere.
La dimensione internazionale del nuovo portale è assicurata dalla stretta correlazione alla piattaforma CECRI e al *banner* che dà accesso ai contributi alla ricerca internazionale da parte del CECRI *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: a Joanna Briggs Institute Affiliated Group*. Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, infatti, dal 2018, è affiliato al JBI, Organizzazione di ricerca internazionale con sede presso la facoltà di Scienze della Salute dell'Università di Adelaide (Australia), che, da oltre 20 anni, sviluppa e fornisce informazioni, *software*, addestramento e formazione sulla pratica basata sulle evidenze scientifiche.

Servizi agli iscritti
Allo scopo di essere sempre più propositivi, ma soprattutto di reale ausilio al professionista, si intende fornire alcuni strumenti ed informazioni agli infermieri per orientarli e facilitarne l'espletamento di alcune pratiche amministrative e legali proprie del nostro Ordine professionale.
Le sezioni disponibili sono: Portale iscritto, Modulistica, Posta Certificata (PEC), Concorsi, Corsi ECM, Biblioteca, Certificati, Consulenza Legale, Consulenza Amministrativa, Qualità e valutazione servizi.
Servizi al cittadino
I servizi che l'Ordine offre al pubblico sono esclusivamente a carattere informativo, proponendosi come il più competente interlocutore per poter erogare informazioni sulla professione, sulle sue regole deontologiche e sulla valutazione della qualità dei servizi offerti al pubblico. Le sezioni disponibili sono: Ricerca Albo, Ricerca PEC professionisti, Codice Deontologico, Qualità e valutazione servizi.
Diventa Infermiere
L'attuale percorso formativo per diventare infermieri e per proseguire gli studi, una volta conseguito il titolo che abilita all'esercizio professionale si sviluppa secondo le disposizioni del decreto del Ministero dell'Università del 3 novembre 1999, n. 509 e successive modifiche e previsto dal Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992.
Le sezioni disponibili sono: Biblioteca e Formazione.

Tutte le pagine del nuovo sito rispondono ai criteri di accessibilità stabiliti dalla legge e sono conformi alle linee guida Agid (Agenzia per l'Italia digitale).

Task force di infermieri volontari per la Protezione Civile
Dal Lazio il maggior numero di adesioni

La Protezione Civile ha tracciato un consuntivo della *task force* di infermieri impegnata nella lotta a COVID-19, fornendo l'elaborato con i dati relativi alle partenze dei professionisti ed alle loro destinazioni.
La partecipazione all'Unità, istituita da un bando on line il 26 marzo scorso, ha portato alla candidatura di 9.448 infermieri volontari.
Gli infermieri disponibili sono stati individuati in base alle specifiche esperienze professionali ritenute necessarie, tra le seguenti categorie: a) Infermieri dipendenti del Servizio sanitario nazionale; b) Infermieri dipendenti da strutture sanitarie anche non accreditate con il Servizio sanitario nazionale; c) Infermieri libero professionisti anche con rapporto di somministrazione di lavoro.
I contingenti impiegati a supporto delle Regioni sono stati nove, per un totale di 779 infermieri a fronte di circa 1000 convocazioni.
Gli incarichi dei volontari hanno avuto una durata tra i 21 o 28 giorni, secondo le richieste delle Regioni.



Al termine, presso la struttura di assegnazione, gli infermieri sono stati sottoposti ad un nuovo tampone rino-faringeo per poter rientrare nella Regione di domicilio.
Le tre Regioni a cui è stato destinato il maggior numero di infermieri sono: Lombardia (198); Emilia Romagna (131) e Liguria (104). Invece, per quanto concerne le Regioni di provenienza, il numero maggiore di professionisti specializzati in Urgenza Emergenza, Terapia intensiva e Rianimazione, è del Lazio.
Poi, Veneto, Puglia, Lombardia e Campania.
Sono in prevalenza di sesso maschile e, per quanto riguarda l'età, il maggior numero è quello compreso tra i 27 e i 40 anni, seguito dalla fascia 41-50 anni, senza dimenticare che oltre il 21% sono di età compresa fra 51 e 65 anni.
I 9.448 che hanno risposto alla chiamata della Protezione Civile per dare supporto, aiuto e collaborazione professionale ai colleghi delle zone d'Italia dove c'è stato il maggior numero di contagi e morti per COVID-19 sono stati quasi venti volte di più della richiesta.
Tutti infermieri esperti e formati, da subito, presso il corso di aggiornamento sul Coronavirus voluto dall'Istituto Superiore di Sanità.
Tra gli infermieri c'è stato il maggior numero di operatori sanitari positivi a COVID-19, e c'è stato pure chi non ce l'ha fatta.

L'Università di Tor Vergata tra le eccellenze mondiali della formazione infermieristica

Con l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, l'Infermieristica Italiana si posiziona tra le migliori 50 al mondo, ottenendo il 36esimo posto nello Shanghai Global Ranking of Academic Subjects.
Questo *ranking*, pubblicato per la prima volta nel 2003, è una classifica internazionale prodotta dal Center for World-Class Universities. L'Università degli Studi di Roma Tor Vergata è il primo ateneo italiano ad ottenere una posizione così importante in ambito del *Nursing*, posizionandosi al primo posto nella classifica nazionale e precedendo, nella classifica generale, altre, storiche università come la University of Oxford (UK), la Oregon Health and Science University (US), la University of Pittsburgh (US) e il Trinity College di Dublino. Inoltre, l'Infermieristica di Tor Vergata si è classificata al 2 posto per il numero di citazioni ottenute, al 9 per le collaborazioni che ha stretto con colleghi da tutto il mondo e al 36 per il numero di articoli pubblicati su accreditate riviste scientifiche.

Lo Shanghai Global Ranking of Academic Subjects, ogni anno, stila una classifica delle migliori università del mondo in 48 diverse aree tematiche, basandosi sulla reputazione accademica e sull'impatto avuto nella ricerca. Cinque sono i criteri valutati nei diversi settori: il numero di pubblicazioni scientifiche prodotte su riviste con *impact factor*; il numero di pubblicazioni scientifiche prodotte su riviste TOP di settore; le citazioni ricevute; le collaborazioni internazionali e i riconoscimenti scientifici ottenuti dal personale accademico.
Il risultato italiano e laziale si deve all'intenso lavoro scientifico prodotto dalla squadra della cattedra di Infermieristica dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, guidata dalla professoressa **Rosaria Alvaro** (professore ordinario) e composta dal professore associato **Ercole Vellone** e dagli assegnisti di ricerca e borsisti: **Rossella Ambrosca, Sondra Badolamenti, Giampiera Bulfone, Angela Cuoco, Maddalena De Maria, Marco Di Nitto, Angela Durante, Federico Ferro, Susanna Gentili, Vittoria Giordano, Paolo Iovino, Rocco Mazzotta, Loredana Piervisani, Gianluca Pucciarelli, Gennaro Rocco, Silvio Simeone, Valentina Zeffiro**, e da tutti i dottori e dottorandi in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica.
Questo, senza dimenticare che, per l'importante riconoscimento, si ringraziano quanti hanno contribuito e, in particolar modo, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma.

ASL ROMA 5

Aperta la nuova RSA pubblica di Zagarolo

Dopo quelle di Genzano e di Albano, dal primo ottobre è attiva anche la nuova RSA di Zagarolo, un'importante struttura pubblica presso l'ex presidio ospedaliero San Giovanni Battista. "Un'inaugurazione strategica che ci permette di potenziare l'offerta assistenziale territoriale alla popolazione con fragilità", ha commentato il Direttore generale della Asl Roma 5, **Giorgio Santonocito**.
Dotata di 40 posti letto (articolati in due moduli da 20 posti letto ciascuno), la struttura è di proprietà dell'Azienda sanitaria e copre una superficie complessiva di oltre 1.000 metri quadri, distribuiti su sei piani.
"La riqualificazione del Presidio di Zagarolo e conversione in RSA si inserisce in maniera organica e strutturale nella progettualità aziendale di riorganizzazione della rete del territorio, con offerta di servizi assistenziali proattivi, volti all'assolvimento sempre più ampio dei bisogni della popolazione a livello territoriale, anche nell'ottica di incrementare il grado di appropriatezza d'uso dell'ospedale e di facilitare le sinergie di deospedalizzazione verso le post-acuzie, le strutture intermedie e non ultimo il domicilio", ha concluso Santonocito.

Negli istituti di Lazio e provincia arriva l'Infermiere scolastico

Con l'ordinanza del 31 agosto 2020 numero Z00057, il presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, ha dato il via alle procedure di individuazione delle professionalità sanitarie a cui affidare l'attuazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da virus Sars-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'intero territorio regionale, per l'attività di vigilanza e monitoraggio.

Questo equivale a dire che gli infermieri "entrano" negli istituti laziali attraverso l'esordio concreto di una strategia che la nostra professione sostiene e promuove da tempo: quella dell'Infermiere di Comunità che fornisce assistenza qualificata, facendo, al contempo, prevenzione ed educazione sanitaria sul territorio. Entro il prossimo 30 settembre, le Aziende sanitarie e ospedaliere dovranno aver approntato l'elenco dei professionisti sanitari deputati a tale ruolo tra medici, infermieri e assistenti sanitari. Professionalità che potranno essere acquisite attraverso contratti libero professionali o attingendo dalle graduatorie concorsuali in via di espletamento.

"Rivolgiamo un plauso alla Regione Lazio per questa importante iniziativa - ha commentato con soddisfazione la presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, **Ausilia Pulimeno** -. Da tanto gli infermieri si battono affinché vengano riconosciute le loro competenze specifiche nel campo della prevenzione e della promozione di stili di vita sani. Paradossalmente, l'emergenza causata dalla pandemia da Coronavirus offre oggi quest'importante opportunità a tutta la comunità. Il ricorso alla figura dell'infermiere scolastico per contenere la diffusione del virus avrà effetti concreti e visibili attraverso il monitoraggio delle classi, e la presa in carico e l'assistenza in caso di positività. Insegneremo ad alunni e docenti le modalità di prevenzione e di comportamento per ridurre la contagiosità. Confidiamo ora che la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria definisca rapidamente il modello organizzativo per la realizzazione di tali interventi, le linee guida operative e i criteri in base ai quali verrà stabilito il numero di professionisti sanitari da impiegare in ciascuna Azienda sanitaria e ospedaliera di Roma e del Lazio".

Questo, senza sottacere le polemiche che tale decisione ha portato con sé: per esempio, la presa di posizione del presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, Antonio Magi, che, in un'intervista rilasciata all'agenzia di stampa "Dire", ha tentato di sminuire la figura dell'infermiere scolastico. Così commentata dalla presidente Pulimeno: "Siamo amareggiati e delusi dalle dichiarazioni del presidente Magi, irrispettose del ruolo e delle competenze proprie degli infermieri. La nostra autonomia è determinata dal profilo professionale e dalle responsabilità che la legge ci attribuisce. Non abbiamo bisogno di numi tutelari e respingiamo al mittente questo ennesimo tentativo di screditare la nostra professione propinandola falsamente come ausiliaria rispetto a quella medica".

L'Infermiere di Famiglia è legge Necessario diffonderlo in tutte le Regioni

Il Decreto Rilancio è legge da luglio. E con esso arriva "l'assunzione a tempo indeterminato di 9600 Infermieri di Comunità".

"Una svolta storica che ci consentirà di rafforzare concretamente i servizi territoriali che rappresentano, come anche l'emergenza COVID-19 ha confermato, il baluardo per prevenire e gestire le emergenze sanitarie". Così, il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, parlando a Camera e Senato e facendo il punto sulla Fase 2 del DI Rilancio.

"Impossibile non ringraziare il Ministro e tutto il Parlamento dove si è portato avanti, senza modifiche, il pilastro della prevenzione e dell'assistenza e dell'equità di accesso che finora ha proceduto lentamente e che ora potrà decollare", ha commentato **Barbara Mangiacavalli**, Presidente della Federazione degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), alla notizia della conversione in legge del Decreto Rilancio che introduce ufficialmente l'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

La nuova strategia per l'assistenza, secondo Speranza, sarà: "un lavoro senza precedenti". Con un investimento maggiore di risorse nel Servizio Sanitario Nazionale: "… Più negli ultimi 5 mesi - ha detto - che negli ultimi 5 anni. Ora siamo a 30mila assunzioni circa, di cui oltre 13mila sono infermieri". E a questi si aggiungono i 9600 IFeC che fanno parte dell'investimento strategico sui servizi domiciliari alle persone fragili che farà passare l'Italia dal 4% della platea di assistiti over 65 al 6,7%.

Insomma, grazie ad un solo decreto, si passerà da essere due punti sotto la media OCSE a 0,7% sopra.

Ma, quindi, ora più che mai è necessario applicare l'innovazione, dando spazio il più velocemente possibile alla nuova figura per l'assistenza sul territorio, prevedendo anche percorsi formativi *ad hoc* in tutte le Regioni.

L'IFeC non è una figura improvvisata, ma un professionista preparato che ha seguito Master specifici per poter assistere al meglio i pazienti fragili e le loro famiglie.

Fragilità oggi rese più evidenti dal COVID-19 e da quanto in tal senso c'è ancora da fare.

Il 10 settembre, le Regioni hanno messo a punto un documento, approvato dalla Conferenza delle Regioni che ora potrà - e dovrà - essere attuato ovunque per portare l'IFeC su tutto il territorio nazionale in maniera omogenea.

Un documento che segue la strada tracciata dal Patto per Salute 2019-2021 e dalle proposte della FNOPI messe nero su bianco in un modello consegnato a Governatori e Ministro della Salute redatto dal sottogruppo tecnico a partire dal documento "*Position statement* su Infermiere di Famiglia e Comunità" della FNOPI, in cui la descrizione delle competenze dell'IFeC risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per gli ambiti di competenza ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità sul territorio.

Il documento delle Regioni e il *position statement* della FNOPI chiariscono bene cosa è, cosa non è, e quali sono le potenzialità e le peculiarità anche formative, organizzative e collaborative di questa figura, che, di fatto, esiste da anni in molte realtà locali, ma che ora andrà codificata, organizzata, normata e formata in tutt'Italia.

Il Ddl Antiviolenza sugli operatori sanitari è legge

Dal 5 agosto scorso, il Ddl Antiviolenza è legge, con l'Aula del Senato che lo ha approvato all'unanimità. Un provvedimento per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitari che prevede sanzioni fino a 5.000 euro e pene fino a 16 anni e che istituisce anche un Osservatorio nazionale; protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi, e, in caso di lesioni o percosse, la procedibilità d'ufficio.
"Il via libera definitivo del Parlamento alla legge rappresenta un doppio segnale di civiltà: il primo, verso i cittadini, che sanno di poter contare su professionisti concentrati sui loro problemi e non sulla difesa da attacchi inconcepibili; il secondo, verso gli operatori, che ora hanno una forma di tutela in più per un lavoro che fino a ieri nella pandemia li ha fatti definire 'eroi', ma che già oggi comincia a essere al centro di nuove violenze". Così, **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI.
"Una legge che difende i professionisti sanitari e il loro lavoro da ogni forma di aggressione", ha spiegato **Roberto Speranza**: "Si tratta di un importante traguardo che ha unito Governo, Parlamento e mondo della Sanità. Gli episodi di violenza a chi lavora negli ospedali e negli studi sono inaccettabili: così, ci prendiamo cura di chi si prende cura di noi", ha chiosato il Ministro della Salute.
Ogni anno, circa 5mila infermieri subiscono violenze fisiche o verbali: 13-14 al giorno. Secondo una ricerca dell'Università di Tor Vergata, l'89,6% degli infermieri è stato vittima di violenza fisica/verbale/telefonica o di molestie sessuali dagli utenti sui luoghi di lavoro. In base ai dati, circa 240mila infermieri (su 270mila dipendenti), durante la loro vita lavorativa, ha subito una qualche forma di violenza, sia pure solo verbale. Per l'Inail, di tutte le aggressioni, il 46% sono a infermieri.
Da sempre, la Federazione ha chiesto "tolleranza zero" verso la violenza e un inasprimento delle pene per chi la commette.
Il ruolo dell'Osservatorio nazionale sulla Sicurezza degli esercenti le Professioni sanitarie e socio-sanitarie si esprimerà anche attraverso le sue rappresentanti donne. Perché, non a caso, tra gli infermieri, il 78% circa è donna e spesso la violenza è indirizzata proprio verso di loro in modo maggiore.
Inoltre, è stata istituita la "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza sul tema.
È essenziale che vengano denunciate da tutti, e in modo chiaro, le azioni di ricatto e le persecuzioni nell'ambiente di lavoro rispetto alla posizione e ai compiti svolti. Ed è altrettanto fondamentale far sapere alle persone cosa significhi la violenza sugli operatori sanitari e che ad assisterli è l'équipe.
Per esempio, rispetto all'assistenza domiciliare, altro possibile terreno di maltrattamenti, spesso i modelli organizzativi sono decisi da pochi, mentre il sistema di rischio clinico deve avere modalità diffuse, interconnesse e condivise.

