INFERMIERE

OPI Ferrara

Rivista dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara

Periodico d'informazione Anno XXXI n. 3 - Dicembre 2020

1 Presentazione del nuovo Consiglio Direttivo

2 Il neo-eletto Presidente dell'OPI di Ferrara

3 In regalo il CALENDARIO 2021

4 CORONAVIRUS, ultime notizie

5 Un francobollo dedicato a Florence Nightingale

6 Intervista agli Infermieri della Riabilitazione

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

Periodico dell'OPI di Ferrara - anno XXXI n. 3 - dicembre 2020
Direzione, Redazione, Amministrazione: via del Naviglio 33/a - Ferrara
Tel. 0532 64302 - Fax 0532 67140 - E-mail: info@ipasvife.it
Stampa: Grafiche Baroncini - Via Ugo La Malfa, 41 - 40026 Imola
Rivista chiusa in tipografia a novembre 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
Simone Vincenzi

Curatore della Rivista
Melissa Teodorini

Comitato di Redazione
Gloria Gianesini
Elisa Mazzini
Andrea Marabini
Lisa Uccellatori
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
Simone Vincenzi **pag. 1**

"HIGHLIGHTS" in PRIMO PIANO DALL'ORDINE

Prima parte della Rivista:
Il nuovo Consiglio Direttivo
OPI regala Calendario 2021 agli iscritti.
In regalo creme NIVEA per operatori sanitari
FNOPI, un francobollo dedicato a Florence Nightingale **pag. 2**

CORONAVIRUS: RADDOPPIANO CONTAGI E DECESSI 22 ottobre 2020 - Fondazione GIMBE, Bologna **pag. 14**

"Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione SARS-CoV-2 in Italia"
28 Ottobre 2020 Dati dell'Istituto Superiore di Sanità **pag. 18**

NORMATIVA

Decreto Consiglio Direttivo
Decreto Commissione d'Albo **pag. 20**

FORMAZIONE

Utilizzo delle mascherine negli ambienti pubblici per ridurre il contagio da SARS-COV-2
Fondazione GIMBE **pag. 26**

RUBRICA "UN GIORNO A CASA DI"

GLI INFERMIERI RACCONTANO LE LORO VITE LAVORATIVE
L'INFERMIERE DELLA RIABILITAZIONE
Intervista agli Infermieri della Riabilitazione
a cura di Melissa Teodorini **pag. 31**

EDITORIALE

Presidente OPI Ferrara
Simone Vincenzi

In questo periodo di emergenza sanitaria il sentore che la situazione sarebbe peggiorata era molto elevato ed è per questo che abbiamo anticipato le elezioni a garanzia del buon funzionamento dell'Ordine. Sono state rinnovate le cariche elettive all'interno dei vari organi, abbiamo accolto la volontà di candidarsi di tanti colleghi giovani e meno giovani, volenterosi di lavorare per dare il proprio contributo per incrementare il sempre difficoltoso riconoscimento della nostra professione. Vorrei esprimere a nome di tutti, un grande ringraziamento a Sandro Arnofi che mi ha preceduto in questo importante ruolo di Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche e che dopo 15 anni mi lascia il testimone. Con l'Ordine rinnovato abbiamo deciso tutti insieme di affrontare questa sfida con l'obiettivo che il prestigio della nostra professione non debba dipendere solamente dal numero di persone salvate durante la pandemia o dal numero di colleghi contagiati o peggio che ci hanno lasciato, ma anche e soprattutto dal supporto che quotidianamente diamo alla collettività, sia nella cura che nella prevenzione e più in generale nel mantenimento della salute. In tutto questo si intrecciano le altre sfide che spettano alla nostra professione.

In questo ultimo periodo sentiamo in modo più consistente parlare di infermiere di famiglia o di comunità e stiamo attendendo l'implementazione di questa figura sul territorio.

L'infermiere di famiglia non sarà la risoluzione dei problemi del mondo sanitario e non bisogna fare confusione con ruoli già presenti, né tantomeno avere fretta nell'implementazione di questa figura. E' fondamentale ed è troppo di rilievo l'importanza e l'essenzialità dell'infermiere sul territorio e all'interno dei servizi del SSN. Va quindi ben ponderato, soprattutto bisogna pensare di fornire a questi nuovi colleghi un bagaglio di conoscenze e competenze che gli consentano di agire nel miglior modo possibile il loro ruolo, il tutto nell'ottica di un beneficio in termini di salute per la collettività. L'Ordine delle Professione Infermieristiche vigilerà perché ciò possa avvenire.

E non dimentichiamoci, anche, della proposta della Federazione di ragionare sull'istituzione dell'infermiere scolastico, ovvero di una figura in grado di provare a recuperare in parte quell'area di prevenzione persa negli ultimi trent'anni.

È in quest'ottica che si sta muovendo l'assistenza infermieristica, perché ormai abbiamo ben compreso che il focus sanitario si sta sempre più spostando dall'ospedale al territorio, seguendo l'aumentata longevità della popolazione che inevitabilmente porta con sé nuove situazioni e nuove problematiche alle quali dare risposte e risoluzioni. Ma questo passa anche per un maggior riconoscimento della professione a livello di decisioni strategiche perché il bagaglio di conoscenze e competenze che abbiamo costruito negli ultimi anni ci permette di poter almeno vigilare sulla regolamentazione e programmazione sanitaria dei prossimi anni per una sanità migliore in grado di soddisfare le esigenze della popolazione, bambini, adulti, anziani, ovvero una sanità che risponda al diritto ad un'assistenza equa, accessibile, sicura, universale e solidale.

Con queste premesse e con tanta volontà di iniziare il nostro lavoro, vogliamo ancora ringraziare tutti coloro che ci hanno sostenuto con la loro preferenza e vogliamo assicurare che lavoreremo nel prossimo quadriennio per cercare di raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati, tra i quali c'è ascoltare e supportare tutti i nostri iscritti. **Grazie ancora.**

IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO OPI DI FERRARA

Composizione Consiglio Direttivo, Commissione d'Albo e Collegio Revisori dei Conti. Quadriennio 2020-2024

A cura della REDAZIONE

Il 2, 3 e 4 ottobre gli iscritti all'OPI hanno votato nella sede dell'Ordine in Via Naviglio.
Un'affluenza contenuta che ha votato la Lista "100% InFErmiere".

LE NOVITA'

- ➔ Un **nuovo Presidente dell'OPI.** Dopo tanti anni Sandro Arnofi lascia la presidenza dell'Ordine di Ferrara ma rimane all'interno della Commissione d'Albo dell'OPI di Ferrara.
- ➔ La **costituzione della Commissione d'Albo**, 9 Infermieri compongono la commissione poiché il nostro Ordine supera i 3.000 iscritti.

Alla Commissione d'albo spettano le seguenti attribuzioni:

- Proporre al Consiglio Direttivo l'iscrizione all'ordine del professionista
- Adottare e dare esecuzione ai provvedimenti disciplinari nei confronti di tutti gli iscritti all'albo e a tutte le altre disposizioni di Ordine disciplinare e sanzionatorio contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore
- Esercitare le funzioni gestionali comprese nell'ambito delle competenze proprie, come individuate dalla legge e dallo statuto
- Dare il proprio concorso alle autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare la professione.

➔ La durata in carica del nuovo assetto dell'OPI sarà di 4 anni (2021-2024)

IL PROGRAMMA DELLA LISTA:

➔ **Garantiremo** la **tenuta dell'Ente Ordine delle Professioni Infermieristiche** in **perfetta efficienza economica, fiscale e normativa.**

➔ **Stimoleremo la crescita culturale e professionale degli infermieri** attraverso la promozione e realizzazione di eventi di aggiornamento, in relazione a specifici bisogni dei professionisti del territorio ferrarese

➔ Costituiremo **una rete** che permetta un maggior **confronto tra gli iscritti** grazie allo sviluppo di un'informazione sempre più mirata ai bisogni dei colleghi e della professione

➔ Pianificheremo **incontri nei luoghi di lavoro** (punto d'ascolto e possibilità di incontri di gruppo) che facilitino le relazioni tra gli iscritti e l'ordine stesso

➔ Organizzeremo **manifestazioni pubbliche** per garantire maggior visibilità e promozione dell'immagine infermieristica

➔ Promuoveremo la valorizzazione della professione attraverso **incontri con le Associazioni di Cittadini** e la partecipazione ad iniziative organizzate dalle stesse

➔ Continueremo l'iniziativa ai neo-laureati iscritti all'OPI di Ferrara, di **premiare la "Miglior Tesi" di laurea triennale** sulle competenze infermieristiche in ambito educativo e relazionale e di laurea magistrale su temi di innovazione in ambito organizzativo o formativo, per valorizzarne il merito

➔ **Promuoveremo la nascita di una consulta dei giovani infermieri** allo scopo di sostenerli con iniziative di coinvolgimento e di ascolto

➔ **Faciliteremo l'orientamento al lavoro dei neo laureati** attraverso l'apposito sportello on line, nonché la capillare azione di informazione verso gli uffici dei comuni sulle attività e competenze degli infermieri nei diversi ambiti compreso quello libero professionale.

