INFERMIERE

OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

Periodico d'informazione Anno XXXI n. 2 - Agosto 2020

PRIMA DELL'EMERGENZA COVID-19

1 Editoriale del Presidente

2 NOTIZIE DALL'ORDINE

3 L'infermiere di famiglia/ comunità

DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

1 FNOPI un manifesto deontologico degli infermieri per il tempo che stiamo vivendo

2 PRIME RACCOMANDAZIONI ANIARTI per gestione COVID-19 in T.I.

3 RACCOMANDAZIONI ISS e bibliografia selezionata

4 L'OPI incontra davanti ad un aperitivo gli Infermieri delle aree COVID

INFERMIERE
OPI Ferrara
Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
Ordine Professioni Infermieristiche

Periodico dell'OPI di Ferrara - anno XXXI n. 2 - agosto 2020
Direzione, Redazione, Amministrazione: via del Naviglio 33/a - Ferrara
Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it
Stampa: Cartografica Artigiana - via Béla Bartòk 20/22 - 44124 Ferrara
Rivista chiusa in tipografia a agosto 2020.
Poste Italiane S.p.A. - spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003
(conv. in L. 27/02 /2004 n. 46) Art. 1, comma 2, DCB Ferrara

Direttore Responsabile
Sandro Arnofi

Capo Redattore
Loredana Gamberoni

Comitato di Redazione
Andrea Menegatti
Valentina Michelini
Melissa Teodorini
Simone Vincenzi

Editore
OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

Note redazionali

La rivista pubblica articoli inediti di interesse infermieristico, previa approvazione del Comitato di Redazione. L'articolo è sotto la responsabilità dell'Autore/i, che devono dichiarare: nome, cognome, qualifica professionale, ente di appartenenza, recapito postale e telefonico. Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e del Consiglio Direttivo. Quando il contenuto esprime o può coinvolgere la responsabilità di un Ente o quando gli Autori parlano a loro nome, dovrà essere fornita anche l'autorizzazione dei rispettivi responsabili. Il testo deve essere il più conciso possibile, compatibilmente con la chiarezza di esposizione. Le bozze verranno corrette in redazione. I lavori non pubblicati non verranno restituiti. Le citazioni bibliografiche devono essere strettamente pertinenti e riferirsi a tutti gli Autori citati nel testo. Le citazioni da periodici devono comprendere: il cognome e l'iniziale del nome dell'Autore o dei primi due Autori, nel caso di più di due Autori, verrà indicato il nome del primo, seguito da "et al" il titolo originale dell'articolo, il titolo del periodico; l'anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero della pagina iniziale. Le citazioni di libri comprendono: il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del libro (eventualmente il numero del volume e della pagina, se la citazione si riferisce ad un passo particolare), l'editore, il luogo e l'anno di pubblicazione. Gli Autori che desiderano la riserva di un certo numero di copie del numero contenente il loro articolo, devono farne richiesta esplicita al momento dell'invio del testo.
Tutto il materiale deve essere spedito o recapitato all'OPI di Ferrara, Via Naviglio 33/A - 44123 Ferrara

SOMMARIO

EDITORIALE

Presidente OPI Ferrara
Sandro Arnofi **pag. 1**

"HIGHLIGHTS" in PRIMO PIANO DALL'ORDINE

Prima parte della Rivista:
PRIMA DELL'EMERGENZA COVID-19
Nota *a cura del Comitato di Redazione* **pag. 2**

AREA FORMATIVA

L'infermiere di famiglia e di comunità pag. 3
Verso nuove competenze specialistiche nella realtà di Pronto Soccorso pag. 8

EVIDENCE BASED PRACTICE

Le competenze core per tutti i professionisti sanitari pag. 17

"HIGHLIGHTS" in PRIMO PIANO DALL'ORDINE

Seconda parte della Rivista:
DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

L'OPI di Ferrara ha istituito lo speciale:
"Gli infermieri si raccontano, davanti ad uno SPRITZ" pag. 28

IN TEMPO DI COVID-19

Un manifesto deontologico degli Infermieri per il tempo che stiamo vivendo pag. 34

Prime raccomandazioni ANIATRI per gestione COVID-19 in Area critica pag. 36

Raccomandazioni ISS per le persone in isolamento domiciliare e i loro familiari pag. 39

Alcune tra le più importanti iniziative di FNOPI a sostegno degli Infermieri pag. 40

Sitografia - Istituto superiore di Sanità Epicentro pag. 44

EDITORIALE

La vita cambia in fretta, in un istante. Una sera ti metti a tavola e la vita che conoscevi è finita" come disse Joan Didion *"L'anno del pensiero magico"*[1].
Negli ultimi 3 mesi la vita ci è stata sconvolta per davvero ed è inutile darsi una scadenza temporale per il ritorno alla normalità; di sicuro, non sarà a breve.
La spiazzante velocità con cui sono cambiate le nostre vite compromette la nostra capacità di accettare che l'uscita da questa crisi non sarà rapida da quanto è stato il suo ingresso. Uno scenario che soltanto l'anno scorso si era visto solo nei film.
Code ai supermercati, non poterci dare la mano, la polizia per le strade a controllare chi esce di casa, le scuole chiuse, le salme sui camion dell'esercito, le rivolte nelle carceri, i treni che non partivano, l'impossibilità di vedere i propri cari, i giorni tutti uguali.
Ed oggi ancora tanta incertezza e regole necessarie e fondamentali da osservare consapevolmente e responsabilmente.
In questi mesi di emergenza noi infermieri abbiamo sostenuto un impegno incredibilmente intenso e senza precedenti. Abbiamo fatto fronte al senso di impotenza, all'angoscia, alla paura ed alla sofferenza dei nostri pazienti ed anche alle nostre e a quelle dei nostri familiari.Abbiamo sostenuto la condizione di isolamento dei pazienti diventando talvolta l'unico tramite tra loro e i loro famigliari.
Abbiamo lavorato spesso in condizioni difficili e in situazioni che cambiavano rapidamente sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato il 2020 l'anno internazionale degli infermieri. Una decisione sapiente ma anche un presagio.
La pandemia da Covid-19 ha svelato a tutti la straordinaria rilevanza del lavoro degli infermieri, ne ha mostrato il valore, la competenza esclusiva, la capacità di lottare fino a consumare tutte le proprie forze, ne ha sentito ed apprezzato il bisogno, la presenza.
La pandemia ci ha aperto gli occhi sulla assoluta necessità di aumentare gli investimenti sulla componente infermieristica, avere il numero di infermieri che servono per fare assistenza e per cambiare rotta e strutturare modelli organizzativi moderni e migliorare complessivamente la rete dell'assistenza deve diventare un serio

Il Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara
Sandro Arnofi

impegno della politica e della società.
L'emergenza ha chiesto e ci chiede di progettare cambiamenti sostanziali, non solo di facciata, ma di paradgma.
Ha confermato che la sanità non è possibile senza infermieri e ci ha insegnato che le pandemie non sono solo un'ipotesi lontane ma realtà e che possono ripetersi ed è per questo che i sistemi non solo sanitari si devono preparare. Questa terribile ondata epidemica ci ha svelato l'importanza della sanità territoriale. Avere solo grandi ospedali ipertecnologici serve fino ad un certo punto, ma se manca la sanità di prossimità manca l'assistenza ai più deboli e fragili, manca la prevenzione che nella pandemia avrebbe ridotto il numero dei morti, aver depauperato i dipartimenti di prevenzione ci ha fatto perdere tempo prezioso per fare le uniche due delle tre attività possibili nei primi momenti della pandemia e cioè "testare, tracciare" i contagiati per poi trattare a domicilio o in ospedale in relazione alla gravità del quadro clinico.
Non va solo potenziato il servizio sanitario esistente, va rivisto in un'ottica di vera integrazione tra ospedale e territorio, creando quella assistenza di prossimità tanto sbandierata ma ancora non pienamente attuata.
Occorre cambiare paradigmi di riferimento nella sanità territoriale, e ricredersi nel pensare alle mega azienda che tutto inglobano perché le piccole realtà hanno dimostrato più flessibilità e capacità di adattamento.
Potenziare quindi le attività esistenti e crearne di nuove è la soluzione. La sanità territoriale, anche alla luce di questa emergenza sanitaria, deve essere maggiormente finanziata e mantenuta a livelli di efficienza elevati, così come è da ripensare completamente il sistema socio sanitario in quanto il maggior numero di decessi si è avuto nelle RSA, come certificato dall'ISS (Istituto superiore di sanità) che nel documento del 3 Giugno 2020 ha evidenziato nelle RSA appunto i luoghi di maggior esposizione, infatti, il 45,5% dei casi hanno contratto la malattia in una residenza sanitaria assistenziale o una comunità per disabili, il 24,2% dei casi si sono contagiati in ambito familiare, mentre il 6,5% si sono contagiati in ospedale o in ambulatorio.
Il trattamento terapeutico a domicilio e il monitoraggio effettuato dai presidi territoriali consente di ridurre il sovraffollamento dei reparti ospedalieri d'emergenza, di prevenire le complicanze della malattia, di salvare vite e di affrontare meglio anche la pandemia.
Nei vari e numerosi decreti che nel frattempo sono stati emanati si va affermando la necessità dell'infermiere di famiglia/di comunità come una risorsa da attivare sul territorio nazionale, ne dobbiamo seguire passo passo la sua attuazione affinchè i modelli attuati colgano il vero spirito della funzione infermieristica di comunità e non siano solo progetti di facciata.
È un impegno che vede l'Ordine in prima fila all'interno del coordinamento regionale per poter essere presente nei tavoli dove la decisone politica diventa sistema organizzativo

I complimenti sinceri e la riconoscenza della popolazione ci hanno inorgoglito, l'attenzione dei media, le gare di solidarietà dei cittadini, dei negozianti, dei commercianti, dei ristoratori, degli albergatori, ci hanno profondamente commosso ma non ci può bastare.
Ora occorre riconoscere veramente nelle funzioni assegnate, nei modelli organizzativi del lavoro, nella contrattazione per il riconoscimento economico del lavoro, perché il valore di una professione passa anche dalla valorizzazione economica del suo contributo alla salute della collettività.
Non servono eroi, non siamo eroi.
Noi siamo quelli di ieri, proprio gli stessi infermieri e siamo contagiati da buone idee.
All'impegno e al cuore degli infermieri, un caloroso **GRAZIE**.

1 Joan Didion *"L'anno del pensiero magico"* trad. di Vincenzo Mantovani,Il Saggiatore, Milano 2008.

PRIMA SEZIONE

NOTA A CURA DEL COMITATO DI REDAZIONE

CARISSIME/I COLLEGHE E COLLEGHI,

Abbiamo deciso di dividere al Rivista in due sezioni la prima parte contiene articoli che rappresentano la realtà prima dell'emergenza coronavirus anche se in realtà sono attinenti al momento in quanto parliamo dell'infermiere di famiglia diventata "un obbligo"oltre che normativo anche clinico assistenziale.

La seconda parte è una sezione dedicata al momento attuale, chiamato senza troppa fantasia "Emergenza Coronavirus".

Per fortuna che pensavamo che le malattie infettive facessero parte della storia dell'assistenza!!!!

Nella seconda sezione abbiamo fatto la scelta di non inserire l'epidemiologia e la clinica della pandemia, che sarà stata , al momento di pubblicazione della rivista, sicuramente oggetto di aggiornamento da parte di ciascuno di voi.

Le informazioni scientifiche in materia cambiano di ora in ora, sono sempre in progress e quindi abbiamo preferito una selezione di **articoli di FNOPI** sulla deontologia e precisamente la declinazione del Nostro Codice Deontologico in questa situazione per tutti noi,avere un indirizzo deontologico sicuramente aiuta e aiuterà i professionisti a dare come sempre il meglio della propria professionalità. Di seguito abbiamo inserito le iniziative più significative di FNOPI a supporto e tutela dei colleghi e dei loro familiari.

Rimandiamo al sito di FNOPI per tutte le iniziative in continua evoluzione sia di tipo formativo che a supporto dei colleghi impegnati in COVID.

Invitiamo infine i colleghi che hanno esperienze significative da condividere su questo tema di mandare alla redazione le loro narrazioni, che verranno selezionate per il prossimo numero della rivista.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ (1 PARTE)

A cura di Loredana Gamberoni

PREMESSA

Il Patto per la Salute 2019-2021 approvato il 18 dicembre 2019 individua e prevede tra i modelli di risposta al problema "cronicità" che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta,agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia "l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone". E aggiunge anche la necessità della "valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzata alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multimorbilità". Questa è un'opportunità fornita alla collettività prima di tutto per rispondere al bisogno sociale di "prendersi cura" delle persone fragili, con patologie croniche e supportare i loro familiari o care giver ed una scommessa per la professione per dimostrare la sua "necessità sociale "nell'ambito dell'assistenza primaria con ruolo diverso da quello previsto ed agito finora.
Con questo articolo si vuole contestualizzare questa funzione specialistica infermieristica e le sue origini che datano alla fine del secolo scorso.

UN PO DI STORIA, UNA FUNZIONE CHE VIEN DA LONTANO……

Nel 2000 l'OMS con il progetto *"Salute 21" parlò di infermiere di famiglia* "The family health nurse-Context, frame work and curriculum. DOC EUR/00/5019309/ Ufficio regionale OMS per l'Europa - Copenaghen, 2000 e così definiva l'infermiere di famiglia quale operatore necessario per i bisogni emergenti della popolazione europea *(traduzione italiana a cura di Cespi, Torino)*.

DEFINIZIONE DEL RUOLO DI INFERMIERE DI FAMIGLIA

"L'infermiere di famiglia" aiuterà gli individuai ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte dle suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e delle loro famiglie.
Tali infermieri danno consigli riguardo gli stili di vita ed i fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere.
Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali e delle altre agenzie sociali, sono in grado di identificare gli effetti dei fattori socio eocnomici sulla salute della famiglia e di indirizzarla alle strutture più adatte. Possono facilitare dimisisoni precoci dagli ospedali fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agire da tramite tra la famiglia ed il medico di base, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni dientificati siano di carattere prevalentemente infermieristico.
Questo ruolo poliedrico garantisce all'infermiere di famiglia di contribuire in modo significativo al raggiungimento di 20 dei 21 obiettivi di STP(salute per tutti). L'unica eccezione riguarda l'obiettivo 17 che è appannaggio esclusivo dei governi.
Il consigliere regionale per l'infermieristica e l'ostetricia della Regione europea per l'OMS, parlando al forum delle Associazioni Nazionali Infermieristiche ed Ostetriche, vedeva l'infermiere di famiglia come avente un ruolo durante tutto il continuum assistenziale, compresa la promozione della salute,la prevenzione delle malattie, la riabilitazione e l'assistenza ai malati e ai morenti. Anche se il titolo di "infermiere di famiglia" fa supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto i membri delle famiglie così come comunemente intese, in effetti il ruolo è molto ampio,comprendendo anche tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri in una casa, sia che si tratti di persone senza dimora e/o in qualche modo emarginate, nonché la comunità stessa. L'infermiere di famiglia giocherà inoltre un ruolo importante nel potenziamento delle comunità e nel lavoro congiunto con queste per incrementarne le risorse ed i potenziali e perché queste riescano a trovare soluzioni ai loro problemi (fig. 1). La salute 21 puntualizza "la famiglia(ambiente domestico) è l'unità base della società dove chi si occupa dell'assistenza è in grado non soltanto di indirizzare le lamentele fisiche somatiche, ma anche di tenere nel dovuto conto gli aspetti psicologici e sociali delle loro condizioni. Per chi offre assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti:la casa, la famiglia, il lavoro, l'ambiente fisico e sociale possono avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se gli operatori non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono essere interpretati in maniera non corretta ed i problemi non riconosciuti non venire trattati. Ne possono risultare procedure di diagnosi e cura non necessarie che aumentano i costi senza contribuire ad indirizzare i problemi reali. È previsto che l'infermiere di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "Famiglie".

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA – UN CONCETTO NUOVO?

Il ruolo e le funzioni dell'infermiere di famiglia come sopradescritti contengono elementi

che fanno già parte del ruolo di diversi tipi di infermiere di comunità che lavorano in ambiti di assistenza primaria in tutta la Regione Europea. Un recente sondaggio condotto dal programma di infermieristica ed ostetricia dell'OMS ha rilevato l'attività di diversi modelli di infermieristica di comunità. Sia i ruoli che i titoli differivano e lo stesso titolo di "infermiere di salute pubblica", ad esempio, descriveva ruoli molto diversi in Paesi diversi. Ciò che è nuovo nel concetto di infermiere di famiglia descritto in SALUTE 21 è la particolare combinazione dei vari elementi, il particolare interesse verso le famiglie e la casa come ambiente "in cui i membri della famiglia possono farsi carico insieme dei problemi di salute e creare il concetto di "famiglia sana".
La posizione ed il ruolo del nuovo infermiere di famiglia possono essere raffigurati come nella fig. 2 sotto "l'ombrello" della salute pubblica e dell'assistenza primaria e nel contesto del settore sanitario integrato descritto dall'obiettivo 15 di SALUTE 21 "entro l'anno 2000, la popolazione della Regione dovrà avere un miglior accesso all'assistenza primaria orientata sulla famiglia e sulla comunità,sostenuta da un sistema ospedaliero flessibile e responsabile".

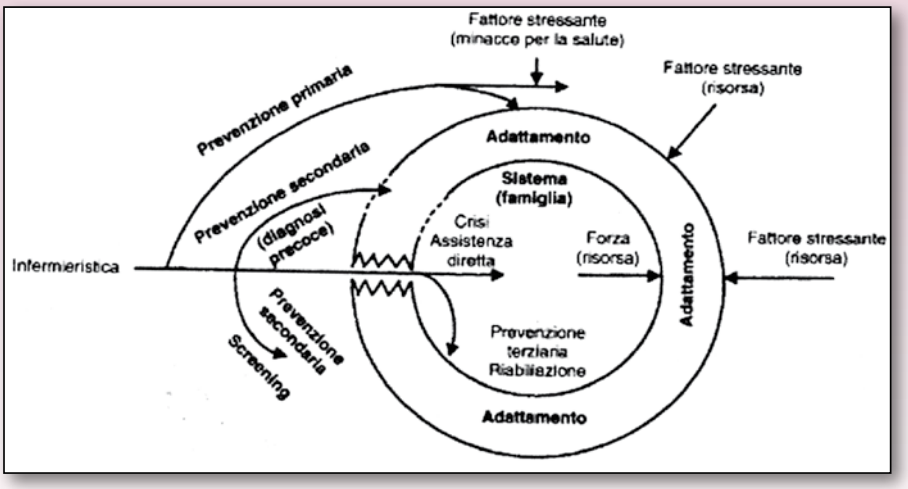


Fig.1 infermieristica di famiglia. Aiutare la famiglia a mantenere la salute e adattarsi alle minacce per la salute

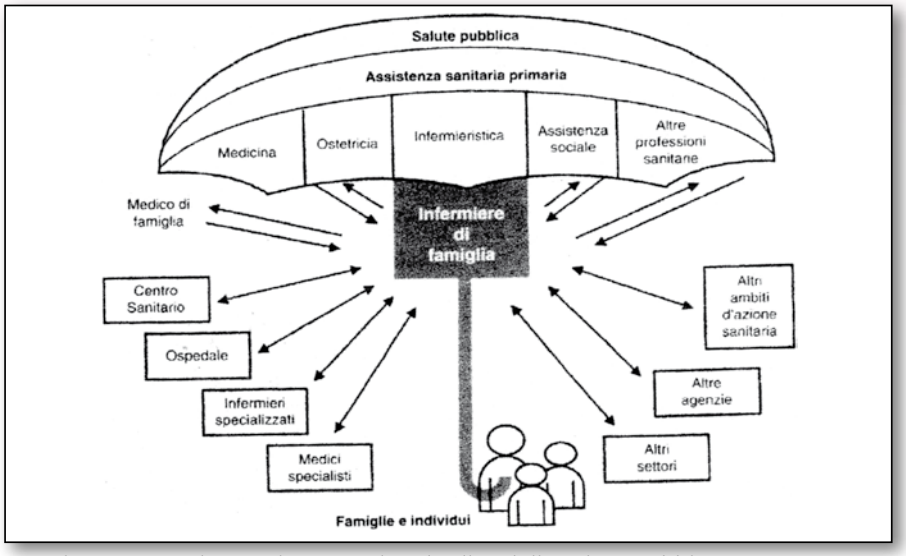


Fig 2 l'infermiere di famiglia sotto "l'ombrello" della salute pubblica e dell'assistenza primaria.

CURRICULUM EUROPEO PER L'INFERMIERE DI FAMIGLIA: IL PROGETTO DELLA COMMISSIONE UE "ENHANCE"

Più recentemente l'Europa ha avviato il progetto, sviluppato nell'ambito di Erasmus +, che fa parte della strategia europea che considera l'infermiere leader dell'assistenza nel XXI secolo, come lo ha definito la campagna "Nursing Now" di OMS – ICN e CNAI Italia e che ha come obiettivo definire il percorso formativo utile a implementare le competenze per l'infermiere di famiglia e di comunità. Nel riquadro brevemente i punti salienti del documento.
Tutto questo per evidenziare come la necessità di una funzione specialistica di questo tipo sia da più parti sostenuta quale modello di risposta ai mutamenti epidemiologici e demografici della popolazione eu-

L'infermiere di famiglia è ormai una priorità a livello UE e l'Unione europea ha finanziato con un milione di euro il progetto "European Curriculum For Familiy and Community Nurse – Enhance". Obiettivo: definire il percorso formativo utile a implementare le competenze per l'infermiere di famiglia e di comunità.
Il progetto, sviluppato nell'ambito di Erasmus+, fa parte della strategia europea che considera l'infermiere leader dell'assistenza nel XXI secolo, come lo ha definito anche la campagna "Nursing Now" avviata da Oms, Icn, International Council of Nurses, e ovviamente CNAI.

Enhance è un progetto Sector skills alliances, cioè progetti transnazionali, pensati dall'Unione europea per l'individuazione delle esigenze di competenze esistenti ed emergenti per le professioni in settori specifici, per rafforzare lo scambio di conoscenze e pratiche tra istituti di istruzione e formazione e mercato del lavoro, per adattare la prestazione alle esigenze delle varie competenze, per integrare l'apprendimento basato sul lavoro sfruttando il suo potenziale per guidare lo sviluppo economico e l'innovazione, aumentando la competitività dei settori interessati, costruire la fiducia reciproca,

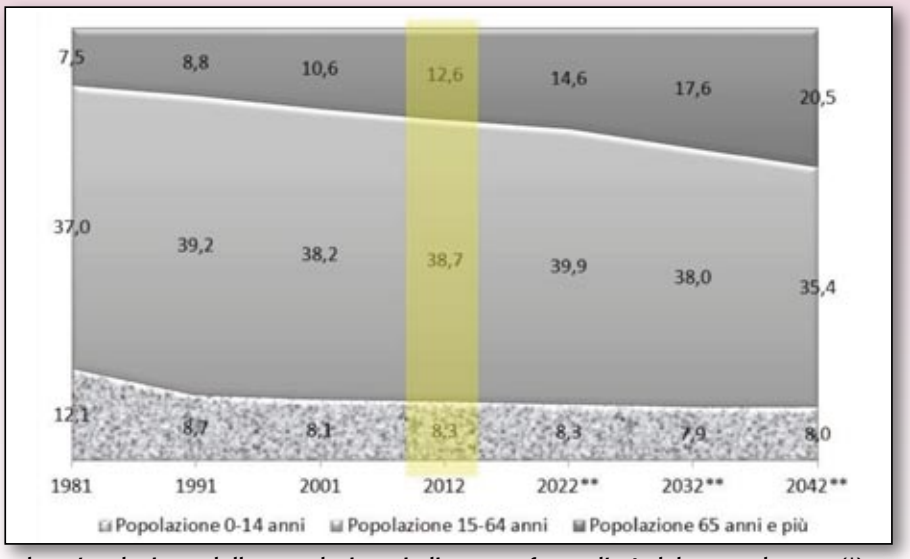
facilitare la certificazione transfrontaliera e quindi facilitare la mobilità professionale in un settore e aumentare il riconoscimento delle qualifiche a livello europeo all'interno di un settore, migliorare l'intelligenza delle competenze e fornire una strategia e strumenti chiari per affrontare le carenze di competenze in settori economici specifici.
In questo ambito il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova (www.dissal.unige.it) è partner per l'Italia insieme all'Istituto Tecnologie Didattiche (ITD) – dell' Italian National Research Council (CNR) (www.itd.cnr.it).
L'infermieristica territoriale e domiciliare è destinata a diventare, nel prossimo futuro in Europa, il fenomeno dominante per il progressivo invecchiamento della popolazione residente e l'aumento della cronicità.
Il trend di invecchiamento della popolazione europea, iniziato già da qualche decennio, pone infatti diverse sfide ai sistemi di welfare. La sfida più importante, per qualità di vita delle persone e impatto sui costi, è senza dubbio quella di riuscire ad assistere a domicilio, le persone affette da patologie croniche, supportando ed integrando la famiglia e riducendo i ricoveri impropri.
L'Unione europea evidenzia l'importanza della famiglia e della comunità nel processo d'invecchiamento, ponendo l'enfasi sull'assistenza sanitaria primaria per la prevenzione della fragilità, lo screening e la diagnosi precoce.
Per affrontare tutto questo, diversi report dell'Organizzazione mondiale della sanità evidenziano la necessità di definire nuovi modelli di supporto centrati sull'assistenza primaria, capace di offrire un servizio accessibile, continuativo, esaustivo e coordinato creando così una interfaccia tra la comunità e il sistema sanitario.
In questi nuovi modelli, l'infermiere di famiglia e di comunità (Family and Community Nurse: FCN) è un elemento chiave. Al momento non esiste un profilo di competenze standardizzato e riconosciuto per le FCN che tenga conto delle raccomandazioni della Comunità europea e dell'OMS.
Prendendo spunto dai risultati della ricerca e da alcuni progetti europei in corso, il progetto Enhance si propone di definire un profilo di competenza per l'infermiera di famiglia e di comunità (FCN) che sia di riferimento per la costruzione di un curriculum europeo di questa figura in Europa.
Il profilo identificato porrà l'accento sulle competenze e sarà la base di partenza per la definizione di un curriculum europeo che sia innovativo, modulare ed orientato ai risultati dell'apprendimento, e che terrà in considerazione tutti gli apprendimenti formali, non formali e informali. Grazie alla sua flessibilità e modularità, il curriculum europeo generale potrà essere utilizzato in curricula nazionali, modellati sul contesto specifico nazionale e locale. E per la sua flessibilità e modularità, sarà possibile collocare il curriculum generale elaborato dall'UE nei curricula nazionali, considerando anche i vincoli locali. Linee guida specifiche sosterranno questo processo.
I primi previsti sono tre programmi pilota nazionali, progettati per Italia, Grecia e Finlandia per testare l'efficacia del curriculum UE.
Le Università coinvolte nei tre progetti formativi pilota sono per l'Italia, l'Università di Genova (Prof Loredana Sasso DISSAL), per la Grecia il Technological Educational Institute of Thessaly (Prof. Evangelos Fradelos) e per la Finlandia, University of Eastern Finland (Prof. Hannelle Turunen).
I curricula formativi validati saranno integrati da strumenti informatici, metodologie didattiche innovative, contenuti e linee guida specifiche per i formatori e per i tutor della formazione professionale a supporto della localizzazione del curriculum nelle diverse nazioni europee.

ropea e come la formazione deve avere una omogeneità formativa definita da curricula formativi validati.