LA SCHEDA

Il provvedimento punto per punto

L'articolo 1 definisce l'ambito di applicazione del provvedimento richiamando, per la definizione delle professioni sanitarie e socio-sanitarie quanto previsto dalla "legge Lorenzin" (legge 3/2018).
L'articolo 2 prevede l'istituzione, presso il Ministero della Salute, di un Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie.
In particolare, l'istituzione dell'Osservatorio, la definizione della durata e della composizione, nonché delle modalità con le quali l'organismo riferisce sugli esiti della propria attività, di regola annualmente, ai Dicasteri interessati, sono demandate ad un decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato Regioni, da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge.
La composizione dell'organismo deve comprendere la presenza di: rappresentanti delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale; delle regioni; un rappresentante dell'Agenas; rappresentanti dei Ministeri dell'interno, della Difesa, della Giustizia e del Lavoro; degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e delle associazioni di pazienti e di un rappresentante dell'Inail.
Inoltre, l'Osservatorio dovrà essere costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne.
All'Osservatorio vengono attribuiti i seguenti compiti:
- monitorare gli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche acquisendo i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza del fenomeno ed alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. Questi dati sono acquisiti con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità - istituito, presso l'Agenas, ai sensi

della legge Gelli - e degli ordini professionali. In particolare, si prevede che l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmetta tramite l'Agenas al nuovo Osservatorio i dati in materia acquisiti dai Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.
- Monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo a fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni. Il Ministro della Salute dovrà trasmette annualmente al Parlamento, entro il 31 marzo dell'anno successivo a quello di riferimento, una relazione sull'attività svolta dal nuovo Osservatorio.
L'articolo 3 rimette al Ministro della Salute la promozione di iniziative di informazione sull'importanza del rispetto del lavoro del personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria utilizzando le risorse disponibili a legislazione vigente per la realizzazione di progetti di comunicazione istituzionale.
L'articolo 4 interviene sull'art. 583-quater del codice penale ai sensi del quale le lesioni gravi o gravissime sono punite con pene aggravate: per le lesioni gravi reclusione da 4 a 10 anni e per le lesioni gravissime reclusione da 8 a 16 anni.
La novità consiste nell'applicare le stesse pene aggravate quando le lesioni gravi o gravissime siano procurate in danno di: personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria nell'esercizio delle sue funzioni o a causa delle funzioni o del servizio, nonché a chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, nell'esercizio o a causa di tali attività.
L'articolo 5 inserisce, tra le circostanze aggravanti comuni del reato, l'avere agito - nei delitti commessi con violenza e minaccia - in danno degli esercenti le professioni sanitarie o socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, nonché di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni, a causa o nell'esercizio di tali professioni o attività.

Questa nuova ipotesi va aggiunta all'elenco delle circostanze aggravanti comuni previsto dall'art. 61 del Codice Penale (al numero 11-octies). La nuova aggravante del n. 11-octies (che presuppone in ogni caso un delitto commesso con violenza o minaccia) espressamente si applica agli operatori socio sanitari a prescindere dalla natura pubblica o privata della struttura presso la quale operano.
L'articolo 6 prevede che i reati di percosse (art. 581 c.p.) e lesioni (art. 582 c.p.) siano procedibili d'ufficio quando ricorre l'aggravante che consiste nell'avere agito, nei delitti commessi con violenza o minaccia, in danno degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.
L'articolo 7 prevede che, al fine di prevenire episodi di aggressione e di violenza, le strutture presso cui opera il personale prevedono nei propri piani per la sicurezza misure volte ad inserire specifici protocolli operativi con le forze di polizia per garantire interventi tempestivi.
L'articolo 8 istituisce la "Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari", allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza ad una cultura che condanni ogni forma di violenza.
La Giornata si celebrerà annualmente in una data da definire con decreto del Ministro della Salute, di concerto con i Ministri dell'Istruzione e dell'Università della Ricerca.
L'articolo 9 prevede - salvo che il fatto costituisca reato - la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da 500 a 5.000 euro per chiunque tenga condotte violente, ingiuriose, offensive, ovvero moleste nei confronti:
- di personale esercente una professione sanitaria o socio sanitaria
- di chiunque svolga attività ausiliarie di cura, assistenza sanitaria o soccorso, funzionali allo svolgimento di dette professioni.
L'articolo 10 contiene la clausola di invarianza finanziaria.

(Fonte: Quotidiano Sanità)

Il Commentario FNOPI al Codice Deontologico

Dopo il Manifesto deontologico per l'emergenza COVID-19 (in cui gli infermieri ribadivano il loro impegno nell'assistenza ai cittadini in occasione della pandemia), sempre sul versante etico, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha realizzato il Commentario al Codice Deontologico, a cui OPI Roma ha dato un contributo notevole.

Si tratta di un *ebook* che è un vero e proprio manuale d'uso per gli infermieri, senza lasciare nulla al "fai da te".

Un'interpretazione autentica del Codice degli impegni che gli infermieri prendono nei confronti del cittadino, a garanzia del suo benessere e della sua salute.

Un esempio? Il tempo di relazione che "è tempo di cura", prescritto dal Codice tra i valori fondamentali della professione.

E non s'intende solo vicinanza all'assistito (già bagaglio insito dell'esperienza e della professione infermieristica):la relazione professionista-cittadino è: "*Una relazione fondamentale che risponde ai bisogni di cura complessi in continua e rapida evoluzione. Uno degli elementi cardine del Sistema Salute*", come ha spiegato nella prefazione al Commentario la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**.

Chi soffre, spiega il Commentario, chiede innanzitutto di essere creduto, e credere nella sofferenza fisica o morale di un altro non è sempre facile e immediato.

Solo attraverso la comprensione è più facile dispiegare la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia tra operatore sanitario e paziente che consentirà l'aiuto. Non solo: bisogna farsi carico anche del contesto di riferimento della persona assistita (i *caregiver*, la famiglia, etc.) che può costituire una risorsa importante per il percorso di cura.

Quindi, il rispetto: elemento costitutivo del rapporto tra l'infermiere e la persona. Vi è rispetto quando si "riconosce" l'altro, i suoi diritti, silenzi, stati emotivi; le sue volontà, sensazioni, paure, e quelli dei suoi cari.

Solo così può nascere la fiducia nel rapporto, che è uno dei fattori di qualità della dinamica infermiere-persona. In questo rapporto viene attribuito un importante valore al concetto etico di *Caring* e ai comportamenti orientati al *prendersi cura*, spesso considerati concetti-chiave per il ruolo dell'infermiere.

Questo deve sapere l'infermiere. E questo hanno visto i cittadini durante la pandemia da COVID-19: nessuno è stato lasciato solo.

Inoltre, il Commentario indugia sul concetto di "comunicazione": non stabilisce censure, ma spiega agli infermieri di cosa parlare, quando e a chi, in che modo, quando tacere, perché parlare, dove e come.

La comunicazione può passare attraverso i *social media*, che la professione infermieristica, prima tra tutte, ha da tempo regolamentati. Ma può non essere solo interpersonale e rivelarsi utile per campagne di sensibilizzazione, contribuire alla diffusione e alla discussione di buone pratiche di assistenza, di educazione sanitaria e dei risultati della ricerca: può aiutare nella costruzione di una rete di riferimento affidabile sui temi della salute, alla condivisione di esperienze (aumentando l'aggregazione professionale, consentendo di rappresentare e tutelando la professione).

Questo Commentario è il primo di una nuova collana di *ebook* gratuiti che la FNOPI pubblicherà periodicamente e che, fino all'inizio del 2021, prevede altri argomenti importanti per l'assistenza: un vademecum per la libera professione; le specializzazioni infermieristiche; la simulazione in formazione (l'utilizzo cioè della tecnologia per l'apprendimento); le specializzazioni, l'infermiere di famiglia e di comunità e tanti altri.

Info:
https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/06/Commentario-1CD-19-maggio-def-_compressed.pdf

Con il restauro della statua di Florence Nightingale ecco l'annuncio di un memoriale per medici e infermieri vittime del COVID-19

Medici e infermieri deceduti a causa del COVID-19 avranno uno "spazio speciale" tra i Grandi di Santa Croce, a Firenze, luogo della memoria collettiva del nostro Paese. Mercoledì 15 luglio 2020, nel primo chiostro del complesso monumentale, infatti, oltre a presentare il restauro del monumento a Florence Nightingale, fondatrice delle moderne Scienze Infermieristiche, è stato reso noto il progetto di un memoriale permanente per gli operatori sanitari vittime del COVID-19.

Promossa dall'Opera di Santa Croce, Comunità dei Frati Minori Conventuali, Fondo Edifici di Culto (FEC), Comune di Firenze, assieme alla Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) e la Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), l'iniziativa è stata illustrata da: **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI; **Irene Sanesi** e **Stefano Filipponi**, presidente e segretario generale dell'Opera di Santa Croce; padre **Paolo Bocci**, rettore della basilica; **Teresita Mazzei**, presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze per FNOMCeO; **Tommaso Sacchi**, assessore alla Cultura del Comune di Firenze e **Anna Chiti Batelli** per il Prefetto ed il Fondo Edifici di Culto (FEC).

Lo spazio scelto non è casuale: è già Parco della Rimembranza di 10 giovani eroi della Prima Guerra mondiale. Senza dimenticare Machiavelli, Michelangelo, Galileo, Dante e Foscolo, i cui monumenti si trovano all'interno della basilica. "Accanto a queste 'urne dei forti' avremo un luogo di memoria intitolato ai 'nuovi forti', a coloro che più di tutti hanno combattuto contro la pandemia e a cui devono andare onore e ricordo imperituri", ha evidenziato l'assessore Sacchi.

L'impegno di medici, infermieri e operatori sanitari che hanno perso la vita, in Italia, per salvarne altre combattendo il COVID-19, vivrà nel ricordo perenne di un monumento lì dove si affaccia la Cappella Pazzi. "Oggi ricordiamo chi non c'è più e chi ha dato tanto alle nostre nobili professioni: da Florence Nightingale, la cui vita è stata ed è tuttora esempio per intere generazioni di infermieri, ai caduti del coronavirus. Sono proprio loro a ricordarci quanto operatori sanitari e pazienti siano anzitutto essere umani che soffrono, combattono, vincono e perdono assieme, non separati da una divisa, da un titolo di studio o una specializzazione. Mai come ora, guardare al passato per farne tesoro, per costruire un futuro migliore, è un'operazione necessaria", ha spiegato **Barbara Mangiacavalli**.

Non lontano dal memoriale, c'è il monumento dedicato a Florence Nightingale, la "Signora della lampada", personaggio-simbolo del moderno concetto di cura che, grazie a intuizioni innovatrici, ha cambiato il corso dell'assistenza, e di cui, il 12 maggio scorso (Giornata internazionale dell'Infermiere) si è celebrato il bicentenario della nascita. Ai tempi, fu la comunità inglese che viveva a Firenze a volere il monumento a Florence Nightingale, poi realizzato nel 1913 da Francis William Sargant, che qui lavorò a lungo e che scelse, per l'opera, marmo di Carrara e pietra serena. Il recente restauro a cura di **Stefano Landi** (coordinato da **Eleonora Mazzocchi**, responsabile del Servizio tutela e gestione del patrimonio storico-artistico dell'Opera di Santa Croce e **Claudio Paolini**, funzionario della Soprintendenza Archeologia Belle Arti e Paesaggio per la città metropolitana di Firenze e le province di Pistoia e Prato) ha consentito di recuperarne la lettura d'insieme alterata da polvere e agenti atmosferici.

Da sinistra: Sanesi, Batelli, Mangiacavalli, Sacchi, Mazzei

"Mai più la prima volta sul paziente" Arriva la "formazione in simulazione"

Per essere certi di saper affrontare le situazioni evitando gli errori e garantendo un apprendimento etico e maggiore sicurezza anche in chi si sta ancora studiando, la "formazione in simulazione" (già attiva in altri settori come l'Aeronautica) si è rivelata fondamentale.
La riproduzione fedele simulata di situazioni cliniche complesse e della loro gestione in dinamiche di team, infatti, rappresenta un ambiente educativo ideale allo scopo di ridurre, in misura ottimale, gli errori attribuibili al fattore umano.
Non a caso, un eventuale errore in un ambito "controllato" sicuramente non porta a conseguenze gravi, fornendo pure l'opportunità di riflettere e apprendere dal proprio operato.
All'estero, sono numerose le istituzioni che già richiedono la documentazione dell'addestramento simulato.
In campo infermieristico, la simulazione è già diventata parte del curriculum formativo e alcuni Centri di simulazione vengono gestiti da personale infermieristico (*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning*).
Il termine "formazione in simulazione" rappresenta un complesso di attività che comprendono non solo l'utilizzo di *task trainers*, manichini di diversa complessità, pazienti e ambienti virtuali, è utile anche per pazienti simulati, interpretati da persone fisiche addestrate a recitare un ruolo ben definito.
La simulazione è una metodologia didattica per insegnare le competenze cliniche, ma anche per il lavoro di team e per la comunicazione.
Può essere usata per il *training*, soddisfare linee guida basate sulle prove e raggiungere obiettivi specifici. Suo scopo precipuo è riprodurre situazioni e ambienti di cura realistici per insegnare procedure diagnostiche e terapeutiche, ripetere processi e concetti medici, assumere decisioni da parte di un professionista o di un team di professionisti della sanità.
Questo, perché gli obiettivi sono: la sicurezza delle persone e la definizione di uno standard qualitativo assistenziale dominato e appunto dalla "Cultura della sicurezza"; mentre, le strategie per raggiungere questi obiettivi sono: il miglioramento delle abilità operative tecniche (*technical skill*) e delle capacità comunicativo-relazionali; la consapevolezza della situazione; la capacità di *leadership* e *team work* degli operatori sanitari (non-*technical skill* e *human factor*).
La gestione del rischio clinico è un processo che richiede una crescita della "Cultura della sicurezza": in sanità, l'errore è fonte di rischio, ma è anche una risorsa di apprendimento.
La simulazione favorisce questa modalità, consentendo di costruire un "bagaglio" di errori da cui attingere senza causare danni, operando in sicurezza e senza rischi per il paziente, contribuendo a portare l'operatore verso un cambiamento positivo dei propri atteggiamenti.
È necessario innescare un processo per ottenere miglioramenti reali nell'agire professionale quotidiano attraverso la formazione e, pertanto, tutti gli elementi che caratterizzano la simulazione consentono un approccio più favorevole, per sviluppare competenze relazionali ed emotive che, altrimenti, verrebbero lasciate al singolo e al *background* dell'esperienza che è capace di esprimere.
La Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha dedicato un *ebook* alla "Formazione in simulazione: raccomandazioni per una buona pratica", illustrando i passaggi necessari per applicare la metodologia della formazione in simulazione in maniera integrata, anche a sostegno dei professionisti sanitari e non, nello sviluppo delle proprie competenze e per ottenere i migliori risultati per gli assistiti.
Questo il link al testo: **https://www.infermiereonline.org/wp-content/uploads/2020/07/La-formazione-in-_simulazione-15.07.2020.pdf**

Disponibile il corso FAD per la simulazione infermieristica

On line il corso FAD "La simulazione in infermieristica: introduzione ed elementi generali" realizzato dalla FNOPI con la Società Italiana di Simulazione in Medicina (SIMMED). La simulazione consente di sostituire e amplificare le esperienze reali con quelle che ne evocano o replicano aspetti sostanziali in una maniera interattiva.
Con l'evoluzione delle tecnologie, infatti, la simulazione rappresenterà uno strumento fondamentale sia per la formazione dell'operatore sanitario che per la sicurezza del paziente (oltre che del personale sanitario).
Si tratta di un corso di primo livello destinato a infermieri e infermieri pediatrici: 3 i moduli (ciascuno con video e presentazioni collegati a casi di pratica e questionari ECM) per un totale di 7 ore e 7 crediti formativi. Al termine, l'infermiere conoscerà i principi base della simulazione, sarà in grado di comprenderne le varie fasi e di partecipare con competenza ad attività di simulazione in ambito infermieristico. Responsabile scientifico: Palmiro Riganelli, presidente OPI Perugia.

L'obiettivo formativo è l'aggiornamento delle competenze professionali per rispondere al meglio al proprio mandato e garantire, anzitutto, un'assistenza sicura. Infatti, la simulazione consente di sviluppare al meglio sia le competenze professionali tecniche (TS) sia quelle non tecniche (NTS), come la capacità di relazionarsi, di lavorare in Team e sviluppare una consapevolezza situazionale e l'autoriflessione, con una maggiore ricaduta in termini di comportamenti corretti e risultati positivi nell'operatività nei diversi *setting* assistenziali.
Dal 27 agosto, è disponibile per il *download* la app "FadInMed", che consente di svolgere i corsi FAD della Federazione. La app è sincronizzata con la piattaforma **www.fadinmed.it**, per cui si può, per esempio, iniziare un corso sul PC, abbandonarlo a metà e poi proseguirlo dal telefonino o dal tablet via app (o viceversa iniziarlo sulla app e concluderlo sul pc). Si può anche svolgere il corso offline perché le risposte fornite saranno trasferite alla piattaforma appena si ha di nuovo un accesso a Internet disponibile. Quindi, da ora, si possono svolgere i corsi anche in "modalità aereo". Per avere e usare la app basta essere registrati alla piattaforma FadInMed; scaricare la app "FadInMed" dallo store per Android (Google Play) o per IOS (Apple Store); inserire id e pin (sono gli stessi per l'accesso alla piattaforma FadInMed già in possesso) e cliccare sull'elenco dei corsi disponibili.