➔ Supporteremo la ricerca anche attraverso **l'emanazione di borse di studio su aree di ricerca** individuate dal consiglio direttivo o attraverso il sostegno ai dottorandi di ricerca iscritti al collegio di Ferrara

➔ Continueremo a **garantire la sicurezza dell'assistenza ai cittadini** per intervenire congiuntamente e ottenere organici adeguati e sostenibili di infermieri qualificati a tutti i livelli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, garantendo cure sicure e **combattendo l'abusivismo professionale, il lavoro "nero", il "demansionamento" o la "svalorizzazione"** della professione infermieristica in tutti gli ambiti lavorativi

➔ Manterremo la **quota annuale** di iscrizione all'OPI **tra le più basse** d'Italia

E' un Consiglio Direttivo sempre molto equilibrato anche nelle espressioni delle proprie diversità, quelle di genere, di età, di ruoli, di ambiti di lavoro e di provenienza geografica, che saprà rappresentare nel migliore dei modi, tutta la comunità degli infermieri di Ferrara.

PRESENTIAMOCI AGLI ISCRITTI
Ad ogni collega eletto, è stato chiesto di presentarsi brevemente e di raccontare il motivo per il quale *"si è candidato/a"*

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

Simone Vincenzi, Presidente

Lavoro presso il Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento e mi occupo in particolare di formazione di base, essendo docente e tutor al Corso di Laurea in Infermieristica, nonché Coordinatore didattico del secondo anno. Questo è il mio terzo mandato, sempre con esperienze nuove, tre anni da Consigliere, tre anni da Segretario ed ora mi attende una sfida ben più grande essendo il nuovo Presidente dell'OPI di Ferrara. Nei prossimi quattro anni farò il possibile, con la collaborazione di tutti i colleghi, per garantire il buon andamento dell'Ordine. Ritengo che il rispetto delle norme deontologiche e la valorizzazione delle professionalità degli infermieri possano essere i principali obiettivi da perseguire, che vanno di pari passo con la tutela delle persone che agli infermieri si affidano, oltre alla tutela della salute della collettività. In questo periodo di grandi mutamenti, siamo ben consci che ciò comporterà anche nuove prospettive e possibilità per la nostra professione.

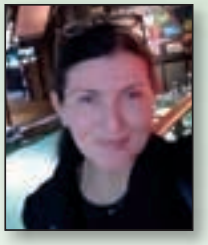
Melissa Teodorini, Vicepresidente

Sono al mio secondo mandato e per la prima volta Vicepresidente.
Sono Responsabile Infermieristico Tecnico e lavoro presso AOUFe Direzione delle Professioni Sanitarie dove mi occupo del Controllo della Qualità dei Servizi Esternalizzati rivolti alla persona come la ristorazione, il trasporto dei pazienti, il lavanoleggio ed alla struttura come il noleggio arredi, le pulizie, il trasporto delle merci e la vigilanza.
Il ruolo dell'Infermiere nella gestione di questi servizi a valenza assistenziale è fondamentale in quanto conosce l'organizzazione all'interno della quale lavora, ha competenze gestionali e rappresenta la figura in grado di garantire all'azienda che il controllo dei servizi esternalizzati avvenga secondo i parametri di riferimento contenuti nei contratti nell'ottica del beneficio al paziente, evitando comportamenti opportunistici da parte del fornitore e garantendo, al fornitore la collaborazione del personale aziendale per l'effettivo successo del servizio.
Con questo mio nuovo incarico desidero contribuire ad avvicinare maggiormente l'Ordine a tutti i colleghi affinchè diventi la CASA di questa grande famiglia professionale.

Valentina Michelini, Segretario

Infermiera dal 2012, lavoro presso il Pronto Soccorso dell'Azienda Opedaliero-Universitaria di Ferrara dal 2016. Sono stata eletta per il prossimo quadriennio nella carica di Segretario del Consiglio Direttivo dell'OPI Ferrara. L'obiettivo che rinnovo per questo mandato è di portare avanti il compito con impegno e spirito di servizio verso la professione, per il suo sviluppo e per la sua tutela.

Paola Caponcelli, Tesoriere

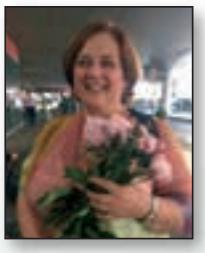


Lavoro presso AOUFE Direzione delle Professioni Sanitarie
Responsabile Infermieristico e Tecnico Piastra Operatoria
E' il mio terzo mandato al Consiglio Direttivo e per mantenere fede al Nostro programma elettorale, credo nell'impegno che l'"Ordine" ha nel portare avanti la valorizzazione del ruolo degli Infermieri, che devono lavorare "in sicurezza" per garantire "la sicurezza" delle cure che costituisce la base per la "buona assistenza sanitaria" alle Persone, in equità e senza differenze.
La fiducia accordatami è "straordinaria"; saranno sempre e comunque i comportamenti e le azioni quotidiane a dire chi siamo veramente, al di là delle singole parole.
Mettiamoci al lavoro!

Gloria Gianesini, Consigliere

Infermiera dal 1993 in ambito clinico nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara fino al 2015, poi all'interno della Direzione delle Professioni. Arricchire la professione di informazioni scientifiche per migliorarla e migliorare la salute dei nostri pazienti è sempre stato un elemento fondamentale nel mio essere infermiera e lo è tutt'ora.
Queste le ragioni per cui ho lavorato in Regione Emilia-Romagna, servizio Assistenza Ospedaliera – Coordinamento regionale Rischio Clinico e Sicurezza dei Pazienti e a Marzo di quest'anno il bisogno sanitario mi ha portato a rimettere in campo le mie competenze cliniche, oggi sono ancora dove voglio essere, all'interno del Blocco Operatorio. Per l'Ordine delle Professioni Infermieristiche questo periodo sarà molto importante e carico di impegni abbiamo il dovere di supportare la nostra Professione, i nostri Infermieri, cogliendo questo momento come un opportunità per ridurre ancora di più distanze, azzerare confini, entrare in ogni contesto lavorativo, perché l'Ordine delle Professioni Infermieristiche rappresenti sempre ogni infermiere. In questo nuovo quadriennio noi ci siamo, con voi.

Elisa Mazzini, Consigliere



Lavoro da 38 anni all'Azienda Usl e sono Consigliera al secondo mandato con l'obiettivo di continuare nelle azioni di sviluppo e riconoscimento della figura infermieristica e sempre alla ricerca di una sanità più equa attenta ai diritti dei pazienti-cittadini.

Maria Chiara Pintori, Consigliere

Ho 55, sono al terzo mandato come Consigliere.
La mia esperienza nel mondo del lavoro come infermiera risale al 1985 e oggi posso dire di aver acquisito competenze in più ambiti:
Medico, Specialistico e Emergenza. Dal 2009 sono Coordinatore nell'unità operativa di Pneumologia questo mi ha dato modo di condividere conoscenze con i professionisti che oggi collaborano con me.
La mia famiglia è stata un supporto importante e i miei due figli, ora adulti, hanno potuto contare su una mamma impegnata ma presente.
Mi sono ricandidata per raccogliere ancora una sfida e l'impegno nel portare avanti progetti per dare valore alla professione che svolgiamo.

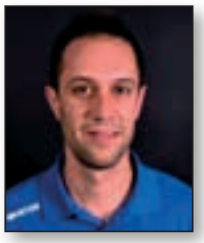
Federica Borghesi, Consigliere

Lavoro per l'Azienda USL di Ferrara dal 2001, attualmente con incarico di dirigente D.I.T. distretto sud/est; ho sempre cercato di rappresentare la professione con passione, dedizione, cercando di arricchire le mie competenze e vorrei poter contribuire alla crescita professionale degli infermieri.

Arlene Maltoni, Consigliere

Lavoro presso AOUFe, infermiera nell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia.
E' il mio secondo mandato al Consiglio Direttivo perché ho deciso di rinnovare il mio impegno e il mio contributo nel valorizzare la professione infermieristica.
In questo momento stiamo attraversando un periodo difficile che ci sta mettendo a dura prova.
Credo che sostenere i miei colleghi che sono in prima linea nell'assistenza dei cittadini potrebbe aiutare a trasmettere l'importanza che la nostra professione ha e ha sempre avuto.
Dare voce alla nostra figura e al nostro ruolo potrebbe farci raggiungere quei traguardi che inseguiamo da tempo.

Simone Ronchej, Consigliere



Lavoro presso la Società Cooperativa Infermieri Ferrara
Il mio impegno si riconferma nel dar voce anche agli infermieri che, come me, lavorano nelle cooperative e che offrono assistenza in particolar modo a pazienti con patologie croniche. Credo nella professione infermieristica, e desidero, con il mio contributo nel Consiglio Direttivo, far conoscere anche la realtà presso la quale opero.

Mario Borsatti, Consigliere

Lavoro come infermiere in casa di riposo Beata Beatrice d'Este a Ferrara.
Il mio lavoro consiste nell'assistere l'anziano, lavorando in team, affinchè possa mantenere un'adeguata qualità di vita e possa convivere nel miglior modo possibile con la propria cronicità.
Mi sono candidato come consigliere dell'OPI perché credo nella mia professione e per poter dare il mio apporto in modo da far conoscere ai cittadini le varie sfaccettature multidisciplinari dell'infermiere e la versatilità di questa professione.

Lisa Ronchi, Consigliere

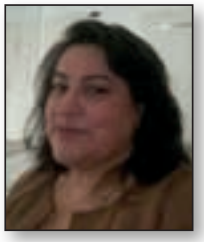
Diploma Universitario di Infermiere conseguito a marzo del 2000.
Ho lavorato in Asl a Ferrara, unità Operativa di Chirurgia di Comacchio e successivamente presso L'Ospedale del Delta sempre in ambito chirurgico.
Azienda Universitaria Ospedaliera di Ferrara nel pool sostituzioni.
Attualmente in servizio presso l'Ospedale di Cona, nel servizio interaziendale del PDTA Mammella.
Ho scelto di candidarmi perché volevo fare un'esperienza nuova ed avere uno scambio

costruttivo di idee ed opinioni tra colleghi.
Ho accettato la proposta di candidarmi all'ordine degli infermieri perché sono orgogliosa di essere un'infermiera e credo sia giusto e necessario promuovere la valorizzazione ed i diritti della nostra professione.
Ringrazio chi mi ha proposto per questo nuovo impegno.

