



Il coraggio e la ragione

di Maurizio Zega

Da un anno così complicato, senza dubbio il più difficile, raccogliamo moniti e segnali che bisogna saper leggere e mettere a frutto. Lo dobbiamo innanzitutto ai tanti colleghi colpiti dal COVID-19, soprattutto a chi ha perso la vita in questa lotta strenua e impari contro la pandemia che segna così duramente la nostra epoca. Lo dobbiamo ai loro familiari, che hanno subito l'aspetto più drammatico di una professione come la nostra, esercitata in prima linea.

Per questo generoso impegno piangiamo molti colleghi e colleghe, troppi. Lavoravano nelle residenze per anziani, nell'emergenza, in area critica, come liberi professionisti. Non hanno indietreggiato di un passo davanti alle loro responsabilità, hanno combattuto con l'abnegazione di sempre, da infermieri. E con coraggio.

Il tributo versato dagli infermieri e da tutto il personale sanitario a questa sciagura planetaria non va disperso. Un esempio che ha commosso il mondo, che ha mutato profondamente l'immagine pubblica della nostra professione, che ha mostrato il valore dell'assistenza infermieristica e la sua assoluta necessità.

Per questo impegno totale confidano in noi, nelle nostre competenze, nelle nostre esclusive abilità professionali, nella nostra umanità. Siamo rimasti accanto ai nostri pazienti: la pandemia ci ha consegnato il difficile compito di rappresentare per loro l'unico contatto umano, in molti casi l'ultimo. Siamo consapevoli del nostro insostituibile ruolo e decisi a rivendicarlo per il bene della salute pubblica.

Con quella che, a posteriori, potrebbe definirsi una profetica intuizione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proclamato il 2020 "Anno Internazionale dell'Infermiere". La mo-

tivazione: *"Gli infermieri possono essere la risposta a molti problemi di salute del mondo, ma prima occorre superare le barriere professionali, socioculturali ed economiche che ancora in molti casi li ostacolano"*.

Cinque le aree d'intervento indicate dall'OMS: investire nei servizi guidati da infermieri e consentire loro di lavorare al massimo delle potenzialità; impiegare più infermieri specializzati; rendere la figura infermieristica centrale per l'assistenza sanitaria di base; supportare gli infermieri nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie; investire nella *leadership* infermieristica.

È su questa linea che intendiamo agire. Puntiamo al riconoscimento non solo formale del nostro ruolo centrale in un Servizio Sanitario Nazionale pubblico e solidaristico.

Vogliamo concretizzare i nostri progressi professionali, tradurli sul piano "sostanziale".

Le attestazioni di merito, essere definiti "eroi", oltre a non essere vero, non è più sufficiente. E nemmeno le disposizioni normative se poi non vengono recepite e applicate.

Non è plausibile, ad esempio, che nel Comitato Tecnico Scientifico per la lotta al Sars-CoV-2 non vi sia un infermiere. Siamo costantemente in prima linea, abbiamo competenza ed esperienza, siamo parte organica del piano vaccinale, la profilassi non è un atto meramente clinico ma clinico-assistenziale; e l'assistenza generale è un nostro compito esclusivo. Che cosa giustifica questa distanza fra la teoria e la pratica, tra la norma e la realtà?

"Ci batteremo per cambiare le cose".

Abbiamo davanti sfide impegnative ma al contempo entusiasmanti. A cominciare dalla riorganizzazione della nostra casa professionale, l'Ordine, con la sua nuova strutturazione che

EDITORIALE

affianca le Commissioni d'Albo al Consiglio Direttivo. Servirà un buon lavoro di squadra per consolidare le ultime disposizioni normative sull'evoluzione della professione infermieristica e fare in modo che vengano tradotte rapidamente nella pratica quotidiana.

Il valore che ispira questo nostro mandato è l'inclusione. Un Ordine sempre più aperto al confronto, attrattivo per tutti i colleghi, determinato nel ribadire che, nella sanità moderna, il ruolo degli infermieri è insostituibile e che ogni ritardo nel loro coinvolgimento costa caro, in termini di salute ma anche sotto l'aspetto economico. Siamo pronti a fare da apripista continuando a batterci contro le resistenze di chi ha paura della nostra crescita. Un timore inconcepibile se non come tentativo di difendere privilegi di categoria obsoleti quanto dannosi per la comunità.

Noi guardiamo avanti, puntiamo sul riconoscimento professionale, sulla valorizzazione delle competenze specialistiche, sulla proattività, sull'autonomia, sul coordinamento dei servizi, sul *management* sanitario.

Abbiamo intraprendenza e determinazione sufficienti per essere protagonisti del nostro futuro. Lo dimostreremo con i fatti. Incalzeremo ancora le istituzioni per adeguare la normativa sulle dotazioni organiche infermieristiche e per la regolamentazione normativa delle figure di supporto con un'adeguata revisione dei carichi di lavoro.

La prima difesa della professione va costruita sul fronte dei numeri: le recenti assunzioni non possono arginare un vuoto colpevolmente lasciato ingigantire negli anni.

Serve una scelta di campo, investendo sugli infermieri, facendo scorrere le graduatorie, indicando nuovi concorsi fino a soddisfare il reale fabbisogno infermieristico. A partire dal territorio, promuovendo e sviluppando i servizi residenziali, gli ambulatori infermieristici, le figure dell'infermiere di famiglia, scolastico, di comunità, sostenendo la libera professione nei suoi svariati campi di applicazione.

"Più infermieri, più salute", un vecchio slogan quanto mai attuale.

Intanto, noi continueremo a investire sulla nostra formazione professionale. L'OPI di Roma compirà un grande sforzo per garantire l'Ecm a tutti gli iscritti e per sostenere la ricerca infermieristica e il nostro Centro di Eccellenza.

Si adopererà per diffondere la cultura dell'agire professionale tramite le evidenze EBN e EBP, muovendosi nel segno dell'innovazione in continuità con la linea perseguita nell'ultimo mandato dal Consiglio Direttivo e dalla Presidente Ausilia Pulimeno, che ringrazio per la passione e la competenza profuse, operando sempre nell'esclusivo interesse degli infermieri e dei cittadini.

Siamo risolti nel voler rafforzare la straordinaria crescita

che ha segnato il cammino degli infermieri in questi anni. Perciò, il nostro impegno sarà massimo nel confronto con le istituzioni.

Gli infermieri sono più che mai pronti a esercitare responsabilmente ed a gestire, con le loro peculiarità professionali una nuova, più efficiente e maggiore qualità organizzativa, i servizi sanitari per i cittadini.

La pandemia ha dimostrato come la Scienza infermieristica abbia un ruolo strategico e grandi capacità per offrire alla comunità una sanità più equa ed efficace.

L'Assessore alla Salute della Regione Lazio valuti attentamente quanto accaduto durante la pandemia e ponga le condizioni per rilanciare il Sistema Sanitario Regionale con l'ineludibile contributo della professione infermieristica.

Focus

Speciale elezioni



La comunità infermieristica provinciale ha eletto i nuovi organi dell'Ordine di Roma

Insieme per costruire la professione del futuro

Inclusione e vicinanza: sono stati questi i due temi portanti del programma pensato e condiviso dal nuovo gruppo dirigente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma, uscito vincente dalla tornata elettorale di dicembre.

Soprattutto, perché, oggi più che mai, saranno gli infermieri e gli infermieri pediatrici i veri protagonisti di una svolta, che si concretizzerà solo se perseguita... **INSIEME**. Non a caso, è stata proprio **"Insieme"** la parola scelta per indicare la lista alla quale gli infermieri di Roma e provincia hanno voluto affidare la guida dell'Ordine per i prossimi quattro anni.

Le votazioni per il nuovo mandato quadriennale si sono svolte l'11, 12 e 13 dicembre 2020, a Villa Carpegna, per rispettare al meglio le norme vigenti sul distanziamento sociale. Sono stati 1.491

i votanti, un numero davvero considerevole, tenendo conto delle difficoltà che questa tornata ha riservato a causa dell'emergenza sanitaria.

Molti volti già noti fra i consiglieri uscenti, ma anche tanti nuovi professionisti entrano nella squadra alla guida dell'Ordine.

Oltre agli organi già previsti - il Consiglio Direttivo, che sarà presieduto da **Maurizio Zega**, e il Collegio dei Revisori dei Conti, presieduto da **Silvio Ascione** - la nuova legge nazionale istitutiva degli Ordini professionali ha previsto anche le votazioni per due nuovi organismi: la Commissione d'Albo Infermieri e la Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici.

Queste due nuove Commissioni saranno guidate, rispettivamente, dall'ex Vice presidente e dall'ex segretaria OPI Roma, **Stefano Casciato** e **Maria Grazia Proietti**.

nell'intento, però, è necessario continuare a puntare sulla **formazione**, con percorsi specialistici e professionalizzanti".

Tra le priorità, l'**integrazione tra professionisti dell'ospedale e quelli del territorio**, visto che l'infermiere dovrà "incontrare" il cittadino sempre di più a scuola, a casa, nel distretto d'appartenenza. Anche durante il tirocinio all'Università, per esempio, lo studente infermiere dovrebbe muoversi in più ambiti possibili, per arricchire il proprio bagaglio di esperienze. "L'asso nella manica della Professione deve diventare l'aggiornamento costante - continua il presidente -. Anche nelle Società Scientifiche gli infermieri dovranno essere protagonisti e lo saranno con un loro massimo impegno nella ricerca. Auspicio, infatti, che la ricerca venga considerata alla stregua delle usuali attività in corsia". Così, se **"Il futuro è adesso!"**, per consolidare le ultime disposizioni normative sull'evoluzione della professione, è necessario riuscire a far emergere un **modello inclusivo**, visto che l'OPI Roma considera le diversità come risorse per ampliare il confronto e non come spunto di divisione o di scontro professionale. Semmai ce ne fosse stato bisogno, la recente pandemia da COVID-19 ha confermato quanto da anni le Federazioni Infermieristiche nazionali e internazionali sottolineano: **il ruolo centrale degli infermieri**, insostituibile per tutti i Sistemi sanitari del mondo. Così come, allo stesso modo, il Servizio Sanitario Nazionale ha compreso meglio l'importanza della pro-



"Nel prossimo decennio - tiene a sottolineare il neo presidente dell'Ordine capitolino, **Maurizio Zega** - l'infermiere sarà sempre più protagonista della scena sanitaria nazionale e internazionale, perché avrà maggiore consapevolezza delle proprie conoscenze; della scientificità della sua professione e si farà guidare più che mai dalle evidenze scientifiche. Per riuscire

attività della Professione (API, Assistenza Proattiva Infermieristica), caratteristica peculiare dell'Infermieristica.

Per il Consiglio direttivo di OPI Roma, in futuro, sarà importante percorrere un cammino anche nel segno della continuità con il passato, per raggiungere altri traguardi, importanti come quelli già acquisiti.

Il voto di dicembre 2020 concretizza i passi avanti fatti, puntando ad affermare sempre di più il valore della professione, sottolineando, dove necessario, **l'innovazione e la professionalità**, consapevoli del fatto che il riconoscimento di oggi vada consolidato nel tempo, perché chi vi ha investito non veda vanificati i suoi sforzi.

Ciò, senza dimenticare che ruolo, identità e immagine infermieristica restano da valorizzare al meglio possibile, perché alcuni pregiudizi del passato non si sono estinti e, anzi, talvolta tornano ad affacciarsi nel sentire comune.

Riconoscimenti che andranno ricordati anche al Servizio Sanitario Regionale, allorché ogni ritardo nel coinvolgimento degli infermieri nei processi organizzativi e decisionali del comparto delle cure sarà ritenuto inaccettabile (oltre che dispendioso proprio ai danni dello stesso SSR).

Dal Coordinamento al **Middle Management**, gli infermieri e gli infermieri pediatrici saranno il fulcro della crescita professionale, anche attraverso gli impegni presi durante la campagna elettorale. Tra questi: incalzare le istituzioni per adeguare la normativa regionale (DCA regionale 2010) sulle dotazioni organiche; battersi per l'inserimento normato

Il 17 dicembre, si è insediato il nuovo gruppo dirigente di OPI Roma, uscito vincitore dalle elezioni. Per l'occasione sono state distribuite le nuove cariche.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Maurizio Zega

Vice presidente

Carlo Turci

Tesoriere

Francesco Scerbo

Segretaria

Natascia Mazzitelli

Consiglieri

Giuseppe Amici

Lorella Calafato

Giuseppe Esposito

Emanuele Lisanti

Claudia Lorenzetti

Maria Grazia Montalbano

Barbara Porcelli

Silvia Sferazza

Alessandro Sili

Fabio Tettoni

Marco Tosini

COMMISSIONE D'ALBO INFERMIERI

Presidente

Stefano Casciato

Vice presidente

Cinzia Puleio

Segretaria

Simonetta Bartolucci

Commissari

Leo Altobello

Gabriele Caggianelli

Maurizio Fiorda

Roberta Marchini

Nadia Marciano

Roberta Seri

COMMISSIONE D'ALBO INFERMIERI PEDIATRICI

Presidente

Maria Grazia Proietti

Vice presidente

Cinzia Gandolfo

Segretaria

Valentina Pizziconi

Commissari

Desirée Rubei

Rocco Stelitano

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Marinella Carnevale

Girolamo De Andreis

Revisore Supplente

Ione Moriconi

delle figure di supporto con un'adeguata revisione dei carichi di lavoro; difendere la professione anche sul fronte dei numeri, chiedendo lo **scorimento delle graduatorie** a completamento del fabbisogno infermieristico; sostenere la ricerca infermieristica, il **CECRI**-Centro di Eccellenza dell'OPI di Roma e la formazione con corsi Ecm per tutti gli iscritti; promuovere e sviluppare l'assistenza sul territorio: servizi residenziali e domiciliari, **Infermiere di Famiglia e di Comunità**, infermiere scolastico, con lo specifico coinvolgimento dell'infermiere pediatrico; sviluppare e rafforzare la rete dei referenti aziendali; sostenere la **libera professione** in tutte le sue forme di esercizio; affiancare i giovani

colleghi con i servizi di **"Opi Giovani Roma"**; avviare una proficua sinergia tra **sanità civile e militare** per uno sviluppo trasversale della professione; stringere ulteriormente **l'alleanza con i cittadini** e le Società Infermieristiche; ottimizzare le risorse per fornire ulteriori servizi gratuiti agli iscritti.

Intanto, per "stare al passo" coi tempi, in campagna elettorale il nuovo gruppo dirigente ha usato lo slogan "Insieme per andare lontano" con l'**hashtag #nessunoescluso**, a garanzia della diffusione della cultura dell'agire professionale tramite le evidenze EBN e EBP, per sviluppare e rafforzare la rete social e l'intera comunità professionale anche sul web.

L'elogio e il saluto agli infermieri della presidente uscente Pulimeno

Infermieri alle urne per rinnovare gli organi dell'OPI di Roma, nonostante il Covid. "Tantissimi colleghi, nonostante i disagi, hanno espresso il loro voto: li ringrazio di cuore! - ha detto la presidente uscente **Ausilia Pulimeno** -. Questa notevole affluenza attesta, una volta di più, l'amore per la professione, per la sua autonomia, per il suo futuro. La risposta della nostra comunità professionale è stata pronta e consistente e dimostra che gli infermieri 'ci sono'. Ciò mi rende orgogliosa e fiduciosa nella crescita della professione, nella sua capacità di evolversi. È questo l'obiettivo per cui mi sono impegnata e ho lottato in questi anni, cogliendo insieme a voi tanti successi. Se siamo cresciuti così tanto, lo dobbiamo alla nostra coesione, all'unità d'intenti, alla consapevolezza di essere un gruppo professionale dalla grande forza non ancora interamente espressa. La voglia di partecipare attivamente alla vita dell'Ordine è la prova che gli infermieri intendono investire sulla crescita professionale. E che continueranno a farlo. Al nuovo Consiglio - conclude Pulimeno - affido il compito di proseguire tale percorso, implementando le opportunità di formazione e interscambio tra gli iscritti. Sono certa che saprà farlo al meglio. Ai neoeletti componenti del Consiglio Direttivo, delle Commissioni d'Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici, del Collegio dei Revisori di Conti giungano i miei saluti più cari, unitamente ai più fervidi auguri di buon lavoro".

Il Consiglio Direttivo



Presidente
Maurizio Zega

RN, MSN, PhD. Dal 2012, Direttore del Sitra (Servizio infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale) della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS di Roma (FPG). In precedenza, diversi ruoli nazionali e regionali: componente della segreteria Tecnica del Ministro della Salute; dirigente presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (dove ho sperimentato forme di continuità assistenziale ospedale-territorio e redatto procedure di continuità assistenziale, ideando interventi innovativi per l'ospedale, tra cui la realizzazione di un Programma Informatico Gestionale di supporto decisionale per l'Assistenza infermieristica patrocinato dall'Università di Tor Vergata ed il CECRI, Centro di Eccellenza dell'OPI di Roma).

Professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e, dal 2014, nel direttivo dell'OPI di Roma. Nel 2019, con i collaboratori della FPG, ha vinto il premio del Politecnico di Milano sulle "Innovazioni digitali in sanità".

I nuovi Consiglieri



Giuseppe Amici

Responsabile dell'Ufficio Qualità dell'Ospedale "Vannini" di Roma e componente dell'Organismo di

vigilanza dell'Istituto Figlie di San Camillo. Esperto di Gestione qualità in ambito sanitario e di Clinical Risk Management; ha conseguito l'idoneità a Valutatore della Regione Lazio per l'accreditamento.

Specializzato in Area critica, con esperienza pluriennale di Terapia Intensiva e sala operatoria.

Docente a contratto nel CdL in Infermieristica presso l'Università Cattolica Sacro Cuore, alla Scuola per Infermieri "Tezza", dell' "Organizzazione professionale e valutazione della qualità dell'assistenza".



Giuseppe Esposito

Dottore di ricerca in Scienze Infermieristiche e sottufficiale dell'Esercito Italiano con la qualifica di infermiere.

Dal 1987, lavora presso il Policlinico militare di Roma. Professore a contratto di MED/45 presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Coordinatore di sede di diversi Master universitari di I livello in Area sanitaria e membro del Comitato scientifico del Provider ECM 1528. Svolge attività di co-ricercatore in alcuni progetti del CECRI dell'OPI di Roma. Ha redatto articoli scientifici e poster pubblicati su riviste nazionali ed internazionali. È responsabile scientifico di diversi corsi e convegni.



Claudia Lorenzetti

Infermiera, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Lavora da 33 anni

presso l'A.O. San Camillo di Roma, dove ricopre l'incarico di Posizione organizzativa del Governo assistenziale. Docente in diversi CdL Infermieristica e Corsi di Master in Coordinamento. Esperta in EBP e tutor per Corsi avanzati di Formazione dello stesso campo.

Relatrice in diversi corsi professionali e convegni; è autrice di numerosi articoli dedicati alla Ricerca infermieristica.



Lorella Calafato

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Master di I livello in Area critica e in

Management e Funzioni delle professioni sanitarie. Membro di alcune Società scientifiche, con un'esperienza professionale trasversale in ambito ospedaliero, in emergenza/urgenza pre-ospedaliera, nel Servizio infermieristico tecnico aziendale per la cura degli aspetti organizzativi e gestionali della professione.



Emanuele Lisanti

Infermiere presso il Policlinico Umberto I di Roma.

Dapprima economista sanitario dedicato al controllo direzionale, da 7 anni svolge la professione infermieristica in Area Critica e, ora, in Area Medica al Policlinico di Roma. Le decisioni di politica aziendale passano necessariamente dal letto del paziente: l'Infermieristica è competente relazione d'aiuto. Infatti, è accanto al paziente per risolvere i problemi conseguenti lo stato di malattia. Instancabile sostenitore del ruolo fondamentale che l'infermiere ha e potrà avere nell'attuale sistema salute.



Natascia Mazzitelli
Segretaria

Infermiera, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche. Master in Management

nel Coordinamento delle professioni sanitarie.

È direttore del CdL in Infermieristica dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata"/ASL Roma 5 e docente al CdL in Infermieristica e al Master in Management per le funzioni di Coordinamento delle professioni sanitarie presso l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", sede di Tivoli.



Mariagrazia Montalbano

Inizia il suo percorso di studi e professionale diversi anni fa, nella scuola per infermieri di Croce

Rossa di via Baglivi. Ha esercitato la professione infermieristica a vari livelli dell'organizzazione: infermiera nei reparti pediatrici di Oncoematologia e Cardiologia, coordinatrice del DH ematologico pediatrico e Dirigente infermieristico nella Direzione sanitaria al Policlinico Umberto I, proseguendo come Infermiere Dirigente nella Sanità privata accreditata (San Raffaele del Monte Tabor a Roma). Attualmente, coordina e gestisce un progetto di residenzialità per anziani in qualità di Direttore aziendale. La sua vita professionale ha due pilastri: la formazione con abilitazione a funzioni direttive e l'attività di docenza in corsi di formazione base e post base, dal 1985 ad oggi.



Barbara Porcelli

Dirigente delle Professioni sanitarie, direttore UOC Assistenza alla persona presso la Asl Roma 2. Da

anni si occupa dell'organizzazione dei Servizi di assistenza infermieristica. Ricopre l'incarico di Coordinatore regionale della Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni sanitarie infermieristiche (Sidmi) e da sempre è attenta alle questioni professionali ed allo sviluppo della Professione. Componente di diversi tavoli tecnici regionali, tra cui quello sulle Unità di Degenza Infermieristica e sulla tariffazione delle prestazioni infermieristiche ambulatoriali.



Francesco Scerbo
Tesoriere

Dottore di ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità pubblica. Un decennio da libero

professionista, tra organizzazione,

formazione e territorio. Attualmente, infermiere nell'area di Oncoematologia del Policlinico di "Tor Vergata" e Coordinatore di Opi Giovani Roma. Autore di diverse pubblicazioni scientifiche in ambito nazionale e docente Med-45 presso i corsi di Laurea in Infermieristica e Master di I livello in Management infermieristico e per le Professioni sanitarie presso l'Università degli studi "Tor Vergata" di Roma.



Silvia Sferazza

Infermiera, UOC Direzione Medica dei Presidi ospedalieri dell'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma.

Laurea specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche; laurea in Scienze Politiche e laurea specialistica in Scienze e tecniche della pubblica amministrazione.

Ha lavorato presso il Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.



Alessandro Sili

Dopo una nutrita esperienza clinica nell'ambito Oncoematologico, da

circa 15 anni svolge la sua attività nella Direzione dei Servizi sanitari.

Dirigente responsabile dell'Area delle Professioni sanitarie e sociali del Policlinico "Tor Vergata", ha implementato modelli organizzativi innovativi volti al riconoscimento delle competenze avanzate cliniche e manageriali dei collaboratori.

Docente Med45 presso l'Università "Tor Vergata", appassionato di ricerca nell'ambito del Management, è anche autore di numerose pubblicazioni scientifiche in ambito nazionale ed internazio-



Fabio Tettoni

Infermiere dal 1986 e libero professionista dal 2002.

Attualmente, è presidente di uno Studio infermieristico associato, fondato nel 2017. Decine di migliaia le prestazioni infermieristiche a domicilio eseguite e coordinate. Ora, al fianco dei colleghi presso l'Ordine.



Marco Tosini

Coordinatore infermieristico dal 1992 presso il Policlinico "Gemelli" di Roma, con esperienze in

Ortopedia, Traumatologia, Neurologia e Stroke Unit. Dal 2008, in servizio presso il Centro coordinamento ricoveri e pre-ospedalizzazione del Policlinico Gemelli. Consigliere di OPI Roma, con particolare attenzione alla Formazione continua ed ECM. Rappresentante FNOPI presso il Ministero della Salute per il riconoscimento dei titoli di Infermiere ed Infermiere pediatrico.



Carlo Turci
Vice presidente

Ha prestato servizio come infermiere e caposala presso l'Ospedale San Filippo Neri e Santa

Maria della Pietà; come Capo dei servizi presso l'Ospedale San Giovanni Battista (SMOM) e gli IFO Istituto Regina Elena-San Gallicano. Poi, Dirigente delle Professioni Sanitarie presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma e, attualmente, Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali della ASL RM 4.

Già Tesoriere dell'OPI di Roma e responsabile del Sistema gestione qualità dell'Ordine.

Commissione d'Albo Infermieri



Presidente
Stefano Casciato

Attualmente, Coordinatore infermieristico degli ambulatori di I e II livello della UOC Oftalmologia Chirurgica e d'Urgenza.

Docente nei CdL e nei Master di I livello presso le Università "Sapienza" e "Tor Vergata" di Roma. È direttore del Polo della Pratica clinica del CECRI dell'OPI di Roma e direttore del *Cecri Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: a JBI affiliated group*.

Consigliere del Collegio IPASVI (oggi OPI) di Roma dal 1993 al 2014, poi vice presidente dal 2014 al 2020.

I nuovi Commissari



Leo Altobello

Infermiere presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma.

missione Libera Professione infermieristica; segretario supplente della Commissione esami extracomunitari dell'Ordine di Roma. Presidente nazionale di CivesOdv, è anche presidente provinciale di CivesOdv Roma.

niversità "Sapienza" di Roma. Nel 2018, sempre alla "Sapienza", consegue il Master in Coordinamento.



Simonetta Bartolucci
Segretaria

P.O. CPSS-UOC Professione infermieristica Asl Roma 6.

Infermiera dal 1983, ha lavorato in setting assistenziali e gestionali ricoprendo funzioni di coordinamento, formatore, tutor, con l'obiettivo di contribuire all'affermazione, visibilità e crescita della professione.



Roberta Marchini

Laurea magistrale in Economia e Management internazionale-Indirizzo sanitario e Master di II livello

in Management sanitario e Direzione di Strutture complesse. Dal 1988, infermiera presso Asl Roma 4; dal 2014 a oggi, membro del Collegio dei Revisori dei conti presso l'OPI di Roma.

Dal 2016, P.O. Programmazione e Continuità Ospedale Territorio.



Cinzia Puleio
Vice presidente

Infermiera, Master di I livello in Management per le Funzioni di coordinamento, DAI, Laurea

magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche, Master di II livello in Diritto e Management delle Aziende sanitarie. Attualmente, Coordinatore presso la Asl Roma 2, con incarico organizzativo per il Coordinamento dell'assistenza infermieristica interdistrettuale-penitenziaria IV Distretto.



Gabriele Caggianelli

Infermiere presso l'UO Cardiologia d'Urgenza-Servizio di Emodinamica dell'Azienda ospedaliera San Giovanni-Addolorata di Roma.



Nadia Marciano

Dal settembre 2013, lavora presso l'Unità di Farmaco Antiblastico della

Asl Roma. Prima, in U.T.I.C della Azienda Universitaria Sant'Andrea di Roma; Riabilitazione neuromotoria del San Giovanni Battista e Neurologia dell'Ospedale San Carlo di Potenza.

Laurea triennale in Scienze Infermieristiche nel 2005 all'università "Federico II" di Napoli e laurea magistrale, nel 2014, all'U-



Roberta Seri

Infermiera specialista in Wound Care presso la Asl Roma 1.

Ha lavorato per 20 anni in reparti specialistici presso l'Ospedale San Giacomo e, dopo, ha iniziato un nuovo e stimolante percorso lavorativo sul territorio, dedicandosi all'implementazione dell'Ambulatorio infermieristico specializzato nella cura delle lesioni cutanee di varia eziologia.

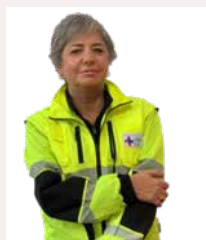


Maurizio Fiorda

Infermiere presso l'ospedale "Grassi"-Centro paraplegico di Ostia.

Consigliere dell'Ordine di Roma dal 2003 e componente della Com-

Commissione d'Albo Infermieri pediatrici



Presidente

Maria Grazia Proietti

Infermiera Pediatrica presso il FBF Isola Tiberina dal 1982.

Operatore professionale dirigente-Capo dei Servizi sanitari ausiliari presso la Asl di Viterbo dal 1994 e poi presso la Asl Roma D (oggi ASL Roma 3) nella quale, nel 2002, assume l'incarico di Dirigente del Servizio infermieristico. Dal 2017 è Dirigente delle Professioni infermieristiche all'Ares 118, in cui, nel 2018, assume l'incarico di Direttore UOC Servizio infermieristico e Tecnico aziendale.

Dallo stesso anno, è Direttore del SITA.

Docente di vari insegnamenti e principalmente di Metodologia della Ricerca e Progettazione organizzativa. La consigliera più giovane del Collegio IPASVI di Roma (nel 1988), poi, Segretaria dal 1997 e, come tale, nel passaggio all'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI.

I nuovi Commissari



Cinzia Gandolfo

Vice presidente

Ad un passo dai 30 anni di lavoro come infermiera pediatrica, inizia il suo percorso in Oncologia pediatrica nell'attuale Fondazione Policlinico "A. Gemelli", per proseguire, dieci anni dopo, in Terapia intensiva e, dopo altri 19 anni, coordina il reparto di Pediatria e Chirurgia pediatrica.

di di Roma "Tor Vergata", e dal gennaio 2009 è infermiera pediatrica nell'UO Semintensiva respiratoria-OPBG.

Consegue i Master di I livello in Infermieristica in Area critica e in Management e Funzioni di coordinamento delle Professioni sanitarie. Quindi, la Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Dal 2015, è Tutor universitario presso la Scuola delle Professioni sanitarie "Frassati"-OPBG.

Direzione sanitaria.

Collabora con il gruppo ricerca dell'ospedale, occupandosi della formazione del personale nell'ambito della gestione degli accessi venosi.

Ha conseguito il Master di I livello in Nursing degli accessi venosi nel 2016, e quello in Management Infermieristico per le Funzioni di coordinamento nel 2018.



Valentina Pizziconi

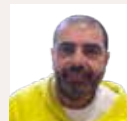
Segretaria

Nel 2008, consegue la Laurea in Infermieristica pediatrica presso la Scuola delle Professioni sanitarie "Frassati" dell'Ospedale "Bambino Gesù" (OPBG) di Roma, in convenzione con l'Università degli Stu-



Desirée Rubei

Infermiera pediatrica del reparto di Oncoematologia dell'ospedale "Bambino Gesù" di Roma, dove ha lavorato come infermiera di ricerca presso la



Rocco Stelitano

Coordinatore infermieristico del Pronto soccorso dell'ospedale "Bambino Gesù" di Roma, è da sempre in ambito pediatrico.

Collegio Revisori dei Conti

Membri effettivi



Marinella Carnevale

Infermiera dal 2008, Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Master di I livello in "Management e Coordinamento delle Professioni sanitarie" e di II livello in "Economia Pubblica e Gestione dei Servizi Sanitari".

Ha svolto la sua attività clinica in diversi ospedali romani.

Oggi, è in forze al Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.



Girolamo De Andreis

Coordinatore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione del Policlinico Universitario "Tor Vergata" di Roma.

Da 20 anni, impegnato nell'Area della Emergenza ospedaliera, nella didattica e nella formazione del personale.

Membro supplente



Ione Moriconi

Infermiera, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, AFD, Master di II Livello

in Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie (MIAS), D; specializzazione in Emodialisi e tecniche dialitiche. Diploma di Giornalismo medico-scientifico.

Dal 1987 al 1993 lavora in aziende private, poi, dal 1993 presta servizio nel DSM della ASL RM A, dapprima come infermiera, poi come Inf. Coordinatrice. Dal 2005 al 2019 ricopre il ruolo di P.O. nel DSM.

Esperta e promotrice del modello del Case Manager in Psichiatria, ha svolto diversi lavori di ricerca, docenze in convegni e congressi. Docente a.c. all'Università "Sapienza" di Roma, è presidente del corso integrato di Infermieristica in Psichiatria e Igiene Mentale, presso il Canale C.

