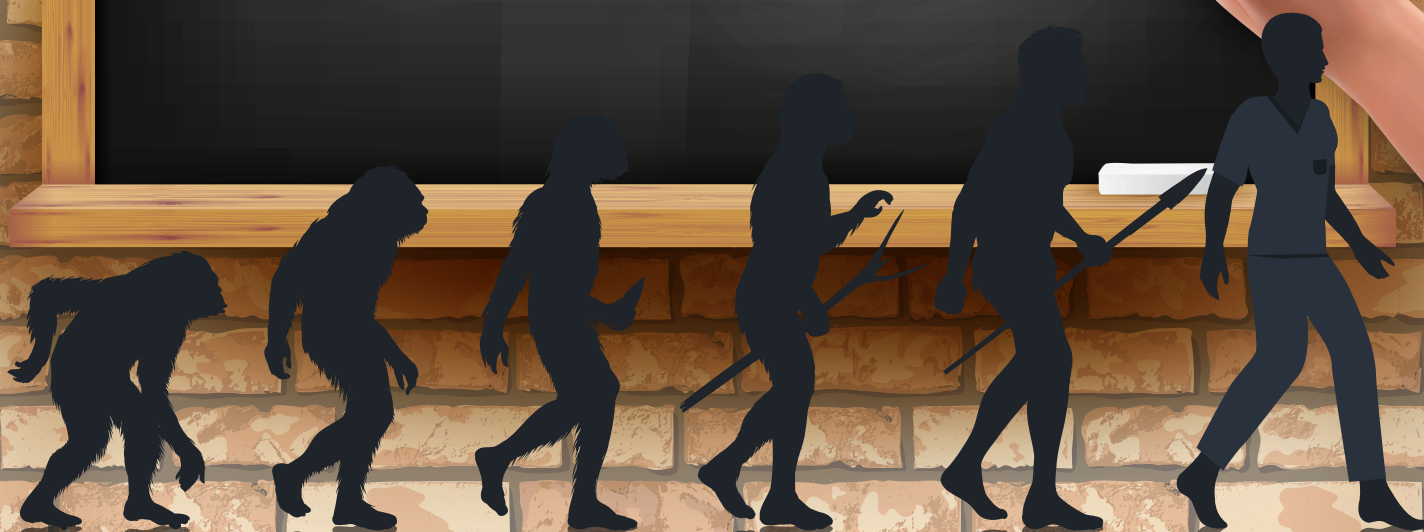


INFERMIERE

OGGI

PERIODICO DI IDEE INFORMAZIONI E CULTURA DELL'OPI DI ROMA

essere o non essere...
SAPER
ESSERE





IN QUESTO NUMERO:

In tempi così difficili, non è facile rallegrarsi per qualcosa, ma permettete di "essere lieti" di presentare questo nuovo numero della nostra rivista, ricco di novità sin dalla veste grafica. Un progetto che è anche un messaggio di rinascita. Speriamo per tutti. Il prossimo obiettivo è indicizzare "Infermiere Oggi", affinché possa prendere posto tra le riviste scientifiche più accreditate dedicate all'Infermieristica. Intanto, con l'incremento dei canali social dell'Ordine, e per venire incontro anche a un'utenza più giovane e smart, da oggi saremo on line con un menabò aggiornato e articolato così: l'editoriale a cura del presidente; i contributi scientifici; una "finestra" sul Cecri, fiore all'occhiello di Opi Roma; le rubriche, che procedono dall'Ordine all'Estero, passando per Fnopi e Regione; Opi di Biblioteca e Pillole Legali, con i consigli di lettura e quelli del nostro consulente di Diritto. Chiude la Vignetta di Bitò, tra le consuetudini più attese. Buona lettura!

EDITORIALE

- 2_** Saper essere... incalzanti
di Maurizio Zega



- 4_** Sicurezza ed efficacia dell'mRNA BNT162b2 vaccino contro il COVID-19 (Pfizer/BioNTech)
di Marina Palombi, Angela Peghetti, Maria Matarese, Stefano Casciato
- 7_** Efficacia e sicurezza del vaccino MRNA-1273 SARS-COV-2 (Moderna)
di Silvia Sferrazza, Angela Peghetti, Maria Matarese, Stefano Casciato
- 10_** Sicurezza ed efficacia del vaccino anti COVID ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca)
di Valentina Vanzi, Angela Peghetti, Maria Matarese, Stefano Casciato
- 13_** Valutazione dell'attività di Case Manager negli anni 2017-2019 presso un DSM di Roma
di Teresa De Paola, Flavia Lombardi, Giuseppe Ducci

DAL CECRI

- 20_** Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI
- 21_** Call Proposte di ricerca oltre 50 quelle presentate

DALL'ORDINE

- 22_** Assemblea annuale dell'Ordine: "Più consapevolezza del nostro ruolo"
- 27_** Il bilancio
- 29_** L'OPI e il Sistema Pubblico di Identità Digitale

30_ Nuovi *PODCAST* istituzionali per restare aggiornati

31_ Il presidente Zega scrive all'assessore D'Amato sul vincolo di esclusività

32_ Nel Decreto Sostegni le norme per rilanciare la campagna vaccinale

DALLA FNOPI

33_ Recovery Plan e Infermieristica
Superare le resistenze al cambiamento

35_ La Giornata degli operatori sanitari
Il riconoscimento di Chiesa e Istituzioni

37_ Lettera a Draghi: valorizzare l'infermiere perchè è riferimento per cittadini e famiglie

38_ ECM, pubblicate le regole da seguire durante la pandemia

DALLA REGIONE

39_ Coordinamento OPI alla Regione Lazio: "Più posti all'Università e fondi alle Aziende sedi di Corsi di Laurea"

40_ A Trevignano Romano arriva l'ambulatorio infermieristico

DALL'ESTERO

41_ Il personale sanitario italiano candidato al Premio Nobel per la Pace 2021

42_ Certificazione CGFNS *International* e ICN per un "Registro di infermieri esperti"

43_ ICN, il Congresso 2021 è a novembre in modalità virtuale

OPI DI BIBLIOTECA

44_ "Stop alla Violenza a danno degli operatori sanitari"
Un libro per prevenire e gestire la violenza sul lavoro

PILLOLE LEGALI

46_ Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018. Analisi delle nuove disposizioni a tre anni dal loro ingresso

48_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXI - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2021
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
Maurizio Zega

Segreteria di redazione
Gabriele Caggianelli, Claudia Lorenzetti, Desirée Rubei,
Alessandro Stievano, Carlo Turci

Comitato di redazione
Giuseppe Amici, Lorella Calafato, Giuseppe Esposito,
Emanuele Lisanti, Claudia Lorenzetti, Natascia Mazzitelli,
Maria Grazia Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco
Scerbo, Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni,
Marco Tosini

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepick.com
Finito di stampare: aprile 2021
Tiratura: 500 copie

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

OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche

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 17.00

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma
Metro Ottaviano
Tel. 0637511597 - Fax 0645437034
ordineroma.it

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

OPI ROMA
a portata di click!

www.opiroma.it
www.centrodiexcellenza.eu
opiroma
opiroma
ordineinfermierroma



EDITORIALE

Saper essere... incalzanti

di Maurizio Zega

Vogliamo far partire le nostre riflessioni ricordando che nella nostra Regione oltre cinquemila colleghi sono stati contagiati e sette hanno perso la vita a causa della pandemia. E anche nel nuovo anno si sta già pagando un doloroso tributo.

Non lo facciamo per lamentosa retorica, ma è bene sempre ricordare la serietà del nostro impegno professionale.

Sapere e saper essere, questo è il nocciolo della nostra competenza: e siamo consapevoli, certamente, dei notevoli passi avanti che il riconoscimento della nostra professionalità ha conseguito negli ultimi anni. Che però, spesso, si fermano sulla carta: per esempio, il decreto legge 34 del 2020 prevedeva, all'articolo 1 comma 5, che Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avrebbero potuto conferire incarichi di lavoro a 9.600 infermieri.

Alzi la mano chi ha visto nulla di tutto ciò. Niente.

Apprendiamo di essere stati, come infermieri italiani, candidati autorevolmente al Premio Nobel per la Pace? Abbiamo letto che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si deve rendere la figura infermieristica centrale per l'assistenza sanitaria di base? Ebbene, senza montarci la testa: la nostra esperienza è già centrale, e le carenze drammatiche che la pandemia ha posto in luce sono in gran parte nient'altro che le carenze dovute al mancato riconoscimento del nostro ruolo.

A volte sembra di capire che l'Ordinamento, il quale ha riconosciuto con la legge istitutiva dell'Ordine nient'altro che la naturale evoluzione del progresso scientifico in ambito sanitario, si mostri poi incerto e timoroso a trarne le conseguenze, con atteggiamenti in cui si possono riscontrare forse resistenze corporative, probabilmente ritardi culturali e certamente non logica e razionalità. Ma ci vuole più razionalità, più luce, perché l'assistenza sanitaria si apra davvero alla modernità.

Ci sono però, anche segnali positivi: la nostra richiesta di liberazione dall'obbligo della esclusività per i colleghi dipendenti dal SSN, per esempio. La dura lezione della pandemia ha già imposto nei fatti l'allentamento di questo illogico vincolo. Segnali sono venuti, un po' in ordine sparso, dal decreto Milleproroghe, ma anche nella nostra Regione.

Finalmente, il governo ha, con il Decreto Sostegni, allentato il vincolo di esclusività per i colleghi dipendenti dal SSN, almeno in funzione dell'emergenza da COVID-19. Per parte nostra, abbiamo sollecitato l'Assessore alla Sanità del Lazio. La speranza è quella di essere ascoltati, ma non mancheremo di incalzarlo, svolgendo proprio quel ruolo che la legge ci affida come Ordine delle Professioni Infermieristiche.

Altro segnale, le dichiarazioni programmatiche del Governo: "Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base. È questa la strada per rendere



La pandemia ha evidenziato le carenze dovute al mancato riconoscimento del nostro ruolo



“
Bisogna rafforzare
e ridisegnare la sanità
territoriale
”

realmente esigibili i Livelli Essenziali di Assistenza e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La ‘casa come principale luogo di cura’ è oggi possibile”.

Con queste parole si certifica che la sanità territoriale, così com’è, proprio non va: e gli infermieri, senza voler aprire particolari fronti polemici, lo denunciano da sempre. Nel Lazio, unitamente ad altre realtà professionali e del volontariato, stiamo insistendo con forza perché sulla base di una concezione olistica possa realizzarsi un’autentica assistenza socio sanitaria integrata, che faccia perno sulla figura dell’Infermiere di Comunità. È proprio la nostra “assenza”, o comunque la nostra presenza limitata e impacciata da un sistema normativo antiquato che rende la crisi del sistema più acuta che mai.

Si tratta della carenza drammatica di personale; siamo 5,5 per ogni mille abitanti, il Regno Unito ha 7,8 infermieri ogni mille abitanti, in Francia (10,8) e Germania (12,9) siamo al doppio della percentuale italiana.

Si tratta del fatto che sono anni che si sollecitano Ministero e Università, perché si formi un numero molto più elevato di infermieri a coprire il crescente fabbisogno: abbiamo di recente scritto alla Regione Lazio. Risale al 2007 (dicesi 2007), l’ultimo anno in cui vi fu un effettivo trasferimento di fondi alle aziende sanitarie a copertura dei costi connessi.

Da allora, il nulla: è inutile fare bandi se poi gli infermieri non ci sono, e non è che si diventi infermieri con un tratto di penna burocratico: studiare bisogna, impegnarsi, laurearsi. Forse ancora non si è capito che non si parla di corsi professionalizzanti di tre mesi...

Si tratta della nostra libera professione: diciamolo pure, anche su questo aspetto, è sempre il solito tema che ritorna: quello di riconoscere nella concretezza il ruolo della nostra professionalità e della sua autonoma dignità professionale, per dirla meglio.

Intanto, nel Lazio si tenta di creare una “Azienda 0” a somiglianza di quanto accade in altre Regioni. Fino ad ora, il testo proposto non sembra dover suscitare molte speranze: fra le molte carenze, non si prevede una direzione dedicata alla professione infermieristica, all’interno dell’istituenda Azienda; cosa raccomandava l’OMS? “Investire nella leadership infermieristica”. Se si parte così, non si parte bene.

Insomma, crisi pandemica, emergenza piano vaccinale, liberazione delle energie della nostra professione, costante interlocuzione e proattività con le Istituzioni, una luce più forte sui problemi reali del sistema sanitario: gli infermieri ci sono, con razionalità e coraggio, come si diceva, e c’è anche l’Ordine; perché anche per il lavoro quotidiano, faticoso, il coraggio ci vuole.

Sicurezza ed efficacia dell'mRNA BNT162b2 vaccino contro il COVID-19 (Pfizer/BioNTech)

Sintesi dell'articolo di: Polack, F. P., Thomas, S. J., Kitchin, N., Absalon, J., Gurtman, A., Lockhart, S., ... & Gruber, W. C. (2020). "Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine". *New England Journal of Medicine*, 383(27), 2603-2615

Marina Palombi, Coordinatrice infermieristica UTI CCH, AOU Policlinico Umberto I Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI

Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, 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

INTRODUZIONE

Il vaccino contro il COVID-19 mRNA BNT162b2, conosciuto comunemente come vaccino Pfizer/BioNTech, è il primo vaccino arrivato in Italia dopo aver ricevuto l'autorizzazione dall'EMA (*European Medicines Agency*) e dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) il 22 dicembre 2020 per la somministrazione in persone di età pari o superiore a 16 anni.

Come il vaccino Moderna, è a base di mRNA inserito all'interno di una microscopica struttura lipidica chiamata nanoparticella.

Quando è somministrato il vaccino, l'mRNA contenuto nelle nanoparticelle entra nelle cellule e viene usato dai ribosomi che leggono le istruzioni genetiche in esso contenute e avviano la sintesi delle proteine *spike*.

Queste vengono visualizzate sul-

la superficie della cellula e identificate dal sistema immunitario come estranee, stimolandolo a produrre anticorpi specifici e ad attivare le cellule T, preparando il sistema immunitario a rispondere a qualsiasi futura esposizione al virus SARS-CoV-2, legandosi alle proteine *spike* e impedendo l'ingresso del virus nelle cellule.

Il vaccino BNT162b2 si conserva sei mesi a una temperatura compresa tra -90 °C e -60 °C.

Una volta estratto dal congelatore e prima del suo uso, il vaccino può essere conservato fino a 5 giorni a una temperatura compresa tra 2 e 8 °C, e fino a 2 ore a una temperatura non superiore a 30 °C. Esso deve essere ricostituito con soluzione fisiologica prima dell'uso e, una volta ricostituito, va usato entro 6 ore, conservato tra 2 e 30°C.

Polack et al. (2020) hanno pubblicato i risultati del *trial* clinico il 10 dicembre 2020 sul *New England Journal of Medicine*, e una sintesi dell'articolo è riportata di seguito.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo studio è stato condotto con l'obiettivo di valutare l'efficacia e la sicurezza del Vaccino mRNA BNT162b2.

La valutazione dell'*endpoint* sull'efficacia del vaccino ha incluso l'esordio di infezione sintomatica dopo 7 giorni dalla seconda dose, in soggetti senza evidente precedente infezione SARS-CoV-2 (*endpoint* primario), confermata in laboratorio, e casi di COVID-19 con sintomatologia grave (*endpoint* secondario).

L'*endpoint* primario relativo alla sicurezza è stato effettuato con

una scala Likert unidimensionale di percezione ("lieve/moderata/grave").

L'analisi di efficacia e di sicurezza del vaccino ha incluso anche tutti i partecipanti che avevano ricevuto almeno una dose di BNT162b2 o placebo.

METODI

Lo studio clinico di fase 2/3 è stato di tipo prospettico randomizzato e controllato.

È stata utilizzata la randomizzazione con assegnazione causale dei partecipanti in un rapporto 1:1 ai due gruppi: un gruppo che doveva ricevere 30 µg di BNT162b2 (0,3 ml) per dose (sperimentale) e l'altro il placebo (controllo).

I partecipanti dovevano essere di età pari o superiore ai 16 anni. Sono stati esclusi dalla sperimentazione i soggetti con storia clinica di COVID-19, in trattamento con immunoglobuline/immunosoppressori, o patologia del sistema immunitario.

Lo studio è stato a doppio cieco, cioè i partecipanti ignoravano a quale gruppo fossero stati assegnati, come pure gli operatori che erogavano il trattamento.

Per ogni partecipante sono state previste due dosi di inoculazione di BNT162b2 o placebo a distanza di 21 giorni, con un'osservazione per 30 minuti da parte del personale esecutore dopo l'iniezione. Tutti i partecipanti di entrambi i gruppi sono stati sottoposti, con le stesse modalità, a controllo per gli eventi avversi post trattamento (locali e/o sistemiche; dolore; arrossamento; gonfiore; sintomatologia da febbre, brividi, dolore muscolare, vomito, diarrea, mal di testa, fatica) e ricorso a farmaci antidolorifici o antipiretici durante i 7 giorni dopo il ricevimento di ciascuna dose di vaccino o placebo.

Sono stati registrati eventi avversi non previsti dal progetto di ricerca avvenuti a distanza di un mese e sei mesi per quelli gravi, e sono stati inclusi nel Rapporto

dello studio i dati di eventi avversi risultanti a 14 settimane dalla seconda dose.

Il monitoraggio sulla sicurezza al trattamento continuerà per 2 anni per coloro che sono stati sottoposti alla seconda dose di vaccino. L'analisi statistica riguardante la sicurezza del trattamento ha incluso tutti i partecipanti che hanno ricevuto almeno una dose di BNT162b2 o placebo con un *follow-up* a due mesi.

Per gli eventi avversi locali sono state usati dati in percentuale e frequenza, e intervallo di confidenza (CI) al 95% di Clopper-Pearson; per gli eventi avversi sistemici o qualsiasi altro evento avverso successivo alla vaccinazione, gli autori si sono avvalsi della *Medical Dictionary for Regulatory Activities* (MedDRA), versione 23.1.

L'analisi statistica sull'efficacia è stata stimata per $100 \times (1 - IRR)$, ovvero sul rapporto dei casi di malattia da COVID-19 per 1000 persone/anni di *follow-up* nel gruppo di vaccino attivo rispetto al tasso di malattia nel gruppo placebo.

L'intervallo di confidenza al 95% e la probabilità di efficacia $>30\%$ sono stati calcolati usando il modello Bayesiano beta-binomiale. A differenza della sperimentazione del vaccino AstraZeneca, non ci sono state deviazioni dal protocollo.

RISULTATI

Dal 27 luglio al 14 novembre 2020, un totale di 44.820 persone di età superiore ai 16 anni sono state sottoposte a *screening* in 152 siti in sei diversi Paesi (Stati Uniti=130; Argentina=1; Brasile=2; Sudafrica=4; Germania=6; Turchia=9).

I dati relativi alla sicurezza presentati nell'articolo riguardano 37.707 soggetti che avevano



effettuato la seconda dose dell'iniezione da almeno due mesi: 18.860 nel gruppo sperimentale e 18.846 nel gruppo di controllo. I dati relativi all'efficacia si riferiscono, invece, a 36.523 soggetti che avevano ricevuto la seconda dose di vaccino da almeno 7 giorni, senza evidenza di infezione da COVID-19 precedente o in atto, 18.198 nel gruppo sperimentale e 18.325 nel gruppo di controllo. I due gruppi erano omogenei per sesso, razza, Paese, fascia di età, indice di massa corporea e presenza di patologie. L'età media era di 52 anni, e il 42,2% aveva una età superiore ai 55. Il vaccino ha dimostrato di prevenire con un'efficacia del 95% (95% CI 90,3-97,6%) i casi sintomatici di COVID-19, con conferma di laboratorio. Sono stati registrati, infatti, 170 casi di infezione dopo la seconda dose a distanza di 7 giorni in soggetti senza evidenza

di infezione (vaccino = 8; placebo = 162), mentre dei 10 casi gravi registrati dopo la prima dose, solo 1 era stato sottoposto alla vaccinazione.

Nella fase intermedia, tra la prima e seconda dose, sono stati registrati 121 casi sintomatici (vaccino = 39; placebo = 82), con un intervallo di efficacia del 52% che conferma una protezione già dopo 12 giorni dalla prima dose.

Il vaccino ha dimostrato simile efficacia nei sottogruppi basati su età, sesso, razza, etnia, indice di massa corporea e presenza di condizioni morbose preesistenti.

Le reazioni locali sono state più frequenti nei soggetti vaccinati, con una maggiore frequenza di dolore da "lieve" a "moderato" nella sede di inoculazione nei sette giorni successivi.

Le reazioni sistemiche sono state riportate più frequentemente nel gruppo dei vaccinati con età

16-55 rispetto agli over 55, più spesso dopo la seconda dose di vaccino.

I più comuni eventi sistemici riportati sono stati affaticamento e mal di testa, seguiti da febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), brividi e dolori muscolari dopo la seconda dose, maggiormente nei soggetti più giovani. Altro evento avverso registrato è la linfadenopatia.

Nessun caso di decesso è stato associato al vaccino o al placebo e nessun decesso è stato riscontrato per COVID-19.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha evidenziato che la somministrazione di due dosi del vaccino BNT162b2, basato su tecnologia RNA messaggero (30 μg per dose), a distanza di 21 giorni, conferisce una protezione del 95% contro il COVID-19 in persone di età pari o superiore a 16 anni. La sicurezza è risultata simile a quello di altri vaccini anti-virali, e l'effetto indesiderato a livello locale più frequentemente registrato è stato il dolore da "lieve" a "moderato" nel sito di somministrazione, mentre a livello sistemico si è avuto stanchezza e mal di testa. Nessun caso di decesso è stato correlato al vaccino o al placebo e nessun decesso è stato riscontrato per COVID-19. Sebbene la durata della protezione non sia ancora certa (circa 9-12 mesi), lo studio permette di valutarne l'efficacia sulle forme clinicamente manifeste di COVID-19, ma occorre maggior tempo di osservazione per comprendere se i soggetti vaccinati possano infettare, in forma asintomatica, altre persone.

Ulteriori studi devono essere effettuati per valutarne l'efficacia e la sicurezza in soggetti immunodepressi, bambini sotto i 12 anni e donne in gravidanza.



Efficacia e sicurezza del vaccino MRNA-1273 SARS-COV-2 (Moderna)

Sintesi dell'articolo di: Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., Kotloff, K., Frey, S., Novak, R., ... & Zaks, T. (2020). "Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *New England Journal of Medicine*". December 30, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389

Silvia Sferrazza, infermiera AO San Giovanni Addolorata Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente Esperta Polo Pratica Clinica del CECRI

Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, 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

INTRODUZIONE

Il vaccino anti COVID-19 Moderna mRNA-1273, conosciuto più comunemente come vaccino Moderna, è il secondo vaccino arrivato in Italia dopo essere stato autorizzato dall'EMA (*European Medicines Agency*) e dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).

Come il vaccino prodotto da Pfizer-Biotech, è a base di mRNA incapsulato in nanoparticelle lipidiche e contiene le informazioni per costruire le proteine *spike* del virus SARS-CoV-2.

Dopo l'iniezione del vaccino, l'mRNA viene assorbito nel citoplasma delle cellule e inizia la sintesi delle proteine *spike* che stimolano la produzione di anticorpi specifici da parte del sistema immunitario. Il vaccino Moderna viene fornito come soluzione ad una concentrazione di 0,2 mg per millilitro

e prevede una prima dose di 0,5 ml contenente 100 µg di mRNA-1273, da iniettare per via intramuscolare nella regione deltoidea, da ripetere (seconda dose) a distanza di 28 giorni sullo stesso braccio. Il vaccino va conservato a -25°/-15° fino a 7 mesi, ma può essere mantenuto a una temperatura compresa tra 2° e 8°C nei luoghi dedicati alla preparazione e alla somministrazione per 30 giorni. Non è richiesta alcuna diluizione e ricostituzione.