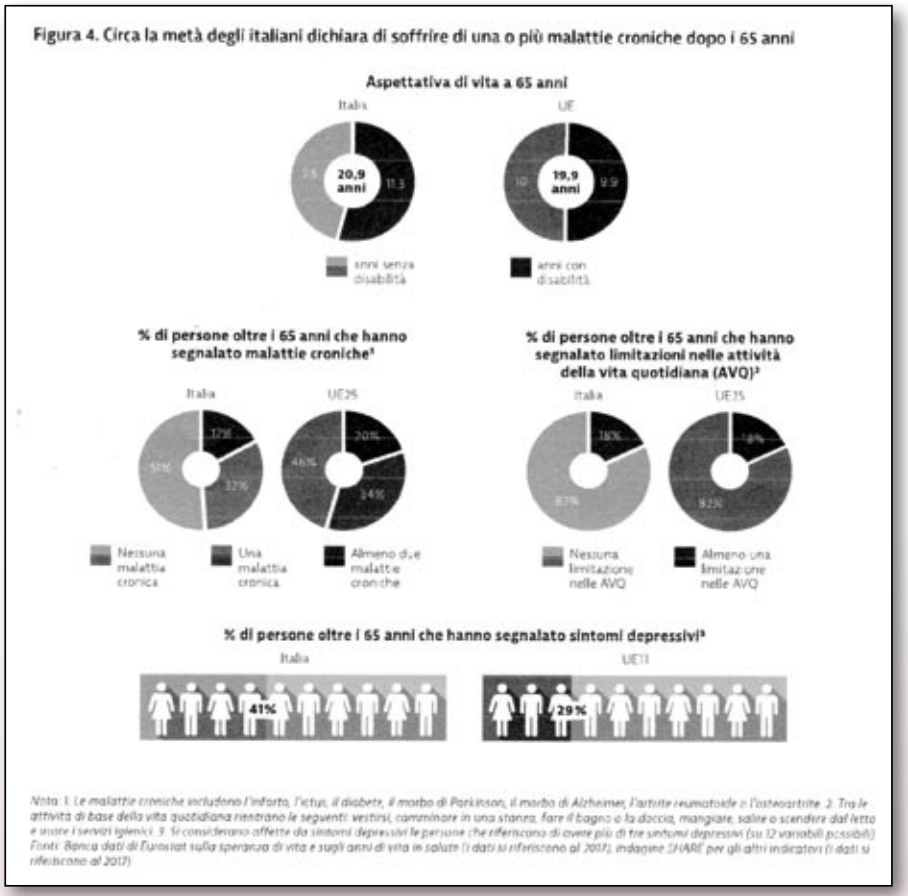
SCENARIO DEMOGRAFICO ED EPIDEMIOLOGICO ITALIANO ED INFERMIERISTICA DI FAMIGLIA/ COMUNITÀ

L'invecchiamento della popolazione, tabella 1 di cui l'Italia è acme statistico e l'allungamento di vita delle malattie ad andamento cronico degenerativo, tabella 2, propongono una sanità che deve confrontarsi con nuovi scenari.
Cronicità, non-autosufficienza, fragilità, sono neologismi che la realtà va proponendo e verso i quali le professioni e i sistemi sanitari debbono trovare risposte interpretative.
Occorre definire molto meglio la realtà che si va delineando definita troppo genericamente come socio sanitaria o territorio, cioè è tempo di fare delle scelte e abbandonare la visione ospedalocentrica tradizionale del luogo privilegiato di lavoro degli infermieri e muovere verso questa nuovo territorio nato dalla separazione tra salute e sanità.
È ormai ampiamente consolidato il consenso sul principio che la sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita
Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi,ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e delle singole persone.
Per costruire un vero ed efficace modello assistenziale della cronicità c'è bisogno di nuovi paradigmi assistenziali ed organizzativi. C'è bisogno di nuove parole-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e nuovi scenari, se ne citano alcuni contenuti nel Piano Nazionale Cronicità 2016:

- *salute "possibile"* cioè lo stato di salute legato alle condizioni della persona
- *malattia vissuta* con al centro il paziente/persona (illness), e non solo malattia incentrata sul caso clinico (disease);
- *analisi integrata dei bisogni*



Tab 1 L'evoluzione della popolazione italiana per fasce d'età dal 1981 al 2041 (*) (valore assoluto in milioni). Dati al 1 gennaio dell'anno successivo (**) Previsioni della popolazione, hp. Centrale .
Fonte: elaborazione CENSIS su dati ISTAT .



Tab 2 Profilo della sanità 2019- Italia - documento della Commissione Europea
I Profili Sanitari sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea

globali del paziente, e non solo "razionalità tecnica" e problemi squisitamente clinici;
- *analisi delle risorse del contesto ambientale*, inteso come contesto fisico e socio-sanitario locale, fattori facilitanti e barriere;
- *mantenimento e co-esistenza*, e non solo guarigione;
- *accompagnamento*, e non solo cura;
- *risorse del paziente*, e non solo risorse tecnico-professionali gestite dagli operatori;
- *empowerment inteso come abilità* a "fare fronte" alla nuova dimensione imposta dalla cronicità e sviluppo della capacità di autogestione (self care);
- *approccio multidimensionale* e di team e non solo relazione "medico-paziente";
- *superamento dell'assistenza* basata unicamente sulla erogazione di prestazioni, occasionale e frammentaria, e costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici;
- *presa in carico pro-attiva* ed empatica e non solo risposta assistenziale all'emergere del bisogno;
- *"Patto di cura"* con il paziente e i suoi Caregiver e non solo compliance alle prescrizioni terapeutiche.

Nel Patto della salute appena siglato sono contenute numerose modalità di "risposte di sistema" alla cronicità e tra queste l'implementazione dell'infermiere di famiglia / di comunità la cui approvazione è stata così commentata da Barbara Mangiacavalli, Presidente FNOPI **"La professione fa un altro passo avanti nel suo cammino, entra nelle case delle persone, contrasta le disuguaglianze soprattutto nelle aree interne e garantisce un'assistenza territoriale accessibile soprattutto a una popolazione che invecchia e presenta sempre più cronicità e disabilità, con la necessità di soddisfare bisogni di assistenza complessi che gran parte delle famiglie non può affrontare da sola.** Ed è una ulteriore conferma dell'assistenza universalistica, equa e omogenea su tutto il territorio che sia la Costituzione, sia la stessa legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale promettono ai cittadini".
"Con questa scelta, dice ancora la Presidente FNOPI, l'Italia si allinea alle indicazioni dell'Oms che fino dal 1998, nel documento salute per tutti nel 21° secolo, sostenuto dall'Unione Europea per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo dell'intera società, aveva indicato

la necessità dell'infermiere di famiglia/comunità". **"Ora le Regioni, che hanno approvato il Patto – conclude la presidente FNOPI – devono attuare le previsioni che contiene insieme agli Ordini degli infermieri".**

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ: LA SITUAZIONE ITALIANA

Prima della emanazione del Patto per la salute si era lavorato molto negli ultimi anni per inserire l'infermiere di famiglia/comunità nel Sistema Sanitario Nazionale, ma senza molto successo, se non a livello locale/regionale. Le prime sperimentazioni dell'infermiere di famiglia sono avvenute tra il 2015 e il 2016 nelle regioni Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Puglia, Toscana, Lombardia. In quest'ultima regione, nel 2014 è sorto il primo ambulatorio dell'infermiere di famiglia. Nel 2016, invece, il Piemonte ha aderito al progetto europeo CoNSENSo, basato sull'infermiere di famiglia, figura chiave in grado di sostenere le persone anziane e le loro famiglie. Tutti gli anziani, presenti all'interno del territorio interessato dal progetto, vengono assegnati ad un infermiere di famiglia. Quest'ultimo effettua una valutazione complessiva dei bisogni di ogni singolo paziente, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, verifica i requisiti di sicurezza dell'abitazione, affronta eventuali problematiche sociali, garantisce la fornitura dei farmaci, facilita l'adozione di ausili, aiuta quindi gli anziani sani o malati che siano a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

Una svolta importante si è avuta nel 2009 quando è nata l'AIFeC (Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità) con l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione e la qualità degli interventi, nonché sul sostegno ai professionisti nelle attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per la persona, per la famiglia e per la collettività.

In numerosi atenei italiani sono attivi master di 1° livello per la formazione degli infermieri di famiglia, caratterizzati da un percorso formativo avanzato per l'acquisizione di competenze specifiche in merito al continuum assistenziale, comprese la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la riabilitazione e l'assistenza infermieristica all'individuo, alla famiglia e alla collettività. Il tirocinio formativo rappresenta un momento particolarmente delicato per il master: consiste in alcune esperienze sul campo, durante le quali i tirocinanti sono affiancati a personale specializzato.

CONCLUSIONI

La sperimentazione e la successiva implementazione di questa modello di presa in cura, che vede come co-protagonisti gli Ordini professionali o meglio ancora le loro Federazioni Regionali, necessità di azioni congiunte su diversi fronti che si possono così riassumere: un'azione politica con la comunità, con i cittadini e con i comuni per far emergere i bisogni a cui può far fronte l'infermiere di comunità, un'azione politica con le Regioni in quanto come Ordini professionali dobbiamo essere presenti ai tavoli regionali in cui si definisce il modello di infermiere di famiglia e comunità da attivare, un'azione politica congiunta per fare rete con gli ordini di altre regioni per promuovere modelli similari, pur nella diversità di contesto organizzativo regionale in quanto vi sono alcuni elementi "core, invarianti " dell'infermieristica di famiglia e comunità da sostenere sul territorio nazionale non ultima le linee di indirizzo formativo;una ricerca ampia di alleanze con i MMG,con le ASL,con altri ordini, con le associazioni professionali e dei cittadini; una sperimentazione locale e un bench marking per costruire buone pratiche;una diffusione e comunicazione capillare ai cittadini prima di tutto, agli altri professionisti attraverso convegni, articoli di stampa, ricerche,attivazione di borse di studio e non ultimo la rivisitazione della formazione infermieristica di base e post base.

La sperimentazione di questa funzione richiede un cambio di paradigma, come brevemente citato sopra, quindi un cambiamento culturale per evitare di rivisitare modelli organizzativi già esistenti cambiando solamente il nome o l'etichetta,un cambiamento politico generativo di influenze a livello decisionale locale e regionale ed infine un cambiamento tecnico generativo delle nuove competenze richieste per esercitare la funzione di infermiere di famiglia e comunità che si possono così riassumere (dal programma del Master di Infermiere di Famiglia dell'Università del Piemonte Orientale adattato):

- Lettura e analisi dei contesti familiari e della comunità
- Prevenzione e promozione della salute,empowerment del cittadino.
- Relazione e counselling.
- Attivazione di reti con la comunità.
- Gestione integrata delle malattie coniche.
- Lavoro in team multiprofessionali ed interdisciplinari.
- Assistenza tutelare alla persona(advocacy).

Tutto questo con attenzione alla sostenibilità del sistema sociale, culturale, politico,professionale ed economico.

BIBLIOGRAFIA *Documenti ufficiali*

The family health nurse- Context, frame work and curriculum. DOC EUR/00/5019309/ Ufficio regionale OMS per l'Europa- Copenaghen, 2000.

Conferenza Stato – Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano "Patto per la Salute 2019-2021 " approvato il 18 dicembre 2019.

Piano Nazionale della cronicità - Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.

LIBRI

Silvia Marcadelli, Paola Obbia, Cesarina Prandi, Assistenza domiciliare e cure primarie. Il nuovo orizzonte della professione infermieristica Ed. Edra, 2018, MI.

Paolo Lantieri, Giulia Cavatassi, L'infermiere di famiglia. Confronto con il Regno Unito e analisi del grado di fiducia di un gruppo di pazienti nella realtà italiana, Ed. Aracne, 2016, Ariccia (Roma).

Lorraine M. Wright, Maureen Leahey Nurses and Families, Ed. FA Davis, 6a edizione 2013.

Loredana Sasso, Loredana Gamberoni, Annamaria Ferraresi, Laura Tibaldi L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri, Ed. Mc Graw-Hill, 2005, MI.

SITOGRAFIA

Associazione infermiere di famiglia e di comunità: aifec@aifec.it

IFNA International Family Nursing Association http://internationalfamilynursing.org

FAECAP Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria http://www.faecap.com

Infermiere di famiglia https://www.infermiere-di-famiglia.it

Co.N.S.E.N.So. Project – COmmunity Nurse Supporting Elderly iN a changing Societyhttp://www.alpine-space.eu/projects/consenso/en/home

VERSO NUOVE COMPETENZE SPECIALISTICHE NELLA REALTÀ DI PRONTO SOCCORSO

Lara Gardellini
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere presso Poliambulatorio privato di Odontoiatria, Radiologia, Dermatologia, chirurgia Estetica di Ferrara

Estratto dalla tesi "Revisione della letteratura sul modello See and Treat applicato nei servizi di Pronto Soccorso"
Relatrice Dott.ssa Barbara Paesanti

Premessa

L'attività e le conoscenze relative al sistema di gestione del paziente critico nel Dipartimento di Emergenza Urgenza hanno avuto una rapida evoluzione, ma è importante non dimenticare da dove si è partiti e la strada che si è percorsa.

Il termine Triage, dal francese *trier* che significa scegliere, non nacque per gestire il sovraffollamento dei Pronto Soccorso, questo avvenne successivamente, esso ebbe origine dalla Sanità Militare. Nel primo vero manuale di Pronto Soccorso Italiano del Dr. Carlo Caliano *"Soccorsi D'Urgenza"* del 1889, viene riportata una frase di un chirurgo militare tedesco, che recita: *" Quanti che si sarebbero potuti salvare, muoiono miseramente perché nessuno degli astanti ha saputo loro apprestare in tempo il soccorso opportuno".*

Già durante la Prima Guerra Mondiale la Sanità Militare, per i feriti, compilava una scheda triage e utilizzava una codifica di priorità con codice colore. Veniva utilizzato il termine italiano "cernita", dal latino *cernere* che significa scegliere, selezionare, decidere (*Castiglioni*, *vocabolario di lingua latina*). Tuttavia, pur avendo nella storia italiana un termine appropriato per la funzione di *Triage,* quando nacque la necessità di selezionare i malati, che affluivano ai PS, si scelse di utilizzare un termine francese.

Nella sua versione moderna il *Triage* è nato nel 1960 negli Stati Uniti, dove una parte importante della popolazione non aveva una copertura assicurativa sanitaria. Il PS era, quindi, l'unica struttura tenuta per legge federale (*COBRA Legislation*) a prestare gratuitamente la prima assistenza.

In Italia prima degli anni '90 l'accettazione nei PS avveniva per "ordine di arrivo", ovvero le persone ricevevano le cure in base all'ordine in cui si erano presentate all'accettazione. (ASL CN1 – Nova G. – Direttore DEA Savigliano)

Per anni quest'ultimo sistema ha funzionato, ma con l'aumentare delle richieste si dimostrò inappropriato, in quanto, pazienti con un reale ed urgente bisogno di cure, si trovavano a fronteggiare un'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti. Fu per far fronte a questo problema emergente che nacque, alla fine degli anni '80, il *Sistema Triage*, in maniera pionieristica e in assenza di riferimenti normativi specifici, guardando ad esperienze estere già consolidate.

Il riferimento normativo fondamentale che ha permesso l'introduzione del sistema di triage all'interno dei Pronto Soccorso d'Italia è il D.P.R. 27 marzo 1992: la legge quadro sull'emergenza sanitaria territoriale e ospedaliera. Successivamente, con l'Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria (in applicazione del decreto del DPR 27 marzo 1992- GU Serie Generale n.114 del 17-05-1996), nel 1996 è stato dichiarato il concetto di triage infermieristico, come sistema di selezione delle priorità assistenziali: "*Funzioni di triage. All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione é svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio.*".

Fu in seguito alla pubblicazione delle Linee Guida del 2001, in cui il precedente D.P.R. 27/3/92 trovò una definitiva strutturazione, che i Pronto Soccorso hanno iniziato a subire un ulteriore cambiamento: le LG definivano la natura e le caratteristiche generali del triage, quale strumento volto a regolare gli accessi e a definire la priorità di intervento.

Il Triage infermieristico oggi

Lo scopo del Triage è di gestire la presa in carico di tutte le persone che accedono al PS, con particolare attenzione a quelle in condizioni di criticità, valutandone i sintomi ed i

segni clinici che contraddistinguono situazioni di rischio, complicanze e/o effetti indesiderati di trattamenti in atto, attraverso l'osservazione clinica, l'impiego di scale/strumenti appropriate/i ed adeguati sistemi di monitoraggio. Dal punto di vista metodologico il processo di Triage si articola in quattro fasi:

1) *Fase della Valutazione immediata* (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.
2) *Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva*:
a. valutazione soggettiva, viene effettuata attraverso l'intervista (anamnesi mirata),
b. valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione dei segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi della documentazione clinica disponibile.
3) *Fase della Decisione di Triage*: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, nell'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e nell'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.
4) *Fase della Rivalutazione:* si intende la conferma o, nel caso di variazioni delle condizioni cliniche o dei parametri vitali del paziente, l'eventuale modifica del codice di priorità assegnato ai pazienti in attesa.

L'assegnazione del codice di priorità è l'esito del processo decisionale infermieristico, basata sugli elementi rilevati nelle fasi di valutazione soggettiva e oggettiva.
La metodologia dell'attribuzione di un codice di priorità ha permesso in questi anni di rispondere alle esigenze di gestione di un aumento progressivo della richiesta di prestazioni ospedaliere, tuttavia come previsto dall'Accordo Stato Regioni del 8 febbraio 2013 sul documento di *"Riorganizzazione del Sistema di Emergenza urgenza in rapporto alla Continuità assistenziale"*, è emersa progressivamente la necessità di differenziare ulteriormente il sistema di codifica, basato sui quattro codici colore. Tale necessità sarebbe in linea con le principali evidenze scientifiche internazionali. [Tabella 1]

Tabella 1- Comparazione tra i livelli di priorità di triage intraospedaliero italiano e internazionali

Triage italiano	Manchester triage system (UK)	- Emergency Severity Index (USA) - Canadian acuity and triage scale - Australian triage scale
Rosso (1)	Rosso (1)	1
Giallo (2)	Arancione (2)	2
Verde (3)	Giallo (3)	3
Azzurro (4)*	Verde (4)	4
Bianco (5)	Blue (5)	5

* Presente solo nella regione Toscana. Da: Bambi et al. , 2008

Ad oggi sul territorio nazionale italiano solo la Regione Toscana ha adottato il quinto codice (D.G.R.T. n. 736/2001) : il *Codice azzurro* identifica un paziente acuto ma di lieve entità; con assenza di compromissione delle funzioni vitali e d'indicatori d'urgenza; la priorità si interpone tra il codice verde e il bianco.
Il *Documento di proposta di aggiornamento delle Linee Guida sul triage intraospedaliero* (*Accordo in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001*[1]) e la SIMEUP (Società Italiana di Emergenza ed Urgenza Pediatrica) sottolineano la necessità di stratificare il 70-80% degli accessi che costituiscono il codice verde.
La *nuova codifica* consentirebbe di focalizzare l'attenzione sulle condizioni cliniche che rientrano nell'ambito dell'urgenza differibile, individuando l'ambito delle patologie da definire come urgenza minore.

Nella tabella 2 (fonte: *Documento di proposta di aggiornamento delle Linee Guida sul triage intraospedaliero* (*Accordo in Conferenza Stato-Regioni 25 ottobre 2001**) sono riportati i cinque livelli di priorità, la loro definizione e i tempi massimi di attesa per l'accesso alle aree di trattamento.

1 * Linee Guida su - Triage intraospedaliero - valutazione gravità all'ingresso-e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza -urgenza sanitaria" (G.U. Serie Generale, n. 285 del 07 dicembre 2001).

Tabella 2 – TRIAGE: nuova codifica di priorità e tempi massimi di attesa			
Codice	Denominazione	Definizione	Tempo Massimo di attesa per l'accesso alle aree di trattamento
1	EMERGENZA	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2	URGENZA	Rischio di compromissione delle funzioni vitali. Condizione stabile con rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede prestazioni diagnostico terapeutiche semplici mono - specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

A sostegno di quanto su detto, il SIMEUP *(*8 maggio 2016) affermava che *"La sostituzione del codice di gravità a 4 colori con un codice di priorità a 5 livelli numerici, evita un pericoloso contenzioso che negli anni si era creato : il codice attribuito in autonomia dall'infermiere di Triage è solo un codice di accesso alla visita medica, e non necessariamente corrisponde alla gravità del caso."*

L'overcrowding in Pronto Soccorso

Il fenomeno è riportato dalla letteratura internazionale e riguarda anche l'Italia: l'attività del PS risulta ostacolata dal fatto che il numero di pazienti da gestire supera le risorse logistiche e/o professionali del servizio. Il fenomeno è aggravato dal ricorso inappropriato ai servizi di PS, da parte dei cittadini che percepiscono erroneamente bisogni immediati e aspettative di immediata assistenza. Guardando direttamente la realtà dell'AOU di Ferrara, in tabella 3 (fonte: Programma Nazionale Esiti –PNE), possiamo notare che gli utenti con problematiche inquadrate con codici minori, rappresentano una porzione significativa sul totale degli accessi in PS.

REGIONE	STRUTTURA	TOTALE ACCESSI	TRIAGE %bianco	%verde	%giallo	%rosso
Emilia Romagna	A.O.U. di Ferrara – S. Anna	ANNO 2016				
		86.295	10	69	19.4	1.5
		ANNO 2015				
		84.850	10.2	70.6	17.6	1.6
		ANNO 2014				
		82.606	9.9	71.9	16.6	1.5

Secondo il Progetto Mattoni le principali cause di sovraffollamento dei PS italiani sono riferibili a:
- concezione dell'ospedale, come luogo dotato di diagnostica strumentale;
- crescente mancanza di fiducia nei confronti del Medico di famiglia;
- tempi di attesa troppo lunghi per ottenere prestazioni specialistiche ambulatoriali ed esami diagnostici;
- incremento della parte di popolazione non inserita nel Servizio Sanitario Nazionale;
- evoluzione organizzativa del PS da zona di transito e smistamento a vera e propria Unità di Diagnosi e Cura;
- soppressione degli ospedali di piccole dimensioni con la conseguente riduzione del numero dei PS sul territorio.

E' evidente come, il prolungarsi dei tempi di attesa per la visita, abbia un impatto negativo degli utenti sulla qualità percepita dell'assistenza, nei pazienti: non sono rari i casi in cui gli utenti, decidano di abbandonare il servizio, dopo aver sostato per ore nell'area di triage.

In Tabella 4 (fonte:*"Il Pronto Soccorso tra l'emergenza sovraffollamento e la cronica disorganizzazione")* si possono vedere le cause e le dinamiche del sovraffollamento, secondo il modello interpretativo di analisi del Dott. Montemurro D., Responsabile nazionale ANAAO Giovani, Dott.ssa Rivetti C., Segreteria regionale ANAAO Piemonte

INPUT Componente in ingresso pazienti che richiedono cure in emergenza-urgenza	THROUGHPUT Componente interna tempo di permanenza dei pazienti nelle strutture del PS	OUTPUT Componente in uscita capacità di gestione dei pazienti dei quali si è deciso il ricovero o la dimissione/ trasferimento
Paz. con lesioni traumatiche o malattie acute gravi, trasportati dalla Centrale Operativa 118	Scarso numero di operatori sanitari dedicati al PS	Sovraccarico di pazienti ricoverati in relazione ai posti letto disponibili
Malati affetti da patologie croniche riacutizzate	Scarso numero di operatori sanitari dedicati ai servizi afferenti al PS (es. radiologia)	Scarsa disponibilità di strutture di lungodegenza per la dimissione dei ricoverati
Tempi di attesa troppo lunghi per prestazioni specialistiche ambulatoriali /esami diagnostici, soprattutto per problematiche urgenti soggettivamente	Presenza limitata / tempi di risposta delle consulenze richieste	Tempo lavorativo dello staff sanitario ad assistere i pazienti in attesa di ricovero, sottraendolo alla cura di quelli in entrata
Crescenti bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione	Limitate dotazioni tecnologiche	
Difficoltà di accesso alle strutture di cura primaria (immigrati, senza tetto, vittime di abusi e violenze)	Tempo necessario per esami di laboratorio e diagnostici	
Capacità attrattiva dell'ospedale perché dotato di diagnostica strumentale		
Popolazione giovanile che guarda il servizio di Pronto Soccorso come una salvezza "mordi e fuggi", con la richiesta del "tutto e subito"		

In virtù di quanto su detto sono state sviluppate teorie e

formulate ipotesi per gestire il problema, dando forma e sviluppo al modello "*See and Treat*".

S&T nella realtà anglosassone: origini e caratteristiche

Il *See and Treat* nasce nel contesto dell'ospedale di Kettering (GB) alla fine degli anni '80. Nel 2001 il *Department of Health* obbliga gli *Emergency Department* a gestire tutti gli utenti entro 4 ore dall'arrivo. Successivamente, il modello è stato sperimentato in diversi ospedali dell'Inghilterra e nel contempo sono iniziati gli studi sull'efficacia. Uno studio condotto presso l'*Addenbrookes Emergency Department* di Cambridge nel 2004, [vedi Tabella 5] evidenzia come il Servizio *S&T* riduca i tempi di attesa dei pazienti che presentano lesioni minori, appartenenti alla categoria 4 di triage, corrispondente al codice bianco-verde in Italia, con effetti positivi anche sulla qualità percepita e la gestione clinica dei casi più complessi (Roger et al., 2004; Bambi, 2008; Levati et al., 2012). I risultati degli studi hanno fatto si che il modello *S&T* venisse introdotto in un gran numero di ospedali del Regno Unito e a seguire anche negli Stati Uniti, Canada ed Australia. È da evidenziare che questo tipo di risposta ha trovato più facile applicazione, nei Paesi nord-europei ed extracontinentali, nei quali da molti anni gli infermieri hanno un profilo professionale con maggior margine di azione (Hoskins, 2011).