Stefano Rossi, Consigliere

Da circa due anni svolgo la mia attività lavorativa presso il Pronto Soccorso Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e precedentemente presso la Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna. Ho scelto di candidarmi per il consiglio dell'ordine delle professioni di Ferrara perché credo che gli infermieri abbiano bisogno di una maggiore valorizzazione e riconoscimento sociale. Cercherò, per quanto mi è possibile, di tutelare la figura dell'Infermiere nei confronti di quei soggetti che, non conoscendo il ruolo dell'infermiere, ci richiedono attività non specifiche dell'assistenza infermieristica.

Federica Serio, Consigliere



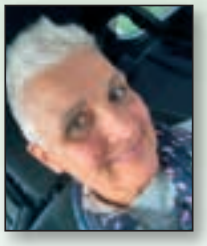
Serio Federica 51 anni, infermiera da 25 e in dialisi da 20. Mi sono candidata per OPI per interesse e crescita personale e per mettere a disposizione degli altri professionisti le mie conoscenze acquisite negli anni.

Gabriele Battocchio, Consigliere

Ho 27 anni e lavoro al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Argenta. Sono specializzato in area critica e formato per l'Emergenza Territoriale: ciò mi permette di operare come infermiere del 118 ad Argenta e Portomaggiore. Entrando in questo gruppo di lavoro, vorrei supportare la crescita della nostra professione, rinforzando e costruendo un'immagine solida dell'infermiere, in linea con i cambiamenti che stiamo affrontando in tema di competenze e autonomia.

COMMISSIONE D'ALBO

Silvia Polastri, Presidente



Infermiera dal 1989.
Dopo tanti tanti anni di strumentazione in sala Operatoria Polispecialistica, attualmente lavoro in Day Hospital Onco-ematologico, realtà non facile ma che riempie il cuore. Posso affermare che i "nostri" pazienti sono davvero speciali. Noi ci doniamo a loro, ma loro ci ricambiano con un bene ed un affetto sincero, che veramente ci ripagano delle energie che spendiamo all'interno della realtà lavorativa.
Mi sono candidata per la Commissione d'Albo e ho accettato di fare il Presidente. Sono convinta di avere ancora tanto da dare alla comunità infermieristica, e tanto da apprendere dai giovani colleghi.

Andrea Marabini, Vicepresidente

Andrea Marabini, Vicepresidente
Sono infermiere da più di 20 anni e Coordinatore da 2, lavoro presso l'ADI Sud/Est di Codigoro. Il desiderio di conoscere e l'impegno convinto di contribuire a garantire un valore etico e morale alla mia professione, sono le motivazioni per le quali mi sono candidato come componente del Nostro Ordine.
Sono infermiere da più di 20 anni e Coordinatore da 2, lavoro presso l'ADI Sud/Est di Codigoro. Il desiderio di conoscere e l'impegno convinto di contribuire a garantire un valore etico e morale alla mia professione, sono le motivazioni per le quali mi sono candidato come componente del Nostro Ordine.

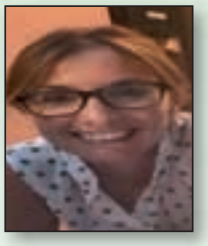
Giulia Merlanti, Segretario

Mi sono laureata nel 2015 presso Università degli studi di Ferrara e dal 2016 lavoro come libera professionista in collaborazione con la Cooperativa Infermieri Ferrara, una realtà per me molto stimolante in quanto ho la possibilità di esercitare la professione in più ambiti diversi, in particolare a livello domiciliare, presso medicine di gruppo e svariate tipologie di strutture sul territorio. Negli ultimi anni mi sono avvicinata al mondo del Wound Care partecipando a svariati corsi di formazione e a breve comincerò un percorso di perfezionamento presso la Scuola di Eccellenza promossa da AIUC per conseguire il titolo di "Infermiera esperta in Wound Care".
Mi sono candidata per dare il mio contributo nel rappresentare gli infermieri liberi professionisti all'interno dell'ordine e in particolare promuovere iniziative per contrastare il lavoro in nero e l'abusivismo, problematiche con le quali mi confronto spesso nel mio ambito lavorativo.

Sandro Arnofi, Componente

Presidente del Collegio oggi Ordine Infermieristico di Ferrara dal 2006. Infermiere dal 1989, AFD dal 1993 e Laurea nel 2010. Dipendente dell'azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. Sono stato Presidente del coordinamento dei Collegi IPASVI dell'Emilia Romagna. Attualmente mi occupo di welfare in particolare rivolto agli anziani. Ho partecipato a numerose attività formative, di ricerca, di promozione normativa, di controllo e contrasto alla illegalità ed all'abusivismo.

Lisa Uccellatori, Componente



Lavoro da 15 anni all'Ospedale del Delta, prima in chirurgia ed urologia e da qualche anno sono infermiera case manager del PDTA provinciale del Colon-Retto per la azienda Ausl, parallelamente svolgo l'attività di stomaterapista e lavoro negli ambulatori di distribuzione presidi del distretto Sud-Est. Entrambe le attività mi gratificano molto in ambito professionale e relazionale. Mi sono candidata alle elezioni perché credo fortemente nel mio lavoro e mi piacerebbe far conoscere ai cittadini la passione e la professionalità che caratterizza me e tanti altri Colleghi. Ho accettato questa avventura che può essere un momento di condivisione e scambio di idee fra professionisti. Ringrazio per l'opportunità, sono consapevole che rappresenta un progetto importante per il quale mi impegnerò al massimo.

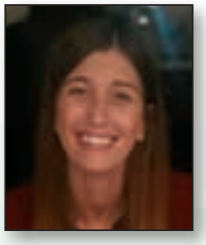
Stefano Chinaglia, Componente

Sono coordinatore di una Casa Residenza Anziani nella provincia di Ferrara. Dopo un mandato nel Consiglio Direttivo mi sono candidato nella Commissione d'Albo, credo molto nella professione infermieristica, nel contributo che anche i giovani infermieri possono portare alla nostra professione e nel ruolo che l'infermiere può rivestire nelle realtà territoriali, in particolare come riferimento per Ospiti e familiari.

Marika Colombi, Componente

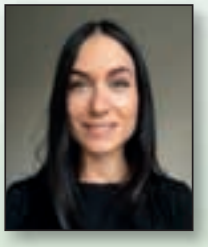
Dirigente Infermieristico presso il Distretto Nord AUSL di Ferrara.
Da anni il mio impegno personale e professionale è rivolto a definire modelli infermieristici sostenibili e integrati a sostegno di un territorio formato da persone "fragili" e con molti e variegati bisogni assistenziali. Ho accettato di far parte dell'OPI per contribuire a sostenere gli infermieri della nostra città e della nostra provincia con energia ed entusiasmo.

Federica Pora, Componente



Ho 27 anni, lavoro presso l'Unità Operativa di Terapia Intensiva Ospedaliera presso l'Ospedale di Cona. Mi sono laureata a marzo 2020, e sono stata subito assunta per fronteggiare all'emergenza da COVID-19. Ho seguito il consiglio di candidarmi perché credo che ci sia "bisogno" anche di persone giovani, appena laureate, per poter avere punti di vista diversi su ciò che ci circonda e di idee nuove, di chi lavora sul campo, seppur con poca esperienza.

Elisa Babetto, Componente



Infermiera presso Medicina Interna Ospedaliera, AOU Ferrara.
Vorrei dare il mio contributo alla professione mirando al raggiungimento di un'identità professionale condivisa attraverso la crescita, il supporto e l'integrazione tramite la deontologia e la formazione.
o contributo alla professione mirando al raggiungimento di un'identità professionale condivisa attraverso la crescita, il supporto e l'integrazione tramite la deontologia e la formazione.

IL COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Manuel Gigante, Revisore effettivo

Mi sono candidato perché ho sempre creduto nella professione, e ho deciso di candidarmi per poter dare un contributo all'ordine, portare nuove idee e fare esperienza in un ambito che ancora non avevo avuto possibilità di conoscere.

Matteo Ciuffreda, Revisore effettivo

Lavoro come infermiere nella Casa di Cura di Santa Maria Maddalena. Mi sono candidato per avere la possibilità di contribuire ad accrescere la nostra professione e a rafforzare il nostro rapporto coi cittadini.

Micaela Pandini, Revisore dei conti supplente

Lavoro presso la Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL di Ferrara; Dirigente Infermieristica del Distretto OVEST (Ospedale di Cento, Casa della Salute di Bondeno e Casa della Salute inter-aziendale di Pieve di Cento, gestita in integrazione con l'Azienda USL di Bologna Distretto Pianura Est). Sono docente del Corso di Laurea in Infermieristica di Ferrara, Facoltà di Medicina e Chirurgia a Pieve di Cento.
La decisione di candidarmi all'Ordine degli Infermieri è una decisione che coltivavo ormai da tempo ho colto l'opportunità che mi è stata offerta di far parte dell'Organo del Collegio dei Revisori dei Conti, perché credo nelle Associazioni che tutelano i Professionisti, di fondamentale importanza in questo periodo di emergenza. Questa esperienza penso possa essere anche un'enorme occasione di arricchimento personale

LE COMMISSIONI istituite per i lavori dell'OPI di Ferrara

Nella prima seduta del Consiglio Direttivo, il gruppo professionale eletto, ha condiviso, un programma di obiettivi e di intenti da perseguire.
Oltre le finalità istituzionali come la consulenza professionale e legale, organizzazione e promozione di iniziative formative, controllo e rispetto dell'etica e della deontologia professionale, il programma del nuovo Consiglio Direttivo è stato articolato e raggruppato in Aree Tematiche con l'istituzione di Commissioni che porteranno avanti gli impegni presi con gli iscritti Infermieri del nuovo Ordine.