Le dosi possono essere mantenute nella siringa fino a 8 ore a temperatura ambiente (8-25°C). Una volta che la fiala multidose (10 dosi) è aperta va conservata tra i 2° e i 25° per non più di 6 ore.

Il *New England Journal of Medicine* ha pubblicato lo studio che riporta la sperimentazione del vaccino in data 30 dicembre

2020 (con aggiornamento del 15 gennaio 2021), i cui contenuti vengono presentati di seguito.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

L'obiettivo primario dello studio è stato quello di valutare l'efficacia del vaccino mRNA-1273 nel prevenire la malattia da COVID-19, con esordio dopo almeno 14 giorni dalla seconda dose di vaccino, nei partecipanti che non erano stati precedentemente infettati dal virus SARS-CoV-2.

La presenza di infezione è stata valutata attraverso tampone nasofaringeo, RT-PCR e presenza di due dei seguenti sintomi: febbre $\geq 38^\circ\text{C}$, mialgia, brividi, mal di testa, mal di gola, anosmia e ageusia, o un sintomo respiratorio o evidenza radiografica di polmonite.

Gli obiettivi secondari includevano l'analisi dell'efficacia del vaccino nella prevenzione dei casi severi da COVID-19 e l'efficacia del vaccino dopo una singola dose. È stata valutata anche la comparsa di eventi avversi locali e sistemici.

METODI

Il *trial* clinico presentato è di fase 3, randomizzato-controllato, stratificato, in doppio cieco.

Ciò significa che aveva già superato la fase 1 e 2 di sperimentazione, ha previsto la randomizzazione per l'assegnazione al gruppo sperimentale e quello di controllo, e i soggetti che hanno ricevuto il vaccino e i ricercatori non sapevano a quale gruppo fossero stati assegnati (sperimentale o controllo): i soggetti sono stati stratificati per specifiche caratteristiche, quali età e rischio di complicanze.

Le persone ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2 o sue complicanze sono state assegnate in modo casuale, con un rapporto 1:1, per ricevere due iniezioni intramuscolari di mRNA-1273 o placebo (soluzione salina) a 28 giorni di distanza l'uno dall'altra. La randomizzazione è stata eseguita attraverso un *software* centralizzato; 15.210 soggetti hanno ricevuto il vaccino (100 µg per dose) e altrettanti il placebo.

I partecipanti sono stati valutati nei gruppi di trattamento ai quali erano stati assegnati.

L'analisi sulla sicurezza del vaccino includeva un monitoraggio degli eventi avversi a 7 giorni di distanza dopo ogni somministrazione, a 28 giorni per reazioni avverse indesiderate e dal primo giorno a 759 giorni in caso di eventi avversi gravi con intervento del medico.

L'efficacia del vaccino è stata valutata attraverso l'analisi statistica dei sottogruppi di popolazione: se il numero dei partecipanti ad un sottogruppo era troppo piccolo, lo stesso veniva combinato con altri sottogruppi per consentirne la valutazione.

RISULTATI

Lo studio è stato condotto su 30.420 volontari in condizioni cliniche stabili, coinvolgendo 99 centri negli USA.

Il gruppo che ha ricevuto il vaccino e il gruppo che ha ricevuto il placebo avevano caratteristiche demografiche simili: il 47,4% era di sesso femminile e il 52,6% di sesso maschile, con un'età media di 51,4 anni. Nello specifico: oltre la metà (58,6%) dei partecipanti aveva un'età compresa tra 18 e i 64 anni, il 24,8% aveva 65 anni o più, e il 16,7% un'età inferiore a 65 anni, ma con comorbidità che aumentavano il rischio di malattia

da COVID-19 grave, quali: malattie polmonari croniche degenerative (4,9%), patologie cardiache (4,9%), obesità severa (6,7%), diabete (9,5%), patologie a carico del fegato e HIV.

Nella maggior parte dei casi, i partecipanti erano di razza bianca (79,2%), il 10,2% afroamericani, e il 20,5% latino-americani, in linea con il quadro demografico americano.

Più del 96% ha ricevuto la somministrazione della seconda dose di vaccino (153 soggetti non hanno dato il consenso alla seconda dose e 114 sono risultati positivi al COVID-19 tra la prima e la seconda dose). All'inizio dello studio, il 2,3% dei partecipanti nel gruppo che ha ricevuto il vaccino, e il 2,2% nel gruppo che ha ricevuto il placebo, erano positivi al COVID-19: questo è stato motivo di esclusione dal *trial*.

Per quanto riguarda l'obiettivo primario, è emerso che, nel gruppo dei soggetti sottoposti al vaccino, sono stati registrati 11 casi di COVID-19 (3,3 per 1000 persone-anni, 95% CI 1,7-6,0) con esordio ad almeno 14 giorni di distanza dalla seconda dose, contro i 185 (56,5 per 1000 persone-anno, 95% CI 48,7-65,3) nel gruppo di controllo: il vaccino, quindi, ha dimostrato un'efficacia del 94,1% (95% CI 89,3-96,8%; $p < 0,001$) nel prevenire l'infezione sintomatica da SARS-CoV-2 rispetto al placebo.

L'efficacia si è dimostrata simile anche per l'obiettivo secondario: tutti i casi gravi di COVID-19 verificatisi tra i partecipanti allo studio (30 in totale, con 1 decesso) si sono registrati nel gruppo di controllo, risultati che confermano la capacità del vaccino di prevenire la forma severa della malattia provocata dal SARS-CoV-2.

Gli eventi indesiderati nel sito di



iniezione sono stati più frequenti nel gruppo sperimentale (vaccino) rispetto al gruppo di controllo (placebo), rispettivamente: l'84,2% vs. 19,8% alla prima dose e dell'88,6%, vs. 18,8% alla seconda dose.

Le reazioni sistemiche sono state più frequenti nel gruppo dei vaccinati (prima dose nel 54,9% dei soggetti; seconda dose nel 79,4%) e nei partecipanti più giovani (18-65 anni), rispetto ai partecipanti con età \geq 65 anni.

Le reazioni nel sito di inoculazione sono state più comuni nei partecipanti tra i 18-64 anni, rispetto ai partecipanti over 65.

La frequenza degli eventi avversi più severi era comparabile tra il

gruppo di controllo (1,3%) e quello che ha ricevuto il vaccino (1,5%). Gli effetti collaterali sono stati: dolore nel sito di iniezione, arrossamento e gonfiore nel sito di iniezione, linfoadenopatia locale, affaticamento, mal di testa, mialgia, artralgia, brividi, nausea/vomito, febbre.

In meno dello 0,5% dei casi, in entrambi i gruppi, gli eventi avversi sono stati tali da impedire la somministrazione della seconda dose. Non si sono registrati casi di patologie respiratorie associate al vaccino.

CONCLUSIONI

Il vaccino mRNA-1273 (Moderna) ha mostrato un'efficacia del

94,1% nel prevenire la malattia da COVID-19, inclusa la malattia grave.

A parte le reazioni locali e sistemiche, non sono emersi problemi in termini di sicurezza del vaccino.

Tuttavia, il presente studio non ha valutato l'efficacia della somministrazione di una singola dose del vaccino, anche se analisi preliminari sembrano suggerire che un certo grado di protezione possa esserci anche dopo la prima somministrazione. Sono necessari *follow ups* a due anni e dati sufficienti per la valutazione dei casi asintomatici, nonché ulteriori studi per valutare l'efficacia in soggetti con età inferiore ai 18 anni e donne in gravidanza.



Sicurezza ed efficacia del vaccino anti COVID ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca)

Sintesi dell'articolo di: Voysey, M., Clemens, S. A. C., Madhi, S. A., Weckx, L. Y., Folegatti, P. M., Aley, P. K., ... & Bijker, E. (2020). "Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK". *The Lancet*, 397(10269), 99-111.

Valentina Vanzi, infermiera IRCCS Bambino Gesù Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI

Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, 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

INTRODUZIONE

Il vaccino anti COVID-19 ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222), conosciuto più comunemente come vaccino AstraZeneca, è il terzo vaccino arrivato in Italia.

Esso è stato inizialmente approvato, in emergenza, dall'Agenzia di regolamentazione nel Regno Unito, il *Medicines and Healthcare products Regulatory Agency* (MHRA), successivamente, autorizzato dall'EMA (*European Medicines Agency*), e, il 30 gennaio 2021 dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), con la raccomandazione di utilizzo preferenziale per soggetti dai 18 ai 55 anni.

A differenza dei vaccini Pfizer/Biontech e Moderna, entrambi a base di mRNA, quello di AstraZeneca sfrutta un meccanismo diverso per indurre la risposta immunitaria dell'organismo. Esso si

basa sull'azione di un adenovirus ricombinante che è stato modificato in modo da contenere il gene responsabile della produzione della proteina *spike* del SARS-CoV-2.

Nel gennaio 2021, la rivista "The Lancet" ha pubblicato lo studio di Voysey et al. che riporta la più recente analisi *ad interim* sull'efficacia e sicurezza del vaccino ChAdOx1 nCoV-19, includendo dati provenienti da quattro studi clinici randomizzati ancora in atto in tre Paesi (Gran Bretagna, Brasile e Sud Africa).

Recentemente, è stato avviato un *trial* di fase 1/2 in Kenya, ma non è stato incluso in questo lavoro. I contenuti dell'articolo vengono sintetizzati di seguito.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo principale dei *trials* è

stato quello di valutare l'efficacia del vaccino contro il COVID-19 ChAdOx1 nCoV-19.

Outcome primario è stato, quindi, l'efficacia verso le forme sintomatiche di COVID-19 valutate con tampone positivo ed almeno uno dei sintomi qualificanti (febbre $\geq 37,8$ °C, tosse, distress respiratorio, anosmia o ageusia). *Outcome* secondari sono stati tutti gli eventi avversi gravi registrati, riesaminati ad ogni visita e codificati clinicamente secondo il *Medical Dictionary for Regulatory Activities*.

METODI

Di seguito sono riportate le principali caratteristiche metodologiche dei 4 studi:

- COV001: studio di fase 1/2 in singolo cieco, in atto nel Regno Unito. Questo *trial* è iniziato il 23

aprile 2020 ed ha arruolato 1077 volontari sani, di età compresa tra 18 e 55 anni. I partecipanti sono stati arruolati dopo aver escluso condizioni patologiche preesistenti e sono stati randomizzati per essere assegnati ad un gruppo che doveva ricevere il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 a una dose di 5×10^1 particelle virali (dose standard), ed a un gruppo di controllo che doveva ricevere il vaccino coniugato meningococcico di gruppo A, C, W e Y (MenACWY).

Originariamente, questo *trial* era stato strutturato come studio a dose singola e 88 partecipanti nella fase 1 dello studio hanno ricevuto una singola dose.

A seguito di un emendamento al protocollo del 30 luglio 2020, è stato modificato in un regime a due dosi.

- COV002: studio di fase 2/3 in singolo cieco, iniziato nel maggio 2020 nel Regno Unito.

Questo *trial* ha arruolato prevalentemente operatori sanitari e socioassistenziali, a più alto rischio di contrarre l'infezione, in 19 siti in Inghilterra, Galles e Scozia.

Sono stati identificati 2 gruppi di trattamento: i partecipanti a un gruppo hanno ricevuto una dose bassa del vaccino ($2,2 \times 10^1$ particelle virali) alla prima somministrazione e una dose standard al richiamo, a causa di un differente metodo usato per la valutazione della concentrazione; i soggetti appartenenti all'altro gruppo hanno ricevuto alla prima e seconda somministrazione dosaggi standard di vaccino. Al gruppo di controllo è stato somministrato il vaccino MenACWY.

- COV003 studio di fase 3 in singolo cieco, condotto in Brasile ed iniziato a giugno 2020.

I partecipanti over 18 sono stati selezionati dopo uno *screening*

sullo stato di salute tra i soggetti a più alto rischio di esposizione al virus, compresi gli operatori sanitari, in sei siti in tutto lo Stato.

A tutti i partecipanti sono state offerte due dosi del vaccino alla dose di $3,5-6,5 \times 10^1$ particelle virali, con seconda somministrazione fino a 12 settimane di distanza (era 4 settimane). Al gruppo di controllo è stata somministrato il vaccino MenACWY alla prima dose e un preparato di soluzione fisiologica alla seconda dose.

- COV005 studio di fase 1/2 in doppio cieco, iniziato in Sud Africa a giugno 2020 su soggetti sani di età compresa tra 18 e 65 anni, HIV negativi. È stato arruolato anche un altro gruppo di pazienti HIV positivi, ma i dati di questa coorte non sono stati inclusi in questo articolo. A tutti i partecipanti sono state offerte due dosi del vaccino di $3,5-6,5 \times 10^1$ particelle virali, con dosi somministrate a distanza di 4 settimane. Un piccolo sottogruppo di 44 partecipanti ha ricevuto un vaccino a metà dose (21 soggetti come prima dose e 23 come seconda) prima dell'adozione di nuovi metodi per la determinazione della concentrazione. L'aggiustamento della dose è stato discusso e approvato a livello nazionale. Al gruppo di controllo è stata somministrata soluzione fisiologica.

Nei *trials* COV001, COV002 e COV003, gli elenchi di randomizzazione sono stati preparati dai referenti statistici di ciascun gruppo utilizzando la randomizzazione a blocchi, stratificati per sito di studio e gruppo di studio. Nello studio COV005, l'elenco di randomizzazione è stato gestito dal referente farmacista che si è occupato della preparazione e somministrazione dei vaccini.

Il resto del personale coinvolto nel *trial*, nonché i soggetti destina-

ri, non erano a conoscenza della randomizzazione.

La valutazione dei soggetti è stata basata sul rispetto dei criteri di inclusione ed esclusione, sull'anamnesi medica, sulla misurazione dei segni vitali, sull'esame clinico e i risultati dell'esame sierologico per SARS-CoV-2.

In caso di riscontro di sintomatologia suggestiva di infezione da SARS-CoV-2, i soggetti hanno ricevuto una valutazione clinica e sottoposti a tampone ad amplificazione degli acidi nucleici, nonché ad un prelievo ematico per la valutazione della sicurezza e dell'immunogenicità.

Nel Regno Unito e in Brasile, l'elenco dei sintomi necessari per essere sottoposti a tampone includeva uno dei seguenti: febbre $>37,8$ ° C, tosse, distress respiratorio, anosmia o ageusia.

In Sud Africa, l'elenco dei sintomi qualificanti per il tampone era più ampio e comprendeva: mialgia, brividi, faringodinia, cefalea, congestione nasale, diarrea, rinorrea, affaticamento, nausea, vomito e perdita di appetito.

Per testare le infezioni asintomatiche, a partire da una settimana dopo l'esecuzione del vaccino, ai partecipanti del *trial* COV002 è stato chiesto di effettuare su se stessi un tampone rinofaringeo settimanalmente utilizzando dei kit appositi.

Il *trial* brasiliano COV003 non ha previsto di rilevare sistematicamente le infezioni asintomatiche. Nello studio sudafricano COV005, le infezioni asintomatiche sono state rilevate da tamponi ottenuti durante le visite mediche di controllo, ma i dati non sono stati considerati in questo articolo per l'esiguità dei riferimenti temporali in cui sono stati raccolti.

Tutti i casi di positività COVID-19 sono stati valutati in maniera in-

dipendente da due membri del team che hanno esaminato i dati clinici, tra cui: anamnesi, sintomi, eventi avversi e risultati del tampone, ed hanno assegnato punteggi di gravità in base alla scala di progressione clinica dell'OMS. L'efficacia del vaccino è stata calcolata come rischio relativo aggiustato, calcolato usando un modello di regressione Poisson con un robusto estimatore della varianza.

RISULTATI

Nel periodo compreso tra il 23 aprile e il 4 novembre 2020, sono stati arruolati e vaccinati 23.848 soggetti e 11.636 soggetti (COV002=7548 nel Regno Unito, e COV003=4088 in Brasile) sono stati inclusi nell'analisi di efficacia primaria *ad interim*.

Nei partecipanti, principalmente di età compresa tra 18 e 55 anni, che avevano ricevuto due dosi standard, l'efficacia del vaccino anti COVID-19 è stata del 62,1% (95% CI 41,0-75,7), cioè 27 casi su 4440 soggetti [0,6%]; nel gruppo sperimentale sono risultati sintomatici al COVID-19 rispetto a 71 casi su 4455 [1,6%] nel gruppo di controllo; nei partecipanti che hanno ricevuto una bassa

dose seguita da una dose standard, l'efficacia è stata del 90,0% (95% CI 67,4-97,0) cioè 3 casi su 1367 (0,2%) vs 30 casi su 1374 soggetti (2,2%) ($p = 0,010$).

Nei due gruppi, l'efficacia complessiva del vaccino anti COVID-19 è stata del 70,4% (95,8% CI 54,8-80,6), cioè 30 casi su 5807 [0,5%] vs 101 casi su 5829 (1,7%) soggetti.

A partire dal ventunesimo giorno dopo la prima dose, ci sono stati dieci casi di soggetti ospedalizzati per COVID-19, tutti nel braccio di controllo e due pazienti sono stati classificati come forma grave di COVID-19, incluso un decesso.

Si sono verificati 175 eventi avversi gravi in 168 soggetti: 84 eventi nel gruppo che aveva ricevuto il vaccino anti COVID-19 e 91 nel gruppo di controllo.

Tre eventi sono stati classificati come possibilmente correlati ai vaccini: due nel gruppo ChAdOx1 nCoV-19 (mielite e febbre $\geq 40^\circ\text{C}$) e uno nel gruppo di controllo (anemia emolitica).

In questa analisi *ad interim* di studi clinici in corso, il profilo di sicurezza del vaccino ChAdOx1 nCoV-19 è risultato accettabile ed è stato trovato efficace contro le forme COVID-19 sintomatiche.

CONCLUSIONI

In sintesi, i primi dati sulla sicurezza ed efficacia del vaccino contro il COVID-19 a vettore virale ChAdOx1 nCoV-19, raccolti in quattro studi ancora in corso in tre Continenti, mostrano un'efficacia del vaccino del 70,4% dopo due dosi e una protezione del 64,1% dopo almeno una dose standard contro la malattia sintomatica, senza problemi di sicurezza, in adulti di età compresa tra 18-55 anni.

Gli studi stanno proseguendo reclutando soggetti più anziani e con patologie croniche.

L'efficacia del 90,0% osservata in coloro che hanno ricevuto una dose bassa alla prima somministrazione è stata sorprendentemente alta rispetto agli altri risultati dello studio ed è oggetto di studio. Di fatto, l'uso di una dose minore per la prima dose potrebbe permettere di fornire una quantità maggiore di vaccino da distribuire in questo momento di disponibilità limitata.

Oltre all'efficacia nella prevenzione delle forme sintomatiche di COVID-19, il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 ha il vantaggio di poter essere conservato a una temperatura di $2-8^\circ\text{C}$, semplificando la gestione della sua distribuzione. In questa analisi *ad interim* non è possibile valutare la durata della protezione, poiché i primi studi sono stati avviati nell'aprile 2020. Pertanto, sono necessari ulteriori test per determinare la durata della protezione e la necessità di dosi di richiamo aggiuntive del vaccino. Nelle analisi future, con i dati aggiuntivi inclusi man mano che verranno prodotti, verranno studiate le differenze nei sottogruppi-chiave come le coorti con età più avanzate, l'etnia, il regime di dosaggio e la tempistica dei vaccini di richiamo.



Valutazione dell'attività di *Case Manager* negli anni 2017-2019 presso un DSM di Roma

Teresa De Paola, Responsabile Funzione Organizzativa Processi assistenziali infermieristici del DSM-ASL Roma 1

Flavia Lombardi, Dirigente Psicologo-UOSD Governo Clinico-ASL Roma 1

Giuseppe Ducci, Direttore Dipartimento di Salute Mentale-ASL Roma 1

RIASSUNTO

Il ruolo dell'Infermiere *Case Manager* (ICM) è quello di integrare, coordinare e ottimizzare le risorse più appropriate per la gestione del paziente grave e complesso.

Lo scopo è quello di omogeneizzare interventi assistenziali infermieristici tra personale proveniente da ASL differenti e la metodologia di intervento che permette l'individuazione di adeguati percorsi di cura per l'utenza trattata dal DSM, la presa in carico globale.

La continuità terapeutica è rappresentata dal lavoro in équipe multiprofessionale e, in particolare, tale modalità diventa essenziale nella gestione delle situazioni gravi e complesse, dov'è opportuno individuare un operatore "*Case Manager*" (CM).

Al fine di affiancare all'attività di ICM un lavoro di osservazione e valutazione dell'utenza inserita e dei processi di cambiamento, è stata effettuata una misura di tali processi e dei loro esiti attraverso una scala di valutazione standardizzata: la Scala HoNOS.

In questo lavoro vengono analizzate le schede HoNOS utilizzate dagli infermieri nel DSM ASL Roma 1 per valutare le attività di CM svolte dal 2017 al 2019. Le osservazioni HoNOS permettono la valutazione, nel tempo, delle singole situazioni degli utenti, mentre i dati aggregati consentono una valutazione complessiva dell'andamento del lavoro di ICM. Questi hanno confermato che **nell'intervento di CM rientrano pazienti molto differenziati sia per età che per gravità, ma sicuramente più gravi dell'utenza media di un DSM.**

L'osservazione nel tempo non ha evidenziato un cambiamento significativo nel punteggio globale dell'intero gruppo, ma cambiamenti nelle singole aree.

L'osservazione standardizzata, a intervalli regolari, ha inoltre permesso di costringere all'osservazione dei singoli utenti, indagando aree problematiche talvolta nell'ombra.

Parole-chiave: Salute Mentale, Professionisti Sanitari, Competen-

ze, Equipe Multiprofessionale, Infermiere *Case Manager*.

INTRODUZIONE

Come indicato dalle raccomandazioni contenute nel Piano nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 24 gennaio 2013, è necessario stabilire un: "*percorso di trattamento integrato per gli utenti gravi che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e intervento di diversi profili professionali. Il percorso clinico di 'presa in carico' prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale (PTI) per il singolo utente e - a seconda dei bisogni individuati - richiede l'identificazione del 'case manager' e la ricerca e il recupero del rapporto con gli utenti 'persi di vista', oltre a una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli Enti locali e con la scuola*".

La metodologia di intervento più adatta che consente di raggiungere tali obiettivi è rappresentata dal lavoro in équipe multiprofessionale e, in particolare, tale modalità risulta essere necessaria nella gestione delle situazioni complesse, dove è opportuno individuare un operatore "Case Manager".

Nel 2005, la **Case Management Society of America** ha fornito questa definizione del *Case Management*: "È un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo-efficacia". (Biavati C., 2012).

Il Case Management comprende e perfeziona tra loro gli interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia,

di trattamenti diagnostici terapeutici, di riabilitazione e di assistenza a lungo termine (Carpenito-Moyet L. J., 2011).

Il ruolo del CM è quello di integrare i sistemi clinici per ottenere i migliori risultati attraverso l'utilizzo coordinato delle risorse cliniche più appropriate al singolo paziente (Chiari P., Santullo A., 2010).

Il CM, letteralmente, è: "il *coordinatore/gestore del caso clinico*", è colui che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e del suo nucleo di appartenenza, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso (Collegio IPASVI La Spezia, 2007).

Il CM non rappresenta una specifica professione sanitaria, ma una pratica avanzata all'interno di varie professioni sanitarie e sociali, tra cui l'Infermieristica.

La figura del CM ha lo scopo primario di soddisfare le esigenze psico-sociali della persona tramite la conduzione dell'intero percorso di cura e il coordinamento della vasta gamma di servizi socio-assistenziali, mantenendo un rapporto costo-qualità richiesto dal Sistema sanitario, programmando, quindi, interventi incentrati sulla persona in chiave olistica (Cassis I., 2006).