Dal 2018 al 2020 è Coordinatore regionale S.I.S.M. Oggi, è Responsabile nazionale dei Servizi Socio-Sanitari presso la Cooperativa Sociale Nuova Sair Onlus.

Presidente (Membro esterno)



Silvio Ascione

Laureato in Economia delle Pubbliche Amministrazioni e delle istituzioni internazionali, dal 2008 esercita l'attività di Dottore Commercialista e Revisore Legale iscritto nell'elenco dei Revisori dei Conti degli Enti Locali.

I punti del programma

La lista del nuovo gruppo dirigente di OPI Roma si è presentata così: *"Siamo una lista armoniosa e completa nella sua composizione. Nel suo interno ci sono infermieri clinici, infermieri con incarico di organizzazione, dirigenti, libero professionisti e mondo della Sanità pubblica, privata e Militare. Giovani e meno giovani. Il nostro impegno è rappresentare la nostra professione senza divisioni e senza esclusioni. INSIEME contro chi ci vuole divisi. INSIEME per fare il bene della nostra professione. INSIEME, con passione e*

competenza, nessuno escluso!".

Oltre mille infermieri hanno premiato con il loro voto il programma elettorale della compagine "Insieme".

Ecco i dieci punti che saranno al centro del mandato del nuovo Consiglio Direttivo.

Territorio e Infermieri. Servizi residenziali e territoriali



Infermiere di Famiglia e di Comunità e infermiere scolastico.

Un punto cui teniamo particolarmente

e che da tanto tempo portiamo all'attenzione delle istituzioni evidenziando il ruolo "strategico" di tali figure.

Entrambe stanno - finalmente - facendo breccia nella politica territoriale e regionale.

Dal Coordinamento al Middle Management



Riconoscimento del valore e dell'impegno professionale. Vogliamo dar valore a chi ha investito sulla propria forma-

zione, di vedere riconosciuti gli sforzi compiuti. Facciamo in modo che chi ha investito sulla professionalità non venga mortificato!

Parole-chiave: consolidamento e valorizzazione scientifica ed economica.

Libera Professione Infermieristica



Essere liberi professionisti vuol dire piena indipendenza.

Vogliamo con forza contribuire a creare un percorso di crescita culturale e professionale su tale ambito. Servirà, in maniera impellente, creare un elenco di "liberi professionisti" mappando Roma e Provincia, mettendo la cittadinanza nelle condizioni di poter reperire un professionista infermiere che possieda i requisiti cogenti per svolgere attività libero professionale: iscrizione all'Ordine e all'Enpapi, assicurazione professionale. La cultura professionale non può esimersi dal mancato rispetto della legalità.

Istituiremo dei tavoli tecnici con i colleghi LP e gli *stakeholder* di riferimento. Abbiamo l'obiettivo di incontrare sistematicamente i colleghi, futuri e attuali, per percorsi formativi mirati.

"Non di solo ospedale vive l'infermiere".

Dotazioni organiche senza demagogia



La *mission* della lista "Insieme" è quella di valorizzare il ruolo, l'identità e l'immagine infermieristica. Vogliamo incalzare le istituzioni per adeguare la normativa regionale (DCA regionale 2010) sulle dotazioni organiche, battendoci per l'inserimento normato delle figure di supporto con un'adeguata revisione dei carichi di lavoro. Difenderemo la professione anche sul fronte dei numeri. Chiedia-

mo lo scorrimento delle graduatorie a completamento del fabbisogno infermieristico.

OPI GIOVANI Roma



OPI GIOVANI Roma è un meraviglioso progetto, partito nell'ultimo triennio in seno a OPI Roma, che ha visto decine di giovani infermieri credere in un'idea comune, sposarlo e vederne realizzati gli obiettivi.

Dalla sua nascita ha prodotto progetti di ricerca (tra cui l'infermiere scolastico) e diverse attività formative e di promozione dell'immagine professionale. Ma c'è ancora molto altro in cantiere: per prima, la "Notte della ricerca infermieristica" che il Covid-19 ha bloccato. Per ora.

Ricerca e sviluppo



Sosteniamo a gran voce la ricerca infermieristica. Siamo per la progressione di carriera legate alla pratica clinica, gestionale, e alle competenze specialistiche. Coadiuviamo da sempre le attività di ricerca del CECRI, da sempre fiore all'occhiello di OPI Roma.

È la ricerca finalizzata alla pratica clinica che, in tutte le sue declinazioni, cambia il modo di fare la professione.

Infermiere protagonista della formazione



Una cosa è chiara: gli infermieri devono formare gli infermieri.

Bisogna investire con forza nelle attività essenziali dei *tutor* clinici e didattici per i Corsi di Laurea in Infermieristica ed Infermieristica pediatrica. Non è più accettabile la mancanza, o la ridotta presenza, di queste figure essenziali all'interno

delle Università o delle ASL o Aziende Ospedaliere.

Alleanza con i cittadini e con le Società scientifiche infermieristiche



Il prossimo quadriennio sarà fondamentale per consolidare il rapporto fiduciario con la cittadinanza.

Saremo al fianco dei cittadini per tutelare soprattutto l'equità delle cure e la conseguente qualità.

Perciò, il rapporto con le Società scientifiche infermieristiche è fondamentale: nella pratica clinica, bisogna investire con più decisione sulle buone pratiche.

Sinergia tra Infermieristica civile e militare



Vogliamo implementare la sinergia tra Sanità civile e militare al fine dello sviluppo di strutture organizzative, formative e gestionali per il personale infermieristico delle Forze Armate e della Polizia.

Condurre la professione infermieristica in ambito militare, verso un diverso inquadramento funzionale nei differenti ruoli, sarà un nostro obiettivo.

I servizi



Vogliamo implementare i servizi rivolti agli iscritti, potenziando quelli attuali ove necessario sarà necessario (le consulenze legali gratuite, quelle sulla Libera professione) e quelle di ricerca e bibliografia.

Consolideremo il servizio PEC e potenzieremo l'attività *social* di OPI Roma per esser ancor più "in filo diretto" con tutti, lavorando sulla formazione ECM così da consentire corsi di qualità per tutti.

Si chiude un *annus horribilis* tra spiragli di luce e voglia di riscatto

L'*annus horribilis* del Covid si chiude con tanti lutti e una speranza: il vaccino. Un anno in cui gli infermieri hanno dato tutto, pagando a caro prezzo il loro impegno nella lotta alla pandemia. La profilassi appare l'unica via di uscita dal tunnel e i media ci puntano. Il **Sole24Ore** (1/10/20) titola "Vaccino, parte la produzione in Italia". E spiega: "Sanofi preparerà ad Anagni 300 milioni di dosi distribuite da metà 2021. Nelle prossime settimane al lavoro per 400 milioni di fiale per AstraZeneca".

Intanto, la seconda ondata di contagi si conferma peggiore della prima. Il **Corriere della Sera** (2/10/20) scrive "Un balzo nei contagi. Stato d'emergenza prolungato fino al 31 gennaio". "Maggior aumento degli ultimi cinque mesi, ma è anche record di tamponi - si legge - Veneto, Campania e Lombardia le regioni più colpite. Il governo chiederà la proroga dello stato di emergenza fino al 31 gennaio". All'allarme sull'escalation dei contagi fa da contraltare la corsa

ai vaccini. Il **Fatto Quotidiano** (2/10/20) titola "Allarme rosso. Ma il vaccino è partito". E fa il punto sugli studi in corso: "Nel mondo 48 sperimentazioni, due coinvolgono l'Italia; meno di 10 quelle arrivate alla somministrazione a volontari su larga scala". Perfino i quotidiani sportivi si occupano di Covid. Il **Corriere dello Sport** (3/10/20) annuncia nuove restrizioni: "Schizzano contagi e tamponi. Lazio, mascherine all'aperto". Si legge: "Lunedì si discuterà il nuovo Dpcm che prevederà un inasprimento delle regole. Ed è allarme in Europa".

Per la campagna vaccinale si pensa all'aiuto indispensabile degli infermieri. Anche nelle farmacie. L'agenzia **Agenparl** (3/10/20) riporta una dichiarazione della presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli: "Bene la somministrazione dei vaccini in farmacia e per questo gli infermieri sono pronti a collaborare con i farmacisti in tutto il Paese. Già oggi a somministrare praticamente i vaccini ci pensano gli infermieri, soprattutto nei centri vaccinali pubblici. Quello della partnership infermieri-farmacisti nella vaccinazione dovrebbe diventare, subito, un modello organizzativo nazionale".

Infermieri osannati da tutti per il loro impegno in prima linea, ma altrettanto facilmente denigrati. Come nel caso dei tamponi farlocchi di Fiumicino. Il **Messaggero** (6/10/20) titola "La truffa dei tamponi a domicilio" e scrive: "Gli sciacalli del coronavirus. Un'infermiera dell'ospedale San Paolo di Civitavecchia e il suo compagno sono indagati dalla procura della Repubblica della città portuale con

l'accusa di aver rubato e poi eseguito dei falsi tamponi ad un gran numero di persone tra Civitavecchia e Roma".



Ordine Provinciale
Professioni
Infermieristiche

Fango gratuito sulla professione. L'**OPI Roma** interviene con un comunicato dal titolo "Giù le mani dagli infermieri". "Basta con le affermazioni che denigrano il lavoro e l'impegno degli infermieri - recita la nota diramata agli organi d'informazione - La vicenda giudiziaria che coinvolge una operatrice sanitaria dell'Ospedale San Paolo e il suo compagno non può essere in alcun modo correlata alla professione infermieristica, tanto più in senso negativo e lesivo dell'immagine pubblica dell'infermiere". E ancora: "Questa difficile emergenza sanitaria dovuta al COVID-19 sta mettendo a dura prova gli infermieri che continuano a difendere la salute della comunità anche mettendo a rischio la propria e a costo di grandi sacrifici. Non meritano di essere additati come furfanti che speculano sulla salute e sulle paure delle persone".

Nel bailamme mediatico, però, trova spazio una notizia attesa da tempo dai professionisti sanitari che operano nelle strutture pri-

vate. **La Repubblica** (8/10/20) annuncia: "Sanità, firmato il contratto del settore privato". E aggiunge: "Aumenti da 154 euro al mese, coinvolti 100 mila lavoratori. La sigla definitiva è arrivata questa mattina al ministero della Salute, alla presenza del ministro Roberto Speranza, e mette fine a un'attesa lunga 14 anni. Il contratto - sottoscritto da Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl con le associazioni Aris e Aiop - è relativo al triennio 2016-2018".

La pandemia colpisce anche il rinnovo degli Ordini professionali. Le restrizioni rendono la tornata elettorale alquanto complicata da organizzare e gestire. Si pensa al voto per via telematica, ma

il governo spegne subito l'idea. **Italia Oggi** (13/10/20) titola: "Professioni, vietato il voto online". "No alle elezioni a distanza per gli ordini professionali - riferisce l'articolo - Il Ministero della Giustizia ha negato la possibilità di derogare dal regolamento professionale in modo da poter svolgere le elezioni con voto a distanza, evitando possibili assembramenti causati da un voto in presenza".

Intanto, in vista della Legge di bilancio 2021 e dell'arrivo dei Fondi europei, il fronte sindacale infermieristico è in fermento. Lo

stesso quotidiano economico **Italia Oggi** (15/10/20) titola "Infermieri in piazza per gli aumenti". E scrive: "Aumento delle indennità professionali, adeguamento dei fondi contrattuali e stop ai vincoli economici per le assunzioni di personale sanitario. Sono queste le principali proposte che saranno portate in piazza oggi dal Nursind". Anche



l'agenzia **Agensir** (14/10/20) si occupa di infermieri: "Fnopi: 'Messo da tempo nero su bianco otto punti necessari per il rilancio della professione' ". Tra questi: "La costituzione di un'area infermieristica legata alla peculiarità del lavoro svolto e la necessità di 'rivedere le indennità, introducendone alcune analoghe a quelle della dirigenza' ". L'attenzione



della **Fnopi** va anche alle risorse contrattuali "necessariamente al rialzo, visto che gli infermieri in Italia percepiscono retribuzioni tra le più basse d'Europa" e, per quanto riguarda "l'accesso alla dirigenza", chiede di eliminare "discriminazioni tra professioni". La posizione della Fnopi

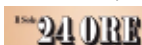
su tali rivendicazioni la spiega **QuotidianoSanità.it**

QuotidianoSanità.it (14/10/20): "Sostegno a chi manifesta ma senza mai creare ostacoli all'assistenza". Il giorno successivo lo stesso quotidiano on line (15/10/20) titola "Infermieri in piazza: la politica ci ascolti e valorizzi, contratto autonomo e più risorse".

L'esempio fornito dagli operatori sanitari durante la pandemia merita un riconoscimento formale. L'agenzia di stampa **Agenparl** (15/10/20) lancia un dispaccio: "Giornata del personale sanitario e sociosanitario: la nuova legge riconosca il sacrificio di tutti. Sarà il 20 febbraio di ogni anno la 'Giornata del personale sanitario e sociosanitario' e in coordinamento con gli ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie, con le associazioni e gli organismi del settore sarà un "momento - come dice il testo approvato in Commissione Affari sociali alla Camera in sede legislativa - per onorare il lavoro, l'impegno, la professionalità e il sacrificio nel corso della pandemia da Coronavirus nell'anno 2020".



Nuove risorse in vista per la sanità. **Il Sole24Ore** (19/10/20) titola: "Speranza proroga 30 mila medici e infermieri". Il servizio spiega: "La Sanità nella nuova manovra di bilancio vale 4 miliardi, il doppio dell'anno scorso. E non poteva essere altrimenti perché circa 1,5 miliardi saranno necessari per prorogare le 30mila assunzioni tra medici e infermieri, nella stragrande maggioranza dei casi con contratti a tempo determinato fatti durante la prima ondata del Covid". Gli infermieri finiscono anche sui francobolli. L'annuncio arriva dal portale del Mise **Sviluppoeconomico.gov.it** (22/10/22): "Emissione di un francobollo dedicato alla professione infermieristica e a Florence Nightingale, nel secondo centenario della nascita". La tiratura è di 300 mila esemplari; il disegno è di Claudia Giusto. Intanto, gli operatori sanitari continuano a pagare un prezzo altissimo nella lotta al Sars-Cov-2. **Il Tempo** (24/10/20) titola "Medici e infermieri nel Lazio. Allarme Covid in corsia: duecento contagiati". "Il coronavirus galoppa e gli ospedali iniziano a riempirsi anche di operatori sanitari positivi - si legge - Da inizio ottobre sono circa 200 solo quelli indicati dal personale ai sindacati". Anche **Il Messaggero** (25/10/20) fa il punto sui contagi nella capitale: "Roma per ora



regge ma è allarme rosso: rispetto a marzo, casi aumentati del 600%". E riporta un dato: "Nella settimana tra il 17 e il 23 ottobre, sempre a Roma provincia, i positivi individuati con i tamponi sono stati 5.481, vale a dire 783 al giorno. Di fatto, i contagi oggi sono moltiplicati per sette". **Il Tempo** (11/11/20) titola: "Mille sanitari contagiati e ospedali al collasso" e riporta l'appello della Cisl: "10 mila assunzioni o non saremo in grado di curare". Aggiungendo: "Gli organici hanno perso dipendenti in Italia negli ultimi 12 anni: oltre 10 mila in meno. E altrettanti ne servirebbero". La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.



Il Tempo (24/10/20) titola "Medici e infermieri nel Lazio. Allarme Covid in corsia: duecento contagiati". "Il coronavirus galoppa e gli ospedali iniziano a riempirsi anche di operatori sanitari positivi - si legge - Da inizio ottobre sono circa 200 solo quelli indicati dal personale ai sindacati". Anche **Il Messaggero** (25/10/20) fa il punto sui contagi nella capitale: "Roma per ora

IL TEMPO

regge ma è allarme rosso: rispetto a marzo, casi aumentati del 600%". E riporta un dato: "Nella settimana tra il 17 e il 23 ottobre, sempre a Roma provincia, i positivi individuati con i tamponi sono stati 5.481, vale a dire 783 al giorno. Di fatto, i contagi oggi sono moltiplicati per sette". **Il Tempo** (11/11/20) titola: "Mille sanitari contagiati e ospedali al collasso" e riporta l'appello della Cisl: "10 mila assunzioni o non saremo in grado di curare". Aggiungendo: "Gli organici hanno perso dipendenti in Italia negli ultimi 12 anni: oltre 10 mila in meno. E altrettanti ne servirebbero". La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.

Il Messaggero

regge ma è allarme rosso: rispetto a marzo, casi aumentati del 600%". E riporta un dato: "Nella settimana tra il 17 e il 23 ottobre, sempre a Roma provincia, i positivi individuati con i tamponi sono stati 5.481, vale a dire 783 al giorno. Di fatto, i contagi oggi sono moltiplicati per sette". **Il Tempo** (11/11/20) titola: "Mille sanitari contagiati e ospedali al collasso" e riporta l'appello della Cisl: "10 mila assunzioni o non saremo in grado di curare". Aggiungendo: "Gli organici hanno perso dipendenti in Italia negli ultimi 12 anni: oltre 10 mila in meno. E altrettanti ne servirebbero". La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.

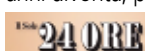
regge ma è allarme rosso: rispetto a marzo, casi aumentati del 600%".

E riporta un dato: "Nella settimana tra il 17 e il 23 ottobre, sempre a Roma provincia, i positivi individuati con i tamponi sono stati 5.481, vale a dire 783 al giorno. Di fatto, i contagi oggi sono moltiplicati per sette". **Il Tempo** (11/11/20) titola: "Mille sanitari contagiati e ospedali al collasso" e riporta l'appello della Cisl: "10 mila assunzioni o non saremo in grado di curare". Aggiungendo: "Gli organici hanno perso dipendenti in Italia negli ultimi 12 anni: oltre 10 mila in meno. E altrettanti ne servirebbero".

IL TEMPO

La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.

La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.



Il Sole24Ore (27/10/20) scrive: "Terapie intensive, mancano 9mila sanitari". "Se nella prima ondata del Covid era una corsa continua alla ricerca di ventilatori - si legge - per aggiungere posti letto in terapia intensiva, ora è caccia a medici rianimatori e anestesisti e a infermieri specializzati in emergenza". Sullo stesso tema **Libero** (3/11/20) titola "Infermieri inferociti. Ne servono 50 mila ma in estate li licenziavano". Si legge: "Le assunzioni per far fronte alla prima ondata non sono state rinnovate e ora è emergenza". E la protesta scende in piazza.



La cronica carenza di personale che gli infermieri denunciano da anni diventa, perciò, evidente a tutti. E fa notizia.



Sanitàinformazione.it (3/11/20) annuncia: "Infermieri in sciopero, De Palma (Nursing Up): «Siamo arrivati al limite»". Il sito riferisce dello sciopero di 24 ore indetto dal sindacato Nursing Up che parla di "una massiccia adesione degli infermieri ma soprattutto l'evolversi di uno stato d'animo che racconta la rabbia, lo stress, l'insoddisfazione per le richieste che da tempo immemore non vengono ascoltate dal Governo".



Il COVID-19 mette in difficoltà anche i futuri infermieri. **Nurse24.it** (28/10/20) si occupa del problema: "Studenti infermieri in crisi per la didattica a distanza". Si legge che "per via dell'emergenza Coronavirus si sono visti bloccare esami, laboratori e, soprattutto, il tirocinio, la colonna portante del loro percorso clinico-didattico. «So che molti come me vivono in questa condizione - racconta Maria, studentessa del secondo anno - e spero che chi ci ha lasciato in balia di una didattica a distanza, molto poco formativa e super svantaggiosa per questo particolare corso di laurea, apra presto gli occhi»". La rivalutazione dell'immagine pubblica della professione gonfia il numero delle domande d'iscrizione ai corsi di Scienze infermieristiche. **Il Sole24Ore** Sanità (11/11/20) titola: "Boom di domande (24.500) per infermiere ma i posti a bando sono 16 mila: l'ipotesi di immatricolare tutti". Il quotidiano economico riferisce del Report annuale sulla formazione universitaria delle 22 professioni sanitarie e scrive: "Analizzando i dati delle tabelle, si rileva come i posti messi a bando per gli infermieri sono stati 16.013, inferiori quindi alla proposta di 19.266 che aveva avanzato la Fnopi nel maggio scorso. Ora, dato che le domande presentate sono state addirittura oltre

La rivalutazione dell'immagine pubblica della professione gonfia il numero delle domande d'iscrizione ai corsi di Scienze infermieristiche. **Il Sole24Ore** Sanità (11/11/20) titola: "Boom di domande (24.500) per infermiere ma i posti a bando sono 16 mila: l'ipotesi di immatricolare tutti". Il quotidiano economico riferisce del Report annuale sulla formazione universitaria delle 22 professioni sanitarie e scrive: "Analizzando i dati delle tabelle, si rileva come i posti messi a bando per gli infermieri sono stati 16.013, inferiori quindi alla proposta di 19.266 che aveva avanzato la Fnopi nel maggio scorso. Ora, dato che le domande presentate sono state addirittura oltre



La rivalutazione dell'immagine pubblica della professione gonfia il numero delle domande d'iscrizione ai corsi di Scienze infermieristiche. **Il Sole24Ore** Sanità (11/11/20) titola: "Boom di domande (24.500) per infermiere ma i posti a bando sono 16 mila: l'ipotesi di immatricolare tutti". Il quotidiano economico riferisce del Report annuale sulla formazione universitaria delle 22 professioni sanitarie e scrive: "Analizzando i dati delle tabelle, si rileva come i posti messi a bando per gli infermieri sono stati 16.013, inferiori quindi alla proposta di 19.266 che aveva avanzato la Fnopi nel maggio scorso. Ora, dato che le domande presentate sono state addirittura oltre

La rivalutazione dell'immagine pubblica della professione gonfia il numero delle domande d'iscrizione ai corsi di Scienze infermieristiche. **Il Sole24Ore** Sanità (11/11/20) titola: "Boom di domande (24.500) per infermiere ma i posti a bando sono 16 mila: l'ipotesi di immatricolare tutti". Il quotidiano economico riferisce del Report annuale sulla formazione universitaria delle 22 professioni sanitarie e scrive: "Analizzando i dati delle tabelle, si rileva come i posti messi a bando per gli infermieri sono stati 16.013, inferiori quindi alla proposta di 19.266 che aveva avanzato la Fnopi nel maggio scorso. Ora, dato che le domande presentate sono state addirittura oltre

24.500, stanno emergendo ipotesi di estendere l'immatricolazione anche a tutti gli altri concorrenti esclusi".

Intanto, gli infermieri fanno squadra per proteggere i colleghi più sfortunati. **Panorama della Sanità** (13/11/20) annuncia: "Fnopi proroga il Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri fino a giugno 2021 e amplia la platea dei beneficiari". E spiega: "Erogato già oltre 1 milione di euro ai professionisti colpiti da Covid-19. In questi giorni in cui stanno drammaticamente aumentando in Italia i numeri dei contagiati da Covid-19, la FNOPI ha deciso che l'erogazione dei contributi del fondo #NoiConGliInfermieri (3,5 milioni di euro raccolti nei primi sette mesi) avrà una nuova categoria di beneficiari: da questa settimana possono inviare domanda anche tutti gli infermieri dipendenti che si sono ammalati di Covid-19. Il Comitato Centrale ha inoltre deciso di prorogare il progetto almeno fino al 30 giugno 2021".

PS PANORAMA SANITÀ Gli infermieri stringono un patto anche con gli psicologi. **Panorama della Sanità** (15/12/20) titola: "Infermieri e psicologi: lotta comune al burnout e allo stress lavoro-correlato". E spiega: "L'alleanza tra le due professioni è stata ufficializzata con la sottoscrizione di un protocollo di intesa tra CNOP, il Consiglio nazionale degli psicologi, e FNOPI, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche. Un accordo per l'accesso alle prestazioni professionali di psicologi, con tariffe calmierate, in favore sia degli iscritti all'Albo delle professioni infermieristiche che dei loro familiari o conviventi, per i problemi che possano insorgere nella fase del pre e post pandemia; per facilitare la presa in carico del bisogno di supporto psicologico non solo in questo contesto emergenziale ma anche e soprattutto nelle successive fasi della ripartenza e, di conseguenza a regime e nell'auspicabile normalità organizzativa. E anche per attività di reciproca informazione e formazione".

ItaliaOggi Anche il fronte delle retribuzioni è caldo. **Italia Oggi** (17/11/20) si occupa della questione legata a: "Indennità specifica per gli infermieri: stanziati 335 milioni di euro". "Poco meno di 350 milioni di euro per garantire un'indennità specifica agli infermieri quale parte del trattamento economico - si legge - Il contributo sarà versato dal primo gennaio 2021". primo gennaio 2021".

PS PANORAMA SANITÀ La Federazione interviene. **Panorama della Sanità** (16/11/20) titola: "Fnopi: bene l'indennità di specificità infermieristica ma serve più equità sui fondi tra dirigenza e comparto". E spiega: "Si dovrebbe mettere mano all'enorme squilibrio attualmente esistente con gli aumenti previsti per la dirigenza che in questo modo penalizzano un'attività ormai chiaramente specifica ed essenziale e di primo piano nel panorama dell'assistenza sanitaria e che colpisce gli infermieri iscritti agli ordini italiani, già oggi i meno retribuiti a livello europeo".

Infermieri e medici hanno ben presente un altro grave effetto della pandemia. E si uniscono in un appello alla politica. **Panorama della Sanità** (4/12/20) scrive: "Fnomceo e Fnopi: "Da Salutequità un allarme che il Governo deve ascoltare". Si legge: "Il Covid non ha

mandato in lockdown le altre malattie. Al contrario, sottraendo risorse organizzative, finanziarie e umane alla loro cura, ha aumentato le disuguaglianze di salute. Per questo, oltre alle vittime dell'epidemia, dobbiamo cominciare a contare tutte le vite perse in maniera indiretta, per patologie non curate in tempo o nel modo più appropriato".

Questo, mentre la professione piange i colleghi che non ce l'hanno fatta.

CORRIERE DELLA SERA Il **Corriere della Sera** (11/12/20) titola "Una strage di medici e infermieri". E fa il punto sui dati: "Nel Lazio da settembre ad oggi cinque medici sono deceduti per il coronavirus mentre sono 300 gli ammalati tra il personale di reparto. Il contagio non risparmia poi neanche gli infermieri: circa 300 (il 43% del numero complessivo italiano) quelli che si sono ammalati nella seconda ondata. Due quelli deceduti. «Sono dati incontrovertibili, anche se, secondo me, i numeri dei malati sono sottostimati - commenta Ausilia Pulimeno, presidente OPI Roma -. È un campo di battaglia. Il loro sforzo è sotto gli occhi di tutti, è come se fosse parte del mandato professionale. Ma si sta tirando troppo la corda: nel Lazio c'è una carenza storica che le assunzioni recenti non hanno purtroppo risolto»".

L'organizzazione della campagna vaccinale prende il sopravvento.

QN (19/12/20) titola: "Vaccino, parte la caccia a medici e infermieri. In campo anche le agenzie del lavoro". "Nella piattaforma di Arcuri si apre al privato, mancano all'appello 53 mila sanitari. Il 27 dicembre via in tutta Europa alla profilassi anti virus. La campagna di vaccinazione di massa richiederà il reclutamento di migliaia di medici e infermieri per essere pronti da febbraio".

Il Sole24Ore (23/12/20) aggiunge: "Le prime dosi in Italia a Natale, ma gli ospedali non sono tutti pronti". E spiega: "Il vaccino Il 26 dicembre le dosi in Italia. Una infermiera sarà la prima. I primi 9.750 vaccini arriveranno allo Spallanzani e poi saranno distribuiti in 20 siti nel Paese. Domenica 27 il Vaccino day con la somministrazione a cinque dipendenti dell'Istituto romano".

Sarà proprio un'infermiera romana l'icona del fatidico "Vaccine day". Un messaggio simbolico preciso che l'**OPI Roma** (23/12/20) rilancia attraverso un comunicato stampa con le parole del nuovo presidente Maurizio Zega: "Conosciamo bene gli effetti del Covid-19. Li viviamo ogni giorno stando accanto ai nostri pazienti, per i quali rappresentiamo spesso l'unico e, sovente, l'ultimo contatto umano. Perciò non abbiamo dubbi: ci vaccineremo e vaccineremo i cittadini mettendoci a disposizione, ancora una volta, generosamente".

ANSA Il giorno tanto atteso arriva dopo Natale.

L'agenzia **Ansa** (27/12/20): "Primi vaccinati allo Spallanzani: giorno decisivo contro il Covid. I primi tre operatori sono stati l'infermiera Claudia Alivernini, la professoressa Maria Rosaria Capobianchi e l'operatore sociosanitario Omar Altobelli". La speranza riparte da qui. E dagli infermieri.



JOANNA BRIGGS
COLLABORATION

CECRI Evidence-based practice
group for Nursing Scholarship

A Joanna Briggs Institute
Affiliated Group

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

BEST PRACTICE Evidence-based information sheets for health professionals

Efficacia del supporto post-dimissione pianificato e strutturato ai pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva per ridurre le riammissioni ospedaliere

Raccomandazioni*

Tutti i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), ospedalizzati a causa di una riacutizzazione della BPCO, dovrebbero usufruire di un programma di dimissione personalizzato e strutturato con un supporto post-dimissione nel contesto sanitario locale. **(Grado A)**

* Per una definizione dei "Gradi di raccomandazione" del JBI vedere al seguente indirizzo: <https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC>.

Fonte di informazione

Questo foglio informativo sulle Best Practice è stato ricavato da una revisione sistematica pubblicata nel 2017 nel database JBI delle revisioni sistematiche e rapporti di implementazione.¹

Background

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una malattia polmonare progressiva caratterizzata da una persistente limitazione del flusso d'aria e da una maggiore risposta infiammatoria delle vie aeree. I sintomi fisici della BPCO includono affanno, riduzione dei livelli di attività fisica e malnutrizione. I pazienti vengono spesso riammessi in ospedale dopo il ricovero a causa di una riacutizzazione acuta della BPCO (peggioramento dei sintomi oltre la normale variazione giornaliera, che richiede un intervento medico). Il passaggio dall'ospedale a casa può essere impegnativo sia perché le persone sono affette da comorbidità, sia perché negli ultimi decenni vi è stata una riduzione della durata media della degenza ospedaliera. Iniziative di dimissione strutturata (per es. screening per problemi post-dimissione, protocolli di pianificazione delle dimissioni, visite domiciliari post-dimissione) possono ridurre il tasso di riammissione ospedaliera delle persone con BPCO dopo il ricovero ospedaliero a causa di una riacutizzazione della malattia.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia di un supporto strutturato alla dimissione ospedaliera per le persone con BPCO ricoverate per una riacutizzazione.

Tipo(i) di intervento

Questa revisione ha preso in considerazione gli interventi di dimissione, inclusi la preparazione e il supporto alla dimissione dopo il trattamento, (come ad esempio lo screening, la preparazione intensiva alla dimissione, il follow-up telefonico dopo la dimissione) in pazienti adulti (≥ 18 anni) a cui era stata diagnosticata la BPCO e ricoverati in ospedale a causa di una riacutizzazione della BPCO.

Qualità degli studi

Tutti i 10 studi inclusi (sei studi clinici randomizzati controllati, tre studi quasi sperimentali e uno studio di coorte comparabile) sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti di valutazione critica standardizzati quali il Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI) del Joanna Briggs Institute. Tutti gli studi sono stati considerati di buona qualità metodologica; tuttavia, a nessuno dei pazienti e dei ricercatori è stato celato il tipo di intervento. Per estrarre dagli studi inclusi i dati rilevanti sono stati utilizzati strumenti standardizzati di estrazione dei dati del JBI-MAStARI.

Risultati

Gli studi inclusi in questa revisione sono stati pubblicati tra il 2002 e il 2015, in sette diversi paesi: tre negli Stati Uniti, due in Spagna, due in Danimarca, uno in Slovenia, uno in Australia e uno studio è stato condotto sia in Belgio che in Spagna.