I COMPONENTI E LE ATTIVITA' DELLE COMMISSIONI PER IL QUADRIENNIO

DENOMINAZIONE DELLA COMMISSIONE	COMPONENTI
Attività di valorizzazione, promozione e formazione dell'Infermiere sono	Stefano Rossi, Lisa Uccellatori, Paola Caponcelli, Gloria Gianesini, Maria Chiara Pintori, Valentina Michelini, Manuel Gigante, Simone Vincenzi, Melissa Teodorini, Serio Federica, Borsatti Mario, Pandini Micaela e Gamberoni Loredana (membro esterno)
Attività comunicazione agli iscritti attraverso: LA RIVISTA	Melissa Teodorini, Gloria Gianesini, Elisa Mazzini, Andrea Marabini, Simone Vincenzi, Lisa Uccellatori
IL SITO WEB e pagina FACEBOOK	Simone Vincenzi, Simone Ronchej, Gabriele Battocchio, Matteo Ciuffreda, Elisa Babetto
Commissione giuridica	Lisa Ronchi, Manuel Gigante, Simone Ronchej, Elisa Mazzini, Federica Borghesi, Sandro Arnofi
Commissione per esami della lingua italiana per infermieri stranieri	Matteo Ciuffreda, Lisa Ronchi, Valentina Michelini, Maria Chiara Pintori, Michela Pandini
Orientamento al lavoro sono	Sandro Arnofi, Giulia Merlanti, Stefano Chinaglia, Silvia Polastri, Paola Caponcelli
Commissione per gli aspetti di alleanza con i cittadini	Melissa Teodorini, Gloria Gianesini, Federica Serio, Paola Caponcelli, Pora Federica
Commissione Innovazione e Sviluppo "THINK TANK"	Paola Caponcelli, Matteo Ciuffreda, Sandro Arnofi, Simone Ronchej, Giulia Merlanti, Marika Colombi, Arlene Maltoni, Paolo Scalambra, Melissa Teodorini, Paolo Scalambra, Loredana Gamberoni (membri esterni)
Commissione per la premiazione tesi di laurea	Simone Vincenzi, Melissa Teodorini, Elisa Mazzini, Paola Caponcelli

OPI REGALA IL CALENDARIO 2021

Benché superato dalla tecnologia e dall'inventiva dei tempi moderni, L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Ferrara ha deciso di regalare a tutti i propri iscritti **il calendario 2021.**
Il calendario da lasciare sulla vostra scrivania vi accompagnerà giorno dopo giorno **per tutto l'anno nuovo**!
Abbiamo anche deciso di personalizzarlo inserendo i ritratti e le parole dei nostri professionisti per tratteggiare un'immagine della professione che evidenzi il contributo messo in campo per la tutela della salute e della collettività.
"Gli infermieri sono la prima linea tra il paziente e la malattia, alcune volte sono l'unico contatto con i pazienti e i loro familiari" così Gianluca Galli scriveva in una lettera a Concita De Gregorio sul quotidiano La Repubblica del 2 gennaio 2018, mai come ora questa affermazione coglie una delle essenze del contributo che l'infermiere offre alla collettività.
Con la serie di ritratti che troverete sul calendario abbiamo voluto rappresentare la poliedricità delle funzioni infermieristiche di prevenzione (a domicilio), di educazione (in ospedale, nelle CRA, negli ambulatori, a domicilio), di assistenza e riabilitazione in ogni età della vita.
L'infermiere è un professionista abituato a lavorare in ambiti molto diversi, da solo o in equipe multi-disciplinari. La medicina moderna ha sviluppato delle procedure operative che necessitano del lavoro di una squadra di professionisti, ognuno dà il proprio contributo tecnico, scientifico e umano per tutelare la salute delle persone.
Gli infermieri coinvolti nel progetto per la realizzazione dei ritratti, hanno raccontato con grande entusiasmo la motivazione profonda del loro essere infermieri, le soddisfazioni e le difficoltà. C'è un dialogo continuo con il paziente che ci "affida la propria vita" e che spesso ci confida le sue preoccupazioni e esprime i suoi bisogni, così come le famiglie che ci chiedono consiglio, informazioni e sostegno anche tecnico professionale per quando dovranno prendersi cura dei loro familiari dopo il ritorno a casa.
In ogni testimonianza emerge sempre il valore del lato umano della professione che ci mette in contatto con la dimensione intima e vulnerabile dei pazienti in questa grande impresa che è il servizio di cura rivolto alla collettività.

EVENTI 2021

martedì 4 febbraio: Giornata Mondiale per la lotta contro il cancro
venerdì 14 febbraio: Giornata Mondiale contro le cardiopatie congenite
sabato 15 febbraio: Giornata Mondiale contro il cancro infantile
martedì 18 febbraio: Giornata Mondiale della Sindrome di Asperger
venerdì 28 febbraio: Giornata mondiale delle malattie rare
martedì 3 marzo: Giornata internazionale dell'orecchio e dell'udito
sabato 21 marzo: Giornata Mondiale delle Sindrome di Down
martedì 24 marzo: Giornata Mondiale della Tubercolosi
giovedì 2 aprile: Giornata Mondiale dell'autismo
martedì 5 maggio: Giornata Mondiale dell'igiene delle mani
venerdì 8 maggio: Giornata Mondiale della Talassemia
domenica 10 maggio: Giornata Mondiale contro il Lupus
martedì 12 maggio: Giornata Mondiale degli INFERMIERI
giovedì 28 maggio: Giornata Mondiale contro la sclerosi multipla
domenica 31 maggio: Giornata Mondiale per la lotta al fumo
giovedì 25 giugno: Giornata Mondiale della vitiligine
lunedì 29 giugno: Giornata Mondiale della sclerodermia
giovedì 10 settembre: Giornata Mondiale per la prevenzione del suicidio
lunedì 21 settembre: Giornata Mondiale dell'Alzheimer
sabato 10 ottobre: Giornata Mondiale della salute mentale
mercoledì 14 ottobre: Giornata Mondiale della vista
venerdì 16 ottobre: Giornata Mondiale dell'alimentazione
sabato 24 ottobre: Giornata Mondiale per la Polio
giovedì 29 ottobre: Giornata Mondiale per l'Ictus cerebrale
giovedì 29 ottobre: Giornata Mondiale della psoriasi
martedì 1 dicembre: Giornata Mondiale contro l'AIDS
giovedì 3 dicembre: Giornata internazionale delle persone con disabilità

Nivea dona migliaia di confezioni di crema mani per ringraziare gli infermieri di tutta italia che combattono il covid-19

Nivea dona migliaia di confezioni di crema mani per ringraziare gli infermieri di tutta Italia che combattono il Covid-19
La multinazionale tedesca **Beiersdorf** ha deciso di ringraziare gli infermieri italiani che combattono da mesi in prima linea contro il **Coronavirus** donando loro migliaia di confezioni di Crema mani Nivea.
Le scatole metalliche che contengono il prodotto sono state personalizzate con la scritta "Donated to the Health Care Professionals" (in dono ai professionisti della salute) in onore di tutti i sanitari che con professionalità e coraggio stanno affrontando questa pandemia.
Sul coperchio della confezione è stato riprodotto un cuore stilizzato.
L'Ordine delle Professioni Infermieristiche distribuirà le confezioni nei servizi o reparti Covid.
Gli infermieri iscritti all'OPI di Ferrara, che fossero interessati a ritirare una confezione in omaggio, possono contattare direttamente la segreteria dell'Ordine.

Il Coordinatore Maurizio Palma riceve alcune confezioni di crema per il reparto di Medicina di Coorte.

Le Infermiere dell'Ambulatorio n. 27 per l'effettuazione dei tamponi presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara: Giovanna, Viola, Stefania Zamponi; Maria Lia Calò.

FNOPI, UN FRANCOBOLLO DEDICATO A FLORENCE NIGHTINGALE E A TUTTI GLI INFERMIERI

Dopo dieci anni esatti, un francobollo torna a celebrare la professione infermieristica, in un momento storico segnato dalla pandemia da Coronavirus, ma anche dalla ricorrenza del bicentenario della nascita di Florence Nightingale, e dalla proclamazione – da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – del 2020 come Anno Internazionale dell'Infermiere.

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

"In una fase così delicata non è facile trovare lo spazio, anche emotivo, per delle celebrazioni – spiega la presidente della FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**. Per questo, intendiamo vivere questo momento così alto come spunto di ulteriore riflessione non solo sul passato, ma sul presente e sul futuro della professione infermieristica. I continui tagli alla spesa e al personale sanitario hanno determinato nel tempo la carenza di risorse con la quale abbiamo dovuto affrontare una enorme crisi sanitaria e, oramai, anche sociale. Occorrono maggiori investimenti, più sicurezza per gli operatori, più percorsi di formazione specialistica, maggiori garanzie di un lavoro adeguatamente valorizzato, in ospedale come sul territorio, anche dal punto di vista economico".