Pertanto, si ritiene che il ruolo di *Case Manager* possa essere svolto dall'infermiere in modo più efficace rispetto ad altri sanitari perché la sua formazione generalista gli conferisce la capacità di valutare e soddisfare i bisogni assistenziali del paziente (Santullo A., 2004).

L'infermiere rappresenta la figura preparata a comprendere il quadro totale dell'assistenza, i problemi attuali e quelli potenziali dell'utente e, nella gestione dei casi, è in grado di svolgere un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'attività assistenziale.

PREMESSA

L'obiettivo prioritario del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è quello di tutelare l'utente in carico attraverso l'individuazione di percorsi di cura che tengano presenti sia gli aspetti funzionali che sociali, con modalità quanto più multidimensionali. In una relazione di cura, infatti, queste modalità dovrebbero consentire una "presa in carico" tale da portare la definizione di Progetto Terapeutico Individuale (PTI) il più possibile aderente ai bisogni dell'utente.

L'inserimento della figura dell'ICM nei servizi di salute mentale ha lo scopo di ottenere e mantenere livelli di alta e efficiente collaborazione tra gli operatori dell'équipe multiprofessionale della quale è parte integrante.

Il ruolo dell'ICM è quello di integrare, coordinare e ottimizzare le risorse più appropriate per la gestione del paziente grave complesso. Lo scopo è quello di omogeneizzare interventi assistenziali infermieristici tra personale proveniente da ASL differenti e caratterizzare le attività cliniche che producono risultati di qualità in modo da poter ottimizzare l'uso di procedure e percorsi mirati.

L'obiettivo è quello di concentrarsi su interventi e processi di cura che generano risultati specifici per ogni singolo utente, con miglioramenti attesi come: una maggiore appropriatezza di prestazioni erogate, maggiore efficacia degli interventi rispetto alle condizioni dei pazienti, maggiore equità nelle risposte. La metodologia di intervento che consente di raggiungere obiettivi (quali l'individuazione di adeguati percorsi di cura per l'utenza trattata dal DSM, la presa in carico globale e la continuità terapeutica) è rappresentata dal lavoro in équipe multiprofessionale e, in particolare, tale modalità risulta necessaria



Servizio	N. Utenti	Servizio	N. Utenti
CSM Palestro	33	CSM Gasparri	11
CSM Balbina	34	CSM Ventura	7
CSM Sabrata	54	CSM A. di Giorgio	46
CSM Boemondo	35	SRSR Quarrata 7	11
CSM Tomatico	67	SRSR Quarrata 15	6
CSM Lablache	58	CD Boemondo	9
PIPSM Sabrata	23	CD Lablache	6
PIPSM Plinio	25	SRTR Piatti	10
CSM Plinio	27	SRTR Sabrata	10
CSM Boccea	16	SRTR Marcigliana	12
CSM Innocenzo IV	11	SRTR Ripa Grande	7
		Totale	518

Tabella 1

nella gestione delle situazioni gravi e complesse, dov'è opportuno individuare un operatore "Case Manager".

Al fine di affiancare all'attività di ICM un lavoro di osservazione e valutazione dell'utenza inserita e dei processi di cambiamento, è stata effettuata una misura di tali processi e dei loro esiti attraverso una scala di valutazione standardizzata.

MATERIALI E METODI

In questo lavoro vengono analizzate le schede HoNOS utilizzate dagli infermieri nel DSM ASL Roma1 per valutare le attività di *Case Management* (CM) svolte nel periodo 2017-2019.

In una prima fase, per poter utilizzare la modalità assistenziale del CM e lo strumento di valutazione, sono stati effettuati incontri di formazione con i coordinatori e il personale infermieristico per la formazione, la conoscenza e l'addestramento al CM e all'uso della Scala HoNOS.

Le valutazioni HoNOS sono state effettuate a Tempo 0 (T0), cioè alla presa in carico dell'utente, poi a cadenza semestrale (T6, T12, ...

TI...) e, comunque, alla fine del periodo di inserimento nel progetto di CM.

I dati HoNOS, raccolti nelle singole strutture, sono stati inseriti in un programma informatizzato, organizzato e gestito, presso la Direzione del DSM, dalla Funzione Organizzativa responsabile dei processi assistenziali infermieristici nel DSM.

In questa sede, per migliorare la qualità dei dati raccolti, sono state rivalutate le schede dubbie.

Si è, quindi, entrati in possesso di un materiale ricco e qualitativamente valido che permette una valutazione del lavoro svolto con un gruppo di pazienti gravi e complessi, per i quali si è ritenuto opportuno e necessario l'individuazione e l'intervento di un ICM.

Le osservazioni HoNOS permettono la valutazione, nel tempo, delle singole situazioni, mentre i dati aggregati consentono una valutazione complessiva dell'andamento del lavoro di ICM verso gli utenti.

Nel presente lavoro vengono descritte:

- la tipologia dell'utenza trattata
- le problematiche presentate
- i cambiamenti avvenuti nel corso dell'attività.

Inoltre, viene effettuata una valutazione longitudinale del gruppo di utenti in carico da più anni.

La **Scala HoNOS (Health of Nation Outcome Scale)** è stata scelta come strumento di raccolta delle informazioni perché è uno strumento di rapida somministrazione, ideato per valutare in modo multidimensionale la risposta ai trattamenti ed agli interventi assistenziali dei pazienti con disturbi mentali. Si tratta di una scala composta da 12 *items* che analizzano i problemi dell'utente in diverse aree: problemi comportamentali, deficit e disabilità, psicopatologia e problemi relazionali e sociali.

Ciascun *item* della scala ha un punteggio con un *range* da 0 ("nessun problema") a 4 ("problemi gravi o molto gravi").

Pertanto, la scala permette una valutazione di gravità sulle singole aree e il punteggio totale può essere utilizzato come indicatore della gravità della situazione del paziente nella sua globalità.

Per una migliore lettura della Scala HoNOS, nello studio presentato, i 12 *items* che la compongono sono stati raggruppati in quattro aree:

1. problemi comportamentali (*items* 1, 2, 3);

	Femmine	Maschi	Totale
Numero utenti	253	265	518
%	48,8%	51,2%	100%
Età media	45,7	41,2	43,4
Range	14-86	17-86	14-86

Tabella 2

2. disabilità (*items* 4, 5);
3. sintomi (*items* 6, 7, 8);
4. problemi relazionali ed ambientali (*items* 9, 10, 11, 12).

Campione e Servizi coinvolti

Quasi tutti i Servizi del DSM (22) sono stati coinvolti nel lavoro di *Case Management* Infermieristico (CMI). Nei 3 anni oggetto di valutazione, i servizi che hanno partecipato al lavoro di ricerca, con i relativi utenti trattati (518) sono rappresentati nella Tabella 1.

Utenti inseriti nelle attività di ICM

Fra il 2017 e il 2019, sono stati inseriti nel progetto di *Case Management* 518 pazienti.

Alcuni utenti sono rimasti inseriti nel progetto per tutti e 3 gli anni; altri sono cambiati nel tempo, in quanto risultavano aver raggiunto gli obiettivi previsti nel PTI.

Obiettivo del CM, come già detto, è quello di accompagnare l'utente nel percorso di cura attraverso una buona relazione; integrare i servizi coinvolti per superare la frammentarietà delle cure e porta-

re ad una coerenza degli interventi ed a una migliore organizzazione del lavoro; coordinare la micro-équipe per evitare sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati. In quanto referente del percorso di cura, il CM è garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate, quindi monitorizza e valuta il o PTI (Favero E., Moriconi I., 2013). Nel corso degli anni, gli utenti coinvolti nel progetto sono cambiati: alcuni sono entrati ed altri hanno terminato il loro percorso, per raggiunti obiettivi previsti nel PTI. Anche tra gli utenti cosiddetti "nuovi" del 2017, però, in realtà, alcuni provenivano da un precedente percorso di ICM effettuato nell'antecedente organizzazione Aziendale. In generale, il numero di utenti è aumentato, passando dai 191 del 2017 ai 363 del 2019.

In totale, i 518 pazienti inseriti nel corso degli anni hanno un'età media (calcolata alla prima osservazione HoNOS) di 43,4 anni e un'altissima variabilità (dai 14 agli 86

Anni	n. HoNOS
2017	367
2018	417
2019	815
Totale	1599

Tabella 3

anni). Le femmine sono 253, con un'età media di 45,7 anni, mentre i maschi sono 265, con un'età media di 41,2 anni. (Tabella 2)

Le femmine inserite nel progetto di ICM hanno una età significativamente più alta dei maschi e sono più numerose, specie nel gruppo di utenti con età compresa tra i 55 e i 64 anni (sono, invece, meno numerose nella fascia di età fino ai 34 anni).

Nel Grafico 1 è rappresentata la numerosità degli utenti divisi per sesso.

I dati raccolti

Osservazioni HoNOS

La valutazione HoNOS viene effettuata a cadenza semestrale.

Nei 3 anni considerati (2017-2019) sono state raccolte, complessivamente, 1599 osservazioni, divise negli anni e illustrate nella tabella 3.

RISULTATI

I pazienti inseriti

Sono stati utilizzati i punteggi della HoNOS alla prima osservazione (T0), come indicatori della gravità delle situazioni inserite nel lavoro di CM. Il gruppo degli utenti ha un punteggio medio di 14,3.

Dal Grafico 2 si può osservare una variabilità molto alta nei punteggi e una forte presenza di utenti con punteggi di gravità molto alti (*range* 2-37; DS 6,6).

Nell'analisi statistica non sono state riscontrate differenze significative tra maschi e femmine nei punteggi totali di gravità HoNOS.

Nel 2000, nella Regione Lombardia, sono state rilevati i punteg-

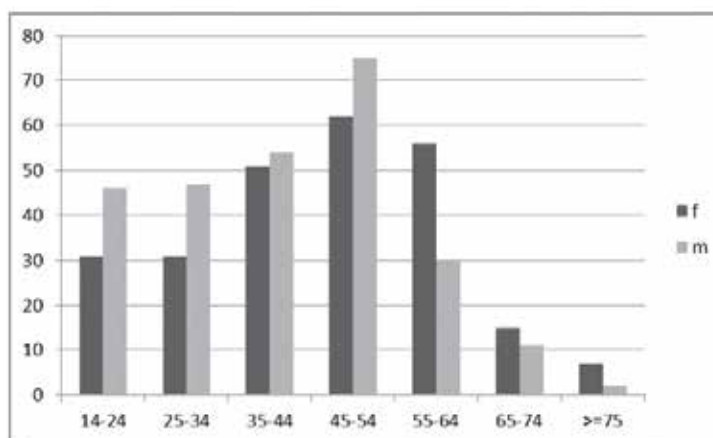


Grafico 1

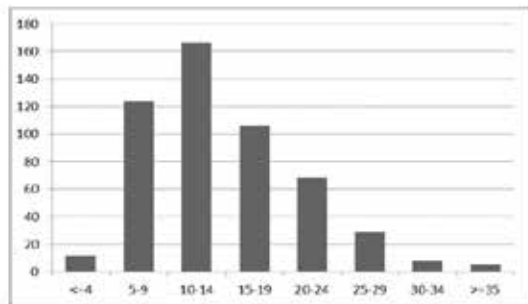


Grafico 2

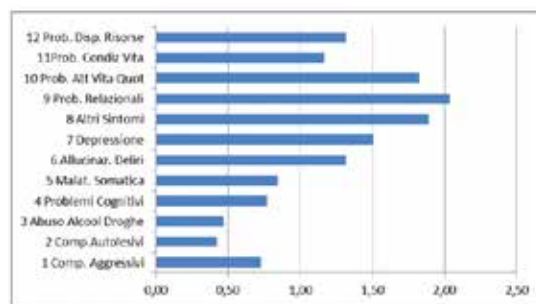


Grafico 3

gi HoNOS per tutta l'utenza del DSM trattata nel corso dell'anno (16.738 schede).

I dati raccolti sono utilizzati in letteratura come standard di riferimento per l'utenza di DSM. Tale confronto evidenzia una differenza statisticamente significativa tra il nostro campione trattato in *Case Management* e la totalità dei pazienti trattati nei DSM Lombardi.

Il punteggio medio alla HoNOS del nostro gruppo, infatti, è 14,8 (DS 6,6) rispetto agli 8,6 (DS 5,5) della Regione Lombardia.

Quindi, l'utenza inserita nei progetti di ICM, come atteso, è mediamente più grave e con bisogni di intervento più complessi rispetto al totale dell'utenza di un DSM.

Da un'analisi dei punteggi medi alla HoNOS, nelle singole aree all'inizio del lavoro, si evidenzia la presenza di difficoltà più gravi nelle aree dei "problemi relazionali e sociali" (scala 9), con una compromissione importante anche nell'area delle "attività della vita quotidiana e della cura di sé" (scala 10).

(Grafico 3)

È scarsa la presenza di "problemi comportamentali"; sono invece presenti "problemi sintomatologici gravi non psicotici" (scala 8) anche di "tipo depressivo" (scala 7) oltre a sintomi "nell'area di allucinazioni e deliri" (scala 6).

I pazienti inseriti nelle attività di *Case Management* sono quindi quelli che evidenziano, oltre ad una grave sintomatologia, problematiche che rientrano nell'area delle abilità relazionali e sociali per le quali è necessario un supporto anche per la gestione delle abilità di base.

Da un confronto dei punteggi ottenuti alla HoNOS tra maschi e femmine, si sono evidenziate differenze statisticamente significative nelle aree della "depressione" e dei "comportamenti autolesivi", problemi più presenti nelle femmine, mentre i "problemi legati all'abuso di alcool o droghe" sono più presenti nei maschi.

Le differenze nelle altre aree non sono statisticamente significative.

Questi dati possono essere anche visti in relazione alle differenze delle età riscontrate nel gruppo di utenti. (Grafico 4)

Andamento negli anni

Come già visto, l'attività di ICM, per una parte dei pazienti, prosegue da due anni.

Alcuni di loro, probabilmente, sono utenti con trattamenti attivi già da lungo tempo. Si tratta di un gruppo di 105 persone, con una prevalenza di femmine (54,8%) ed un'età media più alta dell'intero gruppo (45,8 anni vs 43,7).

Nel grafico 5 sono riportati in scuro i dati delle classi di età del sottogruppo dei "lungo assistiti". Gli utenti presi in considerazione sono sovrapponibili, per gravità, all'intero gruppo degli utenti trattati in CM. Infatti, hanno un punteggio alla HoNOS (media 14,6) che non differisce da quello di tutto il gruppo degli utenti (utenti 518; media 14,8).

L'unica differenza significativa riscontrata è quella rispetto alla pre-

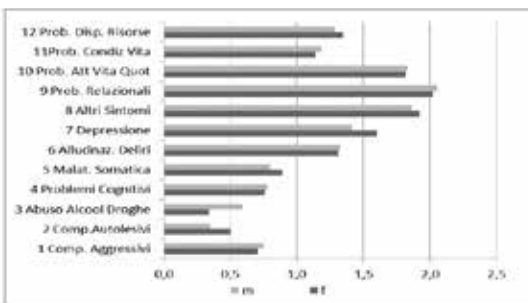


Grafico 4

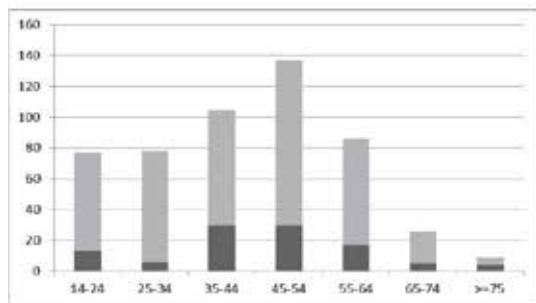


Grafico 5

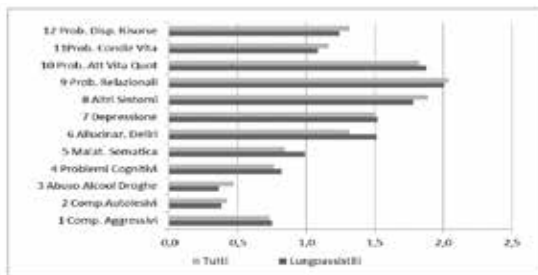


Grafico 6

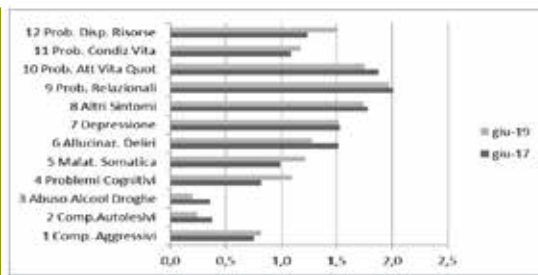


Grafico 7

senza di problemi legati a malattie fisiche.

Il Grafico 6 evidenzia la situazione del gruppo dei 105 pazienti rispetto al gruppo totale.

A distanza di due anni, il punteggio totale alla HoNOS non cambia (14,3 vs 14,5). Si può osservare però un cambiamento nei punteggi delle singole aree.

In generale, alcuni problemi (la disponibilità delle risorse per attività lavorative e ricreative, i problemi cognitivi e i problemi legati a malattie somatiche) aumentano di intensità, mentre altri (abuso di alcool o droghe, comportamenti autolesivi e problemi legati ad allucinazioni e deliri) sono in riduzione. Nel grafico 7 sono riportati i punteggi medi dell'osservazione del giugno 2017 e giugno 2019.

È importante sottolineare che, osservando le singole storie cliniche, si rileva un'ampia variabilità all'interno di questo gruppo di utenti.

DISCUSSIONE

Il modello organizzativo del *Case Management* rappresenta un importante passo avanti per il coordinamento dell'assistenza infermieristica a favore di un'utenza grave e complessa in quanto assicura una gestione più efficace e più efficiente. Il controllo dell'appropriatezza dei ricoveri, della loro durata, delle prestazioni effettuate, dei costi correlati (Chiari P., Santullo A., 2003) è divenuto elemento cruciale per il bilancio delle ASL, influenzando notevolmente e favorendo,

quindi, l'introduzione delle figure di CM. Il lavoro di *Case Management*, nel DSM, ha subito un forte incremento negli anni, passando dai circa tre casi presi in carico da ogni infermiere all'inizio di tale progetto fino ad arrivare all'affidamento di 10 casi ciascuno nel 2019.

CONCLUSIONI

Dai dati è stato confermato che, nell'intervento di CM, rientrano pazienti molto differenti, sia per età che per gravità, ma sicuramente più gravi dell'utenza media di un DSM. Inoltre, è stata rilevata un'alta complessità dell'utenza con problematiche che coinvolgono tutte le aree analizzate dalla HoNOS.

L'osservazione nel tempo non ha evidenziato un cambiamento significativo nel punteggio globale dell'intero gruppo, ma cambiamenti nelle singole aree.

L'osservazione standardizzata a intervalli regolari, inoltre, ha permesso di stringere l'osservazione dei singoli utenti, indagando aree problematiche talvolta nell'ombra. La presa in carico dell'utenza come ICM ha avuto il grande pregio di permettere un'osservazione standardizzata dei pazienti più gravi del DSM, con osservazioni ripetute nel tempo.

A tale scopo, è stato fondamentale il contributo degli ICM delle strutture territoriali che hanno effettuato un lavoro puntuale di osservazioni a cadenza programmata (T0, T6, T12, ... TI...). È utile sottolineare l'importanza dell'utilizzo di queste

osservazioni non solo per un'analisi dell'intera attività di *Case Management* e quindi dell'équipe multidisciplinare che segue l'utente, ma soprattutto per la riflessione sulle singole storie cliniche, la valutazione dei percorsi di cura effettuati e la revisione dei singoli PTI.

Dal momento dell'accertamento iniziale, l'ICM ha il compito di comprendere i bisogni del paziente e fare in modo che trovino risposta nel sistema di assistenza (Moriconi I. et al., 2016).

L'ICM, integrandosi nell'équipe multidisciplinare (medico di medicina generale, psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, tecnico della riabilitazione, OSS, ecc.), garantisce l'accompagnamento del paziente lungo tutto il percorso (territorio-ospedale), collabora in merito alle decisioni da assumere, tutela la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel percorso di cura (Costa A. et al., 2014).

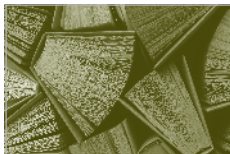
Per assicurare al paziente i servizi adatti, l'ICM deve avere una piena conoscenza della rete di strutture e di servizi disponibile.

È evidente come la formazione sia un bisogno essenziale per questo tipo di professionista, fondamentale per garantire la continuità del percorso assistenziale, punto di riferimento nella risoluzione delle criticità e nell'organizzazione del percorso di cura, adattato al singolo utente e contesto familiare e sociale.

Obiettivo della formazione continua

è accrescere le competenze dei *Case Manager* chiamati a eseguire l'analisi multidimensionale dei bisogni degli utenti e delle famiglie più problematiche e complesse attraverso la valutazione e la progettazione personalizzata di ogni singolo intervento.

Questi può funzionare solo se viene adeguatamente sostenuto a livello istituzionale e strategico, e riconosciuto da parte del SSN e aziendale, ricevendo il massimo consenso rispetto alla sua professionalità e ai suoi compiti.



Bibliografia

- Arrighi E et al (2002), Pattern di Trattamento e costi nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia (Progetto di ricerca HoNOS 2) – Monograph Supplement 5 Epidemiologia e Psichiatria Sociale. Milano: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bebbington P, Brughla T, Hill T et al (1999), Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *Br J Psychiatry*, 174, 389–394.
- Biavati A (2012), Standards per la pratica del Case Management. *AICM Journal*, 1(1), 4-16.
- Carpenito-Moyet Lynda J (2011), Piani di assistenza e documentazione. Milano: Ed. Ambrosiana.
- Cassis I (2006), L'infermiere case manager in Psichiatria. *L'infermiere*, 7, 21-25.
- Chiari P, Santullo A (2003), Infermiere case manager. Milano: McGraw-Hill.
- Chiari P, Santullo A (2010), L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi. Milano: McGraw-Hill Education.
- Collegio IPASVI La Spezia (2007), I nuovi modelli organizzativi. Le sfide per il futuro. *Il Case Management*. La Spezia (internet) consultato 30 agosto 2020, disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/newsletter/news_007_case_management.pdf.
- Collegio IPASVI La Spezia (2007), L'infermiere case manager nell'ADI al malato psichico. La Spezia (internet) consultato 30 agosto 2020, disponibile all'indirizzo: http://www.ipasvi.laspezia.net/images/ipafile/contributi/cont_014_infermiere_case_manager_nell_adi_al_malato_psichico.pdf.
- Costa A, De Paola T, Moriconi I (2014), Il progetto infermiere case manager nel dipartimento di salute mentale della ASL Roma/A. *L'infermiere Oggi*, 3, 29-34.
- D'Andreamatteo A et al (2010), La mappatura delle competenze nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'Asl di Pescara. *Management ed economia sanitaria*, 76, 109-136.
- Favero E, Moriconi I (2013), L'intervento dell'infermiere case manager sul paziente psichiatrico. *Infermiere oggi*, 23(1), 3-8.
- Levati W, Sarao' M (2001), Psicologia e sviluppo delle risorse umane nelle organizzazioni. Milano: Franco Angeli.
- Ministero della Salute (2013), Piano di azioni nazionale per la salute mentale. (internet) Consultato 30 agosto 2020, disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1905_allegato.pdf.
- Moriconi I, Gavini G (2015), L'infermiere case manager in Psichiatria. Job description del gestore e facilitatore del caso. *Infermiere Oggi*, 2, 3-7.
- Moriconi I, De Paola T, Rocco G et al (2016), Infermiere case manager in salute mentale: benefici per i pazienti misurati attraverso la scala HoNOS. *L'infermiere*, 2, 17-25.
- Pascarella R et al (2016), Competenze del Case/Care Manager nel trattamento dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Università degli Studi di Parma, Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma.
- Santullo A (2004), L'infermiere e le innovazioni in sanità. Nuove tendenze e strumenti gestionali. Il ed. Milano: McGraw-Hill.