Le caratteristiche del modello *See and Treat* possono essere così riassunte:

1. dal consueto triage scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi ed uno per le urgenze minori, cui appartiene il S&T propriamente detto;
2. esiste un'area S&T, di solito adiacente al Pronto Soccorso, con personale dedicato;
3. chi vi accede è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, infermiere o medico, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
4. gli operatori addetti al S&T devono essere in numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code;
5. il personale dell'area S&T è costituito dagli operatori più esperti e comunque deve aver ricevuto una formazione specifica per le patologie di competenza;
6. viene ammessa al S&T una casistica selezionata per appropriatezza, ossia aderente ad una classificazione internazionale (ESI – Emergency Severity Index) che codifica i pazienti sulla base della loro gravità clinica e complessità assistenziale (ESI livello 4 e 5)

Gli aspetti innovativi del modello inglese sono quelli dei criteri 1 e 3, ovvero il cambiamento della funzione di triage ricondotta a discriminazione iniziale fra casi urgenti e casi non urgenti e per questi ultimi, le urgenze minori, emerge la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, sia esso medico o infermiere.
È indubbiamente quest'ultima l'innovazione più significativa, che si è dimostrata valida per promuovere l'infermiere da un apporto prevalentemente collaborativo ad una fase operativamente autonoma, senza diminuire la qualità e appropriatezza dell'intervento. In parallelo, il criterio n. 5 costituisce una garanzia di mantenimento della qualità della prestazione.

L'Emergency Nurse Practitioner

Dalla letteratura è emerso che, per erogare un'assistenza efficace, secondo modello See and Treat, è stato necessario introdurre una figura professionale con competenze avanzate, sia in ambito diagnostico che di trattamento, la quale permettesse la presa in carico dei problemi di salute dei pazienti, non solo dal punto di vista assistenziale, ma anche clinico: in primis nei contesti di *Primary Care* (territoriali) e successivamente nei Dipartimenti di Emergenza. Sicchè negli anni '90, negli Stati Uniti, è stato identificato l' *Advanced Nurse Practitioner*, mentre in Inghilterra l' *Advanced Practice Nurse.* Tra le sue competenze cliniche risiedono*:* una completa raccolta anamnestica, l'esame fisico del paziente, la prescrizione e l'interpretazione di indagini diagnostiche, inclusa la prescrizione di alcuni farmaci; pertanto è in grado di assicurare un'appropriata gestione di problematiche sanitarie, acute e croniche, quali: diabete, ipertensione arteriosa e alcune infezioni e traumi.
In termini generali le funzioni degli ENP sono dinamiche e prevedono un alto livello di conoscenze ed abilità specifiche in situazioni da stabili a imprevedibili e/o complesse. Gli infermieri con competenze avanzate sanno effettuare una valutazione olistica e clinica degli utenti del Servizio e sanno privilegiare l'aspetto educativo anche nel particolare contesto dell'emergenza (O'Connell J., Gardner G. E., 2012).
Gli infermieri ENP in Inghilterra visitano pazienti maggiorenni, escludendo le donne in gravidanza e le persone che hanno commesso reati; trattano lesioni minori (distorsioni, ferite, fratture e ustioni), possono richiedere e interpretare radiografie, prescrivere esami del sangue, farmaci analgesici, antibiotici e siero antitetanico (Hoskins, 2011). In Australia gli ENP valutano i pazienti con codice minore senza comorbilità e che non necessitano di una diagnostica multipla (Dinh et al., 2012). Fra le competenze degli ENP australiani ritroviamo: richiesta ed interpretazione di radiografie, trattamento di patologie minori che possono richiedere la prescrizione di farmaci da un prontuario limitato, certificazione assenze dal lavoro e trattamento di piccole lesioni degli arti. Per gli infermieri australiani, così come in Nuova Zelanda, diventare *Nurse Practitioner* significa raggiungere il vertice della carriera: il titolo è registrato a livello centrale, riconosciuto dall'Ordine degli Infermieri e quindi riconosciuto dalla legge di entrambi i Paesi.
In Canada e negli USA, rispetto ai Paesi sopra citati, gli ENP hanno la

responsabilità di interpretare l'ECG (Hoskins, 2011).
Molti studi presi in esame (Dinh et al., 2012; Hart et al., 2009) indagano la soddisfazione dell'utente in relazione al lavoro dell'ENP, mettendola in luce nei confronti di quest'ultimo, in quanto privilegia l'aspetto della comunicazione durante il colloquio.
Hart e Mirabella (2009) hanno condotto uno studio osservazionale, intervistando 300 pazienti che si sono rivolti a 3 distinti DE, evidenziando che il 65% dei pazienti intervistati preferiva essere trattato da un ENP e che il 93% dei pazienti, che erano già stati trattati in precedenza da un ENP, erano soddisfatti del trattamento ricevuto. Tali risultati vengono confermati nel 2009 da Jennings et al. sottoponendo a 202 pazienti che si sono rivolti ad un trauma center di primo livello un questionario validato.
Un altro interessante lavoro analizza un campione di 320 pazienti suddivisi in due gruppi visitati rispettivamente da medici e da ENP, valutando la soddisfazione dei pazienti e gli indicatori di outcome (eventi avversi, stato di salute alla dimissione). Anche in questo caso la soddisfazione degli utenti aumenta se la visita viene effettuata dal personale infermieristico e non si rilevano differenze negli indicatori di outcome (Dinh et al., 2012). Dalla letteratura analizzata è emerso che già da anni in diversi Paesi (Inghilterra, Olanda, Stati Uniti, Australia) sono presenti ambulatori *See and Treat* gestiti da *Emergency Nurse Practitioner*
La netta efficacia di questo ruolo ha portato Paesi come l'Inghilterra, il Canada, gli USA, l'Australia e non solo, ad andare verso un più moderno concetto di lavoro interprofessionale ottenendo evidenti benefici.
Riassumendo la figura dell'ENP nell'ambito del modello *See and Treat*:

- ha permesso una riduzione considerevole del tempo di attesa per la visita,
  stringendo i limiti temporali fino ad un massimo di 4 ore d'attesa per i codici di lieve entità (target orario massimo divenuto il *gold standard* del *National Health Service* - NHS;
- ha consentito di ridurre l'utilizzo delle risorse mediche per i codici minori, impegnandole nella cura dei casi clinici più complessi;
- dal punto di vista comunicativo - relazionale, è emerso che i NP comunicano meglio, danno molti più consigli, raccolgono più informazioni cliniche, spendendo più tempo per i pazienti, tanto dall'aver aumentato il loro livello di soddisfazione riguardo la qualità d'assistenza ottenuta.

La situazione See and Treat in Italia

Le competenze professionali infermieristiche che si sono affinate, perfezionate e consolidate negli anni, hanno espresso una realtà di fatto già operativa e autonoma nelle terapie intensive e nell'emergenza-urgenza. Pensiamo, ad esempio, all'Infermiere di *Triage* o all'Infermiere sui mezzi del 118: siamo di fronte a figure professionali che hanno il compito di stabilire la criticità dell'evento, interpretare segni e sintomi, svolgere attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali e talvolta, secondo protocolli predefiniti, sono chiamati a somministrare farmaci e a praticare iniezioni in autonomia (*D.P.R. 27 Marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e successive Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza in applicazione del DM Sanità Gazzetta Ufficiale N. 114 Serie Generale del 17 maggio 1996*).
Il riferimento alla responsabilità e all'autonomia professionale dell'agire infermieristico è più volte richiamato nel Codice Deontologico, a sottolineare l'ormai raggiunta presa di coscienza della famiglia professionale.
Tutta la normativa ad oggi prodotta sul ruolo infermieristico e/o in contesto di emergenza urgenza è da considerarsi presupposto all'applicabilità dell'attività di *See and Treat,* laddove, in assenza del medico, l'infermiere in possesso di competenze certificate e col supporto di linee guida e/o protocolli operativi condivisi, possa individuare i codici minori, al fine di erogare un'assistenza sanitaria di alta qualità.
In Italia la Regione Toscana ha elaborato nel 2007 un progetto sperimentale, identificando nel "*See and Treat*" una possibile risposta assistenziale alle urgenze minori (Delibera n. 958 del 17/12/2007; Delibera n. 449 del 31/03/2010). L'obiettivo consisteva nel ricondurre il Pronto Soccorso alla sua funzione intrinseca, ossia di garantire un trattamento sanitario nelle situazioni di emergenza-urgenza ed il relativo ricovero appropriato; verificando la possibilità di un'ottimizzazione sia dei tempi di risposta per i codici di bassa priorità che delle risorse professionali a disposizione.
Il successivo avvio della sperimentazione ha suscitato le discussioni più accese, che non nascono in merito alla capacità, o meno, da parte del personale infermieristico di assistere la categoria di utenti con problematiche minori, bensì in relazione alla legittimità del loro intervento.
Il 5/10/2010 l'Ordine dei Medici di Bologna ha presentato un esposto in cui ritiene che il sistema operativo *See and Treat* possa diventare un elemento favorente l'esercizio abusivo della professione medica, oltre che elemento di deresponsabilizzazione dell'infermiere nelle attività riservate tipicamente al personale medico. (Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, OMCeO, 29/06/2010)
Più nello specifico l'OMCeO mette in discussione il ruolo dell'infermiere nei progetti: "*Triage in Pronto Soccorso*" e "*Perimed*", sviluppati nella regione Emilia-Romagna, nei quali, compiti riservati tipicamente al personale medico, vengono attribuiti ad infermieri qualificati e per lo stesso motivo si incrimina anche il progetto "*See and Treat*" della regione Toscana.
In particolare l'accusa di abuso di

professione si basa sul fatto che tutti i protocolli e le normative che regolano il *S&T* in Toscana, nascono dalla legislazione regionale che, secondo l'OMCeO, andrebbe contro l'articolo 384 c.p. (riguardante i casi di non punibilità), il quale è al di sopra delle normative regionali.
A finire sotto accusa nell'esposto dell'OMCeO sono anche le attività di Triage e il ruolo degli infermieri nel servizio di emergenza-urgenza sul territorio (118): *"La conseguenza pratica dell'illegittima attribuzione è l'esercizio abusivo della professione medica […] da parte di quegli operatori sanitari che, pur rientrando nelle professioni sanitarie per normativa nazionale nell'ambito del Triage P.S., del servizio 118 e del progetto Perimed, svolgono attività medica in assenza dell'abilitazione rilasciata dallo stato"*(Esposto a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione – da parte di enti,organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo – degli artt. 348 c.p. e 8 L. 175/94. Tribunale di Bologna. Prot. N. 2635/GP/pm. 2010) .
Dopo un approfondito dibattito l'allora Federazione dei Collegi IPASVI è intervenuta sostenendo che: *"L'assistenza sanitaria non si struttura unicamente in un insieme di processi diagnostici e terapeutici (peraltro resi concreti in cospicua parte dall'infermiere), ma anche nella rilevazione e nella risposta appropriata ai molteplici bisogni che il paziente evidenzia o che l'infermiere autonomamente rileva nell'esercizio della sua quotidiana professionalità";* esprimendo, inoltre, sostegno e solidarietà ai professionisti infermieri che operano nelle strutture sede di sperimentazione, apprezzandone l'alto livello di competenze, responsabilità e dedizione; ribadendo che l'obiettivo principale degli infermieri sono la qualità e la personalizzazione dei servizi sanitari rivolti alla persona, che costituiscono il focus dell'agire infermieristico, sottolineando infine che le attività di sperimentazione sono svolte nel pieno rispetto delle leggi nazionali e degli orientamenti regionali ed aziendali (Silvestro A. Presidente Federazione nazionale Collegi IPASVI).
Anche la SIMEU (Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza) ha preso le distanze da quanto sostenuto dall'OMCeO di Bologna, affermando che una tale posizione *"mette in crisi l'attuale assetto organizzativo dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza ,118 e Pronto Soccorso […], mette in crisi la sicurezza del cittadino rispetto ad una sua tempestiva presa in carico da parte del personale infermieristico nelle situazioni di emergenza-urgenza, non riconoscendo il ruolo fondamentale che da anni gli infermieri hanno assunto nel rispondere ai bisogni di salute dei cittadini; vanifica i tentativi di collaborazione interprofessionale Medico-Infermiere, oggi più che mai necessari nel settore dell'emergenza-urgenza, anche per il perdurante e progressivamente crescente problema del sovraffollamento"*(Radice C. et al. 2013)
Un altro ricorso è stato mosso dall'Ordine dei Medici di Roma nel 2015, per l'annullamento della delibera che avrebbe concesso all'ASL ROMA C, di attivare, in via sperimentale, presso il presidio integrato Santa Caterina della Rosa di Roma, il primo ambulatorio infermieristico territoriale, sul modello *See and Treat*. Le ragioni della richiesta, erano incentrate sull'ipotesi di danneggiamento della categoria dei medici. L'OMCeO ritiene che il medico, non essendo presente al percorso valutativo e terapeutico delineato dall'infermiere *S&T*, non possa validare a posteriori il trattamento, in quanto la norma lo ritiene responsabile solo degli atti compiuti sotto la sua supervisione, che con il *See and Treat* sono delegati alla diagnosi e alla cura dell'infermiere.
Ma la scelta di assegnare determinate attività sanitarie agli infermieri non è da definirsi irragionevole. Il trasferimento di competenze non è dovuto per fatto normativo ma in merito all'evoluzione formativa. Lo stesso processo formativo degli infermieri ha avuto l'obiettivo di migliorare le prestazioni erogate nell'area di PS, attraverso lo sviluppo e la certificazione di competenze del personale infermieristico per la valutazione e il trattamento di utenti con problemi di salute minori.
Il Tar Lazio ha respinto in sentenza il ricorso proposto dall' OMCeO di Roma. Nella sentenza del Tar si è precisato, inoltre, che agli infermieri non è attribuita la funzione di diagnosi della malattia, proprio perché il *See and Treat* non è assolutamente un processo che porta ad una diagnosi medica e agli infermieri è attribuita la cura dei codici bianchi, in base all'elenco delle patologie minori individuate. Inoltre, il medico di Pronto Soccorso è sempre in contatto in via telematica col servizio *S&T* e dunque la supervisione è sempre diretta, costante e contestuale all'intervento infermieristico.
Nell'attuale contesto normativo italiano non esiste alcuna norma giuridica che definisca in modo preciso l'atto medico o che elenchi con precisione le attività di esclusiva competenza medica, ad eccezione della formulazione di una diagnosi di patologia e della prescrizione terapeutica; questo comporta che, il confine tra atto medico e atto infermieristico debba essere individuato in relazione alla formazione di base e post-base ricevuta dal singolo professionista e confacente alle necessità dell'assistito.
Partendo da questo fatto deriva la necessità di predisporre, in maniera standardizzata a livello nazionale, uno specifico percorso di formazione e di certificazione delle competenze dell'Infermiere di *See and Treat*.

Scopo dello studio

L'elaborato ha lo scopo di evidenziare e valorizzare l'autonomia e la professionalità che l'infermiere può esprimere in un contesto come quello dell'area critica, prendendo in considerazione la figura professionale dell'*Emergency Nurse Practitioner* nella realtà internazionale. È stata valutata l'efficacia e la sicurezza del *See and Treat* attraverso una revisione della letteratura, in

particolare in merito ai seguenti outcomes: riduzione del tempo di attesa per i codici minori, qualità delle cure erogate, livello di soddisfazione degli utenti. Infine sono state riassunte le migliori evidenze disponibili, per determinare l'impatto del modello sul servizio fornito dagli Infermieri di PS.

Strumenti, materiali e metodi di realizzazione dello studio

E' stata effettuata una ricerca bibliografica, all'interno del *database* PubMed, utilizzando un quesito interrogativo di *foreground* e metodologia PICOM. La revisione della letteratura è stata preceduta dall'analisi di articoli, documenti, siti internet, consultabili tramite i motori di ricerca Google e Google Scholar. Il focus di ricerca è stato il modello *See and Treat* britannico, così da poter meglio isolare le parole chiave e i termini ai fini della costruzione della stringa di ricerca.

Quesito: Esistono evidenze che mettano in relazione il servizio dell'Infermiere di PS, con competenze avanzate specifiche, nella gestione di codici minori, in rapporto alla riduzione dei tempi di attesa e della tensione percepita dagli utenti?

P – Pazienti che afferiscono al Pronto Soccorso
I – utilizzo di Infermieri con Competenze Avanzate per la gestione di codici minori
C – //
O – Riduzione dei tempi di attesa nel DE per i codici minori
M – Revisioni della letteratura, opinione di esperti, studio prospettico randomizzato, studi pilota, studio quali-quantitativo, studi osservazionali retrospettivi, studi qualitativi, studi descrittivo esplorativi, studio osservazionale randomizzato.

Ho verificato l'esistenza nel dizionario *Mesh* di parole significative quali: *see and treat, fast track, emergency department, emergency nurse practitioner, minor injuries unit, legal aspects*. Nessuno dei termini è risultato presente, ho scelto quindi di utilizzare due termini in particolare, presenti nel dizionario *Mesh:*
- *Emergency Service, Hospital* (dipartimento ospedaliero responsabile dell'ammissione e del trattamento d'urgenza del paziente affetto da problematiche sia di tipo medico che chirurgico)
- *Emergency Nursing* (specializzazione infermieristica diretta all'assistenza e alla cura dei pazienti nel dipartimento di emergenza)

I termini significativi sono stati combinati come parole libere. Per ampliare i risultati della ricerca ho consultato anche le bibliografie degli articoli selezionati. Nella tabella sotto riportata, è possibile visionare le stringhe di ricerca con annesse le date di interrogazione del database, criteri di inclusione, numero di risultati ottenuti e numero articoli da me selezionati. (Vedi Tab.7- Risultati della ricerca bibliografica)

Dopo attenta lettura di tutti gli *abstract,* ho selezionato gli articoli inerenti al tema, che evidenziassero ricadute significative per la professione infermieristica, al fine di fare una cernita di quelli pertinenti all'argomento, utili nel rispondere al quesito preposto. Ho scelto in particolare articoli che rappresentassero gli *outcomes*: *Emergency Nurse Practitioner, See and Treat.* Ho poi reperito per tutti gli articoli di interesse il *full text,* l'articolo più recente è del 2017, il più datato è del 2006, l'unico che non rispetta il limite temporale dei 10 anni ma che ho scelto, reputandolo significativo. Il numero finale degli articoli presi in considerazione è 30, di cui: 9 revisioni della letteratura, 1 opinione di esperti, 1 studio prospettico randomizzato, 2 studi pilota, 1 studio quali-quantitativo, 8 studi osservazionali retrospettivi, 5 studi qualitativi, 2 studi descrittivo esplorativi, 1 studio osservazionale randomizzato. Una volta identificati, è stato possibile procedure con l'analisi dei dati e compiere il progetto di revisione della letteratura.
L'analisi degli studi in forma completa è stata effettuata nei mesi da luglio a settembre 2018.

Discussione

La revisione della letteratura fa emergere che il fenomeno dell'affollamento dei Dipartimenti di Emergenza rappresenta un aspetto presente e pressante a livello internazionale.
Questo fenomeno influisce sul processo di Triage, il quale pur salvaguardando la salute dei pazienti con bisogni di cura più urgenti, porta a tempi di attesa più lunghi per i codici minori e un più lungo tempo di permanenza all'interno del DE.
Nella nostra realtà questo "problema" genera insoddisfazione da parte dell'utente, che ritiene così che il suo problema di salute sia sottovalutato senza comprenderne la vera ragione.
Questa reazione si ravvisa in particolare nella popolazione giovane, in cui l'utente/paziente diventa "consumatore" di prestazioni me-

Stringa di ricerca	Motore di ricerca	Limiti	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Data accesso D.B.
("Emergency Service, Hospital "[Mesh] OR "Emergency Nursing" [Mesh]) AND ("See and treat" OR "Minor Injuries Unit" OR "Fast track" OR "Emergency Nurse Practitioner")	PubMed	10 anni, lingua italiana o inglese	122	14	13/08/2018
"See and Treat" AND "Emergency department"	PubMed	lingua italiana o inglese	8	4	13/08/2018
"See and treat" AND "Legal aspects"	PubMed	10 anni, lingua italiana o inglese	1	1	13/08/2018
"Emergency Nurse Practitioner" AND "Emergency Department"	PubMed	10 anni, lingua italiana o inglese	37	11	13/08/2018
TOTALE (esclusi i doppi)				30	

diche, esami diagnostici e strumentali, con la richiesta di tempestiva assistenza.
A questo target si va a sommare la maggior parte dei pazienti più anziani con ridotta urgenza clinica, che si presenta al DE a causa di una difficoltà percepita e a volte reale riguardo l'accesso alle strutture di cura primarie o ai servizi specialistici, oltre ad un'aspettativa di assistenza tempestiva e specializzata.
Per poter influire sul problema è necessario prima di tutto creare consapevolezza nelle persone educandole ad un accesso appropriato ai servizi di PS, azione questa di medio-lungo termine in quanto si tratterebbe di agire sugli schemi culturali delle persone.
In secondo luogo la collaborazione dei MMG per evitare gli accessi impropri è da perseguire nonostante i risultati non troppo incoraggianti.
Considerata la tendenza dei cittadini a ricorrere sempre più spesso alle prestazioni di PS anche per problematiche minori ed a basso contenuto d'urgenza, l'attenzione maggiore è rivolta alla necessità di salvaguardare la capacità della struttura di svolgere il suo intrinseco compito: dare risposta nel più breve tempo possibile alle emergenze. Nel contesto italiano, non si può non ragionare per un sistema efficace del modello organizzativo S&T, senza pensare di introdurre una figura analoga all' *Emergency Nurse Practitioner* nello specifico ambito, poiché sarebbe una soluzione incompleta.
La maggior parte degli studi concordano nell'affermare che l'ENP ha permesso al personale medico di concentrarsi sui casi più gravi.
Descrivere nel dettaglio le abilità dell'ENP non è stato possibile in quanto le sue competenze sono in continua evoluzione, in base ai bisogni degli specifici contesti epidemiologici e territoriali.
Nella realtà italiana l'ENP potrebbe corrispondere ad un infermiere con competenze specialistiche, in possesso di un Master di I livello nell'ambito dell'emergenza, nel cui percorso formativo fossero ricompresi gli insegnamenti necessari all'attuazione efficace del modello.
Nel ricoprire questo ruolo, l'infermiere deve essere capace di accettare le responsabilità e di riconoscere i propri limiti, agendo in maniera sempre più aderente all'EBP, agendo in un ambito organizzativo che riconosca il ruolo e le competenze per evitare ambiguità che minano la fiducia degli utenti rispetto alle prestazioni del SSN.
In seguito alla sperimentazione effettuata nella Regione Toscana, sono emerse aree di miglioramento sul piano organizzativo quali: difficoltà nel coinvolgimento dei servizi diagnostici radiologici (in quanto il medico radiologo richiede la doppia firma per motivi normativi), presenza di percorsi *fast-track* specialistici in alcuni PS, che sottraggono potenziale casistica al percorso *S&T*, mantenendo così, nella maggior parte dei casi, lunghi tempi di attesa e permanenza.
Dalla revisione della letteratura (Radice et al. 2013) si evince che la normativa italiana, in tema di esercizio professionale, non è in contrasto con l'introduzione dell'*Emergency Nurse Practitioner* nei PS, offrendo elementi per un ulteriore sviluppo professionale.
Lo scopo dell'introduzione degli *ENP* nei Dipartimenti d'Emergenza non è quello di considerarli come sostituti dei medici, ma come un valore aggiunto al servizio attualmente fornito.
I ricercatori hanno dimostrato abbondantemente che infermieri con competenze avanzate possono fornire cure di qualità a pazienti con problemi a carattere di urgenza minore.
L'analisi di letteratura effettuata ha avuto dei limiti dovuti alla disomogeneità del titolo, formazione, ruolo e delle competenze che possiedono gli *Emergency Nurse Practitioner* nelle varie realtà a livello internazionale, questo ha reso dunque difficile effettuare confronti.
In futuro il modello *See and Treat*, potrebbe prevedersi anche nelle strutture territoriali in modo da intercettare una consistente quantità di casi clinici minori ed intervenire prima che questi giungano in Pronto Soccorso.

Conclusione

Il modello *See end Treat*, di assistenza rapida, è pieno di risorse per fornire cure di alta qualità e assistenza ai pazienti con ridotta acuità: rapido non significa superficiale, ma indica l'efficienza in cui fornire una risposta in tempi brevi al bisogno dell'utente.
La normativa in tema di esercizio professionale non è in contrasto con l'introduzione della figura dell'Infermiere con competenze specialistiche, anzi offre elementi per un ulteriore sviluppo professionale, con conseguente soddisfazione lavorativa ed un ampliamento delle prospettive di carriera.
Infine, applicare questo modello organizzativo nel nostro contesto, significherebbe innanzitutto rispondere ad un bisogno della collettività di avere prestazioni sicure, rapide ed appropriate ed anche investire in risorse umane ed economiche, sulla base di numerose evidenze scientifiche; adattare e sperimentare nel nostro contesto, sistemi già messi in pratica e studiati in altri Paesi; ridurre notevolmente il rischio di attuare progetti inefficaci.

Bibliografia

1. Wilbeck J., Roberts E., Rudy S., "Emergency Nurse Practitioner Core Educational Content" Advanced Emergency Nursing Journal 2017 Vol. 39, No. 2, pp. 141–151

2. Plath S. J., Wrighta M., Hockinga J., "Evaluating an australian emergency nurse practitioner candidate training program" Australasian Emergency Nursing Journal 2017 AENJ-385; No. of Pages 8 Contents lists available at ScienceDirect

3. Williams K., "Advanced practitioners in emergency care: a literature review" Emergency Nurse. 2017. 25, 4, 36-41.

4. Bryson C., "How emergency department staff perceive acute nurse practitioners" Emergency Nurse 2016 Vol. 23, N. 10

5. Doetzel C. M., Rankin J. A., Then K. L. "Nurse Practitioners in the Emergency Department Barriers and Facilitators for Role Implementation" Advanced Emergency Nursing Journal
Vol. 38, No. 1, pp. 43–55

6. Jennings N., Lutze M., Clifford S., Maw M. "How do we capture the emergency nurse practitioners contribution to value in health service delivery?" Australian Health Review, 2017, 41, 89–90

7. Van der Linden M. C., Barbara E.A.M., Van der Linden N. "Emergency department crowding affects triage processes" International Emergency Nursing 2016 10.1016/j.ienj.2016.02.003

8. Lloyd-Rees J., "How emergency nurse practitioners

view their role within the
emergency department: A qualitative study" International Emergency Nursing 24 (2016) 46–53
Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater) Sentenza N. 10411/2016 REG.PROV.COLL. N. 08062/2015 REG.RIC. Pubblicato il 19/10/2016

9. Tucker A., Bernard M., "Making the Case for Nurse Practitioners in the Emergency Department A Clinical Case Study" Advanced Emergency Nursing Journal 2015 Vol. 37, No. 4, pp. 308–312

10. Jennings N., Clifford S., Fox A.R., O'Connell J., Gardner G. "The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review" International Journal of Nursing Studies 52 (2015) 421–435

11. Bornaccioni C., Coltella A., Pompi E., Sansoni J. "Non-urgent accesses and nurses' roles in Emergency Department: a narrative literature review" Prof Inferm 2014 Jul-Sep;67(3):139-154

12. O'Connell J., Gardner G., Coyer F. "Profiling Emergency Nurse Practitioner Service An Interpretive Study" Advanced Emergency Nursing Journal 2014 Vol. 36, No. 3, pp. 279–290

13. Lutze M., Ross M., Chu M., Green T., Dinh M. "Patient perceptions of emergency department fast track: A prospective pilot study comparing two models of care" Australasian Emergency Nursing Journal 2014. 17, 112—118

14. Jennings N., Mckeown E., O'Reilly G., Gardner G. "Evaluating patient presentations for care delivered by emergency nurse practitioners: A retrospective analysis of 12 months" Australasian Emergency Nursing Journal 2013. 16, 89—95
15. Jones M., Christoffis L., Smith S., Hodyl N. "An exploration of the perceptions of Emergency
Physicians and Trainees, towards Emergency Nurse Practitioners in Australia" Australasian Emergency Nursing Journal (2013) 16, 73—80

16. Radice C., Ghinaglia M., Doneda R., Bollini G. ""See and Treat" in the Emergency Department: legal aspects and professional nursing responsibility"Prof Inferm 2013 Jul-Sep; Vol. 66 n.3:175/181

17. Dinh M. M., Enright N., Walker A., Ahilan Parameswaran A., Chu M. "Determinants of patient satisfaction in an Australian emergency department fast-track setting" Emerg Med J 2012;0:1–4.