Sono stati inclusi un totale di 1.723 partecipanti (66-266 per studio); l'età media dei pazienti variava da 60 a 75 anni. Cinque studi includevano pazienti con BPCO di grado da moderato a molto grave, e sei includevano solo pazienti con BPCO grave o molto grave. Tutti gli studi si sono concentrati sull'adattamento dell'intervento ai pazienti al fine di migliorare la compliance al trattamento. Gli interventi sono stati proposti come "pacchetti" ed erano combinazioni di singoli interventi; nessuno studio ha incluso gli stessi identici interventi. Tutti gli studi includevano un intervento che comprendeva la valutazione dei bisogni del paziente e il contatto programmato con il personale sanitario competente. Tutti gli studi includevano pazienti seguiti dal proprio medico di famiglia. Il controllo post-dimissione variava da sette giorni alla fine del follow-up. Il tasso di riammissione è stato riportato a 30, 90, 180 e/o 360 giorni di follow-up. I dati rilevanti sono stati sintetizzati in una meta-analisi, e sulla base del tasso di eventi sono stati calcolati la riduzione del rischio relativo (RRR), la riduzione del rischio assoluto (ARR), il numero necessario per il trattamento (NNT) e il rischio relativo (RR) con intervalli di confidenza del 95% (CI).

Gli interventi in questo studio sono stati in generale raggruppati in tre categorie in base a quando l'intervento era stato eseguito.

La pianificazione pre-dimissione (in ospedale) include: l'infermiere di coordinamento, informazioni ai servizi di assistenza primaria (infermiere e/o medico di base), informazioni all'infermiere di riferimento, piano di assistenza personalizzato, programma educativo sull'autogestione, coinvolgimento attivo dei pazienti e dei caregiver nel processo di pianificazione della dimissione o riunione sul caso.

La pianificazione post-dimissione (a domicilio) include: visita a domicilio da parte dell'operatore dell'ospedale (coordinatore), visita a casa dell'infermiere di riferimento, telefonate di follow-up avviate dall'operatore dell'ospedale, numero diretto diurno dal lunedì al venerdì, notturno 24-7, teleassistenza, ambulatorio, coinvolgimento attivo dei pazienti e programma di esercizi.

Il collegamento (attività che copre i periodi pre e post-dimissione) include: visite domiciliari da parte dell'operatore che coordina la dimissione e dell'operatore di riferimento, il supporto da parte di infermieri specializzati ai pazienti e all'operatore di riferimento, operatori sanitari che erogano assistenza tramite call center sul web, supporto di teleassistenza al paziente e al personale di riferimento e coordinamento del piano del paziente tra territorio e specialista ospedaliero. Tutti gli studi hanno utilizzato diverse combinazioni di queste attività.

Le grandezze assolute della dimensione dell'effetto complessivo sono state: per la riduzione delle riammissioni al follow-up di 30 giorni (RR) 0,67 (95% CI: 0,45-0,98), per la riduzione delle riammissioni al follow-up di 180 giorni (RR) 0,74 (95% IC: 0,51-1,08).

Nonostante una serie di interventi innovativi in studi ben condotti, non è stato possibile identificare un singolo "pacchetto" di interventi che potrebbe essere raccomandato in futuro.

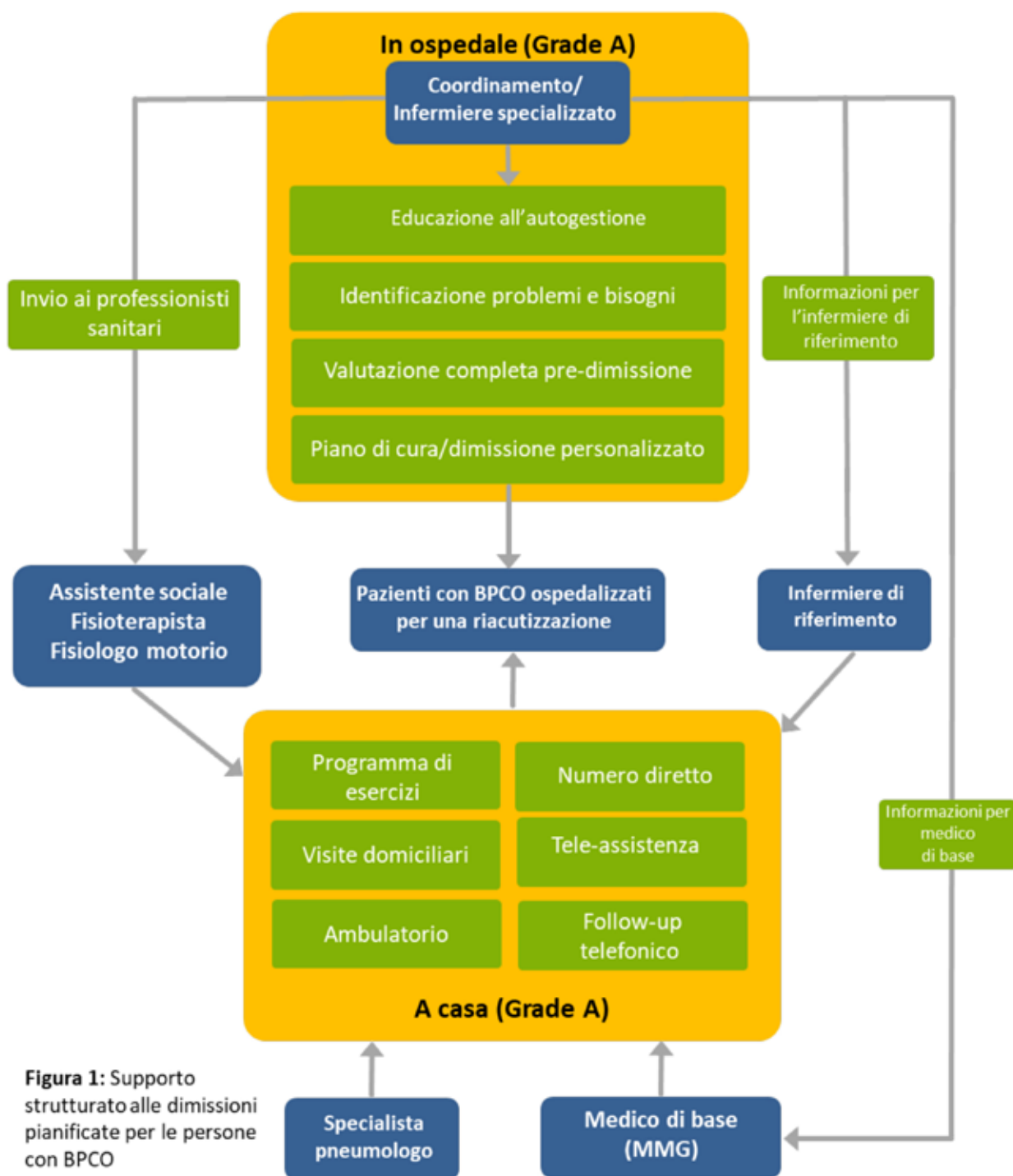
Conclusioni

Sulla base di evidenze di qualità da moderata a bassa, la revisione sistematica supporta il sostegno post-dimissione pianificato e strutturato, e degli interventi nei pazienti con BPCO per ridurre significativamente il tasso di riammissione entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera. Sembra che il rischio di essere riammessi possa essere ridotto se i pazienti ricevono una pianificazione e un supporto sistematico delle dimissioni, tuttavia l'analisi non è stata in grado di identificare un singolo insieme di interventi che potrebbe essere raccomandato.

Implicazioni per la pratica

Questa revisione ha trovato evidenze di qualità da moderata a bassa per raccomandare una pianificazione sistematica della dimissione e supporto e interventi post-dimissione, ma nessuna evidenza per raccomandare un intervento specifico o un gruppo di interventi. Sembra che gli interventi che supportano i pazienti, combinati con le risorse locali, possano ridurre il rischio di riospedalizzazione.

Efficacia del supporto post-dimissione pianificato e strutturato ai pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva per ridurre le riammissioni ospedaliere



Partecipanti	Partecipante/attore, ad es. uno specifico professionista sanitario, un gruppo di pazienti	Azione	Azione suggerita che può essere intrapresa e suo grado di raccomandazione.
Condizione/Diagnosi o Presentazione	Condizione o diagnosi, ad es. 'ferita acuta' or condizione specifica insorta, es. 'infezione'.	Contesto	Contesto specifico o situazione, ad es. 'reparto di emergenza' o 'ambulatorio di telemedicina'.

Bibliografia

1. Pedersen PU, Ersgard KB, Soerensen TB, Larsen P. Effectiveness of structured planned post discharge support to patients with chronic obstructive pulmonary disease for reducing readmission rates: a systematic review. JBI Database System Rev Implement rep. 2017;15(8):2060-86.

Autore del riassunto

Ashley Whitehorn¹

¹ The Joanna Briggs Institute



CECRI Evidence-based
practice group for
Nursing Scholarship

A JBI Affiliated Group

Direttore Stefano Casciato

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato dal Joanna Briggs Institute. Inoltre, questo foglio informativo è stato esaminato dai referenti degli International Joanna Briggs Collaborating Centers.

Autori della traduzione italiana

Lucia Mauro^a, Claudia Lorenzetti^a, Maria Matarese^b

^a Azienda ospedaliera S.Camillo-Forlanini, Roma

^b Università Campus Bio-medico di Roma

^{a, b} Esperti CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Whitehorn A. Effectiveness of structured planned post discharge support to patients with chronic obstructive pulmonary disease for reducing readmission rates. [Best Practice Information Sheets]. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2019; 21(1):1-4.



This Best Practice Information Sheet was developed by JBI and derived from the findings of a single systematic review published in JBI Evidence Synthesis. Each Best Practice Information Sheet has undergone a two stage peer review by nominated experts in the field.

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

Copyright © 2019 JBI

© JBI 2019. JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>



CECRI Evidence-based practice
group for Nursing Scholarship

A Joanna Briggs Institute
Affiliated Group

Il ruolo dei servizi sanitari scolastici nel trattare i bisogni degli studenti con patologie croniche

Una revisione sistematica della letteratura

Review Summary of: Leroy Z.C, Wallin R & Lee S, "The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: a systematic review". The Journal of School Nursing, 33(1), 64-72. (2017)

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

CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group

INTRODUZIONE

La recente ripresa dell'attività scolastica in corso di epidemia da COVID-19 ha richiamato l'attenzione, a livello europeo, sull'importanza della presenza negli istituti scolastici della figura dell'infermiere scolastico (FNOPI, 2020).

Secondo l'*American Academy of Pediatrics*, gli infermieri scolastici sono responsabili della valutazione dei problemi di salute degli studenti, dell'assistenza da fornire loro, della partecipazione alla gestione delle emergenze e delle urgenze, della gestione dello screening sanitario e dell'immunizzazione, e della segnalazione delle malattie infettive.

Gli infermieri scolastici, pertanto, possono aiutare a rendere l'ambiente scolastico sano e sicuro attraverso la collaborazione con il personale scola-

stico, gli studenti, le famiglie e la comunità locale per la prevenzione delle infezioni. Questo, senza dimenticare che **rivestono un ruolo chiave nella gestione quotidiana degli studenti affetti da patologie croniche.**

La cronicità in età pediatrica è un'area in progressiva crescita.

In Italia, sono circa tre milioni i bambini affetti da patologie croniche e un notevole impegno di risorse è richiesto per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali.

A livello internazionale sono stati condotti vari studi per analizzare gli effetti dell'inserimento dell'infermiere scolastico nelle scuole: sono stati identificati, ad esempio, migliori esiti clinici, un aumento dell'aderenza terapeutica e del rendimento scolastico degli studenti con malattie croniche nelle scuole ma-

terne, elementari e superiori, oltre a un ricorso appropriato alle cure sanitarie.

Leroy e colleghi (2017) hanno condotto una revisione della letteratura proprio con l'intento di identificare, analizzare e sintetizzare la letteratura che ha valutato tali esiti.

OBIETTIVI DELLA REVISIONE

Lo scopo della revisione è stato di valutare il ruolo dei servizi/centri sanitari scolastici che si occupano di studenti con malattie croniche quali asma, allergie alimentari, diabete, convulsioni e cattiva igiene dentale.

Gli autori hanno esaminato la relazione esistente tra l'erogazione di servizi sanitari scolastici (infermiere scolastico o Centro di salute scolastica) e i loro effetti sulla salute e sul rendimento degli studenti con patologie croniche.

METODI

Gli autori hanno incluso studi primari pubblicati in inglese dal 2000 al 2015 condotti negli Stati Uniti.

I database consultati sono stati ERIC, PubMed, Web of Science e CINAHL. Su un totale di 2438 *abstract*, ne sono stati inclusi 390. Gli articoli esclusi, dopo la valutazione del *full text*, sono stati 352 e 39 sono stati dichiarati eleggibili per la sintesi dei risultati.

Gli studi sono stati valutati indipendentemente da due revisori; nei casi di discordanza ne è intervenuto un terzo.

Dei 39 studi inclusi, 10 erano studi sperimentali, 13 quasi-sperimentali, 12 di coorte longitudinali, 2 di metodo misto, un caso controllo e uno trasversale.

RISULTATI

Sono stati esaminati gli effetti dell'assistenza sanitaria scolastica sulla salute e sul rendimento scolastico degli studenti affetti da malattie croniche dalla scuola materna alle superiori, considerando cinque malattie croniche: asma, diabete, convulsioni, cattiva igiene orale, e allergie alimentari.

La maggior parte degli articoli trattava dei bambini affetti da asma (n=38), in contesti urbani (n=32). Solo uno si oc-

cupava di cattiva igiene orale.

Le cronicità riguardavano studenti delle scuole elementari in 17 articoli, delle superiori in 3 e della scuola materna in 8. Il campione era composto da 4 fino ad un massimo di 9307 studenti.

Gli esiti riguardanti il livello di salute venivano classificati in base ai sintomi, alle rilevazioni cliniche (26 studi), alla gestione dei farmaci (21 studi) e all'utilizzo delle prestazioni sanitarie (25 studi).

Gli esiti concernenti la performance scolastica misuravano le giornate di presenza a scuola, il livello di rendimento e il punteggio dei test standardizzati quali, ad esempio, la lettura e la scrittura.

Interventi clinici, come la somministrazione di farmaci e la terapia praticata direttamente a scuola, hanno prodotto miglioramenti in termini di aumento delle giornate prive di sintomi, riduzione del numero dei giorni con limitazioni nelle attività di vita quotidiana, riduzione della sintomatologia notturna e diurna, decremento del ricorso a inalatori da parte degli studenti con asma e diminuzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza.

In uno studio sperimentale, il *case management* praticato nelle scuole ha ridotto significativamente i giorni di ospi-

dalizzazione, le cure in urgenza e gli accessi nel Dipartimento di emergenza in ogni semestre e nel corso dell'intero anno scolastico (Levy, Heffner, Stewart, & Beeman, 2006).

Lo studio di Guo del 2015 ha messo in evidenza gli stessi risultati: **le cure fornite dai Centri sanitari nelle scuole determinavano da parte degli studenti una contrazione delle visite nei Dipartimenti di emergenza.**

Programmi di autogestione dell'asma hanno portato a migliorare la capacità di utilizzo degli inalatori da parte degli studenti in trattamento farmacologico, riducendo significativamente le degenze ospedaliere nel corso del tempo (Horner & Brown, 2014).

Nel valutare gli esiti sulla performance scolastica si è trovata una riduzione significativa delle giornate di assenza da scuola, un miglioramento del livello di rendimento in alcune materie.

La media dei voti, invece, aumentava quando veniva fornito anche un supporto psicosociale alla famiglia (Engelke, Swanson & Guttu, 2014).

COMMENTO

L'infermiere scolastico rappresenta un anello di congiunzione fonamen-



tale tra studenti, altri professionisti della salute, famiglie e organizzazioni sanitarie e sociali.

I risultati degli studi analizzati in questa revisione suggeriscono che l'infermiere nelle scuole garantisce un valido supporto agli studenti con malattie croniche, facilita la comunicazione tra la scuola e la comunità, e migliora l'accesso alle cure negli ambienti scolastici, la *compliance* terapeutica e la gestione completa delle cronicità attraverso piani specifici e strategie educazionali.

La revisione, tuttavia, presenta dei limiti: essa ha preso in considerazione studi condotti solo negli USA, la maggior parte della letteratura era relativa agli studenti con asma, frequentanti scuole in contesti urbani e con uno stato socio-economico relativamente basso.

Inoltre, il metodo di raccolta dei dati differiva tra i vari studi, così come gli strumenti utilizzati per misurare gli esiti di salute e di rendimento scolastico.

Ulteriori revisioni della letteratura sono necessarie per ampliare la letteratura analizzata e rendere generalizzabili i risultati ad altri contesti culturali e ad altre malattie croniche.

AUTORI:

Silvia Sferrazza, infermiera AO S. Giovanni Addolorata, 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.



BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics Council on school health (2016), *Role of the school nurse in providing school health services*. Pediatrics, 137: e20160852.

FNOPI, *Riapertura delle scuole in Europa: puntare sull'infermiere scolastico*. Disponibile: <https://www.fnopi.it/2020/08/30/infermiere-scolastico-oms-riapertura-scuole/>

Leroy Z.C, Wallin R & Lee S, *The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: a systematic review*. The Journal of School Nursing, 33(1), 64-72. (2017)



CECRI Evidence-based practice
group for Nursing Scholarship

A Joanna Briggs Institute
Affiliated Group

Efficacia delle videochiamate nella riduzione dell'isolamento sociale e della solitudine nelle persone anziane

Una revisione rapida

Review summary of: Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, Morrissey E.C, "Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review". Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD013632.

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

Cecri Evidence-based Practice Group for Nursing Scholarship: A Joanna Briggs Institute Affiliated Group

INTRODUZIONE

A livello mondiale, gli effetti della pandemia da Sars-Covid2 sono stati devastanti, sia dal punto di vista sanitario che economico.

Le politiche sanitarie di distanziamento fisico, introdotte per controllare l'epidemia, hanno avuto un effetto negativo sulla salute psicologica della popolazione non solo per la percezione del pericolo dettato dalla diffusione del virus, ma anche per le stesse misure necessarie ad arginarla che hanno comportato la separazione dagli affetti o dalle persone che normalmente offrono sostegno nei momenti difficili.

L'isolamento sociale e la solitudine delle persone anziane sono temi discussi da anni sia dai professionisti sanitari che dagli studiosi di Gerontologia che, nel 2015, li hanno ritenuti una delle 12

sfide del lavoro rivolto alla popolazione anziana (Lubben et al, 2015).

Nel 2020, il *National Academies of Sciences, Engineering and Medicine* ha evidenziato che la solitudine è associata a un aumento del 29% del rischio di malattie cardiache con rischio di morte quasi 4 volte maggiore; del 32% del rischio di ictus e del 50% di quello di demenza; un incremento del 68% di rischio di ospedalizzazione e del 57% di visite al pronto soccorso, con tassi più elevati di depressione, ansia e suicidio. Nella persona anziana, la percezione soggettiva della mancanza di relazioni sociali (solitudine) e la carenza di impegni e contatti sociali (isolamento sociale) comporta inevitabilmente un peggioramento cognitivo.

La videochiamata è stata un mezzo di comunicazione molto utilizzato durante

le restrizioni dettate dalle organizzazioni sanitarie in fase pandemica, soprattutto dai pazienti e dai familiari durante il ricovero in ospedale, in quanto ha permesso di garantire un contatto ed un approccio relazionale sicuri.

Mentre a livello internazionale si stanno intraprendendo azioni per migliorare la qualità di vita delle persone anziane promuovendo social media e sistemi di informazione tecnologica, la revisione rapida della letteratura condotta da Noone e colleghi nel 2020, per la *Cochrane Collaboration*, ha voluto analizzare e sintetizzare le prove esistenti riguardo l'efficacia delle videochiamate nella riduzione dell'isolamento sociale e della solitudine nella persona anziana.

Il ricorso ad una revisione rapida (che prevede che alcune fasi metodologiche siano semplificate) ha permesso una



veloce conduzione e pubblicazione della revisione stessa.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale della revisione è stato di valutare l'efficacia della videochiamata nella riduzione della percezione di isolamento sociale e solitudine nel soggetto anziano, oltre che nella conseguente riduzione della depressione e nel miglioramento della qualità della vita.

METODI

La revisione sistematica è stata effettuata secondo le raccomandazioni contenute nel manuale del *Cochrane Rapid Reviews Methods Group*, utilizzando il software GRADE per supportare i revisori nel processo di metanalisi e revisione sistematica della letteratura.

Le banche dati consultate sono state: *Cochrane Central Register sui Controlled Trials*, *Medline/OVID*, *PsycINFO*, *CINAHL*. Un'ulteriore ricerca è stata svolta su revisioni sistematiche.

Sono stati selezionati studi clinici sperimentali controllati randomizzati (RCT) e quasi-sperimentali (quasi-RCT), pubblicati dal 1° gennaio 2004 al 7 aprile

2020, escludendo gli articoli in lingue diverse dall'inglese.

Gli studi dovevano analizzare individui ≥ 65 anni che usavano la videochiamata o videoconferenza (tramite computer, smartphone o tablet).

Outcome primari sono stati la riduzione della solitudine e dell'isolamento sociale, quelli secondari la riduzione della depressione e il miglioramento della qualità di vita.

Gli articoli inclusi nella revisione sono stati valutati da un esperto informatico che ha progettato e condotto le ricerche, che sono state valutate, a loro volta, da un esperto di contenuti e, successivamente, sottoposte ad una valutazione tra pari indipendente.

L'estrazione e l'analisi dei dati è stata effettuata con Microsoft Excel®, valutando il disegno dello studio, le caratteristiche dei partecipanti, dell'intervento e della comparazione, la tipologia di valutazione e misurazione, i dati per i risultati di interesse comprensivi del *follow-up* a tre, sei, dodici mesi, e la valutazione dei rischi di *bias*.

Sono state risolte eventuali discordanze valutative attraverso una discussione tra valutatori arrivando a un consenso

unanime. L'eterogeneità degli studi è stata valutata conducendo un test del chi quadrato considerando bassa e moderata eterogeneità un valore del test I^2 compreso tra il 30% e il 60%, e sostanziale eterogeneità un valore compreso tra 50% al 90%.

L'analisi di sensibilità non è stata effettuata in quanto tutti gli studi inclusi per la metanalisi erano ad alto rischio di *bias*.

L'evidenza è stata classificata come "alta", "moderata", "bassa" e "molto bassa" sulla base dei 5 criteri GRADE (limiti nella qualità dello studio, coerenza degli effetti, imprecisione dei risultati, forza dell'associazione tra intervento e esito, e *bias* di pubblicazione).

RISULTATI

Dopo l'eliminazione di 350 duplicati tra le 2152 citazioni identificate, sono stati ulteriormente eliminati 1778 record sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione.

Sono stati valutati i *full text* dei rimanenti 24 studi e solo 3 studi clinici quasi-sperimentali con randomizzazione a *cluster* sono stati inclusi nella revisione. Tutti gli studi sono stati condotti a

Taiwan dallo stesso autore, tra il 2010 e il 2020, su un totale di 201 pazienti con età media ≥ 65 anni e residenti presso Residenze Sanitarie Assistenziali.

L'intervento di videocchiamata si svolgeva una volta a settimana per almeno 5 minuti ed era confrontato con le cure usuali.

Tutti gli studi hanno misurato la solitudine con la scala UCLA, mentre nessuno studio ha misurato l'isolamento sociale; i sintomi della depressione sono stati valutati con il *Geriatric Depression Scale* (GDS) e uno studio ha misurato la qualità di vita attraverso l'adattamento taiwanese dello strumento SF-36.

Nessuno di questi studi è stato condotto durante la pandemia COVID-19.

I revisori hanno concluso dall'integrazione dei risultati degli studi che la videochiamata non influenza o ha una limitata influenza sulla solitudine e sulla qualità della vita dopo un *follow-up* di tre, sei o dodici mesi e una minima riduzione della depressione a un anno.

Le evidenze degli studi erano di livello basso per la presenza di molti limiti: riduzione di alcuni passaggi del normale processo di revisione nella revisione rapida, inclusione di soli studi in lingua inglese, tipologia di disegno selezionato, campione di pochi partecipanti reclutati in uno specifico *setting* dallo stesso autore in un unico Paese (Taiwan).

Per questi tipi di studio non è stato possibile applicare il criterio di cecità ed in nessuno studio incluso è descritta l'analisi dell'*intention-to-treat* nonostante risultino dati mancanti al *follow-up*.

CONCLUSIONI

Sulla base della revisione della letteratu-

ra è possibile concludere che **esistono evidenze di bassa qualità a sostegno dell'efficacia dell'utilizzo della videochiamata/video conferenza per la prevenzione del rischio di solitudine, depressione e per il miglioramento della qualità di vita nel soggetto anziano.**

Non esiste invece nessuna evidenza a supporto dell'efficacia sull'isolamento sociale.

Sarà necessario ampliare la ricerca sugli effetti della tecnologia nella riduzione dell'isolamento sociale e della solitudine, includendo disegni di studio diversi oppure utilizzando metodi qualitativi anziché quantitativi o metodologie miste.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

La videochiamata/video conferenza è stata molto utilizzata anche durante la pandemia da COVID-19 per permettere la relazione con il nucleo familiare, prevenire la solitudine, la depressione e migliorare la qualità di vita del soggetto anziano.

La revisione di Noone et al. (2020) indica una scarsa efficacia dell'uso di questa tecnologia su questi esiti nonostante la tecnologia si sia dimostrata efficace in altri contesti, come ad esempio per promuovere l'aderenza alle cure (telemedicina).

Seppur l'umanizzazione delle cure possa avvalersi dell'implementazione della videochiamata per ridurre gli effetti negativi sulla salute mentale, fisica e sociale nella popolazione anziana, la revisione pubblicata dalla *Cochrane Collaboration* raccomanda ulteriori studi ben disegnati e campioni più ampi per fornire evidenze forti di efficacia.

AUTORI:

Marina Palombi, coordinatore infermieristico UTI Cardiocirurgica AOU Policlinico Umberto I, Roma, componente Polo Pratica Clinica del CECRI;

Stefano Casciato, Direttore Polo della Pratica Clinica del CECRI, Direttore *Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group*; Angela Peghetti, AOU di Bologna Sant'Orsola Malpighi, componente Faculty GIMBE, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI;

Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-Medico Roma, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI.

BIBLIOGRAFIA

Lubben J, Gironde M, Sabbath E, Kong J, Johnson C, *Social isolation presents Grand Challenge for social work*. Working Paper No. 7, American Academy of Social Work and Social Welfare Grand Challenges for Social Work Initiative. 2015.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington, DC: The National Academies Press. 2020. <https://doi.org/10.17226/25663> HYPERLINK "<https://www.nap.edu/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>" HYPERLINK "<https://www.nap.edu/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>" external icon.

Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, Morrissey E.C, *Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 5. Art. No.: CD013632

Indagine esplorativa sulle cause che impediscono l'accesso all'assistenza stomaterapica

di Raffaella Ada Cerquaglia, Giuseppe Esposito, Giulia Villa, Vittoria Giordano

ABSTRACT

La creazione di una stomia modifica le funzioni fisiologiche, con conseguente alterazione dell'immagine corporea ed il rischio di incorrere in complicanze fisiche, psicologiche e sociali.

Pertanto, le persone stomizzate necessitano della presa in carico da parte di una figura specializzata e formata come lo stomaterapista.

Tuttavia, in alcune situazioni, ciò non avviene: i pazienti non hanno una figura di riferimento in caso di necessità.

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare meglio tale fenomeno, per capire quali siano le cause del mancato accesso a tale assistenza da parte delle persone stomizzate e valutarne gli effetti in termini di complicanze fisiche, psicologiche e sociali, allo scopo di poter formulare idee e soluzioni per risolvere i problemi e superare le barriere che impediscono l'accesso agli specialisti.

Con questo proposito, è stato condotto uno studio qualitativo (ottobre 2019-febbraio 2020), tramite l'utilizzo di un questionario socio-demografico e di una intervista semi-strutturata composta da 6 domande.

Dall'analisi dei dati sono emersi due temi ed otto sottotemi.

I temi principali sono: l'impatto della

stomia e la sua gestione; i sottotemi, invece: la sensazione di smarrimento e perdita; la sensazione di presa in carico durante la degenza; l'aiuto delle informazioni alla dimissione; l'inconsapevolezza dell'esistenza dello stomaterapista; la convinzione di non avere bisogno dello stomaterapista; i problemi logistici e di accesso all'ambulatorio; l'utilizzo del dispositivo scelto alla dimissione senza riscontro successivo con un professionista e la convinzione che tutto proceda bene ma senza riscontro da parte di un professionista.

Dal presente lavoro è emerso che la comunicazione della malattia e del relativo intervento di confezionamento di stomia avviene, talvolta, in maniera inaspettata ed improvvisa e ciò lascia le persone in uno stato di smarrimento e di perdita. Il termine che prevale nelle interviste è "paura", dovuta sia alla modifica dell'immagine corporea e della sfera psicosociale, sia ad un'alterazione della sfera sessuale.

L'età, l'area di residenza e lo stato civile sono tutti aspetti che interferiscono con l'accesso alle cure specialistiche per le persone stomizzate.

La mancanza di informazioni ricevute alla dimissione ospedaliera, le distanze di viaggio e le convinzioni proprie delle persone stomizzate sono altri fattori

emersi tra le cause.

Tra le conseguenze si sono evidenziate: le dermatiti irritative da contatto; la presenza di un'ernia parastomale e l'adozione di pratiche ed abitudini sbagliate che possono compromettere la salute ed il benessere psicofisico della persona stomizzata.

INTRODUZIONE

Una stomia rappresenta il risultato finale di un intervento chirurgico il cui scopo è creare una via alternativa alla naturale emissione all'esterno di urine e feci.

Si stima che il numero di persone stomizzate nel mondo sia di 6 milioni, di cui circa uno solo negli Stati Uniti, 100 mila nel Regno Unito e 80 mila in Italia.

Il confezionamento di una stomia è sempre secondario ad un intervento altamente demolitivo che comporta, da un lato, un'alterazione delle funzioni fisiologiche, ma permette, dall'altro, l'allontanamento immediato ed efficace dei gravi problemi che compromettono la salute del paziente, spesso permettendone la sopravvivenza.

Avere una stomia significa, dunque, avere una situazione anatomica diversa, ma gestibile, che non pregiudica la vita di relazione del portatore, ma che, dopo una malattia, ne permette addirittura il

ritorno alla vita.

Nonostante ciò, quando il paziente scopre di doversi sottoporre ad un intervento per il confezionamento di stomia, sperimenta la consapevolezza di dover convivere con un corpo alterato e di dover affrontare una transizione psicosociale. Non a caso l'uso di presidi per la raccolta è associato a sentimenti negativi, come paura, angoscia, tristezza ed impotenza.

I pazienti con stomia sperimentano cambiamenti nelle loro vite, in particolare legati alla loro rete sociale (lavoro e tempo libero) e alla sessualità, aggravando i loro sentimenti di insicurezza e paura di essere respinti.

Risulta essere elevata anche la percentuale di complicanze fisiche che possono insorgere a seguito del confezionamento di una stomia: si stima che circa il 20-70% delle persone stomizzate sviluppi complicanze legate ad alterazioni della cute peristomale.

Queste complicanze sono associate, nella maggior parte dei casi, alla difficoltà nell'autogestione della stomia e nel mantenimento in sede del presidio di raccolta. Studi dimostrano che i possibili esiti fisici, psicologici e sociali derivanti dalla stomia rendono essenziale la presenza di un'assistenza con approccio interdisciplinare e specializzato nel comprendere e soddisfare le esigenze del paziente e quelle della famiglia, in vista di un pieno recupero fisico, emotivo e sociale verso la riabilitazione.