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Sul Journal of Orthopaedic Nursing esiti studio CECRI dedicato a *self-care* e qualità di vita in donne in menopausa con osteoporosi

Uno studio multicentrico quasi-sperimentale, parte del progetto triennale del CECRI (2018-2020), dal titolo: "Validazione di nuovi strumenti per misurare il *self-care* e la qualità di vita nelle donne in post menopausa con osteoporosi", è stato pubblicato sul Journal of Orthopaedic Nursing, una prestigiosa rivista internazionale. All'indirizzo <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33492909/>, l'*abstract* dell'articolo.

L'osteoporosi è una patologia molto diffusa e colpisce prevalentemente le donne in post menopausa. La maggior causa di disabilità della patologia è data dalle fratture da fragilità, che incidono negativamente anche sui costi sociali e sanitari.

L'educazione terapeutica è fondamentale, dunque, perché consente alle donne a rischio - o affette - da osteoporosi di ridurre il rischio di sviluppare delle complicanze. Pertanto, nel percorso diagnostico-terapeutico, è necessario integrare pratiche assistenziali ed educative.

L'infermiere è una figura professionale chiave che, attraverso interventi educativi promuove la riduzione dei fattori di rischio, l'adozione di un corretto stile di vita, l'autogestione della terapia farmacologica e il miglioramento della qualità di vita. Affinché la donna sia motivata al cambiamento degli atteggiamenti scorretti, è necessario che l'intervento educativo mirato sia continuo nel tempo, attraverso attività di *counselling* e *follow-up*.

Tale progetto ha, quindi, avuto un duplice scopo: come prevenzione primaria, formare gli infermieri per effettuare interventi educativi mirati nelle donne in post menopausa a rischio di sviluppare l'osteoporosi e, come prevenzione secondaria, nelle donne in post-menopausa già affette da tale patologia, far assumere comportamenti corretti di *self-care* e migliorarne la qualità della vita.



Sul JAN la ricerca CECRI sull'immagine dell'infermiera nel periodo fascista

Pubblicata sul Journal of Advanced Nursing (JAN) la ricerca originale "*The nurse in the mirror: Image of the female nurse during the Italian fascist period*".

Si tratta del progetto del CECRI 2.19.13 "Donna e professione infermieristica: immagine dell'infermiera nel periodo fascista dal '35 al '43. Comparazione tra stereotipi femminili del regime e la figura dell'infermiera", che ha avuto come obiettivo precipuo quello di descrivere l'immagine dell'infermiera diplomata, quale donna, nel periodo dal 1935 al 1943, anni in cui venne pubblicata la rivista "L'infermiera italiana" e dove la propaganda fascista ebbe un ruolo importante nell'influenzare l'immagine della professione infermieristica.

Il team del CECRI di OPI Roma, condotto da Loredana Piervisani, ha realizzato un'analisi quali-quantitativa su 112 articoli da cui è emersa la graduale "elevazione" del grado di istruzione dell'infermiera. L'analisi mostra, così, anche la nascita di una nuova immagine professionale: diversamente, dal passato, infatti, la "nuova" infermiera ha, via via, assunto il profilo di una donna di alto livello, dall'alto valore morale e con ideali religiosi.

Questo studio mostra un insieme articolato, congruente e coeso di dimensioni attraverso cui rivedere la Storia e comprenderne le dinamiche che hanno "strutturato", nel tempo, l'immagine professionale dell'infermiera/e.

Grazie ad esso si possono comprendere meglio le dinamiche alla base dello sviluppo dell'identità professionale che aiuteranno a guidare le azioni nel presente e in futuro, specie riguardo agli stereotipi di genere e sui loro effetti negativi sulla sicurezza e qualità dell'assistenza infermieristica.



Caratteristiche diagnostiche pazienti Sars COVID-2: studio pubblicato sul Journal of Clinical Nursing

Maurizio Zega, presidente CECRI e OPI di Roma, supportato da diversi ricercatori che collaborano stabilmente con il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, è fra gli autori dello sviluppo di un progetto dal titolo: "Caratteristiche diagnostiche dei pazienti positivi Sars COVID-2: una rapida revisione e meta-analisi" pubblicato di recente sul Journal of Clinical Nursing. Obiettivo di tale progetto è stato identificare le principali caratteristiche diagnostiche dei pazienti positivi a Sars-Cov-2 al momento della ospedalizzazione, visto che, fornendone una sintesi aggiornata, i risultati potrebbero fare da guida a infermieri e medici per l'identificazione precoce della malattia. Dall' inizio dell'epidemia di COVID-19 in Cina, nel dicembre 2019, infatti, diversi

studi hanno tentato di identificare le caratteristiche epidemiologiche, virali e cliniche del morbo, poiché, data la sua rapida e diffusa trasmissione in tutto il mondo, è stato necessario sin da subito comprenderne e aggiornarne le caratteristiche cliniche, allo scopo di informare meglio tutti i sanitari responsabili delle Politiche di salute pubblica.

Per questo progetto, è stata condotta una rapida revisione e meta-analisi di tutte le serie di casi, studi trasversali, caso-controllo e di coorte, pubblicati dal 1° gennaio 2020 al 30 giugno dello stesso anno che hanno dichiarato di avere tutti - o almeno due - degli esiti di interesse.

In tutto, 21 studi che hanno coinvolto 8837 pazienti. Fra le caratteristiche cliniche rilevate e più comuni sono emerse: febbre, tosse e stanchezza, ma le più rilevanti anomalie di laboratorio, al momento del ricovero, sono state linfopenia e un coinvolgimento polmonare bilaterale, con infiltrazioni e ombre irregolari nella maggior parte dei pazienti.

Call Proposte di ricerca oltre 50 quelle presentate

Il Centro di Eccellenza per Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), dal 12 febbraio scorso, ha indetto una *call* per Proposte di ricerca che si è conclusa il 5 marzo 2021.

Si è trattato di un vero e proprio successo in termini di adesioni: ben 51 i progetti presentati dagli infermieri iscritti all'OPI di Roma e che, al momento, sono al vaglio di una Commissione scientifica esterna che

procederà secondo un sistema di rigorosa valutazione *peer-review* a doppio cieco.

Tutti i progetti presentati sono stati strutturati come indicato nelle linee guida pubblicate sul sito ufficiale del CECRI e saranno approvati esclusivamente dal Consiglio Direttivo dell'OPI di Roma, tenendo conto anche delle strategie di politica professionale dello stesso.

I criteri definiti per la valutazione dei lavori sono:

- contributo congruente con gli obiettivi specifici ed identitari dell'OPI di Roma;
- originalità dell'approccio e della tematica di indagine;
- rilevanza del livello teorico e della metodologia e della spendibilità a livello nazionale ed internazionale;
- contributo alla conoscenza scientifica sul *topic* oggetto di indagine;
- spendibilità e ricadute per la professione infermieristica;
- fattibilità pratica ed operativa;
- sostenibilità economica.

Info: www.centrodieccellenza.eu



Assemblea annuale dell'Ordine: "Più consapevolezza del nostro ruolo"

Il 25 febbraio, all'hotel Villa Carpegna, si è svolta l'assemblea annuale degli iscritti. Approvati all'unanimità la relazione del presidente, Maurizio Zega, la relazione del tesoriere Francesco Scerbo e i documenti contabili a cura del Collegio dei Revisori dei Conti, presieduto da Silvio Ascione

Con l'esito delle elezioni di fine 2020, che hanno designato alla guida dell'Ordine **Maurizio Zega** (e, con lui, un rinnovato Consiglio direttivo), se non è tempo di bilanci, è sicuramente quello giusto per illustrare le principali linee di indirizzo del nuovo team per il quadriennio che verrà. Per stabilire a che punto siamo e dove vogliamo arrivare, "INSIEME". Anche quest'anno, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma mantiene la sua certificazione Bureau Veritas Italia SpA, ISO 9001:201, vista la qualità dei servizi offerti e per le scelte programmatiche. La comunità infermieristica del Lazio, il 25 febbraio, si è incontrata all'hotel Villa Carpegna, in occasione dell'assemblea annuale degli iscritti. Per favorire piena trasparenza e partecipazione all'attività svolta e a garanzia dei cittadini, la regolamentazione degli Ordini osserverà la legge 3/2018, secondo la quale gli OPI devono dotarsi di nuovi organi: oltre al Consiglio Direttivo; due Commissioni d'Albo (per Infermieri e Infermieri Pediatrici, guidati, a Roma, da **Stefano Casciato** e **Maria Grazia Proietti**) e un esperto esterno a guidare il Collegio dei Revisori dei Conti. In attesa di Statuto nazionale e decreti attuativi, l'applicazione del nuovo impianto normativo ordinistico è uno degli obiettivi di questo nuovo Consiglio direttivo, assieme a quello della promozione della **Ricerca infermieristica**. "L'infermiere sarà sempre più al centro della scena sanitaria nazionale e internazionale, perché avrà maggiore consapevolezza delle proprie conoscenze e della scientificità della sua professione - ha detto il presidente **Zega** -. Si farà guidare più che mai dalle evidenze scientifiche, ma, per riuscire davvero, deve aggiornarsi costantemente e puntare sulla formazione, con percorsi specialistici".

IL COVID-19, LA CARENZA DI INFERMIERI E IL CROLLO DEMOGRAFICO MONDIALE

Quest'ultimo anno e i primi mesi del nuovo sono stati

inficiati dalla pandemia da **SARS-CoV-2**.

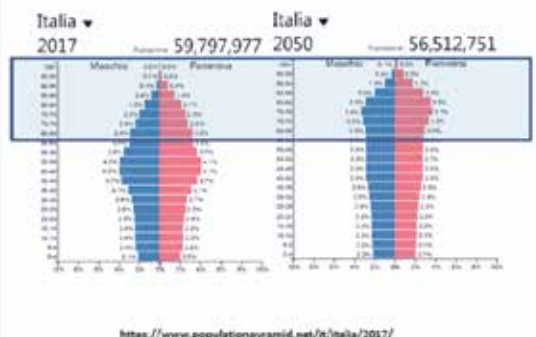
I dati parlano chiaro: sono stati più di 5 mila i colleghi contagiati nel Lazio e sette quelli deceduti. Non a caso, ben il 10% delle domande di accesso al Fondo di solidarietà **#NoiConGliInfermieri**, istituito dalla Federazione Nazionale per dare un contributo concreto ai colleghi infettati e/o alle loro famiglie, proviene da infermieri della nostra Regione.

I nostri professionisti sono costretti a turni massacranti, mentre i riflettori, mai spenti sulla comunità infermieristica internazionale, ne hanno sottolineato le capacità, la professionalità e lo spirito con cui si è adoperata per "non lasciare mai nessuno da solo". Rispetto ai **vaccini**, al 7 febbraio, le dosi già somministrate ad operatori sanitari e sociosanitari (prevalentemente dipendenti) sono 182.872, ma, grazie agli elenchi raccolti dall'Ordine e trasmessi alla Regione, sono iniziate anche le prime agli infermieri liberi professionisti.

Con la pandemia, però, alcune riflessioni si sono fatte ancora più urgenti. Due, soprattutto: **l'atavica carenza di infermieri**, declinata sia in termini numerici che specialistici, che, ora più che mai, mostra tutte le lacune del Sistema Sanitario Regionale. Una carenza che ha ragioni strutturali e che, per essere superata, necessita di un radicale cambio di paradigma assistenziale, a prescindere dal momento e dalle contingenze storiche che stiamo vivendo. E il fatto che **la sola Medicina di Base non possa più soddisfare le esigenze di un'utenza sempre più fragile e anziana**.

Al 1° gennaio 2019, infatti, la popolazione dei 27 Paesi UE, stimata a 446,8 milioni di persone, era così divisa: giovani (0-14 anni), 15,2%; persone in età lavorativa (15-64 anni), 64,6%; anziani (di età pari o superiore ai 65 anni), 20,3%, con un aumento di 0,3 punti percentuali rispetto al 2018 e di 2,9 rispetto a 10 anni prima. In Italia, poi, le cose vanno anche peggio. Gli anziani sono il 22,8% del totale: il 2,5% in più rispetto alla media europea.

Colpa di un'evoluzione demografica pressoché inesistente, come mostra bene la "Piramide della popola-



zione”: una situazione praticamente invertita rispetto al passato. Tanto se si guarda al mondo, quanto all'Italia. Non è un caso, dunque, se aumentano i fabbisogni assistenziali e ovunque c'è bisogno di nuovi ed evoluti sistemi di risposta sanitaria.

Ma *feedback* validi, veloci e sempre più personalizzati possono arrivare solo dall'**Infermiere di Famiglia e Comunità**, perché è acclarato che **proattività e prossimità** darebbero risposte adeguate.

Il Lazio, poi, ha anche qualche “primato” nazionale: il più alto numero di pazienti medi per ogni infermiere (15) e gli infermieri più vecchi d'Italia (età media di 54,6 anni). I vari tentativi di rimpiazzo vengono, più che altro, da cooperative, agenzie di lavoro interinale, studi associati e/o arruolando infermieri dall'estero. Eppure, le soluzioni sarebbero a portata di mano: aumentare i posti nei Corsi di Laurea; mettere in funzione nuove sedi sul territorio e riattivare i finanziamenti dedicati.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE E LA SALUTE DI PROSSIMITÀ

Ancora oggi, malgrado i tanti annunci, l'assistenza domiciliare integrata, così come l'**assistenza territoriale** in generale, rappresenta una parte residuale dell'offerta sanitaria nazionale.

E se fosse proprio la crisi dovuta al COVID-19 a diventare un'opportunità in tal senso?

L'emergenza del nostro Sistema Sanitario, esacerbata dalla pandemia, ha messo in luce la mancanza di

un'efficace sistema di assistenza *in loco*, lasciando spesso le persone senza protezioni adeguate, a fronte di ingenti risorse a carico delle famiglie.

La Corte dei Conti, nel “Rapporto 2020 sul coordinamento della Finanza pubblica”, pubblicato a maggio 2020, ha spiegato che, fra il 2012 e il 2018:

- **per l'assistenza sanitaria a lungo termine (LCT)**, la spesa delle famiglie è stata di circa 4 miliardi (12,4 per la PA) per un totale di 16 miliardi circa (+14% per le famiglie);

- **per l'assistenza domiciliare** per cura e riabilitazione, la spesa delle famiglie è stata superiore ai 130 milioni (325, per la PA), per un totale di 522 milioni circa (+32,3% per le famiglie);

- **per l'assistenza ambulatoriale** per cura e riabilitazione, la spesa delle famiglie è stata di 35,5 miliardi (20,8 per la PA), per un totale di 35,5 miliardi di euro (+29,8% per le famiglie).

L'assistenza territoriale integrata ha bisogno di competenze forti da parte dei professionisti, ma anche di condizioni non più procrastinabili per far evolvere le loro potenzialità e permettergli di esprimersi al meglio. Per il personale infermieristico le problematiche restano ancora aperte. L'adeguamento degli organici e il superamento della precarietà; la questione della dirigenza infermieristica; l'istituzione del modello IFeC; il coinvolgimento nei tavoli tecnici tematici; nuovi ed evoluti sistemi di risposta sanitaria. La crisi ha enfatizzato il bisogno di una Rete ospedaliera dedicata; un approccio olistico alle cure ed integrazione socio-sanitaria dal basso, assieme a quello per *screening* e vaccinazioni per tutti.

A tali fini, la Comunità di Sant'Egidio, l'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio, l'Ordine delle Professioni Infermieristiche del Lazio e la Società Italiana di Igiene-sezione Lazio propongono:

- di replicare ed evolvere ulteriormente il modello integrato di intervento per l'assistenza sanitaria territoriale concepita per il COVID-19, e la cui estensione a tutti i bisogni sanitari territoriali è ormai palesemente ineludibile, facendone una linea guida per l'integrazione socio-sanitaria territoriale;

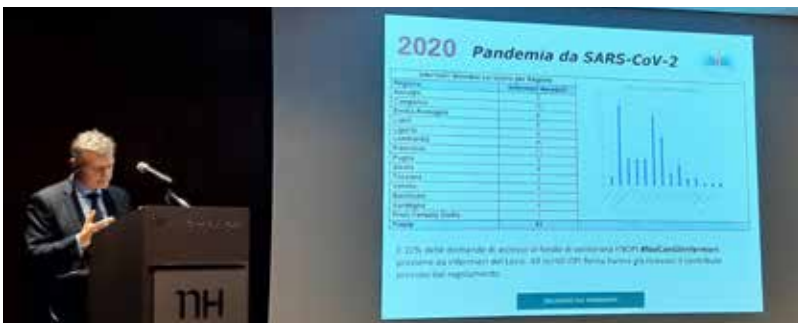
- di sviluppare la valutazione della domanda assistenziale attraverso un approccio pro-attivo e universale per fasce di età in cui la fragilità è prevalente;

- di implementare interventi di monitoraggio a distanza (telefonico, telematico...) e costruire reti assistenziali territoriali.

L'ORDINE

Numeri, eventi e servizi agli iscritti

Per quanto concerne le attività istituzionali di OPI



Il presidente, Maurizio Zega



INFERMIERI OPI ROMA 2020	
Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici	33.987
Nuovi iscritti	1.115
Cancellati	901
Trasferimenti in entrata	135
Trasferimenti in uscita	92

Dati riferiti al 31 dicembre 2020

Appuntamenti con legale in sede	134
Lettere interventi legali	160
Consigli Direttivi	26
Commissioni esami abilitanti (Laurea)	50
Rappresentanti Commissioni abilitanti designati dall'OPI	98
Verifiche iscrizioni Albo richieste da Enti/strutture sanitarie	163
Protocolli di posta in uscita/entrata	16.293
Convocazioni ex art. 38 e 39 DPR 221/1950	17

Roma, e rispetto ai dati del 2020, gli infermieri stranieri entrati nelle fila dell'Ordine sono **3.855** (2.080 comunitari e 1.775 non comunitari). Gli esami di lingua italiana per loro sono stati 3, comunitari; 1, non comunitari (20, promossi; 3, bocciati).

In base alla Legge 120/2020, tutte le Amministrazioni Pubbliche hanno dovuto avviare il passaggio, dalle diverse modalità di autenticazione on line, al Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) e alla Carta d'Identità Elettronica. L'OPI Roma, dal 1° marzo, ha attivato il nuovo portale dedicato a cui si potrà accedere solo tramite **SPID**. Con esso, gli iscritti potranno: richiedere il certificato di iscrizione in bollo o esente da bollo; accedere alle Biblioteca on line EBSCO; comunicare eventuali variazioni anagrafiche e di residenza/domicilio, i propri recapiti email/PEC/cellulare); richiedere la tessera di iscrizione all'Ordine e molto altro.

L'impegno al recupero delle morosità e l'opera di ottimizzazione e di razionalizzazione delle risorse, ha consentito alla **tassa annuale** di restare ferma a 60 Euro dal 2017: tuttora, è tra le più basse d'Italia.

Grazie a questa, il Consiglio può fornire servizi gratuiti più rispondenti alle esigenze degli iscritti, anche di quelli più giovani e social: numerosi corsi Ecm; accesso a corsi FAD; certificati on line; PEC; SPID, consulenza legale, amministrativa e contabile in sede; il sito istituzionale, più chiaro e completo; link diretti al portale FNOPI, ai siti web e alla piattaforma del CECRI

e del Joanna Briggs Institute.

L'OPI E I SOCIAL

Il mondo attuale è sempre più **social** e anche l'OPI non può sottrarsi a tale evidenza.

Ma ciò non deve essere visto nella sua accezione negativa: dobbiamo trovare il bisogno sempre più forte della condivisione di intenti, obiettivi, sforzi comuni. Il sito, la pagina Facebook, la piattaforma CECRI, il servizio *Podcast*, Instagram e il recente canale Telegram: sono alcuni esempi degli sforzi fatti per avvicinare anche altre fasce d'utenza (specie le più giovani) all'Ordine, oltre a quelle che già lo frequentano. In questa direzione va anche il Programma Informatico di Supporto alla Decisione Infermieristica (**PAI**, in convenzione con Intersystems e Engineering, Dedalus-ASCUM/CBA-group) a cui si vuole dare massima divulgazione: c'è già stato un primo incontro in Regione, ma per l'adozione definitiva, si resta in attesa delle verifiche interne e della formalizzazione ufficiale.

Con **OPI Giovani**, invece, si è tesa la mano alle nuove generazioni: professionisti laureati, specializzati e ricercatori universitari che hanno portato altra linfa all'OPI, lavorando di concerto con i senior per difendere i traguardi raggiunti. Non solo: OPI Giovani sviluppa e rafforza la rete social e la comunità infermieristica anche sul web.

LA FORMAZIONE

Nel corso del 2020, comprensibilmente, sono stati realizzati solo due eventi ECM in residenziale (Inglese scientifico, a livello base e intermedio), per circa 27 partecipanti. Diversi, invece, i corsi FAD, tra cui: "Gli effetti della Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale" (partecipanti: 2.412); "Prevenire, riconoscere e disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori della salute" (partecipanti: 3967); "L'infermiere e le cure palliative" (partecipanti: 2.886); "Covid-19: guida pratica per gli operatori sanitari" (partecipanti: 5.521); "La simulazione in Infermieristica: introduzione ed elementi generali" (partecipanti: 1.629).

I **Crediti ECM** rilasciati sono stati: 1.053. Quelli acquisiti dagli iscritti OPI Roma, in corsi residenziali: 1.053; corsi FAD: 223.075, per un totale di 224.128 crediti ECM erogati a un numero totale di partecipanti ai corsi (res+FAD) di 16.442.

LA BIBLIOTECA DIGITALE E DI SEDE

Accessibile in sede e da remoto, ma chiusa per l'emergenza sanitaria dal 9 marzo all'8 giugno 2020,



Podcast

e poi accessibile per appuntamenti, la Biblioteca dell'Ordine è tra i servizi di maggiore successo, oltre a essere un importante Centro di documentazione per gli studi infermieristici e sanitari italiani. Vanta **1.337 libri catalogati** (di recente, ha acquistato altri 5 testi di Procedure infermieristiche, inglese, Legislazione) e si è già deliberato per l'acquisto di 20 libri di Storia dell'Infermieristica e di Metodologia della Ricerca. Incrementando costantemente le proprie risorse, mette a disposizione un servizio puntuale di consultazione bibliografica, e, dal 2011, è stata integrata con il patrimonio bibliografico 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. La banca dati Cinahl, nel 2020, è stata consultata da 115 utenti (l'8,13% del totale).

A maggio sono stati implementati i servizi a distanza per l'utenza, con l'invio di articoli per i soli iscritti e le ricerche bibliografiche a distanza su tema indicato per tutti.

Il progetto **ILISI** (Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche) dell'OPI di Roma è una banca dati bibliografica che contiene 6.415 schede e, nel 2020, ha registrato 12.878 accessi alle sue sezioni e 116.763 visualizzazioni di pagine.

Fra le attività della **Commissione biblioteca**, l'ideazione e realizzazione del seminario universitario, tenuto in videoconferenza da settembre a novembre: "L'utilizzo delle banche dati online nella ricerca", che ha riscosso particolare successo.

LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Se il libero professionista decide in piena indipendenza, costruisce il proprio futuro, si mette al servizio di una comunità, allora vuol dire che la figura di questo infermiere esprime, in tutte le sfumature, gli enormi progressi fatti dalla Professione in questi anni. Con lo sportello dedicato, l'Ordine si preoccuperà di affiancare tali colleghi nel loro percorso di crescita culturale e professionale. Per tutti gli infermieri in attività su Roma e provincia, in regime di Libera professione o dipendenti di strutture sanitarie non afferenti al Sistema Sanitario Regionale, che quindi non sono stati inseriti nei piani vaccinali predisposti per gli operatori sanitari che operano nel pubblico, la Regione Lazio, inoltre, ha predisposto una piattaforma dove, **dal 19 gennaio al 14 febbraio scorso, è stato possibile inserire le richieste di adesione** pervenute all'Ordine.

L'OPI di Roma ha, quindi, provveduto a racco-

gliere i dati richiesti e ad inviarli alla Regione che ha, successivamente, inoltrato le richieste alle ASL di riferimento. Dal 14 febbraio, la Regione Lazio ha temporaneamente sospeso la possibilità di registrare nuove richieste per consentire di organizzare i calendari vaccinali con le adesioni ricevute sino a quella data.

Alla data della temporanea sospensione erano state registrate nella piattaforma regionale **219 richieste**, e a tutti i colleghi che hanno chiesto informazioni successivamente è stato comunicato di controllare il sito dell'OPI di Roma.



Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica



IL CECRI

In occasione del decennale, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica dell'Ordine ha rin-

Progetti attivati negli anni



novato il suo sito web, **www.centrodiexcellenza.eu**. Se le celebrazioni sono solo ritardate, intanto, crescono i progetti attivati negli anni, per un totale di 289 (39 approvati solo nel 2020).

Inoltre, per il CECRI è stata applicata la versione italiana del *Clinical Care Classification System* attraverso il piano di assistenza infermieristico del Policlinico universitario fondazione Agostino Gemelli di Roma.

COMUNICAZIONE E STAMPA

Sotto il profilo della comunicazione, l'Ordine può contare **sulla rivista istituzionale**, realizzata, stampata e spedita agli iscritti con cadenza trimestrale, per un totale di circa 36 mila copie a numero: una tiratura che l'ha posizionata, anche nel 2020, tra gli organi di informazione più diffusi del Lazio. Dal 2021, è previsto il passaggio al digitale e il ritorno ai consueti 4 numeri annuali.

“Infermiere Oggi”, oltre a fornire notizie e approfondimenti sulle iniziative intraprese dall’Ordine, rappresenta un’importante vetrina per la pubblicazione di lavori di ricerca ad opera degli iscritti, che inviano i propri elaborati alla Segreteria di redazione, seguendo le norme editoriali. Per il 2021 si avvierà il percorso per l’accreditamento della rivista in ambito internazionale, con l’indicizzazione.

La *homepage* del rinnovato **portale OPI Roma** contempla una sezione dedicata alla rivista per reperire, in formato pdf, i numeri degli scorsi anni: dal 2002 in poi. A partire da questo numero, la rivista è interamente sfogliabile on line con ancora più immediatezza.

Per candidare una propria ricerca o lavoro scientifico alla pubblicazione sulla rivista, è sufficiente inviarli all’indirizzo: **ordine@opi.roma.it**

GLI IMPEGNI E IL FUTURO

Per un OPI che punta all’**inclusione** come valore, l’infermiere sarà protagonista della sua **formazione**, coinvolto non solo dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, ma anche responsabile della gestione delle Strutture sanitarie intermedie.

Gli specialisti dell’assistenza territoriale siamo noi: non è una rivendicazione, è l’Epidemiologia del nostro mandato che ci assegna un ruolo centrale nella sanità territoriale, nei Servizi Residenziali.

L’avvio dei primi progetti concreti sugli **IFeC**, lascia sperare che un’esperienza tanto significativa si possa estendere anche a altre Asl, specie perché coadiuva la

prevenzione e la promozione della salute.

L’azione del Direttivo OPI sarà rivolta a richiedere di investire sul potenziamento del corpo accademico; sul riconoscimento dei tutor didattici e clinici, e su una formazione universitaria di sistema quali/quantitativa. Inoltre, per il 2021, rispetto alla “politica interna” bisognerà prepararsi ad una ripartenza almeno ai livelli pre-COVID; gestire la nuova struttura dell’Ordine secondo la legge 3/2018; razionalizzare e ottimizzare le risorse per continuare a fornire servizi gratuiti agli iscritti. Per quanto concerne la “politica esterna”, invece, dobbiamo puntare su **dotazioni organiche senza demagogia**. Negli ultimi sette anni, si sono avuti 8.000 medici e 12.500 infermieri in meno in un Paese che ha un rapporto infermieri popolazione fra i più bassi d’Europa.

Per avere lo stesso rapporto di infermieri rispetto alla popolazione dell’Inghilterra, per esempio, se ne dovrebbero assumere 132.400; rispetto alla Francia, 219.200 e rispetto alla Germania, 439 mila.

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, i fari di questo Consiglio saranno la **Ricerca** e lo **sviluppo**, con l’attivazione di *call* per nuovi progetti; il mantenimento dei livelli di finanziamento e il rilancio inclusivo dei quattro Poli del CECRI, fiore all’occhiello di OPI Roma che, unico in Italia, a fine 2018, ha ricevuto la prestigiosa affiliazione al Joanna Briggs Institute.



(da sinistra) il tesoriere, Francesco Scerbo, il presidente, Maurizio Zega, il vice presidente, Carlo Turci e la segretaria, Natascia Mazzitelli

Il bilancio



Il tesoriere, Francesco Scerbo

All'assemblea annuale, il tesoriere, **Francesco Scerbo**, ha fatto il punto sulla situazione patrimoniale e i bilanci dell'Ordine, convalidati dal presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Silvio Ascione**.

A causa dell'emergenza sanitaria, sono state ridotte o sospese molte attività con l'effetto di comportare rilevanti risparmi in molti capitoli di spesa. Rispetto al Bilancio di Previsione 2021, si stimano 1.000 nuove iscrizioni e, in riferimento alla gestione di cassa, l'OPI prevede di consolidare l'attività di recupero delle morosità passate mantenendo inalterata la quota d'iscrizione.

Tutti i documenti contabili sono stati approvati. Ecco le tabelle di sintesi.

1. Rendiconto finanziario

Entrate	SEZIONE DI COMPETENZA					SEZIONE DISPENDIO					SEZIONE CARICA IVA IVA		
	PREVISIONI	ESPOSIZIONI	BILANCIARI	ESPOSIZIONI	BILANCIARI	Personale	Finanziarie	Variazioni	Risorse	Da Previsione		Residuo Previsione	
	Totali	Variazioni	Capitale	Risorse	Totali								
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI													
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI													
Quote iscrizioni	€ 2.570.000,00	€ -	€ 2.570.000,00	€ 1.952.085,00	€ 494.880,00	€ 2.966.965,00	€ 23.040,00	€ 836.704,41	€ 5.048,29	€ 133.036,64	€ 708.799,06	€ 1.203.596,06	€ 1.685.156,64
Quote fuori iscritti	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 63.943,50	€ -	€ 63.943,50	€ 3.946,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 63.943,50
Tassa surrogata	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 96.310,00	€ -	€ 96.310,00	€ 3.310,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 96.310,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.230.000,00	€ -	€ 2.230.000,00	€ 1.710.938,50	€ 494.880,00	€ 3.205.818,50	€ 14.196,00	€ 836.704,41	€ 5.048,29	€ 133.036,64	€ 708.799,06	€ 1.203.596,06	€ 1.843.966,64
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI													
Corsi di aggiornamento	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 3.720,00	€ -	€ 3.720,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.720,00
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 3.720,00	€ -	€ 3.720,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.720,00
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONE													
Rilascio tessere	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestione	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI													
Trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE DA VENDITA BEM E PRESTAZIONI SERVIZI													
Vendite pubblicitarie	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI													
Interessi attivi	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 289,88	€ -	€ 289,88	€ 210,14	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 289,88
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 289,88	€ -	€ 289,88	€ 210,14	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 289,88
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI													
Racconti e rimborsi	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 20.000,00	€ 1.734,20	€ 21.734,20	€ 10.734,20	€ 4.557,39	€ -	€ 1.875,78	€ 3.382,24	€ 5.116,44	€ 21.175,75
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 20.000,00	€ 1.734,20	€ 21.734,20	€ 10.734,20	€ 4.557,39	€ -	€ 1.875,78	€ 3.382,24	€ 5.116,44	€ 21.175,75
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Entrate varie	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 15.483,00	€ 422,00	€ 15.905,00	€ 14.905,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.483,00
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 1.000,00	€ -	€ 1.000,00	€ 15.483,00	€ 422,00	€ 15.905,00	€ 14.905,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 15.483,00
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.234.500,00	€ -	€ 2.234.500,00	€ 1.750.423,58	€ 497.036,20	€ 2.247.459,78	€ 3.955,00	€ 847.262,43	€ 5.048,29	€ 134.212,39	€ 712.099,30	€ 1.209.134,50	€ 1.864.425,22
TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE													
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI													
Alienazione immobiliare	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale alienazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE													
Vendita mobili ed arredi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
RESCSSIONE DI CREDITI													
Riscossione crediti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
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	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
ENTRATE AVANTI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Ritenute erariali	€ 200.000,00	€ -	€ 200.000,00	€ 178.736,22	€ -	€ 178.736,22	€ 41.261,78	€ 61,00	€ 51,00	€ -	€ -	€ -	€ 178.736,22
Ritenute previdenziali	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 46.260,35	€ -	€ 46.260,35	€ 13.739,65	€ 22.098,06	€ 8,27	€ 11.670,46	€ 10.921,30	€ 10.921,30	€ 57.900,64
altre partite di giro	€ 305.000,00	€ -	€ 305.000,00	€ 54.536,97	€ 4.539,69	€ 59.076,66	€ 201.425,35	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 54.536,97
IVA Spiti Payment	€ 150.000,00	€ -	€ 150.000,00	€ 85.993,59	€ -	€ 85.993,59	€ 64.006,41	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 85.993,59
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 715.000,00	€ -	€ 715.000,00	€ 365.527,13	€ 4.539,69	€ 370.066,82	€ 210.427,19	€ 65.435,74	€ 59,27	€ 11.670,46	€ 10.921,30	€ 14.905,30	€ 377.207,92
TOTALE ENTRATE	€ 2.949.500,00	€ -	€ 2.949.500,00	€ 2.115.950,71	€ 501.575,89	€ 2.617.526,60	€ 371.432,13	€ 902.811,46	€ 4.091,02	€ 142.822,89	€ 723.019,60	€ 1.224.095,48	€ 2.261.805,97
Disavanzo di amministrazione dell'esercizio	€ 763.050,30	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 763.050,30
TOTALE GENERALE	€ 3.712.550,30	€ -	€ 2.949.500,00	€ 2.115.950,71	€ 501.575,89	€ 2.617.526,60	€ 371.432,13	€ 902.811,46	€ 4.091,02	€ 142.822,89	€ 723.019,60	€ 1.224.095,48	€ 3.024.856,27

Uscite

TITOLO - USCITE CORRENTI

	SEZIONE DI COMPETENZE					SEZIONE DEI RISCHI					SEZIONE C.A.B.A.		
	PREVISIONI	IMMISSIONI	DEFICITA	PAGHI	DEBITI	IMMISSIONI	USCITE	VARIAZIONI	PAGHI	DEBITI	RISCHIO FINAN.	TOT. PAG.	
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE													
Gestione riunioni Consiglio Direttivo e C.R.C.	€ 25.000,00	€ 600,00	€ 25.000,00	€ 23.280,00	€ 2.320,00	€ 25.000,00	€ -	€ 2.400,00	€ 210,00	€ 2.240,00	€ -	€ 2.320,00	€ 25.200,00
Gest. partec. C.N., Congresso e Seminar	€ 30.000,00	€ -	€ 30.000,00	€ 310,00	€ 310,00	€ 310,00	€ 29.690,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 310,00
Risorse spese	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 13.961,25	€ 240,00	€ 14.101,25	€ 13.866,75	€ 720,00	€ 40,00	€ 680,00	€ -	€ 240,00	€ 14.341,25
Gestione e attività Organi Dirlet.	€ 180.000,00	€ -	€ 180.000,00	€ 126.260,00	€ 14.439,00	€ 140.699,00	€ 9.330,00	€ 2.640,00	€ -	€ 2.640,00	€ -	€ 14.400,00	€ 126.900,00
Associazioni organi statutari	€ 7.500,00	€ -	€ 7.500,00	€ 5.100,00	€ 5.100,00	€ 5.100,00	€ 2.300,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 5.100,00
Assamblea Annuale	€ 12.000,00	€ 650,89	€ 12.050,89	€ 12.050,89	€ 12.050,89	€ 12.050,89	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12.050,89
Totale uscite per gli organi dell'ente	€ 249.500,00	€ 1.256,89	€ 250.756,89	€ 181.471,82	€ 18.969,00	€ 198.440,82	€ 52.318,01	€ 5.810,00	€ 250,00	€ 5.960,00	€ -	€ 18.969,00	€ 187.511,82
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO													
Indennità oneri rimborsati	€ 300.000,00	€ -	€ 300.000,00	€ 209.503,54	€ 25.931,11	€ 233.434,65	€ 80.560,35	€ 14.687,83	€ 579,78	€ 13.912,18	€ -	€ 23.931,11	€ 223.415,69
Assicurazioni personale	€ 7.500,00	€ -	€ 7.500,00	€ 6.067,50	€ 6.067,50	€ 6.067,50	€ 1.432,45	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 6.067,50
Fondo incentivazione	€ 98.000,00	€ -	€ 98.000,00	€ 82.330,95	€ 4.499,98	€ 86.730,93	€ 11.269,07	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 82.330,95
Corso di formazione	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00
Lavoro temporaneo	€ 80.000,00	€ 3.711,34	€ 83.711,34	€ 55.763,50	€ 27.947,79	€ 83.711,34	€ -	€ 18.525,21	€ 95,38	€ 18.429,83	€ -	€ 27.947,79	€ 74.763,38
Totale oneri per il personale in servizio	€ 488.500,00	€ 3.711,34	€ 492.211,34	€ 353.565,59	€ 56.376,88	€ 409.942,47	€ 82.266,87	€ 33.013,14	€ 671,16	€ 32.341,98	€ -	€ 56.376,88	€ 366.907,57
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI													
Compensi per la ricezione	€ 86.100,00	€ -	€ 86.100,00	€ 25.628,17	€ 5.168,94	€ 31.795,11	€ 31.304,89	€ 4.724,47	€ -	€ 4.724,47	€ -	€ 5.168,94	€ 34.952,64
Servizi legali	€ 80.000,00	€ -	€ 80.000,00	€ 28.270,45	€ 39.578,63	€ 67.849,08	€ 12.100,92	€ 53.194,44	€ -	€ 53.194,44	€ 1.022,08	€ 41.101,19	€ 79.942,33
Servizi contabili e fiscali	€ 41.000,00	€ -	€ 41.000,00	€ 23.645,82	€ 18.854,30	€ 40.500,12	€ 499,88	€ 20.206,88	€ -	€ 20.206,88	€ -	€ 18.854,30	€ 43.852,70
Servizi vari e comunicazione	€ 25.000,00	€ -	€ 25.000,00	€ 5.674,80	€ 13.951,00	€ 19.775,80	€ 5.224,43	€ 37.496,35	€ 1.066,85	€ 4.223,00	€ 30.868,00	€ 44.589,00	€ 11.296,10
Servizi informatici	€ 60.000,00	€ 33.847,87	€ 93.847,87	€ 59.576,89	€ 24.271,03	€ 83.847,92	€ -	€ 36.148,03	€ -	€ 36.148,03	€ 3.000,00	€ 37.321,03	€ 82.875,45
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€ 30.000,00	€ -	€ 30.000,00	€ 14.668,19	€ 3.832,02	€ 18.500,21	€ 11.499,79	€ 8.943,62	€ 318,44	€ 8.625,18	€ -	€ 3.832,02	€ 23.292,37
Acquisto tessere distribuiti voti	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00	€ 1.696,15	€ 1.804,88	€ 3.481,03	€ 6.538,37	€ 6.960,43	€ 226,68	€ 6.333,75	€ -	€ 1.804,88	€ 7.980,90
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi	€ 312.100,00	€ 33.847,87	€ 345.947,87	€ 163.320,23	€ 115.458,79	€ 278.779,02	€ 67.218,85	€ 187.279,79	€ 1.832,07	€ 120.083,26	€ 35.500,00	€ 150.946,35	€ 294.403,48
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI													
Altre uscite riaccredimento condanne approvazioni	€ 138.000,00	€ -	€ 138.000,00	€ 117.643,37	€ 4.517,50	€ 122.160,87	€ 12.838,13	€ 23.801,80	€ 0,01	€ 8.112,51	€ 19.499,35	€ 20.006,85	€ 128.759,00
Canone locazione rimborsato	€ 18.000,00	€ 4.088,94	€ 19.088,94	€ 18.951,77	€ 237,17	€ 19.088,94	€ -	€ 1.006,17	€ -	€ 1.006,17	€ -	€ 237,17	€ 19.007,94
Spese postali e telefoniche	€ 15.000,00	€ 3.481,61	€ 18.481,61	€ 17.191,13	€ 1.290,48	€ 18.481,61	€ -	€ 5.728,49	€ 64,64	€ 5.271,05	€ 300,00	€ 1.681,36	€ 22.462,18
Spese di pulizia	€ 21.000,00	€ 1.887,20	€ 22.887,20	€ 16.982,40	€ 5.904,80	€ 22.887,20	€ -	€ 5.058,12	€ 82,23	€ 5.120,34	€ -	€ 5.904,80	€ 22.102,74
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00	€ -	€ 2.000,00	€ 1.233,43	€ 186,52	€ 1.419,95	€ 580,05	€ 245,64	€ -	€ -	€ -	€ 186,52	€ 1.474,07
Spese varie	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 1.256,06	€ 1.256,06	€ 2.512,12	€ -	€ 362,59	€ -	€ -	€ -	€ 1.256,06	€ 1.256,06
Acquisto e gestione documenti	€ 12.000,00	€ 4.675,71	€ 16.675,71	€ 12.096,63	€ 4.889,89	€ 16.986,52	€ -	€ 2.948,10	€ 591,98	€ 3.438,08	€ -	€ 4.889,89	€ 15.532,91
Totale uscite per funzionamento uffici	€ 203.000,00	€ 14.433,48	€ 217.433,48	€ 185.355,79	€ 18.297,90	€ 203.653,69	€ 13.787,97	€ 38.479,37	€ 588,67	€ 25.188,79	€ 18.800,25	€ 34.175,15	€ 208.542,68
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI													
Aggiornamenti professionali	€ 800.000,00	€ -	€ 800.000,00	€ 228.232,37	€ 109.516,47	€ 335.748,84	€ 364.250,89	€ 351.400,43	€ 13.946,84	€ 130.440,45	€ 187.043,58	€ 218.529,81	€ 308.873,33
Rivista "Infermiere oggi"	€ 110.000,00	€ -	€ 110.000,00	€ 66.617,87	€ 39.233,85	€ 105.851,72	€ 4.148,19	€ 25.011,80	€ 123,44	€ 25.135,36	€ -	€ 39.233,85	€ 91.753,18
Informatica	€ 110.000,00	€ -	€ 110.000,00	€ 66.956,90	€ 35.222,55	€ 102.179,45	€ 7.918,55	€ 23.668,44	€ 323,57	€ 22.794,87	€ 1.150,00	€ 36.372,56	€ 69.953,71
Spese di giustizia	€ 30.000,00	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 30.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 30.000,00
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€ 40.000,00	€ -	€ 40.000,00	€ 150,00	€ 150,00	€ 150,00	€ 39.650,00	€ 300,00	€ 150,00	€ 150,00	€ -	€ 150,00	€ 300,00
Spese di rappresentanza	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.000,00
Quote società Federazione	€ 300.000,00	€ 4.760,01	€ 304.760,01	€ 349.170,01	€ 10.590,00	€ 319.760,01	€ -	€ 6.880,00	€ -	€ 6.880,00	€ 10.590,00	€ 355.850,01	
Progetto qualità Osp. IEO 9000	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 4.791,90	€ 4.791,90	€ 9.208,10	€ 10.248,10	€ 7.133,95	€ -	€ 4.449,95	€ 2.684,00	€ 2.684,00	€ 9.208,10
Uffici telematica	€ 20.000,00	€ -	€ 20.000,00	€ 23.000,00	€ 23.000,00	€ 23.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 23.000,00
Iniziativa di solidarietà	€ 20.000,00	€ 3.000,00	€ 23.000,00	€ 23.000,00	€ 23.000,00	€ 23.000,00	€ -	€ 17.500,00	€ -	€ 17.500,00	€ -	€ -	€ 43.500,00
Posta elettronica certificata	€ 24.400,00	€ 20.740,00	€ 45.140,00	€ 45.140,00	€ 45.140,00	€ 45.140,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 45.140,00
Quote dovute al coord. lo del Lado	€ 5.000,00	€ 3.000,00	€ 8.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ -	€ -	€ 3.000,00
Spese elezioni organi direttivi	€ 90.000,00	€ -	€ 90.000,00	€ 2.543,31	€ 70.362,15	€ 72.905,46	€ 17.094,54	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 70.362,15	€ 2.543,31
Totale uscite per prestazioni istituzionali	€ 1.432.000,00	€ 31.300,01	€ 1.463.300,01	€ 1.071.964,82	€ 264.925,02	€ 1.336.889,84	€ 411.910,17	€ 337.894,74	€ 14.298,87	€ 206.050,63	€ 112.847,54	€ 275.772,18	€ 994.515,45
ONERI FINANZIARI													
Interessi passivi													
Totale oneri finanziari													
ONERI TRIBUTARI													
Ippis Ippis e altri tributi	€ 190.000,00	€ -	€ 190.000,00	€ 54.988,71	€ 19.302,10	€ 74.290,81	€ 25.821,19	€ 15.733,30	€ 18,00	€ 15.715,30	€ -	€ 19.292,10	€ 70.702,10
Imposta urbana	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 2.128,19	€ 475,93	€ 2.604,12	€ 2.390,10	€ 698,80	€ -	€ 698,80	€ -	€ 475,93	€ 2.336,90
Totale oneri tributari	€ 195.000,00	€ -	€ 195.000,00	€ 57.116,90	€ 19.778,03	€ 76.894,93	€ 28.212,29	€ 16.432,10	€ 18,00	€ 16.403,10	€ -	€ 19.768,03	€ 73.039,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI													
Rimborsi vari	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 3.207,50	€ 3.207,50	€ 3.207,50	€ 2.602,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.207,50	
Totale poste correttive e compensative di entrate correnti	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00	€ 3.207,50	€ 3.207,50	€ 3.207,50	€ 2.602,50	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.207,50	
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Fondo spese impreviste	€ 140.500,00	€ 85.925,33	€ 226.425,33	€ 54.624,67	€ -	€ 54.624,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 54.624,67
Totale uscite non classificabili in altre voci	€ 140.500,00	€ 85.925,33	€ 226.425,33	€ 54.624,67	€ -	€ 54.624,67	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 54.624,67
TRATTAMENTO FINE RAPPORTO													
Trattamento di fine rapporto	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 174,68	€ 13.327,42	€ 13.502,10	€ 1.407,90	€ 195.391,60	€ -	€ 195.391,60	€ 208.719,02	€ 174,68	
Totale trattamento di fine rapporto	€ 15.000,00	€ -	€ 15.000,00	€ 174,68	€ 13.327,42	€ 13.502,10	€ 1.407,90	€ 195.391,60	€ -	€ 195.391,60	€ 208.719,02	€ 174,68	
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI													
Rimborso quote esattore													
Totale accantonamento fondo rischi e oneri													
TOTALE TITOLO - USCITE CORRENTI	€ 2.851.500,00	€ 1.172,79	€ 2.852.672,79	€ 1.711.074,34	€ 505.114,97	€ 2.216.189,31	€ 713.918,03	€ 288.057,87	€ 32.633,43	€ 415.549,99			

L'OPI e il Sistema Pubblico di Identità Digitale

Con lo SPID, introdotto dal 1° marzo, l'Ordine di Roma ha migliorato i servizi offerti ai propri iscritti

Entro il 28 febbraio 2021, la Pubblica Amministrazione e tutti gli Enti pubblici italiani, per consentire l'utilizzo dei loro servizi digitali, hanno dismesso i propri sistemi di identificazione tramite inserimento di "nome utente e *password*" ed adottato SPID e CIE/CiED.