18. Lowthian J. A., Smith C., Stoelwinder J. U., Smit D. V., McNeil J. J., Cameron P. A." Why older patients of lower clinical urgency choose to attend the emergency department" Internal Medicine Journal 2012 59/65

19. Levati S., Capitoni E. "Impact of the role of Emergency Nurse Practitioners in the clinical management of patients in a UK Emergency Ward" Professioni Infermieristiche, Vol. 65 n. 2, Aprile Giugno 2012, pag. 7580

20. O'Connell J., Gardner G. E., "Development of clinical competencies for emergency nurse practitioner: a pilot study" Australasian Emergency Nursing Journal, 2012 15(4), pp. 195-201

21.Dinh M., Walker A., Parameswaran A., Enright N. "Evaluating the quality of care delivered by an emergency department fast track unit with both nurse practitioners and doctors" Australasian Emergency Nursing Journal (2012) 15, 188—194

22. Considine J., Lucas E., Payne R., et al. "Analysis of three advanced practice roles in emergency nursing" Australasian Emergency Nursing Journal (2012) 15, 219—228

23. Rosselli A., Francois C., Massai D., Becattini G. et al." Risultati della sperimentazione del See and Treat. Analisi dei dati e sviluppi futuri."Toscana Medica 2011; 9:17-19

24. Hoskins R. "Evaluating new roles within emergency care: a literature review" International Emergency Nursing (2011) 19, 125– 140

25. Vidar Melby, Mark Gillespie and Stephanie Martin "Emergency nurse practitioners: the views of patients and hospital staff at a major acute trust in the UK" Journal of Clinical Nursing, 2011, 20, 236–246

26. Giusti M., Ricci E., Galli M., Pratesi S., Fronduti C., Laurenti S. "See & Treat infermieristico: dalle esperienze internazionali alla sperimentazione in Toscana." Obbiettivo - Professione Infermieristica, nr. 2/2010 IPASVI Firenze

27. Giunta Regionale Toscana. Delibera n.449 del 31/03/2010. "Progetto di sperimentazione del modello Seeand Treat in Pronto Soccorso – revisione"

28. Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna. "Esposto a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione – da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L. 175/94".
Bologna, 5 ottobre 2010

29. Silvestro A. "La posizione dell'IPASVI. L'infermiere" 23/11/2010; 6:3.

30. Hart L., Mirabella J. "A Patient Survey on Emergency Department Use of Nurse Practitioners" Advanced Emergency Nursing J. 2009 Vol. 31, No. 3, pp. 228–235

31. Jennings N., Lee G., Chao K., Keating S. "A survey of patient satisfaction in a metropolitan
Emergency Department: Comparing nurse practitioners and emergency physicians" International Journal of Nursing Practice 2009; 15: 213–218

32. Cataldi W., Coniglio C., "Approccio al paziente critico affetto da trauma" Maggio 2009

33. Currie J., Crouch R. "How far is too far? Exploring the perceptions of the professions on their current and future roles in emergency care" Emerg Med J. 2008; 25:335–339.

34. Bambi S., Giusti M., Becattini G. "See and Treat emergency department : the shift from doctors to nurses with advanced skills. A literature review." Assist Inferm Ric 2008; 27, 3

35. Giunta Regionale Toscana. Delibera n.958 del 17/12/2007 "Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori".Approvazione documento. Bollettino ufficiale della regione toscana 2/01/2008

36. Combs S., Chapman R., Bushby A. "Fast Track: One hospital's journey" Accident and Emergency Nursing (2006) 14, 197–203

37. Department of Health "Reforming Emergency Care" published: Oct 2001

38. Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act del 1985 (Pub 99-272, 100 Stat. 82) Statuto divenuto Legge il 7 aprile 1986 (COBRA Legislation)

SITOGRAFIA

- ASL CN1 Sito di informazione sanitaria "Accettazione del paziente in Pronto Soccorso" Ultima consultazione 28/08/2018 http://www.salutedintorni.info/accettazione-del-paziente-in-pronto-soccorso/

- D.M. Sanità G.U. 17/05/1996 "Atto intesa Stato-Regioni di approvazione Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza"; pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 maggio 1996, n. 114 Ultima consultazione 1/09/2018 http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1996-05-17&atto.codiceRedazionale=096A2986&elenco30giorni=false

- Ministero della Salute. I codici colore gravità (triage). Pubblicato 13 giugno 2008, aggiornato 8 febbraio 2013. Ultima consultazione 1/09/2018 http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1052&area=118%20Pronto%20Soccorso&menu=vuoto

- Ministero della Sanità. Decreto 15 maggio 1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza" (G.U. Serie Generale n.121 del 25-05-1992) Ultima consultazione 1/09/2018
http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=10RFB5+Zdn1xUSWyjZTCBQ__.ntc-as3-guri2b?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-05-25&atto.codiceRedazionale=092A2442&elenco30giorni=false

- Società Italiana di Emergenza ed Urgenza Pediatrica "Verso un nuovo modello di triage intraospedaliero" Ultima consultazione 1/09/2018 http://www.simeup.it/doc2/nuovo%20modello%20di%20Triage%20intraospedaliero.pdf

- Programma Nazionale Esiti – PNE – "Accessi in Pronto Soccorso per Triage 2016" Ultima consultazione 3/09/2018 http://95.110.213.190/PNEed17/emur/emur_acc.php

- Programma Nazionale Esiti – PNE - "Accessi in Pronto Soccorso per Triage 2015" Ultima consultazione 3/09/2018 http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/emur/emur_acc.php

- Programma Nazionale Esiti - PNE - "Accessi in Pronto Soccorso per Triage 2014" Ultima consultazione 3/09/2018 http://95.110.213.190/PNEed15/emur/emur_acc.php
- Camera dei deputati Question time n. 3-02771 Ministro Lorenzin 8 febbraio 2017 "Dati nazionali sulla durata della permanenza in pronto soccorso prima del ricovero". Ultima consultazione 5/09/2018 http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_3_1_1.jsp?lingua=italiano&id=5&label=parlamento&menu=ministro
- Ministero della Salute. Progetto Mattoni SSN. "Pronto Soccorso e sistema 118 - Milestone 1.3 - Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (triage PS e 118)" 2007 Ultima consultazione 5/09/2018 http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/documenti/MDS_MATTONI_SSN_milestone_1.3_triage_v1.0.pdf

- Dott. Montemurro D., Responsabile nazionale ANAAO Giovani, Dott.ssa Rivetti C., Segreteria regionale ANAAO Piemonte "Il Pronto Soccorso tra l'emergenza sovraffollamento e la cronica disorganizzazione" Ultima consultazione 10/09/2018 http://www.anaao.it/public/aaa_1391684_def_il_pronto_soccorso.pdf

- American Association of Nurse Practitioner (AANP) Ultima consultazione 10/09/2018 https://www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np#services

- Gruppo Formazione Triage

- Parlamento Italiano, leggi per area tematica sanità. Ultima consultazione 12/09/2018 http://www.parlamento.it/Parlamento/523?current_page_6595=12&area_tematica=30

Le competenze *core* per tutti i professionisti sanitari

di **Loai Albarqouni[1]*, Tammy Hoffmann[1], Sharon Straus[2], Nina Rydland Olsen[3], Taryn Young[4], Dragan Ilic[5], Terrence Shaneyfelt[6], R. Brian Haynes[7], Gordon Guyatt[7], Paul Glasziou[1]**

1Bond University, Australia, 2University of Toronto, Canada, 3Western Norway University of Applied Sciences, Norvegia, 4Stellenbosch University, Sud Africa, 5Monash University, Australia, 6University of Alabama, USA, 7McMaster University, Canada

ABSTRACT

Background. L'Evidence-based Practice (EBP) è necessaria per migliorare la qualità dell'assistenza e gli outcome dei pazienti. L'EBP è generalmente integrata nei curricula dei programmi formativi di base, specialistici e di sviluppo professionale continuo. Tuttavia nei contenuti dei curriculum di insegnamenti e programmi di EBP esiste una certa variabilità. Definire un set minimo standardizzato di competenze *core* per l'EBP che tutti i professionisti sanitari dovrebbero acquisire permetterebbe di standardizzare e migliorare la formazione in EBP.

Obiettivo. Sviluppare tramite un processo di consenso un set di competenze *core* per l'EBP per tutti i professionisti sanitari.

Metodi. Per questo studio basato su una survey Delphi modificata, il set di competenze *core* per l'EBP che dovrebbero essere incluse in insegnamenti e programmi di EBP è stato sviluppato in 4 step: 1) definizione di un set preliminare di competenze rilevanti di EBP derivato da una revisione sistematica di studi educazionali sull'EBP per i professionisti sanitari; 2) survey Delphi in 2 round condotta via web tra professionisti sanitari, selezionati utilizzando un campionamento intenzionale, per definire le priorità e raggiungere il consenso sulle competenze *core* per l'EBP; 3) meeting, sia in presenza che in videoconferenza per finalizzare il consenso sulle competenze *core*; 4) feedback e approvazione da parte di esperti di EBP.

Risultati. Da una precedente revisione sistematica di 83 studi su interventi educazionali di EBP, sono state identificate 86 competenze per l'EBP. Nella survey Delphi, dei 234 professionisti sanitari (medici, infermieri e altri professionisti sanitari) che hanno manifestato interesse [88 (6,1%) donne; età media (±DS) 45,2 (±10,2) anni], 184 (78,6%) hanno partecipato al primo round e 144 (61,5%) al secondo. È stato raggiunto il consenso su 68 competenze *core* per l'EBP. Il set finale di competenze *core* per l'EBP è stato raggruppato nei principali step del'EBP. Per ciascuna competenza *core* sono descritti il livello di dettaglio e le modalità con cui trasferirle.

Conclusioni. È stato identificato un set aggiornato e basato sul consenso di competenze *core* per l'EBP che può informare lo sviluppo del curriculum di programmi di insegnamento e apprendimento *entry-level* di EBP per i professionisti sanitari e gli standard di riferimento per l'insegnamento dell'EBP.

1. INTRODUZIONE

Il termine *Evidence-based Medicine* è stato utilizzato per la prima volta in ambito medico nei primi anni '90 ma, visto che il suo utilizzo si è progressivamente esteso a tutte le professioni sanitarie, oggi si preferisce utilizzare *Evidence-based Practice* (EBP). L'EBP fornisce una metodologia per integrare nelle decisioni professionali le evidenze scientifiche con l'esperienza clinica e con i valori e le preferenze dei pazienti[1,2].

L'implementazione dei princìpi dell'EBP ha apportato un notevole contributo al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria oltre che degli outcome dei pazienti. Negli ultimi vent'anni l'EBP

Citazione. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S et al. Evidence-based Practice: le competenze core per tutti i professionisti sanitari. Evidence 2019;11(6): e1000198.
Pubblicato 28 giugno 2019
Copyright. © 2018 Albarqouni L et al. JAMA Network Open
Fonti di finanziamento. Albarqouni L ha ricevuto un finanziamento dell'Australian Government Research Training Program Scholarship.
Ruolo dei finanziatori. I finanziatori non hanno avuto alcun ruolo nel disegno e nella conduzione dello studio, nella raccolta, gestione, analisi ed interpretazione dei dati; nella preparazione, revisione o approvazione del manoscritto e nella decisione di sottomettere il manoscritto per la pubblicazione.
Conflitti d'interesse. Loai Albarqouni ha ricevuto grant dall'Australian Government Research Training Program Scholarship durante la conduzione dello studio. Tammy Hoffmann ha ricevuto compensi personali da Elsevier non correlati a questo studio. Paul Glasziou è membro del board dell'International Society for Evidence-Based Health Care. Nessun altro conflitto di interesse dichiarato.
Provenienza. Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, Olsen NR, Young T, Ilic D, Shaneyfelt T, Haynes RB, Guyatt G, Glasziou P. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals. Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. JAMA Netw Open 2018;1:e180281. Disponibile a: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685621.
* **E-mail**: loai.albarqouni@student.bond.edu.au.

è stata progressivamente integrata in tutto il mondo come componente *core* del curriculum di base, dei programmi specialistici e quelli di formazione continua[3,4]. Numerose organizzazioni di accreditamento professionale (es. *Accreditation Council for Graduate Medical Education* in USA) richiedono che tutti coloro che praticano attività clinica (es. professionisti sanitari e studenti di tutte le discipline) abbiano competenze per l'EBP[5]. La *National Academy of Medicine* (già *Institute of Medicine*), organizzazione no profit indipendente non governativa - che fornisce supporto, consulenza e conduce ricerche sulle principali tematiche dell'assistenza sanitaria - ha riconosciuto l'EBP come competenza *core* necessaria per il miglioramento continuo della qualità e della sicurezzadell'assistenza sanitaria[6]. Anche se sono state utilizzate e valutate numerose strategie di insegnamento, la mancanza di conoscenze e competenze viene tuttora riportata come uno dei maggiori ostacoli alla pratica dell'EBP[7,8]. Una delle possibili motivazioni risiede nell'estrema variabilità di qualità e contenuti dei programmi di insegnamento dell'EBP[9] (oltre a: LA, PG, TH, dati non pubblicati, 2018). Di conseguenza, un set standardizzato di competenze *core* per l'EBP per professionisti e studenti può migliorare sia programmi formativi e insegnamento dell'EBP, sia conoscenze e skill di tutti i professionisti sanitari[10]. Le competenze *core* sono state definite come il set minimo di determinanti (conoscenze, skill e attitudini) che permettono a un professionista sanitario di eseguire alcuni task con standard appropriati e in maniera efficiente ed efficace[11]. Le competenze *core* offrono un linguaggio condiviso per definire cosa ci si aspetta che tutti i professionisti sanitari siano in grado di fare per lavorare in maniera ottimale. Riconoscendola come strada promettente per riformare e gestire la formazione medica e migliorare la qualità dell'assistenza[12,13], il report dell'*Institute of Medicine "Health Professions Education*: *A Bridge to Quality*"[4] ha standardizzato per tutte le professioni sanitarie la formazione basata sulle competenze, la cui implementazione richiede: innanzitutto l'identificazione delle competenze *core*; in secondo luogo la progettazione di curricula e programmi di insegnamento che articolano chiaramente i contenuti relativi ad ogni competenza *core*; infine, lo sviluppo di strumenti validi e affidabili per valutare le competenze *core*[14]. Una chiara definizione delle competenze *core* è fondamentale in tutti i setting formativi sanitari, perché informa la progettazione di un curriculum, inclusi gli outcome di apprendimento, le strategie di valutazione e le conoscenze/ competenze acquisite alla fine del corso di laurea[15-17]. Di conseguenza, definire le competenze *core* è una priorità della formazione in ambito medico e sanitario[11,18-22].
In assenza di set di competenze *core* per l'EBP definiti in maniera sistematica, abbiamo colmato il gap con questo studio, il cui obiettivo è proprio di sviluppare, tramite consenso, un set di competenze *core* per l'EBP che insegnamenti e programmi formativi di EBP dovrebbero includere.

2. METODI

È stato condotto uno studio Delphi modificato in più step:

1. Definizione, previa revisione sistematica della letteratura, di un set preliminare di competenze rilevanti da includere in quelle *core* per l'EBP.
2. Conduzione di una survey Delphi in 2 round per definire le priorità e raggiungere il consenso sulle competenze *core* EBP.
3. Organizzazione di un meeting per finalizzare il consenso sulle competenze *core* per l'EBP.
4. Richiesta di feedback e approvazione da parte di esperti di EBP.
5. Pianificazione della disseminazione dei risultati.

2.1. Definizione di un set preliminare di competenze rilevanti per l'EBP

È stata innanzitutto completata una revisione sistematica degli studi educazionali sull'EBP, secondo le linee guida per il reporting *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA)[23]. Sono stati considerati eleggibili solo studi controllati che valutavano gli effetti della formazione EBP tra i professionisti sanitari, indipendentemente da livello di formazione, professione o formato dell'intervento educazionale. Dei 1.682 articoli identificati ne sono risultati eleggibili 714: di questi, dopo lo screening di titoli e abstract, sono stati analizzati 286 full text e 83 studi sono risultati eleggibili (figura 1). I risultati di tale revisione sono disponibili in altra pubblicazione[23]. è stata effettuata l'analisi degli studi inclusi per identificare le competenze per l'EBP considerate; sono stati identificati grazie al contatto con esperti i curricula EBP e gli statement più rilevanti: il *Sicily statement on Evidence-Based Practice*[24], i report dell'*Institute of Medicine*[4] e le basi concettuali del progetto *Informed Health Choice*[25,26]; è stata effettuata la revisione di tali documenti per identificare le competenze rilevanti per l'EBP, definite come "il set minimo di determinanti (conoscenze, skill e attitudini) che permettono a un professionista sanitario di eseguire una serie di task con standard appropriati in

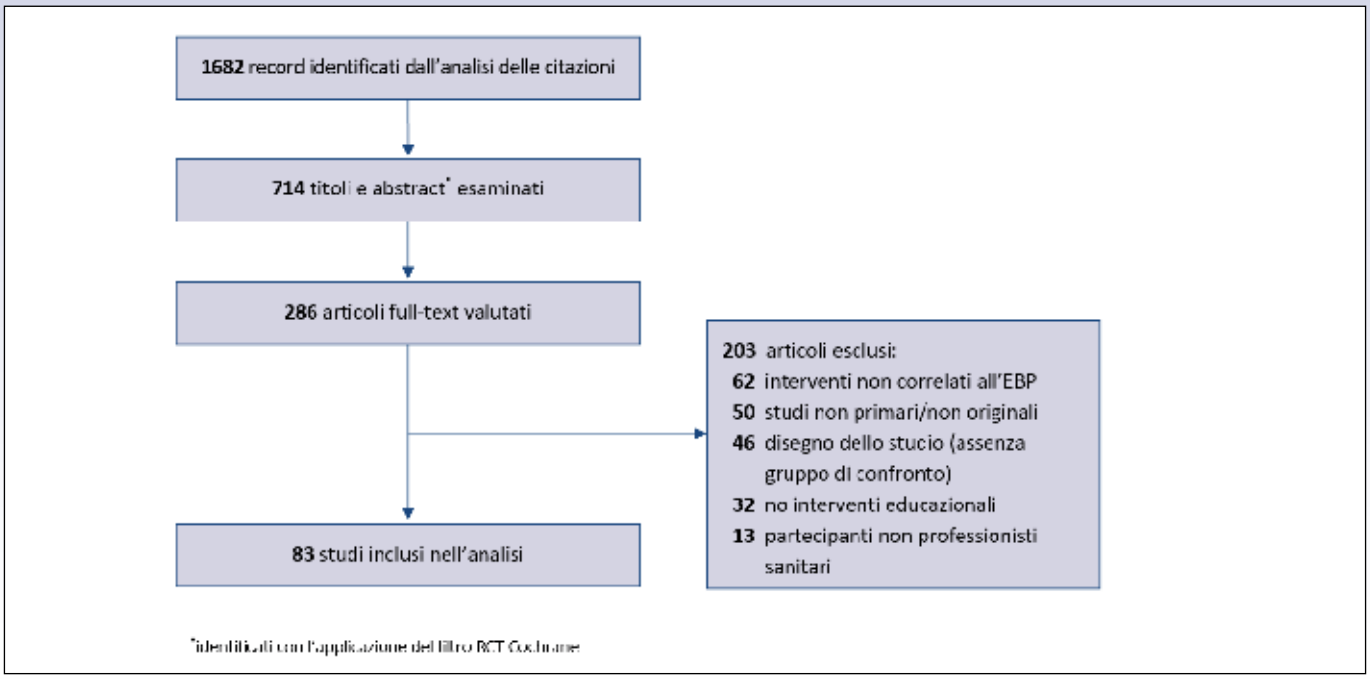


Figura 1. Flow chart PRISMA della revisione sistematica

maniera efficiente ed efficace"[11]. Tre autori (LA, TH e PG) hanno estratto in maniera indipendente le competenze per l'EBP da un campione casuale di 20 articoli e hanno proseguito la discussione sino a raggiungere il consenso; successivamente LA ha estratto le competenze per l'EBP dai rimanenti articoli inclusi.
I tre autori hanno effettuato una revisione del set iniziale di competenze per l'EBP per identificare duplicazioni,
sovrapposizioni e ambiguità, lasciando solo competenze specifiche. Quindi hanno raggruppato queste competenze negli step rilevanti dell'EBP (aspetti generali, formulazione del quesito, ricerca delle evidenze, valutazione critica e interpretazione delle evidenze, applicazione delle evidenze e valutazione). I metodi di questa fase sono riportati in dettaglio nel documento *eMethods* 1 del supplemento[27].

2.2. Survey Delphi in 2 round

È stata condotta una survey Delphi modificata in 2 round per ottenere il contributo di un ampio range di esperti e stakeholder sulle principali competenze *core* per l'EBP[28-31]. È stato utilizzato un approccio di campionamento intenzionale a catena per invitare i professionisti sanitari con esperienze rilevanti nell'insegnamento e/o nella pratica dell'EBP a manifestare il loro interesse a partecipare alla survey (febbraio 2017). Gli inviti sono stati divulgati sia via email al gruppo di discussione *Evidence-Based-Health* e a network nazionali e internazionali di società di *evidence-based healthcare*, sia tramite social media (es. Twitter, Facebook).
La figura 2 illustra il processo della survey Delphi modificata. Il round 1 (marzo-aprile 2017) includeva 86 competenze raggruppate nei 5 step dell'EBP. Coloro che avevano manifestato interesse, invitati a partecipare al round 1, hanno valutato la rilevanza di ciascuna competenza in un insegnamento di EBP utilizzando la seguente scala:

- da escludere;
- da menzionare (M): dovrebbe essere solo citata (es. conoscenza generale della competenza);
- da spiegare (S): dovrebbe essere sinteticamente spiegata (es. comprensione della competenza senza esercitazioni pratiche);
- da praticare (P): dovrebbe essere messa in pratica con esercitazioni (es. dettagliata comprensione della competenza rinforzata con esercitazioni pratiche).

Questa scala è stata scelta per riflettere gli outcome di apprendimento desiderati, la relativa competenza clinica (es. piramide di Miller della *clinical competence*[32]), il livello di dettaglio e il tempo necessario. Nel round 2 sono state incluse le competenze per l'EBP che avevano raggiunto un livello predefinito di consenso di ≥70% dei partecipanti per competenza, oppure un rating combinato ≥85% tra due categorie di rating (es. combinazione di menzionata e spiegata ≥85%).
I partecipanti che hanno completato il round 1 sono stati invitati a partecipare al round 2 (maggio-giugno 2017). Per questo round le competen-

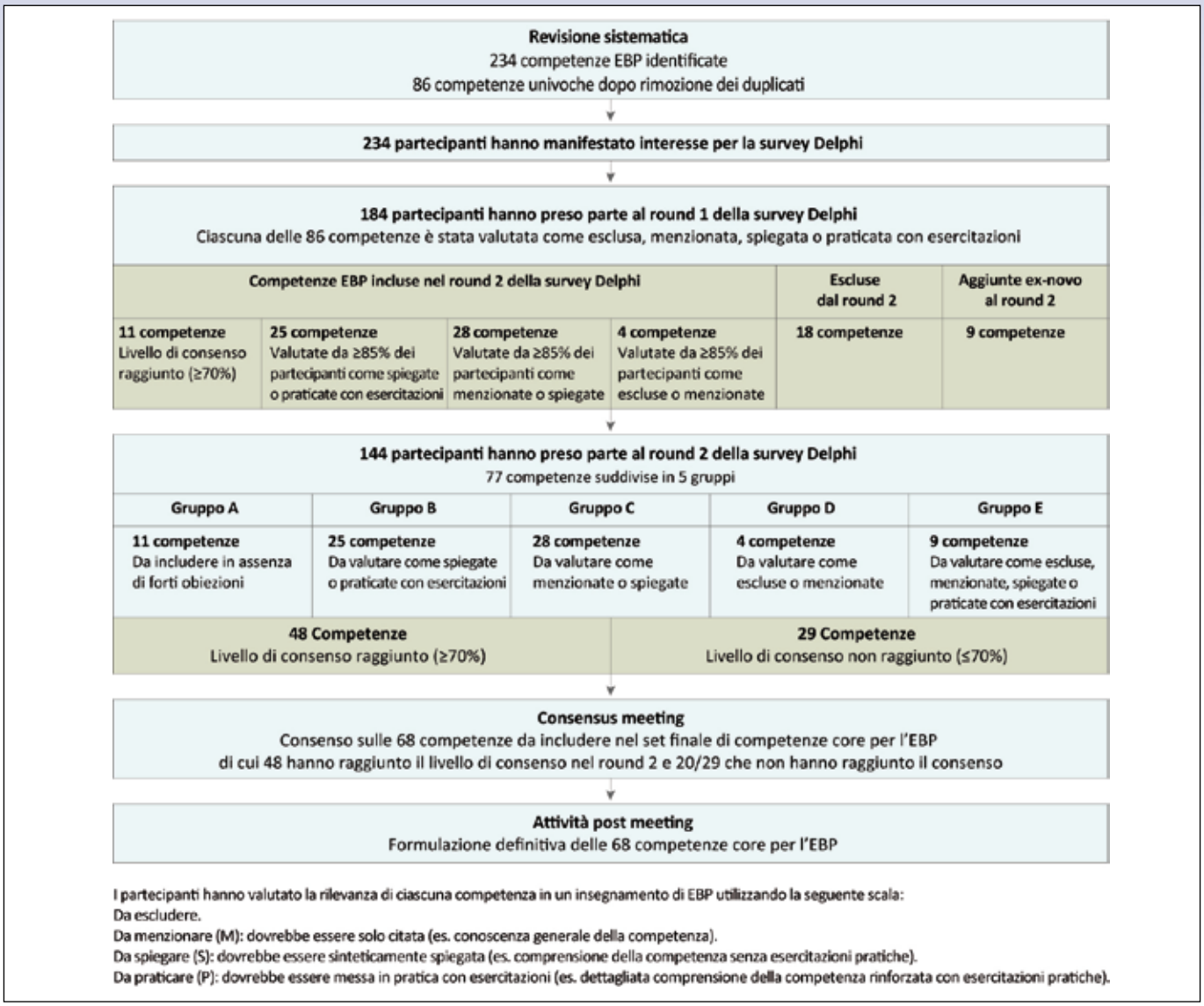


Figura 2. Processo di sviluppo del set di competenze core per l'EBP

ze incluse sono state revisionate in relazione ai feedback dei partecipanti e suddivise in 5 gruppi (figura 2). Il gruppo A includeva competenze che secondo consenso predefinito (≥70%) dovrebbero essere praticate con esercitazioni, spiegate o menzionate; i partecipanti sono stati informati che queste sarebbero state incluse nel set finale delle competenze *core* in assenza di forti obiezioni nel round 2. I gruppi B, C e D includevano competenze che non avevano raggiunto il livello predefinito di consenso nel round 1, ma secondo la maggioranza (≥85%) dovrebbero essere rispettivamente praticate con esercitazioni/spiegate; spiegate/menzionate; menzionate/escluse. Ai partecipanti al round 2 è stato chiesto di valutare se queste competenze dovrebbero essere praticate con esercitazioni/spiegate, spiegate/menzionate, menzionate/escluse.