IN BREVE

Formazione in emergenza COVID-19. Arriva il *case report* dell'ISS

Quattordici corsi Fad a cui hanno partecipato 403.463 operatori sanitari; 19 riunioni scientifiche con 13mila utenti; un corso master da remoto con 50 presenze e 500mila *download* dei Rapporti ISS COVID-19: dall'inizio della pandemia, l'Istituto Superiore di Sanità ha messo in campo eventi formativi a partire da una riflessione su criticità e punti di forza dell'esperienza realizzata, e in corso, allo scopo di fornire sia uno strumento utile per chi potrebbero trovarsi a dover fronteggiare simili esigenze formative, sia una sorta di "allarme" per tutto il sistema della formazione dedicato all'emergenza da consolidare e presidiare.
Nel rapporto,dove si fornisce una prima e sintetica descrizione e analisi dell'esperienza nel periodo di gennaio-maggio 2020, gli argomenti sono diversi. Un'iniziativa analoga è stata attivata anche per le malattie rare con sei *webinar* settimanali. In totale, i sei seminari hanno avuto una media circa 4500 visualizzazioni e 9500 interazioni, considerando le condivisioni in diretta.
Analizzando i risultati, il Rapporto sottolinea che c'è bisogno di un linguaggio e di definizioni comuni e condivise per comunicare nei contesti emergenziali. L'aspetto più carente, invece, nelle prime fasi dell'emergenza, è stata la risposta ai bisogni formativi da parte degli operatori nei molteplici scenari territoriali del nostro sistema sanitario per la prevalente iniziale polarizzazione dell'offerta formativa strutturata per la gestione più prettamente ospedaliera della epidemia, dettata dall'immediata urgenza di risposta ai numerosi e crescenti casi critici in tale contesto assistenziale.
Per questo, il Rapporto auspica la costituzione di un organismo senza mura per la formazione in sanità pubblica nazionale: un "centro formativo diffuso" costituito da una rete sul modello *hub and spoke* di erogatori istituzionali e individuali accreditati, provenienti dal mondo accademico e della comunità scientifica, che possano collaborare in modo flessibile.

Al Milite ignoto istituzioni e professioni sanitarie

"In una Festa della Repubblica segnata dall'emergenza COVID-19 essere presenti all'Altare della Patria per rendere omaggio, oltre ai caduti delle Guerre, a quegli operatori sanitari che hanno combattuto e stanno combattendo contro un nemico nascosto, assume un sapore diverso, particolare", così la Presidente OPI Roma e vicepresidente FNOPI, **Ausilia Pulimeno**, a commento dell'invito del Presidente Mattarella a unirsi a lui, al Presidente Conte e al Ministro della Difesa, Guerini, alle celebrazioni del 2 giugno scorso.

Oggi, il Coronavirus è il nuovo fronte e, come in tutte le guerre, gli Ordini Professionali Infermieristici piangono i tanti colleghi persi lungo la Penisola e i tanti che si sono ammalati per difendere i cittadini, loro assistiti.

"Ringraziamo il Presidente Mattarella per le parole che ha rivolto agli operatori della Sanità impegnati nella lotta a COVID-19 e anche per aver voluto accanto a sé i professionisti della Sanità, rappresentati dalle Federazioni che raccolgono le professioni sanitarie, a rendere omaggio al Milite ignoto", ha detto **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Questa pandemia ha assunto dimensioni talmente gravi da aver messo in evidenza altri aspetti della professione infermieristica, diversi da quelli che tutti sono abituati a vedere: la vicinanza, la prossimità, la relazione con i pazienti altrimenti del tutto soli.

Un nuovo modo di assistere, familiare e peculiare per gli infermieri, che si affianca alla clinica. Dunque, essere assieme il 2 giugno per ricordare chi ha difeso tanti anni fa la nostra nazione e oggi combatte contro un nemico che ha messo in pericolo il valore fondamentale della salute è la manifestazione più alta del privilegio e del valore fondante dell'Infermieristica: la relazione con l'altro. La professione, infatti, non si relaziona solo con la persona assistita, ma anche con i tanti colleghi, con le altre professioni e con gli enti di Governo.

Il 17 settembre 2020 si è celebrato il *World Patient Safety Day*

Si è svolto anche quest'anno il *World Patient Safety Day*. Il 17 settembre, infatti, per celebrarlo ci sono state molte iniziative ovunque nel mondo, proprio come nel 2019, quando ben 71 Paesi lo festeggiarono anche accendendo i loro monumenti iconici con il colore "orange" (l'arancione fu quello degli aderenti alla campagna globale).

Perché è nato il *World Patient Safety Day*?

Perché nessuno dovrebbe essere danneggiato dall'assistenza sanitaria.

Nei Paesi OCSE, il 15% delle spese ospedaliere può attribuirsi al trattamento delle carenze nella sicurezza dei pazienti e sono 134 milioni gli eventi avversi che si verificano, ogni anno, a causa di cure non sicure negli ospedali dei Paesi a medio e basso reddito, contribuendo a 2,6 milioni di decessi annui.

Si stima che 4 pazienti su 10 vengano danneggiati durante le prestazioni ambulatoriali e/o primarie, anche se sarebbe possibile evitare fino all'80% dei casi in queste impostazioni.

Per questo motivo, riconoscendo la sicurezza dei pazienti come una priorità di salute mondiale, tutti i 194 Stati membri dell'Oms, alla 72esima assemblea della Salute mondiale del maggio 2019, hanno istituito la Giornata Mondiale della Sicurezza dei Pazienti (*World Patient Safety Day*), da celebrare, appunto, il 17 settembre di ogni anno.

Gli obiettivi di tale ricorrenza, dunque, sono: incrementare la consapevolezza e l'impegno del pubblico; migliorare la comprensione globale e stimolare la solidarietà e la collaborazione fra Stati per promuovere la sicurezza del paziente.

La pandemia da COVID-19 ha svelato le enormi sfide e i rischi a cui vengono sottoposti gli operatori sanitari a livello globale, tra cui le infezioni associate proprio all'assistenza, la violenza, la stigmatizzazione, i disturbi psicologici ed emotivi, le malattie e finanche la morte.

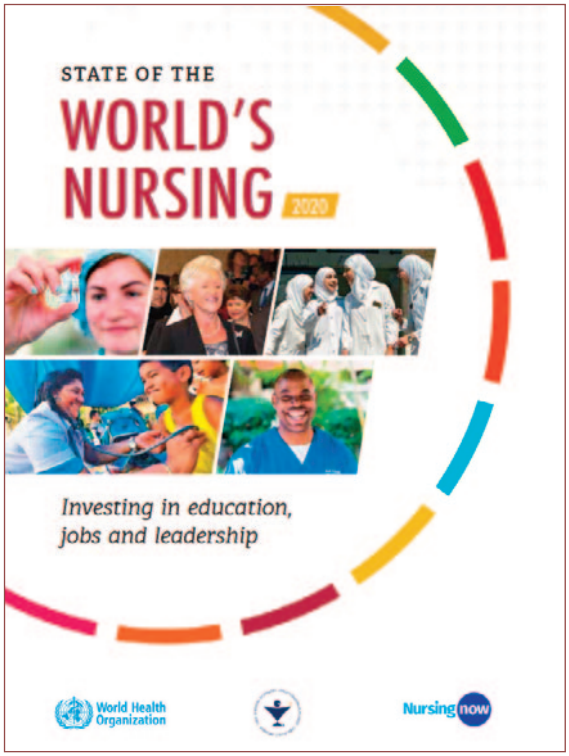
Inoltre, è emerso che lavorare in ambienti stressanti rende i professionisti sanitari più inclini agli errori: errori che possono ripercuotersi sugli stessi pazienti in cura, causandogli danno.

Non a caso, il tema del *World Patient Safety Day* 2020 è stato: "*Health worker safety: a priority for patient safety*" ("La sicurezza dell'operatore sanitario: una priorità per la sicurezza del paziente"), mentre lo slogan: "*Safe health workers, Safe patients*" ("Operatori sanitari sicuri, pazienti sicuri").

Il COVID-19 e la mobilità internazionale infermieristica

In un recente Report dell'*International Council of Nurses* (ICN), sottoscritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "*State of the World's Nursing*", è stato evidenziato come il COVID-19 abbia avuto un impatto fortissimo sulla "forza-lavoro" infermieristica del Pianeta.

L'epidemia ancora in corso ha messo in luce alcune problematiche legate ai flussi infermieristici soprattutto nei Paesi avanzati e in quelli che hanno un maggior bisogno di professionisti sanitari provenienti dall'estero (con standard di infermieri ogni mille abitanti superiori alle medie europee) come Usa, Australia, Canada.



Nel mondo esiste una carenza infermieristica stimata intorno alle 6 milioni di unità (SOWN 2020) e lo scontro fra quest'enorme carenza e l'epidemia (specie nei Paesi OCSE) ha, di fatto, aumentato i gap di carenza di personale esistenti nelle strutture sanitarie e quelle dei vari *setting* assistenziali.

Per questo motivo, i Paesi che più dipendono dal flusso di infermieri da altri, con la chiusura delle frontiere per i differenti *lockdown* e la restrizione ai viaggi, si sono trovati di fronte a difficoltà enormi da gestire.

Per fronteggiare la scarsità di professionisti capaci, l'implementazione di politiche sanitarie *ad hoc* è divenuta dunque imprescindibile.

Un'opzione, ad esempio, è parsa essere rappresentata dall'aumentata velocità nel valutare le credenziali degli aventi diritto a trasferirsi; o anche quella di velocizzare gli esami per il riconoscimento dei titoli.

Purtroppo, però, allo stato dei fatti poco si sta facendo in tal senso, rallentando il raggiungimento della copertura sanitaria universale in tutti i Paesi del mondo, per dare una risposta di salute globale alla pandemia da Coronavirus o anche alle possibili nuove ondate.

La "forza-lavoro" sanitaria è centrale per affrontare le epidemie, oltre che le malattie croniche: una risposta che permetta la creazione di politiche congiunte per incrementare o quantomeno mantenerla stabile è ineludibile.

Tradotto nella pratica ciò significa che: a livello interno, va aumentata la *retention* di infermieri da incoraggiare a non abbandonare il proprio lavoro (cosa che tuttavia accade per differenti variabili strutturali e funzionali) e che va portata a livelli sempre più alti la formazione dei professionisti sanitari, quantitativamente e qualitativamente. Quindi: espandere la capacità del sistema educativo per rispondere fattivamente agli aumentati bisogni di salute dei cittadini per avere una minor dipendenza dai flussi sanitari a forte rischio in tempi di COVID-19.

Questo equivale a dire che, in caso di aumento della mole di lavoro, quello infermieristico avrà bisogno di migliori condizioni, di più dispositivi di protezione individuale (DPI), dell'utilizzo di tecnologie digitali nell'assistenza e di uno spiccato senso di *teamworking*.

Tutto ciò dovrebbe essere coordinato dai Paesi nelle 6 regioni mondiali dell'OMS, specialmente per garantire a quelli a medio e basso reddito la permanenza dei loro migliori professionisti sanitari, spesso soggetti a emigrare.

Un aiuto per farlo potrebbe venire dalla costituzione di un *digital dataset* di singoli Paesi, con numerose variabili e gli indicatori di sistema che permettano di avere un quadro generale, oltre che dettagliato, dei loro professionisti sanitari.

In tale cornice, accordi multilaterali sono senza dubbio da favorire per non incorrere in situazioni drammatiche dovute alla scarsità di professionisti.

Pertanto, anche una situazione non certo facile come quella che il mondo sta vivendo in questo periodo può trasformarsi in un'opportunità di miglioramento, soprattutto se si tratta dell'autosufficienza della "forza-lavoro" dei differenti sistemi sanitari. Per avere una più equa distribuzione del personale sanitario in tutte le aree della Terra.

CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship

A Joanna Briggs Institute Affiliated Group

Il contributo del *CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: a Joanna Briggs Institute Affiliated Group* dell'OPI di Roma alla ricerca scientifica internazionale durante la pandemia da COVID-19

JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Assistenza all'anziano

Best Practice

Evidence-based information sheets for health professionals

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità nelle persone anziane

Raccomandazioni*

- Esercizi fisici di gruppo dovrebbero essere previsti per le persone anziane pre-fragili e fragili istituzionalizzate o residenti sul territorio per prevenire la progressione della fragilità.**(Grado A)**
- Classi di attività fisica con pratica domiciliare dovrebbero essere impartite agli anziani residenti sul territorio per ridurre il livello di fragilità. **(Grado B)**
- Gli integratori alimentari sono fortemente raccomandati per gli anziani pre-fragili e fragili sul territorio per prevenire la progressione della fragilità.**(Grado A)**
- Si raccomandano esercizi abbinati a interventi nutrizionali per ridurre o posticipare in modo efficace la pre-fragilità o la fragilità. **(Grado B)**
- Dovrebbe essere fornito un training cognitivo agli adulti pre-fragili e fragili residenti sul territorio per prevenire la progressione della fragilità.**(Grado B)**
- Dovrebbe essere proposta una singola visita domiciliare da parte di un professionista qualificato per prevenire la pre-fragilità o posticipare la progressione della fragilità negli anziani sul territorio.**(Grado B)**
- Si raccomanda di adottare interventi personalizzati basati sulle condizioni cliniche come strategia efficace di riduzione dei costi. **(Grado B)**
- I professionisti sanitari possono fornire sessioni educative di gruppo o individuali per le persone anziane a rischio, per le persone residenti sul territorio e non istituzionalizzate per prevenire la progressione della pre-fragilità e fragilità**(Grado B)**

**Per una definizione del "grado di raccomandazione" del JBI vedi l'ultima pagina di questo documento*

Fonte di informazione

Questo foglio informativo di Best Practice deriva da una revisione sistematica della letteratura pubblicata nel 2018 nel *JBI Database of Systematic Reviews and Implemention Reports. La revisione sistematica è disponibile presso il Joanna Briggs Institute (JBI).* (www.joannabriggs.org).

Background

La fragilità è un processo dinamico caratterizzato da una spirale di declino in vari domini funzionali. La fragilità predispone a cadute, fratture, disabilità, dipendenza, ricovero ospedaliero, istituzionalizzazione, e può portare a morte.

Per la diagnosi di fragilità, devono essere osservati almeno tre dei seguenti marcatori fenotipici: debolezza associata a bassa forza muscolare (per esempio rifotta forza nella presa), rallentamento generale, diminuzione dell'equilibrio e della mobilità, affaticabilità o stanchezza, basso livello di attività fisica, e perdita di peso non intenzionale. La pre-fragilità è caratterizzata dalla presenza di uno o due di questi marcatori.

Una revisione sistematica ha riscontrato negli anziani over 65 resideti sul territorio una prevalenza della fragilità dal 4% al 17% e della pre-fragilità dal 19% al 53%, a seconda della definizione di fragilità utilizzata e della popolazione studiata. La fragilità è rilevante per tutti gli operatori sanitari, gli assistenti sociali, i ricercatori e i decisori politici.

Sono stati proposti interventi che riguardano l'attività fisica, l'erogazione di assistenza sociosanitaria, la stimolazione cognitiva, l'alimentazione, i farmaci e gli aspetti psicosociali; tuttavia, non è chiaro se qualcuno di questi interventi abbia un impatto sugli esiti clinici. È necessario esaminare l'efficacia degli interventi per prevenire la progressione della pre-fragilità e la fragilità nelle persone anziane, in termini sia di outcome sanitari sia di costo-efficacia.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia clinica ed economica degli interventi per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità nelle persone anziane over 65 anni.

Tipi di interventi

La revisione sistematica ha preso in considerazione gli studi che hanno valutato gli interventi incentrati sulla prevenzione della progressione della pre-fragilità e della fragilità negli anziani over 65 in qualsiasi contesto (comunità, residenze sanitarie assistenziali, ospedali).1 Gli interventi includevano tra l'altro l'attività fisica, l'assistenza sociale e sanitaria, gli interventi psicosociali, cognitivi e nutrizionali e i programmi multifattoriali.

Qualità della ricerca

Tutti gli studi inclusi sono stati valutati indipendentemente da due revisori. Nessuno studio relativo alla componente clinica/medica ha ottenuto alla valutazione critica un punteggio del 100%; tre studi hanno ottenuto il 90%; tre studi hanno ottenuto l'80% e gli altri studi hanno raggiunto un punteggio tra il 50% e il 70%. Nei due studi sulla componente economica, la qualità metodologica era bassa in uno e moderata nell'altro (20% e 70%). La debolezza metodologica era principalmente attribuibile alla mancata cecità dei partecipanti; tuttavia, sono state rilevate difficoltà a rendere ciechi questi tipi di interventi.

Risultati

Nella revisione sono stati inclusi ventuno studi clinici randomizzati controllati (RCT) pubblicati tra il 2002 e il 2016. Tutti gli studi riguardavano la componente clinica/medica e due studi hanno anche fornito dati per la componente economica. Gli studi hanno reclutato partecipanti (n=5.275; 49% donne) nel territorio (n=8), centri di assistenza sanitaria di base (n=3), ambulatori (n=3), pronto soccorso (n=1), lungodegenza (n=1) e altre sedi (n=6). Gli interventi sono stati effettuati sul territorio (n=14), nei centri di cure primarie, centri medici e presidi ospedalieri di base (n=4), istituto di cura per anziani (n=1), istituto di gerontologia (n=1) o una loro combinazione (n=1). La dimensione campionaria degli studi variava da 24 a 1.338 partecipanti e in due studi è stato utilizzato lo stesso campione.

Dei 21 studi inclusi, dodici sono stati condotti in Europa, cinque in Asia, due negli Stati Uniti, uno in Messico e in Australia. La definizione di fragilità si è basata sugli indicatori fenotipici del Cardiovascular Health Study (CHS)2 di debolezza, affaticamento/esaurimento, perdita di peso, bassa attività fisica e lentezza in nove studi; uno di questi ha inoltre considerato un ridotto equilibrio e uno ha anche utilizzato l'indice di fragilità di Rockwood.3 Gli altri studi (n=7) hanno utilizzato una valutazione multidimensionale della fragilità considerando lo stato funzionale e cognitivo, le cadute, la dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL), la depressione, la malnutrizione, l'incontinenza, la politerapia e le comorbidità. Cinque studi erano basati su una serie molto limitata di indicatori: presenza di bassa velocità del cammino e/o attività fisica (n=1), presenza di scarsa attività fisica e stanchezza autoriportata (n=1), presenza di scarsa mobilità e cattiva alimentazione (n=1), presenza di debolezza e cambiamenti nelle prestazioni fisiche (n=1) e compromissione nelle ADL di base (n=1). Gli studi differivano nel modo in cui venivano misurati gli indicatori.