Dal 1° marzo 2021, perciò, anche l'accesso al portale di OPI Roma, per iscritti e nuovi, è stato possibile solo con le credenziali SPID.

Lo **SPID (Sistema Pubblico di Identità Digitale)** è il sistema unico di accesso con identità digitale ai servizi on line della PA nazionale e dei privati aderenti. Questa modalità di autenticazione, prevista dall'art. 24 del D.L. 16 luglio 2020, 76 (Decreto Semplificazioni convertito in Legge n. 120/2020), permette maggiore sicurezza e tutela della *privacy* ed è stata introdotta per il moltiplicarsi di servizi sul web che

costringe le persone ad avere un numero sempre crescente di credenziali di accesso.

Con lo SPID, invece, cittadini e imprese possono accedere a prenotazioni sanitarie, iscrizioni scolastiche, wi-fi pubblico, pratiche d'impresa, protetti anche dai, cosiddetti, furti di identità.

SPID è un sistema semplice, normalizzato a livello nazionale, inclusivo e integrabile a livello europeo. Le credenziali personali (*username* e *password*) consentono di usufruire di molteplici servizi da pc, tablet e smartphone gratuitamente, ogni volta che su un sito o un'app di servizi, c'è il pulsante "Entra con SPID".

Con lo SPID, l'Ordine di Roma ha migliorato anche i servizi offerti agli iscritti. Ecco quali sono:

- Accesso alla propria scheda personale
- Comunicazione delle variazioni anagrafiche
- Comunicazione delle variazioni di indirizzo di residenza e domicilio
- Comunicazione dell'indirizzo Email
- Comunicazione dell'indirizzo PEC
- Comunicazione del proprio telefono fisso o cellulare
- Visionare la propria situazione dei pagamenti della tassa annuale
- Scaricare il pdf del bollettino PagoPA
- Pagare la tassa annuale di iscrizione all'Ordine tramite PagoPA
- Accedere alla Biblioteca online
- Cambiare la email di riferimento della propria PEC aperta in convenzione con OPI di Roma.

Come richiedere lo SPID

Le credenziali SPID sono rilasciate dai gestori di identità digitale (*identity provider*), accreditati dall'AgID (Agenzia per l'Italia Digitale), che gestiscono anche l'autenticazione degli utenti.

Possono richiedere lo SPID tutti i maggiorenni in possesso di un documento italiano in corso di validità; tessera sanitaria (o codice fiscale); e-mail e numero di cellulare personali.

Scelto il gestore, sul loro sito, ci si può registrare inserendo i propri dati anagrafici; creando le credenziali SPID e effettuando il riconoscimento.

L'autenticazione con SPID si declina in tre livelli di sicurezza delle credenziali, a seconda della tipologia di servizio: il primo permette di accedere ai servizi con nome utente e *password* scelta; il secondo, l'accesso con nome utente e *password* più un codice temporaneo di accesso; il terzo, oltre a nome utente e *password*, richiede un supporto (tipo una *smart card*).



Nuovi *PODCAST* istituzionali per restare aggiornati



All'indirizzo <https://opi.roma.it/video/>, gli utenti del sito di OPI Roma troveranno un'area dedicata ai video realizzati e sostenuti dall'Ordine.

Qui, i *podcast* istituzionali (che hanno le caratteristiche del *tutorial*, l'impronta del *webinar* e l'aggiunta di indicazioni a supporto della fruizione dei contenuti) sono prodotti direttamente dall'interno o fanno riferimento ad altri realizzati da soggetti esterni ma ritenuti significativi per la Professione.

Dopo il primo, dedicato a: "La pronazione del paziente adulto con ARDS in Terapia Intensiva" (un comportamento clinico importante nell'esperienza COVID-19 per i pazienti con Sindrome Respiratoria Acuta o Polmone da Stress), ne sono arrivati altri due.

Quello sull'**Infermiere di Famiglia e di Comunità**, in forma d'intervista, e quello per conoscere meglio il **PAI** (*Professional Assessment Instrument*).

Il primo è un racconto esperienziale orientato a conoscere il progetto IFeC, destinato all'utenza a domicilio, per una presa in carico della persona e del suo nucleo comunitario/familiare, che porta alla luce aspetti significativi che impegnano l'infermiere, sia sul piano clinico che emotivo, in una visione dell'assistenza che deve entrare necessariamente in empatia con l'utente, i suoi cari, la sua casa.

Il secondo, invece, porta alla luce un sistema informatico di supporto alla decisione infermieristica basato sull'approccio bifocale derivante dagli indirizzi teorici di Lynda Juaal Carpenito, che permette di documentare l'assistenza infermieristica fornendo una guida procedurale e garantendo una raccolta sistematica di dati per il miglioramento della qualità assistenziale.

Il PAI, che nasce come progetto dell'Università di Tor Vergata-Roma, trova la sua applicazione all'interno del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli-IRCCS". Nella fattispecie, questo *podcast* coinvolge un professionista in prima linea, un esperto di *Risk Management* e un ricercatore in Scienze Infermieristiche, che illustrano e condividono le proprie conoscenze del tema.

Il presidente Zega scrive all'assessore D'Amato sul vincolo di esclusività

Ricependo la proposta della Federazione nazionale (FNOPI) inviata alle Istituzioni competenti, il presidente **Zega** ha scritto e inviato una lettera all'assessore alla Sanità della Regione Lazio, **D'Amato**, per appoggiare la richiesta di liberare i colleghi impegnati nel SSR dal **vincolo di esclusività** (che li costringe a operare solo nella struttura in cui lavorano) per potersi mettere a disposizione della campagna vaccinale di massa.

L'Ordine di Roma concorda nell'affermare che: "investendo sugli infermieri (anche quelli Pediatrici), il cambio di passo sarebbe garantito e che, entro l'estate, si potrebbe raggiungere anche la cosiddetta 'immunità di gregge', con 45 milioni di italiani vaccinati (il 75% della popolazione)".

Nell'idea della Fnopi, per farlo basterebbero due ore di lavoro in più per ogni infermiere, e il compenso stabilito o in base a scelte regionali o con 500 euro al mese in più (per tre mesi) o, ancora, con circa 10 euro a vaccinazione (pari a quella indicata per altre categorie professionali).

Un effetto non secondario sarebbe quello di immettere, anche sul territorio e/o a domicilio, quasi 90 mila vaccinatori che ora sono solo in ospedale. Stesso discorso per l'utilizzo degli infermieri libero-professionisti (oltre 30 mila, quelli disponibili) con una premialità che segue il modello usato dalla Protezione Civile per creare le *taskforce* di medici e infermieri inviate nelle Regioni più colpite nella prima fase della pandemia: retribuzione uguale per tutti. Ecco il testo integrale:

"Egregio Assessore D'Amato, con la proposta avanzata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni

ni Infermieristiche si apre, a nostro giudizio, una grande opportunità per avviare la macchina delle vaccinazioni di massa. Liberando, infatti, le energie dei colleghi impegnati nel SSR, in ipotesi per tre ore al giorno, e fuori dall'orario di servizio, superando il vincolo della esclusività, si avrebbe questo risultato: il numero degli infermieri dipendenti da SSR è attualmente fra le 25 mila e le 26 mila unità; è presumibile che almeno un terzo di questi colleghi risponderebbe all'appello che le Istituzioni potrebbero lanciare; si avrebbero quindi circa 8.300 vaccinatori altamente professionali a disposizione. Secondo gli ultimi dati, questi potrebbero effettuare circa 6 vaccinazioni all'ora, ovvero 149.400 vaccinazioni al giorno. Non c'è bisogno di spiegarle il massiccio impatto positivo sulle operazioni di vaccinazioni di massa che ciò comporterebbe. Si tenga presente che tale possibilità - quella di consentire agli infermieri dipendenti dal SSR di esercitare altrove la loro attività - ha già un precedente non soltanto nel personale addetto alle USCAR, ciò che le è certamente ben noto, ma anche nel ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive con il quale molte aziende sanitarie richiedono lo svolgimento di attività fuori dall'orario contrattuale. Infine, la stessa legge di Bilancio n.178 del 30 dicembre 2020 prevede espressamente l'utilizzo dell'istituto delle prestazioni aggiuntive per il personale infermieristico con tanto di relativa tariffazione. Una considerazione a parte, ma di analoga importanza, riguarda a nostro avviso gli Infermieri pediatrici, la cui competenza professionale li rende perfettamente in grado di adempiere alla vaccinazione di un soggetto adulto. Nel loro caso, non si tratta soltanto di liberare dal vincolo di esclusività i colleghi dipendenti dal SSR, ma anche di consentire che l'intera categoria - e dunque anche gli Infermieri pediatrici liberi professionisti ovvero i dipendenti di strutture sanitarie non pubbliche - possa esercitare l'opera di vaccinazione come è indiscutibilmente in grado di fare con adeguata competenza. Alla luce di queste considerazioni, siamo certi che la Regione Lazio vorrà predisporre tutti i procedimenti necessari per cogliere la straordinaria opportunità di risolvere, in tempi soddisfacenti, l'emergenza sanitaria presente: determinata non dalla carenza di vaccini - a breve in via di risoluzione - ma dal numero finora inadeguato dei soggetti in grado di somministrarli".

In Breve

Riattivata raccolta adesioni per vaccinazioni anti COVID-19

La Regione Lazio ha riattivato il servizio per la comunicazione degli infermieri non inclusi nei piani vaccinali anti COVID-19 finora riservati al personale sanitario. L'inserimento è aperto a tutti gli infermieri in servizio nel Lazio, anche non liberi professionisti.

L'Ordine provvederà a fare le segnalazioni e le ASL organizzeranno le vaccinazioni nella prima domenica disponibile, presso l'HUB del parcheggio dell'Aeroporto di Fiumicino.

Dettagli disponibili nella pagina dedicata, all'indirizzo <https://opi.roma.it/vaccinazione-per-i-liberi-professionisti/>, mentre i dati richiesti vanno inviati a: ordine@opi.roma.it

Nel Decreto Sostegni le norme per rilanciare la campagna vaccinale

“**S**iamo molto soddisfatti delle decisioni prese dal Governo con il Decreto Sostegni. Risulterebbero per il Lazio 9.600.000 euro. Soprattutto, quel che conta, è stato allentato il vincolo di esclusività che impediva a più di 25.000 infermieri del Servizio Sanitario Regionale di dare il loro essenziale contributo alla campagna di vaccinazione di massa”. Lo ha dichiarato **Maurizio Zega**, presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, all'indomani dell'approvazione in Consiglio dei Ministri, il 19 marzo scorso, del decreto legge che, tra l'altro, contiene novità anche in ambito sanitario. “Ora - prosegue Zega - con i fondi stanziati, si libereranno migliaia di ore di lavoro infermieristico nel



Lazio. Sempre che la Regione si faccia trovare preparata in termini di reperimento degli spazi idonei e che finisca la triste saga della penuria di vaccini”.

Si va, quindi, certamente nella giusta direzione: meno limiti, più salute.

“Ma - osserva ancora Zega - non possiamo tralasciare di aggiungere che il vincolo di esclusività, che il decreto sospende soltanto per le misure anti COVID-19, resta una norma incomprensibile e ingiusta. Con l'istituzione dell'Ordine, agli infermieri è stata riconosciuta una dignità professionale specifica che mal si accorda con cosiddetti vincoli di esclusività, peraltro inesistenti se si parla di altre categorie professionali della sanità. Confidiamo che a questo timido, primo passo avanti, ancora farcito da logiche di posizione più che di scienza e di prassi quotidiana, ne seguano altri”.

Inoltre, sempre nel Decreto Sostegni, l'intervento della Federazione nazionale FNOPI a tutela della professione ha consentito di evitare un grave errore di forma (e di sostanza) che avrebbe compromesso l'efficacia della partecipazione della categoria nella campagna vaccinale.

Nel testo finale del decreto “bollinato” dalla Ragioneria generale dello Stato, il riferimento al comma 460 della legge di Bilancio 2021 (che molti, invece, non hanno subito colto nelle sue gravi conseguenze) è stato eliminato. Poi, grazie agli uffici dell'Ordine, che hanno individuato il problema nella prima versione e sono intervenuti nelle ore precedenti al Consiglio dei Ministri, illustrandolo al Ministro della Salute, si è potuto intervenire per la modifica.

Ora gli infermieri dipendenti potranno, quindi, rendersi disponibili su base volontaria, senza vincoli a livello locale e regionale al di fuori dell'azienda di appartenenza. In questo momento, il Paese ha bisogno di vaccinare il più possibile: non era pensabile tenere fuori gli infermieri del SSN e, grazie all'allentamento dell'esclusiva, oggi, si potenzia l'immunizzazione della popolazione. Cosa su cui gli Ordini degli Infermieri si sono sempre impegnati.

Attualmente, gli infermieri dipendenti sono circa 270 mila e, se solo un terzo di questi dovesse aderire alla campagna vaccinale (ma il numero sarà sicuramente maggiore), ci saranno almeno 90 mila vaccinatori in più, in grado, in media, di eseguire 12 vaccinazioni ogni due ore. Ergo, secondo le stime FNOPI, con sole due ore al giorno, per cinque giorni a settimana, si potrebbero aggiungere, a quelle già programmate, fino a 5,5 milioni di vaccinazioni in più ogni settimana.

Disponibilità di vaccini permettendo naturalmente, e con le necessarie garanzie e tutele legali per i vaccinatori.



dalla FNOPI

Recovery Plan e Infermieristica Superare le resistenze al cambiamento

Infermiere specializzato, infermiere prescrittore, infermiere gestore e coordinatore di percorsi assistenziali soprattutto sul territorio, incentivato con nuovi sbocchi di carriera e percorsi premianti. Ecco i cardini del futuro della Professione individuati in un documento della FNOPI

Infermiere specializzato, infermiere prescrittore, infermiere gestore e coordinatore di percorsi assistenziali soprattutto sul territorio, incentivato con nuovi sbocchi di carriera e percorsi premianti.

Sono i cardini del futuro della Professione individuati in un documento messo a punto dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), che rappresenta gli oltre 454 mila infermieri presenti in Italia, grazie a un *Advisory Board* composto da personalità di rilievo del Servizio Sanitario Nazionale, organizzato per individuare le prossime sfide del comparto e comprendere in che modo l'Infermieristica possa contribuire a potenziare e ammodernare il SSN, rendendo più forte la ripresa e la resilienza del Paese. Un testo inviato al Presidente del Consiglio, al Ministro della Salute, alle Regioni e al Parlamento.

La nuova Struttura Commissariale e il Ministro della Salute sembrano essersi resi conto che non si possono più sprecare competenze per l'immobilismo e le resistenze al cambiamento e che è necessaria l'innovazione delle politiche dei professionisti sanitari e la valorizzazione di tutte le loro competenze, acquisite attraverso un rigoroso percorso formativo di livello universitario.

È necessario per la tutela stessa della salute dei cittadini.

Un supporto importante al cambiamento in questo senso può venire dalle risorse del *Recovery Plan* per l'Italia, nell'ambito delle politiche per la salute: con le risorse europee dobbiamo garantire "investimenti ad alto rendimento e debito buono" e, per questo, tutte le nuove competenze acquisite dagli infermieri non possono più essere non utilizzate pienamente.

In altri Paesi, da molto tempo si è più avanti: in Gran Bretagna, Spagna, Francia e altri in Europa, così come Oltreoceano, in Usa, Canada e così via.



Se è vero quanto affermato dal presidente Draghi nel suo discorso in Parlamento per la fiducia che "conta la qualità delle decisioni, conta il coraggio delle visioni, non contano i giorni. Il tempo del potere può essere sprecato anche nella sola preoccupazione di conservarlo" e che dobbiamo fare tutto il "necessario per promuovere al meglio il capitale umano, la formazione, la scuola, l'università e la cultura", allora questo è il momento del coraggio per il cambiamento e le richieste degli infermieri sono chiare:

1. sviluppare e ampliare le competenze del personale infermieristico per adeguarle alle esigenze, identificando meglio il suo ruolo nei vari *setting* assistenziali;
2. risolvere il fabbisogno di personale infermieristico, sia in termini di programmazione degli accessi ai percorsi di studio, sia migliorando le prospettive di carriera, anche rispetto al trattamento economico;
3. migliorare i modelli organizzativi della rete ospedaliera e territoriale, valutandone un'adeguata programmazione dei bisogni, valorizzando il contributo del sapere infermieristico, stabilendo tra i professionisti un livello di integrazione multidisciplinare (*team*) e un livello di differenziazione dei rispettivi ruoli e competenze.

L'*Advisory* ha ritenuto indispensabile analizzare le criticità evidenti, valutando le opportunità di innovazione che la Professione può offrire nell'ambito dei singoli modelli organizzativi e ritiene necessario ampliare le competenze dell'infermiere con riferimento sia alla dimensione orizzontale (numeri e grado di autonomie e responsabilità già affidatogli) che a quella verticale (capacità di programmazione, regolazione e autocontrollo sulle attività di propria competenza) nei diversi ambiti.

Riformare il percorso di formazione, contestualmente ad un graduale ampliamento dei numeri programmati per le Lauree in Infermieristica e, in particolare, per l'accesso alle Lauree magistrali, per garantire flussi



costanti di infermieri in relazione alle esigenze dei servizi nei prossimi anni.

Per raggiungere l'obiettivo di qualificare le competenze del personale infermieristico è necessario porsi come obiettivo minimo (da realizzare entro un decennio) la disponibilità di un 20% dei professionisti ad elevata specializzazione nelle diverse aree dell'assistenza.

Valorizzare la professione con interventi su quattro dimensioni: pianificazione; reclutamento e selezione; percorsi di carriera e ricompensa. Cambiare rotta sugli interventi terapeutici grazie all'ampliamento delle competenze, a partire dalla possibilità di prescrivere alcune classi di farmaci e presidi che rientrano nella loro sfera di conoscenza e competenza.

Ma anche sugli interventi assistenziali, definendo la piena ed esclusiva funzione di cura e non di supplenza

delle altre professioni sanitarie, nonché superando la frammentazione e la disomogeneità dei modelli regionali.

Gestire e coordinare processi assistenziali (come, in contesti quali le Centrali operative del 116-117 e le Centrali dei servizi distrettuali); interventi di presa in carico proattiva anche attraverso nuovi strumenti di teleassistenza e soprattutto assistenza infermieristica territoriale con il potenziamento e la diffusione, a livello nazionale, dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità che permette di migliorare la presa in carico dei pazienti, monitorare la corretta aderenza terapeutica e cooperare con le altre figure professionali.

Per valorizzare la professione, poi, è necessario delineare il mix quali/quantitativo del personale nel medio periodo (*staffing*), in relazione agli standard di esiti di cura attesi sulla popolazione, dimensionando gli organici di personale sanitario in riferimento ai vecchi e nuovi bisogni della popolazione, e non soltanto rispetto all'equilibrio di spesa (minutaggio), e garantendoli nello stesso modo in tutte le Regioni.

Ancora: valutare, reclutare e valorizzare competenze specialistiche in relazione alle specifiche esigenze dell'organizzazione attraverso strumenti di selezione dei candidati (risorse conoscitive, comportamentali, professionali).

Infine, delineare un sentiero coerente di ruoli da ricoprire nel tempo, prevedendo anche un sistema premiante che mantenga equo il rapporto tra contributi e incentivi, in linea con gli altri Paesi membri della UE, nonché per motivare il personale.

In Breve

Rinnovo degli organi FNOPI Prevale lista "Autori del futuro"

Il 26, 27 e 28 marzo, si è votato per il rinnovo degli organi della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche.

Partecipazione complessiva pari all'83,3% di affluenza tra i 222 convocati: i presidenti degli Ordini provinciali OPI (chiamati ad esprimersi su Comitato centrale e Collegio Revisori) e i presidenti delle Commissioni provinciali Albo degli Infermieri e Infermieri Pediatrici (chiamati ad esprimersi sulle rispettive omonime Commissioni nazionali).

Su 102 Ordini provinciali, hanno partecipato alla consultazione elettorale i rappresentanti di 91 Ordini. Il numero maggiore di preferenze è andato ai 36 candidati della lista "Autori del futuro".

Per l'Ordine di Roma sono stati proclamati eletti: **Maurizio Zega** per il Comitato Centrale; **Immacolata Dall'Oglio** e **Maria Grazia Proietti** per la Commissione Albo degli Infermieri Pediatrici.



La Giornata degli operatori sanitari Il riconoscimento di Chiesa e Istituzioni

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, pur tra le tante difficoltà, sta fronteggiando una prova senza precedenti e si dimostra più che mai un patrimonio da preservare e su cui investire

“Questa occasione va dedicata soprattutto a loro”, così, il Capo dello Stato, **Sergio Mattarella**, il 20 febbraio scorso, per la Giornata nazionale dei Professionisti sanitari, socio-sanitari, socioassistenziali e del volontariato introdotta dalla legge n.155/2020.

“Una data importante per rinnovare la più profonda riconoscenza del Paese verso gli operatori che finora si sono battuti, e ancora si battono, contro il COVID-19.

Coloro che, con professionalità e abnegazione, sono in prima linea nel fronteggiare l'emergenza pandemica. Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, pur tra le tante difficoltà, sta fronteggiando una prova senza precedenti e si dimostra più che mai un patrimonio da preservare e su cui investire”.

Fin dall'inizio, infatti, il personale sanitario è stato all'altezza della minaccia del virus, impegnandosi con tutti gli strumenti a disposizione per evitare che l'epidemia precipitasse. Un impegno contrassegnato da difficoltà e sofferenze. Tanti hanno contratto il COVID-19, tanti non ce l'hanno fatta.