Il gruppo E includeva nuove competenze suggerite dai partecipanti nel round 1, che nel round 2 sono stati chiamati a valutarle come escluse, menzionate, spiegate o praticate. Per entrambe le survey è stata utilizzata la piattaforma web-based Survey Monkey. In entrambi i round ai partecipanti è stata data la possibilità di suggerire eventuali competenze aggiuntive, portare motivazioni a favore o contro le competenze proposte e commentare formulazione e comprensibilità delle competenze. Lo studio ha ottenuto l'approvazione del comitato etico della Bond University. I partecipanti sono stati informati che il consenso si intendeva implicitamente acquisito rispondendo alla survey. I metodi utilizzati in questa fase sono riportati in dettaglio nei documenti *eMethods* 2-4 del supplemento[27].

2.3. Consensus meeting e attività post meeting

Il *Centre for Research in Evidence-Based Practice*

Tabella 1. Caratteristiche dei partecipanti dei differenti step della survey Delphi modificata

	N (%)		
Caratteristica	**Manifestazione di interesse (n= 234)**	**Round 1 (n= 184)**	**Round 2 (n= 144)**
Età, media (±DS), anni	45,2 (±10,2)	ND	ND
<30	ND	4 (2,2)	4 (2,8)
30-44	ND	83 (45,1)	63 (43,8)
45-59	ND	75 (40,8)	60 (41,7)
≥60	ND	22 (12,0)	17 (11,8)
Donne	141 (60,3)	110 (59,8)	88 (61,1)
Paesi e continenti	36 paesi: 12 Europa, 13 Asia, 4 Africa, 6 America e Australia	32 paesi: 11 Europa, 12 Asia, 3 Africa, 5 America e Australia	28 paesi: 11 Europa, 10 Asia, 2 Africa, 4 America e Australia
Australia	57 (24,4)	59 (32,1)	45 (31,3)
Gran Bretagna	55 (23,5)	41 (22,3)	31 (21,5)
USA	27 (11,5)	21 (11,4)	22 (15,3)
Other	95 (40,6)	59 (32,1)	46 (31.9)
Disciplina			
Medicina	80 (34,2)	75 (40,8)	59 (41,0)
Infermieristica	33 (14,1)	26 (14,1)	18 (12,5)
Altre professioni sanitarie	66 (28,2)	72 (39,1)	56 (38,9)
Altro	56 (23,9)	13 (7,1)	11 (7,6)
Ruolo attuale[a]			
Insegnamento	178 (76,1)	145 (78,8)	112 (77,8)
Attività clinica	160 (68,4)	140 (76,1)	110 (76,4)
Ricerca	106 (45,3)	68 (37,0)	50 (34,7)
Setting o istituzione[a]			
Università	ND	148 (80,4)	118 (81,9)
Ospedale	ND	69 (37,5)	53 (36,8)
Altro (es. ente pubblico)	ND	21 (11,4)	15 (10,4)
Attualmente formatore di EBP	183 (78,2)	147 (79,9)	115 (79,9)
Esperienza nell'insegnamento dell'EBP in anni, media (±DS)	ND	10,5 (±7,4)	10,9 (±7,4)
Esperienza clinica in anni, media (±DS)	21,2 (±10,8)	ND	ND

[a]I partecipanti potevano selezionare più di un'opzione

(LA, TH, PG) ha organizzato un consensus meeting di 2 giorni (10-11 luglio 2017): i 10 partecipanti sono stati selezionati con campionamento intenzionale per rappresentare varie professioni sanitarie, diversi livelli di esperienza nell'insegnamento dell'EBP, differente provenienza geografica e appartenenza a varie associazioni e organizzazioni di EBP.

Dopo la presentazione dei risultati della revisione si stematica e della survey Delphi, il gruppo ha discusso il set proposto di competenze *core* per l'EBP e ha preso la decisione finale sull'inclusione di ciascuna competenza e sulla sua formulazione e descrizione. Al fine di garantire che il set di competenze stabilito fosse coerente con le decisioni prese, dopo il meeting i partecipanti hanno effettuato la revisione del documento con il set di competenze.

Per garantire validità, applicabilità, utilità e chiarezza delle competenze, il set finale di competenze *core* per l'EBP è stato sottoposto al feedback esterno di 15 esperti di EBP (selezionati con campionamento intenzionale per rappresentare differenti organizzazioni e associazioni di EBP, tra cui membri del board della *International Society for Evidence-Based Health Care*).

Sulla base di tali feedback è stata effettuata un'ulteriore revisione della formulazione e della spiegazione delle competenze.

Tutti gli autori hanno ricevuto via email la bozza finale e hanno suggerito piccole modifiche alla formulazione.

Tabella 2. Set di competenze core per l'EBP

Competenze *core* per l'EBP	Rating
0. ASPETTI GENERALI	
0.1 Comprendere la definizione di evidence-based practice (EBP) intesa come l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche con l'esperienza clinica e con valori e circostanze individuali del paziente	S
0.2 Conoscere il razionale dell'EBP	M
• L'esigenza continua d'informazioni valide per informare le decisioni cliniche e l'inadeguatezza delle tradizionali fonti di aggiornamento	M
• La differenza tra competenze diagnostiche e giudizio clinico che aumentano con l'età e l'esperienza, e la capacità di aggiornamento e la performance clinica, che invece declinano	M
• La limitata disponibilità di tempo per identificare e assimilare le evidenze	M
• I gap tra evidenze e pratica clinica che la rendono subottimale, riducendo la qualità dell'assistenza	M
• La potenziale discordanza tra l'approccio fisiopatologico e quello sperimentale nel valutare l'efficacia degli interventi sanitari	M
0.3 Conoscere per ciascuna tipologia di quesito clinico vantaggi e limiti dei principali disegni di studio, identificandone la corretta gerarchia	S
0.4 Praticare i 5 step dell'EBP: formulare i quesiti clinici, ricercare, valutare e applicare le evidenze, monitorare le proprie performance	P
0.5 Comprendere la differenza tra utilizzo delle evidenze per informare le decisioni cliniche e produzione delle evidenze	M
1. FORMULARE QUESITI CLINICI	
1.1 Spiegare la differenza tra i quesiti clinici di foreground, a cui è possibile rispondere con le evidenze, e quelli di background per i quali non lo è	S
1.2 Identificare differenti tipologie di quesiti clinici: eziologia, diagnosi, prognosi, terapia	P
1.3 Strutturare i quesiti clinici utilizzando il modello PICO	P
• Riconoscere l'importanza di identificare e prioritizzare incertezze e gap di conoscenza nella pratica clinica e le relative strategie	M
• Conoscere il razionale per utilizzare quesiti clinici strutturati	S
• Identificare gli elementi dei quesiti PICO e utilizzarne le varianti se appropriato (es. PICOT, PO, PECO) per strutturare i quesiti clinici	P
2. RICERCARE LE EVIDENZE	
2.1 Identificare le fonti principali dove ricercare le evidenze scientifiche: banche dati primarie, database di evidenze e risorse "filtrate" o "pre-valutate"	S
• Identificare i vantaggi di utilizzare fonti di evidenze "filtrate" o "pre-valutate" e conoscere le risorse rilevanti	S
• Indicare le differenze tra gerarchia delle evidenze, livello di elaborazione delle evidenze e tipologie di risorse EBM	S
2.2 Sviluppare e utilizzare un'adeguata strategia di ricerca per i quesiti clinici	P
• Sapere quali risorse consultare per prime per rispondere a un quesito clinico	P
• Se necessario disegnare una strategia di ricerca coerente con gli obiettivi della ricerca bibliografica	P
• Applicare una strategia di ricerca generale con l'utilizzo di termini di ricerca e operatori booleani, troncamento e filtri per ricerche più efficienti	S
2.3 Conoscere i differenti ambiti coperti dalle principali banche dati	M
2.4 Conoscere le modalità per ottenere i full text degli articoli e di altre risorse	S

Abbreviazioni: S, spiegata; M, menzionata; P, praticata con esercitazioni; PECO, popolazione, esposizione, confronto, outcome; PICO, paziente, intervento, confronto, outcome; PICOT, popolazione, intervento, confronto, outcome, time; PO, popolazione, outcome.

3. RISULTATI

3.1. Generazione di un set preliminare di competenze rilevanti per l'EBP

Sono state inizialmente identificate 234 competenze per l'EBP, ridotte a 86 dopo la rimozione dei duplicati. I dettagli sono riportati nella figura 1 e nelle eTables 1 e 2 del supplemento[27].

3.2. Survey Delphi e consensus meeting

Delle 234 persone che hanno manifestato interesse [88 (61,1%) donne; età media (±DS) 45,2 (±10,2) anni], 184 (78,6%) hanno partecipato al round 1 della survey Delphi, e 144 al round 2 (61,5% del totale, 78,3% dei partecipanti al round 1). Dei 144 partecipanti al round 2, 88 (61,1%) erano donne,

Tabella 2. (segue). Set di competenze core per l'EBP

Competenze *core* per l'EBP	Rating
3. VALUTARE CRITICAMENTE E INTERPRETARE LE EVIDENZE	
3.1 Identificare le competenze chiave per valutare criticamente validità interna, rilevanza clinica e applicabilità e integrità della ricerca clinica	S
• Conoscere la differenza tra errore random ed errore sistematico (bias)	S
• Identificare le principali categorie di bias e il loro impatto sui risultati	S
• Interpretare le più comuni misure di incertezza, in particolare gli intervalli di confidenza	P
• Riconoscere che l'associazione non implica necessariamente causalità, spiegandone le motivazioni	S
• Riconoscere l'importanza di considerare conflitti di interesse e fonti di finanziamento	M
• Conoscere l'utilizzo appropriato e i limiti delle analisi per sottogruppi e interpretarne i risultati	M
3.2 Interpretare i differenti tipi di misure di associazione ed effetto, incluse le principali modalità di presentazione grafica	P
• Identificare le principali tipologie di dati: categoriche e continue	S
• Conoscere il significato delle comuni misure di frequenza	M
• Identificare la differenza tra "significatività statistica" e "rilevanza clinica" e tra l'assenza di prove di efficacia e la disponibilità di prove di inefficacia	S
3.3 Valutare criticamente e interpretare una revisione sistematica	P
• Conoscere la differenza tra revisioni sistematiche, meta-analisi e revisioni non sistematiche (narrative)	M
• Identificare e valutare criticamente gli step principali di una revisione sistematica	P
• Interpretare le presentazioni della combinazione degli studi quali *forest plot* e tabelle di sintesi dei risultati	P
3.4 Valutare criticamente e interpretare uno studio che valuta l'efficacia di interventi sanitari	P
• Identificare e valutare gli elementi principali di un trial controllato	P
• Interpretare i risultati incluse le misure di efficacia	P
• Identificare i limiti degli studi osservazionali per valutare l'efficacia degli interventi sanitari e conoscere le basi dei metodi di aggiustamento e i loro limiti	S
3.5 Valutare criticamente e interpretare uno studio di accuratezza diagnostica	P
• Identificare e valutare gli elementi principali di uno studio di accuratezza diagnostica	P
• Interpretare i risultati e le misure di accuratezza diagnostica	P
• Riconoscere scopo e utilizzo delle *clinical prediction rules*	M
3.6 Distinguere linee guida basate sulle evidenze da quelle basate sulle opinioni	P
3.7 Identificare gli elementi principali e interpretare uno studio prognostico	S
• Identificare e valutare gli elementi principali di uno studio prognostico	S
• Interpretare i risultati incluse le misure di effetto (es. curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier) e l'incertezza	S
• Riconoscere scopo e utilizzo delle *clinical prediction rules*	M
3.8 Spiegare l'utilizzo degli studi eziologici per valutare gli effetti collaterali (rari) degli interventi sanitari	S
• Indicare che gli effetti collaterali dei trattamenti possono essere osservati nei trial controllati, ma alcuni effetti avversi rari o tardivi possono essere osservati esclusivamente negli studi osservazionali	S
3.9 Spiegare obiettivi e metodi della ricerca qualitativa	S
• Riconoscere come la ricerca qualitativa può informare il processo decisionale	M

Abbreviazioni: S, spiegata; M, menzionata; P, praticata con esercitazioni

63 (43,8%) avevano una età compresa tra 30 e 44 anni, 60 (41,7%) di età compresa tra 45 e 59 anni, e 115 (79,9%) insegnavano correntemente l'EBP, con una media (±DS) di 10,9 (±7,4) anni di esperienza nell'insegnamento dell'EBP. I partecipanti provenivano da 28 differenti paesi. Complessivamente 59 partecipanti (41%) erano medici e 56 (38,9%) appartenevano ad altre professioni sanitarie. 54 partecipanti (37,5%) avevano ruoli accademici (insegnamento o ricerca). 118 (81,9%) lavoravano in setting universitario e 53 (36,8%) in ospedale (Tabella 1).

Tabella 2. (segue). Set di competenze core per l'EBP

Competenze *core* per l'EBP	Rating
4. APPLICARE LE EVIDENZE	
4.1 Coinvolgere attivamente i pazienti nelle decisioni, utilizzando il processo decisionale condiviso che prevede la spiegazione delle evidenze e l'integrazione delle loro preferenze	P
• Riconoscere la natura di dubbi, speranze, aspettative, paure, valori e preferenze del paziente	M
• Conoscere e utilizzare il processo decisionale condiviso	P
• Riconoscere il ruolo degli strumenti di supporto decisionale (es. ausili decisionali per i pazienti) per agevolare il processo decisionale condiviso	M
4.2 Conoscere le differenti strategie per gestire le incertezze nel processo decisionale	S
• Riconoscere le componenti/dimensioni professionali, etiche e legali del processo decisionale e il ruolo del ragionamento clinico	M
4.3 Spiegare l'importanza del rischio basale del paziente individuale per valutare i benefici attesi degli interventi sanitari	S
• Riconoscere i diversi tipi di outcome (clinicamente rilevanti, surrogati, compositi)	M
4.4 Interpretare il grado di certezza delle evidenze e la forza delle raccomandazioni cliniche	S
5. VALUTARE LE PROPRIE PERFORMANCE	
5.1 Riconoscere i potenziali ostacoli individuali per trasferire le conoscenze alla pratica clinica e le strategie per superarli	M
• Conoscere il processo della pratica clinica riflessiva	M
5.2 Riconoscere il ruolo dell'audit clinico personale per facilitare l'EBP	M

Abbreviazioni: S, spiegata; M, menzionata; P, praticata con esercitazioni

Con il round 1:
- 11 competenze hanno ottenuto il livello predefinito di consenso (≥70%) (gruppo A);
- 25 competenze sono state valutate dalla maggioranza (≥85%) come praticate con esercitazioni o spiegate (gruppo B);
- 28 competenze sono state valutate dalla maggioranza (≥85%) come spiegate o menzionate (gruppo C);
- 4 competenze sono state valutate dalla maggioranza (≥85%) come menzionate o non incluse (gruppo D);
- 9 ulteriori competenze sono state suggerite dai partecipanti (gruppo E).

Dopo il round 2:
- 48 competenze hanno raggiunto il livello di consenso (≥70%);
- 20 competenze sono state valutate come praticate con esercitazioni; 20 come spiegate; 8 come menzionate.

Complessivamente 28 competenze non hanno raggiunto il livello di consenso predefinito e sono state rimandate a ulteriore discussione in occasione del consensus meeting; di queste, 20 sono state successivamente incluse. La figura 2 illustra i risultati della survey Delphi modificata. Le eTables 3 e 4 riportano i risultati dettagliati dei round 1 e 2[27].

3.3. Competenze *core* per l'EBP

Dopo i due round della survey Delphi e il meeting, 68 competenze hanno raggiunto il consenso per l'inclusione nel set finale delle competenze *core* per l'EBP, riportato sinteticamente nella tabella 2 e in dettaglio nell'handbook.

Il set finale delle competenze *core* per l'EBP è suddiviso nei principali step dell'EBP: aspetti generali (n = 5), formulazione dei quesiti (n = 3), ricerca (n = 4), valutazione critica e interpretazione (n = 9), applicazione (n = 4) e valutazione (n = 2). Per ciascuna competenza viene fornita la descrizione e il livello di dettaglio o di trasferimento, quale indicatore proxy del tempo che dovrebbe essere dedicato a ciascuna competenza: menzionata (M), spiegata (S), praticata con esercitazioni (P). La maggior parte delle competenze *core* può essere classificato nel modello a 5 step dell'EBP, utilizzato anche dal *Sicily Statement*[24], eccetto gli aspetti generali che sono stati comunque mantenuti.

4. DISCUSSIONE

Al fine di raggiungere il consenso sulle competenze *core* da includere nei programmi formativi di EBP per professionisti sanitari e studenti, questo studio ha seguito un processo rigoroso tramite una revisione sistematica, una survey Delphi modificata, un consensus meeting e feedback esterni da esperti di EBP. Il set finale include 68 competenze

core. Uno studio precedente ha sviluppato un set di competenze per l'EBP, ma era limitato solo alla disciplina infermieristica di un solo paese (USA) e non ha utilizzato una revisione sistematica per informare la survey Delphi[33]. Alcune competenze compaiono in questo set: es. valutazione critica di un articolo di ricerca e formulazione di un quesito clinico con il metodo PICO (paziente, intervento, confronto, outcome). Tuttavia le competenze qui identificate sono più specifiche e includono l'applicazione delle evidenze (es. processo decisionale condiviso) e l'implementazione delle evidenze a livello individuale. Il set di competenze *core* per l'EBP evidenzia il livello richiesto di dettaglio necessario (es. menzionata, spiegata e praticata con esercitazioni) per ciascuna competenza per l'EBP come indicatore proxy del tempo che dovrebbe essere dedicato a ciascuna. Inoltre questo set di competenze deve essere considerato dinamico, perché con i progressi nell'ambito dell'EBP sarà necessario aggiungere nuove competenze ed eliminarne altre. Ad esempio il processo decisionale condiviso e l'approccio GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) sono due competenze recenti che non erano precedentemente incluse nei curricula. Di conseguenza questo set di competenze sarà sottoposto a periodiche revisioni: in tal senso i feedback sono benvenuti.

Con la crescente disponibilità di risorse affidabili di evidenze pre-valutate (*pre-appraised*), i professionisti sanitari possono praticare l'EBP senza essere necessariamente competenti nella valutazione critica dei singoli studi. Tuttavia devono sapere interpretare e applicare i
risultati presentati in queste fonti pre-valutate[34,35]. Questa piena comprensione è necessaria sia per valutare benefici ed effetti avversi, in particolare quando si equivalgono, sia per comunicare chiaramente ai pazienti questi trade-off nel processo decisionale condiviso. Tuttavia, i professionisti possono talvolta avere necessità di effettuare la valutazione critica di singoli studi (es. *quando un nuovo studio mette in discussione la pratica attuale*).

Infine, le competenze nella valutazione critica sono utili per determinare l'affidabilità delle evidenze pre-valutate. Le competenze *core* dovrebbero informare i curricula di un corso introduttivo di EBP per i professionisti sanitari di qualsiasi livello di istruzione e qualsiasi disciplina. Per i formatori di EBP le competenze costituiscono "mattoncini" per costruire il curriculum, adattato ad esigenze locali di apprendimento, disponibilità di tempo, disciplina ed eventuale background degli studenti. Difficilmente le competenze saranno esaustive o personalizzate in base alle necessità specifiche di ogni professione, anche se alcune potrebbero essere più rilevanti per determinate discipline (es. la diagnosi è più rilevante per i medici). La sequenza delle competenze *core* non riflette un ordine di rilevanza o di consequenzialità nell'insegnamento per cui i formatori possono modificare il loro approccio didattico in relazione a casi clinici o articoli, ed è probabile che per un insegnamento ottimale delle competenze si debbano utilizzare più di un setting e differenti scenari clinici e/o articoli. Ad esempio, una sessione formativa può iniziare utilizzando uno scenario clinico con un trade-off rischio-beneficio ambiguo per insegnare le skill richieste di processo decisionale condiviso, fornendo ausili decisionali per i pazienti, ove possibile. Successivamente i formatori possono spiegare le evidenze integrate negli strumenti decisionali, la loro provenienza e l'interpretazione quantitativa degli effetti del trattamento (*differenza di rischio assoluto, number needed to treat, number needed to harm*).

I formatori e coloro che sviluppano curricula EBP dovrebbero valutare il contenuto del loro curriculum attuale, integrando le competenze mancanti, visto che mappando le competenze *core* nei curricula esistenti potrebbero emergere gap di contenuti essenziali. I programmi possono anche integrare competenze aggiuntive avanzate (es. *implementation science, analisi economiche*) in relazione alle necessità e agli obiettivi di apprendimento dei discenti.

Questo set di competenze *core* per l'EBP rappresenta solo uno degli step necessari per implementare la formazione all'EBP basata sulle competenze. La disseminazione e l'integrazione di questo set di competenze *core* nel mondo accademico e nella pratica clinica può contribuire a una formazione EBP più uniforme e armonizzata.

I database open access disponibili online sulle risorse di apprendimento [es. *Critical Thinking and Appraisal Resource Library* (CARL)], sono fondamentali per potenziare condivisione e accessibilità delle risorse rilevanti per le competenze *core* per l'EBP.

Lo sviluppo di strumenti appropriati per valutare le competenze *core* per l'EBP è sicuramente impegnativo, ma utile sia per monitorare i progressi dei discenti per
ciascuna competenza, sia per valutare l'efficacia di diversi metodi di insegnamento. Una revisione sistematica di 85 studi che valutavano interventi formativi di EBP ha dimostrato che oltre la metà

degli studi inclusi non utilizzava uno strumento di elevata qualità psicometricamente robusto per valutare gli outcome (LA, PG, TH, dati non pubblicati, 2018). Pertanto, chi si occupa di ricerca educazionale in EBP dovrebbe identificare e se necessario sviluppare specifici strumenti di valutazione per fornire una valutazione accurata, affidabile e tempestiva delle competenze EBP dei discenti. Inoltre, la ricerca futura dovrà definire le competenze core necessarie per ciascun livello di formazione e confrontare differenti modalità (inclusa la sequenza) nell'insegnamento di queste competenze.

5. LIMITI

Se uno dei punti di forza di questo studio è l'approccio
basato su revisione sistematica e survey Delphi per raggiungere un consenso internazionale su un set aggiornato di competenze per i curricula EBP, i partecipanti alla survey potrebbero non rappresentare adeguatamente l'intero spettro dei punti di vista di ciascuna professione sanitaria, nonostante siano stati selezionati per rappresentare differenti professioni e livelli di expertise.

6. CONCLUSIONI

Sulla base di un processo sistematico di consenso è stato sviluppato e descritto un set di competenze core per l'EBP per informare lo sviluppo dei curricula di professionisti sanitari.

MATERIALE SUPPLEMENTARE

Handbook "Competenze core per l'Evidence-based Practice".

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Albarqouni e Hoffmann hanno avuto pieno accesso a tutti i dati dello studio e sono responsabili della loro integrità e dell'accuratezza delle analisi.
Ideazione e disegno dello studio: Albarqouni, Hoffmann, Straus, Olsen, Young, Ilic, Shaneyfelt, Glasziou.
Raccolta, analisi o interpretazione dei dati: Albarqouni,
Hoffmann, Straus, Young, Ilic, Shaneyfelt, Haynes, Guyatt, Glasziou.
Stesura del draft del manoscritto: Albarqouni, Hoffmann, Straus, Ilic, Haynes, Glasziou.
Revisione critica del manoscritto per rilevanti contenuti
intellettuali: tutti gli autori.
Analisi statistica: Albarqouni.
Supporto amministrativo, tecnico e logistico: Albarqouni, Hoffmann, Straus, Ilic, Shaneyfelt, Glasziou.
Supervisione: Hoffmann, Glasziou.

ULTERIORI CONTRIBUTI

Si ringraziano Andy Oxman e i membri del board dell'International Society for Evidence-Based Health Care per i feedback e i partecipanti al Delphi per il loro contributo. Oxman non ha ricevuto alcun compenso per il suo contributo.

NOTE ALLA VERSIONE ITALIANA

La Fondazione GIMBE ha realizzato la traduzione dell'articolo senza alcun finanziamento istituzionale o commerciale.