Un'assistenza di questo tipo è garantita dall'**infermiere stomaterapista**, ossia il professionista che, dopo aver conseguito la laurea triennale in Infermistica, ha continuato la sua formazione iscrivendosi ad un Master di perfezionamento, specializzandosi nell'ambito della Stomaterapia.

Purtroppo, l'assistenza stomaterapica non viene sempre garantita e studi attribuiscono questo fenomeno a cause demografiche e socio-economiche^{10, 11, 12, 13, 14, 15, 16}, religiose e culturali^{17, 18, 19}, organizzative o legate a dimissioni ospedaliere precoci ed assenza di *follow up*²⁴, ad aspetti relativi ai *caregiver*²⁰ e agli stomaterapisti²¹.

Tra le conseguenze della mancanza di

assistenza stomaterapica emergono problematiche di natura psicologica (soprattutto, l'incertezza e la frustrazione dovute alla mancanza di informazioni ricevute) e fisiche (in particolare, lesioni ulcerative cutanee e l'insorgenza di ernie parastomali e prolapsi²²).

Anche in Italia, il problema del mancato accesso all'assistenza stomaterapica risulta essere rilevante.

Infatti, da uno studio effettuato nel 2018 dall'azienda di presidi Convatec attraverso il proprio numero verde, è emerso che il 36,5% dei pazienti non frequenta un ambulatorio di stomaterapia; mentre il 22,3% non ha mai incontrato uno stomaterapista.

Alla luce di questi dati, si è ritenuto opportuno indagare meglio tale fenomeno, per capire quali siano le cause del mancato accesso all'assistenza stomaterapica da parte delle persone stomizzate e valutarne gli effetti in termini di complicanze fisiche, psicologiche e sociali allo scopo di poter formulare idee e soluzioni per risolvere i problemi e superare le barriere che impediscono l'accesso all'assistenza stomaterapica.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio qualitativo che ha richiesto un tempo di raccolta dati di 4 mesi (ottobre 2019-febbraio 2020).

Il campione è stato selezionato tenendo conto dei seguenti criteri di inclusione: stomia confezionata da almeno 3 mesi, maggiore età, mancato accesso all'ambulatorio di stomaterapia o consulenza da parte di uno stomaterapista, consenso allo studio.

Sono stati esclusi pazienti con deterioramento cognitivo, demenze senili e patologie psichiatriche. Ai partecipanti è stata proposta un'intervista semi-strutturata della durata media di circa 20 minuti, audioregistrata. Tabella 2

A tutti è stata garantita la confidenzialità dei dati. Nello studio sono stati utilizzati due strumenti: un questionario socio-demografico e l'intervista semi-strutturata.

Il questionario socio-demografico e clinico (Tabella 1) contiene 8 *item* per va-

lutare i seguenti aspetti nei partecipanti: il tipo di stomia, l'area di residenza, il grado di istruzione, l'impiego lavorativo, lo stato civile, la religione, la presenza di un *caregiver* e la relazione con esso, l'età è stata ottenuta dalla data di nascita presente nel consenso informato. L'obiettivo è stato di indagare se determinati fattori possono influire sull'accesso alle cure stomaterapiche. L'intervista semi-strutturata composta, invece, da sei domande aperte (Tabella 2) ha avuto lo scopo di analizzare le sensazioni provate dal paziente al momento della diagnosi, valutarne l'esperienza vissuta durante la degenza ospedaliera e indagare le motivazioni della mancata assistenza da parte dello stomaterapista. Le interviste effettuate sono state audio-registrate in seguito all'ottenimento del consenso informato da parte delle persone intervistate e poi trascritte integralmente.

Ogni singola intervista è stata analizzata a fondo seguendo la metodologia dell'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA): il testo originale delle interviste è stato letto più volte, aggiungendo note al margine per sviluppare etichette, categorie ed infine temi emergenti. (Tabella 3)

RISULTATI

Dal questionario socio-demografico

Nel presente studio sono state arruolate quattro persone (tre donne ed un uomo di età compresa tra 55 e 81 anni), tutti residenti a Marsciano, un comune umbro, in provincia di Perugia.

Tra gli intervistati, due persone sono portatrici di una colostomia e due hanno subito il confezionamento di stomie: di queste, una ha una colostomia e una urostomia, mentre un'altra è portatrice di una colostomia ed una ileostomia. Tutte vivono in un'area extraurbana, a circa 25 km dall'ambulatorio stomaterapico più vicino.

Un altro dato comune a tutti è l'impiego lavorativo: sono pensionati e percepiscono un sostegno quali invalidi civili. Riguardo lo stato civile, due persone sono sposate, una donna è vedova ed una è nubile. Tutti gli intervistati hanno un credo religioso: tre si professano

cattolici cristiani, mentre uno è di religione ortodossa.

Una sola persona tra gli intervistati riferisce di non avere un *caregiver*, mentre tra gli altri tre, una persona dice di farsi assistere nella gestione della stomia dal proprio coniuge, gli altri due hanno, rispettivamente, le figlie e la sorella e il cognato a sostegno.

Tutte le caratteristiche socio-demografiche e gli ulteriori aspetti assistenziali sono riportati in dettaglio nella tabella 1.

Variabile	N (%)
Tipo di stomia	
Colostomia	4 (100)
Ileostomia	1 (25)
Urostomia	1 (25)
Età	
media (DS)	71,75 (11.81)
Area di residenza	
Extra urbana	4 (100)
Grado di istruzione	
Istruzione primaria	2 (50)
Istruzione secondaria di II livello	1 (25)
Istruzione superiore	1 (25)
Impiego lavorativo	
Pensionato	4 (100)
Stato civile	
Celibe/nubile	1 (25)
Sposato/a	2 (50)
Vedovo/a	1 (25)
Religione	
Cattolica	3 (75)
Ortodossa	1 (25)
Caregiver	
Si	3 (75)
No	1 (25)
Relazione con il caregiver	
Coniugale	1 (25)
Extra coniugale	2 (50)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione (n = 4)

DALLE INTERVISTE

Dall'analisi dei dati emergono due temi principali e otto sottotemi. (Tabella 3)

- 1 Come si è sentito quando ha scoperto di doversi sottoporre ad un intervento di confezionamento di stomia?
- 2 Come ha vissuto il periodo di degenza ospedaliera?
- 3 Che cosa le hanno consigliato alla dimissione ospedaliera?
- 4 Quali sono i motivi per cui non è seguito dallo stomaterapista?
- 5 Come gestisce la propria stomia e come ottiene i presidi che le servono?
- 6 La mancata assistenza da parte di uno stomaterapista ha avuto effetti sulla stomia in termini di complicanze e qualità di vita? Quali?

Tabella 2. Intervista semi-strutturata

Temi	Sotto-temi
Impatto della stomia	Sensazione di smarrimento e perdita Sensazione di presa in carico durante la degenza L'aiuto delle informazioni alla dimissione
Gestione della stomia	Inconsapevolezza dell'esistenza dello stomaterapista Convinzione di non aver bisogno dello stomaterapista Problemi organizzativi e logistici di accesso all'ambulatorio Utilizzo del dispositivo scelto alla dimissione senza riscontro successivo con un professionista Convinzione che tutto proceda bene ma senza riscontro da parte di un professionista

Tabella 3. Temi e sottotemi. Riassunto dell'analisi dei dati raccolti (n = 4)

Impatto della stomia

Il primo tema emerso dalle interviste riguarda l'impatto della stomia in cui si riassume l'esperienza vissuta dalla persona in tutto il percorso di cura, dalla fase pre-operatoria alla fase post-operatoria.

Sensazione di smarrimento e perdita

Le sensazioni che prevalgono in tutti sono il senso di smarrimento e di perdita, evidenziato dal termine "paura" utilizzato dagli intervistati.

"Inizialmente avevo un po' di paura. Pensavo: "chissà come andrò a finire?" (intervista n. 1)

La paura per se stessi diventa anche timore di perdere il proprio partner a causa della trasformazione dell'immagine corporea e dell'impossibilità di avere dei rapporti sessuali. "...Stavi male tu come donna, il marito mio è un po' più giovane di me e la vita sessuale è andata... È difficile" (intervista n. 4)

Sensazione di presa in carico

Per quanto riguarda il periodo vissuto durante la degenza ospedaliera, tutte e quattro le persone interviste sono state concordi nell'esprimere un senso di soddisfazione per l'assistenza ricevuta, sia per quanto riguarda la gestione del do-

lore, sia per la gentilezza dimostrata dai professionisti sanitari.

"Benissimo, io sinceramente sono uscito dall'ospedale senza sentire un dolore, sono stato benissimo" (intervista n. 2); "Mi hanno trattato molto bene, finché sono stata lì mi hanno assistito loro, poi quando sono tornata a casa mi hanno detto come dovevo procedere" (intervista n. 4)

L'aiuto delle informazioni alla dimissione ospedaliera

Le informazioni ricevute al momento della dimissione ospedaliera si sono dimostrate parzialmente utili per la gestione della stomia a domicilio, ma emergono incertezze ed opinioni discordanti riguardo chi abbia fornito le informazioni. "All'inizio è venuto un medico o forse infermiere, non mi ricordo, che mi ha dato le sacche e poi ho continuato da sola" (intervista n. 1); "Gli infermieri mi hanno spiegato quello che dovevo fare poi il chirurgo mi ha dato il figlio con tutti i codici o l'infermiere, ma era un infermiere normale" (intervista n. 2); in un unico caso non è stata fornita alcuna informazione. "...Ma all'ospedale non mi hanno dato informazioni relative alla gestione della stomia, non mi ha detto niente nes-

suno..." (intervista n. 3)

Gestione della stomia

Il secondo tema emerso è relativo alla gestione della stomia.

Dai risultati ottenuti è possibile identificare la risposta al quesito di ricerca. Nella seconda parte delle interviste, infatti, sono emerse le risposte relative alle motivazioni della mancata assistenza stomaterapica, alle complicanze riscontrate ed alle abitudini acquisite in relazione a tale fenomeno.

Inconsapevolezza dell'esistenza della figura dello stomaterapista

La prima causa della mancata assistenza da parte dello stomaterapista risiede nella parziale, o totale, mancanza di conoscenza della presenza di una **figura infermieristica specialistica**.

Difatti, alcuni intervistati, riferiscono di non aver avuto contatti con lo stomaterapista e, in alcuni casi, non capiscono bene di cosa si stia parlando, formulando risposte generiche e poco chiare.

"L'oncologa di Pantalla mi aveva detto che se voglio ci sono anche questi fisioterapisti specializzati, ma tanto per l'alimentazione mi avevano dato un foglio... lo dell'esistenza dello stomaterapista non ne ho mai saputo nulla" (intervista n. 2); *"Non conoscevo nessuno stomaterapista. Per questo non ci sono mai andata"* (intervista n. 4)

Convinzione di non averne bisogno

Tra le cause della mancata assistenza stomaterapica emerge anche la convinzione di non averne bisogno, o perché sconsigliati da altri professionisti o perché vi è la sicurezza di saper gestire la condizione in autonomia. *"Anche l'oncologo mi aveva detto che tanto non ne avevo bisogno"* (intervista n. 2); *"Perché in questo momento non ne ho un gran bisogno, mi riprometto di andarci"* (intervista n. 3); *"Non c'è bisogno, tanti mi dicevano di andare..."* (intervista n. 1).

Problemi organizzativi e logistici di accesso all'ambulatorio

Sono emersi anche problemi di natura pratica, legati agli spostamenti ed alla condizione sociale difficile in cui vivono alcuni degli intervistati.

In particolare, ciò che rende tutto più complicato è la solitudine: questo fattore emerge soprattutto nei pazienti che hanno caregiver extraconiugali e che non

vivono sotto lo stesso tetto. *"...Poi è lontano, mi dovrei far accompagnare da qualcuno. Non ho nemmeno la patente, la devo rinnovare quindi non ho nemmeno la possibilità di guidare non faccio questo tipo di viaggio non me la sento di farlo"* (intervista n. 3).

Altri riferiscono di non avere tempo e di non voler affrontare le lunghe attese per essere visitati all'ambulatorio. *"Ma io non posso andare a perdere tempo, aspettare e farmi fare una medicazione da loro a perdere tempo un'ora, un'ora e mezzo. Perché devo fare la fila. Così, in cinque minuti mio marito me lo ha fatto"* (intervista n. 1); *"...Quindi mi manca il tempo"* (intervista n. 3).

Utilizzo del dispositivo scelto alla dimissione senza riscontro successivo con un professionista

Tutti gli stomizzati hanno riferito di utilizzare lo stesso presidio prescritto alla dimissione ospedaliera senza avere un riscontro successivo con uno stomaterapista (per alcuni il momento del ricovero risale a più di 10 anni fa), nonostante in un caso emerga anche un problema di distacco dello stesso. *"Ho avuto un incidente due sere fa, mi sono svegliata... E di notte mi si è aperta la busta, ero tutta sporca... Mi sono fatta la doccia... succede anche questo"* (intervista n. 1).

L'iter di ottenimento dei presidi stomaterapici è lo stesso per tutti i pazienti: viene effettuata la prescrizione dal Medico di Medicina Generale che viene autorizzata dall'Ufficio ausili e protesi del Distretto di appartenenza con successivo ritiro del prodotto da parte dei pazienti presso la farmacia di fiducia. Pertanto, a causa di questo processo, è spesso difficile la programmazione di incontri con gli infermieri stomaterapisti su eventuali nuove valutazioni di idoneità di presidi. *"Per le sacche mi faccio fare la domanda dal medico di famiglia e dopo dalla USL e le prendo in farmacia... Ho sempre tenuto le stesse sacchette da quando ho l'urostomia non le ho mai cambiate..."* (intervista n.1); *"Andiamo alla ASL, con la richiesta del dottore, loro mettono il timbro. Le sacchette sono quelle però di quando siamo usciti dall'ospedale..."* (intervista n. 2); *"Me li faccio prescrivere dal medico e poi li prendo in farmacia"*

(intervista n. 3).

Convinzione che tutto proceda bene senza riscontro di un professionista

Alla domanda relativa agli effetti del mancato accesso all'assistenza stomaterapica ossia alle eventuali complicanze psicologiche, fisiche e sociali riscontrate, in tutte le interviste emerge la convinzione che vada bene, senza reali problemi, a parte lievi arrossamenti che vengono gestiti autonomamente e senza il riscontro di un professionista. *"Non ho nessun tipo di problema o complicanza"* (intervista n. 1); *"In questo momento non ho complicanze né arrossamenti... Anzi ce l'ho un arrossamento ma è piuttosto limitato è come se avessi la pelle macerata, allora ci metto l'eosina, infatti ho tutto il bagno macchiato di rosa e poi la polvere e con questo riesco a tamponare"* (intervista n.3); *"Avevo a volte un arrossamento ma dipendeva da quello che mangiavo. Perché se mangiavo qualcosa di troppo mi veniva la diarrea e poi mi arrossavo. In quei casi, ci mettevo una pomata e poi mi passava il rossore"* (intervista n. 4).

Emerge anche l'uso di pratiche sbagliate, che, in presenza dello stomaterapista, verrebbero immediatamente sconsigliate, ma che, in regime di totale autonomia, diventano abitudini quotidiane dello *stomacare* come l'utilizzo della benzina per l'igiene della cute peristomale, la ventriera con il foro per la gestione dell'ernia parastomale e l'utilizzo di unguenti sotto la placca adesiva. *"No, non ho problemi... Ma anche le placche tanti dicono che non gli tengono, si qualche volta capita che si staccano. E poi sono cose che ti buttano a terra. Tutto sommato non ho arrossamenti né niente, uso la benzina rettificata che la passo sulla pelle che la sgrassa prima di attaccare la placca perché sgrassa la pelle, sennò nient'altro. Ho una buona qualità di vita, esco faccio le cose di casa..."* (intervista n. 2); *"Le pancere le ha consigliate il dottore, ma il buco lo ha fatto mia moglie, ha fatto il buco per la stomia alla pancera"* (intervista n. 2).

DISCUSSIONE

Tra gli intervistati, l'età risulta essere avanzata (il range va dai 55 agli 81 anni,

mentre l'età media è di 71,75 anni) e ciò potrebbe avvalorare la tesi precedentemente sostenuta secondo cui un'età avanzata contribuisca a rendere difficoltoso l'accesso ai servizi dedicati alle persone con stomia¹¹⁻¹³.

Tutti gli intervistati sono pensionati ed abitano in un'area extraurbana, ad almeno 30 minuti di macchina dall'ambulatorio stomaterapico più vicino.

L'area di residenza perciò, come emerso in letteratura^{15,16}, può essere intesa come un fattore che contribuisce a rendere difficoltoso l'accesso alle cure specialistiche per persone con stomia che necessitano di aiuto negli spostamenti. Interessante è quanto emerso dallo stato civile: delle quattro persone intervistate, due sono sposate, una è nubile e una è vedova. Due persone hanno come *caregiver* il proprio partner, mentre altre due hanno, rispettivamente, la figlia e la sorella e il cognato ad assisterle.

Pertanto, dal momento che dalle interviste è emersa la difficoltà di accesso alle cure soprattutto nei pazienti che hanno *caregiver* diversi dal proprio coniuge, i risultati dell'indagine qualitativa sono in linea con quanto emerso in letteratura²⁰ dove è stato evidenziato che le persone con un *caregiver* diverso dal coniuge hanno difficoltà nell'accedere all'assistenza infermieristica specialistica.

Questo potrebbe essere dovuto al fatto che un *caregiver* che assiste il proprio coniuge percepisce un senso di dovere nel promuovere il benessere della persona assistita per il ruolo che ricopre (in quanto moglie/marito) e che, a sua volta, la persona stomizzata si senta maggiormente libera di esprimere i propri bisogni, dato il rapporto di confidenza.

Per quanto riguarda il grado di istruzione, i risultati sono piuttosto eterogenei, perciò, diversamente da quanto emerso in letteratura¹⁴, non è possibile dedurre se tale fattore sia una causa della mancata assistenza stomaterapica. Anche la religione e la cultura non sembrerebbero influire con il quesito dello studio, poiché nessuno degli intervistati ha menzionato la propria cultura o religione come barriera di accesso alle cure stomaterapiche.

Nella seconda parte dello studio, le domande aperte hanno avuto lo scopo di

esplorare le sensazioni ed i pensieri provati dagli intervistati al momento della diagnosi. Dai risultati è apparso chiaro che la comunicazione della malattia e del relativo intervento di confezionamento di stomia avvenga in maniera del tutto inaspettata ed improvvisa e questo lascia le persone in uno stato di smarrimento e di perdita. Infatti, la parola che prevale nelle interviste è "paura", che esprime questo senso di incertezza del futuro ma anche timore nel provare dolore fisico.

In alcuni casi, è emersa la volontà di affrontare la situazione e di "andare avanti" ma in un modo del tutto passivo, senza una reale presa di coscienza o consapevolezza di ciò che sta per accadere.

L'incontro con lo stomaterapista in questa fase avrebbe sicuramente aiutato a capire meglio il tipo di intervento ed i cambiamenti che la stomia avrebbe comportato in termini di qualità di vita.

Tale argomentazione è confermata anche dalla letteratura scientifica secondo cui i sentimenti negativi come l'ansia, la depressione, l'angoscia, le preoccupazioni sulla vita sociale e l'insicurezza riguardo il reinserimento di ruoli e delle funzioni sociali precedenti sono tipiche prima di sottoporsi ad un intervento di confezionamento di stomia⁷.

Pertanto, gli operatori sanitari specializzati dovrebbero riconoscere, assistere ed incoraggiare i pazienti nei loro sforzi per ridurre tali preoccupazioni, fornendo un supporto professionale per lo sviluppo di abilità strumentali, espressive e sociali.

In questa fase dello studio emerge anche l'aspetto della sfera sessuale dato dalla paura di non poter soddisfare più il proprio partner e, di conseguenza, di poterlo perdere. Anche in questo caso, l'incontro con lo stomaterapista sarebbe stato utile per aiutare la persona ad affrontare il problema, magari indirizzandola verso professionisti esperti come psicologi o sessuologi.

Anche in letteratura emergono simili problematiche: le donne stomizzate che devono affrontare determinate procedure chirurgiche, infatti, oltre alle disfunzioni fisiologiche legate alla nuova condizione fisica, sperimentano anche disfunzioni psicologiche legate all'alterazione

dell'immagine corporea, che si traduce in una diminuzione o perdita della libido, nella dispareunia, nello sviluppo di sentimenti come la vergogna e l'insicurezza riguardante l'adesività del dispositivo all'addome durante i rapporti sessuali.

È necessario, quindi, che un *team* multi-professionale, comprendente lo stomaterapista, evidenzii il processo di educazione alla salute e cerchi l'uso di strategie educative che aiutino o stabiliscano una comunicazione efficace con la stomizzata favorendone il ritorno alle attività quotidiane²³.

Per quanto riguarda il periodo di degenza ospedaliera, gli intervistati hanno espresso soddisfazione per l'assistenza ricevuta, facendo riferimento in particolare alla gentilezza ed alla disponibilità dimostrata dall'équipe sanitaria.

Tuttavia, riferiscono di non aver ricevuto una vera e propria educazione sanitaria ma solo qualche informazione di base poco prima della dimissione da parte di infermieri non specializzati.

Inoltre, ai pazienti, non sono stati rilasciati recapiti telefonici di professionisti, pertanto si sono dovuti gestire in autonomia.

Questo aspetto sicuramente ha contribuito a creare barriere di accesso all'assistenza stomaterapica ed introduce al primo risultato dello studio: la mancanza di informazioni. Tale problematica è stata riscontrata anche negli studi precedentemente analizzati in cui veniva riferita una sensazione di frustrazione per la mancanza di informazioni al momento della dimissione ospedaliera e per la necessità di doversi occupare autonomamente della gestione della stomia²⁴.

Un altro fattore determinante riguarda la convinzione di alcuni intervistati di non avere la necessità di frequentare l'ambulatorio stomaterapico. Emerge, infatti, la volontà di voler agire in autonomia o piuttosto di farsi aiutare dal proprio *caregiver*. Non avendo ben chiaro il ruolo dello stomaterapista, le persone pensano che la semplice sostituzione del presidio o della medicazione possa essere effettuata anche dal proprio *caregiver* a casa.

Appare chiaro che ci sia una confusione di base riguardo la figura dello stomaterapista e, per questo, sarebbe opportuno in-

formare meglio il paziente riguardo il ruolo di questo professionista.

In letteratura, al contrario, viene costantemente confermata l'importanza dello stomaterapista nel processo di cura della persona stomizzata²⁴.

È necessario però considerare che le dichiarazioni trovate in letteratura provengono da persone che sono venute a contatto con lo stomaterapista; mentre le persone intervistate, pur essendosi sempre gestite in autonomia, si sentono relativamente soddisfatte per la vita che conducono e, pertanto, probabilmente ritengono che lo stomaterapista non sia una figura così esiziale nella gestione della stomia.

Un'altra causa riscontrata nelle interviste è legata alle distanze di viaggio. Alcuni intervistati esprimono chiaramente la volontà di volersi recare all'ambulatorio di stomaterapia, ma sono impossibilitati dalle distanze di viaggio e dalla mancanza di mezzi con cui recarsi. Il fattore delle distanze di viaggio era già emerso in letteratura, perciò abbiamo avuto solo una conferma riguardo questo aspetto¹⁰.

La mancanza di tempo è un altro elemento che viene evidenziato. Gli intervistati riferiscono di non voler affrontare le lunghe attese per essere visitati all'ambulatorio. Il fattore "tempo" non è stato riscontrato in letteratura e gli intervistati non si sono mai recati all'ambulatorio di stomaterapia. Perciò, non è ben chiaro se tale motivazione sia il frutto di informazioni sbagliate, ricevute da altre persone stomizzate, oppure se si tratti di una giustificazione. Sicuramente, bisognerebbe chiarire o approfondire.

Per quanto riguarda gli effetti della mancata assistenza stomaterapica, tutti gli intervistati sono inizialmente concordi nell'affermare di non avere alcuna complicanza. Solo successivamente sono emerse problematiche come arrossamenti della cute peristomale e la presenza di un'ernia parastomale.

Queste problematiche erano emerse anche in letteratura dove le complicanze più comuni riscontrate tra gli stomizzati non seguiti dallo stomaterapista sono: il prolasso, l'erosione della cute peristomale e l'ernia parastomale²².

È evidente l'adozione di pratiche sbaglia-

te nello stomacare come l'applicazione di pomate o unguenti non prescritti da professionisti che hanno lo scopo di alleviare i rossori ma che in realtà contribuiscono al distacco precoce del presidio. Oppure l'uso della ventriera con il foro, pratica ampiamente sconsigliata in quanto non aiuta a contenere l'ernia, ma, al contrario, può favorire strozzamenti erniari e lo svilupparsi di un prolasso²⁶. Un'altra pratica sbagliata consiste nell'utilizzo della benzina per l'igiene della cute peristomale, altra sostanza altamente sconsigliata²⁷. Queste sono il frutto di abitudini acquisite dalla gestione autonoma della stomia e dall'interruzione del percorso di cura dopo la dimissione ospedaliera.

Alla luce dei risultati ottenuti, si è pensato di sviluppare delle idee e proposte per risolvere alcuni dei problemi emersi dalle interviste.

Per quanto riguarda il problema relativo alle dimissioni precoci ed all'assenza di informazioni, potrebbero essere utili delle telefonate di *follow-up* per mantenere i contatti con le persone stomizzate e fornirgli un punto di riferimento per eventuali problemi.

Per trovare una soluzione alla mancanza di informazioni fornite dai medici e dalle realtà ospedaliere, sarebbe utile organizzare delle giornate formative indirizzate ai presidi ospedalieri per informare le Unità chirurgiche dell'esistenza della figura dello stomaterapista e della necessità di tale professionista dimostrata anche dalla letteratura scientifica^{28, 29}.

Per risolvere il problema legato alle distanze di viaggio sarebbe necessario implementare la figura dell'assistenza domiciliare stomaterapica per garantire assistenza a tutte quelle persone allettate o impossibilitate a lasciare il proprio domicilio. Questi sono alcuni interventi che potrebbero garantire la prosecuzione delle cure per le persone portatrici di stomia e, di conseguenza, migliorarne la qualità di vita.

CONCLUSIONI

Dunque, è emerso che, al momento della diagnosi, tra le persone stomizzate, la "paura" prevalga come sentimento. Inoltre, tra le cause del mancato accesso all'assistenza stomaterapica sono

emersi alcuni fattori socio-demografici che sembrano influire sulla mancata assistenza *ad hoc* come: l'età avanzata, l'area di residenza e lo stato civile.

Anche la scarsità di informazioni al momento della dimissione ospedaliera, le convinzioni riguardo la figura dello stomaterapista e l'organizzazione ambulatoriale e le distanze di viaggio per recarsi all'ambulatorio stomaterapico sono elementi che ne ostacolano l'accesso. Tra gli effetti si sono evidenziate un certo numero di complicanze psicologiche e fisiche insieme all'adozione di abitudini sbagliate e rischiose per la salute dello stomizzato.

Alla luce di tali risultati, ciò che fa riflettere di più è che le persone intervistate siano state lasciate sole e che non abbiano avuto la possibilità di scegliere se essere seguite o meno dallo stomaterapista. L'ingiustizia percepita è dovuta al fatto che le persone stomizzate siano esposte a tali rischi sebbene nel contesto sanitario sia presente una figura formata e motivata come lo stomaterapista.

Con questo studio, sono state proposte anche alcune idee e soluzioni per risolvere la problematica del quesito di ricerca quali: le telefonate di *follow up*, gli eventi di formazione per le strutture ospedaliere e l'implementazione dell'assistenza stomaterapica domiciliare. Queste sono alcune soluzioni che garantirebbero alle persone stomizzate di ricevere un'assistenza esperta e qualificata come quella fornita dall'infermiere stomaterapista.

AUTORI:

Raffaella Ada Cerquaglia, RN studentessa del Master in Stomaterapia e riabilitazione delle incontinenze presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; Giuseppe Esposito, PhD, MSN, RN, Prof. a contratto-Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;

Vittoria Giordano, RN, MSN, PhD student, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;

Giulia Villa, RN, MSN, PhD, Unità di Urologia, IRCCS San Raffaele, Milano.

BIBLIOGRAFIA

1. Aioss-Regione Lombardia, *Profilo integrato di cura per la persona con stomia*. 2018
2. Fais. 2019
3. Vonk-Klaassen S.M, de Vocht H.M, den Ouden M.E, Eddes E.H, Schuurmans M.J, *Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review*. Quality of life research. 2016; 25(1): 125-33. [PubMed]
4. Burch J, *Optimal support system for patients with stomas-an opinion piece*. Nursing: research and reviews. 2014; 4: 55-64. [Google Scholar]
5. Ferreira E.D.C, Barbosa M.H, Sonobe H.M, Barichello E, *Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(2): 271-278. [PubMed]
6. Fais. 2011. [<https://www.fais.info/cosa-significa-avere-una-stomia/>] (consultato il 19/03/2020)
7. Silva N.M, Santos M.A.D, Rosado S.R, Galvão C.M, Sonobe H.M, *Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 25: e2950. [PubMed]
8. FormijneJonkers H.A, Draaisma W.A, Roskott A.M, Van Overbeeke A.J, Broeders I.A, Consten E.C, *Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up*. International journal of colorectal disease. 2012; 27(8): 1095-9. [PubMed]
9. Lindau S.T, MD, MAPP, Abramssohn E.M, MPH, Matthews A.C, BA, *A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer*. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2015; 213(2): 166-174. [PubMed]
10. Sun V, Ercolano E, Mc Corkle R, Grant M, Wendel C.S, Tallman N.J et al, *Ostomy telehealth for cancer survivors: design of the ostomy self-management training randomized trial*. Contemporary clinical trials. 2018; 64: 167-172. [PubMed]
11. Wong S.K, Young P.Y, Widder S, Khadaroo R.G, *A Descriptive survey study on the effect of age on quality of life following stoma surgery*. Ostomy wound management. 2013; 59(12): 16-23. [PubMed]
12. Barros E.J, Santos S.S, Lunardi V.L, Lunardi Filho W.D, *Elderly human being with ostomy and environments of care: reflection on the perspective of complexity*. Revista brasileira de enfermagem. 2012; 65(5): 844-8. [PubMed]
13. Santos RdP, Coelho S.R, Fava S.M.C.L, Fava L, Dázio R, *Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer*. Journal of coloproctology. 2019; 39(3): 265-273. [Google Scholar]
14. Burch J, *Optimal support system for patients with stomas-an opinion piece*. Nursing: research and reviews. 2014; 4: 55-64. [Google Scholar]
15. Cheng F, Meng A.F, Yang L.F, Zhang Y.N, *The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study*. Ostomy wound management. 2013; 59(7): 35-38. [PubMed]
16. Xian H, Zhang Y, Yang Y, Zhang X, Wang X, *A descriptive crosssectional study among chinese patients to identify factors that affect psychosocial adjustment to an enterostomy*. Ostomy wound management. 2018; 64(7): 8-17. [PubMed]
17. Iqbal F, Batool Z, Varma S, Bowley D, Vaizey C, *A survey to assess knowledge among international colorectal clinicians and enterostomal therapy nurses about stoma-related faith needs of Muslim patients*. Ostomy wound management. 2014; 60(5): 28-37. [PubMed]
18. Qader S.A.A, King M.L, *Transcultural adaptation of best practice guidelines for ostomy care: Pointers & Pitfalls*. Middle east Journal of Nursing. 2015;9: 3-12. [Google Scholar]
19. Iqbal F, Kujan O, Bowley D.M, Keighley M.R, Vaizey C.J, *Quality of life after ostomy surgery in muslim patients: a systematic review of the literature and suggestions for clinical practice*. Journal of wound ostomy and continence nursing. 2016; 43(4): 385-91. [PubMed]
20. McMullen C.K, Schneider J, Altschuler A, Grant M, Hornbrook M.C, Liljestrand P et al, *Caregivers as healthcare managers: health-management activities, needs and caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies*. Support care in cancer. 2014; 22(9): 2401-8. [PubMed]
21. Cengiz B, Bahar Z, *Perceived barriers and home care needs when adapting to a fecal ostomy: a phenomenological study*. Journal of wound ostomy and continence nursing. 2017; 44(1): 63-68. [PubMed]
22. Jayarajah U, Samarasekera A.M, Samarasekera D.N, *A study of long-term complications associated with enteral ostomy and their contributory factors*. BMC Research Notes. 2016; 9(1): 500. [PubMed]
23. Albuquerque A.F.L.L, Pinheiro A.K.B, Linhares F.M.P, Guedes T.G, *Technology for or self-care gives sexual and reproductive health of stomized women*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2016. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601164&lng=pt&tlng=pt] (consultato il 30/03/2020)
24. Nieves C.B.L, Díaz C.C, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio J.M, Hernández-Zambrano S.M, Hueso-Montoro C, *Ostomy patients' perception of health care received*. Revista latino-americana de enfermagem. 2017; 25: e2961. [PubMed]
25. Pietkiewicz I, Smith J.A, *A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology*. Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal. 2014; 20(1): 7-14 [Google Scholar]
26. APISTOM, *Stomie complicate*. [<http://www.apistom.it/index.php/2-non-categorizzato/24-complicanze-stomie>] (consultato il 19/03/2020)
27. AIOSS. *Cosa sapere*. 2013 [<https://www.aioss.it/assets/cosa-sapere-2013-uro.pdf>] (consultato il 05/04/2020)
28. Carlsson E, Fingren J, Hallén A.M, Petersén C, Lindholm E, *The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study*. Ostomy Wound Manage. 2016; 62(10):34-48 [PubMed]
29. Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, García-Llana H, *The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2015; 42(3):257-263. [PubMed]

Oltre le *skills* tecniche

Una revisione rapida

di Massimiliano Trama

ABSTRACT

Secondo la letteratura, le *Non-Technical Skills* (NTS), attraverso il miglioramento delle performance, aiuterebbero ad indirizzare i fattori umani nella *leadership*, comunicazione, consapevolezza della situazione e presa di decisioni.