Come il Presidente, anche il Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, ha avuto solo parole di elogio: “L'emergenza non è finita e c'è ancora bisogno della collaborazione di tutti. A nome del Governo, voglio ringraziare chi ha fatto fino in fondo la propria parte, a chi ha combattuto tra le difficoltà, a chi non ha fatto mancare mai il massimo impegno. A un anno di distanza dall'inizio della pandemia, abbiamo vaccini e cure, ma la battaglia non è finita, non abbiamo ancora vinto. Il Paese deve restare unito, stringersi attorno al Servizio Sanitario Nazionale, che è l'affermazione del diritto





dalla FNOPI

INFERMIERI CONTAGIATI DA COVID-19

Regioni	% Infermieri contagiati su operatori sanitari contagiati	N° assoluto inferm. dipend. contagiati (al 31/12/20)	N° assoluto infermieri non dipendenti (*) contagiati	Totale infermieri contagiati
ABRUZZO	85,0%	1.267	190	1.458
BASILICATA	82,0%	251	87	338
CALABRIA	88,8%	472	260	731
CAMPANIA	88,3%	4.116	775	4.890
EMILIA ROMAGNA	84,5%	5.940	581	6.522
FRIULI VENEZIA G.	79,5%	1.506	160	1.667
LAZIO	85,5%	4.317	868	5.185
LIGURIA	83,9%	3.120	256	3.376
LOMBARDIA	78,0%	21.476	1.034	22.510
MARCHE	88,0%	1.137	203	1.340
MOLISE	89,0%	40	59	100
PIEMONTE	77,4%	9.257	508	9.765
PROVINCIA AUTON. DI BOLZANO	77,8%	690	84	774
PROVINCIA AUTON. DI TRENTO	84,6%	1.238	79	1.317
PUGLIA	86,3%	2.200	575	2.775
SARDEGNA	86,0%	1.386	219	1.605
SICILIA	88,4%	2.426	634	3.061
TOSCANA	82,5%	4.145	485	4.630
UMBRIA	86,9%	411	127	538
VALLE D'AOSTA	85,0%	341	17	358
VENETO	84,0%	8.494	637	9.131
ITALIA	84,4%	70.369	7.879	78.248

*Liberi professionisti, dipendenti da strutture private, dipendenti da altri Enti

Fonte: elaborazione Centro Studi FNOPI su dati INAIL al 31 dicembre 2020 e Albo nazionale a febbraio 2021

alla salute, il mattone per costruire l'Italia del futuro". Anche **Papa Francesco** è intervenuto in questa Giornata: "Desidero rivolgere un pensiero speciale ai medici, infermieri e personale sanitario deceduti a causa della pandemia, ricordando lo svolgimento generoso, e a tratti eroico, della loro professione, vissuta come una missione. L'esempio di tanti nostri fratelli e sorelle, che hanno messo a repentaglio la propria vita fino a perderla, suscita in tutti noi viva gratitudine ed è motivo di riflessione. Di fronte a tanta abnegazione, l'intera società deve testimoniare sempre più l'amore per il prossimo e la cura degli altri, specie dei più deboli. La dedizione di quanti sono impegnati in ospedali

e strutture sanitarie è un 'vaccino' contro l'egocentrismo e dimostra il desiderio più autentico che abita nel cuore dell'uomo: farsi accanto a coloro che hanno più bisogno".

Il 20 febbraio 2021, su proposta della FNOPI, gli infermieri hanno osservato un minuto di silenzio a inizio turno, in ricordo degli 82 colleghi deceduti nella lotta alla pandemia e dei circa 100 mila contagiati (nonché per onorare gli operatori sanitari e chi quotidianamente lotta contro il virus).

Il numero di professionisti deceduti nel 2020 è maggiore di quanto si stimi: 82 gli infermieri deceduti per COVID (di cui 6 suicidi), ma gli Ordini provinciali ne hanno rilevato quasi 500, con un aumento di circa 100 rispetto alla media degli anni precedenti. Tra questi, molti anziani e pensionati. La Federazione li ha ricordati tutti nel minuto di silenzio.

La mortalità, se nella prima fase si è concentrata al Nord, oggi avanza su tutto il territorio nazionale: il peso del COVID-19 è dimostrato anche dal calo assoluto di circa un anno dell'età media dei deceduti.

Gli infermieri sono la categoria professionale che conta il maggior numero in assoluto di contagi e anche la maggiore in prima linea è quella, mediamente, con un'età più giovane.

Grazie alle vaccinazioni, i contagi tra gli operatori sono in diminuzione anche fino al 50%, ma secondo l'INAIL, a dicembre 2020, gli infermieri contagiati sono l'84,4% di tutti gli operatori sanitari che hanno contratto il virus: circa 71 mila tra i dipendenti (ma il dato ufficiale è sottostimato) a cui si aggiunge la percentuale di liberi professionisti non censita.

Le percentuali di infermieri contagiati sono diverse nelle Regioni e si va dal minimo del 77,4% in Piemonte al massimo dell'89% in Molise.

Per loro e per tutti i cittadini, la FNOPI chiede al Governo, al Parlamento e alle Regioni di far sì che si possano accelerare le campagne vaccinali, ricordando anche che gli infermieri rappresentano la carta vincente per l'assistenza sul territorio.

Intanto, la Federazione Nazionale, con il Fondo #NoiConGliInfermieri (www.noicongliinfermieri.org), patrocinato da più di 42 associazioni di pazienti e Società scientifiche (oltre a singoli donatori, OPI provinciali, Associazioni di pazienti e "grandi donatori"), sostiene gli infermieri e le famiglie di quelli deceduti nella pandemia.

Sono 4 i milioni di euro finora raccolti e oltre 2 sono già stati devoluti. Le domande giunte in Federazione sono più di 7.000 e finora sono stati erogati contributi per circa 1.000 richiedenti.

Il progetto è stato prorogato fino a giugno 2021.



dalla FNOPI

Lettera a Draghi: valorizzare l'infermiere perchè è riferimento per cittadini e famiglie

L'uso dei fondi del *Recovery Plan* e l'applicazione reale delle previsioni del Patto per la Salute, riconoscendo l'essenziale apporto che un sistema multiprofessionale moderno può dare alla crescita della cura e dell'assistenza, ma anche



della prevenzione e tutela delle fragilità, potrebbero davvero rispondere alle esigenze che la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha illustrato nella sua lettera al premier, **Mario Draghi**.

Tra queste, **la crescita professionale** degli infermieri, il riconoscimento delle loro qualità assistenziali e dell'**autonomia** necessaria a garantire servizi e assi-

stenza all'altezza di un Servizio sanitario nazionale universalistico ed equo. **Stop al precariato** e alle soluzioni emergenziali per quanto riguarda la carenza di organici. **Nuova governance** e nuovo impulso al sistema sanitario, crescita e definizione di **nuovi modelli** che dovranno caratterizzare il Sistema salute.

Nella lettera a Draghi si legge: "Siamo certi che, grazie alla Sua prestigiosa esperienza, saprà dare nuova linfa alle strutture e ai professionisti sanitari che, fino a oggi, hanno fatto di tutto per garantire l'altissima qualità del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ma che ormai sono allo stremo, sia economicamente... sia, soprattutto, dal punto di vista degli organici... Gli infermieri, nella pandemia, si sono dimostrati essenziali per l'assistenza ai pazienti altrimenti soli nelle corsie Covid, si dimostrano fondamentali per il supporto ai malati cronici come sottolineano anche le associazioni di cittadini-pazienti che li rappresentano, sono i naturali controllori della salute scolastica e dell'educazione sanitaria...". E continua: "Finora, si è parlato più volte d'intesa con le Regioni, di assicurare un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri e integrare i servizi sanitari e sociosanitari territoriali, ma la maggior parte di queste intenzioni è rimasta sulla carta. Si tratta di valori e azioni fondamentali per le quali la FNOPI da anni si batte per dare nuove speranze agli oltre 454 mila professionisti infermieri che rappresenta, quale maggior Ordine professionale del Paese. Professionisti che da anni sono in attesa di una nuova organizzazione del lavoro che riconosca l'alto livello di professionalità ormai raggiunto, cancellando le attuali difformità che non consentono spesso di far gestire nel modo più corretto e meritocratico il personale nelle aziende pubbliche e private accreditate con il SSN".

In Breve

La polizza assicurativa FNOPI copre il vaccino anti COVID-19

La Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche ha chiesto alla compagnia assicuratrice di chiarire che la polizza professionale, messa a disposizione di tutti gli infermieri proprio dalla FNOPI, comprende anche la somministrazione vaccinale anti COVID-19.

Il contratto assicurativo è accessibile a tutti gli iscritti all'Albo degli Infermieri o Infermieri Pediatrici tramite l'apposita area dedicata sul sito FNOPI, nella fattispecie, per tutelare le attività svolte: in regime di dipendenza per conto del SSN; presso Strutture Sanitarie o Sociosanitarie private; in regime di libera professione; per il tramite di cooperative.

La polizza in convenzione, su base volontaria, può essere sottoscritta singolarmente o in aggiunta alla polizza di RC Professionale, e contiene tutte le coperture obbligatorie previste dalla legge 24/2017, assicurando le spese legali e di giustizia in caso di procedimento penale nell'ambito dell'attività professionale infermieristica svolta.





dalla FNOPI

ECM, pubblicate le regole da seguire durante la pandemia

Sul sito della Commissione nazionale ECM, sono state pubblicate una serie di delibere (date 4 febbraio) che modificano i criteri di Educazione Medica Continua in funzione della pandemia.

In particolare, per i professionisti sanitari è previsto che, per l'applicazione della delibera sul recupero del debito formativo pregresso (del 18 dicembre 2019), non sia possibile far capo alle riduzioni previste nel **"Manuale sulla formazione continua del professionista sanitario"**, se ha proceduto allo spostamento dei crediti acquisiti mediante progetti con "data di fine evento" fino al 31/12/2021.

Invece, per quanto riguarda la possibilità di spostamento dei crediti, dopo la certificazione dell'assolvimento dell'obbligo di formazione ECM da parte di Co.Ge.A.P.S., quelli di recupero dell'obbligo formativo potranno essere solo i crediti acquisiti in eccedenza rispetto al *quantum* per l'assolvimento dell'obbligo formativo individuale. Per la riduzione del debito formativo, per i professionisti sanitari di zone colpite da eventi sismici nel 2016 e nel 2017, la delibera chiarisce che, per il triennio 2014-2016, è di 25 crediti.

L'obbligo formativo (75 crediti per triennio 2017-2019), invece, fa riferimento ai soli professionisti che, in assenza di tale disposizione, avrebbero avuto un obbligo triennale di 150 crediti.

Per tutti i professionisti che, per il triennio 2017-2019,

invece, avrebbero dovuto ottenere un numero di crediti minore di 150, la riduzione è della metà dell'obbligo formativo; quelli che hanno conseguito un numero di crediti superiore all'obbligo possono portare in riduzione i crediti in eccedenza per il triennio 2020-2022.

Altra delibera riguarda chi è in pensione e svolge saltuariamente l'attività professionale sanitaria, con un reddito annuo non superiore a 5.000 euro.

Questi, per avere diritto all'esenzione, dovranno dichiarare di aver cessato l'esercizio della professione sanitaria per pensionamento e di aver svolto esclusivamente "attività lavorativa saltuaria".

La riduzione dell'obbligo formativo individuale è calcolata in 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell'attività professionale, nel limite dell'obbligo formativo individuale triennale. Se l'attività professionale, poi, non dovesse essere più saltuaria, tornerebbe di nuovo l'intero obbligo formativo individuale per tre anni. Per i *provider* è previsto che, fino al termine dell'emergenza sanitaria e comunque in presenza di specifiche disposizioni che vietino lo svolgimento di eventi residenziali o ne limitino la partecipazione, è consentito l'utilizzo di modalità di collegamento in videoconferenza per chi si connette individualmente.

Una precisazione anche per quanto concerne la Formazione sul Campo (FSC) che si caratterizza per lo svolgimento in "contesti lavorativi qualificati", secondo quanto stabilito dai "Criteri di attribuzione dei crediti alle attività ECM". Si tratta di attività di formazione che avvengono nel contesto lavorativo del discente e a cui sono strettamente connesse per migliorare le competenze nello specifico ambito di pertinenza.

"Considerato, dunque, che la FSC esplica la propria efficacia negli ambiti lavorativi ove il personale sanitario si trova quotidianamente ad operare - spiega la Commissione nazionale - la stessa appare esulare dal divieto di svolgimento di 'convegni, congressi e altri eventi' (stabilito dal DPCM del 14 gennaio 2021, all'art. 1, co. 10).

A tal riguardo, si rappresenta che le circolari del Ministero della Salute del 23 giugno 2020 e del 7 gennaio 2021, in materia di 'Indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso e per la formazione in sicurezza dei soccorritori', specificano che 'la formazione continua del personale sanitario dei sistemi di emergenza territoriale non può essere sospesa o rimandata, per evidenti motivi di mantenimento della capacità operative'. Resta ferma la responsabilità del provider nell'organizzare e erogare l'evento FSC, che deve avvenire nel rigoroso e completo rispetto delle prescrizioni adottate dalle competenti autorità in materia di gestione dell'emergenza sanitaria in atto".





Coordinamento OPI alla Regione Lazio: “Più posti all’Università e fondi alle Aziende sedi di Corsi di Laurea”

A febbraio, il Coordinamento degli OPI del Lazio ha indirizzato una lettera al presidente della Regione Lazio, Nicola Zingaretti, e all'assessore alla Salute, Alessio D'Amato, sulla preoccupante carenza di infermieri sul territorio e sullo stop dei finanziamenti alle Aziende sanitarie sedi di CdL in Infermieristica

Il Coordinamento degli Ordini delle Professioni Infermieristiche del Lazio ha indirizzato una lettera urgente al presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**, e all'assessore alla Salute, **Alessio D'Amato**, sulla preoccupante carenza di infermieri sul territorio e sullo stop dei finanziamenti alle aziende sanitarie sedi di Corsi di Laurea in Infermieristica.

A tal proposito, la collega **Antonella Leto** è stata indicata quale membro OPI Roma per la definizione dei fabbisogni formativi.

Questo, il testo integrale inviato alla Regione a firma del presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**, in rappresentanza anche degli Ordini di Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo.

“La pandemia da Sars-Cov-2 sta evidenziando ancor più marcatamente la grave carenza di personale infermieristico esistente nel nostro Paese e, in particolare, nel Lazio. Una crisi che si trascina da anni, ma che l'attuale emergenza sanitaria rende manifesta in tutta la sua drammaticità.

Numerosi studi internazionali mostrano come la scarsa dotazione di infermieri pone a rischio la sicurezza dei pazienti e influisce significativamente sulla qualità delle cure e sulla mortalità (...).

Nel corso dell'ultimo anno, i cospicui arruolamenti avvenuti nelle strutture sanitarie pubbliche della nostra regione hanno determinato, oltre all'esaurimento dei professionisti abilitati disponibili, un forte depauperamento degli organici in molte strutture sanitarie convenzionate, soprattutto nelle Rsa. Molte di queste provano inutilmente a rimpiazzare

i professionisti assunti nelle strutture pubbliche rivolgendosi a cooperative, agenzie di lavoro interinale, studi associati, tentando anche di arruolare infermieri dall'estero, peraltro con esiti assai scarsi. In tale scenario, gli organismi di rappresentanza professionale sollecitano da anni il Ministero, ergo le Università, affinché si formi un numero molto più elevato di infermieri per coprire il crescente fabbisogno della popolazione.

Alla luce di quanto esposto, si chiede alla Regione Lazio di invitare le Aziende Sanitarie sede di Corsi di Laurea in Infermieristica ad aumentare i posti disponibili già dal prossimo Anno Accademico e ad attivare nuove sedi sul territorio in tutte quelle strutture previste dalla normativa vigente. A tal fine, si rende necessario riattivare i finanziamenti dedicati, previsti dall'Art. 8 del 'Protocollo d'intesa tra Regione Lazio ed Università per il funzionamento e l'attivazione dei Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie' del 2007, che vuole il trasferimento dei fondi alle amministrazioni degli Enti sede dei Corsi per la copertura degli oneri finanziari connessi ad alcune voci di spesa.

Proprio per ragioni economiche, tali Enti, infatti, hanno rinunciato a chiedere le convenzioni, o addirittura, negli anni, hanno chiesto la risoluzione degli accordi chiudendo sedi formative. Inoltre, sarebbe necessario provvedere ad una riqualificazione delle sedi formative esistenti anche in termini di strutture e personale. Infatti, gran parte delle sedi di formazione universitaria ormai da anni, per vincoli di bilancio, non prevedono alcun intervento.

Si fa presente che solo nel 2008 sono stati previsti dei rimborsi *una tantum* alle Aziende, a copertura degli anni 1998-2006.

Poi più nulla.

È evidente quindi che, se non si prevede un intervento immediato che possa dare alle Aziende e strutture sanitarie un incentivo e un sostegno per il potenziamento della rete formativa nel tempo, non si potrà che assistere ad una lenta ma inevitabile riduzione del numero dei formandi nella nostra Regione, rendendo difficile raggiungere gli standard numerici e qualitativi richiesti non solo dagli istituti di ricovero, ma soprattutto dal territorio che, come previsto e dimostrato, rappresenta il futuro della Sanità regionale e nazionale.

Si segnala infine, con grande preoccupazione, che, anche adesso, molte delle sedi formative regionali risentono fortemente dei tagli al personale assegnato e alla manutenzione delle strutture messe a disposizione degli studenti”.

A Trevignano Romano arriva l'ambulatorio infermieristico

L'ASL Roma 4 inaugura un servizio sanitario organizzato e gestito da infermieri, per rispondere ai bisogni assistenziali dei cittadini attraverso l'erogazione di diverse prestazioni essenziali

Sabato 13 febbraio, ha aperto l'ambulatorio infermieristico del comune di Trevignano Romano (nel distretto dell'ASL Roma 4, presso il Centro polifunzionale del centro anziani "Anselmo Cecconi").

L'ambulatorio è un servizio sanitario assistenziale del comune laziale, che sarà aperto al pubblico il sabato, dalle 11 alle 13.30.

Organizzato e gestito da infermieri, il presidio è stato attivato allo scopo di rispondere ai bisogni assistenziali del cittadino, attraverso l'erogazione delle prestazioni infermieristiche. Inoltre, fornirà alla cittadinanza un punto di "ascolto sanitario" che faciliterà l'orientamento e l'accessibilità ai servizi sanitari e garantirà la presa in carico dei cittadini attraverso la continuità assistenziale tra ospedale e servizi sanitari territoriali, come i consultori e medici di Medicina generale e servizi domiciliari.

Le prestazioni erogate presso l'ambulatorio infermieristico sono: terapia iniettiva, rilevazione della pressione, rilevazione della glicemia, medicazioni,

rimozione dei punti di sutura delle ferite chirurgiche, gestione cateteri vascolari, sostituzione catetere vescicale, istruzioni alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale, istruzione e educazione all'autogestione delle stomie digestive e respiratorie, istruzioni e autocontrollo della glicemia, consulenza e informazione in materia di educazione alimentare, orientamento all'accesso dell'utilizzo dei servizi sanitari pubblici, consulenza e informazione in materia di prevenzione cura e mantenimento del livello di salute e autonomia.

Il cittadino può rivolgersi direttamente all'ambulatorio infermieristico per usufruire delle prestazioni assistenziali o per ricevere informazioni di natura educativa, preventiva e gestionale. Lì sarà accolto da un infermiere di riferimento.



In Breve

A Fiano Romano i no vax non erano infermieri

La settimana scorsa, **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma, è intervenuto sul "caso" Fiano Romano per precisare che la notizia riportata da diversi giornali, secondo cui infermieri no vax avrebbero infettato gli ospiti di una casa di riposo, è "priva di ogni fondamento".

Con incredibile superficialità, infatti, alcuni titoli di stampa hanno gettato discredito sull'intera categoria professionale, quando, in verità, si trattava di un operatore socio-sanitario che aveva rifiutato il vaccino.

"È arrivato il momento che il mondo dell'informazione prenda atto che gli infermieri sono dei professionisti laureati con responsabilità proprie. Non siamo un ruolo tecnico di supporto: l'Infermieristica è una professione scientifica; il nostro agire è determinato dalle evidenze", ha concluso Zega.





Il personale sanitario italiano candidato al premio Nobel per la Pace 2021

Gli Accademici di Oslo hanno dato il loro *placet* alla candidatura ufficiale di infermieri e medici italiani al Nobel per la Pace 2021 (in riferimento alla pandemia del 2020), con questa motivazione: *“Il personale sanitario italiano è stato il primo nel mondo occidentale a dover affrontare una gravissima emergenza sanitaria, nella quale ha ricorso ai possibili rimedi di medicina di guerra, combattendo in trincea per salvare vite e spesso perdendo la loro”*.

Si tratta dell'unico premio che viene assegnato in Norvegia (gli altri, tutti in Svezia) per volere stesso del fondatore, Alfred Nobel, sin dal 1901. Ed è anche il più prestigioso: il semplice fatto che i nostri medici e infermieri siano stati scelti dai cinque membri della Commissione norvegese è già in sé motivo di grande orgoglio.

La candidatura italiana “Per la Pace” non ha precedenti nella storia, visto che non è mai accaduto che il personale sanitario di un Paese la ricevesse nella sua totalità. Si tratta, sotto molti aspetti, della vittoria del coraggio e del sacrificio dei medici e degli infermieri nazionali, operosi oltre i tanti limiti di una Sanità umiliata dai tagli

e dalle politiche poco lungimiranti degli ultimi anni. Per il corpo sanitario italiano (così come previsto dal protocollo di candidatura), la proposta è stata sottoscritta ufficialmente da un altro Nobel per la Pace: l'americana **Lisa Clark**, co-presidente dell'*International Peace Bureau*, che ha ritirato il premio nel 2017, vive in Toscana e ha prestato attività di assistenza volontaria durante l'epidemia. Per lei: *“L'abnegazione nell'emergenza del 2020 è stata commovente. Qualcosa di simile a un libro delle favole, da decenni non si vedeva niente del genere. Il personale sanitario italiano non ha più pensato a se stesso ma a cosa poteva fare per gli altri con le proprie competenze”*.

La notizia della candidatura è giunta il 18 marzo, quando l'Italia ha ricordato tutte le vittime del COVID-19 con una Giornata dedicata.

La proposta di candidatura, invece, è stata avanzata dalla Fondazione Gorbachev, che si caratterizza per l'organizzazione dei Summit Mondiali dei Premi Nobel per la Pace, e, secondo cui, l'alto merito andrebbe riconosciuto ai: *“medici, infermieri, farmacisti, psicologi, fisioterapisti, biologi, tecnici, operatori civili e militari tutti, che hanno affrontato in situazioni spesso drammatiche e proibitive l'emergenza COVID-19 con straordinaria abnegazione, molti dei quali sacrificando la propria vita per preservare quella degli altri e per contenere la diffusione della pandemia”*.

Si tratterebbe davvero di un importante riconoscimento per il grande impegno e la dedizione del personale sanitario italiano, che si sono palesati soprattutto in periodi difficili e di emergenza come questo.

Resta chiaro, però, che bisogna tenere alta l'attenzione sulla Professione ogni giorno, sottolineando il fatto che per i nostri infermieri bisogna definire standard lavorativi valorizzanti e retribuzioni che non siano le più basse d'Europa.





dall'ESTERO

Certificazione CGFNS *International* e ICN per un “Registro di infermieri esperti”

Con questo nuovo programma, la Professione infermieristica avrà la possibilità di influire seriamente sulle Politiche di salute globale

L'*International Council of Nurses (ICN) e CGFNS International Inc. (CGFNS) hanno annunciato il primo Programma di certificazione per riconoscere le straordinarie capacità degli infermieri e sviluppare un quadro di Certified Global Nurse Consultants (CGNC).*

Con questo nuovo programma, la Professione infermieristica, sempre più considerata per la sua esperienza in una gamma più ampia di questioni di Salute pubblica e forza lavoro nel mondo, avrà la possibilità di influire seriamente sulle Politiche di salute globale.

In questo modo, l'ICN identificherà e certificherà un corpo di infermieri che costituiranno una potente risorsa di specialisti per affrontare la crescente domanda di consulenza infermieristica esperta mondiale. Questo rigoroso programma di certificazione è progettato per acquisire le credenziali degli infermieri durante l'arco della loro carriera, inclusi i contributi unici all'assistenza sanitaria, le loro specifiche aree di competenza e i risultati professionali ed educativi.

Attraverso la certificazione CGNC, CGFNS e ICN riconosceranno le capacità degli infermieri che lavorano

in una varietà di ruoli: medici specializzati e responsabili politici, educatori, amministratori e altro.

Quelli che soddisfano gli standard CGNC riceveranno un certificato che “convalida” il loro corpo di conoscenza ed esperienza, consentendogli di contribuire a varie iniziative ICN e di consultarsi con Governi, istituzioni sanitarie e ONG che vogliono anche il parere infermieristico sui problemi di salute posti in essere sia durante che dopo la pandemia da COVID-19.