TEAM CHE HA REALIZZATO LA VERSIONE ITALIANA

Responsabile scientifico:
Antonino Cartabellotta, Fondazione GIMBE
Traduzione e revisione editoriale:
Elena Cottafava, Fondazione GIMBE
Coordinamento editoriale:
Marco Mosti, Fondazione GIMBE

Bibliografia

1. Straus S, Glasziou P, Richardson WS, Haynes B. Evidence- Based Medicine: How to Practice and Teach It. London, UK: Churchill Livingstone; 2010.
2. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. ACP J Club 2002;136:A11-A14.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010;376:1923-1958.
4. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. The core competencies needed for health care professionals. In: Greiner AC, Knebel E, eds. Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington, DC: National Academies Press; 2003:chap 3.
5. Accreditation Council of Graduate Medical Education website. Program and institutional guidelines. Disponibile a: www. acgme.org/What-We-Do/Accreditation/Common-Program- Requirements. Ultimo accesso: 28 giugno 2019.
6. Institute of Medicine. Evidence-based medicine and the changing nature of healthcare: 2007 IOM annual meeting summary. Washington, DC: Institute of Medicine; 2008.
7. Sadeghi-Bazargani H, Tabrizi JS, Azami-Aghdash S. Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. J Eval Clin Pract 2014;20:793-802.
8. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-deWaard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. Br J Gen Pract 2012;62:e511-e521.
9. Glasziou P, Burls A, Gilbert R. Evidence based medicine and the medical curriculum. BMJ 2008;337:a1253.
10. Hatala R, Guyatt G. Evaluating the teaching of evidencebased medicine. JAMA 2002;288:1110-1112
11. Moynihan S, Paakkari L, Välimaa R, Jourdan D, Mannix- McNamara P. Teacher competencies in health education: results of a Delphi study. PLoS One 2015;10:e0143703.
12. Smith SR. AMEE guide No. 14: outcome-based education: part 2—planning, implementing and evaluating a competencybasedcurriculum. Med Teach 1999;21:15-22.
13. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. AMEE guide No. 14: outcome-based education: part 5—from competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. Med Teach 1999;21:546-552.
14. Carraccio C, Englander R, Van Melle E, et al; International Competency-Based Medical Education Collaborators. Advancing competency-based medical education: a charter for clinician-educators. Acad Med 2016;91: 645-649.
15. Martin M, Vashisht B, Frezza E, et al. Competency-based instruction in critical invasive skills improves both resident performance and patient safety. Surgery 1998;124:313-317.
16. Antonoff MB, Swanson JA, Green CA, Mann BD, Maddaus MA, D'Cunha J. The significant impact of a competency-based preparatory course for senior medical students entering surgical residency. Acad Med 2012;87:308-319.
17. Long DM. Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education. Acad Med 2000;75:1178-1183.
18. Calhoun JG, Ramiah K,Weist EM, Shortell SM. Development of a core competency model for the master of public health degree. Am J Public Health 2008;98:1598-1607.
19. Penciner R, Langhan T, Lee R, McEwen J,Woods RA, Bandiera G. Using a Delphi process to establish consensus on emergency medicine clerkship competencies. Med Teach 2011;33:e333-e339.
20. Kilroy DA, Mooney JS. Determination of required pharmacological knowledge for clinical practice in emergency medicine using a modified Delphi technique. Emerg Med J 2007;24:645-647.
21. Moser JM. Core academic competencies for master of public health students: one health department practitioner's perspective. Am J Public Health 2008;98:1559-1561.
22. Lalloo D, Demou E, Kiran S, Cloeren M, Mendes R, Macdonald EB. International perspective on common core competencies for occupational physicians: a modified Delphi study. Occup Environ Med 2016;73:452-458.
23. Albarqouni L, Glasziou P, Hoffmann T. Completeness of the reporting of evidence-based practice educational interventions: a review. Med Educ 2018;52:161-170.
24. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, et al; Second International Conference of Evidence-Based Health Care Teachers and Developers. Sicily statement on evidencebased practice. BMC Med Educ. 2005 Jan 5;5(1):1.
25. Austvoll-Dahlgren A, Oxman AD, Chalmers I, et al. Key concepts that people need to understand to assess claims about treatment effects. J Evid Based Med 2015;8:112-125.
26. Chalmers I, Oxman AD, Austvoll-Dahlgren A, et al. Key concepts for informed health choices: a framework for helping people learn how to assess treatment claims and make informed choices. BMJ Evid Based Med 2018;23:29-33.
27. Supplement in: Albarqouni L, Hoffmann T, Straus S, et al. Core Competencies in Evidence-Based Practice for Health Professionals: Consensus Statement Based on a Systematic Review and Delphi Survey. JAMA Netw Open 2018;1:e180281. Disponibile a: https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/ fullarticle/2685621. Ultimo accesso: 28 giugno 2019.
28. Dunn WR, Hamilton DD, Harden RM. Techniques of identifying competencies needed of doctors. Med Teach 1985;7:15-25.
29. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Public Health 1984;74:979-983.
30. Humphrey-Murto S, Varpio L,Wood TJ, et al. The use of the Delphi and other consensus group methods in medical education research: a review. Acad Med 2017;92:1491-1498.
31. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. J Clin Epidemiol 2014;67:401-409.
32. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/ performance. Acad Med 1990;65(suppl):S63-S67.
33. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Long LE, Fineout-Overholt E. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs.Worldviews Evid Based Nurs 2014;11:5-15.
34. Guyatt GH, Meade MO, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills. BMJ 2000;320:954-955.
35. Straus SE, Green ML, Bell DS, et al; Society of General Internal Medicine Evidence-Based Medicine Task Force. Evaluating the

eaching of evidence based medicine: conceptual framework. BMJ. 2004;329:1029-1032.
36. Castle JC, Chalmers I, Atkinson P, et al. Establishing a library of resources to help people understand key concepts in assessing treatment claims—the "Critical thinking and Appraisal Resource Library" (CARL). PLoS One 2017;12:e0178666.
37. International Society of Evidence-based Healthcare (ISEHC). EBHC teaching resources library. Disponibile a: https:// teachingebhc.org. Ultimo accesso: 28 giugno 2019.

SECONDA SEZIONE

L'OPI di Ferrara ha istituito lo speciale:

"GLI INFERMIERI SI RACCONTANO, DAVANTI AD UNO SPRITZ"

Una narrazione sull'esperienza professionale e umana durante le settimane del coronavirus di chi ha lavorato presso le aree COVID. Gli infermieri ci raccontano come è cambiata la loro vita professionale e il rapporto con il paziente al tempo del Coronavirus i neo laureati racconteranno anche come è stato il repentino passaggio dal mondo universitario al mondo del lavoro.
Sentiremo parlare di come il nostro lavoro che si basava sul contatto, sulla vicinanza è stato stravolto non togliendo ma aggiungendo e sviluppando nuove modalità e nuovi strumenti al percorso di cura. I Consiglieri dell'OPI hanno incontrato alcuni infermieri che si sono proposti di raccontarci il loro vissuto in un locale di Ferrara, davanti ad uno SPRITZ!
L'iniziativa rimane aperta a tutti i colleghi infermieri ad altri nuovi incontri da programmare. Contattateci attraverso l'OPI.

Da sinistra: Sandro Arnofi, Presidente dell'OPI, Catia Maddaluni, Chiara Pintori Consigliere dell'OPI, Elena Aguiari, Melissa Teodorini Consigliere dell'OPI, Marta Felloni, Greta Frabetti, Federico Cecala, Elga Marchesi.

I RACCONTI DEI PROTAGONISTI

Federico Cecala Infermiere neo laureato dice "Nel momento in cui è iniziata l'emergenza stavo preparando la laurea, l'ho completata in fretta, molti giorni prima del previsto e appena laureato sono stato assunto per la degenza COVID 3. Dalla laurea al lavoro, devo essere sincero, non ho provato nessuna emozione precisa, nessun sentimento definito, ero soprafatto dal troppo grande, come sospeso. La mia capacità è stata messa a dura prova. È stato un momento indimenticabile".

I primi giorni erano un mix di sentimenti, di paura per quello che non si conosce, ma anche di entusiasmo perché ho portato a termine il mio percorso di studi ed ho realizzato il sogno di prendermi cura delle persone di essere di aiuto tanto più in questo momento difficile. Volevo anche contribuire a vivere momenti "leggeri" perché tendenzialmente ho un approccio positivo alla vita, ricerco sempre il sorriso perché una giornata senza sorriso è una giornata persa". "Sono stato discriminato. Abito in un paese vicino a Palermo e a Ferrara, avevo dei co inquilini che sono stati sollecitati dai genitori a rientrare o a trasferirsi per paura di un contagio".

Greta Frabetti, Infermiera neo laureata, dice "Anch'io mi sono sentita emerginata; pratico pattinaggio, ma nell'emergenza Covid non ho potuto più allenarmi ne frequentare la mia palestra. Ero una infermiera e quindi un potenziale rischio. Poi le palestre le hanno chiuse a tutti. In quel periodo sono stata travolta da molteplici emozioni, la laurea improvvisa e due giorni dopo, l'assunzione presso la Terapia Intensiva COVID a Cona. Sono state emozioni contrastanti gioia e paura. Paura di non essere all'altezza. Ricordo un momento preciso del mio periodo che tutt'ora prosegue, il volto di un paziente che sorrideva nel momento in cui veniva finalmente dimesso. La sua foto postata su Face Book per comunicare a tutti la sua felicità di essere un sopravissuto. Marco tornerà a trovarci e ogni tanto ci telefona per ringraziarci ancora."

Marta Felloni, Infermiera neo laureata, racconta "È stato un momento inaspettato, tutto accadeva rapidamente, decisioni veloci, caotiche e per questo di grande impatto.
vivendo ancora a casa con i genitori ero preoccupata per loro, mi sentivo di volerli proteggere, ma poter lavorare, subito era troppo allettante. Dopo la laurea entrare in contatto con i pazienti ammalati di COVID 19 nel reparto di Pneumologia di Coorte è stato sconvolgente. Ho dovuto imparare in fretta, a vestirmi a svestirmi ad usare attrezzature nuove. È stato possibile tutto ciò grazie agli infermieri più esperti al loro supporto. Il caos iniziale ha lasciato il posto alla consapevolezza delle mie capacità come infermiera, ho visto che potevo farcela e questo mi ha dato una enorme soddisfazione. Il supporto era tangibile si respirava tra il personale tra i colleghi, ci sentivamo tutti sul-

la stessa barca. Mi ha colpito molto anche il rapporto che si creava con i pazienti, erano spaventati e si sentivano soli. Possiamo avvicinarci al paziente con cautela. Ora, ciò che si comunica con gli occhi e con le parole conta ancora di più. I pazienti cercavano in noi infermieri anche quel conforto che gli mancava per l'assenza forzata dei propri famigliari."

Catia Maddaluni, Infermiera neo laureata, dice "Ho vissuto l'esperienza di esser assunta in questo impensabile ed inatteso momento, come un'opportunità di potervi partecipare in prima persona, di essere presente, in qualche modo utile a dare un contributo ed un sostegno. Ho accolto questa chiamata alle armi come un arricchimento che quotidianamente cresceva sia dal punto personale che dal punto professionale, ma anche civico e spirituale. Il desiderio del sentirci presenti e del contatto era ciò che i pazienti chiedevano di più. Più dei farmaci, più delle cure. Essere soli nelle stanze di isolamento con le proprie paure preoccupazioni ed incertezze sconvolgeva i pazienti. Quando entravamo nelle stanze aspettavano le nostre carezze di gomma sulle guance scarne. Cercavano di capire dagli occhi, dalla voce chi eravamo e noi pure attraverso gli sguardi e la parola cercavamo il contatto per trasmettergli conforto. Ci siamo scritti il nome sulla tuta, frasi positive serviva a noi ma di più a loro. Compensavamo così l'assenza delle loro famiglie".

Elena Aguiari, Coordinatrice degenza COVID Pneumologia di Coorte prima COVD 1, dice "Gli infermieri neo laureati, non li abbiamo visti subito in volto, poiché erano vestiti con i DPI, abbiamo cominciato a distinguerli per la voce, per l'altezza. Dopo qualche tempo li abbiamo veramente visti. Quando ci hanno comunicato che saremo diventati una degenza COVID ricordo il silenzio, un silenzio assordante, ogni parola sarebbe stata in più. Ci guardavamo tutti. Un mio collaboratore ha ceduto alla paura, diceva che non sarebbe stato in quella degenza, come dargli torto, qualche giorno dopo è stato riassegnato. La paura ci avvicinava. Tutti i presenti hanno fatto squadra e abbiamo iniziato ad organizzarci. Mi ripetevo che si vince col lavoro di squadra.
Dapprima sembrava un reparto da campo, abbiamo dovuto imparare a vestirci bene e svestirci bene, ad utilizzare i caschi per ventilazione e a gestire il paziente sotto il casco da ventilazione. Ciò che ricordo erano i pazienti che da un momento di relativo benessere desaturavano a 45 e da li in poi era tutta una corsa.
ricordo di avere ricoverato una intera famiglia, il padre Andrea, la madre Sara e il figlio Edoardo. All'inizio eravamo combattuti se metterli tutti in una stessa stanza. I pareri erano discordi. Qualcuno chiedeva almeno il marito e la moglie insieme. Alla fine abbiamo optato per 3 stanze singole. Prima è morto Andrea dopo qualche giorno Sara. Edoardo invece ce l'ha fatta, è stato dimesso e si porterà dentro per sempre il dolore di non averli visti e di non averli accompagnati al funerale. Noi ci portiamo dentro i suoi saluti alla dimissione che sono stati una emozione speciale."

Elga Marchesi, Infermiera esperta della degenza COVID di pneumologia, ci dice che la sua prima preoccupazione è stata per la sua famiglia. "Quando con un messaggio ho saputo che al mio rientro dal turno la mia degenza era diventata COVID, il mio primo pensiero è stato predisporre la mia casa in modo tale da non far correre rischi a mia figlia e a mio marito. Il lavoro lo conosco da molti anni, ma questa nuova emergenza è stata una sfida che potevamo vincere e che abbiamo vinto solo lavorando in squadra, addestrando in fretta i ragazzi nuovi assunti, fidandoci da subito di loro. Dopo qualche tempo posso dire che la cosa che mi ha segnato di più è l'estrema vicinanza con i pazienti. Sembra paradossale, ma c'era una unione emotiva che prima non c'era. Hanno capito chi siamo (?), cosa potevamo fare per loro, spero non solo poiché dipendevano dalle nostre cure. In quel periodo nessun paziente ci ha fatto un appunto, andava tutto bene. La paura era elevata, le preoccupazioni altre dalle puntualizzazioni inutili.
Molti pazienti sono rimasti in contatto con noi, ci telefonano ed esprimono il desideri di venirci a trovare e a vedere, senza le maschere. Mi porto dentro tante emozioni positive, ma questo, la gratitudine, mi è rimasto come ricordo".

Baraldi Irene: 25 anni, laureata a novembre 2019 mi sono poi iscritta alla laurea magistrale, pensavo di entrare nel mondo del lavoro lentamente, prima un'esperienza in una CRA anche part time e poi tentare i concorsi pubblici,in quanto mi spaventava molto iniziare a lavorare subito in reparti ospedalieri.
Quando ho ricevuto "la chiamata" sembrava la chiamata al fronte, avevo pensato di non accettare, però visto che si poteva recedere dopo 20 giorni di lavoro, ho accettato. Le mie amiche avevano accettato tutte. La mia famiglia non mi ha ostacolato, mia madre voleva vedere le foto per capire se mi ero vestita con gli indumenti protettivi.

Ero assegnata alla degenza Covid 1, ho svolto un affiancamento corto, di 6 giorni, e poi, lanciata in una organizzazione molto destabilizzante, sono però stata molto seguita, non ero mai da sola, sempre con un collega esperto, un infermiere "sporco" un infermiere "pulito", abbiamo avuto anche colleghi della protezione civile. Non avevo frequentato il Sant'Anna, in quanto avevo fatto tirocinio sempre all'ospedale del Delta. Avevo paura di iniziare, i colleghi mi hanno accolto, accettato, non sono mai stata sola. Quando sono arrivata il reparto era già organizzato come reparto covid.
I colleghi esperti pur abituati a pazienti pneumologici si sono trovati con pazienti positivi al covid con bisogni molto diversi. Le condizioni cambiavano repentinamente, era un carico di stress notevole.
Io vivo in famiglia, in casa ho anche la nonna anziana ed una zia immunodepressa. Il reparto covid era ben organizzato, ma la preoccupazione per i miei famigliari era presente. Mi ero organizzata per proteggerla ed in casa avevo attuato misure di protezione e biglietti tipo: "lavati le mani", "mettiti la mascherina prima di uscire". Fisicamente il lavoro era pesante, la famiglia molto rassicurante. La relazione con il malato non mi ha posto in difficoltà, non ho riservato trattamenti particolari, ricordo però un paziente di 40 anni, che aveva perso la moglie da non molto tempo in un incidente, stava discretamente, hanno ricoverato sia il padre che la madre ed n poco tempo se ne sono andati.
Quando le condizioni lo permettevano facevamo incontrare la fami-

glia e così il padre "ha avuto modo di vedere il figlio prima dell'ultimo respiro". "Il virus che unisce" sia noi operatori che noi con i nostri pazienti.

Zito Francesco: 28 anni "chiamata alle armi" sono un ex militare, ho fatto tre anni di militare poi ho scelto di fare l'infermiere**,** vengo da Roma anche se da anni vivo tra Emilia e Veneto (i miei genitori vivono in Veneto).
Appena laureato sono andato a lavorare nella clinica di Santa Maria Maddalena, avevo finito il mio periodo quando sono stato chiamato per lavorare nella degenza Covid 1. Quando ho ricevuto la chiamata ho deciso, perché nell'esercito è lo stesso. La mia famiglia non ha avuto molti problemi, io vivo solo, mio padre ha detto "se è quello che vuoi fare fallo", mia madre era più indecisa, fa l'infermiera.
Nel reparto trasformato in covid avevo a suo tempo fatto tirocinio e quindi conoscevo tutto il personale e l'inserimento è stato più facile, tre giorni di affiancamento. Noi eravamo "gli sporchi" che entravano, mentre i "puliti" restavano all'esterno, preparavano il materiale per noi e si occupavano delle pratiche burocratiche. Il paziente covid è comunque un malato a cui era cambiata la vita improvvisamente, ma comunque una persona con dei bisogni. Era strano dover aprire le porte, in ospedale le porte non sono mai chiuse. In covid ci sentivamo protetti perché tutta l'organizzazione si era strutturata per evitare il contagio.

Nicola Barboni: 22 anni, laureato a novembre 2019, dopo la laurea non sapevo cosa fare, avevo tentato di entrare alla Magistrale a Roma, senza riuscirci, sono partito per l'Inghilterra a gennaio per imparare la lingua, dovevo rientrare ad aprile. A marzo vengo chiamato al telefono dal direttore infermieristico di Cona per entrare in servizio; ero perplesso, frenato dal tornare.
Mia madre mi chiamava chiedendomi di rientrare al più presto così ho preso l'ultimo volo utile e sono rientrato in Italia; ero a Roma il 23 marzo. Dopo hanno chiuso tutto. Il 24 ero a Ferrara, il 25 ho firmato il contratto, il 26 ho fatto la visita, il 27 lavoravo in reparto Covid. Era il boom del covid, molti pazienti indossavano il casco, una strumentazione che non avevo mai visto.
Ho avuto richieste da altre città, ho accettato Ferrara perché il contratto proposto era scritto (CO.CO.CO)
Ansia, paura, necessità di protezione per me e di protezione per i pazienti, per i miei famigliari erano questi i sentimenti che provavo in quei momenti. Tre turni di affiancamento, mattino, pomeriggio, notte e poi in turno con tre infermieri più gli oss per settore, molto personale, suddivisi in due "puliti" e gli altri "sporchi" nelle stanze, ad ogni turno si invertivano i ruoli. Il numero di personale era adeguato per affrontare l'emergenza. La situazione è migliorata verso Pasqua, il reparto è stato chiuso il 27/28 aprile e sono poi andato in un reparto normale con numero di personale standard.
Le mie emozioni dipendevano da quello che vedevo nei pazienti che cambiavano improvvisamente passando da collaboranti e vigili alla paura di non farcela, per me era difficile rassicurarli, bisognava aiutarli a lottare per raggiungere la via d'uscita, se non lottavano non ce l'avrebbero fatta.
Ho visto la fame d'aria da pazienti col casco, questo ci ha fatto capire l'importanza della ventilazione in questa malattia. Le richieste dei pazienti: "mi togli il casco". Il casco con 60 litri di ossigeno al minuto, un rumore per loro e la sensazione di claustrofobia, il mio ricordo "il rumore del loro respiro". E' stata un'esperienza "tosta". Bisogna rimanere sempre vigilie con"antenne accese" bastava un attimo.
E' stata sicuramente un'esperienza di grande crescita professionale.
Avrei preferito continuare a lavorare in covid, ora non si è più considerati eroi. A casa la paura c'era, mi sono auto isolato in una stanza da solo, prima dormivo con mia sorella, poi da solo, a tutt'oggi dormo ancora da solo. Le mie sorelle erano spaventate per me e non per loro.
Ricordo in particolare due infermieri positivi al covid che abbiamo ricoverato nella stessa stanza perché così potevano parlare tra loro.
Per farci riconoscere dai pazienti il nome sulla divisa è servito molto, non mi era venuto in mente subito che loro non potevano riconoscerci con le tute e le visiere, il nome li rassicurava perché era lo stesso che avevano visto il giorno prima.

Maria Giulia Rizzioli: 22 anni, laurea prevista per aprile 2020, anticipata la discussione tesi al 23 di marzo con cambiamento di tutte le modalità di discussione, sia esame di stato che tesi, tutto on line, tutto veloce, 8 minuti, senza nessuno presente . "Non ho nemmeno festeggiato, se non con la mia famiglia. Un bel flash!!!".
Ero stata contattata prima della discussione della tesi dall'ospedale del Delta, poi da Ferrara, e dato che abito vicino a Cona ho accettato quest'ultima sede ed ho iniziato come CO.CO.CO il 27 marzo in rianimazione, era l'unica proposta, non ero mai stata in rianimazione; pochi giorni di affiancamento e poi….i colleghi sono stati fantastici, hanno spiegato più cose possibili. I pazienti erano per la maggior parte intubati, "ci vuole molto tempo per capirli". La rianimazione non è mai stata "piena", c'è sempre stata la possibilità di infermieri "fuori dal box" che davano una mano a quelli dentro. Abbiamo avuto anche dei pazienti provenienti da Piacenza. Mi ricordo un ragazzo di circa 50 anni, è stato un mese e mezzo al Sant'Anna trasferito appunto da Piacenza, non si ricordava nulla quando è stato estubato se non la contentezza di rivedere il mondo. E' poi stato trasferito a Piacenza per continuare la cura e la sua conva-

lescenza. I pazienti di rianimazione sono molto complessi, ed ora che non siamo più Covid, il personale è nei numeri standard di 1 infermiere ogni 2 pazienti, ma per me, neo laureata, sono ancora più complessi perché hanno patologie varie, neurochirurgiche, traumatologiche. I pazienti Covid avevano caratteristiche uniche ad esempio uno estubato, sembrava migliorare, poi di nuovo veniva intubato. Gradualmente peggioravano fino a morire, si peggiora improvvisamente. Muoiono per insufficienza multi organo.
I pazienti erano tutti intubati e spesso, per paura che si togliessero il tubo, dovevamo mettere le polsiere come misura di protezione, se si estubavano da soli e desaturavano sarebbero morti.
In rianimazione il materiale, i DPI c'erano sempre di tutti i tipi e tutti i giorni, ho più preoccupazione ora che non siamo più covid.
Nei box entravi vestita per qualche ora con una programmazione ben scaglionata, salvo necessità particolari del paziente poi uscivi e ci svestivamo. In quel periodo ho fatto una notte in un reparto covid dove dovevamo invece rimanere sempre vestiti, ed è stato molto pesante portare addosso tutto quel materiale, poi mi ero stretta la visiera troppo ed ho avuto un gran mal di testa.
A casa non ho avuto problemi con i miei familiari poiché abbiamo una casa grande. Mia madre non mi ha mai fatto pesare la mia scelta.

Maurizio Servidio: Infermiere esperto di Pneumologia ho lavorato presso la Pneumologia di coorte degenza COVID. Ora di nuovo solo Pneumologia. Le linee guida per il trattamento cambiavano ogni 24 ore. Ogni giorno qualche cosa di diverso per vedere se si riusciva a trattare la malattia, gli specialisti interpellati facevano consulenze" sulla porta" non entravano in reparto, vedevano solo i referti.
I team di lavoro si riorganizzavano in continuazione per trovare la soluzione migliore per curare ed assistere, un divenire continuo. Le terapie su certi pazienti funzionavano e su altri no, occorreva continuamente personalizzarle.
il problema che ho sentito maggiormente erano le porte chiuse che non lasciavano vedere il paziente in rianimazione il box è di vetro e i monitor aiutano ma noi eravamo meno tecnologici, soprattutto all'inizio. Dovevamo proteggere i pazienti evitando che si togliessero il casco, i cateteri, a volte usavamo le bretelle del casco e un lenzuolo per fissarlo alle spalliere del letto evitando di farle passare sotto le ascelle per non far venire i lividi al paziente. I pazienti del reparto erano meno sedati di quelli della rianimazione e solo quando arrivavano al limite andavano in Terapia Intensiva, guardavamo i parametri per vedere se li dovevamo continuare a curare noi o erano candidati per la terapia intensiva.
Decidere quale era il limite era difficile. A Ferrara non ci sono stati momenti in cui decidere a chi dare la precedenza, le persone sono state trattate più che bene, è stato fatto tutto il possibile, il materiale a disposizione, a parte i primi tempi c'è sempre stato ed abbondante, materiale che non vedevo da tempo, i caschi erano 6 o 7 anni che non li vedevo più e non li usavo, manuale alla mano e via.
Alcuni pazienti disabili psichici, in particolare un paziente della Rivana di 34 anni, mi ha "fatto piangere il cuore". Era solo, terrorizzato da noi infermieri che ci dovevamo presentare in stanza con le tute e le maschere e lui non poteva capire cosa succedeva. Voleva togliersi il casco poiché rumoroso, non riusciva neanche a magiare perché a darglielo eravamo noi infermieri e così mascherati facevamo paura.
E' morto da solo senza il conforto di nessun famigliare.
Coi neo laureati mi sono trovato più che bene, loro davano a me l'entusiasmo, la facilità dell'approccio alla tecnologia e la freschezza, io davo a loro la mia esperienza. Loro erano stimoli per migliorare ed ho capito l'importanza di fare un buon tirocinio. Abbiamo lavorato in simbiosi tra di noi "vecchi del reparto " e "nuovi assunti", noi spesso ci troviamo a lavorare in automatico, nel fare le attività con loro, invece, occorreva spiegare e così anche noi rielaboravamo il motivo del nostro agire. È stato importante per tutti.
Alcune difficoltà pratiche le abbiamo avute i primi giorni perché non avevamo ancora il materiale, quando abbiamo imparato di dover diventare reparto covid dalla sera alla mattina, noi "vecchi" ci siamo guardati, una OSS neo assunta è stata presa dal panico e se ne è andata, ed è stato meglio non potevamo reggere anche una collega disperata e nel panico, tanto più che gli OSS non li avevamo mai avuti e abbiamo dovuto riorganizzare l'attività per inserirli. Qualche problema l'ho vissuto nelle prime notti. Una collega in turno presa dallo sconforto per la situazione, l'ho dovuta sostenere e favorire ad uscire dal reparto fino a quando non si è sentita di rientrare. Abbiamo superato insieme questo momento. Noi a differenza della rianimazione i primi tempi non avevamo materiali, strumentazione, facevamo ancora la raccolta differenziata prima di capire che tutto andava nei "contenitori per rifiuti speciali" . I primi tempi i sacchi di plastica della spazzatura servivano come calzari ma anche per fare i contenitori del ghiaccio da mettere ai pazienti quando la febbre saliva.
E' stato traumatico perché non avevamo un'idea di cosa fosse meglio fare, la vestizione e la svestizione ci ha spiazzato, la facevamo sempre in due perché un errore poteva essere importante e fatale ma poi ci chiedevamo collo coperto o collo scoperto? Non si è ammalato nessuno. I malati covid sono molto strani a volte avevano la febbre a 39 ma erano freddi, è una malattia che si manifesta diversamente da persona a persona e poi muoiono

improvvisamente quando sembra stiano migliorando, questo era difficile da superare, perché pensi di esserci riuscito invece…
Ci ha aiutato a trattare con gli infetti la nostra esperienza con i malati di tubercolosi. Abbiamo sempre messo in atto quelle misure di protezione a cui eravamo abituati e questo ci ha salvati dal contagio, ho avuto paura solo una volta quando togliendo un casco ho sentito l'aria venirmi addosso ed ho detto al medico "mi ha beccato". Ma per fortuna non era vero.
A casa ho tre figli ed una moglie infermiera, non mi sono isolato perché era impossibile farlo. Il problema più grande di quei momenti in famiglia, non era il covid "ma gestire i tre figli a casa".