Le NTS traggono origine dall'industria aeronautica e, successivamente, l'addestramento delle NTS è stato introdotto con successo in ambito anestesilogico, chirurgico, nella Medicina di emergenza ed in altre specialità sanitarie.

La letteratura scientifica ci ha dimostrato quanto possa essere utile verificare, stimolare e sensibilizzare gli operatori dell'emergenza ad analizzare e potenziare le NTS proprie e dell'intero *team*.

Questo studio, pertanto, si pone l'obiettivo generale di rilevare le NTS del personale che quotidianamente affronta scenari di emergenza e far emergere eventuali carenze.

Gli obiettivi specifici derivanti dall'analisi di tali competenze sono:

- migliore consapevolezza delle NTS possedute dagli operatori intervistati;
- comprensione del bilancio di competenze NTS e di aree maggiormente critiche.

Nel presente articolo vengono riportati i risultati di uno studio osservazionale condotto sulle NTS in diversi contesti emergenziali dell'area romana, intra ed extra-ospedalieri.

I risultati sono frutto di un questionario validato somministrato agli infermieri che, a diversi livelli e competenze, operano nel contesto dell'emergenza/urgenza.

Parole-chiave: *non-technical skills, training, assessment, emergency, crisis management.*

INTRODUZIONE

Le *Non-Technical Skills* (NTS) possono essere definite come *merger* di *soft skills* che consentono al personale sanitario di auto-evolversi come parte di una "*learning organization*" capace di adattarsi ad ambienti volatili.

Ispirandosi alle sue applicazioni originarie nel settore aeronautico e di sicurezza aerea, l'addestramento alle NTS si è diffuso in molti campi multidisciplinari, incluso quello sanitario, al fine di prevenire eventi avversi correlati ad errori umani (1).

Un gruppo di studiosi norvegesi ha analizzato il fenomeno nell'ambito del servizio di elisoccorso sanitario, definendo le NTS: "*skills cognitive ed interpersonali richieste per erogare un'assistenza sicura*".

Al fine di un potenziamento di tali *skills*, sono state identificate 7 categorie di NTS da monitorizzare ed implementare:

1. consapevolezza della situazione;
2. presa di decisioni;
3. comunicazione;
4. *team work*;
5. *leadership*;
6. gestione dello stress;
7. resistenza alla fatica (2).

L'interesse crescente sul tema NTS da parte della comunità scientifica è sottolineato da una revisione sistematica della letteratura in materia, secondo cui si è assistito ad un forte incremento de-

gli studi disponibili a partire dal 2000, in maggioranza condotti negli USA e in Europa. (Figura 1)

Altro elemento cruciale emerso dalla revisione risiede nella presenza di un *gap* negli esiti delle NTS, anche in virtù della vastità dell'argomento e della conseguente difficoltà nella progettazione di una congrua offerta formativa.

In merito a quest'ultimo punto, gli studiosi hanno identificato la seguente triade di *outcomes* nelle NTS che dovrebbero essere monitorate in un modello di apprendimento perseguibile:

- conoscenze sulle NTS, comprensione dei concetti teorici e dei principi che possano costruire il contesto iniziale e l'impalcatura per il seguito;
- performance di NTS, *skills* dimostrate attraverso l'adattamento quantificabile ad una specifica NTS;
- attitudine verso le NTS, percezione soggettiva relativa all'utilità e scopo di una specifica NTS ed auto-riflessione sull'apprendimento raggiunto (1). (Figura 2)

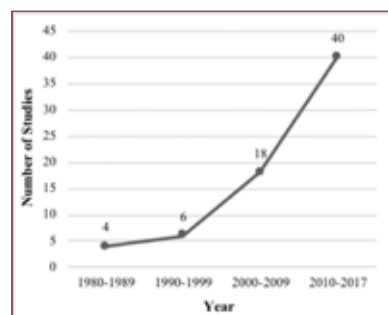


Figura 1. Studi relativi agli interventi sulle NTS dal 1980 ad oggi



Figura 2. Triade degli esiti relativi ad interventi sulle NTS

Inoltre, è stato mostrato che le NTS hanno un notevole impatto nei contesti emergenziali e nelle dinamiche del team di emergenza.

Infatti, specie in contesti critici caratterizzati da tempi ristretti, scarse risorse, dinamicità ed instabilità delle condizioni cliniche del paziente o dei pazienti, spesso non è sufficiente disporre di *team members* tecnicamente competenti e qualificati, ma è necessaria una squadra ben addestrata e coordinata, capace di operare in sincronia ed in sicurezza. Il concetto di *team* in determinate condizioni e le condizioni "critiche" ne sono un esempio emblematico: è cruciale per l'erogazione di un'assistenza rapida, efficace ed appropriata (3).

È proprio in tali condizioni che spicca l'**integrazione assoluta delle competenze mediche ed infermieristiche** e la valorizzazione delle NTS potrebbe rappresentare la "chiave di volta" per la salvaguardia della vita del paziente.

Un gruppo di studiosi tedeschi ha rimarcato l'importanza dell'addestramento per lo sviluppo di tali competenze non tecniche, per il miglioramento delle dinamiche del *team* di emergenza.

In particolare, attraverso una revisione della letteratura in materia, è stata focalizzata la fase post esercitazione/addestramento. Nell'ambito del *debriefing*, infatti, preferibilmente mediante la supervisione di un tutor, sono suggeriti dei metodi (*guided team self-correction*, *advocacy-inquiry*, *TeamGAINS*) che possano far emergere le riflessioni del team in seno alle attivazioni ricevute

durante gli scenari di simulazione.

Un addestramento ben strutturato pertanto consentirebbe un miglioramento sia degli *outcomes* nei pazienti che nel clima all'interno del *team* (4).

L'importanza dell'addestramento e del potenziamento delle NTS è stata sottolineata anche da uno studio portoghese, condotto all'interno della Scuola di Scienze della Salute nell'Università di Aveiro.

Per corroborare la tesi, gli studiosi, attraverso una revisione della letteratura ed uno studio trasversale condotto su di un campione di 177 studenti di infermieristica, hanno cercato di individuare, costruire e validare uno strumento di valutazione di tali *skills*; senza dimenticare di evidenziare come l'addestramento delle NTS ed il loro monitoraggio

dovrebbe essere inserito nei corsi di formazione base e post base, anche al fine di accertare bisogni e punti di miglioramento nei contesti sanitari (5).

Per comprendere adeguatamente il fenomeno, non si può prescindere dall'identificazione di un esaustivo strumento di valutazione.

Dall'analisi della letteratura in materia di NTS emerge, infatti, che, nel corso del tempo, sono stati ideati diversi strumenti volti al monitoraggio di tali *skills* non tecniche, impiegati per lo più in contesti simulati di emergenza/urgenza. Uno strumento ampiamente utilizzato e validato è rappresentato dall'*Anaesthetist Non Technical Skills* (ANTS), sistema di valutazione ideato nel 1999 da un team di anestesisti e psicologi scozzesi utilizzando metodi di analisi dei compiti

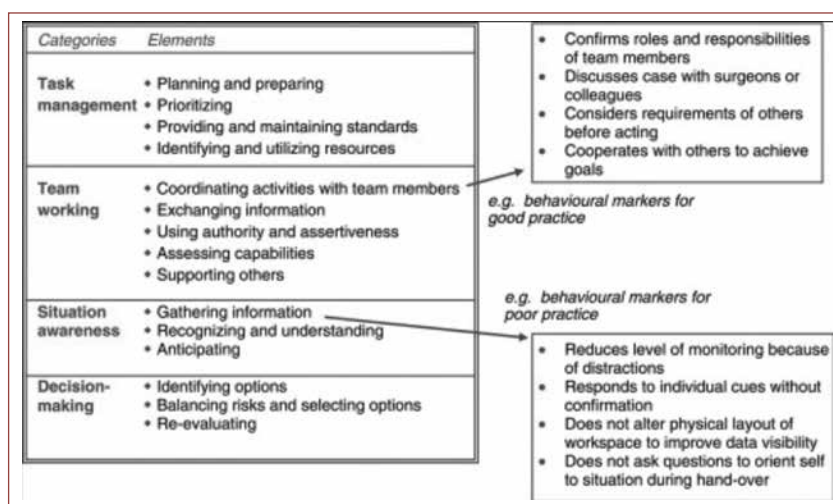


Figura 3. Sistema ANTS-Prototipo

Category	Element
Task management	Planning and preparing
	Prioritizing
	Providing and maintaining standards
	Identifying and using resources
Team working	Coordinating activities with team members
	Exchanging information
	Using authority and assertiveness
	Assessing capabilities
	Supporting others
Situation awareness	Gathering information
	Recognizing and understanding
	Anticipating
Decision making	Identifying options
	Balancing risks and selecting options
	Re-evaluating

Tabella 1. Descrizione e sistema di valutazione dell'ANTS. Dal 4: "buono", 3: "accettabile", 2: "marginale" a 1: "carente"

simile al metodo NOTECHS già impiegato in aviazione. (Figura 3)

Lo *skill test* ANTS deriva, poi, da una serie di analisi di compiti basata sulla revisione della letteratura, osservazioni, interviste, studi ed analisi statistiche (6). Il sistema ANTS tiene conto di 4 categorie, valutate con Scala Likert attraverso gli elementi che le compongono. (Tabella 1)

L'ANTS ha pertanto degli scopi andragogici, e, generalmente, in seguito ad una sessione di addestramento, gli elementi del sistema vengono pesati e discussi con i soggetti valutati al fine di condividere i *feedback* emersi, migliorare le NTS e contribuire alla ricerca in

tema di NTS.

Come già accennato, per conferire la giusta importanza alle NTS è imprescindibile partire dalla formazione e addestramento delle stesse sin dalla formazione base del personale sanitario e continuare poi nei percorsi post-base. Successivamente, è essenziale valutare e monitorare tali competenze per poter identificare le criticità su cui focalizzare maggiormente l'attenzione.

In questo percorso di **formazione continua**, un passaggio fondamentale risiede nel bilancio delle competenze possedute che, rapportate alle competenze auspicabili, forniscono i bisogni formativi su cui lavorare.

Questo processo deve, perciò, originare da un *self-assessment* delle NTS.

A tal fine, è stato condotto il presente studio osservazionale: per indagare le NTS attraverso le percezioni di un campione di infermieri che presta assistenza in ambito emergenziale intra ed extra-ospedaliero.

L'intento è di recepire il punto di vista di protagonisti del *team* di emergenza, al fine di verificare gli aspetti più critici, trovare i punti deboli sui quali lavorare per migliorare le dinamiche del gruppo e, di conseguenza, la qualità dell'assistenza e dell'ambiente lavorativo.

MATERIALI E METODI

Lo strumento utilizzato per rilevare le NTS del personale sanitario che presta assistenza in contesti emergenziali è un questionario di auto-valutazione.

Si tratta dell'*Anaesthetist Non-Technical Skills* (ANTS) che, come già accennato, include 4 categorie di NTS: *task management*, *team working*, consapevolezza della situazione, presa di decisioni.

L'ANTS consente di analizzare ed auto-analizzare il proprio livello di competenza rispetto ad ogni elemento.

È possibile così individuare gli elementi in cui la competenza è già consolidata ("accettabile"/"buono"), e quelli in cui è invece necessario adoperarsi per accrescere l'attuale livello stimato ("povero"/"marginale").

Il questionario è costituito da 4 cate-

rie di *skills* non tecniche, ciascuna delle quali comprendente alcuni elementi-chiave che si chiede, in questo studio, di valutare rispetto al proprio contesto lavorativo, acquisendo per un istante il ruolo di osservatore esterno del *team* emergenziale.

Gli elementi non pertinenti possono essere indicati come "non osservati" oppure precisati nei commenti.

Per ogni elemento è stato chiesto dunque di procedere ad un'autovalutazione delle NTS del *team* di appartenenza secondo una scala Likert a 5 modalità:

1. "Povero" (punteggio pari a 1);
2. "Marginale" (punteggio pari a 2);
3. "Accettabile" (punteggio pari a 3);
4. "Buono" (punteggio pari a 4);
5. "Non osservato" (punteggio pari a 0).

Secondo la logica del sistema ANTS, il punteggio attribuito ad un elemento ed all'intera categoria (sommando i punteggi di tutti gli elementi di cui è composta) sintetizza in quale misura il *team* sia competente a svolgere l'attività considerata o ad attuare quel determinato comportamento:

- se il valore del singolo elemento è pari ad 1 o 2, è necessario mettere in atto un'azione di miglioramento della competenza relativa all'attività;

- se il valore del singolo elemento è pari ad 3 o 4, la NTS esaminata ha un buon livello e, pertanto, il *team* deve cercare essenzialmente di monitorarla per cercare di mantenere alto lo standard;

- se il valore è pari a zero (elemento "non osservato"), siamo di fronte ad una criticità. Gli elementi elencati e previsti dall'ANTS sono essenziali per una buona condotta del *team* e delle dinamiche interne ad esso. Perciò, una mancata osservazione può essere concepita solo in valutazioni di scenari di soccorso isolati, non certo nella valutazione globale delle NTS del *team*.

Questo strumento può essere utilizzato sia per un percorso di autovalutazione di ogni membro della squadra, sia per ottenere un *feedback* da parte di osservatori/esperti esterni (etero valutazione). Tuttavia, in questo studio è stato chiesto agli infermieri intervistati di esprimere un giudizio globale sulle NTS del *team*

di appartenenza, agendo da osservatore esterno, a prescindere dal ruolo ricoperto all'interno dello stesso. Infine, nel questionario, per ciascun elemento valutato è possibile esprimere commenti, quali criticità e punti di miglioramento. Essendo anonimo e trattando i dati in maniera aggregata e confidenziale, garantisce l'osservanza della normativa vigente in tutela della *privacy* (ai sensi del regolamento UE 2016/679 relativo al trattamento dei dati personali).

Esso è strutturato in due parti:

- nella prima sono specificate le istruzioni per la compilazione e lo scopo. Inoltre, sono richieste alcune informazioni socio-anagrafiche (Unità Operativa - UO di appartenenza, sesso, età, anni di servizio professionale totali e nell'UO attuale);

- nella seconda c'è il questionario vero e proprio in cui sono elencati i 15 elementi (raggruppati nelle 4 categorie afferenti le NTS), rispetto ai quali viene chiesto di esprimere un giudizio in relazione al proprio contesto lavorativo. Inoltre, è possibile esprimere eventuali commenti sulle tematiche trattate.

I 15 elementi inerenti i comportamenti ed atteggiamenti che caratterizzano le NTS sono stati raggruppati in 4 categorie al fine di avere uno specchio diretto delle competenze percepite dai professionisti intervistati:

1. *task management*;
2. *team working*;
3. consapevolezza della situazione;
4. presa di decisioni.

Nell'ambito del **Task Management** confluiscono i primi 4 *items*:

- pianificazione e preparazione;
- prioritizzazione;
- procurare e mantenere gli standard;
- identificare e utilizzare le risorse.

Il **Team Working** viene analizzato sulla base dei seguenti *items*:

- coordinare le attività con i membri del *team*;
- condividere le informazioni;
- impiego autorità ed assertività;
- capacità di valutazione;
- supporto degli altri.

Per quanto concerne la **consapevolezza della situazione** vengono analizzati

3 items:

- acquisire informazioni;
- riconoscere e comprendere;
- anticipare.

In ultimo, la categoria della **presa di decisioni**, nella quale confluiscono:

- identificare le opzioni;
- bilanciare i rischi e selezionare le opzioni;
- rivalutare.

Il questionario permette quindi di rilevare un punteggio per ogni elemento/ categoria esplorato, le dimensioni e gli indicatori. Quanto più il valore del giudizio è elevato, tanto più il professionista del soccorso sente quella competenza in suo possesso o, quantomeno, raggiunta dal team e non necessita di grande attenzione. Viceversa, uno *score* basso rileva la presenza di una criticità nella NTS sulla quale sarebbe opportuno lavorare per crescere.

Al fine di rendere il campione più rappresentativo possibile dal punto di vista statistico, nello studio sono stati inclusi infermieri appartenenti a *team* emergenziali intra ed extra-ospedalieri dell'area romana.

I questionari, previa autorizzazione degli organi aziendali competenti, sono stati distribuiti ad un totale di 60 infermieri che prestano assistenza in contesti emergenziali, spiegando loro la motivazione dello studio, nonché le modalità da seguire per una corretta compilazione.

Le UO interessate sono afferenti sia all'emergenza preospedaliera, sia intra-ospedaliera, e nello specifico: postazioni 118, Pronto Soccorso, Medicina d'urgenza e Terapia Intensiva (ICU). (Grafici 1 e 2)

La somministrazione è avvenuta nel periodo dicembre 2018-gennaio 2019.

Una volta compilati i questionari, tutte

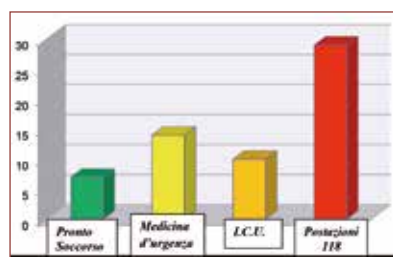


Grafico 1. Unità Operative degli infermieri intervistati

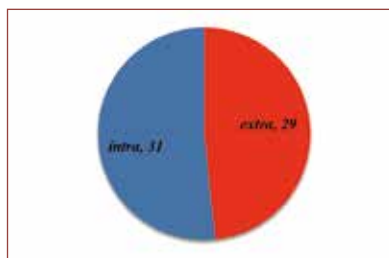


Grafico 2. Distribuzione interviste nei contesti extra ed intra-ospedalieri

le risposte sono state inserite in una matrice *Excel*, precedentemente elaborata, contenente tutti gli *items* presenti sul questionario e le relative variabili di risposta.

I dati presenti nella matrice sono stati elaborati attraverso l'analisi statistica ottenuta dall'intero campione esaminato e l'analisi comparativa dei risultati ottenuti dai campioni parziali, relativi alle categorie di NTS previste dal sistema ANTS.

Gli *items* analizzati e finalizzati a valutare i comportamenti nell'ambito delle *non-technical skills*, sono stati statisticamente elaborati e riportati nelle tabelle in base alla media ottenuta dal punteggio scaturito dal giudizio dato dai compilatori.

RISULTATI

In questo paragrafo verranno illustrate le informazioni ricavate dallo studio, espresse sotto forma di grafici e tabelle. Per quanto concerne quelle socio-demografiche del campione (ricavate dal questionario ANTS), esse consentono di conoscere meglio i soggetti coinvolti nello studio. E sono riepilogate nei grafici 3, 4 e 5.

Nel campione intervistato, gli infermieri hanno un'esperienza professionale me-

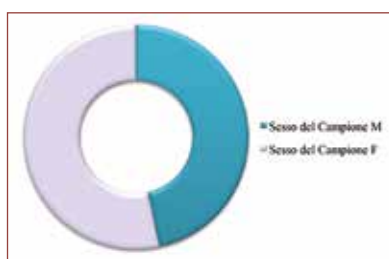


Grafico 3. Sesso del campione. In maggioranza femminile (32 rispetto a n.28 maschi).

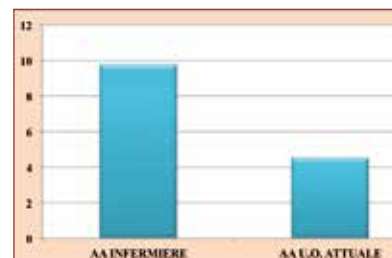


Grafico 4. Anni di esperienza professionale

dia di 10 anni (da un minimo di 0: neo-laureati, ad un massimo di 40 anni), e nel servizio di emergenza attuale di 5 anni (da un minimo di 0 anni ad un massimo di 22).

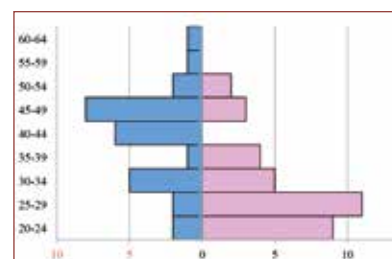


Grafico 5. Piramide delle età del campione

Il grafico 5 mostra che i componenti del campione rientrano nella fascia d'età compresa tra 23 e 62 anni, con una prevalenza di soggetti nelle fasce d'età 25-29 anni (13 soggetti: il 22%), 20-24 e 45-49 anni (11 soggetti ciascuno: il 18%).

In linea di massima, la prevalenza del campione è costituito da soggetti di età compresa tra 20 e 34 anni (34 soggetti: il 57%); il valore medio è infatti 35, con una D.S. pari a 10,29, molto ampia.

Nelle tabelle 2, 3, 4, e 5 sono stati riportati i punteggi complessivi attribuibili alle quattro categorie di NTS identificate nel questionario ANTS (*task management*, *team working*, consapevolezza della situazione, presa di decisioni).

Lo *score* mostrato nelle tabelle è frutto della sommatoria dei punteggi attribuiti ai vari *items* della categoria presa in considerazione.

Per quanto concerne la "Pianificazione e Preparazione", il campione intervistato, in maggioranza, ha valutato l'*item* come "accettabile" (28 infermieri) e "buono" (19 infermieri).

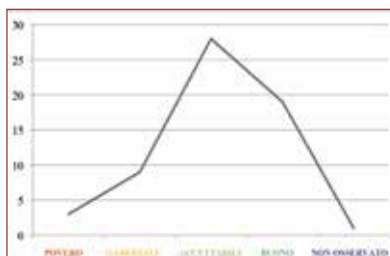


Grafico 6. Giudizi item "Pianificazione e Preparazione"

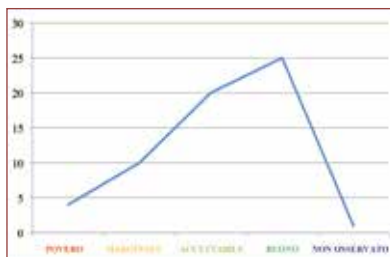


Grafico 7. Giudizi item "Prioritizzazione"

La "Prioritizzazione" è stata valutata in prevalenza come "buona ed accettabile" (rispettivamente, 25 e 20 giudizi).

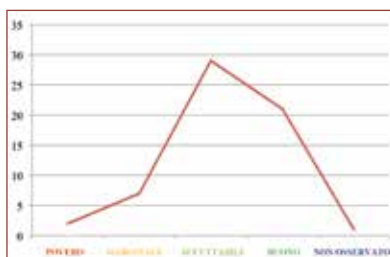


Grafico 8. Giudizi item "Procurare e mantenere gli standard"

Secondo il campione intervistato, "Procurare e mantenere gli standard" viene garantito a livelli "accettabili" (29 giudizi) e "buoni" (21 giudizi).

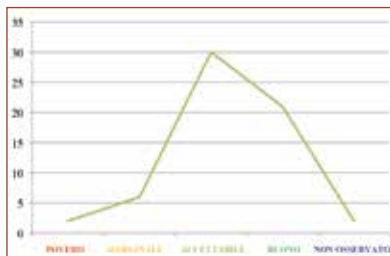


Grafico 9. Giudizi item "Identificare e utilizzare le risorse"

Il campione intervistato ritiene di "Identificare e utilizzare le risorse" in maniera prevalentemente "accettabile" (30 giudizi) e "buona" (21 giudizi).



Grafico 10. Giudizi item "Coordinare le attività con i membri del team"

Per quanto concerne l'item "Coordinare le attività con i membri del team", il grafico 10 mostra che il campione lo giudica in maniera "buona" (32 giudizi) ed "accettabile" (22 giudizi).

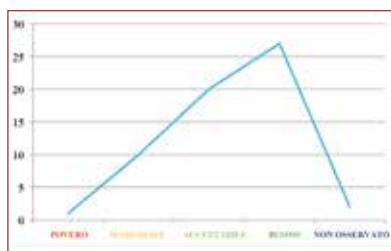


Grafico 11. Giudizi item "Condividere le informazioni"

Il campione, in merito all'item "condividere le informazioni", ha espresso giudizi per lo più "buoni" (32 intervistati) ed "accettabili" (20 intervistati).



Grafico 12. Giudizi item "Impiego autorità ed assertività"

Per quanto riguarda "l'impiego dell'autorità ed assertività", gli infermieri intervistati hanno espresso un giudizio "accettabile" e "buono" (25 e 21 valutazioni).

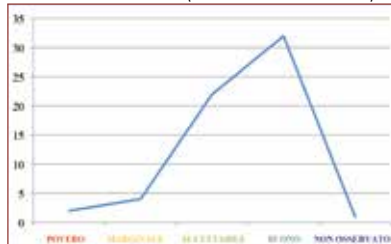


Grafico 13. Giudizi item "Capacità di valutazione"

Per quanto concerne la "capacità di valutazione", il campione ritiene di avere in maggioranza un "buon livello" (32 intervistati) ed "accettabile" (22 intervistati).

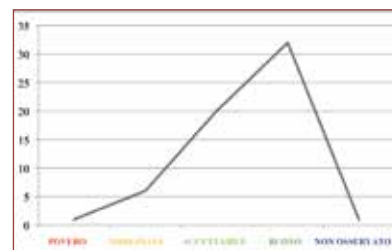


Grafico 14. Giudizi item "Supporto degli altri"

Il campione, in merito all'item "Supporto degli altri", ha espresso giudizi prevalentemente "buoni" (32 intervistati) ed



Grafico 15. Giudizi item "Acquisire informazioni"

"accettabili" (20 intervistati).

Secondo la quasi totalità delle interviste, vi sarebbe un'acquisizione delle informazioni "buona ed accettabile" (55 giudizi su 60).



Grafico 16. Giudizi attribuiti all'item "Riconoscere e comprendere"

Un simile andamento lo troviamo nell'item "Riconoscere e comprendere", ritenuto "buono ed accettabile" dal 93% del campione.



Grafico 17. Giudizi attribuiti all'item "Anticipazione"

La maggioranza del campione ha attribuito all' "anticipazione" un giudizio "accettabile" (43%) e "buono" (37%).



Grafico 18. Giudizi attribuiti all'item "Identificare le opzioni"

Il campione ritiene di identificare le opzioni in maniera prevalentemente "buona" (25 giudizi) ed "accettabile" (22 giudizi).

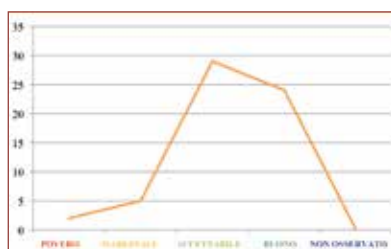


Grafico 19. Giudizi attribuiti all'item "Bilanciare i rischi e selezionare le opzioni"

Per quanto riguarda la scelta delle opzioni che tenga conto dei rischi reali e potenziali, il campione ritiene di adempiere in maniera "accettabile" (48%) e "buona" (40%).

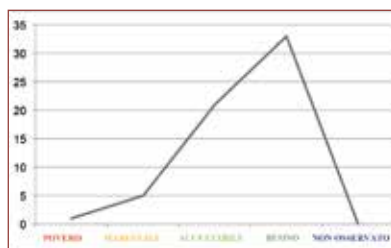


Grafico 20. Giudizi attribuiti all'item "Rivalutare"

Per quanto concerne la rivalutazione, gli intervistati hanno espresso un giudizio maggiormente "buono" (55%) ed "accettabile" (35%).

Di seguito, i grafici relativi agli *score* raggiunti dalle categorie di NTS così da averli rappresentati, esplicitando il fenomeno studiato.



Grafico 21. Giudizi attribuiti alla categoria "Task Management"

Il campione, alla categoria "task management" ha espresso un giudizio prevalentemente "accettabile" (45%) e "buono" (36%).



Grafico 22. Giudizi attribuiti alla categoria "Team Working"

Per quanto concerne la categoria "Team Working", il campione ritiene di possedere un livello in gran parte "buono" (48%) ed in buona parte "accettabile" (36%).

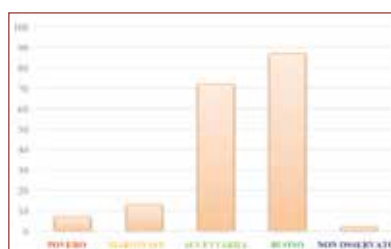


Grafico 23. Giudizi attribuiti alla categoria "Consapevolezza della situazione"

Per la categoria "Consapevolezza della situazione", gli infermieri hanno espresso un giudizio per la quasi totalità "buono" ed "accettabile" (rispettivamente, 48% e 40%).

Per quanto attiene la "Presenza di decisioni"



Grafico 24. Giudizi attribuiti alla categoria "Presenza di decisioni"

ni", il campione ha dichiarato un livello "buono" (46%) ed "accettabile" (40%). Anche gli *score* raggiunti dalle diverse categorie di NTS sono qui rappresentati, tenendo conto dei punteggi previsti dal sistema ANTS. Di seguito, alcune tabelle riassuntive dei punteggi attribuibili a ciascuna categoria, anche per consentire una migliore lettura dei risultati.

TASK MANAGEMENT	SCORE
BUONO	14 + 16
ACCETTABILE	10 + 13
MARGINALE	6 + 9
POVERO	2 + 5
NON OSSERVATO	0 + 1

Tabella 2. Valutazione globale della categoria "Task Management"

TEAM WORKING	SCORE
BUONO	18 + 20
ACCETTABILE	13 + 17
MARGINALE	8 + 12
POVERO	3 + 7
NON OSSERVATO	0 + 2

Tabella 3. Valutazione globale della categoria "Team working"

CONSAPEVOLEZZA DELLA SITUAZIONE	SCORE
BUONO	11 + 12
ACCETTABILE	8 + 10
MARGINALE	5 + 7
POVERO	2 + 4
NON OSSERVATO	0 + 1

Tabella 4. Valutazione globale della categoria "Consapevolezza della situazione"

PRESA DI DECISIONI	SCORE
BUONO	11 + 12
ACCETTABILE	8 + 10
MARGINALE	5 + 7
POVERO	2 + 4
NON OSSERVATO	0 + 1

Tabella 5. Valutazione globale della categoria "Presenza di decisioni"

Dall'analisi dei giudizi forniti è emerso che, in tutte le categorie, è stato raggiunto un livello "accettabile", sebbene con punteggi diversificati in funzione del numero di *items* di cui si compongono le categorie stesse.