Il presidente ICN, **Annette Kennedy**, ha detto: “Noi siamo la voce dei 27 milioni di infermieri nel mondo e sappiamo che le politiche sanitarie funzionano meglio quando gli infermieri sono coinvolti nella loro formulazione. È per questo che devono avere un posto al tavolo delle politiche e questo nuovo programma è entusiasmante perché garantirà esperti riconosciuti che sosterranno, in modo più efficace e potente, il miglioramento dell'assistenza infermieristica e della salute. I consulenti infermieristici globali certificati amplieranno la voce degli infermieri nella definizione delle Politiche, miglioreranno la risposta alle attuali sfide sanitarie a livello nazionale e globale e forniranno consigli per plasmare il futuro dell'assistenza sanitaria”. “Essendo la professione sanitaria più numerosa e affidabile, gli infermieri sono chiamati a fornire soluzioni per i bisogni di salute pubblica più urgenti. Certificando l'ampiezza e la profondità della loro esperienza, questo programma metterà gli infermieri esperti in prima linea nello sforzo per affrontare le questioni globali più necessarie”, ha aggiunto **Franklin A. Shaffer**, presidente e CEO di CGFNS International. La tempistica del programma CGNC è quanto mai azzeccata, visti i notevoli risultati degli infermieri impegnati contro il COVID-19 durante l'Anno internazionale dei lavoratori della Sanità e dell'assistenza dell'OMS, e come CGFNS e ICN segna il 16° anniversario di un'altra collaborazione di successo, l'*International Center on Nurse Migration (ICNM)*.

Info: <https://cgnc.cgfns.org>





ICN, il Congresso 2021 è a novembre in modalità virtuale

L'evento celebrerà il lavoro degli infermieri a livello internazionale

Torna il Congresso ICN (*International Council of Nurses*), per l'occasione in collaborazione con la *Emirates Nursing Association*.

Negli ultimi 120 anni, quest'evento si è mostrato come la piattaforma globale che ha riunito e "responsabilizzato" la comunità infermieristica.

In questi tempi straordinari, si terrà in modalità virtuale, dal 2 al 4 novembre 2021, utilizzando il tema "**Infermieristica in tutto il mondo**", perchè farà passare il testimone infermieristico attraverso i diversi luoghi del Pianeta, in una serie di *live* e eventi interattivi che daranno a tutti i partecipanti l'opportunità di mettere in mostra le loro competenze e le innovazioni esperite.

Riunendo il 2020 (Anno internazionale dell'infermiera e dell'ostetrica) e il 2021 (Anno internazionale degli operatori sanitari e assistenziali), si celebrerà il lavoro degli operatori sanitari a livello internazionale, evidenziando le condizioni difficili che spesso sono chiamati a affrontare e per soste-

nere maggiori investimenti nelle Politiche sanitarie mondiali.

Mentre il mondo continua a combattere la pandemia da COVID-19, la convergenza di questi due eventi non va persa: l'importanza della forza lavoro infermieristica, specie in questo momento di maggior bisogno, non può essere sopravvalutata.

L'organizzazione presieduta da **Annette Kennedy** ha organizzato un evento che sarà il più grande raduno di infermieri di tutto il mondo nel 2021.

Il programma del Congresso sarà ricco delle ultime ricerche, tendenze e priorità nell'assistenza infermieristica e guarderà al futuro della sanità e al mondo post COVID-19.

I delegati dei Paesi ospiti potranno parteciparvi attivamente attraverso sessioni plenarie, principali e simultanee, display di poster elettronici, simposi e caffè politici, garantendo una vasta gamma di contenuti.

Gli infermieri sono al centro degli sforzi per prevenire, contenere e gestire ogni emergenza sanitaria e il Congresso ICN 2021 si baserà proprio sul contributo vitale degli infermieri nella battaglia per la salute e il benessere di tutti.

Info e aggiornamenti sul Congresso sono reperibili agli indirizzi: www.icncongress2021.org; www.icn.ch



In Breve

Si è svolto il Congresso ESNO sull'Infermieristica specialistica

ESNO (*European Specialist Nurses Organisation*) Organizzazione Europea degli Infermieri Specialisti, il 24, 25 e 26 febbraio scorsi, con il Congresso dedicato a: "L'infermiere specializzato nell'assistenza sanitaria europea verso il 2030" ha sottolineato, ancora una volta, l'importanza di un'istruzione e di un riconoscimento armonizzati nel contesto UE.

Questo terzo appuntamento, svolto in modalità on line, ha visto la partecipazione di numerosi esperti internazionali e di alcuni ricercatori del CECRI.

In un anno legato principalmente allo scoppio del Coronavirus e alle misure adottate dai diversi Sistemi Sanitari, le presentazioni *abstract*, i poster, i video e i *podcast* hanno fatto da perno a discussioni e dibattiti (in plenaria e sessioni di approfondimento) per riflettere sul contributo degli infermieri specialisti alla Sanità del futuro.

Nella giornata di giovedì 25 febbraio, per condividere lezioni e sfide riguardanti il riconoscimento transfrontaliero delle qualifiche professionali e per discutere i requisiti minimi di formazione per garantire la libera circolazione dei professionisti, due i progetti del Centro di Eccellenza di OPI Roma: "Le dinamiche interprofessionali sono cruciali per valorizzare la dignità professionale infermieristica: prospettive dalle cure palliative nei contesti comunitari" a cura di **Alessandro Stievano** e quella a seguire, su come: "Usare la scala delle competenze infermieristiche per valutare le competenze infermieristiche in Italia: uno studio trasversale" a cura di **Ippolito Notarnicola**.

Gli esperti CECRI hanno discusso degli infermieri nel ruolo specialistico e su come si posizioneranno nel Sistema sanitario che verrà.



“Stop alla Violenza a danno degli operatori sanitari” *Un libro per prevenire e gestire la violenza sul lavoro*



SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO

Marina Cannavò

“Stop alla violenza a danno degli operatori della salute. Prevenire e gestire la violenza sul lavoro”

SEU-Società Editrice Universo
(238 pagg, 27 Euro)

Marina Cannavò, Medico, specialista in Psichiatria e Psicoterapeuta, Dottorata di Ricerca in Neuroscienze Clinico-sperimentali e Psichiatria, Sapienza Università di Roma, ha dato alle stampe il suo primo lavoro: “Stop alla violenza a danno degli operatori della salute. *Prevenire e gestire la violenza sul lavoro*”, edito dalla Società Editrice Universo.

Con la prefazione del Dr. Filippo Anelli, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO) e la postfazione del professor Giuseppe La Torre, Docente di Medicina del Lavoro, Sapienza Università di Roma, l’Autrice affronta lo scottante fenomeno della violenza sul lavoro con una visione globale a 360 gradi e con una lente d’ingrandimento sugli effetti delle aggressioni sul benessere e sulla salute mentale del personale sanitario.

Proteggere la salute mentale degli operatori sanitari è così fondamentale che già da tempo esistono realtà dedicate in tanti Paesi europei e in America.

La Cannavò affronta con acribia metodologica lo spinoso tema che provoca sconcerto e rabbia in tutta la popolazione, in particolare negli operatori sanitari, diventato ancor più attuale durante la pandemia COVID-19. Ci troviamo, purtroppo, di fronte ad un fenomeno di proporzioni spaventose che richiede, come sottolineato in questo libro, un approccio multidimensionale ed integrato, capace di agire sui singoli fattori di rischio correlati al paziente, all’ambiente, all’organizzazione e al personale stesso, ma, al contempo, di attivare anche strategie di prevenzione, come i corsi di formazione per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza e la prevenzione dello *psychological strain* negli operatori sanitari.

Il libro è scritto con maestria dall’Autrice che, durante il suo Dottorato di Ricerca, ha approfondito lo studio della violenza sul lavoro come la causa più importante di questa “strage silenziosa” di operatori sanitari che dedicano la loro vita agli altri, a cominciare dai medici e dagli infermieri, sempre in prima linea nelle situazioni di emergenza.

In questo periodo di grave pandemia, la tutela della sicurezza degli operatori sanitari deve essere una delle priorità del nostro sistema perché, come recita una campagna lanciata da OPI Arezzo e abbracciata da numerosi altri OPI provinciali, tra cui OPI Roma, occorre difenderli oltre che dal contagio, soprattutto dal *burnout* e dalle conseguenze psicologiche e psichiatriche delle aggressioni fisiche e verbali, che sono purtroppo ancora presenti.

Nel libro, si investiga la radice delle aggressioni e le loro conseguenze psicologiche e psichiatriche sui professionisti della salute, con alcune proposte per il loro reinserimento nel luogo di lavoro. Nel I capitolo vengono chiariti i diversi significati dei termini “aggressività”, “aggressione” e “violenza sul lavoro”, oltre alle tipologie di violenza e alle teorie che possono spiegarne i motivi; nel II si identificano i fattori di rischio predittivi di violenza, la prevenzione e gli interventi per la gestione della violenza sul lavoro; nel III sono descritti i

fattori legati alla depressione e agli interventi per la prevenzione dello stress e delle patologie psichiatriche correlate e nel IV vengono presentati i risultati della ricerca svolta in un DEA romano, con particolare attenzione alle problematiche psicologiche e psichiatriche degli operatori sanitari e sociosanitari, vittime di violenza.

Alla luce dei risultati della ricerca, l'Autrice afferma che la violenza nei luoghi di lavoro è il più importante fattore predittivo di stress lavoro correlato e di patologie psichiatriche nei medici e negli infermieri.

Per questo motivo, descrive un modello di intervento integrato, che ponga attenzione specialmente alla prevenzione dello stress, alla cura della salute mentale e al reinserimento lavorativo dei professionisti della salute, che hanno subito episodi di violenza.

Come ha dichiarato l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001: *"Non c'è salute senza salute mentale", intesa come uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, sa lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità in cui vive"*.

Nell'Appendice del libro viene presentata la cronistoria del processo legislativo, lungo e tortuoso, per consentire al lettore di ricostruire i passi progressivi verso la legge antiviolenza. In allegato, la Legge Antiviolenza e il Documento di indirizzo della Regione Lazio sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.



I libri recensiti nella nostra rubrica sono reperibili presso la Biblioteca di sede.

Per la consultazione:

lunedì, mercoledì e giovedì, 15-18 (ingresso fino alle 17).

Martedì mattina consultazioni assistite delle banche dati internazionali per appuntamento (da prendere telefonicamente).

Info:

<https://opi.roma.it/biblioteca/>

Tel. 06/37511597

e-mail: biblioteca@opi.roma.it

Aviso

Nuovi giorni e orari per l'emergenza COVID-19

A causa dell'emergenza sanitaria da COVID-19, e fino a nuove disposizioni, la Biblioteca dell'Ordine riapre al pubblico solo su appuntamento: il **lunedì** e il **giovedì pomeriggio** dalle 15 alle 17.30 e il **martedì mattina** dalle 10 alle 13 (per le consultazioni assistite delle banche dati in sede).

Per prendere appuntamento, si prega di telefonare all'OPI (**06/37511597**) in orario biblioteca, usando l'interno dedicato. Per quanti non possono recarsi in sede si assicurano comunque i seguenti Servizi a distanza:

- richiesta di articoli disponibili nel possesso della Biblioteca (solo per gli iscritti all'OPI di Roma)
- ricerche bibliografiche (consultazione della banca dati CINAHL e/o PUBMED) con invio diretto degli articoli reperiti. È necessario descrivere il tema di ricerca in modo sintetico ma esaustivo, indicare un numero di cellulare per un contatto telefonico di approfondimento.

Per tutte le richieste è possibile scrivere a: **biblioteca@opi.roma.it**

Legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 Analisi delle nuove disposizioni a tre anni dal loro ingresso

Avv. Barbara Pisa



Con la legge n. 3 dell'11 gennaio 2018, meglio nota come “legge Lorenzin” in materia di riordino delle Professioni sanitarie, sono state adottate nuove disposizioni sugli Ordini delle professioni sanitarie, sugli Albi e sulle Federazioni nazionali, in sostituzione di quelle, oramai obsolete, contenute nel Decreto Legislativo del Capo dello Stato n. 233 del 13 settembre 1946. In particolare, con l'articolo 4 della predetta legge n. 3/2018 sono stati modificati i primi 8 articoli del D.lgs. del Capo provvisorio dello Stato n. 233/1946. Per quanto di nostro interesse, la prima novità introdotta è stata la trasformazione dei Collegi, già esistenti, in Ordini professionali: *“Dalla data di entrata in vigore della presente legge i collegi delle professioni sanitarie e le rispettive Federazioni nazionali sono trasformati nel modo seguente: a) i **Collegi e le Federazioni nazionali** degli infermieri professionali, degli assistenti sanitari e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI) in **Ordini delle Professioni Infermieristiche e Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche**. L'Albo degli infermieri professionali assume la denominazione di Albo degli Infermieri. L'Albo delle vigilatrici d'infanzia assume la denominazione di Albo degli Infermieri Pediatrici”*.

Gli Ordini professionali:

- 1) sono Enti pubblici non economici;
- 2) agiscono quali organi sussidiari dello Stato (e non più come Enti ausiliari);
- 3) sono dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare e sottoposti alla vigilanza del Ministero della Salute.

Tra le funzioni riconosciute agli Ordini professionali, vi sono quelle di:

- 1) garantire la tutela della salute, sia individuale che collettiva, anche attraverso la promozione dell'indipendenza e dell'autonomia della professione;
- 2) verificare il possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale;
- 3) tutelare gli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione;
- 4) partecipare alle procedure relative alla programmazione dei fabbisogni dei professionisti, alle attività formative e all'esame di abilitazione all'esercizio della professione;
- 5) vigilare sugli iscritti agli Albi professionali, irrogando sanzioni disciplinari proporzionate alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito.

Gli Ordini professionali sono composti dai seguenti organi:

- a) il presidente, nominato dai componenti del Consiglio Direttivo a maggioranza assoluta;
- b) il Consiglio Direttivo;
- c) la Commissione di Albo, per gli Ordini comprendenti più professioni (come, per l'Ordine di Roma, che è composto dalla Commissione di Albo degli Infermieri e dalla Commissione di Albo degli Infermieri pediatrici);
- d) il Collegio dei Revisori, il cui Presidente è nominato all'esterno, tra gli iscritti nel Regi-



Per quesiti e problematiche di natura legale, il consulente dell'Ordine riceve, previo appuntamento telefonico, al numero 06/37511597, il **lunedì**, 9.30-11.30 e il **giovedì**, 15-17.

Info:

<https://opi.roma.it/servizi-a-gli-iscritti/consulenza-legale/>

È stato attivato l'indirizzo email **legale@opi.roma.it** a cui gli iscritti all'OPI di Roma possono inviare richieste di consulenza sulla Professione e, in particolare, su: responsabilità professionale; profilo professionale dell'infermiere e rapporti con le altre professioni sanitarie; deontologia e Diritto del lavoro.

stro dei Revisori legali.

Successivamente all'entrata in vigore della "legge Lorenzin", sono stati emanati una serie di Decreti ministeriali con i quali sono stati definiti, nel dettaglio, alcuni aspetti di carattere generale contenuti nella legge.

Così, ad esempio, il **Decreto ministeriale del 15 marzo 2018** ha definito le procedure per lo svolgimento delle elezioni per il rinnovo degli Ordini delle professioni sanitarie; mentre, il **Decreto dell'11 giugno 2019** ha determinato la composizione delle Commissioni di Albo, prevedendo che le stesse siano costituite da un numero di componenti da determinarsi in relazione al numero di iscritti all'Albo stesso.

Con il nuovo articolo 7 del D.lgs. n. 233/1946 è stata dettata anche la nuova disciplina delle Federazioni nazionali: gli Ordini territoriali sono riuniti in Federazioni nazionali con sede in Roma, che assumono la rappresentanza esponentiale delle rispettive professioni presso Enti e istituzioni nazionali, europei e internazionali.

Sono organi delle Federazioni nazionali:

- a) il Presidente;
- b) il Consiglio nazionale;
- c) il Comitato centrale;
- d) la Commissione di Albo, per le Federazioni comprendenti più professioni;
- e) il Collegio dei Revisori.

Spetta al **Consiglio nazionale** l'approvazione del Bilancio preventivo e del Conto consuntivo della Federazione, su proposta del Comitato centrale, nonché l'**approvazione del Codice Deontologico** e dello **Statuto** e delle loro eventuali modificazioni.

Lo Statuto delle Federazioni nazionali, approvato dai Consigli nazionali, definisce, tra le altre, le modalità di articolazione territoriale degli Ordini, nonché la costituzione e l'articolazione delle Federazioni regionali o interregionali, il loro funzionamento e le modalità della contribuzione strettamente necessaria all'assolvimento delle funzioni di rappresentanza esponentiale delle professioni presso gli Enti e le istituzioni regionali di riferimento.

Infine, l'articolo 8, comma 5, stabilisce che le disposizioni riguardanti le Federazioni nazionali saranno attuate tramite uno o più **regolamenti** adottati con decreto del Ministro della Salute.

Più nello specifico, tali regolamenti ministeriali dovranno disciplinare:

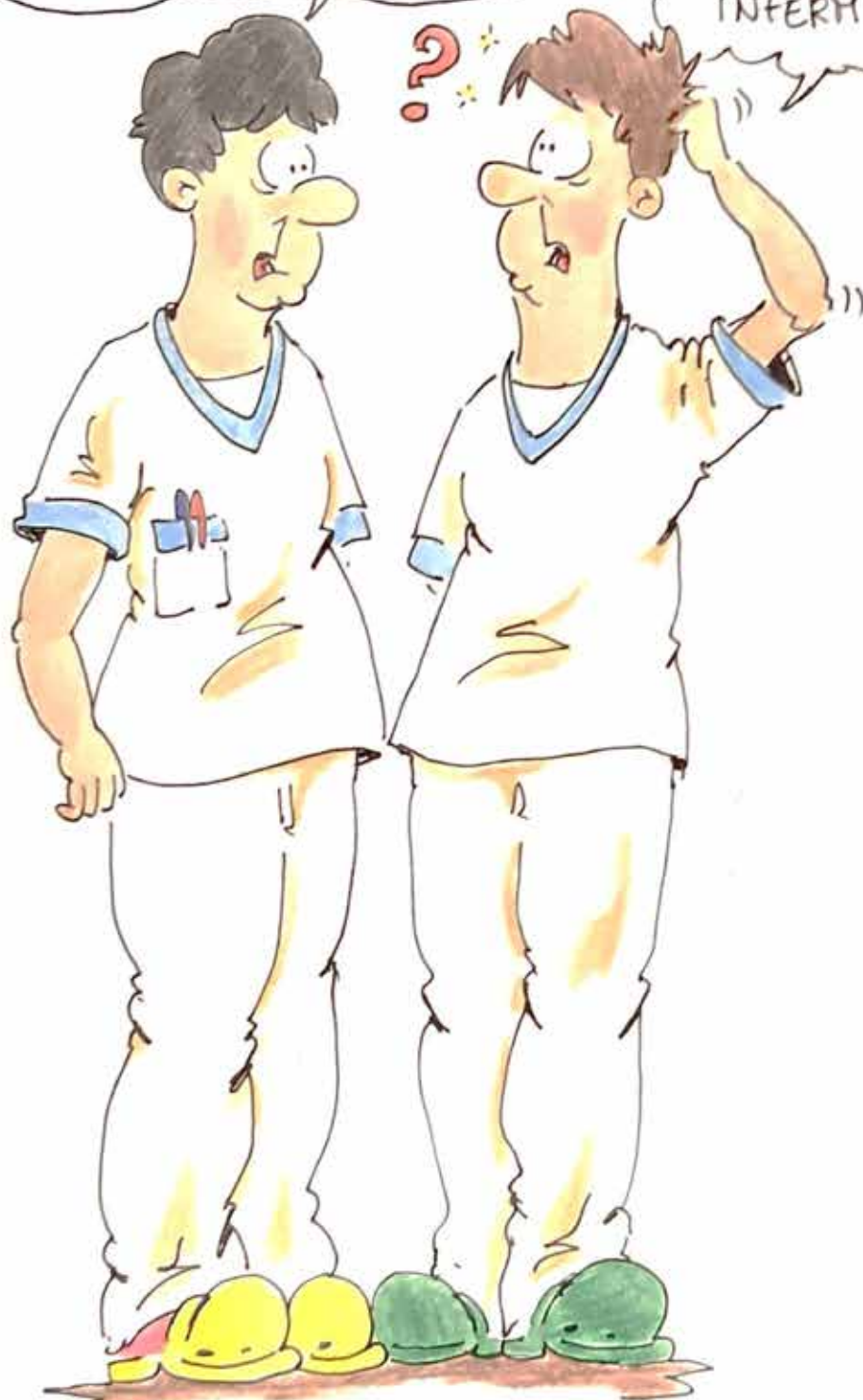
- i criteri e le modalità per l'applicazione di atti sostitutivi o per lo scioglimento degli Ordini;
- la tenuta degli Albi, le iscrizioni e le cancellazioni dagli stessi;
- la riscossione ed erogazione dei contributi, la gestione amministrativa e contabile degli Ordini e delle Federazioni;
- l'istituzione delle assemblee dei presidenti di Albo con funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività istituzionali a questi affidate;
- le sanzioni, opportunamente graduate, ed i procedimenti disciplinari, i ricorsi e la procedura dinanzi alla Commissione centrale per gli esercenti le Professioni sanitarie.

Fino alla data di entrata in vigore dei regolamenti e degli Statuti, si applicano, per quanto compatibili, le disposizioni del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, nonché i regolamenti di organizzazione delle Federazioni nazionali. Ebbene, ad oggi, non sono ancora stati adottati né i regolamenti ministeriali, né il nuovo Statuto della Federazione nazionale, con la conseguenza che, così come previsto dalla legge n. 3/2018, non può che continuarsi ad applicare la precedente normativa.

Pertanto, fino a quando non saranno emanati gli ulteriori decreti attuativi, la legge n. 3/2018 non potrà che continuare ad avere una applicazione parziale, dovendosi rimandare, per tutto quanto non espressamente disciplinato, al precedente sistema.

L'OBIETTIVO È TRIPPLICARE
LE VACCINAZIONI GIORNALIERE...

HMM... SENZA
INFERMIERI ?



NORME EDITORIALI

"Infermiere Oggi" pubblica articoli inediti di interesse infermieristico e Revisioni della letteratura, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'autore e/o degli autori, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, Ente di appartenenza, mail e recapito telefonico.

Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consigli direttivi.

Gli articoli dovranno essere così strutturati: Titolo in **italiano** e in **inglese**; Abstract in **italiano** e **inglese** (max 300 parole); Parole-chiave (da 2 a 6 in italiano e inglese). Quindi: Introduzione e obiettivi; Strumenti e metodi; Risultati e Discussione; Conclusioni e Biblio/Sitografia. Inoltre, vanno specificati: presenza/assenza di conflitto di interesse e eventuali finanziamenti ottenuti.

Le Revisioni della letteratura dovranno contenere l'Abstract, e il documento dovrà essere strutturato in: Background; Obiettivi; Metodi; Risultati; Discussione e Conclusioni. Parole-chiave e riferimenti bibliografici.

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte per chiarezza e semplicità. Saranno numerate progressivamente in cifre arabe e accompagnate da 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 modifiche. **È consigliabile inviare immagini e figure in file separati** (in formato JPEG); per le immagini che ritraggono persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne permetta la pubblicazione.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>) che ha il vantaggio di facilitare la lettura di un testo non interrotto dalla citazione, in quanto più scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. 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 di revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

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 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico e una in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma, email: 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 17.00

Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 Roma
Metro Ottaviano
Tel 0637511597 - Fax 0645437034
ordine@opi.roma.it

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



OPI ROMA
a portata di click!



www.opi.roma.it
www.centrodieccellenza.eu



[opiroma](https://www.telegram.com)



[opiroma](https://www.instagram.com)



[ordineinfermieriroma](https://www.facebook.com)