CORONAVIRUS: RADDOPPIANO CONTAGI E DECESSI, +66% RICOVERI, +69% TERAPIE INTENSIVE. SALTATO L'ARGINE DEL TRACCIAMENTO

IL MONITORAGGIO DELLA FONDAZIONE GIMBE NELLA SETTIMANA 14-20 OTTOBRE RILEVA IL PEGGIORAMENTO DI TUTTI GLI INDICATORI DELL'EPIDEMIA E IL FALLIMENTO DELLE STRATEGIE DI TRACCIAMENTO IN QUASI IN TUTTE LE REGIONI. SE, COME RIBADITO DAL PREMIER CONTE, L'OBIETTIVO È DI TUTELARE SIA LA SALUTE CHE L'ECONOMIA, LA POLITICA PRENDA ATTO CHE LE MISURE INTRODOTTE DAI DUE DPCM, OLTRE ALLE NUOVE RESTRIZIONI IMPOSTE DA ALCUNE REGIONI, SONO INSUFFICIENTI E TARDIVE RISPETTO AL TREND DI CRESCITA DELLA CURVA EPIDEMICA. PER PREVENIRE SOVRACCARICO DI OSPEDALI E TERAPIE INTENSIVE E IL CONSEGUENTE INCREMENTO DELLA LETALITÀ SERVONO IMMEDIATAMENTE MISURE DI CONTENIMENTO PIÙ RIGOROSE NELLE AREE A MAGGIOR DIFFUSIONE DEL CONTAGIO AL FINE DI EVITARE UN NUOVO LOCKDOWN GENERALIZZATO.

22 ottobre 2020 - Fondazione GIMBE, Bologna

Il monitoraggio indipendente della Fondazione GIMBE rileva nella settimana 14-20 ottobre, rispetto alla precedente, un incremento esponenziale nel trend dei nuovi casi (68.982 vs 35.204) a fronte di un rilevante aumento dei casi testati (630.929 vs 505.940) e di un ulteriore netto incremento del rapporto positivi/casi testati (10,9% vs 7%). Dal punto di vista epidemiologico crescono i casi attualmente positivi (142.739 vs 87.193) e, sul fronte degli ospedali, si registra un'impennata dei pazienti ricoverati con sintomi (8.454 vs 5.076) e in terapia intensiva (870 vs 514). Più che raddoppiati i decessi (459 vs 216).

In dettaglio, rispetto alla settimana precedente, si registrano le seguenti variazioni:

- Decessi: 243 (+112,5%)
- Terapia intensiva: +356 (+69,3%)
- Ricoverati con sintomi: +3.378 (+66,5%)
- Nuovi casi: 33.778 (+95,9%)
- Casi attualmente positivi: +55.546 (+63,7%)
- Casi testati +124.989 (+24,7%)
- Tamponi totali: +202.871 (+24,8%)

«Con l'aumentare vertiginoso dei numeri – spiega Nino Cartabellotta, Presidente della Fondazione GIMBE – il dato nazionale non rende conto di marcate differenze regionali, oltre che provinciali, che indicano le aree che richiedono provvedimenti più restrittivi per circoscrivere tempestivamente tutti i focolai e arginare il contagio diffuso». Il report dei principali indicatori documenta un peggioramento in tutte le Regioni su tutti i fronti, fatta eccezione per il modesto incremento dei casi testati (tabella).

Nuovi casi. Si sono registrati 33.778 nuovi casi, quasi il doppio rispetto alla settimana precedente (figura 1). A livello nazionale l'incremento percentuale dei casi totali è del 18,9%, con variazioni regionali che oscillano dal 7,8% della Provincia Autonoma di Trento al 44,9% della Campania.

Casi testati. Anche sul fronte della capacità di testing & tracing le performance regionali sono molto variabili: a fronte di una media nazionale di 1.045 casi testati per 100.000 abitanti, il numero varia dai 561 della Provincia Autonoma di Trento ai 1.832 del Lazio. «Il dato più allarmante – spiega il Presidente – è la brusca impennata del rapporto positivi/casi testati dal 7% al 10,9%, che certifica il fallimento del sistema di testing & tracing per arginare la diffusione dei contagi». Le notevoli variabilità regionali documentano che la "prima diga" è definitivamente saltata in alcune Regioni: ad esempio in Valle d'Aosta oltre un caso testato su 3 è positivo e in Liguria quasi 1 su 4 (figura 2).

«In questa fase di rapida risalita dei contagi – spiega Cartabellotta – piuttosto che contare i numeri del giorno, è fondamentale seguire la dinamica delle curve su base settimanale. Infatti, dal 6 ottobre si impenna il trend dei casi attualmente positivi, dei pazienti ricoverati con sintomi e di quelli in terapia intensiva, seguito una settimana dopo da quello dei decessi». In altri termini, anche se in termini di numeri assoluti cambia l'ordine di grandezza, l'andamento di tutte le curve è ormai molto simile (figura 3). In dettaglio:

Casi attualmente positivi. Il raddoppio dei nuovi casi nelle ultime due settimane ha espanso in maniera rilevante il bacino dei casi attualmente positivi che hanno raggiunto il numero di 142.739. Al 20 ottobre, rispetto ad una media nazionale di 236 casi attualmente positivi per 100.000 abitanti, il range varia dai 64 della Calabria ai 577 della Valle D'Aosta.

Ricoveri e terapie intensive. Anche sul versante delle ospedalizzazioni il trend è diventato esponenziale: nella settimana 14-20 ottobre i pazienti ricoverati con sintomi sono aumentati del 66,5% (+3.378) e quelli in terapia intensiva del 69,3% (+356), con un rapporto costante di 10:1.

Decessi. Dopo un trend in lento ma costante incremento, nell'ultima settimana i pazienti deceduti sono più che raddoppiati, passando da 216 a 459, con un trend di crescita che si allinea a quello dei pazienti ospedalizzati e in terapia intensiva.

I dati confermano che i sistemi di tracciamento sono già saltati in gran parte del territorio nazionale e adesso l'obiettivo primario è prevenire il sovraccarico di ospedali e terapie intensive, al fine di contenere l'incremento della letalità.

«L'avvicendarsi di DPCM a cadenza settimanale – conclude Cartabellotta – e la parallela introduzione di ulteriori misure in alcune Regioni, dal coprifuoco alla chiusura dei centri commerciali nei weekend, dimostrano tuttavia che la politica non ha una vera strategia per contenere la seconda ondata. Se, come riferito dal premier Conte in Parlamento, l'obiettivo è quello di tutelare sia la salute che l'economia, Governo, Regioni ed Enti locali devono prendere atto che

il virus corre sempre più veloce delle loro decisioni. Non si può continuare ad inseguirlo basandosi sui numeri del giorno che riflettono i contagi di 15 giorni prima, ma occorre guardare alla proiezione delle curve a 2 settimane per decidere immediatamente lockdown mirati, eventuali zone rosse locali e misure restrittive molto più rigorose».

Il monitoraggio GIMBE dell'epidemia di COVID-19 è disponibile a: https://coronavirus.gimbe.org

CONTATTI - Fondazione GIMBE
Via Amendola 2 - 40121 Bologna
Tel. 051 5883920 - Fax 051 4075774
E-mail: ufficio.stampa@gimbe.org