Sono stati inclusi 33 interventi che hanno dato informazioni sull'outcome primario della fragilità, mentre alcuni includevano anche dati sugli outcome secondari. Gli interventi sono stati classificati come programmi di esercizio fisico, gestione individuale della condizione clinica, training cognitivo, integratori alimentari, terapia ormonale sostitutiva, programmi di visite domiciliari, sessioni di gruppo, terapia psicologica, sessione educativa individuale e trattamento combinato. Gli interventi sono stati comparati con le cure abituali, i servizi territoriali, l'educazione, la cura abituale con educazione, placebo, assistenza abituale con placebo, screening senza ulteriore gestione dei bisogni individuali ed esercizi di mobilità. In uno studio, il gruppo di controllo ha incluso partecipanti che avevano interrotto l'intervento e in due studi mancava una descrizione dettagliata dell'intervento di controllo. Inoltre, due studi hanno fornito dati economici specifici: in uno studio sono stati confrontati i costi e il rapporto costo-efficacia dell'intervento rispetto alle cure abituali; l'altro studio ha analizzato i costi dei servizi sanitari che fornivano la valutazione e la gestione geriatrica, comparandoli con le cure abituali ospedaliere e ambulatoriali.

Programmi di esercizio fisico

I programmi efficaci di esercizio includevano Tai Chi, l'allenamento alla resistenza e allenamento multicomponente completo. I programmi di esercizio fisico svolti in classe (compresi quelli con alcune pratiche a domicilio) si sono dimostrati efficaci per prevenire la progressione della pre-fragilità e fragilità degli adulti residenti a casa e istituzionalizzati. Tuttavia, i programmi di esercizio effettuati integralmente a domicilio o individuali non sono risultati efficaci in questa popolazione.

Gestione individuale della condizione clinica

La gestione individualizzata della condizione clinica ha mostrato risultati contrastanti nella riduzione della fragilità nei gruppi di partecipanti fragili o pre-fragili in contesti territoriali. Tuttavia, nel complesso non ci sono prove a supporto della gestione individualizzata delle condizioni cliniche per prevenire la progressione della pre-fragilità o fragilità a livello territoriale. Quando le sessioni educative venivano impartite da un geriatra ai partecipanti a rischio di fragilità, sono stati riscontrati effetti positivi nel cambiamento dello status di fragilità.

Trattamento multidisciplinare

E' stato anche riscontrato che l'esercizio multi-task a lungo termine basato sulla musica riduceva la fragilità, in particolare migliorando la velocità dell'andatura e la forza di presa della mano. Laddove gli interventi includevano elementi per migliorare l'attenzione e stimolare la memoria a breve termine, ciò comportava una riduzione del punteggio di fragilità a 12 mesi (sei mesi dopo l'intervento), sebbene un altro studio basato sulla terapia di *problem solving* (psicologici) non abbia avuto effetto sulla fragilità.

Supplementi nutrizionali e ormonali

Laddove i programmi di attività fisica sono stati accompagnati da supplementi nutrizionali e training cognitivo, al follow-up (3, 6 e 12 mesi) è stato riscontrato un impatto significativamente positivo sulla fragilità indipendentemente dal tipo di integratore usato (membrana dei globuli del grasso di latte-MFGM o proteine). In uno studio, la sola integrazione nutrizionale si è dimostrata efficace quando la MFGM è stata fornita alle donne fragili sul territorio. La terapia ormonale sostitutiva usata in un gruppo di uomini autonomi, tuttavia, non ha influenzato la fragilità.

Programmi di visite domiciliari

Nove mesi di visite domiciliari settimanali incentrate sui cambiamenti dello stile di vita hanno mostrato effetti positivi per le persone anziane sul territorio solo quando era fornito un pulsante di avviso da utilizzare. Nessun effetto è stato osservato quando ai partecipanti non veniva fornito tale chiamata o nei 18 mesi di visite domiciliari focalizzate su un piano di cura. Tuttavia, al contrario, una singola visita preventiva domiciliare alle persone anziane non fragili ha dimostrato di essere efficace nel posticipare la progressione della fragilità, quando veniva fornita da un professionista sanitario, come un infermiere.

Costo-efficacia

Due studi hanno fornito prove relative all'efficacia economica del ridurre la fragilità, uno nelle persone anziane sul territorio e l'altro nei pazienti ricoverati e ambulatoriali. Il primo studio ha evidenziato quello che è stato definito "un buon rapporto qualità-prezzo", [1] pp.210 specialmente per le persone molto fragili rispetto alle cure abituali. Il secondo studio ha analizzato i costi associati alla valutazione e gestione geriatrica e ha evidenziato che il costo totale a un anno era simile negli interventi e cure abituali.

Conclusioni

Questa revisione ha dimostrato una diversa efficacia degli interventi rivolti alla fragilità. Esistono evidenze a supporto degli esercizi (di gruppo piuttosto che individuali) e degli interventi nutrizionali, che hanno avuto il maggior successo nel ridurre la fragilità in entrambi i sessi e in tutte le fasce d'età dai 65 anni in su. Gli interventi che includevano l'esercizio fisico e/o l'integrazione nutrizionale si sono rivelati i più efficaci nell'invertire, posticipare o ridurre gli elementi di fragilità, ma solo laddove sono stati utilizzati interventi basati su classi o gruppi. Le visite domiciliari sono state ampiamente supportate dalle evidenze, sebbene non universalmente efficaci; tuttavia, l'aggiunta di un pulsante di avviso segnalava un aumento del coinvolgimento dell'infermiere e della fiducia del paziente. Non ci sono evidenze a sostegno di programmi di esercizio fisico individuale, programmi basati sull'attività fisica forniti interamente a domicilio, terapia di *problem solving* o terapia ormonale sostitutiva per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani sul territorio.

Ci sono pochi studi che hanno affrontato la fragilità delle persone anziane sul territorio con scale validate o misurazioni di fragilità pre/post, non malattia-specifici e nessuno studio ha confrontato l'efficacia per genere. L'eterogeneità nei contesti studiati e nei tipi di interventi nei 21 studi ha impedito la conduzione di una meta-analisi.

Le differenze tra gli studi in cui i risultati erano contraddittori potrebbero dipendere dal contesto (ad es. setting culturale e geografico), dall'aderenza al protocollo di intervento, o dal contenuto e dallo standard delle normali cure territoriali. Una gestione individualizzata di una condizione di fragilità rispetto alle cure abituali ha rappresentato un risparmio in termini di costi per le persone anziane residenti sul territorio. La gestione individualizzata non ha aumentato i costi totali delle cure nei pazienti ricoverati, e i costi sono risultati uguali nei pazienti ambulatoriali. Gli autori hanno osservato che programmi individuali di esercizio fisico, programmi di esercizio forniti unicamente a domicilio, terapia di *problem solving*, e terapia ormonale sostitutiva non erano supportati da evidenze a sostegno della loro efficacia per la prevenzione della progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani residenti sul territorio.

Implicazioni per la pratica

Gli interventi volti a invertire, posticipare o ridurre la fragilità sono efficaci sia negli uomini che nelle donne, nella fragilità e nella pre-fragilità, negli anziani di età pari o superiore a 65 anni. Sulla base dei risultati della revisione sistematica, sono stati raccomandati interventi di attività fisica per prevenire la progressione del livello di fragilità o la progressione verso la pre-fragilità, se forniti in gruppo, con o senza prestazione a domicilio. È stata inoltre raccomandata l'integrazione nei programmi della componente dell'esercizio fisico e della nutrizione. Come strategia di riduzione dei costi, la gestione personalizzata di una condizione di fragilità, rispetto alle cure usuali, dovrebbe essere adottata su larga scala. Non ci sono prove a sostegno di programmi individuali di esercizio fisico, programmi basati sull'attività fisica forniti completamente a casa, terapia di *problem solving* o terapia ormonale sostitutiva per la prevenzione o la progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani residenti sul territorio. **Vedi figura 1**

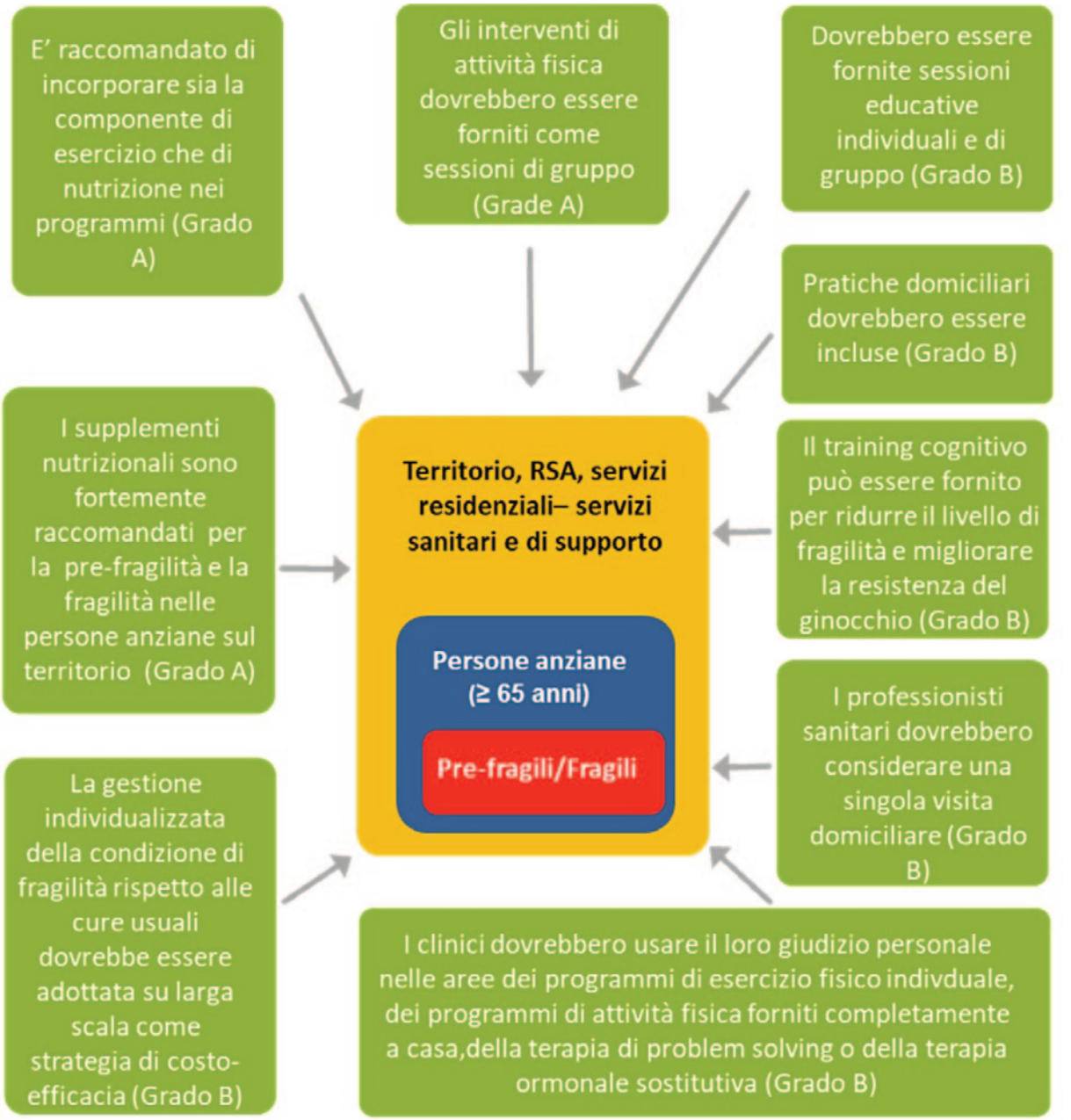


Figura 1: Interventi per invertire, ridurre o posporre la fragilità nelle persone anziane

Partecipanti	Partecipante/attore, es. uno specifico professionista sanitario, un gruppo di pazienti o familiare.	**Azione**	Un'azione suggerita che può essere intrapresa e un grado di raccomandazione.
Condizione/diagnosi o presentazione	Una condizione o diagnosi, e.g. 'ferita acuta' or condizione specifica insorta, es. 'infezione' Può includere la presentazione	**Contesto**	Un contesto specifico o situazione, es. 'reparto di emergenza' o 'ambulatorio di telemedicina.'

Bibliografia

1. Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(1):140-232.

2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol Biol Med Sci. 2001;56(3):M146-56.

3. Rockwood K, Mitnitski A, MacKnight C. Some mathematical models of frailty and their clinical implications. Rev Clin Gerontol. 2001;12(2):109-17.

Autori

Tania S. Marin[1]

[1] Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide, South Australia, Australia.

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato elaborato in collaborazione con il Joanna Briggs Institute. Esso è stato esaminato dai collaboratori nominati dal Joanna Briggs Institute Collaborating Entities e dagli autori della revisione.

CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship
A JBI Affiliated Group
Direttore Stefano Casciato

Centre of Excellence for Nursing Scholarship

Traduzione italiana a cura di Silvia Sferrazza [a] e Maria Matarese[B]
[a] Infermiere Azienda ospedaliera S.Giovanni Addolorata, Roma; e-mail: silvia.sferrazza@email.it
[b] Professore associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-medico di Roma; e-mail: m.matarese@unicampus.it
[a, b] Esperti CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group

Come citare questo foglio informativo di Best Practice
Marin TS. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults [Best Practice Information Sheet]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2019; 21(2):1-5

JOANNA BRIGGS INSTITUTE

This Best Practice Information Sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and derived from the findings of a single systematic review published in the JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

Note: The information contained in this Best Practice Information Sheet must only be used by people who have the appropriate expertise in the field to which the information relates. While care has been taken to ensure that this Best Practice Information Sheet summarizes available research and expert consensus, any loss, damage, cost or expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on this information (whether arising in contract, negligence, or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded.

Copyright © 2019 The Joanna Briggs Institute (JBI). Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au www.joannabriggs.org

Fattori che influenzano l'adesione degli operatori sanitari alle linee guida per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive respiratorie

Una sintesi rapida di evidenze qualitative

Review Summary of: Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, Chan XHS, Devane D, Biesty L.M, *"Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis". Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4. Art. No.: CD013582. DOI: 10.1002/14651858.CD013582.*

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

INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19 è causata da SARS-CoV-2, una malattia infettiva epidemica a rapida diffusione che ha interessato più aree geografiche del mondo coinvolgendo un elevatissimo numero di persone.

Il virus viene trasmesso sia attraverso le goccioline emesse dal naso o dalla bocca di un paziente infetto mentre parla, tossisce o starnutisce, che attraverso il contatto con superfici o oggetti contaminati dal virus che vengono successivamente veicolati toccando occhi, naso o bocca. Per la prevenzione dell'epidemia da COVID-19, dunque, l'adesione alle linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC-*Infection prevention and Control*) da parte degli operatori sanitari, in prima linea nell'erogazione dell'assistenza sanitaria indispensabile alla sopravvivenza dei soggetti infetti, diventa di fondamentale importanza. Numerose linee guida sono state emanate da Organizzazioni nazionali e internazionali sulle strategie necessarie per ridurre il rischio di contagio del personale sanitario ed includono l'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI), la separazione ambientale dei pazienti infetti e rigorose procedure di pulizia degli ambienti. **L'implementazione delle linee guida IPC può, tuttavia, risultare difficile e richiedere tempo, in particolare quando si lavora in condizioni critiche.** Per dare suggerimenti utili a chi deve favorire l'applicazione delle linee guida nei contesti sanitari, Houghton e colleghi (2020) hanno condotto una sintesi rapida della letteratura qualitativa su fattori ostacolanti e facilitanti l'applicazione delle raccomandazioni fornite dalle linee guida nei contesti sanitari.

Una sintesi rapida della letteratura si distingue da una revisione sistematica in quanto alcune componenti del processo di revisione sono semplificate od omesse per produrre informazioni comunque *evidence based* ma in maniera rapida.

OBIETTIVI DELLA REVISIONE

Questa sintesi rapida della letteratura qualitativa ha avuto l'obiettivo di identificare i fattori che ostacolano o facilitano l'aderenza degli operatori sanitari alle linee guida IPC per le malattie infettive respiratorie.

METODI

Identificate le parole chiave e costruite le stringhe di ricerca, è stata effettuata una ricerca sistematica in un unico database: Ovid MEDLINE.

Sono stati inclusi studi primari qualitativi (etnografici, fenomenologici, casi studio,

studi teorici) e studi a metodi misti. La loro identificazione è stata effettuata da un revisore esperto (che ha progettato e condotto tutte le ricerche) e, successivamente, verificate con la collaborazione di un *Managing Editor* di Cochrane. Selezionati gli studi attraverso criteri di inclusione ed esclusione concordati da tutto il team di ricerca, quattro autori hanno analizzato in modo indipendente titoli e *abstract* per valutare l'idoneità degli studi. Dei 36 studi idonei, sono stati recuperati i *full text* e valutati in modo integrale e, per ridurre il numero di studi inclusi a una quantità gestibile, è stato effettuato un *frame* di campionamento suddiviso in tre fasi.