Nello specifico, per quanto concerne il "Task Management", il campione intervistato ha espresso un giudizio medio di 12 punti, ovvero "accettabile" (D.S.=3; I.C.=11,22 12,78; p=1).

Anche nel "Team Working" è stato rilevato un livello "accettabile", con un valore medio di 16 punti (D.S.=3; I.C.=15,22 16,78; p=1).

Per quanto riguarda le categorie "Consapevolezza della situazione" e "Presa di Decisioni", gli infermieri intervistati hanno espresso un giudizio "accettabile", con punteggio pari a 10 (D.S.= 2; I.C.=9,22 10,78; p=1). (Grafico 25)

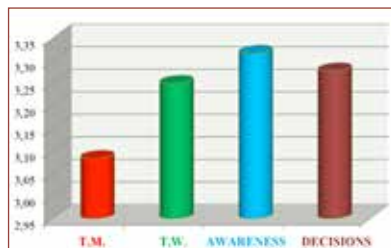


Grafico 25. Score medi nelle categorie di NTS

Il grafico 25 mostra un confronto degli score ottenuti nelle 4 categorie di NTS dal campione di 60 infermieri.

Tutte le categorie hanno raggiunto, in media, un livello "accettabile", da un minimo di 3,08 punti nel "Task Management" ad un massimo di 3,32 nella "Consapevolezza della situazione".

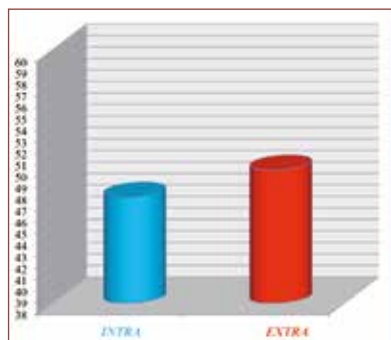


Grafico 26. Confronto score complessivo NTS tra operatori del contesto extra e intra-ospedaliero

Nel complesso e secondo le percezioni degli intervistati, le *Non-Technical Skills* hanno mostrato un punteggio medio di 48 punti (D.S.=8; I.C.=47,72 48,78; p=2).

Da un confronto effettuato tra due sottogruppi di campione (operatori dei contesti emergenziali extra-ospedalieri e operatori inseriti in contesti ospedalieri) emerge che nel contesto extra-ospedaliero sono percepite maggiori *non-technical skills* (un valore medio di 49,59



Grafico 27. Andamento NTS in funzione dell'età anagrafica

punti rispetto a 47).

È interessante notare il cambiamento nelle NTS percepite dal personale intervistato in funzione dell'età.

In generale, si assiste ad un aumento delle NTS all'acquisire dell'anzianità; ma, si possono notare delle perturbazioni o meglio picchi negativi in prossimità dei 40 anni e dei 50 anni. (Grafico 27)

Infine, va detto che il campione ha sempre espresso, in ogni *item*/categoria, un giudizio di valore (dal "povero" al "buono"), senza mai rilevare che il comportamento sia stato omesso ("non osservato").

CONCLUSIONI

Innanzitutto, partendo dalle caratteristiche del campione, equamente rappresentativo del contesto intra ed extra-ospedaliero (29 e 31 individui rispettivamente), negli infermieri intervistati è stata riscontrata un'età media di 35 anni, con una media inferiore nel gruppo appartenente al contesto extra-ospedaliero (33 anni rispetto a 38).

Sebbene non si tratti di un campione particolarmente numeroso, sono stati inclusi solo infermieri che prestano assistenza in contesti di emergenza/urgenza (dal servizio 118 territoriale alle Unità di

Terapia Intensiva), ed in possesso di una discreta esperienza professionale (10 anni in media e 5 anni nella realtà attuale descritta).

Non si è tenuto conto dei titoli posseduti dagli intervistati (formazione post base, master, etc.), partendo dal presupposto che il personale deputato all'assistenza in contesti emergenziali abbia un *background* di esperienza e competenze minimo per consentirgli di approcciare in maniera adeguata alle situazioni prospettategli.

La complessità del fenomeno NTS è stata confermata dallo studio effettuato; una complessità derivante dal fatto che questo stesso è sensibile ed influenzabile da diversi fattori (e che, in questo studio, sono stati riassunti nelle 4 categorie identificate dal sistema ANTS: *task management*, *team work*, consapevolezza della situazione e presa di decisioni).

Infatti, dai risultati a nostra disposizione, si nota che, sebbene sia stato conferito a tutti gli elementi/*items* del questionario un livello accettabile da parte degli infermieri intervistati, in nessuna categoria è stato raggiunto un livello "buono".

Pertanto, ne emerge una carenza che, tenuto conto del giudizio soggettivo ed autoreferenziale degli intervistati, potrebbe essere sottostimata. Una carenza che sottolinea la necessità di un intervento specifico finalizzato ad accrescere la qualità dei comportamenti idonei nell'ambito delle NTS.

Nello specifico, considerando le categorie identificate, il *Task Management* è risultata essere la più carente e ciò potrebbe derivare dalla scarsa propensione, da parte del personale infermieristico, a svolgere attività di pianificazione, gestione e coordinamento delle risorse, spesso appannaggio di quello medico. Altro elemento critico è stato mostrato essere il *Team Work*. Infatti, sebbene per il 48% del campione vi sia un livello "buono", rimane un corposo numero di individui che percepisce tale categoria come "accettabile" o addirittura "marginale" (il 21%). Si sottolinea questo aspetto in quanto il *team work* appunto rappresenta il *core* delle NTS.

La coordinazione, la condivisione ed il supporto degli altri sono elementi im-

prescindibili per una buona conduzione di uno scenario di emergenza/urgenza nell'ambito di un *team* multidisciplinare. Per quanto attiene gli *items* afferenti la "Consapevolezza della situazione" sono stati raggiunti livelli molto alti (48% "buono" e 40% "accettabile"), e ciò dimostra la familiarità del personale intervistato nell'espletamento di attività volte ad acquisire informazioni sui soggetti soccorsi, riconoscerne e comprenderne le condizioni cliniche e tutte le attività e comportamenti messi in atto in fase di anticipazione dello scenario.

Anche per quanto concerne la "Presenza di decisioni", gli infermieri intervistati hanno espresso una percezione "buona" ed "accettabile" (rispettivamente, 46% e 40%). Questo dato evidenzia la maturità in possesso del personale che presta assistenza nei contesti emergenziali nell'effettuare scelte ponderate, che tengano conto dei rischi reali e potenziali nella conduzione dello scenario e nella rivalutazione continua degli indicatori di criticità: un approccio sistematico all'emergenza, appunto.

Un dato positivo emerso dallo studio è sicuramente l'assenza di elementi o meglio comportamenti ritenuti "non osservati" dagli intervistati.

Ciò evidenzia che, secondo le percezioni degli infermieri, tutti gli elementi previsti dal sistema ANTS hanno un loro peso, una loro importanza, seppur talvolta marginale, nel contesto emergenziale (dalla pianificazione dell'intervento di soccorso fino alla rivalutazione delle condizioni cliniche del paziente).

Lo strumento impiegato per valutare le NTS è stato il questionario *Anaesthesist Non-technical Skills* (ANTS), un sistema

validato di monitoraggio delle skills non tecniche basato sulle 4 categorie menzionate. Sebbene si tratti di un sistema validato, è stato utilizzato dagli stessi intervistati per auto-analizzare le attività e comportamenti messi in atto nel proprio contesto di emergenza/urgenza e pertanto potrebbe aver determinato falsi negativi. Infatti, in letteratura, generalmente, il sistema ANTS viene impiegato da osservatori esterni, esperti del settore di emergenza, al fine di avere una lettura quanto più oggettiva del fenomeno studiato.

Tuttavia, questa tipologia di approccio autoanalitico rientrava nello scopo dello studio, che si prefiggeva anche di sensibilizzare il personale alla tematica delle NTS e di far emergere le eventuali criticità secondo le percezioni degli intervistati.

Inoltre, l'approccio utilizzato è giustificato anche dall'intenzione di indagare l'intero contesto nel quale il personale infermieristico intervistato presta assistenza. Precedenti studi, infatti, hanno monitorato le NTS durante specifici ed estemporanei scenari di soccorso, il più delle volte simulati, che non necessariamente hanno tradotto, in maniera affidabile, la realtà operativa. Pertanto, il monitoraggio delle NTS a partire da un *self-assessment* dei protagonisti, si considera un ottimo punto di partenza per ulteriori studi che possano fornire anche un punto di vista esterno, più oggettivo.

Altro elemento sicuramente migliorabile è rappresentato dal numero e tipologia di operatori inclusi nello studio.

L'opinione del personale infermieristico, seppur importante, è solo una parziale interpretazione del fenomeno oggetto

di studio che coinvolge sempre équipe multidisciplinari.

Sarebbe opportuno approfondire lo studio delle NTS mediante un'analisi svolta da tutti i membri dei *team* di emergenza, tenendo conto anche del ruolo ricoperto dagli intervistati all'interno del gruppo. Il campione, inoltre, ha una numerosità che non lo rende particolarmente significativo. Per questo, si suggeriscono ulteriori studi che consentano di raggiungere un campione più esteso e che possano coinvolgere anche altri contesti intra ed extra-ospedalieri al di fuori della realtà romana.

AUTORE:

Massimiliano Trama, RN del Comando Sanità e Veterinaria dell'Esercito Italiano

BIBLIOGRAFIA

- Nicolaides M et al, *Developing a novel frame work for non-technical skills learning strategies for unfergraduates: a systematic review*. Annals of Medicine and Surgery 36 (2018) 29-40.
- Bohm K, Kurland L, *The accuracy of medical dispatch-a systematic review*. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2018 nov 9 (2018) 26(1):94.
- Delli Poggi A, Talucci M, *Infermieristica e Area Critica*. Napoli: EdISES, 2014.
- Flentje M et al, *Simulation as a training method for the professionalization of teams*. Anaesthesiol intensivmed notfallmed schmerzther. 2018 Jan; 53(1):20-33.
- Pereira Pires S.M et al, *Non-technical skills assessment scale in nursing: construction, development and validation*. Rev Lat Am Enfermagem. (2018); 26: e3042.
- Flin R, Patey R, Glavin R, Maran N, *Anaesthetists' non-technical skills*. BJA July volume 105, Issue 1, (2010) pagg 38-44.

L'Incident reporting come strategia per imparare dall'errore

Studio osservazionale trasversale tra gli studenti infermieri

di Federica Perigli, Francesca Maria Meloni, Matteo Amicucci

INTRODUZIONE

Il problema degli errori è rilevante non solo tra gli infermieri ma anche tra gli studenti in Infermieristica: vi è quindi la necessità di implementare strategie utili per imparare proprio dagli errori.

A tale scopo, ad un campione di 91 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica di un'Università di Roma (80 femmine e 11 maschi) è stato somministrato un questionario strutturato in sei sezioni, che indaga conoscenze, esperienze, percezioni e attitudini nell'ambito degli errori e della loro segnalazione.

Dai risultati è emerso che la maggior parte degli studenti ha buone conoscenze in materia di sicurezza del paziente, ma che quelle inerenti l'*incident reporting* devono essere approfondite.

Il 77% degli studenti, infatti, è stato testimone di errori effettuati dagli infermieri, ma non sempre è stato reso partecipe della segnalazione.

Gli studenti affermano di aver commesso uno o più errori durante il tirocinio (67%), ma che la segnalazione, generalmente, sia avvenuta in modo informale

(85%). Essi considerano **l'infermiere una figura fondamentale per la sicurezza del paziente** e la segnalazione di un evento avverso come buona strategia per imparare dagli errori (92%).

Per quanto li riguarda, segnalerebbero gli errori a seconda della tipologia di danno arrecato al paziente, per paura di una valutazione negativa, ma non tutti segnalerebbero un errore mancato (56%).

Da qui nasce la necessità di formare gli studenti sulla segnalazione degli errori e di implementare un sistema di *incident reporting* già attivo in ambito accademico.

Parole-chiave: errore, segnalazione, *incident reporting*, sicurezza, percezione, studenti

INTRODUZIONE

La professione infermieristica è da sempre in prima linea nella sicurezza del paziente. Infatti, come recita l'Articolo 29 del Codice Deontologico, "...l'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore".

Recentemente, con la legge Gelli (L. 08 marzo 2017 n.24) viene riconosciuto il diritto alla sicurezza delle cure quale bene di portata costituzionale.

Viene specificato l'obbligo in capo ad ogni lavoratore delle strutture sanitarie di concorrere alla prevenzione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Ciò significa che **l'infermiere concorre a pieno titolo alla gestione del rischio clinico**, impiegando un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi, al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti (ministero della Salute, 2009).

Tra le strategie descritte in letteratura per prevenire gli errori, e che permette di imparare dagli stessi, vi è l'*incident reporting*, sistema che utilizza un approccio di tipo reattivo e che consiste nella segnalazione spontanea e volontaria degli eventi avversi e dei problemi organizzativi (Falsini G., 2014).

Si tratta di una modalità di raccolta di segnalazioni di eventi avversi, errori o possibili errori che possono avere un

impatto clinico, il cui scopo è quello di fornire una serie di informazioni fondamentali all'organizzazione per tracciare il percorso che ha portato all'evento avverso, in un'ottica non punitiva ma per imparare dagli errori (ministero della Salute, 2009).

L'*incident reporting* è, dunque, una strategia utile a favorire lo sviluppo di una **"cultura della sicurezza"**, visto che aiuta a costruire profili di rischio locali e nazionali, supporta lo sviluppo di soluzioni attraverso l'identificazione delle cause profonde degli errori, aiuta ad utilizzare in maniera razionale risorse preziose e, non per ultimo, migliora la fiducia dei pazienti e dei cittadini nel Sistema Sanitario Nazionale.

Questo è particolarmente importante in un'era in cui la cronaca riporta anche casi di *Nursing Malpractice*.

Non a caso, il professionista infermiere spesso incorre in errori che "destabilizzano" le condizioni cliniche del paziente (per negligenza, imperizia, imprudenza, stanchezza, problemi organizzativi).

Gli errori sono un problema rilevante anche tra gli studenti che, durante il tirocinio clinico, possono essere attori principali o testimoni di quelli commessi dagli infermieri. **È praticamente impossibile non sbagliare, ma gli errori devono diventare un momento di riflessione per far sì che non si ripetano.** È per questo che devono essere segnalati.

Ma gli studenti infermieri, futuri professionisti, hanno davvero acquisito la consapevolezza che la segnalazione migliora la sicurezza del paziente? Cooper E. (2014) afferma che: *"...l'introduzione degli studenti infermieri nel sistema di segnalazione degli errori all'inizio del loro percorso educativo potrebbe portare ad un aumento della trasparenza nella segnalazione degli errori e ad uno sviluppo della sicurezza del paziente"*. Tra l'altro, nell'articolo viene sottolineato che: *"... gli infermieri e gli studenti infermieri possono dare un enorme contributo per la segnalazione degli eventi avversi, dovuto al fatto che gli stessi si trovano per la maggior parte del tempo accanto al paziente"*.

L'indagine degli autori canadesi Espin S. e Meikle D. (2014) mette in risalto

il fatto che gli studenti percepiscano la segnalazione degli errori in maniera positiva, ma che venga comunque preferita la segnalazione informale piuttosto che quella formale. Infatti, questi preferiscono segnalare l'errore parlandone con il proprio referente, piuttosto che attraverso una scheda di segnalazione. I partecipanti allo studio hanno detto che, segnalando l'incidente, avrebbero *"messo quella persona nei guai"*, e anche che la segnalazione avrebbe potuto riflettersi negativamente sul loro percorso didattico.

L'indagine conoscitiva italiana condotta da Terzoni S. e altri docenti (2014) ha evidenziato che: *"...in realtà lo studente, prossimo professionista, percepisce ancora la paura di reazioni e punizioni quali sostanziali motivazioni alla sotto segnalazione dell'errore da parte del professionista; inoltre pare esistere ancora una scarsa conoscenza circa il concetto e le modalità di utilizzo di un sistema di incident reporting"*.

La *Survey cross-selelctional* di Cebeci F. (2015) ha rivelato che: *"il tasso di errori degli studenti è molto alto, mentre quello delle segnalazioni è alquanto basso"*, in quanto la maggior parte degli studenti che hanno partecipato allo studio, dopo aver commesso un errore, ha istintivamente sentito il bisogno di parlarne con l'infermiere di riferimento piuttosto che ricorrere alla segnalazione formale.

Dunque, dalla letteratura reperita e soprattutto **si comprende chiaramente la necessità di una formazione più attenta e di una maggiore motivazione riguardo la procedura di segnalazione degli errori.**

Scopo della seguente indagine è quindi quello di indagare il punto di vista degli studenti riguardo la segnalazione degli errori dei professionisti infermieri, nonché gli errori che loro stessi commettono.

MATERIALI E METODI

Partecipanti e setting

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale nei corsi di Laurea in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica di un'università di Roma, attraverso

un questionario anonimo.

Tale questionario è stato creato *ad hoc*, in quanto in letteratura non è stato reperito uno strumento validato coerente con il quesito di ricerca.

La somministrazione è avvenuta durante l'anno accademico 2017-2018, in seguito alla presentazione dello studio. L'unico criterio di inclusione è stata l'appartenenza degli studenti al relativo corso. Per la natura dell'indagine non si è resa necessaria la consultazione del Comitato Etico, ma è stata ottenuta l'autorizzazione del Direttore del Corso di Laurea per lo svolgimento.

La creazione del questionario è avvenuta utilizzando il *software* gratuito online, SURVIO, che permette di creare sondaggi telematici che possono essere inviati agli intervistati via internet, inviando il *link* del questionario tramite email o applicazioni di messaggistica, e di raccogliere i dati.

Il link è stato inviato ai 150 studenti dei tre anni, afferenti alla sede dell'Università menzionata sopra.

I questionari compilati sono stati 91.

Il questionario

Anonimo e così strutturato:

dati anagrafici; conoscenze dello studente inerenti la sicurezza del paziente; esperienza riguardo gli errori/errori mancati degli infermieri e degli studenti, ed eventuali motivazioni; percezione riguardo le cause principali di errore, l'importanza del professionista infermiere nella sicurezza del paziente, i reparti in cui si commettono più errori e la rilevanza della segnalazione di un evento avverso.

Attitudini: quale comportamento assumerebbe lo studente durante il tirocinio di fronte ad un errore o un errore mancato, e quale comportamento consiglierebbe ad un suo collega studente in caso di errore.

Per le diverse domande del questionario sono state previste risposte chiuse, con possibilità di scegliere una sola risposta, e risposte aperte, senza limiti di lunghezza. In alcune è stata prevista l'opportunità di indicare la propria preferenza; qualora non fosse presente tra le opzioni fornite, specificandola nella

variabile "altro". Per determinate risposte è stata prevista la motivazione con la possibilità di risposta aperta. Inoltre, in alcune domande è stata richiesta una valutazione da parte del partecipante tramite una scala da uno a dieci.

Analisi statistica

L'analisi descrittiva del campione è stata condotta attraverso l'utilizzo di tabelle e grafici creati tramite Excel. Sono stati effettuati accorpamenti di determinate risposte degli studenti a domande aperte. Non sono state realizzate stratificazioni.

RISULTATI

Sono stati intervistati 91 studenti del CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica di una sede universitaria di Roma, di cui 11 maschi (12%) e 80 femmine (88%).

Il campione è formato quasi in modo omogeneo da studenti appartenenti al primo (29%), secondo (32%) e terzo (21%) anno, con un numero minore di studenti fuori corso (13%).

La percentuale più alta degli intervistati appartiene alla fascia d'età compresa tra i 20 e i 25 anni (70%).

Relativamente ai dati della tipologia dei reparti frequentati durante il tirocinio, la percentuale più alta del campione

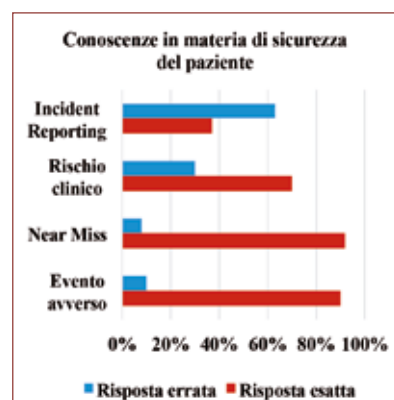


Grafico 1. Conoscenze

ha frequentato, in ordine decrescente, aree di degenza (67%), aree chirurgiche (68%) e aree critiche (44%).

Riguardo alle "conoscenze", più della metà degli studenti ha selezionato la risposta esatta alle domande inerenti l'e-

vento avverso (90%), il *near miss* (92%) e il rischio clinico (70%). In percentuale minore (37%) è stata selezionata la definizione esatta di *incident reporting*. (Grafico 1)



Grafico 2. Testimonianze di segnalazioni da parte dei professionisti

Rispetto alle "esperienze", il 77% degli studenti ha assistito ad errori commessi dai professionisti infermieri. (Grafico 2) Per quanto riguarda la procedura di segnalazione, il 40% non ha assistito all'adozione della strategia dell'*incident reporting* in presenza dell'errore, il 32% ha affermato di aver visto segnalare l'errore commesso, mentre il 28% non sa se la segnalazione sia stata realmente effettuata.

Riguardo alle "esperienze personali di errori", il 67% degli studenti ha affermato di aver commesso un errore in reparto durante il tirocinio. L'85% de-

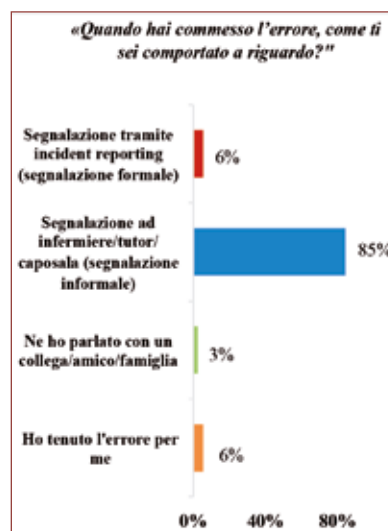


Grafico 3. Comportamenti degli studenti dopo aver commesso un errore

gli intervistati che ha commesso errori ha preferito la segnalazione informale (presso infermiere, tutor o caposala), il 6% la segnalazione formale tramite scheda di *incident reporting*; un ulteriore 6% ha preferito tenere l'errore per sé, ed infine il 3% ha preferito parlare del suo errore con persone a sé vicine. (Grafico 3)



Grafico 4. Motivazioni per cui alcuni studenti hanno tenuto per sé gli errori da loro commessi

Del 6% degli studenti che ha preferito tenere l'errore per sé, il 56% ha dato come motivazione "poiché non aveva provocato alcun danno sul paziente" e il 44% "per paura di una valutazione negativa". (Grafico 4)

In merito alla sezione riguardante la "percezione" sugli argomenti inerenti la sicurezza del paziente e la segnalazione di un evento avverso, è stato indagato quali fossero le cause per cui un infermiere e uno studente infermiere commettono un errore.



Grafico 5. Cause di errore percepite dagli studenti

I risultati suggeriscono che, per quanto riguarda gli infermieri, gli studenti percepiscono come cause maggiori di errore: la negligenza (41%) e la stanchezza (28%); l'imperizia (1%) invece è considerata la meno frequente tra quelle proposte. (Grafico 5)

Diversamente, nel caso degli studenti, le cause percepite come fonte di errore sono l'imperizia (31%) e l'imprudenza (20%). Vengono percepite meno frequenti la stanchezza (10%) e la disorganizzazione (6%). (Grafico 5)

Inoltre, è stato richiesto agli intervistati di assegnare un valore compreso tra 1 e 10 per comprendere quanto percepiscano "importante" la figura del professionista infermiere nell'ambito della sicurezza del paziente. La media della valutazione è di 9,4, con una percentuale di risposte del 60% del campione al

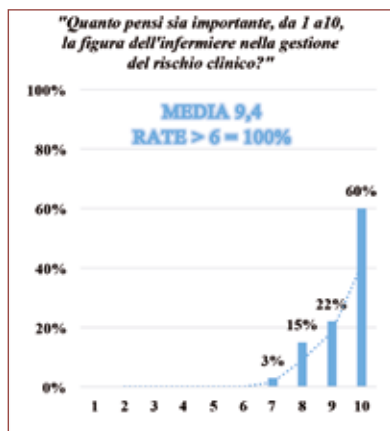


Grafico 6. Percezioni inerenti l'importanza della figura infermieristica nella gestione del rischio clinico

valore dieci. (Grafico 6)

Per quanto riguarda la relazione tra frequenza degli errori e tipologia di reparto, il 46% degli intervistati percepisce che i reparti in cui si commettono più errori sono le aree critiche, il 42% quelle di degenza ed infine il 12% le chirurgiche.

Dalle risposte alla domanda in cui viene proposto di assegnare un valore da 1 a 10 a delle variabili relative ai motivi per cui è importante segnalare un evento avverso, si evidenzia che, secondo gli studenti, la segnalazione è importante in ordine decrescente: per "promuovere la sicurezza del paziente" (media 9,75); per un "miglioramento del sistema sanitario" (media

9,5); per una "crescita personale" (media 9,2), e per una "crescita professionale" (media 8,8). La media relativa alla variabile "per individuare chi ha commesso l'errore", in cui già si prevedeva un valore piuttosto basso, è di 4,9. All'interno della sezione è stato anche analizzato quanti percepiscano l'incident reporting come una buona pratica per "imparare dagli errori": il 92% degli studenti ritiene sia utile proprio per il suddetto fine. (Grafico 7)



Grafico 7. Considerazioni rispetto alla strategia di incident reporting come strategia utile per imparare dagli errori

Inoltre, è stato proposto un quesito in cui si richiedeva di suggerire altre strategie per imparare dagli errori. Il 74% ha risposto proponendo strategie come incontri "Morbidity and Mortality", il 22% "percorsi di formazione specifici" e il 4% "controlli tramite check-list e/o procedure".

Infine, per valutare le attitudini, è stato proposto il quesito sulla frequenza con cui segnalare le differenti tipologie di errore, con la possibilità di selezionare le variabili: "Mai", "Solo se provoca danno al paziente" e "Sempre".

È stato creato un elenco di errori prendendo in considerazione quanto reperito in letteratura e le schede di incident reporting utilizzate all'interno degli ospedali. Per nessun tipo di errore è stata selezionata "Mai", mentre con una percentuale media dell'82% gli intervistati segnalerebbero "sempre" tutte le tipologie di errore elencate, scelte in base agli errori presenti nella scheda di segnalazione di diverse strutture sanitarie di rilevanza internazionale. In

minoranza, con una media del 18%, gli studenti intervistati segnalerebbero gli stessi errori "solo se provocano danni" sul paziente. (Grafico 8)

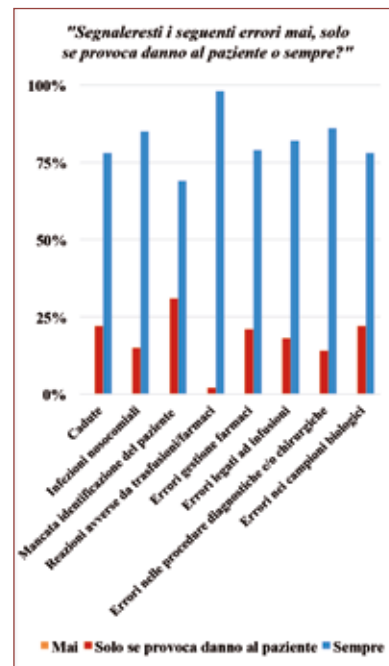


Grafico 8. Frequenza con cui gli studenti segnalerebbero gli errori riportati

In una domanda aperta è stata poi data la possibilità di suggerire ulteriori errori. All'elenco, gli studenti hanno aggiunto: "errori nella documentazione" (39%), "errori nella mobilitazione" (18%), "errori nell'alimentazione" (14%), "mancato utilizzo delle norme di asepsi e dei DPI" (11%), "errori nel monitoraggio" (7%) ed "errori nell'educazione" (4%).



Grafico 9. Comportamenti che gli studenti assumerebbero di fronte ad un errore mancato

Riguardo l'attitudine a segnalare un errore mancato, il 56% degli intervistati lo segnalerebbe, il 36% ha scelto la variabile "non lo so", mentre l'8% degli studenti non effettuerebbe la segnalazione. (Grafico 9)

Al quesito che indagava il comportamento che gli studenti consiglierebbero ai propri colleghi in caso di errore, il 94% degli intervistati ha selezionato la variabile inerente alla segnalazione dell'errore ad un referente (*tutor* clinico, *tutor* universitario, infermiere di riferimento, caposala di reparto).

CONCLUSIONI

Lo scopo del presente studio è stato quello di valutare quali fossero le conoscenze degli studenti dei CdL in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica riguardo tutto ciò che concerne la sicurezza del paziente, le loro esperienze di errori proprie e della segnalazione, le loro percezioni ed opinioni inerentemente l'argomento e le attitudini riguardo l'utilizzo dell'*incident reporting*.

La maggior parte degli studenti inclusi nello studio ha buone conoscenze in materia di sicurezza del paziente, ma vi è una parte degli intervistati che non ha ben chiaro lo scopo dell'*incident reporting*. Ciò suggerisce che gli studenti affrontino in modo più che sufficiente argomenti che riguardano la sicurezza del paziente; ma meno la formazione circa la strategia per la prevenzione degli errori, ed in particolare l'*incident reporting*, che invece dovrà esser migliorata ed introdotta a partire dal primo anno di corso.

Nelle loro esperienze durante il tirocinio clinico, sono molti gli studenti testimoni di errori effettuati dagli infermieri, ma non sempre sono stati resi partecipi della segnalazione, laddove eseguita.

Sarebbe utile, invece, acquisire la cultura della segnalazione già durante le prime esperienze di tirocinio, in modo da consolidarle nel corso dei tre anni di formazione accademica. A conferma di ciò, l'articolo canadese del 2012 (che indagava la percezione e le attitudini degli infermieri rispetto la segnalazione) ha rilevato che l'*incident reporting* viene percepita come una strategia im-

portante per imparare dagli errori ma che, nonostante tale consapevolezza, la procedura non venga attuata (Watersa et al., 2012).

Gli studenti affermano di aver commesso uno o più errori durante il tirocinio, ma che, generalmente, la segnalazione sia avvenuta in modo informale (presso infermieri, *tutor* o altro), per paura di essere valutati negativamente.

Questo conferma i risultati di uno studio effettuato su studenti canadesi del quarto anno di Infermieristica, in cui è descritto che essi preferiscono la segnalazione di tipo informale a quella formale, per paura di ricevere un giudizio non buono (Espin et al., 2014). Le cause percepite come contribuenti all'errore dell'infermiere sono la negligenza, ossia disattenzione, e la stanchezza.

Quelle dello studente sono, per lo più, l'imperizia, intesa come mancanza di formazione, e l'imprudenza, ossia la sottovalutazione del pericolo. Ciò conferma lo studio sulla percezione degli studenti di Infermieristica di Roma, che evidenzia come, tra le cause ritenute più frequenti, vi siano la negligenza e la disattenzione (Chiarini et al., 2017).

Per quanto riguarda il rapporto tra frequenza degli errori e tipologia di reparto, per gli studenti intervistati vi è una relazione tra carico di lavoro, tipologia di competenze sviluppate nei diversi reparti e tipologia di paziente da gestire e la frequenza di errori commessi dai professionisti.