Figura 1. Trend settimanale dei nuovi casi e del rapporto positivi/casi testati

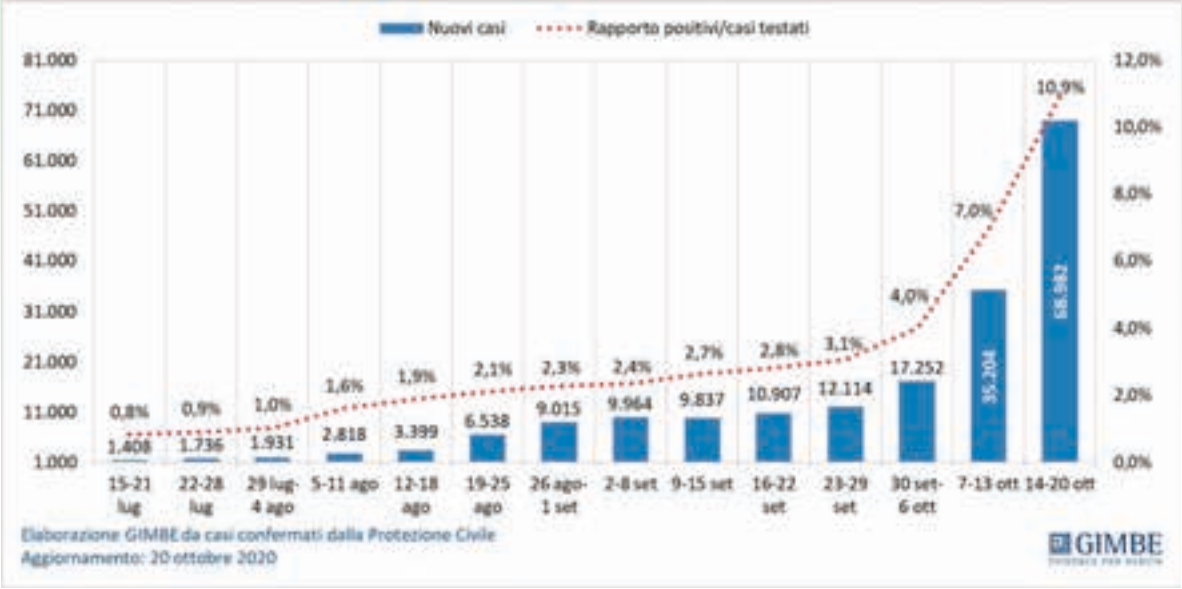
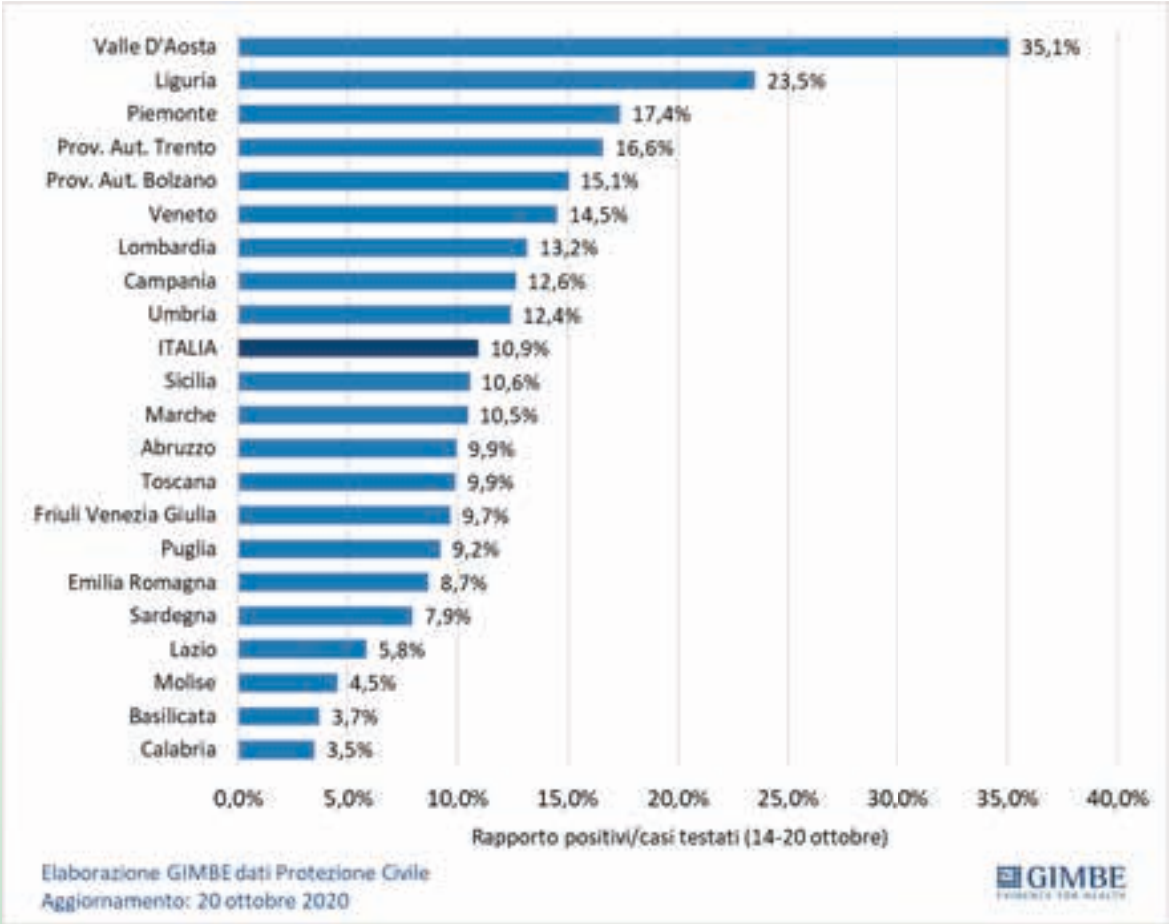


Figura 2. Rapporto positivi/casi testati (14-20 ottobre)



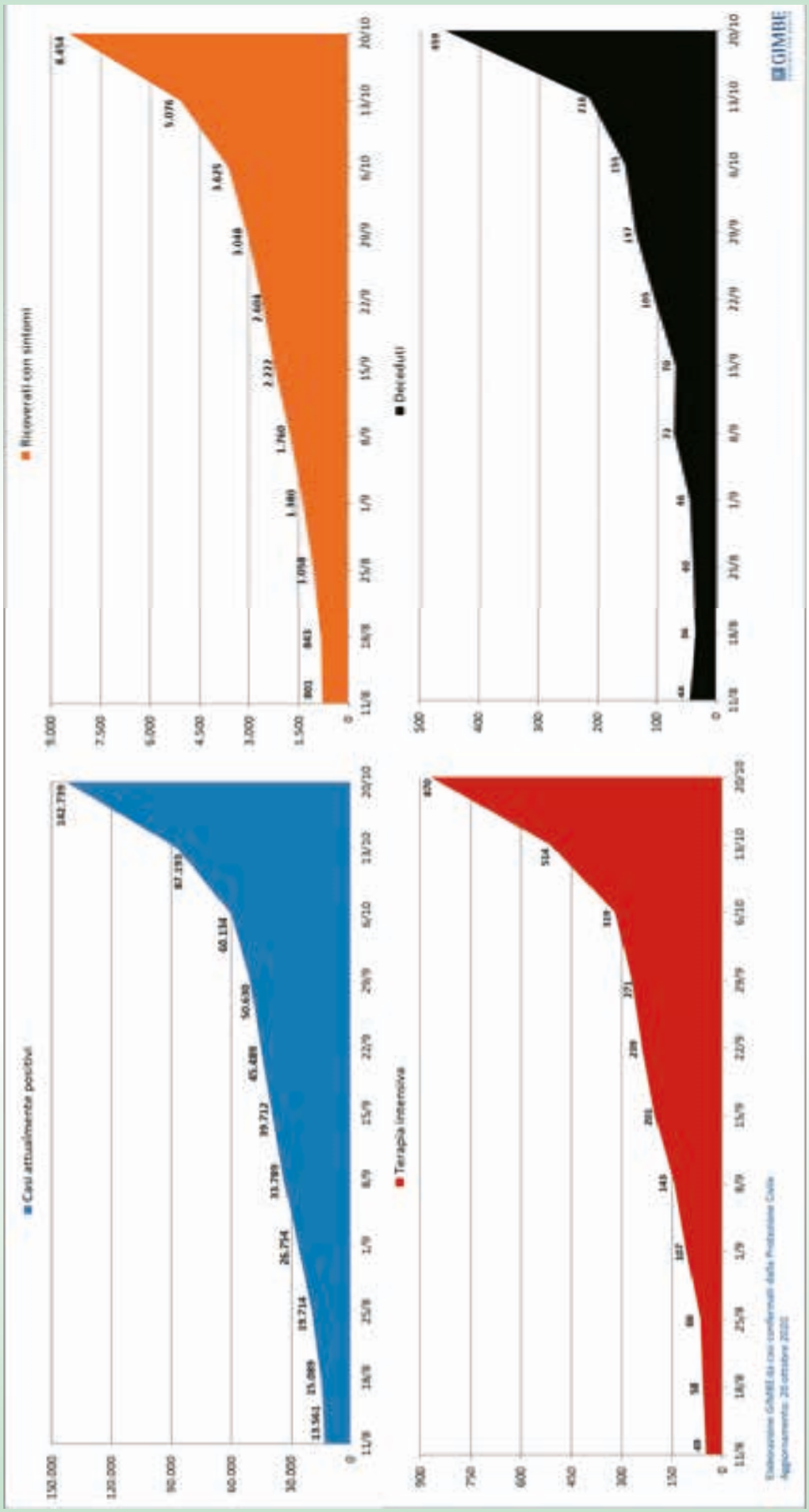


Figura 3. Trend settimanale di casi attualmente positivi, pazienti ricoverati con sintomi e in terapia intensiva e deceduti

Tabella. Indicatori regionali settimana 14-20 ottobre

Regione	Casi attualmente positivi per 100.000 abitanti	Incremento % casi	Casi testati per 100.000 abitanti	Rapporto positivi/casi testati	Ricoverati con sintomi per 100.000 abitanti	Ricoverati in terapia intensiva per 100.000 abitanti
Abruzzo	217	22,8%	932	9,9%	16,0	1,1
Basilicata	127	23,2%	1.181	3,7%	9,1	0,2
Calabria	64	24,1%	845	3,5%	3,7	0,3
Campania	335	44,9%	1.212	12,6%	16,3	1,6
Emilia Romagna	228	9,3%	922	8,7%	11,9	1,7
Friuli Venezia Giulia	159	18,3%	874	9,7%	5,3	1,2
Lazio	278	30,1%	1.832	5,8%	20,3	2,1
Liguria	289	21,7%	944	23,5%	32,6	2,1
Lombardia	261	13,7%	1.185	13,2%	12,6	1,2
Marche	143	10,7%	584	10,5%	6,5	1,2
Molise	135	28,3%	1.623	4,5%	3,9	0,0
Piemonte	273	17,1%	895	17,4%	23,8	1,4
Prov. Aut. Bolzano	357	23,4%	1.213	15,1%	18,1	1,3
Prov. Aut. Trento	141	7,8%	561	16,6%	8,3	0,2
Puglia	142	21,8%	580	9,2%	10,7	1,0
Sardegna	225	22,3%	906	7,9%	13,8	2,1
Sicilia	150	33,3%	626	10,6%	10,8	1,5
Toscana	310	28,8%	1.489	9,9%	12,7	1,9
Umbria	303	41,4%	1.365	12,4%	17,0	2,3
Valle D'Aosta	577	32,2%	1.116	35,1%	28,6	4,0
Veneto	209	14,0%	636	14,5%	9,4	1,0
ITALIA	**236**	**18,9%**	**1.045**	**10,9%**	**14,0**	**1,4**

Nota: Il rosso e il verde indicano rispettivamente una performance regionale in peggioramento, o in miglioramento, rispetto alla settimana precedente.
Il giallo indica una performance regionale invariata rispetto alla settimana precedente.

Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia

Dati al 28 ottobre 2020

1. Campione

L'analisi si basa su un campione di 37.468 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia.

Tabella 1. Distribuzione geografica dei decessi

Regione	N.	%
Lombardia	17279	46,1
Emilia Romagna	4579	12,2
Piemonte	4121	11,0
Veneto	2337	6,2
Liguria	1727	4,6
Toscana	1244	3,3
Lazio	1197	3,2
Marche	994	2,7
Puglia	698	1,9
Campania	561	1,5
Abruzzo	534	1,4
Sicilia	463	1,2
Trento	427	1,1
Friuli Venezia Giulia	387	1,0
Bolzano	303	0,8
Sardegna	186	0,5
Valle d'Aosta	146	0,4
Umbria	111	0,3
Calabria	106	0,3
Basilicata	37	0,1
Molise	31	0,1

2. Dati demografici

L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 82, range 0-109, Range InterQuartile - IQR 74-88). Le donne sono 16.002 (42,7%). La figura 1 mostra che l'età mediana dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 è più alta di 30 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (età mediane: pazienti deceduti 82 anni – pazienti con infezione 51 anni). La figura 2 mostra il numero dei decessi per fascia di età. Le donne decedute dopo aver contratto infezione da SARS-CoV-2 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età mediane: donne 85 – uomini 79).

Figura 1. Età mediana dei deceduti e diagnosticati positivi all'infezione da SARS-CoV-2

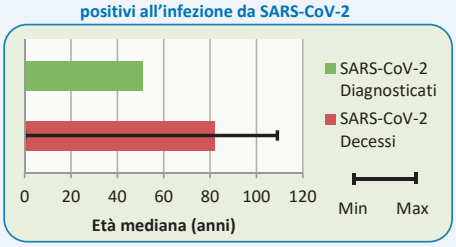
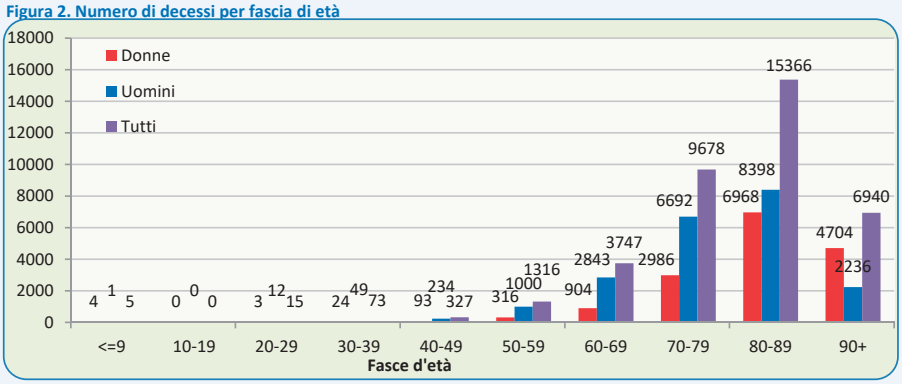


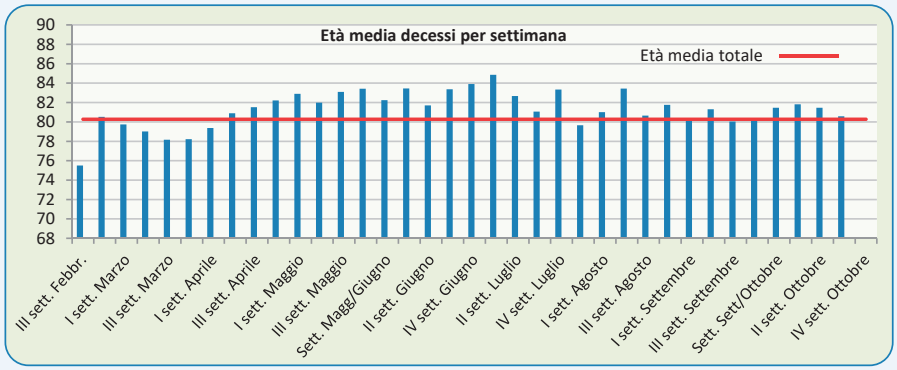
Figura 2. Numero di decessi per fascia di età



Nota: per 1 decesso non è stato possibile valutare l'età

La figura 3 mostra l'andamento dell'età media dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 per settimana di calendario, a partire dalla 3° settimana di febbraio 2020 (la data del primo decesso risale al 21 febbraio 2020). L'età media dei decessi settimanali è andata sostanzialmente aumentando fino agli 85 anni (1° settimana di luglio) per poi calare leggermente.

Figura 3. Età media dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi per settimana di decesso



3. Patologie preesistenti

La tabella 2 presenta le più comuni patologie croniche preesistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2) nei pazienti deceduti. Questo dato è stato ottenuto da 4888 deceduti per i quali è stato possibile analizzare le cartelle cliniche. Il numero medio di patologie osservate in questa popolazione è di 3,5 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0). Complessivamente, 170 pazienti (3,5% del campione) presentavano 0 patologie, 647 (13,2%) presentavano 1 patologia, 945 (19,3%) presentavano 2 patologie e 3126 (64,0%) presentavano 3 o più patologie. Prima del ricovero in ospedale, il 21% dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi seguiva una terapia con ACE-inibitori e il 14% una terapia con Sartani (bloccanti del recettore per l'angiotensina).

Nelle donne (n=1872) il numero medio di patologie osservate è di 3,6 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0); negli uomini (n=3016) il numero medio di patologie osservate è di 3,4 (mediana 3, Deviazione Standard 2,0).

Tabella 2. Patologie preesistenti osservate più frequentemente

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatia ischemica	432	*23,1*	931	*30,9*	1363	*27,9*
Fibrillazione atriale	477	*25,5*	686	*22,7*	1163	*23,8*
Scompenso cardiaco	348	*18,1*	437	*14,3*	785	*16,1*
Ictus	227	*12,1*	317	*10,5*	544	*11,1*
Ipertensione arteriosa	1270	*67,8*	1936	*64,2*	3206	*65,6*
Diabete mellito-Tipo 2	504	*26,9*	927	*30,7*	1431	*29,3*
Demenza	569	*30,4*	471	*15,6*	1040	*21,3*
BPCO	249	*13,3*	577	*19,1*	826	*16,9*
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	303	*16,2*	532	*17,6*	835	*17,1*
Epatopatia cronica	79	*4,2*	148	*4,9*	227	*4,6*
Insufficienza renale cronica	355	*19,0*	663	*22,0*	1018	*20,8*
Dialisi	29	*1,5*	74	*2,5*	103	*2,1*
Insufficienza respiratoria	124	*6,6*	185	*6,1*	309	*6,3*
HIV	0	*0,0*	10	*0,3*	10	*0,2*
Malattie autoimmuni	116	*6,2*	92	*3,1*	208	*4,3*
Obesità	194	*10,4*	310	*10,3*	504	*10,3*
Numero di patologie	**N.**	**%**	**N.**	**%**	**N.**	**%**
0 patologie	40	*2,1*	130	*4,3*	170	*3,5*
1 patologia	214	*11,4*	433	*14,4*	647	*13,2*
2 patologie	342	*18,3*	603	*20,0*	945	*19,3*
3 o più patologie	1276	*68,2*	1850	*61,3*	3126	*64,0*

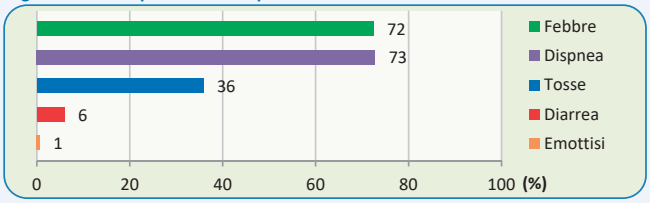
4. Diagnosi di ricovero

Nel 91,0% delle diagnosi di ricovero erano menzionate condizioni (per esempio polmonite, insufficienza respiratoria) o sintomi (per esempio, febbre, dispnea, tosse) compatibili con SARS-CoV-2. In 405 casi (9,0% dei casi) la diagnosi di ricovero non era da correlarsi all'infezione. In 60 casi la diagnosi di ricovero riguardava esclusivamente patologie neoplastiche, in 138 casi patologie cardiovascolari (per esempio infarto miocardico acuto-IMA, scompenso cardiaco, ictus), in 54 casi patologie gastrointestinali (per esempio colecistite, perforazione intestinale, occlusione intestinale, cirrosi), in 153 casi altre patologie.

5. Sintomi

La figura 4 mostra i sintomi più comunemente osservati prima del ricovero nei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2. Febbre, dispnea e tosse rappresentano i sintomi più comuni. Meno frequenti sono diarrea e emottisi. Il 7,6% delle persone non presentava alcun sintomo al momento del ricovero.

Figura 4. Sintomi più comuni nei pazienti deceduti



6. Complicanze

L'insufficienza respiratoria è stata la complicanza più comunemente osservata in questo campione (94,0% dei casi), seguita da danno renale acuto (23,2%), sovrainfezione (19,1%) e danno miocardico acuto (10,9%).

7. Terapie

La terapia antibiotica è stata comunemente utilizzata nel corso del ricovero (86,4% dei casi), meno usata quella antivirale (55,8%), più raramente la terapia steroidea (45,6%). Il comune utilizzo di terapia antibiotica può essere spiegato dalla presenza di sovrainfezioni o è compatibile con inizio terapia empirica in pazienti con polmonite, in attesa di conferma laboratoristica di COVID-19. In 1269 casi (26,4%) sono state utilizzate tutte e tre le terapie. Al 4,6% dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 è stato somministrato Tocilizumab.