Annalinda Fonzo, 24 anni laureata a marzo 2020, sono di Benevento, ero da sola, le mie compagne di stanza se ne erano andate, sono stata chiamata il 22 marzo, felicissima, ho iniziato subito in rianimazione, ero stata da studente in UTIC, tutta un'altra cosa, non sapevo niente di rianimazione.
I pazienti covid erano tutti intubati. I colleghi "bardati nelle stanze", sono stati tutti molto disponibili, mi hanno insegnato tutto. Abbiamo colto tutte le informazioni molto velocemente. Nei box i movimenti erano difficile, così vestiti, la visiera che stringeva troppo, la maschera,

il caldo, devi stare lì senza uscire. Ho fatto 4 turni di affiancamento al quinto ero "autonoma", ma nel box a fianco c'era sempre il collega disponibile a darti una mano. I primi giorni ero stracarica,"una bella botta" perché non si è iniziato pian piano ma è stato tutto così veloce!
Quando mi hanno destinato alla rianimazione, avevo accettato e quindi con determinazione mi sono detta "adesso imparo e vado avanti."
I colleghi esperti volevano che sapessi soprattutto gestire la routine mentre per l'emergenza c'erano loro a darci una mano, la routine tuttavia era importante. Bisogna essere veloci nelle attività sui pazienti perché il semplice cambio di posizione o metterli proni doveva essere rapido per non far desaturare il paziente. In rianimazione abbiamo molte attrezzature che ci aiutano nel paziente covid la contenzione era assolutamente necessaria perché se si estubavano potevano morire.
I pazienti di rianimazione non ci conoscono perché ci vedono in condizioni particolari e dopo non si ricordano di noi.

Nel congedarci abbiamo poi chiesto se avendo visto gli ammalati covid così da vicino e che di covid si può morire cosa provano quando vedono comportamenti come quelli attuali, movida, assembramenti persone senza mascherine…
Giulia, dice che evita le feste tipo quelle sulla spiaggia, non è possibile permettere assembramenti di questo tipo e che si sarebbero dovute pensare le modalità prima di aprire. Si spera che a settembre non riprenda il tutto ed arrivi la seconda ondata.

Maurizio: ci dichiara che non siamo eroi dimenticati, non siamo mai stati eroi, abbiamo fatto il nostro lavoro e ci ha dato una grande soddisfazione! Una volta ho incontrato al supermercato un mio paziente covid e pensavo "tu non mi conosci di sicuro poiché non hai visto il mio volto dietro alla maschera, ma io ti conosco e sarei tentato di salutarti", a volte vorrei farmi riconoscere ma poi passo oltre.

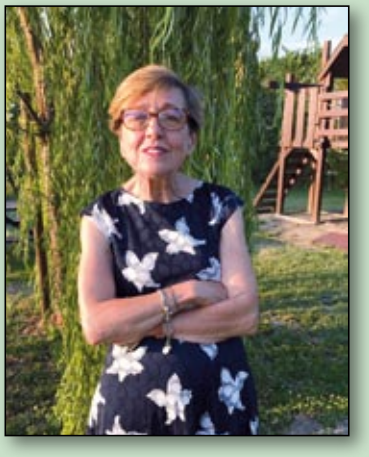
L'iniziativa del racconto dell'esperienza davanti ad uno SPRITZ, rimane aperta a tutti i colleghi infermieri ad altri nuovi incontri da programmare.
Contattateci attraverso l'OPI.

LA PENSIONE È LA PAUSA CAFFÈ E SIGARETTA PIÙ LUNGA DEL MONDO, GODITELA!

Questo è l'augurio che facciamo conoscendo bene la passione di Marina per le sigarette ed il caffè!!!

A parte gli scherzi vogliamo comunicare ai nostri iscritti che la nostra segretaria Marina Mastella è andata in pensione. Vogliamo comunicarlo a tutti ricordando brevemente il suo percorso con noi.
È stata la prima segretaria del Collegio IPASVI di Ferrara, prima il lavoro era svolto da uno dei consiglieri…
Dal 1985 ad oggi ha accompagnato il Collegio nelle trasformazioni amministrative e sono state molte, moltissime, succedute negli anni, fino ad arrivare all'Ordine attuale. Ha iscritto moltissimi di noi, quasi tutti quelli al lavoro oggi, prima al Collegio e poi all'Ordine.
E quindi proprio come il suo lavoro è stato lungo e soddisfacente tutti le auguriamo una pensione lunga e soddisfacente, in quanto in termini di profitto e perdite la pensione è una perdita per tutti noi colleghi ma sarà un profitto per i suoi figli e i suoi tre nipoti.

Grazie Marina



UN MANIFESTO DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI PER IL TEMPO CHE STIAMO VIVENDO

La terra, l'umanità, la sanità, gli operatori sanitari stanno affrontando un'emergenza sinora sconosciuta al mondo contemporaneo. Gli infermieri stanno svolgendo un ruolo fondamentale, lavorando nell'incertezza e nel pericolo ma mettendo a disposizione tutta la competenza, la scienza, l'etica e la passione che hanno. Affrontare tutto questo richiede grande elasticità e adattamento, nuovi modelli assistenziali, organizzativi e una cornice deontologica che aiuti a dare e offrire senso all'attività quotidiana. In un momento di difficoltà estrema, nel quale tutto sembra diventare impervio e nel quale più forte, e giustificata, è la tentazione di semplificare, crediamo che le qualità professionali e deontologiche degli infermieri possano e debbano essere portate in primo piano, praticate, comunicate ai cittadini. Il racconto, oggi così enfatizzato, dell'eroismo dei professionisti della sanità, domani potrebbe diventare un ricordo, superato da nuovi argomenti, da conflitti, dalla superficialità della comunicazione.
Bisogna allora investire per far diventare permanente la percezione sociale del ruolo dell'infermiere, fatta anche del contenuto etico della professione. Il nuovo Codice deontologico è, nella sua interezza, uno strumento straordinariamente attuale in questa emergenza, ricco di indispensabili riferimenti alla concretezza dell'agire.
Questo documento propone agli infermieri e ai cittadini alcuni dei contenuti del Codice deontologico che possono dar conto del significato di questa emergenza epidemiologica orientando al meglio le scelte i comportamenti.

1. L'infermiere si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza; egli orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia, della collettività. La visione del bene collettivo prevale su quella dell'interesse individuale, il tempo che stiamo vivendo non ammette egoismi, né chiusure. Nel momento della maggiore difficoltà è indispensabile essere socialmente presenti e attivi, diffondere le corrette conoscenze, far comprendere che la salute non è questione riducibile all'emergenza, ma viene da molto prima e si proietta nel futuro (dagli articoli 1 e 2 del Codice).

2. L'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo; si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci. La relazione di cura comprende aspetti diversi legati alla scarsa possibilità di conoscere chi assistiamo per instaurare un rapporto di fiducia che però diventa patrimonio dell'essere professionista: il tempo che stiamo vivendo ci insegna che essere riconosciuti passa soprattutto dagli sguardi e dalle mani, dall'esserci e dal gesto di cura, il tempo che passiamo con chi assistiamo non è basato sulla quantità a sull'intenzionalità.
   Le persone che assistiamo e i loro familiari vedono e sentono che non sono lasciati in abbandono, che ogni possibilità che abbiamo per instaurare una comunicazione assistenziale e per indirizzarla verso i familiari e le persone care viene messa in L'
   L'atto, attraverso l'uso della tecnologia o di semplici fogli e penne, come tramite tra l'isolamento e il mondo esterno (dagli articoli 4 e 21 del Codice).

3. L'infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale; si impegna nell'inserimento dei nuovi colleghi; adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori; fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica.
   Il tempo che stiamo vivendo dimostra che le conoscenze scientifiche sono indispensabili, non come esercizio intellettuale, ma come strumento per la vita delle persone. Le interazioni tra sfruttamento insostenibile delle risorse naturali ed emergenza epidemiologica non sono ancora chiarite ma altamente probabili, e interrogano i nostri comportamenti. Ma se il rispetto per le conoscenze e le competenze professionali è indispensabile, esso va coltivato e meritato attraverso l'attenzione alle reali conoscenze scientifiche. E ogni elemento che concorre a formare la competenza professionale va trasferito senza riserve e con generosità a tutti i colleghi, a tutti i professionisti, infermieri e non, che in condizioni difficili, magari pochi giorni dopo il conseguimento di un titolo di studio, devono misurarsi con una realtà difficilissima. La riorganizzazione delle attività, dei reparti, dei percorsi, la redistribuzione del personale che deve acquisire velocemente competenze nuove o approfondirne di già possedute ha richiesto, e sta richiedendo un grosso sforzo di consapevolezza delle competenze possedute e di quelle da acquisire, senza dimenticare la sicurezza per le persone assistite e per gli operatori e valorizzando gli infermieri specialisti per le consulenze e la formazione (dagli articoli 7, 8, 10 e 12 del Codice).

4. L'infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive. Il tempo che stiamo vivendo ha sovvertito anche il paradigma della comunicazione sullo stato di salute: con le persone assistite la comunicazione è già di per sé limitata, almeno in molti casi, da strumenti che vanno dalla semplice

maschera di Venturi alla Cpap, per arrivare all'intubazione e il tutto frequentemente in tempi davvero rapidi. Altrettanto frequente è l'impossibilità dei familiari di accedere direttamente al letto del proprio caro e di conseguenza alle informazioni prese di persona. Per l'equipe diventa complesso assolvere al dovere anche deontologico di garantire le informazioni necessarie ricorrendo spesso all'utilizzo del telefono, identificando l'interlocutore e chiedendo di avere sempre lo stesso familiare con cui interagire. Sono difficoltà in più, da affrontare, con motivazione, anche quando le comunicazioni sono drammatiche (dall'articolo 15 del Codice).

5. Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. Sguardi pieni di domande e domande piene di paure questo è lo scenario con cui nel tempo che stiamo vivendo l'infermiere si rapporta con i suoi assistiti e spesso anche con i colleghi.
   Accogliere queste emozioni è una componente fondamentale nel percorso di cura sempre e a maggior ragione oggi, l'epidemia ha tolto certezze sulla medicina e sulla guarigione e ha evidenziato il limite della sanità, questo colpisce sia i nostri degenti che noi stessi, le emozioni e le paure che ci vengono presentate richiedono molta energia per essere accolte con la consapevolezza di avere poche risposte, di essere - almeno in parte - nella stessa condizione di incertezza e paura. Proprio questo stato ci unisce ancora di più a chi assistiamo mettendoci in un rapporto di parità emozionale ma concedendoci ancora il vantaggio dell'assistenza che prescinde dalle incertezze perché cura la persona. Il costo dell'ascolto si mitiga con il risultato di benessere che viene concesso a chi ci ha al fianco. Fare tutto il possibile sempre è tutto quello che ci è richiesto, starà a noi ricercare un rapporto di sostegno se ci è necessario (dall'articolo 17 del Codice).

6. L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. La difficoltà delle situazioni concrete, la logistica che diviene improvvisamente carente, la necessità di forme inusuali di comunicazione, l'affollamento delle azioni: pur a fronte di tutto ciò, la tutela della riservatezza della persona assistita non è un'esigenza formale dettata dalle norme ma continua a rimanere una necessità della relazione. E la si tutela non solo nelle carte ma anche negli spazi, nella sottrazione agli sguardi, nella massima considerazione possibile, nelle condizioni date, delle esigenze quotidiane degli assistiti (dall'articolo 19 del Codice).

7. Fino al termine della vita della persona assistita attraversano lo sguardo e l'etica dell'infermiere il gesto assistenziale, il conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale, il sostegno dei familiari e delle persone care. Fino all'evoluzione finale della malattia, al momento della perdita, alla fase di elaborazione del lutto. La pandemwia da CoViD-19 sta mietendo un alto numero di vittime, i nostri assistiti muoiono nelle terapie intensive come nelle corsie, spesso in breve tempo dall'inizio del peggioramento dei sintomi. L'attenzione al dolore e alla palliazione si fa necessariamente alto e vede l'infermiere quale interlocutore essenziale delle (e a volte al posto delle) persone assistite, per garantire quel sollievo che sembra ancora così difficile da ottenere (dall'articolo 24 del Codice).

8. L'infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione; nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; comunica in modo scientifico ed etico.
   In condizioni ordinarie la continenza e prudenza nella comunicazione sterna, anche al di fuori dei contesi di lavoro, deve essre eun costume di serietà che qualifica l'infermiere: ancor più nel tempo che stiamo vivendo, in cui la comunicazione errata, infondata, allarmistica, ascientifica, rappresenta di per sé un moltiplicatore di effetti negativi sulla condizione dei cittadini. Non solo l'infermiere può essere un esempio personale di intelligente prudenza e correttezza ma può diventare un riferimento per i cittadini, nella loro quotidiana esigenza di essere informati correttamente e senza accedere a fonti avvelenate (dagli articoli 27, 28 e 29 del Codice).

9. L'infermiere partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione e all'equa allocazione delle risorse; concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico; fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo. L'infermiere è un soggetto attivo dell'organizzazione sanitaria. Mai come oggi l'apporto clinico, consulenziale e organizzativo vede la professione infermieristica lucida e competente, come parte integrante e proattiva del sistema. La riorganizzazione dei percorsi e la formazione del personale rispetto all'area intensiva e al rischio infettivo sono di matrice infermieristica, l'adozione di protocolli operativi che tutelino l'equipe e le persone, e che possano essere riprodotti in sicurezza dove servono sono un dovere professionale (dagli articoli 30, 31 e 32 del Codice).

10. L' infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica. Lo deve essere anche nelle condizioni estreme, non per un culto della formalità, ma perché nella documentazione clinica è racchiusa, insieme, l'esperienza della persona assistita e l'esperienza maturata dagli operatori e dalle strutture (dall'articolo 33 del Codice).

11. L'infermiere si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento. Di fronte a una vicenda epidemica nuova, insidiosa, di tragico impatto, le due componenti interagiscono necessariamente, e sono il presupposto per un superamento della situazione: il rispetto dei criteri scientifici di approccio alle cure, la valorizzazione della migliore esperienza per aggiornarli, con consapevolezza, competenza, dinamismo, sguardo fermo sul bene delle persone assistite e della collettività (dall'articolo 37 del Codice).

Il Manifesto deontologico per l'emergenza COVID-19 è stato realizzato con il contributo di Giuseppe Battarino, Magistrato, scrittore e saggista e Aurelio Filippini Presidente OPI Varese e Dottore di ricerca in Medicina clinica e sperimentale e Medical Humanities

aniarti EfCCNa SCENARIO®
associazione nazionale infermieri di area critica

Cari colleghi Italiani e di EFCCNa,

Gli infermieri di Area Critica italiani rappresentati da Aniarti sono impegnati in questo momento in un duro lavoro. Riteniamo che sia importante condividere, le nostre prime impressioni ed esperienze su ciò che abbiamo appreso nei primi giorni dell'epidemia di COVID-19.

Abbiamo visto un numero molto elevato di ricoveri in terapia intensiva, quasi interamente a causa di grave insufficienza respiratoria ipossiemica che rapidamente peggiora in un quadro di ARDS e che richiede ventilazione meccanica e pronazione almeno nelle prime 48 ore. I provvedimenti messi in atto di isolamento ed alcune modificazioni delle usuali abitudini e convenzioni della vita sociale e della comunità hanno l'obiettivo di cercare di contenere la rapida propagazione alla quale stiamo assistendo in tutta Europa e nel mondo. Questi interventi, per quanti apparentemente drastici, sono necessari e non è tempo di sottostimare quanto avviene.
Considerate che circa il 15% dei contagiati sono operatori sanitari, mettendoci di fronte alla condizione di essere la categoria maggiormente a rischio.
Circa il 10% dei contagiati sintomatici viene ricoverato in una Terapia Intensiva o sub-intensiva. Per questo occorre mettere in atto adeguate misure di sicurezza e contenimento del rischio di diffusione del virus durante tutte le fasi di cura ed assistenza delle persone in condizioni critiche.
Data la rapidità dell'evolversi della epidemia (che potrebbe assumere a breve i caratteri di pandemia), in attesa di conferme da parte della ricerca clinica, alcuni aspetti che sono stati messi in atto e che meritano di essere presi in considerazione per una gestione il più possibile prudente ed oculata sono i seguenti:

- Organizzazione (o rafforzamento) della rete tra le Terapie Intensive a livello nazionale
- Definizione e verifica di piani per emergenza pandemica (con verifica di dispositivi di cura e supporto d'organo, dispositivi di protezione individuale e adeguata formazione il più estesa possibile)
- Istituzione di adeguati protocolli di Triage rapido sul territorio e davanti ai Dipartimenti di Emergenza per individuare precocemente i pazienti con sospetto di COVID-19 ed indirizzare in percorsi logistici e clinici dedicati e separati rispetto alle altre condizioni cliniche degli utenti
- Formazione capillare e puntuale con adeguate simulazioni sulle procedure di vestizione e svestizione con i dispositivi di Protezione Individuale (DPI)
- Identificazione degli ospedali che dovranno accogliere i pazienti COVID-19, oppure, all'interno di questi, rigorosa separazione delle aree di cura (di qualsiasi livello di intensità) dedicate alle persone affette da COVID-19, e dei percorsi di transito e trasporto relativi, comprese le aree di diagnostica radiologica
- Adeguamento del numero degli infermieri con competenze di assistenza in terapia intensiva in previsione di rapporti infermieri pazienti il più possibile superiori ad 1:1. Il carico di lavoro è fortemente aumentato a causa del rallentamento fisiologico che indossare i DPI massimali comporta, oltre alla necessità di aumentare i livelli di attenzione per evitare eventuali contaminazioni e dispersione di virus SARS-Cov-2. Organizzare i turni

Sede Legale - Via Passo Moglia, 2 - 16167 Genova (GE) - Cod. Fisc. 98005920172 - Part. IVA 01263930305
Cell ufficio soci 340-4045367 e-mail:aniarti@aniarti.it, Cell amm.ne 340-4045317 e-mail: amministrazione@aniarti.it

aniarti EfCCNa SCENARIO
associazione nazionale infermieri di area critica

di lavoro in modo che un infermiere resti sempre "pulito" al di fuori dell'area in cui è previsto l'utilizzo dei DPI

- Aumento dei posti letto in terapia intensiva e subintensiva, con reclutamento privilegiato di personale infermieristico già esperto, in quanto le necessità di assistere numeri elevati di pazienti possono presentarsi improvvisamente ed assumere caratteri di rapidissima evolutività che non consentono percorsi di formazione e inserimento di neoassunti o inesesperti nelle terapie intensive
- Previsione di carichi di lavoro aumentati a causa di elevate necessità di pronazione, e delle procedure di vestizione e svestizione dei DPI
- Necessità di clusterizzare gli interventi assistenziali ed anticipazione di eventuali situazioni prevenibili/prevedibili per ridurre il tempo di stazionamento al letto del paziente e permettere adeguati tempi di intervallo di recupero senza DPI
- Necessità di programmare i turni sui pazienti COVID - 19 in modo che gli infermieri non indossino i DPI per più 3 ore (4 al massimo), e adozione di adeguate misure di prevenzione di lesioni da pressione device correlate ai DPI (idrocolloidi protettivi su punti di contatto di maschere filtranti)
- Previsione della necessità di prolungare i turni di lavoro a causa del carico di lavoro, ma anche dei casi di possibile aumento di malattia tra il personale di assistenza
- Potenziamento degli operatori di supporto per le necessità logistiche legate alla decontaminazione e ricondizionamento dei materiali di cura ed assistenza non monouso
- Meticolosa sorveglianza circa le procedure di igiene ambientale quotidiana e terminale, con particolare attenzione a superfici di contatto comune e ripetuto come tastiere, PC, telefoni, interruttori, maniglie delle porte, e telefoni cellulari personali
- Necessità di tenere presente la possibilità di supporto psicologico per i gruppi delle terapie intensive che affrontano questa situazione a causa l'aumento di stress-lavoro correlato, possibilità di burn-out in relazione all'allungamento dei tempi di "emergenza sanitaria", di sensazione di isolamento ed ansia degli operatori (legata anche alla salute delle proprie persone significative)
- Particolare attenzione al refreshing sulle regole di sicurezza interna volte alla limitazione della dispersione dei contaminanti contenenti virus SARS-Cov2, particolarmente nelle procedure a rischio:
    - Intubazione tracheale
    - Tracheostomia bedside
    - Aspirazione tracheale (circuito chiuso)
    - Limitare al massimo le metodiche di ossigenazione e ventilazione che possono nebulizzare particelle
    - Aerosol terapia (privilegiare l'installazione dei sistemi direttamente al momento dell'intubazione del paziente)
    - Evitare deconnessioni accidentali del circuito ventilatorio

aniarti EfCCNa SCENARIO
associazione nazionale infermieri di area critica

  - Utilizzare le funzioni "blocco pausa espiratoria" abbinata alla chiusura del tubo endotracheale in caso di apertura programmata del circuito
  - Evitare l'utilizzo di sistemi ad alta diffusione di droplet (High Flow Nasal Cannula, Non invasive ventilation with face mask, CPAP di Boussignac)
  - Privilegiare l'utilizzo dell'elmetto come interfaccia per ossigeno terapia o CPAP, ponendo sulla linea espiratoria un filtro HEPA (high efficiency particulate air)
  - Posizionare un filtro HEPA sulle valvole espiratorie dei ventilatori, sul lato di fuoriuscita del gas espirato in ambiente
  - Posizionare un filtro HEPA sui dispositivi di ventilazione manuale
  - Privilegiare l'utilizzo di fibroscopi monouso
- In caso di attivazione dei MET per manovre di rianimazione cardio polmonare, all'interno degli ospedali, gli operatori devono considerare il paziente sconosciuto come potenzialmente infetto, ed utilizzare i DPI previsti per i pazienti Covid (attrezzare gli zaini per l'urgenza con Kit completi di vestizione per almeno 2 operatori).
- Segnalazione immediata ai superiori dell'eventuale interruzione di barriere date dai DPI individuali o da condizioni di esposizione accidentale
- Limitazione prudenziale e temporanea dell'accesso alle visite dei pazienti in tutte le aree dell'ospedale, con assoluto divieto di ingresso a persone con sintomatologia respiratoria. Prevedere stategie alternative di comunicazione con le famiglie dei ricoverati (Skype, videochiamate, email, ecc.)
- L'infermiere, nei confronti del paziente sveglio, si mantiene come interfaccia con il mondo esterno rispetto alla condizione di isolamento. Questa condizione non è nuova, particolarmente a chi assiste pazienti in isolamento protettivo per immunosoppressione (eg. Trapiantati, patologie ematologiche maligne in aplasia midollare…), e le misure di relazione terapeutica si mantengono presumibilmente in modo sovrapponibile a quelle succitate.

E' fondamentale tenere a mente che la rapida evoluzione dei cluster di infezione può in brevissimo tempo configurare una situazione di emergenza, senza avere il tempo di poter mettere in atto misure contenitive adeguate. Per questo l'anticipazione e la pianificazione diventa il mantra con cui affrontare questa epidemia.

Genova 08/03/2020

Il Presidente
Silvia Scelsi

Sede Legale - Via Passo Moglia, 2 - 16167 Genova (GE) - Cod. Fisc. 98005920172 - Part. IVA 01263930305
Cell ufficio soci 340-4045367 e-mail:aniarti@aniarti.it, Cell amm.ne 340-4045317 e-mail: amministrazione@aniarti.it

COVID-19

Raccomandazioni per le persone in isolamento domiciliare e per i familiari che li assistono

1. La persona con sospetta o accertata infezione COVID-19 deve stare lontana dagli altri familiari, se possibile, in una stanza singola ben ventilata e non deve ricevere visite.
2. Chi l'assiste deve essere in buona salute e non avere malattie che lo mettano a rischio se contagiato.
3. I membri della famiglia devono soggiornare in altre stanze o, se non è possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dalla persona malata e dormire in un letto diverso.
4. Chi assiste il malato deve indossare una mascherina chirurgica accuratamente posizionata sul viso quando si trova nella stessa stanza. Se la maschera è bagnata o sporca per secrezioni è necessario sostituirla immediatamente e lavarsi le mani dopo averla rimossa.
5. Le mani vanno accuratamente lavate con acqua e sapone o con una soluzione idroalcolica dopo ogni contatto con il malato o con il suo ambiente circostante, prima e dopo aver preparato il cibo, prima di mangiare, dopo aver usato il bagno e ogni volta che le mani appaiono sporche.
6. Le mani vanno asciugate utilizzando asciugamani di carta usa e getta. Se ciò non è possibile, utilizzare asciugamani riservati e sostituirli quando sono bagnati.
7. Chi assiste il malato deve coprire la bocca e il naso quando tossisce o starnutisce utilizzando fazzoletti possibilmente monouso o il gomito piegato, quindi deve lavarsi le mani.
8. Se non si utilizzano fazzoletti monouso, lavare i fazzoletti in tessuto utilizzando sapone o normale detergente con acqua.
9. Evitare il contatto diretto con i fluidi corporei, in particolare le secrezioni orali o respiratorie, feci e urine utilizzando guanti monouso.
10. Utilizzare contenitori con apertura a pedale dotati di doppio sacchetto, posizionati all'interno della stanza del malato, per gettare guanti, fazzoletti, maschere e altri rifiuti.
11. Nel caso di isolamento domiciliare va sospesa la raccolta differenziata per evitare l'accumulo di materiali potenzialmente pericolosi che vanno invece eliminati nel bidone dell'indifferenziata.
12. Mettere la biancheria contaminata in un sacchetto dedicato alla biancheria sporca indossando i guanti. Non agitare la biancheria sporca ed evitare il contatto diretto con pelle e indumenti.
13. Evitare di condividere con il malato spazzolini da denti, sigarette, utensili da cucina, asciugamani, biancheria da letto, ecc.
14. Pulire e disinfettare quotidianamente le superfici come comodini, reti e altri mobili della camera da letto del malato, servizi igienici e superfici dei bagni con un normale disinfettante domestico, o con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5% di cloro attivo oppure con alcol 70%, indossando i guanti e indumenti protettivi (es. un grembiule di plastica).
15. Utilizzare la mascherina quando si cambiano le lenzuola del letto del malato.
16. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani, ecc. del malato in lavatrice a 60-90°C usando un normale detersivo oppure a mano con un normale detersivo e acqua, e asciugarli accuratamente.
17. Se un membro della famiglia mostra i primi sintomi di un'infezione respiratoria acuta (febbre, tosse, mal di gola e difficoltà respiratorie), contattare il medico curante, la guardia medica o i numeri regionali.
18. Evitare il trasporto pubblico per raggiungere la struttura sanitaria designata; chiamare un'ambulanza o trasportare il malato in un'auto privata e, se possibile, aprire i finestrini del veicolo.
19. La persona malata dovrebbe indossare una mascherina chirurgica per recarsi nella struttura sanitaria e mantenere la distanza di almeno 1 metro dalle altre persone.
20. Qualsiasi superficie contaminata da secrezioni respiratorie o fluidi corporei durante il trasporto deve essere pulita e disinfettata usando un normale disinfettante domestico con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5% di cloro attivo oppure con alcol 70%.