In letteratura, infatti, gli studiosi sottolineano che il ricovero in Terapia Intensiva esponga i pazienti ad un consistente rischio di eventi avversi in quanto caratterizzato da notevole gravità dei pazienti ammessi, elevata complessità delle cure, necessità di integrazione tra i vari professionisti dell'équipe (Bernardi et al., 2012). Si è evidenziato, inoltre, che **gli studenti considerano l'infermiere come una figura fondamentale per la sicurezza del paziente, e la segnalazione di un evento avverso come buona strategia per imparare dagli errori**. Lo studio canadese sottolinea che i professionisti dell'assistenza percepiscono la segnalazione di un evento avverso come una buona strategia per imparare dagli errori

(Watersa et al., 2012).

Ciò che è preoccupante è che gli studenti percepiscano tale strategia importante non solo per un miglioramento del sistema sanitario e della sicurezza del paziente, per una crescita personale e professionale dell'infermiere, ma anche, in piccola parte, per individuare chi commetta errori.

I dati concernenti le attitudini degli studenti sottolineano che essi segnalerebbero gli errori a seconda della tipologia di danno arrecato al paziente, per paura di una valutazione negativa, e pochi effettuerebbero la segnalazione di un *near miss*, ossia di un errore che avrebbe potuto arrecare danni al paziente ma che, per caso fortuito o perché intercettato, non ha provocato un evento avverso (Ministero della Salute, 2009).

Da ciò si evince che c'è ancora chi si pone diversamente di fronte ad un errore mancato rispetto ad un errore effettivamente accaduto, e che, quindi, ne eviterebbe la segnalazione.

Perciò si può ipotizzare che in alcuni studenti non sia interiorizzata la necessità di una segnalazione come prevenzione di eventuali, ulteriori errori, anche nel caso dei *near miss*.

Lo studio effettuato in Turchia in maniera simile afferma che gli errori mancati non sono stati segnalati dagli studenti in modalità formale, poiché rilevati e corretti dall'infermieri di riferimento (Cebeçi et al., 2014).

Questo, a conferma che la formazione deve agire alla base, in quanto gli ultimi risultati sottolineano la paura di conseguenze negative e la segnalazione selettiva rispetto alla tipologia di errore.

Per far sì che tutto ciò venga superato, è fondamentale che gli studenti, in quanto futuri professionisti dell'assistenza, interiorizzino la strategia di cui si è parlato, per imparare dall'errore e aumentare il livello di sicurezza del paziente, in quanto responsabilità dell'infermiere.

Tuttavia, i limiti imputabili al presente studio sono sicuramente:

- la limitatezza del campione: i numeri raggiunti non sono ancora sufficienti, e i dati osservati sono generalizzati;
- il questionario non è stato valutato ri-

spetto a chiarezza, rilevanza e completezza delle domande;

- la modalità di somministrazione del questionario, vista l'esclusione di studenti non aventi l'email a cui è stato inviato il link e quelli non appartenenti ai vari gruppi *Whatsapp*;

- la struttura del questionario, che è stata pensata in base alla letteratura consultata e sulla volontà di rendere lo strumento breve, così da ottenere una maggiore adesione.

Purtroppo, ciò ha fatto sì che l'argomento trattato non potesse essere analizzato in tutte le sue sfaccettature, lasciando ancora alcune questioni aperte che potrebbero essere indagate con una nuova ricerca.

Pertanto, quello che ci si aspetta è che, applicando le opportune modifiche, il questionario inizi un processo di valida-

zione; che il campione di indagine venga ampliato, ed infine che vengano chiariti con maggior rigore i criteri per adottare la strategia di *incident reporting* anche per gli studenti.

In questo modo, sarà possibile aumentare la consapevolezza della segnalazione come strategia fondamentale per migliorare l'assistenza al paziente e diffonderne l'utilizzo.

Con ciò si permetterà la realizzazione di nuovi studi per verificare concretamente le potenzialità e i vantaggi che **l'adozione della segnalazione degli errori potrebbe apportare per il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica, già a partire dalla formazione di base**, aumentando la sensibilizzazione degli studenti per gli errori e la motivazione per adottare la strategia dell'*incident reporting*.

AUTORI:

Federica Perigli, infermiera, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma;
Francesca Maria Meloni, tutor universitario, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica presso il Polo Didattico Pier Giorgio Frassati Università di Roma, Tor Vergata;
Matteo Amicucci, infermiere pediatrico, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.

BIBLIOGRAFIA

- Accrescere negli studenti la cultura dell'imparare dall'errore: un sistema di *incident reporting* sui medical errors al Corso di Laurea in Infermieristica. Tratto da: http://www.fnopi.it/contenuti_statici/xviii-congresso/poster/pdf/121%20%20AMADUCCI.pdf Accesso: 11 settembre 2018.
- Baghaei R, Ghaderi C, Naderi G, Rahim F, *The rate and type of medication errors made by nurses: a study from Northwestern Iran*. Singapore Nursing Journal, 42 (3), 12-16. 2015.
- Benetton M, *Apprendere dall'errore nella formazione infermieristica di base*. Scenario, 24 (4), 25-29. 2007.
- Castaldi, *Importanza dell'errore nel processo di apprendimento*. Tratto da https://www.educare.it/j/attachments/article/3206/2016_pp.1014_Castaldi_Importanza%20dell'errore.pdf. Accesso 3 ottobre 2018.
- Cebeci F, Karazeybek E, Sucu G, Kahveci R, *Nursing students' medication errors and their opinions on the reasons of errors: a cross-sectional survey*. J Pak Med Assoc, 65(5), 457-462. 2015.
- Chiarini M, De Vita E, Meggiolaro A, Miccoli S, Stricchiola G.M.G., Grande G, Veneziano M, Guzzo A, La Torre G, *Errori in medicina: la percezione degli studenti in Infermieristica di Roma*. Professioni Infermieristiche, 70 (4), 206-213. 2017.
- Cooper E, *Nursing student medication errors: a snapshot view from a school of nursing's quality and safety officer*. Journal of Nursing Education, 53(3), 51-54. 2014.
- Espin S, Meikle D, *Fourth-year nursing student perceptions of incidents and incident reporting*. Journal of Nursing Education, 53(4), 238-243. 2014.
- Falsini G, *Incident reporting e sicurezza del paziente nelle organizzazioni sanitarie*. Il Cesalpino, 12 (33), 17-25. 2013.
- Öztürk H, Kahrman I, Bahceci A, Sökmen S, Calbayram N, Altundag S, Küçük S, *The malpractices of student nurses in clinical practice in Turkey and their causes*. J Pak Med Assoc, 67(8), 1198-2205. 2017.
- Sweeney C, LeMahieu A, Fryer E, *Nurse practitioner malpractice data: Informing nursing education*. Journal of Professional Nursing, 33, 271-275. 2017.
- Terzoni S, Ferrara P, De Angelis A, Destrebecq A, *Conoscenze e percezioni degli studenti di Infermieristica sugli errori da somministrazione di farmaci*. L'Infermiere, (3), 19- 23. 2015.
- Waters F, Hall A, Brown H, Espezel H, Palmer L, *Perceptions of Canadian labour and delivery nurses about incident reporting: a qualitative descriptive focus group study*. International Journal of Nursing Studies, 49, 811-821. 2012.

Analisi epidemiologica delle infezioni da COVID-19 trattate presso l'ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale

Dati e testimonianze dalla "prima linea".

I colleghi dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale hanno voluto condividere con noi la fatica e le sensazioni nei reparti COVID-19 durante la prima fase della pandemia.

Coordinatori infermieristici Reparti COVID 1 e 2: Antonia Fago, Daniele Marsili

DAI, Paola Lupi

L'ospedale Regina Apostolorum ha ottenuto il permesso da parte dell'ASL ROMA 6 di occuparsi della cura e assistenza dei malati COVID-19, con apertura del primo dei due reparti dedicati, già a partire dal 19 marzo 2020, facendo di questo nosocomio un punto di riferimento per la ASL territoriale, nonché per la stessa Regione Lazio, proprio nella cura dei pazienti affetti dalla malattia.

I ricoveri

Questi dati sono stati estrapolati dai Reparti di degenza di Malattie dell'Apparato Respiratorio con pazienti affetti da infezione da COVID-19, e precisamente presso i due reparti di degenza specifici: Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-1; Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-2, dislocati all'interno della struttura dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale (Roma). I dati presi in esame sono quelli relativi a tutti i pazienti ricoverati presso i due reparti di isolamento dal 19 marzo 2020

Unità di servizio	Totale ricoveri	Totale al 6 maggio 2020
Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-1	53	17
Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-2	44	29
Totale	97	46

Tabella 1. Dati relativi al numero di ricoverati totali, suddivisi per reparto di isolamento, all'interno dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale

al 6 maggio 2020. (Tabella 1)

Analisi delle dimissioni

Lo studio dei dati è iniziato con l'identificazione della tipologia delle dimissioni effettuate nei Reparti di isolamento al termine del periodo di osservazione considerato. (Tabella 2)

Tamponi di Controllo

Un importante dato viene fornito dal numero di tamponi eseguiti, sia sui

pazienti ricoverati nei reparti di isolamento (COVID-1 e COVID-2) che sul personale sanitario a rischio di infezione. (Tabella 3)

DISCUSSIONE

Organizzazione Generale

I risultati ottenuti da questa esperienza rappresentano l'evidenza del lavoro di organizzazione tra gli operatori sanitari e la Direzione Sanitaria. Organizzazione che ha rappresentato l'*humus* su cui è

Conteggio di paziente			Motivo della dimissione	
Unità Servizio Dim.	Decesso	Ritorno presso il domicilio	Trasferimento in altra struttura per riabilitazione	Totale
Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-1	14	20	2	36
Malattie dell'Apparato Respiratorio COVID-2	10	3	-	13
Totale	24	23	2	49

Tabella 2

Tamponi eseguiti (TFCV)	
COVID-1	104
COVID-2	74
Personale Sanitario	148
Totale	474

Tabella 3. Dati relativi al numero di tamponi (naso-faringei) effettuati sui pazienti ricoverati e sul personale sanitario impegnato nella loro cura e assistenza

germogliata l'assistenza e la cura dei malati, oltre che la mitigazione del rischio di contagio.

Un "ruolo" fondamentale è stato giocato dalla disponibilità e professionalità di tutti gli operatori coinvolti, oltre che dalla flessibilità dimostrata per la copertura della turnazione e l'adozione di precise procedure.

In tale ambito, la multidisciplinarietà ha rivestito un ruolo primario, con la collaborazione delle diverse figure professionali coinvolte.

L'adozione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) è stata fondamentale per cercare di mitigare e contenere il rischio di contagio: tra operatore e paziente, tra operatore e operatore, e tra gli operatori e i loro familiari.

In tale contesto, il numero di DPI, la loro qualità e il loro utilizzo hanno sicuramente contribuito all'ottimo risultato raggiunto nella finestra temporale considerata in questo studio.

La sicurezza degli operatori è stata uno dei punti principali di discussione

all'interno dell'équipe sanitaria, con aggiornamenti costanti e l'organizzazione giornaliera per la fruizione degli stessi. Organizzazione che ha garantito l'adeguato numero di DPI messi a disposizione e il loro corretto utilizzo.

Gli operatori sanitari, previa formazione specifica (che si è avvalsa delle fasi di addestramento tramite visione di filmati specifici e verifica delle fasi di vestizione e di svestizione come da protocollo inviato dalla Direzione Sanitaria), hanno garantito la corretta gestione ed utilizzo dei Dispositivi.

Gli aggiornamenti quotidiani hanno contribuito alla mitigazione dei problemi che, di volta in volta, si sono affacciati, rappresentando la scelta decisiva per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici e per i livelli di sicurezza in cui operare.

Problematiche iniziali

Le problematiche iniziali, di fondamentale importanza, sono state quelle riferite all'individuazione degli ambienti idonei, dedicati non solo all'assistenza

diretta ma anche alla vestizione, svestizione e decontaminazione degli operatori sanitari, oltre che alla definizione dei percorsi puliti e di quelli contaminati.

Lo scopo primario è stato sempre quello di garantire la sicurezza di tutto il personale sanitario, non solo per quello coinvolto direttamente nei reparti di isolamento (COVID-1 e COVID-2) ma anche per quello presente nel resto della struttura ospedaliera.

Le indicazioni, per il miglioramento continuo della qualità del lavoro e dei processi organizzativi, sono tutti avvenuti in riferimento alle problematiche emergenti, nel corso dell'assistenza e nel rispetto delle procedure e disposizioni che continuamente venivano recepite e diffuse in tutta la struttura.

Suggerimenti e segnalazioni da parte del personale coinvolto hanno fornito indicazioni "reali e misurabili" su come affrontare le varie problematiche emerse.

Questo, ovviamente, è avvenuto man mano, soprattutto nella fase iniziale dell'apertura dei reparti di degenza COVID-19.

La solidarietà dimostrata tra gli operatori sanitari e la loro partecipazione attiva hanno permesso all'organizzazione del lavoro di poter essere migliorata costantemente, anche in un regime non certo rassicurante, come normalmente è da considerarsi quello dell'isolamento infettivo.

CONCLUSIONI

Secondo i dati estrapolati dallo studio qui presentato, il numero di pazienti affetti da COVID-19 è certamente stato elevato nella fase iniziale, quando l'ospedale Regina Apostolorum ha iniziato ad occuparsi dell'assistenza e cura di tale tipologia di pazienti.

Si è trattato di un numero di ricoveri congruo alla situazione emergenziale sanitaria nazionale italiana.

Tuttavia, pur in fase di discesa del contagio a livello nazionale, il numero dei pazienti ospedalizzati presso i due reparti (COVID-1 e COVID-2) è risultato ancora elevato a causa di nuovi contagi avvenuti presso strutture riabilitative limitrofe alla provincia romana, dalle quali poi sono pervenuti altri pazienti positivi.

Lo studio pone l'importanza sul lavoro svolto dall'équipe infermieristica in ambito ospedaliero, nell'arco temporale in cui il picco pandemico del COVID-19 ha determinato la saturazione del comparto sanitario nazionale.

Su tale contesto è stata posta l'attenzione analizzando i dati provenienti dal lavoro sanitario e ricavando tali conclusioni. Presso l'ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale, **gli infermieri assegnati ai Reparti COVID-19 hanno garantito il livello assistenziale di qualità alto, in una situazione per la quale non si era preparati.**

Durante l'emergenza, il fattore che, tra gli altri, ha determinato la sequenza efficace ed in qualità delle attività connesse all'interno dei diversi processi (sia assistenziali che diagnostici) è stato il "tempo": tutto è stato pianificato velocemente per essere subito tradotto in operatività, e tutti hanno risposto con professionalità e rispetto delle procedure.

LA PAROLA AGLI INFERMIERI

Tutte le relazioni multidisciplinari nella gestione del problema COVID-19 hanno avuto una ricaduta d'effetto, non solo professionale, su ogni singolo infermiere. Come, dunque, si può rappresentare meglio questi momenti, se non attraverso le testimonianze dirette degli infermieri che hanno messo a disposizione la loro professionalità, impegnandosi nell'assistenza presso il Reparto COVID-1 dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale?

Di seguito, le loro parole, importanti da trasmettere, per aiutare a comprendere meglio lo stato psicologico di chi ha lavorato a stretto contatto con i malati COVID-19 in isolamento.

"Questo periodo lavorativo più che lasciare qualcosa, ha tolto, indebolito e rafforzato allo stesso tempo. Ha tolto tante forze, fisiche non serve neanche giustificarle, e mentali. Ha indebolito un'emotività che non aveva mai varcato la soglia della porta del reparto, un'emotività che oggi è presente, in ogni momento, con cui conviviamo, lavoriamo. Ha rafforzato la nostra capacità di far gruppo, di essere uniti, di essere una squadra. Ha rafforzato il motivo per cui abbiamo, sento di poter parlare al plurale, scelto di essere infermieri: per provare quel senso di gratificazione inspiegabile quando ti prendi cura di qualcuno, e lo fai bene, risentendone troppo, improvvisamente, a fine turno. Abbiamo affrontato e gestito una situazione senza essere pronti, senza preavviso. Quello di cui non avevamo bisogno, era l'esperienza con la morte. Già forte di suo per altre esperienze, lavorative e non. Non di questa morte, che ci ha messo di fronte a procedure che ci stanno destabilizzando emotivamente, che hanno dato per scontato che anche a questo saremmo stati pronti. Questa esperienza è stata un sacrificio, da ogni punto di vista. Fisiologico e relazionale forse più degli altri. Ma la differenza, rispetto ad altre realtà, la fanno le persone che hai accanto, con cui costruisci, applichi, verifichi i risultati, ne gioisci, ne risenti, ne vai fiero o meno, ci fai i conti. Conti che evidenziano tante vite perse, tanto dolore ascoltato tramite la

cornetta di un telefono, ma altrettanti sorrisi scappati da una videochiamata inaspettata, una volta, anche poche ore prima che la morte arrivasse. Questo ha lasciato. La fortuna di aver avuto accanto un gruppo così, per niente scontato, per cui ogni giorno, in qualche modo andrà bene. M.C."

E, ancora:

"Ricordo come il 9 marzo 2020, ebbi modo di scrivere sul mio diario personale le seguenti parole: '...Da circa una settimana ci troviamo impegnati, in ospedale, ad assistere alcuni pazienti, infetti COVID-19. Abbiamo messo in atto tutte le possibili procedure per non contagiarci...'. Erano le prime scritte in relazione all'incredibile ed inaspettato problema sanitario su un diario in cui trascrivo fatti dagli anni '90. Paura e preoccupazione entrarono a far parte della mia quotidianità, verso un nemico invisibile e con il rischio concreto di potermi ammalare... tutto sembrava accadere velocemente e in poco meno di una settimana mi ritrovai a stretto contatto con i primi casi affetti da COVID-19. Ritrovarsi catapultati in una situazione del genere, in cui tutto il mondo chiudeva le proprie frontiere e le immagini proiettate dalle tv nazionali, radio e mezzi di informazione facendoci vedere centinaia di morti ogni giorno, ha messo a dura prova me stesso e i miei colleghi da un punto di vista psicologico, eppure malgrado pensassi spesso che stessi vivendo un incubo, alla stregua del peggiore film di fantascienza, quella che vivevo era la realtà. Un masso pesante che, dai primi giorni di marzo 2020, ancora oggi porto addosso. Le prime cose a cui fai caso, in un periodo del genere, sono le persone alle quali tieni, alla persona che vive con te e che condivide la tua vita... ai tuoi familiari che sei costretto a non poter vedere e alle cose che non puoi più fare... cose semplici ma di un'importanza fondamentale, che probabilmente riusciamo a stimare solo nei momenti di privazione. C'è anche la paura di infettarsi... e di infettare le persone a cui tieni, e questo ti porta ad adoperare comportamenti pragmatici, modulati dalla tua esperienza... dalla paura stessa, cercando di fare sempre

il meglio affinché non ti possa contagiare. Ma è comunque stata dura... lo è ancora. Credo che la nostra professione abbia donato molto all'Italia, al nostro Paese... alle persone che abbiamo assistito e alla loro richiesta di aiuto... non ci siamo di certo tirati indietro, come spesso potrebbe accadere in qualsiasi altro contesto... siamo sempre stati lì, vicino alle persone che non avrebbero più visto la propria famiglia... isolati per sempre tra i loro affetti e l'ospedale. Spesso si è riflettuto sul senso della vita, a come sarebbe potuta essere quella di queste persone senza il Coronavirus... cosa avrebbero potuto fare, di sicuro avrebbero potuto trascorrere la propria esistenza assieme ai loro affetti... ma così non è stato per molti di loro... persone che avrebbero fatto di tutto per non andarsene, eppure non gli è stato concesso. E così, quando si riflette sul senso della vita... in riferimento a questa tragedia mondiale, si comprende che non v'è senso alcuno su certi discorsi legati all'economia, allo spread, al deficit di certe percentuali, perché ciò che conta, e che dovrebbe contare, è la vita: la vita di tutti. Il mio

*auspicio personale è che le cose possano migliorare, migliorando la sanità, attraverso la quale tutti passiamo... cercando di rendere il più umano possibile una parte importante del nostro Paese che ancora in tanti ci invidiano... Ma bisogna farlo tutti assieme e bisogna farlo in fretta: prendendoci cura dei malati in modo più umano, pensando a cosa il Coronavirus ci abbia insegnato in questi orribili mesi. Solo così sarà possibile progettare un sistema che rispetti la nostra umanità, i nostri bisogni e che possa curare dignitosamente chi è malato. **Daniele Cataldi**".*

Dall'esperienza del COVID-19 tutti abbiamo acquisito dei valori aggiunti, come hanno sottolineato gli infermieri: la collaborazione; la presenza costante e responsabile; la possibilità di rimettersi in discussione anche di fronte ad eventi del tutto sconosciuti; il "puoi contare su di me, senza sé e senza ma"; la mediazione revisionata tra il paziente ed i suoi familiari.

Il lavoro è stato difficile ed ha inciso sulle professionalità e sulle persone, lasciando i segni di un'esperienza indelebile in ognuno, ma, come per tutte le

esperienze "forti", ha permesso di maturare ulteriormente, perché **da sempre gli infermieri sono consci di percorrere una via dinamica, orientata al cambiamento e al miglioramento continuo.**

Un ringraziamento a tutto il personale infermieristico dei Reparti COVID 1 e 2



Prorogato fino a giugno 2021 il Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri

L'OPI di Roma non ha lasciato cadere nel vuoto l'invito ad unirsi all'iniziativa, contribuendo con una donazione alla campagna di solidarietà intitolata "Noi con gli infermieri". Una raccolta a cui è ancora possibile accedere, visto il protrarsi dell'emergenza e che ha già erogato oltre 1 milione di euro a colleghi in difficoltà e alle loro famiglie.

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (di cui la presidente uscente OPI Roma, **Ausilia Pulimeno**, è vicepresidente) ha deciso di prorogare i tempi del Fondo di solidarietà almeno fino al 30 giugno 2021 e che l'erogazione dei contributi di #NoiConGliInfermieri (3,5 milioni di euro raccolti nei primi sette mesi) avrà una nuova categoria di beneficiari: tutti gli infermieri dipendenti che si sono ammalati di COVID-19.

Questo, senza dimenticare che saranno valutate e sostenute con un contributo anche ulteriori situazioni eccezionali e/o particolarmente gravi.

Sul sito della FNOPI (www.fnopi.it) tutte le informazioni utili per accedere al Fondo di solidarietà.

E visto che, in questi mesi, la comunità professionale ha continuato a piangere altri colleghi morti a causa del COVID-19, all'indirizzo www.noicongliinfermieri.org/il-fondo-di-solidarieta continuerà a essere presente la modulistica *ad hoc*, con il regolamento aggiornato e le nuove categorie di beneficiari previste.

Il Fondo si è proposto, da subito, di durare nel tempo, perché gli effetti della crisi pandemica perdurano tutt'oggi, e, in special modo, sugli operatori sanitari.

La particolarità di questo Fondo è che, alla classica attività di raccolta delle donazioni, si affianca l'immediata erogazione di contributi agli infermieri in possesso dei requisiti individuati dal regolamento approvato dal Comitato centrale FNOPI.

Partendo da tre categorie (gli infermieri guariti da riabilitare; gli infermieri in quarantena e lontani da casa; le famiglie degli infermieri deceduti), già da aprile 2020 è stato possibile presentare domanda di contributo, inviando tutta la comunicazione necessaria alla Federazione tramite la casella dedicata fondocovid@fnopi.it

Oltre alle categorie ora aggiunte, hanno potuto già usufruire dell'indennizzo economico: gli infermieri in quarantena per positività a Coronavirus (si prevede un contributo forfettario giornaliero, anche per dipendenti pubblici); gli infermieri gravemente ammalati causa COVID19, compresi i liberi professionisti (copertura di spese post dimissione e di riabilitazione);

gli infermieri bisognosi di supporto psicologico a seguito di servizio in reparti COVID-19 (copertura delle spese di supporto psicologico); le famiglie (coniugi, conviventi, genitori e figli) degli infermieri deceduti causa Coronavirus, per cui è previsto un indennizzo *una tantum*, su base incrementale a seconda della numerosità del nucleo familiare.

"La Federazione - spiega la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - ha deciso di supportare tutti gli infermieri e le loro famiglie colpite da questa drammatica esperienza. Un impegno che si è sostanziato nella costituzione del Fondo di solidarietà e nell'erogazione 'a sportello' di contributi sino a esaurimento. Invito, pertanto, tutti gli infermieri, liberi professionisti e dipendenti, iscritti all'Albo o pensionati già iscritti e rientrati in servizio causa pandemia, e i familiari dei colleghi deceduti a visitare il nostro sito e scaricare gli appositi moduli di domanda".



Nuovo sito OPI e il servizio *podcast* Per un dialogo continuo con iscritti e cittadini

La nuova versione on line del portale istituzionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma all'indirizzo **opi.roma.it** è a disposizione degli utenti dallo scorso 3 agosto. Grazie a un certosino lavoro di riprogettazione e ridefinizione dei numerosi contenuti, il Consiglio Direttivo, i gruppi di lavoro e i consulenti esterni, ciascuno per le proprie competenze, hanno offerto una veste aggiornata e al passo coi tempi di questo utilissimo strumento al "servizio" di cittadini, studenti e soprattutto degli iscritti.

La necessità sempre più attuale di divulgare in modo efficace e puntuale informazioni, idee, emozioni, ha portato l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma ad una riflessione sull'intero flusso della comunicazione istituzionale.

Un passaggio non più procrastinabile e che richiama ciascuno di noi a rispondere a due domande fondamentali: a chi ci rivolgiamo e come vogliamo raggiungerlo?

Lo scenario attuale richiede contenuti veloci, fruibili in una manciata di secondi, raggiungibili sulle principali piattaforme *streaming*, tecnicamente condivisibili sui *social network* alla pari di un *post*, agili al pari di un *tweet*, che strizzino l'occhio al potere dell'immagine e a quello del suono, senza che voce e movimento siano necessariamente legati (e pur rimanendo sinergici).

L'OPI ha la responsabilità di un dialogo continuo con gli iscritti, ma il suo sito non deve necessariamente puntare ad una narrazione che si rivolga solo al professionista. È importante che sappia parlare anche alla persona "curiosa", consentendo, ad esempio, che si possa *ascoltare* un contenuto, trasformando così l'esperienza del singolo (e/o di un gruppo) in patrimonio per tutti.

Ovviamente, questo contenuto deve essere necessariamente "conquistabile" in modo semplice, utilizzando lo smartphone, magari ascoltando un racconto o guardando un video mentre si sta facendo una pausa, senza bisogno di chiavi d'accesso: perché la divulgazione è un diritto facilitatore, non il beneficio di un'enclave.

Proprio da questo ragionamento nascono gli obiettivi del nuovo sito dell'Ordine di Roma, che ha potenziato i contenuti audio e video

mediante il rilascio di *podcast* su caricamento diretto (per evitare *hosting* su altre piattaforme) e di video che, dal già esistente canale *YouTube* dell'OPI (oggi in *restyling* editoriale), vengono ospitati senza allontanarli dalla facilità di condivisione tipica dello *streaming*.

Al momento, il sito presenta una sua *headline* con due nuovi tasti, denominati appunto "Audio" e "Video": entrambi conducono in una specifica sezione del sito, nella quale si potranno rintracciare tutte le pubblicazioni dell'OPI Roma e anche quelle eventualmente esterne, ma ritenute d'interesse per la professione. Sarebbe auspicabile che l'iscritto, l'infermiere, la persona rintraccino i contenuti d'interesse, che si incuriosiscano su aspetti nuovi, che condividano un *podcast*, un video o una pubblicazione sul loro profilo Facebook, Twitter, LinkedIn o magari su Whatsapp con i colleghi.

Se ciò accadesse, avremmo raggiunto un primo, significativo risultato, un *upgrade* della comunicazione: essere *broadcast* di un nuovo *network* di conoscenza.

Manuela Cavalletti, Emiliano Ciavardini



**COSTANTE
CONTATTO CON I
PROPRI ISCRITTI**



*Un nuovo sito, un nuovo
strumento per comunicare
più facilmente, un nuovo
mezzo per favorire la
partecipazione di tutti.*

Un francobollo per Florence Nightingale e dedicato a tutti gli infermieri



Dopo dieci anni esatti, un francobollo torna a celebrare la professione infermieristica, in un momento storico segnato dal Coronavirus, ma anche dalla ricorrenza del bicentenario della nascita di Florence Nightingale, e dalla proclamazione - da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - del 2020 quale

Anno Internazionale dell'Infermiere.

Il 29 ottobre 2020, il Ministero per lo Sviluppo Economico ha emesso una carta valore appartenente alla serie tematica "Il Senso civico", su bozzetto di Claudia Giusto, raffigurante in primo piano, sullo sfondo di Ponte Vecchio a Firenze, il ritratto di Nightingale, fondatrice dell'Infermieristica moderna, affiancato dal "Diagramma delle cause di mortalità nell'esercito d'Oriente" elaborato da lei stessa durante la guerra di Crimea sulla base delle sue conoscenze sanitarie e statistiche. E, in alto, a destra, la riproduzione del logo della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), promotore dell'iniziativa.

"In una fase così delicata non è facile trovare lo spazio per le celebrazioni - ha detto la presidente della FNOPI, **Barbara Manziacavalli** - ma intendiamo vivere questo momento così alto come spunto di ulteriore riflessione sul presente e sul futuro della nostra professione".

Assieme all'Opera di Santa Croce, la FNOPI, con l'emissione del francobollo, ha sottolineato il ruolo decisivo di infermiere e infermieri, per rendere omaggio a Florence e a quanti stanno difendendo la vita umana dalla pandemia da COVID-19.

Nel rispetto delle normative vigenti in materia di sicurezza, infatti, il 29 ottobre, alcuni studenti, infermieri e cittadini britannici (tra cui il direttore del British Institute, **Simon Gammel**) hanno portato fiori davanti al monumento a Nightingale - restaurato di recente - voluto nell'Ottocento dalla comunità inglese che viveva a Firenze e meta, ogni anno, di operatori sanitari provenienti da tutto il mondo. "Florence è un'icona, è una presenza

preziosissima per noi - sottolinea la presidente dell'Opera di Santa Croce, **Irene Sanesi** -: questo francobollo suggella il suo ruolo di donna coraggiosa, anticipatrice dei tempi, oltre che fondatrice della moderna Scienza infermieristica".

È decisamente un caso molto raro che una carta valore postale dello Stato italiano venga dedicata a un cittadino straniero, sebbene Nightingale sia nata nel nostro Paese (nel 1820) e vi sia tornata per ben due volte, soggiornandovi a lungo.

Per questo motivo, un apprezzamento ufficiale è pervenuto dall'Ambasciatore Britannico in Italia, **Jill Morris**, che ha inviato un videomessaggio per dire a tutti gli infermieri: "La nostra Florence è altrettanto vostra".

L'annullo e i prodotti filatelici correlati grazie alla disponibilità di Poste Italiane, sarà disponibile fino alla fine di febbraio presso lo storico Spazio Filatelia di Firenze (via Pellicceria, 3, lun-ven 8.20/13.35, sabato 8.20/12.35) e anche presso gli Uffici Postali con sportello filatelico di Genova, Milano, Napoli, Roma, Roma 1, Torino, Trieste, Venezia, Verona e sul sito poste.it

"Un francobollo svolge anche una funzione culturale - ha spiegato il direttore della filiale di Poste Firenze 1, **Pio Violante** -. È un omaggio all'importanza della memoria".

Per l'occasione, grazie alla costanza e alla passione per la filatelia nata in seno all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Carbonia-Iglesias, è stato anche possibile riunire, per la prima volta, l'intera collezione di tutti i francobolli dedicati a Florence Nightingale ed emessi, nel corso degli anni, dai servizi postali mondiali: si tratta di una mostra itinerante, sostenuta dalla FNOPI.