In primo luogo, per garantire che fosse stata inclusa una serie specifica di malattie respiratorie infettive, sono stati selezionati tutti e nove gli studi che avevano come *focus* i coronavirus (MERS-*Middle East respiratory syndrome*, 2 studi e SARS-*Severe Acute Respiratory Syndrome*,7 studi), in quanto, analogamente al COVID-19, presentano una trasmissione mediata dalle goccioline e dalla trasmissione aerea. In secondo luogo, è stata presa in considerazione la ricchezza dei dati nei 27 studi rimanenti (incentrati su Tubercolosi, influenza - H1N1 - e focolai di virus respiratori generali), usando una scala da 1 a 5, includendo quelli che ottenevano un punteggio superiore o pari a 3 per la ricchezza dei dati, e assicurando una rappresentazione geografica in diversi continenti con livelli di reddito diversi. Nella fase finale di selezione, sono stati inclusi 20 studi e l'estrazione dei dati è stata effettuata da quattro autori in modo indipendente con un *Google Form* progettato specificamente per questa sintesi. L'estrazione dei dati si è principalmente concentrata sull'analisi dei comportamenti di auto-protezione sul lavoro, considerando i fattori organizzativi, ambientali e individuali.

Parallelamente, due autori su quattro hanno valutato i limiti metodologici degli studi inclusi, con l'ausilio dello strumento CASP (*Critical Skills Appraisal Programme*). Per l'analisi e la sintesi dei dati è stata utilizzata il "best fit framework approach", metodo indicato per generare, nel minor tempo possibile, una teoria o arricchire, sul fenomeno studiato, quella esistente.

Inoltre, il gruppo di ricerca ha utilizzato l'approccio GRADE-CERQual (*Confidence in Evidence from Reviews of Qualitative research*) per classificare le evidenze qualitative e selezionare i fattori ostacolanti o facilitanti l'aderenza alle linee guida sulla base delle evidenze rilevate.

RISULTATI

Gli studi identificati hanno esplorato le opinioni e le esperienze di infermieri, medici e altri operatori sanitari coinvolti nella gestione di pazienti con sindrome respiratoria acuta grave (SARS), H1N1, MERS, tubercolosi o influenza stagionale.

Gli operatori sanitari coinvolti negli studi operavano per la maggioranza negli ospedali.

Sono emersi diversi fattori che ostacolano o facilitano l'aderenza alle linee guida IPC, tutti strettamente legati a fattori organizzativi, ambientali e individuali.

Tra quelli che ostacolano l'aderenza alle linee guida IPC, gli autori della revisione hanno identificato:
- la presenza di linee guida aziendali ambigue e molto articolate, distanti da quelle nazionali e internazionali e costantemente rimodulate, poco pratiche, difficili da mettere in atto, causando un aumento dei carichi lavorativi e affaticamento degli operatori sanitari;
- la mancanza di formazione sull'infezione specifica e sull'utilizzo dei DPI;
- la fornitura inadeguata di DPI, molto spesso prodotti con materiale scadente;
- il disagio fisico nell'indossare DPI multipli data la difficoltà a respirare, la sudorazione profusa, gli occhiali appannati e la disidratazione dovuta all'impossibilità di bere e mangiare;
- la mancanza o assenza di stanze di isolamento, di un'adeguata ventilazione, anticamere e docce all'interno della struttura sanitaria;
- la difficoltà nell'usare maschere e altre attrezzature scomode;
- l'attività assistenziale erogata indossando i DPI e attuando direttive di distanziamento, che fa sentire i pazienti isolati, spaventati o stigmatizzati;
- la mancata estensione della formazione, informazione e conoscenze delle linee guide a tutto il personale, incluso il personale addetto alle pulizie, i trasportatori, il personale di cucina e altro personale di supporto.

Invece, tra i fattori che facilitano l'aderenza alle linee guida IPC i revisori hanno identificato:
- la percezione del supporto ricevuto dagli operatori sanitari da parte del team di gestione;
- le strategie chiare di comunicazione e condivisione di informazioni e aggiornamenti, attraverso piattaforme in uso all'interno delle organizzazioni;
- la consapevolezza di rivestire un ruolo chiave per la tutela della salute sia in ambito pratico e sia nel ruolo di formatori;
- il dovere di mettere in campo le proprie capacità professionali per erogare assistenza di qualità;
- la riduzione al minimo del sovraffollamento, il monitoraggio rapido dei pazienti infetti, la limitazione dei visitatori, un facile accesso alle strutture per il lavaggio delle mani e le forniture adeguate di materiale per la decontaminazione delle superfici;
- la conoscenza da parte degli operatori sanitari del fatto che un collega o un paziente abbiano contratto l'infezione e la paura di essere infettati o di infettare gli altri.

Inoltre, **la cultura personale del posto di lavoro e l'influenza dei colleghi possono rappresentare sia barriere che fattori facilitanti all'applicazione delle linee guida IPC.**

CONCLUSIONI

La revisione ha identificato diversi fattori che influenzano la capacità e la disponibilità degli operatori sanitari a seguire le linee guida IPC nella gestione delle malattie infettive respiratorie ad alta diffusione come quella da COVID-19. Questi includono fattori legati alle linee guida stesse e al modo in cui vengono comunicate e condivise; il supporto da parte dei dirigenti, la cultura del luogo di lavoro, la formazione, lo spazio fisico, l'accesso e la fiducia nei dispositivi di protezione individuale e il desiderio di fornire una buona assistenza ai pazienti.
La revisione evidenzia anche l'importanza di includere tutto il personale sanitario nell'implementazione delle linee guida, incluso quello di supporto.
I risultati di queste sintesi delle evidenze forniscono utili informazioni alle organizzazioni sanitarie chiamate alla pianificazione, attuazione, gestione e controllo delle infezioni respiratorie per favorire l'aderenza alle linee guida IPC da parte degli operatori sanitari.

AUTORI:
Lucia Mauro, infermiera AO S. Camillo Forlanini, Polo Pratica Clinica del CECRI;
Claudia Lorenzetti, Coordinatrice infermieristica AO S. Camillo Forlanini, 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, Direttore Polo della Pratica Clinica del CECRI, Roma, Direttore *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, JBI Affiliated Group;*
Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

Uso prolungato e riutilizzo di mascherine e filtranti facciali monouso per la prevenzione delle infezioni respiratorie: quali sono le evidenze scientifiche?

Evidence Summary of: Marin T, *"Respiratory infections: reuse, or extended use, of disposable masks and respirators". JBI Evidence Summary, march 31, 2020.*

di Silvia Sferrazza, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

INTRODUZIONE

I dispositivi di protezione respiratoria sono dispositivi di protezione individuale (DPI) che servono a ridurre l'esposizione degli operatori sanitari, durante la loro attività lavorativa, a batteri e virus emessi attraverso le vie respiratorie da pazienti infetti.

Tuttavia, in questo periodo, il loro uso si è esteso anche in ambito non sanitario o comunitario, rendendo necessaria una corretta informazione basata su evidenze scientifiche non solo per i lavoratori sanitari ma anche per la popolazione generale.

I dispositivi di protezione respiratoria di uso sanitario comprendono:

- le mascherine chirurgiche o mediche: sono costituite solitamente da una sovrapposizione di tre strati di tessuto non tessuto (TNT), fusi a caldo, provvisti di lacci o elastici che ne permettono l'aderenza, anche se non completa, al viso. Sono usate comunemente nel corso di procedure chirurgiche per ridurre la contaminazione del sito di intervento. Inoltre, sono utilizzate per la protezione da agenti patogeni trasmessi da *droplet* di dimensioni >5µ (ad es. virus dell'influenza, B. pertosse) generate da un paziente che tossisce, starnutisce o parla. Sono, quindi, destinate a prevenire la trasmissione dell'infezione da chi le indossa ad altri;
- i respiratori facciali filtranti: sono indicati con sigle diverse come N95, N99, N100 (Stati Uniti), FFP2/3 (Europa), P2 (Australia e Nuova Zelanda) e KN95 (Cina) e le loro caratteristiche dipendono dalle normative di riferimento. Sono dispositivi costituiti da 4 a 6 strati di TNT, disegnati per avere una buona aderenza al viso; gli FFP2 (*Filtering Facepiece Particles*) sono in grado di catturare fino al 92-95% di particelle areo disperse (ad es. Mycobacterium tuberculosis) per azione meccanica ed elettrostatica e gli FFP3 più del 98%; possono essere dotati di valvola di espirazione che permette la fuoriuscita di aria ma non il suo ingresso, rendendo più confortevole il suo uso se indossati per molto tempo o durante lo svolgimento di attività;
- i respiratori elastomerici: a mezza maschera (che coprono naso e bocca) o a maschera intera (che coprono anche gli occhi), sono prodotti in materiale sintetico o gomma, a tenuta stagna e dotati di cartucce filtranti. Possono essere disinfettati, puliti e riutilizzati ripetutamente;
- i respiratori ad aria purificata o filtro assistito: tipicamente a cappuccio o a elmetto, sono dotati di un ventilatore alimentato a batteria che spinge l'aria attraverso un filtro antiparticolato per consentire all'utilizzatore di respirare. Sono in grado di ridurre le esposizioni all'aria con efficienze superiori ai dispositivi N95 e respiratori elastomerici, utilizzando un filtro ad alta efficienza per il particolato (HEPA).

Mascherine chirurgiche e respiratori facciali filtranti sono i due dispositivi più frequentemente utilizzati, e attualmente il loro uso si è diffuso a causa della pandemia da COVID-19 anche in contesti comunitari. La scelta del dispo-

sitivo di protezione respiratoria, da parte degli operatori sanitari, dipende sostanzialmente dal livello di esposizione e dal tipo di attività lavorativa svolta.

QUESITO DELLA *EVIDENCE SUMMARY*

La *Evidence Summary* di Tania Marin, pubblicata nel marzo 2020, di cui riportiamo una breve sintesi, cerca di rispondere ad una domanda di particolare rilevanza in ambito assistenziale: qual è la migliore evidenza disponibile sul riutilizzo e l'uso prolungato di mascherine chirurgiche e respiratori facciali filtranti monouso nei contesti sanitari per acuti?

CARATTERISTICHE DELLE EVIDENZE

Le evidenze di questa *Evidence Summary* si basano su una ricerca sistematica della letteratura e sulla consultazione di banche dati *evidence-based*.
In particolare, esse derivano da:

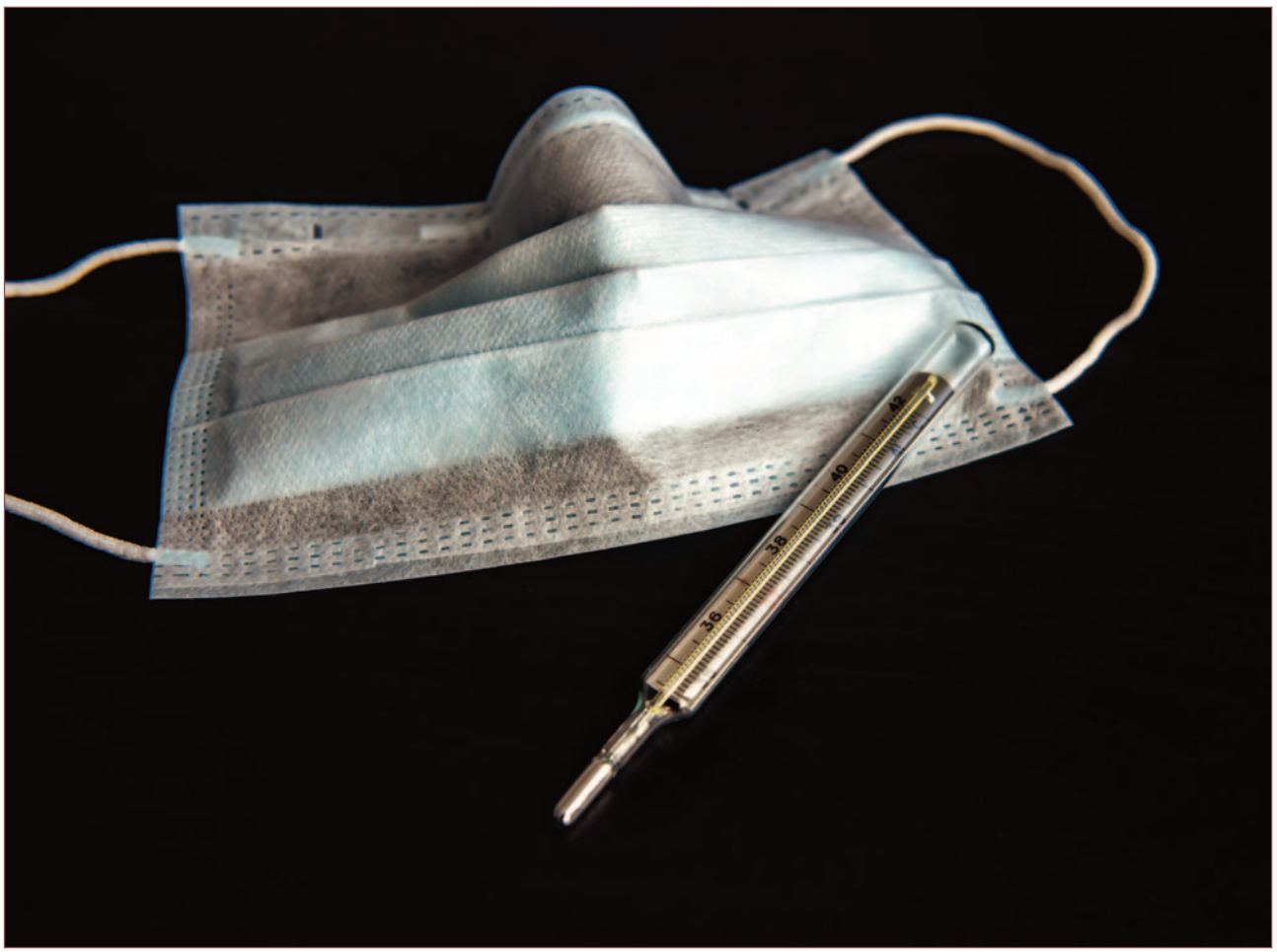
- quattro linee guida (CDC, 2020; Jensen et al., 2005; Siegel et al., 2007; WHO, 2020);
- uno studio descrittivo (Chughtai et al., 2019);
- tre studi sperimentali (Heimbuch et al., 2014; Mills et al., 2018; Viscusi et al., 2009);
- una revisione della letteratura (Fisher et al., 2014);
- uno studio di fattibilità (Bessesen et al., 2015).

Evidenze sulle mascherine chirurgiche

Le mascherine chirurgiche non sono considerati respiratori filtranti: esse lasciano spazi vuoti tra la maschera e il viso di chi la indossa e quindi non proteggono il personale sanitario da aerosol di particelle infette.
Devono essere rimosse dopo ogni utilizzo e smaltite immediatamente dopo la rimozione (Siegel et al., 2007, WHO 2020).
Quando una mascherina chirurgica diventa umida deve essere sostituita ed eliminata immediatamente perché perde la sua capacità filtrante (WHO, 2020).
Uno studio clinico (Chughtai et al., 2019), che ha coinvolto 12 medici e infermieri di reparti di malattie infettive, pneumologia e terapia intensiva, ha ricercato le particelle virali sulle mascherine chirurgiche indossate dagli operatori sanitari per un turno di sei-otto ore.
Lo studio ha dimostrato che la contaminazione sulle mascherine aumentava con l'uso (>sei ore): gli autori raccomandano, pertanto, che i protocolli sull'uso della mascherina specifichino un tempo massimo di utilizzo.

Evidenze sui respiratori facciali filtranti

I respiratori FFP2 (N95o KN95) sono dispositivi monouso e non sono progettati per un uso prolungato. Tuttavia, in determinate circostanze, gli operatori sanitari li riutilizzano o li indossano per lunghi periodi.
Lo studio sperimentale di Mills et al.