A cura del Gruppo ISS "Comunicazione Nuovo Coronavirus"

Fonte OMS e ISS • 10 marzo 2020

ALCUNE TRA LE PIÙ IMPORTANTI INIZIATIVE DI FNOPI A SOSTEGNO DEGLI INFERMIERI

FNOPI HA ISTITUITO IL FONDO DI SOLIDARIETÀ # NOI CON GLI INFERMIERI

CON QUATTRO INIZIATIVE
DONA ORA
SOSTIENI LA CAMPAGNA
CREA LA TUA RACCOLTA
COINVOLGI GLI AMICI

INIZIATIVE A CUI FNOPI HA ADERITO

Gruppo **STARHOTELS**, "**GRAZIE DI CUORE**" offre soggiorni gratuiti con validità dal 1° giugno al 31 dicembre 2020, la cui collaborazione con la FNOPI permette di raccogliere in questi giorni le prime 500 richieste ritenute idonee, si sono sviluppate tante proposte da parte di diverse strutture alberghiere situate in tutta l'Italia. A questa iniziativa ne sono seguite altri di ugual tipologia. Di seguito i link delle strutture che hanno aderito (data 22 maggio 2020).

www.starhotels.com
www.starhotelscollezione.com
www.rossiniresort.com
https://www.hotelgiorgione.com/it
https://mondomini.it/
https://www.postamarcucci.it/
https://www.hotelilpellicano.com/it/
https://www.laperlacorvara.it/
https://www.borgoegnazia.it/
https://www.marriott.it/hotels/travel/bzolc-cristallo-a-luxury-collection-resort-and-spa-cortina-dampezzo/
https://www.royalhotelsanremo.com/
https://www.andana.it/
https://www.albereta.it/
https://www.hotelbyron.net/it/
https://www.plazaederussie.com/it/
http://www.isaholidays.com/

Formazione da FNOPI (una selezione)

COVID-19: GUIDA PER OPERATORI SANITARI PER PROTEGGERSI E GESTIRE L'EMERGENZA

È online il corso di formazione gratuito, con direzione scientifica a cura dell'Università Vita-Salute San Raffaele, dedicato a tutto il personale infermieristico italiano sulle procedure richieste per la gestione di Covid-19. Il corso è diviso in tre moduli per una durata complessiva di otto ore e riconosce ai partecipanti 10,4 crediti formativi per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) validi su tutto il territorio nazionale grazie all'accreditamento all' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Le lezioni **offrono indicazioni operative e immediatamente applicabili a supporto degli operatori sul campo** su tematiche riguardanti la protezione individuale, la ventilazione non invasiva e la gestione dello stress in situazioni di emergenza e sono introdotte dal professor **Alberto Zangrillo,** Prorettore per le Attività Cliniche Istituzionali dell'Ateneo e primario dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Generale e Cardio-Toraco-Vascolare dell'IRCCS Ospedale San Raffaele, dal **professor Roberto Burioni,** ordinario di Microbiologia e Virologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele e dal **professor Enrico Gherlone**, Rettore dell'Università Vita-Salute San Raffaele.

Utenti: Il corso ad oggi è riservato agli infermieri e agli infermieri pediatrici.

Temi trattati:

- **Dispositivi di protezione individuale**. Proteggere sé e proteggere gli altri. Presentazione dei principali Dispositivi di Protezione Individuale, e del loro utilizzo, impiegati da infermieri e personale medico nel trattamento di pazienti affetti da Covid-19.
- **Ventilazione Non Invasiva**. Indicazioni pratiche per l'utilizzo e il monitoraggio delle tecniche di Ventilazione non Invasiva (CPAP e BiPAP) nella gestione di pazienti affetti da Covid-19.
- **Gestione dello stress in situazioni di crisi**. Identificazione e riconoscimento dei segnali di stress,

strategie e tecniche di gestione dello stesso in situazione di crisi.

Gruppo di lavoro:

Generation Italy, Fondazione no-profit indipendente creata da McKinsey & Company (Promotore e Coordinamento dei Partner), **Università Vita-Salute San Raffaele** e **Gruppo San Donato** (Responsabile Scientifico), **Sky Italia** (Partner per la produzione video e Media Partner), **Intesa Sanpaolo** (Partner di progetto per la produzione e promozione del corso), **FNOPI - Federazione Nazionale degli Ordini Professioni Infermieristiche** (Partner per l'erogazione del corso e l'accreditamento nazionale).

Come si accede al corso.

Il corso *COVID-19: Guida per operatori sanitari per proteggersi e gestire l'emergenza* è accessibile gratuitamente attraverso la piattaforma per la formazione a distanza (FAD) FadinMED (https://www.fadinmed.it/). Per poter fruire del corso è necessario essere registrati sulla Piattaforma 2.

ABCDE: CORSO GRATUITO ANTISTRESS E BURNOUT PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

Con il patrocinio delle quattro Federazioni FNOMCEO, FNOPI, FNOPO e TSRM PSTRP e della SIIET, Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale, sarà on line dal 15 maggio il corso dello psichiatra Massimo Picozzi per prevenire stress e burnout dei professionisti della Salute.

Burnout e stress psico-fisico: durante COVID-19 colpiscono tra il 30 e il 50% degli operatori sanitari e a fine pandemia possono lasciare tracce indelebili.

Provocano irritabilità, difficoltà ad addormentarsi la notte, tensioni muscolari, stress lavorativo con minore resa sul lavoro, affaticamento fisico e mentale, cattiva salute.

Secondo il Centro di Ricerca Engage Minds HUB dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, che ha da poco condotto uno studio sul fenomeno, il 45% del campione studiato ha avvertito frequentemente nell'ultimo mese almeno un sintomo di stress psico-fisico: il 70% si è sentito più irritabile del normale, il 65% ha avuto maggiori difficoltà ad addormentarsi, poco meno del 50% ha sofferto di incubi notturni, il 45% ha avuto crisi di pianto e il 35% palpitazioni.

Inoltre, un operatore su tre mostra segni di alto esaurimento emotivo (la sensazione di essere emotivamente svuotato, logorato ed esausto) e uno su quattro moderati livelli di depersonalizzazione (ovvero, la tendenza a essere cinico, trattare gli altri in maniera impersonale o come "oggetti", sentirsi indifferente rispetto ai pazienti e ai loro familiari).

Dati analoghi a quelli riscontrati in uno studio simile cinese che ha mostrato percentuali importanti di depressione (50%), ansia (44,6%), insonnia (34%) e stress psicologico (71,5%). I sintomi più severi sono stati riscontrati proprio negli operatori di prima linea, lavoratori della città epicentro della pandemia in Cina.

È per questo che è stato ideato da Massimo Picozzi, psichiatra, criminologo, saggista e Faculty Fellow Sda Bocconi, già noto per aver realizzato – con successo di partecipazione e di risultati – il corso per medici e infermieri per prevenire la violenza sugli operatori sul posto di lavoro, il nuovo progetto A.B.C.D.E. (Attenzione, Burnout, Compassion fatigue, Disturbo post traumatico da stress… E oltre) che sarà offerto gratuitamente ai professionisti della sanità in prima linea nella guerra contro COVID-19 in Italia.

Vista l'importanza degli argomenti trattati e apprezzato il valore dei contenuti, hanno dato il loro patrocinio all'iniziativa FNOMCEO, medici e odontoiatri, FNOPI, infermieri, FNOPO, ostetriche, TSRM PSTRP tecnici sanitari di radiologia medica e professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione e SIIET, Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale.

Il corso – che ha come provider e segreteria organizzativa Format (**info@formatsas.com** – **www.formatsas.com**) – sarà accessibile dal 15 maggio dai siti istituzionali delle quattro Federazioni, per gli operatori iscritti, perché questi possano evitare danni successivi a se stessi e ai pazienti e rappresenta, come lo ha definito il suo ideatore, un vero e proprio "DPI (dispositivo di protezione individuale) psicologico" per qualunque sanitario lavori in area critica.

"I professionisti sanitari – spiega Picozzi – sono esposti a grandi pressioni su più fronti: da un lato l'etica e la deontologia professionale, l'impegno verso i propri pazienti e la frustrazione di non riuscire a curarli, di non riuscire a lenire le loro sofferenze; dall'altro, forte preoccupazione per la propria salute e per quella dei propri cari. Parallelamente, si assiste a una rivalutazione del ruolo dei professionisti della salute: se prima della pandemia da Covid-19 erano trattati con poco rispetto e considerazione, oggi vengono chiamati "eroi", grazie a un processo di idealizzazione tanto comprensibile quanto superficiale".

Gli obiettivi del corso – articolato su cinque lezioni che danno 10 crediti ECM (educazione medica continua) – sono quelli di individuare strategie finalizzate a prevenire, riconoscere e gestire le varie forme di disagio psicologico che possono manifestarsi nei contesti sanitari e sociosanitari che si trovano a gestire l'emergenza Covid-19. Ma anche definire il burnout, riconoscendone i sintomi, acquisire conoscenze rispetto alla sindrome Compassion Fatigue e i sintomi attraverso i quali si manifesta e individuare i fattori che concorrono allo sviluppo del disturbo post traumatico da stress (PTSD) ed i relativi sintomi.

IL CORSO SARÀ ACCESSIBILE DAL 15 MAGGIO A QUESTO LINK https://bit.ly/2WqiPRr

INIZIATIVE OPI FERRARA
(questo è in progress (serve per verificare il numero di pagine)

1. **L'OPi Ferrara** ha aderito alla campagna con crea la tua raccolta per sostenere
   Una vita per la vita a sostegno delle famiglie di

colleghi che hanno dato la vita nella lotta contro il coronavirus.

2. Formazione vedi allegati da completare

Sito grafia

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - EPICENTRO

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/

Per monitorare la situazione e dare sostegno al personale impiegato delle strutture socio assistenziali e sanitarie, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è impegnato su più fronti con attività di sorveglianza mirate a individuare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (*Infection prevention and control*, IPC) e con attività di supporto volte a fornire risorse e indicazioni sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/confermati di COVID-19.

Si ricorda che informazioni più generali si possono trovare anche:

- nelle pagine di EpiCentro dedicate ai materiali divulgativi;
- nelle pagine di EpiCentro dedicate a IPC e precauzioni standard: documenti in italiano dove sono raccolti e messi a disposizione di operatori e cittadini documenti riportanti indicazioni e applicazioni delle precauzioni standard per la riduzione e il controllo delle infezioni;
- nelle pagine di Epicentro dedicate ai Rapporto tecnici ISS COVID-19;
- nelle pagine del sito ISS dedicate alle infografiche.

Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)

EpiCentro mette a disposizione di operatori e cittadini documenti riportanti indicazioni e applicazioni delle precauzioni standard per la riduzione e il controllo delle infezioni.

VESTIZIONE E SVESTIZIONE CON DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

In un video a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, in collaborazione con OMS, Benedetta Allegranzi (Prevenzione e controllo delle infezioni, OMS, Ginevra) parla della vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale per precauzioni da contatto e droplet.

IGIENE DELLE MANI

- "Come lavarsi le mani con acqua e sapone?"(pdf 277 kb): poster sul lavaggio delle mani che contiene informazioni per la popolazione generale, a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- !Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?" (pdf 480 kb): poster sulla frizione delle mani che contiene informazioni per la popolazione generale, a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- "I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani" (pdf 219 kb): poster dedicato ai 5 momenti per l'igiene delle mani e rivolto agli operatori sanitari. Nasce con l'obiettivo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza ed è a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- "Hand Hygiene": video (in inglese con sottotitoli in italiano) a cura del *The New England Journal of Medicine* e realizzato dal Programma controllo delle infezioni, Ospedale universitario di Ginevra e Facoltà di Medicina. Il video, pensato per gli operatori sanitari, spiega in maniera accurata le indicazioni e le tecniche di lavaggio delle mani e l'uso appropriato dei guanti, sempre con l'obiettivo di ridurre le infezioni ospedaliere.
- "Igiene delle mani. *Framework* per líAutovalutazione 2010" (pdf 146 kb): strumento di valutazione dei livelli di promozione e pratica di igiene delle mani all'interno delle strutture sanitarie della Regione Emilia-Romagna, che ne ha curato l'edizione italiana traducendo il documento originale dellíOrganizzazione Mondiale della Sanità, ma il cui utilizzo può essere esteso a livello nazionale.

Data di creazione della pagina: 19 marzo 2020

Risorse per gli operatori (sanitari e di supporto) delle strutture socio assistenziali e sanitarie

Consulta e scarica:

- Il rapporto della *Survey* nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie e il focus dedicato alle strutture socio assistenziali e sanitarie.
- Il Rapporto ISS COVID-19 - n. 4/2020 ìIndicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dellíinfezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarieî (pdf 856 kb). Questo documento fornisce indicazioni per la prevenzione e il controllo dellíinfezione da SARS-CoV-2 nellíambito delle strutture residenziali sociosanitarie. Un documento importante considerando che sia gli anziani che le persone affette da gravi patologie neurologiche, croniche e da disabilità sono popolazioni fragili e a maggior rischio di evoluzione grave se colpite da COVID-19. Inoltre, è importante sottolineare che queste strutture, così come altre comunità semichiuse, sono anche a maggior rischio di microfocolai epidemici.

- I corsi di Formazione a distanza (FAD) dedicati alla prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19:
  - Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 (accreditato ECM)
  - Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 (per operatori di supporto: come per esempio gli operatori socio sanitari (OSS), gli operatori tecnici addetti allíassistenza (OTA) e gli operatori socio assistenziali).
- Líinfografica: ìCome comportarsi. Un codice per

operatori sanitari + sociosanitariî (pdf 608 kb), a cura di ISS e ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere). Un codice di comportamento in 10 punti per ricordare che líutilizzo dei dispositivi di protezione individuale non è líunica azione da mettere in atto ma che sono necessari anche comportamenti mirati.

- Il poster ìDecalogo per contrastare COVID-19 nelle strutture residenziali sociosanitarieî (pdf 596 kb) a cura di ISS e ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere).
- Il video ìVestizione e svestizione con dispositivi di protezione individualeî a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, in collaborazione con OMS, Benedetta Allegranzi (Prevenzione e controllo delle infezioni, OMS, Ginevra) parla della vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale per precauzioni da contatto e droplet.

DA ANIARTI ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI AREA CRITICA

Linee Guida Cinesi sulla Gestione di COVID-19 (Versione 7) – tradotte in italiano
Pubblicate in data 3/3/2020 dalla Commissione della Commissione della Salute della R.P.C.
FILE INFECTION PREVENTION ECDC
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-control-healthcare-settings-march-2020.pdf
Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings, European Centre for Disease Control and Prevention (march 2020)

LINK UTILI PROTEZIONE CIVILE
Pagina dedicata all'emergenza coronavirus, con aggiornamenti quotidiani
http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus
Mappa interattiva
(versione desktop)
http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1
(versione mobile)
http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/dae18c330e8e4093bb090ab0aa2b4892
BMJ, BRITISH MEDICAL JOURNAL
This page collects all BMJ coverage of the coronavirus outbreak from across the BMJ's journals and learning resources. All articles and resources are freely available.
https://www.bmj.com/coronavirus
NEMJ, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
A collection of articles and other resources on the Coronavirus (Covid-19) outbreak, including clinical reports, management guidelines, and commentary.
https://www.nejm.org/coronavirus
JAMA NETWORK, JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATIONS
https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/coronavirus-alert
Triggerlab
COVID-19, Prime impressioni di un esperto sulla ventilazione meccanica (di Giuseppe Natalini)
https://triggerlab.org/2020/03/06/covid-19-prime-impressioni-di-un-esperto-sulla-ventilazione-meccanica/?fbclid=IwAR0NFor8WKMc2N6xy1AJ_-0dc_r6i7zCi_eFZKXseItdQRztm4A1HdSfcS8
Pronazione: dai concetti base alla pratica
https://triggerlab.org/2020/03/17/pronazione-in-tempi-di-covid-19/
SIAARTI - COVID-19 - Strumenti per gli anestesisti-rianimatori
http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx
Percorso COVID-19 – Sezione 1 – Procedura Area Critica
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%201%20%20-%20Procedura%20Area%20Critica.pdf
Percorso COVID-19 – Sezione 2 – Raccomandazioni locali
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%202%20-%20Raccomandazioni%20per%20la%20gestione%20locale.pdf
Controllo vie aeree
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Controllo%20vie%20aeree%20rev.1.1.pdf
Raccomandazioni di etica clinica
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf
Safe Airway Australia and New Zealand
Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group
FILE UPDATED PREPRINT SAS COVID 19
https://www.mja.com.au/system/files/2020-03/Updated%20PREPRINT%20SAS%20COVID19%20consensus%20statement%2017%20March%202020.pdf
Video vestizione e svestizione (Donning and doffing), Public Health England
https://www.youtube.com/watch?v=kKz_vNGsNhc
https://www.youtube.com/watch?v=oUo5O1JmLH0
MEDCRAM
https://www.youtube.com/user/MEDCRAMvideos
Video didattici su COVID-19, con aggiornamenti quotidiani su aspetti epidemiologici e di trattamento, in lingua inglese
McGraw-Hill concede download gratuito di manuale sulla NIV
https://www.mheducation.it/risposta-a-covid-19

SITOGRAFIA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
EPICENTRO

https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/

Per monitorare la situazione e dare sostegno al personale impiegato delle strutture socio assistenziali e sanitarie, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è impegnato su più fronti con attività di sorveglianza mirate a individuare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (*Infection prevention and control*, IPC) e con attività di supporto volte a fornire risorse e indicazioni sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/confermati di COVID-19.
Si ricorda che informazioni più generali si possono trovare anche:
- nelle pagine di EpiCentro dedicate ai materiali divulgativi
- nelle pagine di EpiCentro dedicate a IPC e precauzioni standard: documenti in italiano dove sono raccolti e messi a disposizione di operatori e cittadini documenti riportanti indicazioni e applicazioni delle precauzioni standard per la riduzione e il controllo delle infezioni
- nelle pagine di Epicentro dedicate ai Rapporto tecnici ISS COVID-19
- nelle pagine del sito ISS dedicate alle infografiche

Prevenzione e controllo delle infezioni (IPC)

EpiCentro mette a disposizione di operatori e cittadini documenti riportanti indicazioni e applicazioni delle precauzioni standard per la riduzione e il controllo delle infezioni.

VESTIZIONE E SVESTIZIONE CON DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

In un video a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, in collaborazione con OMS, Benedetta Allegranzi (Prevenzione e controllo delle infezioni, OMS, Ginevra) parla della vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale per precauzioni da contatto e droplet.

IGIENE DELLE MANI

- "Come lavarsi le mani con acqua e sapone?" (pdf 277 kb): poster sul lavaggio delle mani che contiene informazioni per la popolazione generale, a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- "Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?" (pdf 480 kb): poster sulla frizione delle mani che contiene informazioni per la popolazione generale, a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- "I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani" (pdf 219 kb): poster dedicato ai 5 momenti per l'igiene delle mani e rivolto agli operatori sanitari. Nasce con l'obiettivo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza ed è a cura di Ministero della Salute, CCM, OMS e World Alliance for Patient Safety.
- "Hand Hygiene": video (in inglese con sottotitoli in italiano) a cura del *The New England Journal of Medicine* e realizzato dal Programma controllo delle infezioni, Ospedale universitario di Ginevra e Facoltà di Medicina. Il video, pensato per gli operatori sanitari, spiega in maniera accurata le indicazioni e le tecniche di lavaggio delle mani e l'uso appropriato dei guanti, sempre con l'obiettivo di ridurre le infezioni ospedaliere.
- "Igiene delle mani. *Framework* per l'Autovalutazione 2010" (pdf 146 kb): strumento di valutazione dei livelli di promozione e pratica di igiene delle mani all'interno delle strutture sanitarie della Regione Emilia-Romagna, che ne ha curato l'edizione italiana traducendo il documento originale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma il cui utilizzo può essere esteso a livello nazionale.

Risorse per gli operatori (sanitari e di supporto) delle strutture socio assistenziali e sanitarie

Consulta e scarica:
- Il rapporto della *Survey* nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie e il focus dedicato alle strutture socio assistenziali e sanitarie
- Il Rapporto ISS COVID-19 - n. 4/2020 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie" (pdf 856 kb). Questo documento fornisce indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 nell'ambito delle strutture residenziali sociosanitarie. Un documento importante considerando che sia gli anziani che le persone affette da gravi patologie neurologiche, croniche e da disabilità sono popolazioni fragili e a maggior rischio di evoluzione grave se colpite da COVID-19. Inoltre, è importante sottolineare che queste strutture, così come altre comunità semichiuse, sono anche a maggior rischio di microfocolai epidemici.

I corsi di Formazione a distanza (FAD) dedicati alla prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19:
- Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 (accreditato ECM)
- Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 (per operatori di supporto: come per esempio gli operatori socio sanitari (OSS), gli operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA) e gli operatori socio assistenziali).
- L'infografica: "Come comportarsi. Un codice per operatori sanitari + sociosanitari" (pdf 608 kb), a cura di ISS e

ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere). Un codice di comportamento in 10 punti per ricordare che l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale non è l'unica azione da mettere in atto ma che sono necessari anche comportamenti mirati.
- Il poster "Decalogo per contrastare COVID-19 nelle strutture residenziali sociosanitarie" (pdf 596 kb) a cura di ISS e ANIPIO (Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere).
- Il video "Vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale" a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Istituto Nazionale per le Malattie Infettive L. Spallanzani, in collaborazione con OMS, Benedetta Allegranzi (Prevenzione e controllo delle infezioni, OMS, Ginevra) parla della vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale per precauzioni da contatto e droplet.

DA ANIARTI ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI AREA CRITICA
Linee Guida Cinesi sulla Gestione di COVID-19 (Versione 7) – tradotte in italiano
Pubblicate in data 3/3/2020 dalla Commissione della Commissione della Salute della R.P.C.
FILE INFECTION PREVENTION ECDC
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-control-healthcare-settings-march-2020.pdf
Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings, European Centre for Disease Control and Prevention (march 2020)
LINK UTILI PROTEZIONE CIVILE
Pagina dedicata all'emergenza coronavirus, con aggiornamenti quotidiani
http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus
Mappa interattiva
(versione desktop)
http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1
(versione mobile)
http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/dae18c330e8e4093bb090ab0aa2b4892
BMJ, BRITISH MEDICAL JOURNAL
This page collects all BMJ coverage of the coronavirus outbreak from across the BMJ's journals and learning resources. All articles and resources are freely available.
https://www.bmj.com/coronavirus
NEMJ, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE
A collection of articles and other resources on the Coronavirus (Covid-19) outbreak, including clinical reports, management guidelines, and commentary.
https://www.nejm.org/coronavirus
JAMA NETWORK, JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATIONS
https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/coronavirus-alert
Triggerlab
COVID-19, Prime impressioni di un esperto sulla ventilazione meccanica (di Giuseppe Natalini)
https://triggerlab.org/2020/03/06/covid-19-prime-impressioni-di-un-esperto-sulla-ventilazione-meccanica/?fbclid=IwAR0NFor8WKMc2N6xy1AJ_-0dc_r6i7zCi_eFZKXseItdQRztm4A1HdSfcS8
Pronazione: dai concetti base alla pratica
https://triggerlab.org/2020/03/17/pronazione-in-tempi-di-covid-19/
SIAARTI - COVID-19 - Strumenti per gli anestesisti-rianimatori
http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx
Percorso COVID-19 – Sezione 1 – Procedura Area Critica
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%201%20%20-%20Procedura%20Area%20Critica.pdf
Percorso COVID-19 – Sezione 2 – Raccomandazioni locali
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%202%20-%20Raccomandazioni%20per%20la%20gestione%20locale.pdf
Controllo vie aeree
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Controllo%20vie%20aeree%20rev.1.1.pdf
Raccomandazioni di etica clinica
http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf
Safe Airway Australia and New Zealand
Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group
FILE UPDATED PREPRINT SAS COVID 19
https://www.mja.com.au/system/files/2020-03/Updated%20PREPRINT%20SAS%20COVID19%20consensus%20statement%2017%20March%202020.pdf
Video vestizione e svestizione (Donning and doffing), Public Health England
https://www.youtube.com/watch?v=kKz_vNGsNhc
https://www.youtube.com/watch?v=oUo5O1JmLH0
MEDCRAM
https://www.youtube.com/user/MEDCRAMvideos
Video didattici su COVID-19, con aggiornamenti quotidiani su aspetti epidemiologici e di trattamento, in lingua inglese
McGraw-Hill concede download gratuito di manuale sulla NIV
https://www.mheducation.it/risposta-a-covid-19

AGENDA 2020

SEGNA

APPUNTAMENTI A SETTEMBRE

Assemblea degli iscritti

ELEZIONI CONSIGLIO DIRETTIVO

L'attuale Consiglio Direttivo, augura a tutti BUONA ESTATE