Il momento del primo annullo ufficiale a Firenze

Nel 2021 una moneta celebrativa per dire "Grazie" al personale sanitario

Il 10 dicembre scorso, sulla Gazzetta Ufficiale n.306 è stato pubblicato l'annuncio dell'emissione, per quest'anno, di una moneta da 2 euro in tre milioni di esemplari dedicata ai professionisti in prima linea contro il COVID-19.

La moneta raffigura un uomo e una donna in abbigliamento sanitario, con mascherine, stetoscopio e cartellina medica, rappresentativi dei medici, degli infermieri, dei volontari e di tutto il personale impegnato nella pandemia ancora, purtroppo, in corso.

In alto, la scritta "Grazie", suggellata, a destra, dal profilo di un cuore e a sinistra da una croce rossa.

Dal testo in Gazzetta si legge: *"Il Direttore generale del Tesoro, vagliate tutte le leggi vigenti... Visto il regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio 4 luglio 2012, n. 651, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della UE in data 27 luglio 2012, concernente l'emissione di monete in euro, che stabilisce in numero di due le monete commemorative che possono essere emesse ogni anno (art. 4, paragrafo 1); visto il verbale della riunione del 17 luglio 2020 della Commissione tecnico-artistica dal quale risulta che il programma di emissioni numismatiche, millesimo 2021,*



prevede, tra l'altro, l'emissione di una moneta da 2 euro commemorativa delle 'Professioni Sanitarie'; approva il bozzetto del dritto della suddetta moneta e ritiene l'opportunità di commemorare le professioni sanitarie, mediante l'emissione di una moneta da 2 euro a circolazione ordinaria; e decreta, in attuazione del regolamento (UE) n. 651/2012, l'autorizzazione al conio della moneta..., per un contingente complessivo, in valore nominale, di euro 6.000.000,00, corrispondente a 3.000.000 di monete".

Visto l'elevato numero di esemplari in cantiere, non sarà un evento particolarmente raro, per i cittadini italiani ed europei, ritrovarsi in possesso di una delle nuove monete. Ci sono, però, buone probabilità che, con il passare dei decenni, si trasformino in pezzi da collezione. Proprio a causa della pandemia, d'altronde, il 2020 entrerà di diritto nei libri di Storia, e, con esso, tutte le persone che hanno contribuito a contrastarla.

Anche la Francia, in quest'ottica, ha voluto dedicare 2 euro commemorativi a medici e infermieri dei reparti Covid: a differenza di quelli italiani, però, non sono stati destinati alla circolazione, bensì solo all'interno di blister e cofanetti per gli appassionati.

Campus Bio-Medico: De Marinis prima infermiera alla guida del Centro di Cure palliative

L'Università Campus Bio-Medico di Roma, a Trigoria, ha inaugurato un nuovo Centro di Cure palliative: "Insieme nella cura".

Responsabile, per la prima volta, un'infermiera: la professoressa **Maria Grazia De Marinis**, Ordinario di Scienze infermieristiche all'Università della capitale (la direzione clinica è affidata al dottor **Giuseppe Casale**).

Spetterà a lei garantire la migliore qualità delle cure per i pazienti in fase avanzata di malattia, offrendo al territorio un servizio ispirato ad una visione olistica dell'assistenza.

Il Centro ha 60 posti letto autorizzati dalla Asl Roma2 (12 residenziali e 48 in assistenza domiciliare) ed ha già accolto i primi pazienti, inserendosi nel complesso del Cesa-Centro per

la salute dell'anziano promosso dalla fondazione Alberto Sordi, colmando uno dei bisogni di assistenza di zona. L'obiettivo dell'hospice è: "Mettere al centro quanti abbiano bisogno di un'assistenza per malattie in fase avanzata". Al fianco delle persone, un'équipe di medici e infermieri palliativisti, psicologi, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali e spirituali, e una rete di volontari. A domicilio, il paziente viene seguito giornalmente grazie a un Piano di assistenza individuale. "Questo Centro - spiega Maria Grazia De Marinis - nasce in una Università in cui è attivo da diversi anni un Master di primo e secondo livello proprio sulle Cure palliative, inserendole nei Piani di Studio di medici e infermieri per diffondere la cultura della palliazione, fondamentale per i nostri pazienti".

Istituita la "Giornata del personale sanitario e sociosanitario"



sanitarie - ha detto **Barbara Man-
giacavalli**, presidente della Federa-
zione nazionale degli Ordini delle
Professioni Infermieristiche (FNOPI)
- in prima linea nella lotta alla pan-
demia. Gli infermieri, ad esempio,
rappresentano il 61% delle profes-
sioni sanitarie e hanno pagato un
prezzo altissimo". "Si tratta di un
atto che rende merito ai tanti ope-
ratori sanitari impegnati nella lotta a
COVID-19, molti dei quali hanno an-
che contratto il virus. Molti sono de-
ceduti e mai nessuno, nonostante
tutto, ha abbandonato un solo istan-
te la prima linea". Il provvedimento
è divenuto legge a fine novembre,
con la pubblicazione in Gazzetta Uf-
ficiale, che ha istituito la Giornata

Sarà il 20 febbraio di ogni anno la "Giornata del perso-
nale sanitario e sociosanitario" e, in coordinamento con
gli Ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie, le
associazioni e gli organismi del settore, sarà: *"un momento -
come spiega il testo approvato in Commissione Affari sociali
alla Camera in sede legisla-
tiva - per onorare il lavoro,
l'impegno, la professionalità
e il sacrificio nel corso della
pandemia da Coronavirus
nell'anno 2020"*.

La Commissione, su propo-
sta dei relatori e anche dietro
segnalazione e confronto av-
viato con la FNOPI, ha modi-
ficato il titolo originario, ren-
dendo esplicita l'estensione
e applicazione della ricorrenza
a tutto il personale sanitario
e sociosanitario che durante
questi tristi mesi ha assistito
- e assiste tuttora - i cittadini.
"Un successo per tutte le
professioni sanitarie e socio-

nazionale del personale sanitario e sociosanitario di cui alla
legge 11 gennaio 2018, n. 3, nonchè del personale socio assi-
stenziale e del volontariato, quale momento per onorarne il la-
voro, l'impegno, la professionalità e il sacrificio nel corso della
pandemia di Coronavirus nell'anno 2020.



PNAE, arrivano il nuovo sito istituzionale e il V Congresso sull'Infermieristica pediatrica

Il nuovo sito web per il PNAE (*Pediatric Nursing Associations of Europe*), network delle Associazioni di Infermieristica Pediatrica in Europa, è on line all'indirizzo: <https://pnae.eu/>. La piattaforma di recente realizzazione è stata supportata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) che ha sostenuto la partecipazione al PNAE fin dal 2004, assicurando così una rappresentanza italiana a questa rete europea.

Il PNAE parla italiano anche attraverso il nuovo vice Coordinatore, la collega **Immacolata Dall'Oglio**, in forze all'IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, nominata nel 2019 in Croazia. Una nomina frutto di un costante lavoro in PNAE, che la Dall'Oglio ha condiviso, prima, con **Simona Calza** (Istituto Gaslini-Genova) e poi con **Orsola Gawronski** (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù). PNAE, attraverso l'attività di rete delle Associazioni infermieristiche pediatriche d'Europa, ha lo scopo di assicurare che ai bambini, ai giovani e alle famiglie di tutta Europa sia garantita un'assistenza infermieristica di qualità. Nato nel 2003 in Olanda e, via via, cresciuto in diversi Paesi europei: a oggi, i membri sono 19.

Il nostro Paese ha iniziato la sua partecipazione al PNAE nel 2004: la Federazione IPASVI prima e la FNOPI ora hanno sostenuto attivamente questa partecipazione.

In Italia si sono svolti tre *meeting* PNAE (a Roma, nel 2006 e 2015; e a Napoli nel 2017) e, sempre, sono stati una preziosa occasione di condivisione con i colleghi europei ri-

spetto alla realtà dell'assistenza in Pediatria e le esperienze italiane più innovative.

Fra gli obiettivi PNAE, infatti, c'è quello di incoraggiare la comunicazione tra infermieri pediatrici d'Europa, stimolandone le relazioni per migliorare l'assistenza a tutti i bambini e adolescenti nel mondo, favorendo l'adesione alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, promuovendone e difendendone la salute, il benessere e lo sviluppo.

A causa della pandemia da Coronavirus, il V Congresso PNAE sull'Infermieristica pediatrica è stato rinviato al 21 e 22 maggio 2021, a Tartu, in Estonia, Capitale europea della Cultura 2024. Un appuntamento imperdibile per parlare delle sfide globali e della cura dei bambini, dei giovani e delle famiglie.

Gli argomenti principali dell'evento saranno: assistenza neonatale; salute mentale infermieristica di bambini e giovani; terapia pediatrica critica e intensiva; malattie croniche e bisogni complessi; malattie infettive e dolore nei bimbi; assistenza sanitaria per adolescenti e promozione della salute dei bambini; problemi etici nei bambini e nei giovani; chirurgia dei bambini e le lesioni infantili; nutrizione, cure palliative e di fine vita; ricerca su bambini e giovani; formazione e leadership infermieristica; carriere nell'infanzia e nell'Infermieristica dei giovani.

Il programma finale sarà pubblicato dopo aver esaminato tutti gli *abstract* presentati.

Info: <https://pnae.eu/pnae-congress/>



Studio finanziato dal CECRI si aggiudica premio internazionale

Ad Angela Durante "*The Clinical Article of the Year Award*" assegnato dalla AHA

Il 17 novembre 2020, ad **Angela Durante**, assegnista di Ricerca in Scienze Infermieristiche all'Università Tor Vergata di Roma, è andato il premio "CVSN Clinical Article of the Year Award 2020" indetto dall'*American Heart Association* (AHA) per l'articolo: Durante A, Paturzo M, Mottola A, Alvaro R, Dickson V.V & Vellone E. (2019), "*Caregiver contribution to self-care in patients with heart failure: a qualitative descriptive study*". *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(2), E28-E35.

Il "CVSN Clinical Article of the Year Award", conferito dalla AHA, riconosce l'importanza della produzione scientifica nella promozione degli obiettivi della società e dell'assistenza infermieristica cardiovascolare; incoraggia la diffusione della conoscenze sviluppate dall'Infermieristica cardiovascolare; e plaude agli autori per aver comunicato chiaramente la prospettiva infermieristica nel contesto della ricerca, pratica e teoria in ambito cardiovascolare.

Lo studio della dottoressa Durante, con disegno qualitativo-descrittivo, prevede una *content analysis* secondo Mayring, su interviste condotte a *caregivers* informali di pazienti affetti da scompenso cardiaco. Il suo obiettivo è quello di conoscere il contributo proprio di tal genere di *caregivers* alle attività di *self-care* (auto-cura). Dall'analisi è emerso che, benché questi contribuiscano attivamente al monitoraggio dell'aderenza terapeutica, alle attività di educazione sanitaria, al riconoscimento della sintomatologia, motivando i pazienti all'attività fisica e a seguire le restrizioni alimentari; alcune di

queste attività vengano svolte in maniera scorretta e potenzialmente dannosa. Inoltre, si è evidenziato che i *caregivers* sono sì in grado di riconoscere i sintomi patologia-correlati, ma mancano di autoefficacia nell'affrontare le esacerbazioni.

La professoressa **Rosaria Alvaro**, ordinario di Scienze Infermieristiche e presidente del CdL in Infermieristica e del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università Tor Vergata di Roma, ha commentato con orgoglio il riconoscimento, visto che: "L'AHA è una Società scientifica di grande prestigio e, in genere, premia studiosi americani. L'averlo portato in Italia testimonia l'alto livello che ha raggiunto la ricerca infermieristica in Italia, in particolare del nostro Ateneo, e l'impegno dei 'giovani' ricercatori della cattedra di Scienze Infermieristiche".

Un importante traguardo che è stato possibile raggiungere anche grazie al supporto dei colleghi e il contributo finanziario del Polo della Ricerca del Centro di Eccellenza (**CECRI**) dell'OPI di Roma e della Società Europea di Cardiologia con il *Nurse Training Fellowship Award*.



Ciò a testimonianza di quanto sia ineludibile la collaborazione tra le istituzioni per sviluppare la ricerca di settore.

Lo studio costituisce una parte della linea di ricerca della dottoressa Durante, supervisionata dal professor Vellone, che afferiscono ad altri studi in merito alla popolazione in oggetto, e proseguono tutt'oggi nel percorso di *Post Doctoral Fellowship* presso l'Università di Tor Vergata.

Ercole Vellone "Fellow" della *American Academy of Nursing*

Il 31 ottobre 2020, l'*American Academy of Nursing* ha conferito la nomina a "Fellow" a Ercole Vellone.

Professore associato per il Settore Scientifico Disciplinare MED/45 (Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche) presso il Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione dell'Università Tor Vergata di Roma e, da maggio 2019, *Associate Director dell'International Center for Self Care research* (la sua area principale di ricerca è il *self-care* nei pazienti con scompenso cardiaco e altre malattie croniche ed il contributo dei *caregiver* informali al *self-care* dei pazienti), Vellone è il quinto infermiere italiano a ricevere questo prestigioso riconoscimento, dopo Loredana Sasso, Gennaro Rocco, Alessandro Stievano e Rosaria Alvaro.

L'*Academy* statunitense nasce nel 1973 nell'ambito dell'*America Nursing Association* ed è una delle più autorevoli e potenti organizzazioni degli Stati Uniti. Al servizio del pubblico e della professione infermieristica, agisce mediante la promozione e la divulgazione e la conoscenza del *Nursing*. E, a tale scopo, sviluppa programmi globali per aumentare la conoscenza delle tematiche legate alla salute internazionale da parte dei leader infermieristici.

I "Fellow" sono riconosciuti per la loro carriera e sono identificati tra tutti i professionisti nel mondo del *Nursing* con il più alto livello formativo: l'invito alla *Fellowship* dunque, non è solo il semplice riconoscimento della propria carriera professionale, ma si concretizza nell'ingresso formale in un gruppo e alla sua

"rete" di relazioni internazionali ad altissimo livello, con una forte capacità e possibilità di influenzare le linee politiche dei sistemi sanitari.

La nomina di Ercole Vellone testimonia pure quanto l'Infermieristica italiana stia sempre di più acquisendo una posizione di rilievo nel panorama mondiale, grazie anche alla collaborazione tra istituzioni.

Questo momento così "privato" diviene, perciò, anche una spinta per tutta la famiglia professionale a un impegno e coesione sempre maggiore, per rendere quanto mai visibile il lavoro degli infermieri nazionali e della Disciplina infermieristica.

Il titolo di "Fellow" è stato conferito al professore durante la consueta cerimonia annuale dedicata, anche se, quest'anno, per i problemi legati alla pandemia da Coronavirus, si è svolta on line anziché a Washington.

A Ercole Vellone le congratulazioni di OPI Roma e di tutta la comunità infermieristica del Lazio.



Il prossimo Congresso ICN si terrà in modalità virtuale

In risposta ai problemi e alle limitazioni dovute al COVID-19, il prossimo Congresso ICN non si terrà più in forma fisica ma in modalità on line dal 2 al 4 novembre 2021.

Per questo nuovo *format*, gli organizzatori riuniranno le Associazioni Nazionali di Infermieri e i loro membri in un innovativo Congresso virtuale nel corso dell'anno.

Il tema scelto è: "Infermieristica in tutto il mondo", e, in pratica, il testimone passerà attraverso le diverse regioni, in una serie di eventi interattivi e dal vivo, dando a tutti i membri partecipanti l'opportunità di mostrare la loro esperienza e le eventuali innovazioni apportate alla loro attività professionale nel proprio Paese.

Il programma scientifico prevede plenarie e simposi, oltre di ricevere un numero record di *abstract* che si potranno presentare fino al 4 marzo 2021, con la possibilità di modificare i *paper* già inviati, o mandarne di nuovi.

Per quelli già registrati per ICN2021, si offre la scelta di un rimborso completo o di un trasferimento della registrazione al Congresso Virtuale, con il rimborso della differenza. La registrazione al Congresso aprirà all'inizio del 2021. **Info:** events@icn.ch



World Health Summit

I principali temi discussi nella conferenza virtuale

Tra il 25 e il 27 ottobre 2020, si è svolto il World Health Summit.

In modalità on line per la normativa vigente in materia di sicurezza al tempo del Coronavirus, si tratta di uno dei più grandi convegni annuali, a livello mondiale, che riunisce le maggiori organizzazioni internazionali nel campo della salute a cominciare dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS).

Tale evento, di fondamentale importanza per la pianificazione di politiche di salute globale per tutti i Paesi del mondo, è stato sponsorizzato e aperto, tra gli altri, da: **Angela Merkel**, Cancelliera della Repubblica Federale di Germania, **Emmanuel Macron**, Presidente della Repubblica Francese, **Ursula von der Leyen**, Presidente della Commissione Europea e **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, Direttore Generale dell'OMS.

In estrema sintesi, l'evento ha promosso un approccio guidato dall'*Evidence-based Science* nello sviluppo della salute globale e nel raggiungimento dei 17 *Sustainable Development Goals* promossi dalle Nazioni Unite.

L'approccio del Congresso è stato prettamente interdisciplinare, ma specifiche sessioni dedicate al *Nursing*, in questo che è stato proclamato "L'anno ufficiale dell'Infermieristica e dell'Obstetricia", sono state portate a termine con successo.



Tra di esse, sicuramente la sessione "*Nursing in the time of COVID-19*", nella quale si è discusso del ruolo degli infermieri durante la pandemia da COVID-19, che ha registrato anche la presenza di **Elisabeth Iro**, Chief Nursing Officer dell'Organizzazione Mondiale della sanità, e di **Annette Kennedy**, Presidente dell'International Council of Nurses.

Rispetto a quelli della salute globale, tra i vari temi trattati nell'importante consesso (che ha riunito più di 600 scienziati da tutto il mondo) possiamo annoverare:

- l'accesso alle medicine essenziali;
- i *Big data*;
- la ricerca biomedica;
- la salute e il cambiamento climatico;
- l'innovazione digitale;
- i farmaci e i vaccini;
- la medicina evolutiva;
- il Piano globale per assicurare vite in salute e il benessere per tutti;
- la sicurezza nella salute globale;
- la salute come elemento fondamentale per la politica;
- il rafforzamento dei sistemi sanitari;
- la giusta preparazione per le pandemie;
- la sicurezza dei pazienti;
- gli obiettivi sostenibili di salute (SDGs);
- la scienza traslazionale;
- la copertura sanitaria universale.



Modelli organizzativi e *performance* Innovazione e Management in Sanità

Negli ultimi anni, molte innovazioni hanno riguardato i lavoratori della Sanità e, in particolare, gli infermieri, che rappresentano circa il 40% dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale: sono, cioè, i professionisti più numerosi del Ssn. Queste innovazioni hanno avuto un impatto sull'organizzazione e, di riflesso, sui servizi sanitari erogati.

Il volume raccoglie i contributi di un gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità, coordinato da Milena Vainieri, includendo le esperienze più innovative sul tema, su scala nazionale (infatti, sono presentati alcuni casi-studio sulle politiche di gestione del personale, attraverso l'esperienza della Regione Veneto).

Così, partendo dai risultati di una ricerca quali/quantitativa condotta in Toscana, questo libro propone alcune riflessioni sui modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica e le loro relazioni con la percezione degli utenti e dei professionisti stessi.

Inoltre, segnala un sistema di indicatori di *performance* che, in una prospettiva interaziendale, potrebbe fornire informazioni utili per orientare e valutare il comportamento del personale infermieristico.

Diviso in tre parti ("Modelli organizzativi e strategie regionali"; "La misurazione della performance"; "Le sfide dell'innovazione e dell'invecchiamento"), questo testo investiga il vissuto di quelli che, specie in periodi storici come questo, si possono tranquillamente definire un *asset* strategico per il proprio Paese, visto che divengono "la condizione essenziale" per rispondere alle sfide sanitarie (come le pandemie) che impattano notevolmente sulle società.

Gli infermieri, professionisti formati e dal "sapere complesso", sono chiamati, oggi, a rispondere di una professione per cui l'organizzazione è un tema cruciale, soprattutto per la programmazione e allocazione delle risorse.

Le scelte in termini organizzativi, infatti, impattano di gran lunga sulla soddisfazione del personale, che, a sua volta, garantisce una percezione positiva dell'esperienza nosocomiale e della qualità dei servizi da parte dell'utenza.

La prima parte illustra le principali caratteristiche dei model-



li organizzativo-teorici per l'assistenza infermieristica presenti in letteratura, mostrando poi come siano stati declinati nella realtà.

Nella seconda, invece, vengono raggruppati alcuni contributi, prodotti in un anno, in collaborazione con i direttori dei Dipartimenti infermieristici toscani, identificando le misure di *performance* in cui gli infermieri possono riconoscersi.

La terza e ultima parte, poi, affronta alcune sfide dei Sistemi Sanitari per mezzo di alcuni casi-studio relativi all'innovazione organizzativa, alle tecnologie e all'invecchiamento medio del personale.

Il libro, intrecciando aspetti teorici e realtà fattuale, consente delle chiavi di lettura e diversi spunti, utili tanto ai professionisti

quanto al Management sanitario, in special modo nell'occasione quotidiana di doversi rapportare con i pazienti e un contesto organizzativo che dovrebbe consentirgli di svolgere il loro lavoro nel miglior modo possibile.

Una Sanità capace, per essere "fattore unificante e solidale", deve parlare un linguaggio comune e costruire un sapere condiviso fra i diversi protagonisti dei Sistemi Sanitari nazionali.

Il testo fa parte della collana "Innovazione e Management in Sanità" del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e della Regione toscana, diretta da Sabina Nuti e Marco Frey.

Milena Vainieri, Chiara Barchielli, Nicola Bellé
**Modelli organizzativi e performance
dell'assistenza infermieristica**
Il Mulino, 2020 (328 pagg, 24 Euro)

Infermieristica Pediatrica: ecco un manuale di facile consultazione

Oggi più che mai, la nostra professione presenta mille problematiche: quante volte ci siamo chiesti cosa fare per agire al meglio?

Probabilmente, non esiste una condotta univoca capace di soddisfare le esigenze di ogni singolo individuo. Ma è utile e necessaria, perciò, una guida che supporti il personale infermieristico durante le attività assistenziali quotidiane.

"Guida pratica alle principali tecniche infermieristiche pediatriche" è stato realizzato utilizzando le linee guida più recenti in materia e vuole essere un manuale, rivolto sia agli studenti che agli infermieri più esperti, per erogare un'assistenza efficace, efficiente e sicura.

In estrema sintesi, è un prontuario di facile consultazione per ricordare perfettamente cosa fare e come fare nelle situazioni cliniche più diversificate. Nella convinzione che, sebbene sia dedicato all'assistenza dei bambini, non sfuggerà ai lettori che molti dei principi enunciati risultino assai utili anche nella cura dell'adulto e dell'anziano.

Il testo comincia con un'agile trattazione sui disinfettanti.

La continua attenzione all'igiene delle mani, al lavaggio antisettico, all'uso dei guanti, descrivono procedure in sicurezza e per la sicurezza del paziente.

La sterilizzazione e i disinfettanti, infatti, rappresentano l'eterna lotta contro i microrganismi e gli strumenti per delimitare - ed indicare - precisamente il confine fra una Sanità che conosce i principi dell'Igiene e quanti pensano che ormai esistano solo patologie cronico-degenerative.

Le nozioni alla base dell'Infermieristica sono imprescindibili e insostituibili, e non vanno mai date per scontate.

Qui, le autrici indicano chiaramente la necessità di presentare schede chiare (ognuna delle quali è incentrata su singole procedure): sono proprio queste, assieme alle faccine colorate sorridenti, a rappresentare il *fil rouge* dell'intero volume.

Con ciò s'intende anche sottolineare l'importanza della valutazione del dolore nel bambino attraverso la raffigurazione della scala Wong-Baker per ricordarci che *"il dolore che abbiamo sofferto in passato ha molto a che fare con ciò che siamo oggi"*.

Pensiamo alla pandemia da COVID-19 che stiamo ancora com-



battendo: chi non vorrebbe trovare le risposte che cerca per essere al sicuro e fare la cosa giusta per aiutare il paziente? Bene: le raccomandazioni fornite in questo libro sono utili, semplici, chiare e si possono mettere in pratica subito.

Degni di nota i capitoli sulle Procedure infermieristiche pediatriche intermedie e su quelle avanzate, in cui, oltre a mostrare padronanza dell'argomento, al contempo, si forniscono al lettore proprio le indicazioni per "fare bene", e in maniera certamente non didascalica.

Per chi pensa di sapere tutto sulle iniezioni intramuscolari, osservi attentamente le dettagliate procedure descritte nel capitolo 2 e, per conoscere meglio il Jarvik Heart (sull'assistenza ventricolare mecca-

nica), basta cercarlo nel Capitolo 3.

Gli accessi venosi periferici, quelli vascolari sono senza alcun dubbio fra le principali criticità nell'assistenza ai bambini: le autrici, anche grazie all'ausilio di un'iconografia precisa, sanno spiegare l'argomento.

Va da sé che, in tale contesto metodologico, l'importanza del consenso informato non sia trascurabile: la privacy, infatti, è al centro di imprescindibili concetti di Medicina legale dei giorni nostri. Infine, godibile anche il capitolo sulla Diluizione e somministrazione di alcuni farmaci, che spesso rappresentano una delle modalità più facilmente prone ad errori nell'assistenza sanitaria. Errori nella ricostituzione del farmaco e nella velocità di infusione sono al centro di ogni forma di assistenza: quanto sono rilevanti queste procedure, specie nella cura dei più piccoli?

Carlotta Marcaccio, Ernesta Lucani

Guida pratica alle principali tecniche infermieristiche pediatriche

SEU-Società Editrice Universo (202 pagg, 30 Euro)

Obbligatorietà della PEC per tutti gli iscritti agli Ordini professionali

Le conseguenze per la mancata attivazione e comunicazione dell'indirizzo al proprio Ordine di appartenenza

A seguito delle numerose richieste di chiarimenti pervenute presso l'OPI di Roma, con il presente articolo si cercherà di spiegare che cosa vuol dire essere titolari di un indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC), quali sono i suoi possibili utilizzi e, soprattutto, perché è necessario controllare quotidianamente la propria casella di PEC.

Abbiamo già spiegato in un precedente articolo che **la PEC permette di inviare e-mail con valore legale**, equiparabili, a tutti gli effetti, ad una raccomandata con ricevuta di ritorno, con attestazione dell'orario esatto di avvenuta spedizione al destinatario.

Allo stesso modo di chi invia una raccomandata con ricevuta di ritorno, il mittente di un messaggio di posta elettronica certificata ha la possibilità di attestare la data dell'invio della comunicazione e di sapere se il suo messaggio è stato ricevuto.

Affinché l'e-mail inviata possa avere lo stesso valore di una raccomandata a/r è necessario che la stessa sia inviata da un indirizzo PEC ad un altro indirizzo PEC.

In altre parole, sia il mittente che il destinatario della comunicazione devono essere titolari di un indirizzo di Posta Elettronica Certificata.

Come avrete senz'altro avuto modo di appurare, subito dopo l'invio di una PEC ad un altro indirizzo PEC, il sistema vi invia automaticamente due comunicazioni: la prima, quella di *avvenuta accettazione*, attesta che la vostra e-mail è stata ricevuta dal sistema; la seconda, quella di *avvenuta consegna*, attesta che è stata ricevuta dal destinatario.

Se, invece, inviate una e-mail da un indirizzo PEC ad un indirizzo di posta ordinaria, vi arriverà solamente l'e-mail di avvenuta accettazione, ma non anche quella di avvenuta consegna.

In conseguenza di ciò, in quest'ultimo caso, potrà essere fornita la prova dell'avvenuta spedizione della comunicazione via e-mail, ma non anche quella di avvenuta consegna ergo di ricezione della e-mail da parte del destinatario.

Ciò chiarito, **la legge ha introdotto l'obbligo, per tutti i professionisti iscritti in Albi, di comunicare ai rispettivi Ordini**

o Collegi il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata.

Per legge, gli Ordini e i Collegi, a loro volta, sono tenuti a pubblicare in un elenco (consultabile in via telematica) i dati identificativi degli iscritti, con il relativo indirizzo di PEC.

Ne consegue, quindi, che il professionista non solo è tenuto a dotarsi di un indirizzo di Posta Certificata, ma è obbligato, per legge, a comunicare il predetto indirizzo al proprio Ordine professionale di appartenenza affinché, quest'ultimo, a sua volta possa pubblicare l'indirizzo PEC del proprio iscritto in un elenco pubblico, accessibile da tutti.

Al riguardo, l'ultimo intervento del legislatore in materia si è avuto con **l'art. 37 del decreto legge del 16 luglio 2020 n. 76** (c.d. decreto semplificazioni), convertito nella **legge n. 120 dell'11 settembre 2020** che ha introdotto delle specifiche sanzioni anche nei confronti dei professionisti per l'ipotesi di omessa comunicazione del proprio domicilio digitale.

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

Quindi, tutti i professionisti iscritti ad un Ordine professionale devono:

dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata (c.d. domicilio digitale);

comunicare il proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata all'Ordine di appartenenza che, a sua volta, sarà tenuto a pubblicarlo in un elenco consultabile pubblicamente.

La violazione dei predetti obblighi comporta che l'Ordine dovrà diffidare il proprio iscritto, concedendo al professionista **un termine massimo di 30 giorni** per provvedere ad **attivare** il proprio indirizzo di posta certificata e a **comunicare** la propria PEC all'Ordine.

Decorso inutilmente tale termine di 30 giorni, l'Ordine dovrà comminare la **sanzione della sospensione** del professionista dal relativo albo fino all'avvenuta comunicazione del domicilio digitale.

In conclusione, quindi, quello che occorre evidenziare è che il professionista iscritto ad un albo professionale non solo è obbligato ad attivare un proprio indirizzo di Posta Elettronica Certificata, ma è tenuto altresì a comunicarlo al proprio Ordine, pena la sospensione dall'albo professionale fino a quando non adempie all'obbligo su di lui gravante.

Abbiamo chiarito che gli indirizzi di Posta Elettronica dei professionisti iscritti ad un albo professionale sono pubblicati in un apposito elenco accessibile dall'esterno. Ne consegue, quindi, che ciascuna Pubblica Amministrazione o soggetto privato che ha la necessità di comunicare e/o notificare un provvedimento ad un professionista può farlo tramite Posta Elettronica Certificata.

Così, ad esempio, un avvocato, dal proprio indirizzo di PEC, può notificare un atto giudiziario ad un soggetto privato, titolare, a sua volta, di un indirizzo di Posta Certificata, anziché inviargli l'atto tramite raccomandata a/r. E ancora: una Pubblica Amministrazione può notificare, tramite Posta Certificata un avviso di pagamento, una cartella esattoriale, una sanzione amministrativa etc.

Da qui, quindi, l'importanza di **controllare quotidianamente** la propria **Posta Certificata**, una volta che è stata attivata e pubblicata sui registri pubblici (INI-PEC).

L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata rappresenta, infatti, il



OPI ROMA OFFRE GRATUITAMENTE LA CASELLA PEC AI PROPRI ISCRITTI

L'OBLIGO DI DOTARSI DI UNA CASELLA CERTIFICATA È STABILITO IN BASE AL D.L. 185/2008 TRASFORMATO IN LEGGE N. 2/2009 (ART. 16 DAL COMMA 5 AL 10)

domicilio digitale e può essere utilizzata - lo si ribadisce - sia dai soggetti pubblici che privati per spedire comunicazioni, notificare atti giudiziari o avvisi di pagamento.

Da ultimo, si rappresenta che **l'OPI di Roma offre ai propri iscritti la possibilità di aprire gratuitamente una PEC con il dominio @pec.opi.roma.it.**

Avv. Barbara Pisa