(2018) ha valutato l'efficacia dell'irradiazione germicida con ultravioletti per la decontaminazione di respiratori facciali filtranti contaminati dal virus dell'influenza (H1N1).
Sono stati scelti 15 modelli di filtranti N95 e su di essi sono stati inoculati 10 goccioline da 1 µL di H1N1 su quattro aree (tre sull'esterno e una sull'elastico). Dopo il trattamento con ultravioletti, i ricercatori hanno riscontrato riduzioni significative del 50% della carica infettante su maschere sporche di muco, elastici sporchi di muco, maschere sporche di sebo ed elastici sporchi di sebo. Gli autori hanno concluso che la decontaminazione con radiazioni ultraviolette può essere efficace nel ridurre la contaminazione da virus dell'influenza e potrebbe essere utilizzata per riutilizzare i respiratori facciali filtranti nei contesti sanitari quando essi non sono disponibili in numero sufficiente.
Un secondo studio sperimentale (Heimbuch et al., 2014) ha esaminato l'efficacia della rimozione fisica, attraverso prodotti per la pulizia disponibili in commercio, su tre tipi di respiratori facciali filtranti contaminati da aerosol infetti o non infetti, da muco o *Stafilococco aureus*.
I filtranti sono stati detersi con salviette a base di ipoclorito di sodio allo 0,9%, salviette contenenti benzalconio cloruro e salviette non antimicrobiche (Pampers) per 15 minuti a temperatura ambiente; gli agenti infettanti sono stati quindi estratti e quantificati. Le prestazioni dei filtranti facciali sono state valutate dopo tre cicli di pulizia. Si è visto che la salvietta inerte ha rimosso il muco in modo più efficace rispetto alla salvietta con benzalconio cloruro e ha rimosso lo *Stafilococco aureus* in modo leggermente più efficace rispetto al muco; tuttavia, era poco efficace sui bordi degli elastici laterali e sul nasello di due dei respiratori. La salvietta di ipoclorito ha prodotto valori bassi di *Stafilococco aureus* e assenza di muco ed è risultata efficace nel disinfettare il bordo di un respiratore e il nasello di un altro; la salvietta con benzalconio ha disinfettato parzialmente i respiratori, ma è stata osservata un'alterazione della capacità filtrante, ha decontaminato dallo *Stafilococco aureus* in modo meno efficace delle salviette con ipoclorito e, rispetto alle salviette inerti, ha rimosso una quantità inferiore di muco. Il deterioramento fisico dei filtranti dopo pulizia è risultato trascurabile. Gli autori hanno concluso che i filtranti facciali possono essere disinfettati con successo mediante salviette contenenti agenti antimicrobici, anche se sono necessari ulteriori studi.
Un altro studio sperimentale (Viscusi et al., 2009) ha valutato cinque metodi di decontaminazione su nove modelli di respiratori filtranti (N95, maschere chirurgiche N95 e P100). I metodi di decontaminazione testati sono stati: ultravioletti, ossido di etilene, perossido di idrogeno vaporizzato, microonde; candeggina.
Tutti i metodi sono stati confrontati con controlli ed è stato misurato ogni odore percepibile. Ossido di etilene e ultravioletti sono stati gli unici metodi che non hanno causato cambiamenti fisici osservabili sui respiratori; i materiali che componevano due modelli si sono sciolti nel microonde; i naselli di metallo si sono scuriti leggermente con la candeggina o il perossido di idrogeno. Le capacità filtranti non sono state condizionate negativamente dal processo di decontaminazione. Ultravioletti, perossido di idrogeno e candeggina hanno rimosso la carica virale e sono stati considerati innocui per l'utente e non hanno compromesso l'integrità dei vari elementi dei respiratori. L'odore di candeggina è rimasto su tutti i modelli dopo l'asciugatura, anche se sono stati trovati bassi livelli di candeggina su di essi. Gli autori hanno concluso che ultravioletti, ossido di etilene e perossido di idrogeno vaporizzato sono metodi promettenti per la decontaminazione e il riutilizzo dei respiratori e i risultati migliori si ottengono con l'uso degli ultravioletti.
Un documento di consenso sull'uso prolungato e il riutilizzo limitato di facciali filtranti in ambito sanitario (Fisher et al., 2014) include le seguenti raccomandazioni.
I facciali filtranti possono essere riutilizzati in determinate condizioni in ambito sanitario:
- in caso di una serie di contatti con uno stesso paziente e rimosso alla fine del contatto prima di smaltirlo; lo stesso respiratore può essere indossato in caso di contatti con più pazienti senza toglierlo tra un paziente e l'altro (ad es. si può indossare continuamente durante un turno, o per alcune ore, specialmente in una situazione in cui più pazienti sono contagiati dallo stesso agente patogeno). Tuttavia, ogni volta che il respiratore si contamina o viene danneggiato o diventa difficile respirarci attraverso deve essere rimosso;
- non riutilizzare un filtrante o prolungare il suo uso in situazioni in cui esiste il rischio di infezione da influenza aviaria A o AH7N9 o nei casi di influenza stagionale se vengono intraprese procedure che generano aerosol (ad esempio ventilazione a pressione positiva, intubazione endotracheale, aspirazione delle vie aeree, ventilazione oscillatoria ad alta frequenza, tracheostomia, fisioterapia toracica, trattamento con nebulizzatore, induzione dell'espettorato e broncoscopia);
- non rimuovere i filtranti ad ogni contatto quando i pazienti sono sottoposti a isolamento da contatto dovuto ad agenti patogeni che hanno una capacità di sopravvivenza ambientale prolungata (per esempio, Enterococchi resistenti alla vancomicina, Clostridium difficile e norovirus).
I *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) supportano il riutilizzo limitato dei filtranti come opzione in caso di patogeni in cui la trasmissione da contatto non costituisce un problema. Ad esempio, durante la cura di un paziente con tubercolosi, sindrome respiratoria acuta grave (SARS) o influenza 2009-H1N1.
Due linee guida per la pratica clinica (CDC, 2020; Jensen et al., 2005) forniscono ulteriori raccomandazioni sull'uso prolungato o il riutilizzo limitato di respiratori:
- la decisione di attuare politiche che consentano l'uso prolungato o il riutilizzo limitato dei filtranti facciali dovrebbe essere presa dall'organizzazione consul-

tando i dipartimenti di salute e controllo delle infezioni sul lavoro. Si dovrebbe tener conto delle caratteristiche dei patogeni respiratori (vie di trasmissione, prevalenza della malattia nella regione, aggressività dell'infezione, gravità della malattia e raccomandazioni specifiche per agenti patogeni) e condizioni locali (numero di filtranti disponibili, tasso di utilizzo delle stesse, successo di altre strategie di conservazione del filtrante).
- l'utilizzo continuativo rispetto al riutilizzo va incoraggiato perché comporta minori manipolazioni del filtrante facciale e quindi minor rischio di trasmissione da contatto.

Evidenze sui respiratori elastomerici

I respiratori elastomerici con filtri a cartuccia sostituibile sono riutilizzabili e il facciale è a tenuta sul viso, offrendo una maggiore protezione.
Queste maschere sono disinfettabili con candeggina e acqua permettendone il riutilizzo; anche l'alcool può essere usato negli intervalli tra le prestazioni assistenziali, detergendo la superficie esterna. L'uso del respiratore elastomerico non è però frequente in ambito sanitario (Siegel et al., 2007).
È stato effettuato uno studio di fattibilità (Bessessen et al., 2015) coinvolgendo infermieri, tecnici e medici per elaborare procedure operative standard per la disinfezione dei respiratori elastomerici riutilizzabili in caso di esaurimento della fornitura di respiratori N95 durante una pandemia. È stato evidenziato che le istruzioni del produttore erano carenti in quanto non si faceva riferimento alla detersione e disinfezione dei respiratori o tali indicazioni erano scritte a caratteri piccoli.
Le procedure standard elaborate dagli operatori sanitari miravano alla disinfezione di un singolo dispositivo alla volta e quelle prodotte divergevano dalle istruzioni fornite dai produttori, che indicavano la rimozione delle cinghiette prima della disinfezione.
È stato dimostrato che la pulizia e la disinfezione quotidiana delle cinghiette per 45 giorni ha comportato una perdita minima di efficacia.

RACCOMANDAZIONI SULLE MIGLIORI PRATICHE

Le raccomandazioni elaborate nel documento di sintesi sulla base delle evidenze selezionate sono state le seguenti:
- la mascherina chirurgica deve essere indossata una sola volta dal personale sanitario e gettata immediatamente dopo l'uso (Evidenza Grado B);
- la mascherina chirurgica può essere indossata fino ad un massimo di sei ore continue e deve essere sostituita quando umida (Evidenza Grado B);
- l'utilizzo del respiratore facciale filtrante (N95 o equivalente) deve essere continuo piuttosto che intermittente perché comporta meno contatto e, conseguentemente, minor rischio di trasmissione da contatto (Evidenza Grado B);
- l'uso prolungato di un respiratore facciale filtrante può essere attuato quando:
- più pazienti sono contagiati dallo stesso agente patogeno respiratorio e sono allocati in sale di attesa o reparti dedicati (Evidenza Grado B);
- l'operatore sanitario ha una serie di contatti con il paziente (ad es. indossa il filtrante in maniera continuativa in un turno o per alcune ore, soprattutto in una situazione in cui più pazienti sono contagiati dallo stesso agente patogeno respiratorio) (Evidenza Grado B);
- per agenti patogeni in cui il rischio di trasmissione da contatto è ridotta (ad es. durante la cura di un paziente con TBC, SARS o influenza 2009-H1N1) (Evidenza Grado B).

Le maschere con filtrante facciale non devono essere riutilizzate:
- dopo procedure che generano aerosol in cui è probabile che ci siano livelli più elevati di contaminazione del filtrante (Evidenza Grado B);
- nei casi di pazienti in isolamento da contatto, come nel caso di quelli infettati da agenti patogeni con una prolungata capacità di sopravvivenza ambientale (ad es. Enterococchi resistenti alla vancomicina, Clostridium difficile, norovirus e COVID-19) (Evidenza Grado B);
- in caso di contaminazione, danneggiamento o difficoltà a respirare con la mascherina (Evidenza Grado B);

Se un facciale filtrante deve essere riutilizzato, è da decontaminare attraverso l'irradiazione di raggi ultravioletti. In assenza di sistemi a raggi ultravioletti, può essere utilizzato l'ossido di etilene o il perossido di idrogeno vaporizzato (Evidenza Grado B).

CONCLUSIONI

Ad oggi, non esistono molto studi di laboratorio o clinici sull'uso estensivo e sul riutilizzo dei filtranti facciali e molte delle raccomandazioni ci derivano da *consensus* di esperti. Inoltre, gli studi esistenti hanno preso in considerazione patogeni diversi da quello che, in questo periodo, sta costituendo un problema sanitario a livello mondiale, il COVID-19.
Ma le raccomandazioni ricavabili dal JBI *Evidence summary* ci forniscono una chiara sintesi di quelle che sono, attualmente, le migliori evidenze disponibili sui dispositivi di protezione respiratoria che dovrebbero essere applicate nei *setting* sanitari.
Esse indicano che **mascherine chirurgiche e respiratori filtranti facciali non devono essere riutilizzati**. Le prime vanno indossate per non più di sei ore consecutive e sostituite anche prima, quando risultano umide; le seconde andrebbero indossate ininterrottamente sullo stesso paziente e su pazienti contagiati dallo stesso agente patogeno senza toglierle, per evitare che le frequenti manipolazioni aumentino il rischio di contaminazione da contatto delle mani degli operatori.
Entrambe le tipologie di dispositivi sono state progettate per non essere impiegate per lunghi periodi. Precise circostanze impongono l'assoluto divieto di riutilizzo: dopo procedure che generano aerosol, in cui è probabile che si verifichino livelli più elevati di contaminazione del dispositivo; in presenza di agenti patogeni con capacità di sopravvivenza ambientale e nei casi in cui la maschera con filtrante risulti contaminata e/o danneggiata.
Se, in corso di pandemie (quando la loro produzione scarseggia a livello mondiale) si rende necessario ricorrere al riutilizzo dei facciali filtranti, la letteratura suggeri-

sce la disinfezione del dispositivo non danneggiato con irradiazione ultravioletta o, in alternativa, con ossido di etilene e perossido di idrogeno vaporizzato.

APPLICAZIONE PRATICA NEL CONTESTO ITALIANO

Un processo di riuso di dispositivi monouso si inserisce nel percorso normativo previsto dal regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici.

Il suddetto regolamento, all'art.17, introduce la possibilità di autorizzare il riprocessamento di dispositivi monouso solo se consentito dal diritto nazionale dello Stato Membro.

Il riprocessamento è definito come un: "*processo da eseguire su un dispositivo usato per consentirne un riutilizzo sicuro comprendente la pulizia, la disinfezione, la sterilizzazione e le procedure associate, nonché i test e il ripristino della sicurezza tecnica e funzionale*".

In base al comma 2 dell'art. 17, chi ricondiziona è considerato fabbricante del dispositivo ricondizionato (assumendone gli obblighi connessi), tuttavia, è consentito agli Stati Membri, in deroga al citato comma 2, laddove necessario, di non applicare tutte le norme relative agli obblighi dei fabbricanti per chi ricondiziona, purché siano garantite le prescrizioni in esso declinate.

Alla luce di questa normativa, che vige anche **nel nostro Paese (dov'è fatto divieto di risterilizzare i dispositivi monouso)**, è possibile affermare che il riuso può essere considerato solo in momenti contingenti di eccezionale emergenza sanitaria, legata alla diffusione di patologie infettive, e nel caso di aumento enorme dei fabbisogni e dell'uso di camici, tute impermeabili, mascherine chirurgiche e respiratorie, mascherine filtranti FFP2 ed FFP3, occhiali, visiere e dispostivi di ventilazione.

I metodi più indicati sono l'utilizzo del perossido di idrogeno e/o il vapore.

L'uso dell'ossido di etilene (EtO) può essere dannoso per cui l'EtO non è raccomandato come metodo di decontaminazione in quanto cancerogeno e teratogeno e per chi indossa mascherine decontaminate con EtO anche a livelli molto bassi (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html).

AUTORI:
Silvia Sferrazza, infermiera AO S. Giovanni Addolorata, 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, Direttore Polo della *Pratica Clinica del CECRI, Direttore Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group*;
Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

BIBLIOGRAFIA

Bessesen M.T, Adams J.C, Radonovich L, Anderson J, *Disinfection of reusable elastomeric respirators by health care workers: a feasibility study and development of standard operating procedures*. Am J Infect Control. 2015; 43:629-34.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institute for Occupational Safety and Health, *Recommended. Guidance for Extended Use and Limited Reuse of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings*. 2020. https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html

Chughtai A.A, Stelzer-Braid S, Rawlinson W, Pontivivo G, Wang Q, Pan Y et al, *Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthcare workers*. BMC Infect Dis. 2019; 19(1):491.

Fisher E.M, Shaffer R.E, *Considerations for recommending extended use and limited reuse of filtering facepiece respirators in health care settings*. J Occup Environ Hyg. 2014; 11(8):D115-28.

Jensen P.A, Lambert L.A, Iademarco M.F, Ridzon R, *Guidelines for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis in health-care Settings*. 2005. http://www.cdc.gov/MMWR/PREVIEW/mmwrhtml/rr5417a1.htm

Heimbuch B.K, Kinney K, Lumley A.E, Harnish D.A, Bergman M, Wander J.D, *Cleaning of filtering facepiece respirators contaminated with mucin and Staphylococcusaureus*. Am J Infect Control. 2014; 42(3):265-70.

Marin T, *Respiratory infection: reuse, or extended use, of disposable masks and respirators*. JBI Evidence Summary, march 31, 2020. https://jbi.global/sites/default/files/2020-04/23972RespiratoryInfectionReuseOr%20ExtendedUseOfRespirators%28AS_1%29.pdf

Mills D, Harnish DA, Lawrence C, Sandoval-Powers M, Heimbuch B.K, *Ultraviolet germicidal irradiation of influenzacontaminated N95 filtering facepiece respirators*. Am J Infect Control. 2018; 46(7):e49-e55.

Siegel J.D, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in Healthcare Settings*. American journal of infection control, 2007; 35(10), S65.

Viscusi D.J, Bergman M.S, Eimer B.C, Shaffer R.E, *Evaluation of five decontamination methods for filtering facepiece respirators*. Ann Occup Hyg. 2009; 53(8):815-27.

World Health Organization, *Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak*. 2020. https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-thecontext-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak.

Dispositivi di protezione individuale per la prevenzione delle patologie respiratorie infettive nei contesti sanitari

Review Summary of: Verbeek J.H, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, Tikka C, Ruotsalainen J.H, Kilinc Balci F.S, "Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff". Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD011621. Doi:10.1002/14651858.CD011621.pub5.

di Valentina Vanzi, Angela Peghetti, Stefano Casciato, Maria Matarese

INTRODUZIONE

Durante le epidemie di patologie respiratorie altamente infettive, quali Ebola, SARS (sindrome respiratoria acuta severa) e COVID19, **gli operatori sanitari sono stati esposti ad un rischio estremamente maggiore di contagio rispetto alla popolazione** a causa del contatto con i fluidi corporei di pazienti infetti.

Per proteggersi dai *droplet* prodotti dall'uomo con la respirazione, con la fonazione, gli starnuti e la tosse nonché dalle superfici contaminate, il personale sanitario deve ricorrere ai dispositivi di protezione individuali (DPI).

I DPI possono includere grembiuli, camici o tute, guanti, maschere, dispositivi respiratori e occhiali.

Per essere efficaci, i DPI devono essere indossati correttamente; tuttavia possono rivelarsi scomodi da indossare e gli operatori sanitari potrebbero contaminarsi durante le procedure di svestizione. Alcuni DPI sono stati adattati, ad esempio, aggiungendo delle linguette da afferrare per renderli più facile da rimuovere. Una guida sulla corretta procedura di vestizione e rimozione dei DPI è stata prodotta da organizzazioni internazionali, come ad esempio il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) negli Stati Uniti. Non è chiaro, tuttavia, quale tipo di DPI protegga maggiormente, quale sia il miglior modo di indossarlo o di rimuoverlo e come istruire il personale sanitario ad usare correttamente i DPI.

La revisione sistematica di Verbeek e colleghi (2020), che sintetizziamo in questo documento, ha cercato di colmare questa lacuna.

OBIETTIVI DELLA REVISIONE

Gli autori hanno voluto valutare quale DPI e quali metodi per indossarli e rimuoverli siano più sicuri in termini di diminuzione del rischio di contaminazione e infezione degli operatori sanitari, nonché quale metodo di addestramento aumenti l'adesione ai protocolli sui DPI.

METODI

Gli autori hanno consultato quattro banche dati biomediche: CENTRAL, MEDLINE, Embase e CINAHL fino al 20 marzo 2020. Hanno incluso studi clinici controllati focalizzati sulla valutazione degli effetti dei DPI usati da operatori sanitari esposti a patologie altamente infettive sul rischio di infezione, contaminazione o non aderenza ai protocolli. Sono stati anche inclusi anche quelli che comparavano gli effetti di varie metodiche di vestizione e rimozione dei DPI, e gli effetti dei metodi di training sugli stessi *outcome*. Due revisori hanno selezionato gli studi, estratto i dati e valutato il rischio di *bias* degli studi clinici inclusi in modo indipendente. Una meta-analisi ad effetti casuali è stata condotta quando appropriato.

RISULTATI

Sono stati selezionati 24 studi pertinenti, per un totale di 2278 partecipanti, incentrati sulla valutazione dei diversi DPI (inclusi DPI adattati), sulle procedure di vestizione e rimozione degli stessi e sui metodi di *training*. Diciotto studi non hanno preso in considerazione gli operatori coinvolti nell'assistenza ai pazienti infetti, ma hanno simulato l'effetto dell'esposizione alle infezioni mediante marcatori fluorescenti o virus o batteri innocui.

La maggior parte dei *trials* era di piccole

dimensioni e solamente 2 studi hanno affrontato ciascuno dei quesiti posti dagli autori della revisione.
Dagli studi individuati risulta che tanto più il corpo dell'operatore sanitario è coperto dai DPI tanto più aumenta la protezione rispetto agli agenti infettivi. Tuttavia, i DPI più coprenti risultano più scomodi e più difficili da indossare e da rimuovere. Nello specifico, le tute offrono una maggiore protezione, ma le procedure di vestizione e svestizione sono più complesse. Camici e grembiuli seguono le tute in termini di protezione e difficoltà di vestizione. Le maschere respiratorie indossate con le tute proteggono di più rispetto alle maschere associate ad un camice, ma risultano più scomode da indossare.
Gli autori evidenziano che tipologie di DPI più traspiranti possono portare a livelli simili di contaminazione, ma essere più comodi.
La contaminazione è stata rilevata in metà degli studi, malgrado il miglioramento dei DPI.
Camici con guanti attaccati al polsino, che consentono di rimuovere entrambi i DPI insieme, e camici modificati in modo che si adattino al collo riducono la contaminazione. Inoltre, l'aggiunta di linguette ai guanti e alle maschere per il viso può portare a una minore contaminazione.
Tuttavia, uno studio non ha trovato un tasso di errore inferiore nell'indossare o rimuovere camici modificati. Seguire un protocollo ufficiale di vestizione o le indicazioni dei CDC per la rimozione della tuta o del camice rispetto alle preferenze individuali può ridurre l'auto-contaminazione.
Rimuovere il camice e i guanti in un solo passaggio, utilizzando due paia di guanti e pulendo i guanti con una soluzione a base di ipoclorito o con disinfettante (non alcolico) può ridurre il tasso di contaminazione. Considerando le varie tipologie di training nell'uso dei DPI, la formazione faccia a faccia, la simulazione con il computer e la formazione video sono risultate più efficaci rispetto alla formazione basata solo su materiale scritto o fornita in un'unica lezione tradizionale. Gli autori sottolineano come la fiducia nelle evidenze ricavabili da questa revisione sia limitata perché gli studi non sono stati effettuati in contesti clinici reali, bensì hanno simulato l'infezione facendo riferimento a un piccolo numero di partecipanti. Non ci sono studi che hanno indagato l'efficacia degli occhiali o degli scudi facciali.
Gli autori concludono che non ci sono evidenze forti o moderate sul miglior modo per rimuovere i DPI usati e sul tipo di formazione più efficace con effetti a lungo termine.

CONCLUSIONI

A causa delle evidenze di livello basso non è possibile ricavare nessuna raccomandazione per la pratica dalla presente revisione.
Gli autori sottolineano la necessità di condurre ulteriori studi di simulazione che includano un campione di almeno 60 partecipanti ciascuno e di utilizzare studi con esposizione a un virus innocuo per valutare il tipo e la combinazione di DPI più efficaci per la protezione. Inoltre, è auspicabile, che i ricercatori concordino su quale sia il miglior modo per simulare l'esposizione a un virus.
Sarebbe utile pure che gli ospedali potessero registrare e rendere noto il tipo di DPI utilizzato dai loro dipendenti per fornire informazioni rilevanti per implementare la sicurezza e le conoscenze in materia di DPI.
L'esplosione della pandemia da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 ha visto un aumento esponenziale sul mercato di DPI con molteplici caratteristiche, capacità e nomi. La nomenclatura di tali dispositivi deve essere supportata da studi che ne avvalorino l'efficacia sia se usati singolarmente che in associazione tra loro.
Tali studi devono basarsi su parametri oggettivi e condivisi dalla comunità scientifica internazionale al fine di poter comparare metodi e *outcome* per dimostrare l'efficacia dei DPI.
Oggi più che mai assumono importanza il rigore metodologico e la qualità di conduzione degli studi di efficacia su questo argomento che apportino risultati concreti e attendibili a beneficio della collettività.

AUTORI:
Valentina Vanzi, infermiera OPBG Roma, 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, Direttore Polo della Pratica Clinica del CECRI, Direttore *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group*;
Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

Prevalenza di ansia, depressione ed insonnia tra gli operatori sanitari durante la pandemia COVID-19

Review Summary of: Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V.G, Papoutsi E, Katsaounou P, *"Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis".* Brain, Behavior, and Immunity, 8:S0889-1591(20)30845-X. (2020).

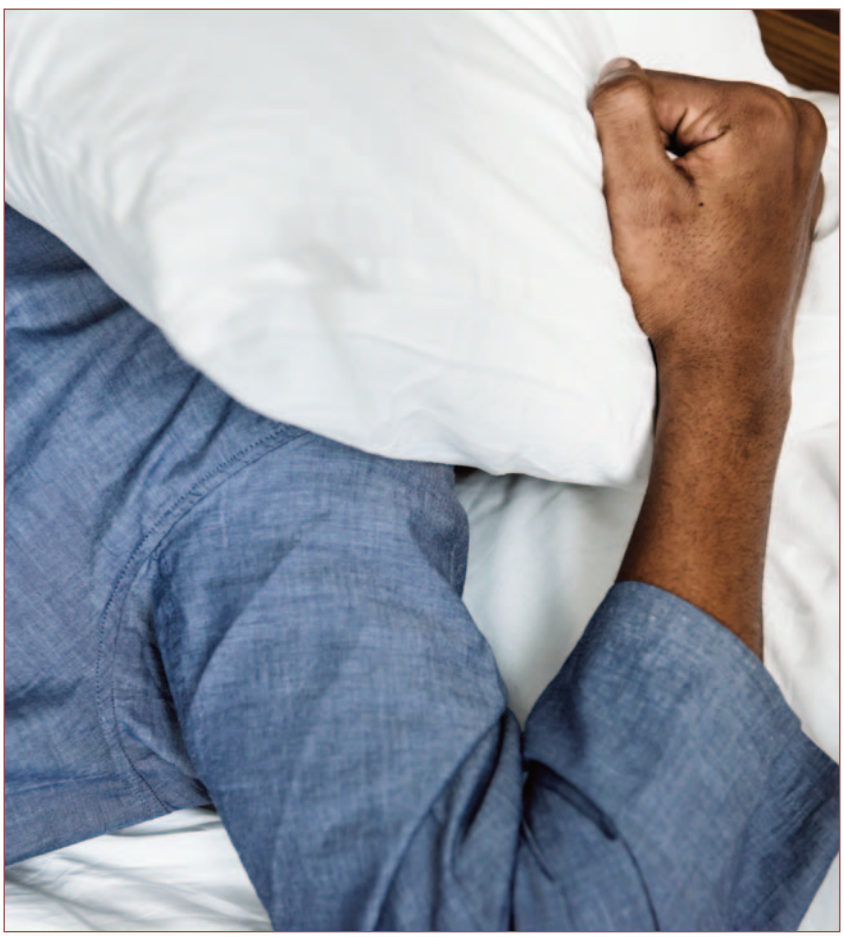
di Marina Palombi, Stefano Casciato, Angela Peghetti, Maria Matarese

INTRODUZIONE

All'infezione da Sars-Covid2, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'11 marzo 2020 una "pandemia", al 10 luglio 2020 sono attribuiti 12.500.193 casi nel mondo, con 560.247 morti e, tra questi, 242.639 (con quasi 35.000 decessi) si sono verificati in Italia. Numerosi sono stati i professionisti sanitari contagiati durante la loro attività lavorativa: ad esempio, in Italia i casi di infezione tra gli operatori sanitari sono stati 29.476.

I professionisti coinvolti in prima linea durante l'epidemia da Sars-Covid2 sono stati esposti non solo al rischio di contagio, ma anche ad un notevole stress a livello lavorativo, sociale e familiare.

Durante l'emergenza, diverse situazioni (trovarsi a prendere decisioni eticamente difficili; dover mantenere un equilibrio fra le proprie esigenze di assistenza fisica e mentale e quelle dei pazienti; bilanciare i doveri verso i pazienti con gli obblighi verso i propri familiari; la necessità di fornire assistenza con risorse limitate o inadeguate) hanno causato loro problemi psicofisici, quali depressione, ansia, disturbo post traumatico da stress e per-



sino idee di suicidio.
Il disagio psicologico e morale può alterare il benessere mentale ma, al contempo, può anche contribuire a sviluppare una crescita personale con un aumento della resilienza e dell'autostima.
I danni emotivi o la crescita psicologica sono probabilmente influenzati anche dal modo in cui il professionista è supportato prima, durante e dopo l'evento stressante dall'organizzazione sanitaria presso cui lavora (Greenberg et al., 2020).
Un sondaggio, promosso dall'Associazione *Women for Oncology Italy* e svolto in piena emergenza COVID19, su un campione di 600 operatori sanitari, ha fatto emergere altre conseguenze dell'epidemia sulle donne, ovvero l'effetto "*gender gap*" (già esistente nel mondo del lavoro), legato alla difficoltà a reperire badanti o babysitter, all'aumento di spese per alloggi, alla scelta di allontanarsi dal nucleo familiare e, soprattutto, dai figli.
Sono numerosi gli studi che hanno esplorato, in passato, gli effetti psicologici delle epidemie sul personale sanitario, ma in una situazione senza precedenti come quella odierna non si disponeva ancora di dati sull'impatto di quest'epidemia da COVID-19 sul benessere psicologico dei professionisti sanitari. Una recente *rapid review* e metanalisi di Pappa et al. (2020) ha voluto colmare questa lacuna, identificando la prevalenza di depressione, ansia e insonnia tra gli operatori sanitari durante l'epidemia Covid-19 allo scopo di richiamare l'attenzione sulla necessità di interventi efficaci per migliorare la resilienza psicologica e rafforzare le capacità dei sistemi sanitari.
Una revisione sistematica della letteratura di tipo rapido segue il metodo generale di una revisione sistematica della letteratura ma deroga ad alcuni aspetti, come, ad esempio, la ricerca su un numero limitato di banche dati, con l'intento di fornire evidenze fruibili in tempi rapidi a clinici, ricercatori e organizzazioni sanitarie.

OBIETTIVO

L'obiettivo della revisione sistematica è stato di sintetizzare e analizzare le evidenze sulla prevalenza di depressione, ansia e insonnia tra gli operatori sanitari durante l'epidemia da Covid-19.

MATERIALI E METODI

La revisione sistematica della letteratura è stata riportata secondo le indicazioni del PRISMA e il protocollo è stato registrato su PROSPERO.
Le banche dati consultate sono state MEDLINE, PubMed e Google Scholar, includendo anche gli articoli in prestampa pubblicati su server Medrxiv e SSRN.
La ricerca è stata limitata ad articoli di ricerca pubblicati fino al 17 aprile 2020 senza limiti di lingua.
Il quesito di ricerca, descritto secondo la metodologia PICOM, è riportato nella tabella 1.
Gli articoli sono stati ricercati attraverso una strategia bibliografica i cui termini sono stati *("healthcare workers" OR "medical staff" OR "healthcare professionals") AND ("coronavirus" OR "SARS-COV-2" OR "COVID-19") AND ("depression" OR "anxiety" OR "insomnia" OR "mental health" OR "psychological")*.
Non è stata presa in considerazione terminologia generica come angoscia psicologica, mentre è stato considerato il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) in quanto la sua insorgenza può essere ritardata rispetto all'impatto.
Gli articoli sono stati recuperati con il sistema "a palla di neve" nelle bibliografie e tramite il monitoraggio delle citazioni negli stessi articoli.
Gli articoli inclusi sono stati valutati per la qualità metodologica da due valutatori indipendenti mediante la *checklis*t MOOSE (Metanalisi degli studi osservazionali in Epidemiologia).
Gli autori hanno estratto dagli articoli i seguenti dati: tipologia di studio, numero totale di partecipanti e tasso di partecipazione, il luogo, percentuale di medici, infermieri e altri operatori sanitari sottoposti allo screening, numero di partecipanti maschi e femmine, strumenti di valutazione utilizzati e i loro *cut-off*, nonché il numero totale e la percentuale di partecipanti che sono risultati positivi alla depressione, all'ansia o all'insonnia.
Di pari passo, altri due autori hanno valutato indipendentemente il rischio di *bias* degli studi trasversali attraverso la forma modificata della scala di Newcastle-Ottawa, considerando la rappresentatività e dimensioni del campione, comparabilità tra intervistati e non rispondenti, accertamento della depressione, ansia e insonnia e adeguatezza delle statistiche descrittive.
Il punteggio di qualità totale varia tra 0-5. Gli studi con punteggio 3 sono stati considerati a basso rischio di *bias*, rispetto agli studi con un punteggio <3 considerati ad alto rischio di *bias*.
Un terzo revisore è stato inserito nella decisione qualora gli altri due avessero avuto discordanze valutative.
A supporto degli autori nell'analisi e sintesi dei dati, è stato utilizzato un componente aggiuntivo per la metanalisi in Microsoft Excel per Windows MetaXL.
A causa della diversità clinica e metodologica e dell'eterogeneità degli studi considerati, gli autori hanno utilizzato un modello a effetti casuali per la metanalisi.
L'eterogeneità sostanziale è stata definita come I2>75% e si è effettuata un'analisi di sottogruppi prendendo in considerazione il genere, le scale di valutazione, la gravità della depressione e dell'ansia e il gruppo professionale.
L'analisi di sensibilità è stata effettuata sottraendo uno studio alla volta e calcolando

Popolazione	Operatori sanitari in emergenza COVID19
Intervento	Pandemia COVID19
Comparazione	
O*utcome*	Ansia, depressione, insonnia
Metodo di studio	Studi osservazionali/trasversali

Tabella 1. Quesito di ricerca della revisione

la prevalenza aggregata degli studi rimanenti al fine di identificare gli studi che potevano influenzare la prevalenza aggregata. I risultati principali riportati sono stati la prevalenza (p), l'intervallo di confidenza (95% CI) e la prevalenza percentuale (px100).

RISULTATI

Dalla consultazione delle banche dati sono stati identificati 45 articoli. Dopo l'eliminazione dei doppioni, i 38 rimasti sono stati valutati sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, portando all'esclusione di altri 13 articoli.
Sono stati valutati i *full text* dei rimanenti 25, escludendone 12 perchè non corrispondenti ai criteri di inclusione (popolazione diversa dagli operatori sanitari, no COVID19, non validazione dello strumento, prevalenza non stimata).
Nessuno studio escluso ha influenzato oltre il 3% la prevalenza aggregata.
I 13 articoli da valutare lo sono stati per la loro qualità metodologica in base alla *checklist* MOOSE. Tutti gli studi sono di tipo trasversale e 12 (dei 13) sono stati condotti in Cina (due a Wuhan) e uno a Singapore.
Sono stati studiati 33.062 operatori sanitari in totale. L'eterogeneità tra gli articoli inclusi è stata di I2>75%. L'ansia è stata valutata in 12 studi e la depressione in 10 con una prevalenza combinata per la prima del 23,2% (95% CI 17,77-29,12) e per la seconda del 22,8% (95% CI 15,1-31,51), mentre la prevalenza dell'insonnia è stata stimata intorno al 34,32% (95% CI 27,45-41,54) in 5 studi.
Un'analisi per sottogruppi ha rivelato differenze di genere e di ruolo tra gli operatori sanitari nella prevalenza del distress psicologico: l'operatore di sesso femminile e l'infermiere hanno mostrato tassi più elevati di sintomi affettivi rispetto allo staff maschile e medico.

CONCLUSIONI

La revisione sistematica e metanalisi effettuata da Pappa et al. (2020), anche se riporta dati parziali in quanto la pandemia è ancora in corso, dimostra l'alta percentuale di disturbi psicologici (ansia, depressione e insonnia) fra gli operatori sanitari quale conseguenza dell'attività assistenziale svolta nel periodo dell'emergenza sanitaria, identificando anche alcune categorie a maggior rischio, quali donne e infermieri.
Il fatto che gli infermieri siano a maggior rischio può essere legato al tempo di contatto prolungato con i pazienti e alle procedure messe in essere che sono a maggior rischio di contaminazione e che li costringe a stare sempre all'allerta, senza mai ridurre l'attenzione durante tutto il turno di lavoro.
In più, il contatto continuo espone anche ad un maggior coinvolgimento emotivo con il paziente e con la sua storia personale, causando sofferenze e dilemmi etici.
Nel corso di questa pandemia, gli operatori sanitari hanno dimostrato di es-

sere una risorsa indispensabile e la loro condizione di salute deve essere garantita visto che una loro impossibilità ad operare serenamente o il loro ammalarsi avrebbe un impatto negativo sullo stato di salute dell'intera popolazione e sulla gestione complessiva dell'emergenza.

Questa revisione dimostra la necessità di identificare e trattare precocemente il *distress* psicologico degli operatori sanitari prima che evolva in forme conclamate di malattia.

La vulnerabilità e la fragilità psicologica degli operatori sanitari possano essere mitigati dal supporto psicologico fornito da esperti che aiutino a superare il *distress* psicologico e promuovere forme di resilienza.

Le Organizzazioni sanitarie devono adottare misure proattive per proteggere il benessere mentale del proprio personale e i loro manager devono essere aperti al dialogo continuo con il personale, per prevenire le conseguenze psicofisico causate da un'attività lavorativa usurante.

AUTORI:
Marina Palombi, Coordinatore Infermieristico UTI Cardiochirurgica A.O.U. Policlinico Umberto I, Roma, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;
Stefano Casciato, Direttore Polo della Pratica Clinica del CECRI, Direttore *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group*;
Angela Peghetti, A.O.U di Bologna S. Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI;
Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-Medico Roma, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

BIBLIOGRAFIA

Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S & Wessely S, *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during COVID19 pandemic*. BMJ, 368. 2020.

Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V.G, Papoutsi E, Katsaounou P, *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*, Brain, Behavior, and Immunity, 8:S0889-1591(20)30845-X. 2020. doi: https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026.

Un manuale per affrontare il tema della demenza

A partire dal 2015, 47,5 milioni di persone nel mondo vivono con demenza. E il numero globale è destinato tristemente ad aumentare, con una stima di 75,6 milioni nel 2030.
Tra il 2% e il 10% di tutti i casi, la demenza inizia prima dei 65 anni; dopo, il rischio raddoppia ogni cinque anni.
Il libro che recensiamo nasce da un'idea. Ovvero, che occorre che le Organizzazioni mondiali inizino a fare i conti con una vera e propria pandemia (questa della demenza, appunto) che, nel corso dei prossimi anni, potrebbe mettere seriamente in crisi i nostri attuali modelli di assistenza, arrivando a incrinare perfino gli odierni, pur avanzati, modelli di cura.
Quest'idea vuole descrivere un modo differente per affrontare il tema, considerando gli individui fragili, più che per ciò che ormai hanno perduto, per ciò che sono ancora capaci di fare.

Non solo: oggi, lungi dal dedicarsi ai soli assistiti, l'attenzione si rivolge pure agli operatori sanitari che, a vario titolo, si occupano e si occuperanno di fragilità negli anni a venire.
Ed è a questo punto che il tema diventa quello di come trasformare le prassi di cura tradizionali in buone prassi innovative, e le organizzazioni tradizionali in organizzazioni moderne per la tutela delle nuove fragilità del futuro.
In tal senso, nel libro si parla di staff che funzionano e di staff che "potrebbero funzionare meglio"; di programmi di intervento migliorativi; di esperienze particolari; di strategie ambientali a supporto di chi vive quotidianamente l'esperienza della malattia e della dipendenza; di nuovi ruoli e sfide professionali da cogliere. Per prepararsi a una società sicura nell'affrontare i cambiamenti.

Due gli autori: Marco Fumagalli, docente di Metodologia del lavoro sociale e consulente geriatrico per le demenze (si occupa di progetti e interventi legati alla metodologia protesica e all'anzianità fragile e consulenze per RSA e nuclei AD) e Fabrizio Arrigoni, psicologo, pedagogista, docente di Pedagogia e Demoetnoantropologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Brescia, formatore e consulente psico-sociale dei Servizi di Cura e delle Organizzazioni.

Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
Gli operatori sanitari e la demenza: case management e programmi di intervento
Maggioli Editore (140 pagine, 19,00 euro)

"Spettacolarizzazione della disabilità" Cosa significa nella società attuale

Per la collana Salute e Società (quadrimestrale con tre numeri all'anno, nato nel 2002 ad opera del professor Costantino Cipolla, che l'ha diretta fino al 2016), in questo numero ci occupiamo del fascicolo 2-2020 dedicato alla "Spettacolarizzazione della disabilità".

Visto che la rivista si pone come riferimento accademico per gli studi sociologici sulla salute ed è spesso adottata in programmi accademici, Salute e Società ha tenuto stretti legami con il mondo delle istituzioni di cura, aprendosi a contributi provenienti da professionisti sanitari: questa "contaminazione" è evidente, ad esempio, nel numero 1/2017, curato da rappresentanti dell'attuale FNOPI.

"La spettacolarizzazione della disabilità" è oggi una delle tendenze dominanti dell'industria culturale. Per questo, le ricerche a cui si affida questo libro hanno esaminato come vengono presentate le disabilità dal punto di vista della Sociologia dei processi culturali e comunicativi, sviluppando diversi punti di vista, discordanti e non, sulle premesse, ma soprattutto, le conseguenze del processo.

Il fenomeno è anch'esso, come gli altri, condizionato dal processo di globalizzazione a cui è sottoposto tutto il mondo contemporaneo.

Pertanto, l'incitazione alla competizione universale, oggi, coinvolge anche i soggetti con disabilità: il sistema tutto li "mette in scena" e trasformandoli in nuove forme di "capitale".

Questo testo vuole far conoscere le trasformazioni mediali della disabilità.

Per studiare il rapporto tra spettacolo, media e disabilità si possono chiamare in causa un ideale più progressista, che segue il processo d'estetizzazione della vita quotidiana, implementato dalla società del consumo; e uno che rintraccia nelle origini stesse della società dello spettacolo la matrice dell'esposizione del diversamente abile, spesso trasfigurato nell'immagine del mostro.

Due traiettorie di analisi che indicano anche due prospettive diverse: l'estetizzazione quotidiana di qualsiasi forma di vita; l'enfatizzazione della diversità che induce a riflettere sulla dimensione antropologica dell'umano.

La società di massa ha spostato la sua attenzione verso oggetti collettivi ("i prodotti") o stili di vita il cui apice è la condivisione della di loro fruizione sui social: è l'esibizionismo del consumo.

La canonizzazione della disabilità attraverso lo spettacolo è il meccanismo che impone al "diverso" di partecipare alla stessa logica, competitiva e selettiva di tutti. Il portatore di disabilità è (iper)spettacolarizzato; usato a sostegno di una certa retorica dei diritti o, in qualche caso, per rimarcarne la discriminazione.

Con i media digitali assistiamo al superamento della rappresentazione pietistica o sensazionalistica della disabilità: l'inclusione e la partecipazione dei disabili sono indubbiamente caratterizzanti del livello di civiltà e cultura sociale raggiunti.

Nello Barile, Nicola Strizzolo
Spettacolarizzazione della disabilità: media, estetizzazione e riconoscimento
Franco Angeli (Salute e società: 2/2020, 33,50 euro)

L'importanza della Posta Elettronica Certificata, oggi domicilio digitale, e l'obbligo di attivazione e comunicazione all'Ordine di appartenenza della propria PEC

Le sanzioni applicabili in caso di omessa comunicazione

Ai sensi del DPR n. 68 dell'11 febbraio 2005, la Posta Elettronica Certificata (PEC) è il sistema che consente di inviare e-mail con valore legale, equiparabili, a tutti gli effetti, ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, con attestazione dell'orario esatto di avvenuta spedizione al destinatario. Allo stesso modo di chi invia una raccomandata con ricevuta di ritorno, chi invia un messaggio di posta elettronica certificata ha sia la possibilità di attestare la data dell'invio della comunicazione, sia la possibilità di sapere se il suo messaggio è arrivato o meno a destinazione, tramite il messaggio di "*avvenuta consegna*".

In altri termini, la PEC garantisce a chi la utilizza valore legale dell'invio e della consegna (o mancata consegna) delle e-mail al destinatario, ed è in grado di garantire la certezza del contenuto, non rendendo possibile nessun tipo di modifica, né al messaggio ricevuto, né agli eventuali allegati.

L'obbligo per i professionisti iscritti in albi e in elenchi istituiti con legge dello Stato di comunicare ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata è stato introdotto dall'art. 16, comma 7, del decreto legge 185/2008, convertito con modificazioni dalla L. 28 gennaio 2009, n. 2.

Gli ordini e i collegi, a loro volta, sono tenuti a pubblicare in un elenco, consultabile in via telematica, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

Con la successiva legge n. 183 del 2011 è stato introdotto il comma 7 bis all'art. 16 sopra richiamato, ai sensi del quale: "*L'omessa pubblicazione dell'elenco riservato previsto dal comma 7, ovvero il rifiuto reiterato di comunicare alle pubbliche amministrazioni i dati previsti dal medesimo comma, costituiscono motivo di scioglimento e di commissariamento del Collegio o dell'Ordine inadempiente*".

Pertanto, in una fase iniziale, il legislatore non aveva previsto alcuna sanzione per i singoli professionisti che omettevano di comunicare il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata, essendo prevista unicamente la sanzione del commissariamento o dello scioglimento del collegio o dell'ordine che fosse risultato inadempiente all'obbligo di pubblicare gli indirizzi PEC dei propri iscritti. Sennonché, proprio al fine di adottare misure volte a favorire l'utilizzo della posta elettronica certificata nei rapporti tra Amministrazione, imprese e professionisti, è stata recentemente introdotta una nuova modifica all'articolo 16 comma 7 bis.

Nello specifico, l'art. 37 del decreto legge del 16 luglio 2020 n. 76 (c.d. decreto semplificazioni) ha introdotto delle specifiche sanzioni anche nei confronti dei professionisti per l'ipotesi di omessa comunicazione del proprio domicilio digitale.

Di seguito, il testo del nuovo art. 16, comma 7 bis: "*Il professionista che non comunica il proprio domicilio digitale all'albo o elenco di cui al comma 7 è obbligatoriamente soggetto a diffida ad adempiere, entro trenta giorni, da parte del Collegio od Ordine di appartenenza. In caso di mancata ottemperanza alla diffida, il Collegio o Ordine di appartenenza commina la sanzione della sospensione dal relativo albo o elenco fino alla comunicazione dello stesso domicilio*".

Dal combinato disposto delle norme sopra richiamate possiamo trarre i seguenti obblighi per tutti i professionisti iscritti ad un

Ordine professionale:
- dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata – c.d. domicilio digitale;
- comunicare il proprio indirizzo di posta elettronica certificata all'Ordine di appartenenza che, a sua volta, sarà tenuto a pubblicarlo in un elenco consultabile pubblicamente.

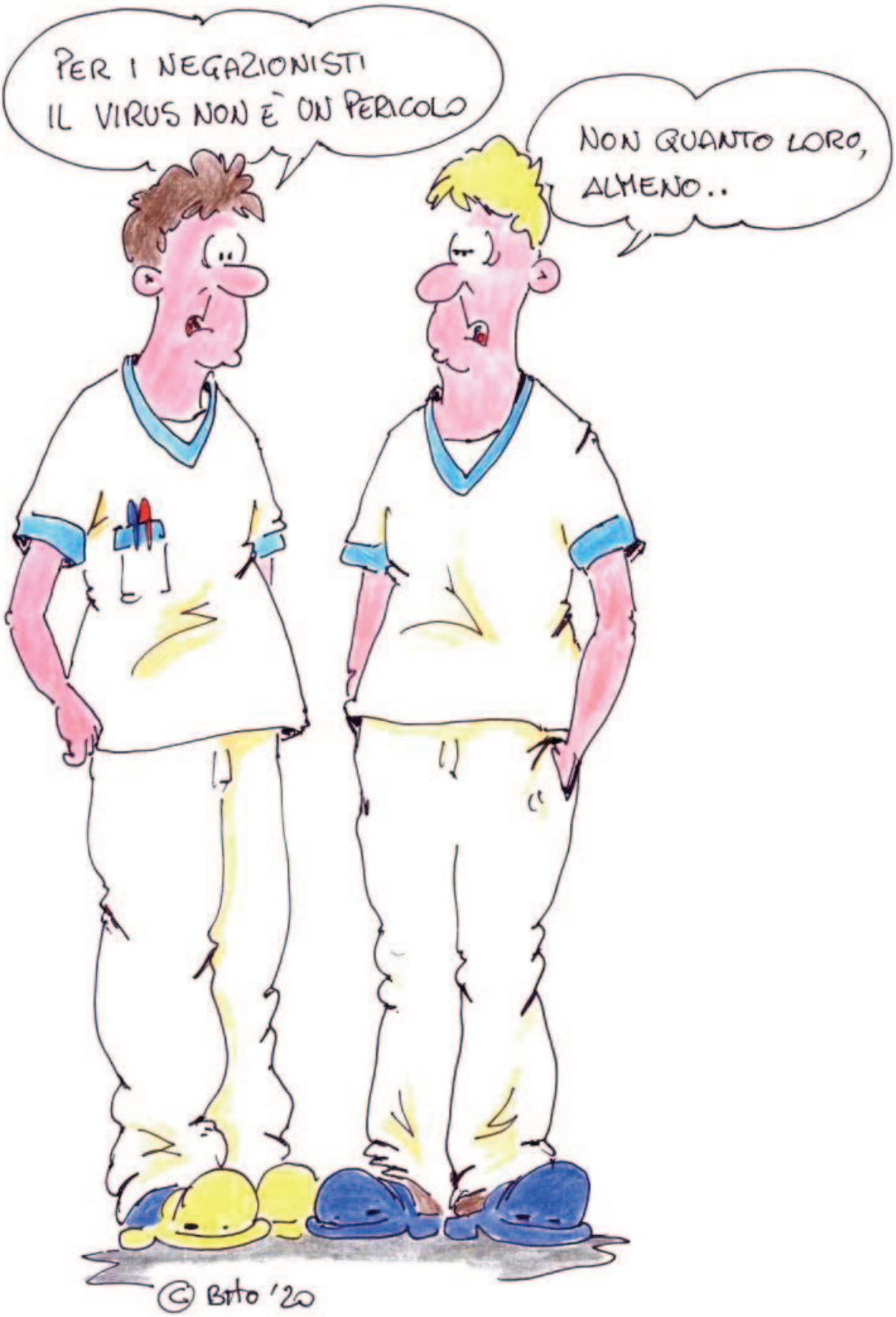
La violazione dei predetti obblighi comporta che l'Ordine di appartenenza dovrà diffidare il proprio iscritto, concedendo al professionista un termine massimo di 30 giorni per provvedere ad attivare il proprio indirizzo di posta certificata e a comunicare la propria PEC all'Ordine. Decorso inutilmente tale termine di 30 giorni, l'Ordine dovrà comminare la sanzione della sospensione del professionista dal relativo albo fino all'avvenuta comunicazione del domicilio digitale.
Va chiarito, tuttavia, che il decreto legge n. 76 del 16 luglio 2020, ad oggi produttivo di effetti e vincolante per tutti i destinatari, perderà efficacia se non convertito entro 60 giorni dalla sua pubblicazione e che, in sede di conversione, potrebbero essere comunque apportate delle modifiche. Pertanto, bisognerà attendere la data del prossimo 15 settembre per sapere se la norma in esame verrà convertita ed, eventualmente, con quali modifiche.
In ogni caso, resta fermo l'obbligo per il professionista di attivare e comunicare la posta elettronica certificata all'Albo di appartenenza.
Occorre, infine, sottolineare l'importanza di controllare quotidianamente la propria posta certificata una volta che è stata attivata e pubblicata sui registri pubblici (INI-PEC).
L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata rappresenta, infatti, il proprio domicilio digitale e può essere utilizzata sia dai soggetti pubblici che privati per spedire comunicazioni o notificare atti giudiziari al titolare della PEC.

Avv. Barbara Pisa

AVVISO IMPORTANTE

Tutti gli iscritti devono comunicare l'indirizzo PEC

Il Decreto semplificazioni del 17.7.2020 ha modificato il comma 7 bis dell'art. 16 del decreto legge n.185 de 29.11.2008 rafforzando l'obbligo per tutti i professionisti iscritti in un Albo di comunicare il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata ai rispettivi Ordini e, prevedendo espressamente che il professionista che non la comunichi è obbligatoriamente soggetto a diffida ad adempiere, entro 30 giorni, da parte del Collegio o Ordine di appartenenza e che (in caso di mancata ottemperanza alla diffida) lo stesso debba comminare la sanzione della sospensione dal relativo Albo o elenco fino alla comunicazione del domicilio dell'utente.
Alla luce di tale normativa e della gravità delle conseguenze previste dal Decreto in caso di mancata comunicazione dell'indirizzo PEC, OPI di Roma ha avviato la verifica delle situazioni dei singoli iscritti, invitando tutti gli iscritti ad adempiere spontaneamente alla previsione normativa.
L'Ordine, attraverso il gestore Aruba PEC, e in convenzione con il dominio @pec.opi.roma.it, fornisce gratuitamente la PEC ai propri iscritti che possono attivarla, senza alcun onere, seguendo le istruzioni dal sito **www.opi.roma.it.**
L'attivazione della PEC in convenzione con l'OPI di Roma è semplice, basta seguire la procedura indicata sul sito dell'Ordine, andando sulla sezione "Richiedere PEC".
Per farlo, bisogna essere in possesso di un documento di riconoscimento valido scansionato in Pdf; Codice Fiscale scansionato in pdf e di una Posta elettronica tradizionale. Quindi, basterà scaricare e compilare il modulo in stampatello, firmarlo e scansionarlo in Pdf. Le PEC aperte in precedenza con dominio @pec.ipasvi.roma.it rimangono attive e non c'è bisogno di cambiare il dominio.
La casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) è obbligatoria (Art.16 del DL 185/2008) per tutti i professionisti iscritti ad un Ordine Professionale; consente di inviare e-mail con valore legale equiparato ad una raccomandata con ricevuta di ritorno.
Info: https://opi.roma.it/servizi-agli-iscritti/posta-certificata/


PER I NEGAZIONISTI
IL VIRUS NON È UN PERICOLO
NON QUANTO LORO,
ALMENO..
© Brto '20

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 accompagnante 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 oramai 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 l gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.
I numeri da uno a dieci vanno scritti in lettere (tranne che nelle date!). Per tutti gli altri, l'importante è separare sempre con un punto i gruppi di tre cifre. Per le grosse cifre "tonde", usare "mila", "milioni" e "miliardi" invece di "000", "000.000", "000.000.000".

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

Gli autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale (una copia in formato elettronico, una copia in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma.

ROMA

Ordine Professioni Infermieristiche

Viale Giulio Cesare, 78
Metro Ottaviano - 00192 Roma
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034
ordine@opi.roma.it

L'OPI è a disposizione del cittadino e dell'infermiere
con i seguenti orari al pubblico:
- dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
- il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17

causa emergenza COVID-19, e fino a nuove disposizioni,
gli Uffici sono aperti al pubblico solo previo appuntamento

Seguici su

ordineinfermieriroma opiroma opiroma