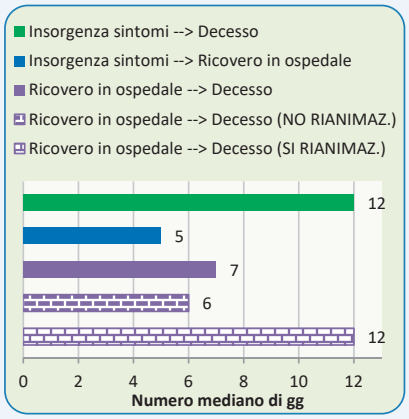
8. Tempi

La figura 5 mostra i tempi mediani (in giorni) che trascorrono dall'insorgenza dei sintomi al decesso (12 giorni), dall'insorgenza dei sintomi al ricovero in ospedale (5 giorni) e dal ricovero in ospedale al decesso (7 giorni). Il tempo intercorso dal ricovero in ospedale al decesso è di 6 giorni più lungo in coloro che sono stati trasferiti in rianimazione rispetto a quelli che non sono stati trasferiti (12 giorni contro 6 giorni).

9. Decessi di età inferiore ai 50 anni

Al 28 ottobre 2020 sono 420, dei 37.468 (1,1%), i pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi di età inferiore ai 50 anni. In particolare, 93 di questi avevano meno di 40 anni (62 uomini e 31 donne con età compresa tra 0 e 39 anni). Di 15 pazienti di età inferiore ai 40 anni non sono disponibili informazioni cliniche; degli altri pazienti, 64 presentavano gravi patologie preesistenti (patologie cardiovascolari, renali, psichiatriche, diabete, obesità) e 14 non avevano diagnosticate patologie di rilievo.

Figura 5. Tempi mediani di ricovero (in giorni) nei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2



Questo report è stato prodotto dai membri del Gruppo della Sorveglianza COVID-19
Luigi Palmieri, Elvira Agazio, Xanthi Andrianou, Pierfrancesco Barbariol, Antonino Bella, Stefania Bellino, Eva Benelli, Luigi Bertinato, Matilde Bocci, Stefano Boros, Gianfranco Brambilla, Giovanni Calcagnini, Marco Canevelli, Maria Rita Castrucci, Federica Censi, Alessandra Ciervo, Elisa Colaizzo, Fortunato D'Ancona, Martina Del Manso, Corrado Di Benedetto, Chiara Donfrancesco, Massimo Fabiani, Francesco Facchiano, Antonietta Filia, Marco Floridia, Fabio Galati, Marina Giuliano, Tiziana Grisetti, Cecilia Guastadisegni, Yllka Kodra; Martin Langer, Ilaria Lega, Cinzia Lo Noce, Pietro Maiozzi, Fiorella Malchiodi Albedi, Valerio Manno, Margherita Martini, Alberto Mateo Urdiales, Eugenio Mattei, Claudia Meduri, Paola Meli, Giada Minelli, Manuela Nebuloni, Lorenza Nisticò, Marino Nonis, Graziano Onder, Lucia Palmisano, Nicola Petrosillo, Patrizio Pezzotti, Flavia Pricci, Ornella Punzo, Vincenzo Puro, Federica Quarata, Valeria Raparelli, Giovanni Rezza, Flavia Riccardo, Simone Rocchetto, Maria Cristina Rota, Paolo Salerno, Giulia Sarti, Debora Serra, Andrea Siddu, Paola Stefanelli, Manuela Tamburo De Bella, Dorina Tiple, Marco Toccaceli Balzi, Federica Trentin, Brigid Unim, Luana Vaianella, Nicola Vanacore, Maria Fenicia Vescio, Monica Vichi, Emanuele Rocco Villani, Amerigo Zona, Silvio Brusaferro.

Ministro della Salute

DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI DETERMINAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

IL MINISTRO

VISTO il decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, concernente "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

VISTO in particolare, l'articolo 1, comma 1, del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, così come modificato dall'articolo 4, della legge 11 gennaio 2018, n. 3 recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", il quale prevede che nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province esistenti alla data del 31 dicembre 2012 sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi, dei fisici, dei chimici, delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

VISTO inoltre, l'articolo 2, comma 2, lettera a) del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, così come modificato dall'articolo 4, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, ai sensi del quale con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché la composizione del Consiglio direttivo dell'Ordine delle professioni infermieristiche, garantendo comunque un'adeguata rappresentanza di tutte le professioni che ne fanno parte;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e successive modificazioni;

VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

VISTA la legge 1 febbraio 2006, n. 43, e successive modificazioni recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.";

VISTO il decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, 29 marzo 2001, con il quale, in attuazione dell'articolo 6 della predetta legge 10 agosto 2000, n. 251 e successive modificazioni, sono state individuate e classificate le figure professionali sanitarie di cui agli articoli 1, 2, 3, 4 della stessa legge;

VISTO il decreto del Ministro della salute 13 marzo 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 77 del 3 aprile 2018, concernente "Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione";

VISTO il decreto del Ministro della salute 15 marzo 2018, della cui pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero della salute è stato dato avviso nella Gazzetta Ufficiale n. 77 del 3 aprile 2018, concernente "Procedure elettorali per il rinnovo degli organi delle professioni sanitarie";

RITENUTO, pertanto di dove dare attuazione all'articolo 2, comma 2, lettera a), del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, come sostituito dall'articolo 4 dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3;

D E C R E T A

ART. 1

(Composizione del Consiglio direttivo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a) del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni, il Consiglio direttivo degli Ordini delle Professioni infermieristiche, è costituito come di seguito specificato:

   a) da sette componenti, di cui sei componenti in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere e un componente in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere pediatrico, se, complessivamente, gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere e gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere pediatrico non superano il numero di cinquecento;
   b) da nove componenti, di cui otto componenti in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere e un componente in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere pediatrico, se, complessivamente, gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere e gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere pediatrico superano il numero di cinquecento ma non il numero di millecinquecento;
   c) da quindici componenti, di cui tredici componenti in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere e due componenti in rappresentanza della professione sanitaria di Infermiere pediatrico, se, complessivamente, gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere e gli iscritti all'Albo della professione sanitaria di Infermiere pediatrico superano il numero di millecinquecento;

2. Qualora non risultino Infermieri pediatrici eletti, il Consiglio Direttivo è composto da soli Infermieri.

ART. 2

(Consiglio direttivo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Ai componenti del Consiglio direttivo degli Ordini delle Professioni infermieristiche, si applicano le disposizioni dell'articolo 2, commi 7, 8 e 9, del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni.
2. I componenti del Consiglio direttivo degli Ordini delle Professioni infermieristiche sono eletti con le procedure e modalità individuate nel decreto del Ministro della Salute 15 marzo 2018 citato in premessa.

ART. 3

(Attribuzioni del Consiglio Direttivo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Le attribuzioni spettanti al Consiglio Direttivo di cui all'art. 1, sono individuate dall'articolo 3, comma 1, del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni.

ART. 4

(Invarianza di oneri)

1. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non comporta oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto è inviato agli organi di controllo ed è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO
Giulia Grillo

11 giugno 2019

Ministro della Salute

DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI DETERMINAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DELLE COMMISSIONI DI ALBO ALL'INTERNO DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

IL MINISTRO

VISTO il decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, concernente "Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse";

VISTO in particolare, l'articolo 1, comma 1, del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, così come sostituito dall'articolo 4, della legge 11 gennaio 2018, n. 3 recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", il quale prevede che nelle circoscrizioni geografiche corrispondenti alle province esistenti alla data del 31 dicembre 2012 sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari, dei farmacisti, dei biologi, dei fisici, dei chimici, delle professioni infermieristiche, della professione di ostetrica e dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

VISTO inoltre, l'articolo 2, comma 2, lettera b), del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, ai sensi del quale con decreto del Ministro della salute è determinata la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché la composizione delle commissioni di albo all'interno dell'Ordine delle professioni infermieristiche;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", e successive modificazioni;

VISTA la legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie";

VISTA la legge 10 agosto 2000, n. 251, e successive modificazioni recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

VISTA la legge 1 febbraio 2006, n. 43, e successive modificazioni recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali.";

VISTO il decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, 29 marzo 2001, con il quale, in attuazione dell'articolo 6 della predetta legge 10 agosto 2000, n. 251 e successive modificazioni, sono state individuate e classificate le figure professionali sanitarie di cui agli articoli 1, 2, 3, 4 della stessa legge;

VISTO il decreto del Ministro della salute 13 marzo 2018, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 77 del 3 aprile 2018, concernente "Costituzione degli Albi delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione";

VISTO il decreto del Ministro della salute 15 marzo 2018, della cui pubblicazione sul sito istituzionale del Ministero della salute è stato dato avviso nella Gazzetta Ufficiale n. 77 del 3 aprile 2018, concernente "Procedure elettorali per il rinnovo degli organi delle professioni sanitarie";

RITENUTO, pertanto di dove dare attuazione all'articolo 2, comma 2, lettera b), del citato decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, come sostituito dall'articolo 4 dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3;

D E C R E T A

ART. 1

(Commissioni di albo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Gli Ordini delle Professioni infermieristiche nel rispetto dei principi e con le modalità di cui all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233, e successive modificazioni, eleggono la Commissione di albo della professione sanitaria di Infermiere e la Commissione di albo della professione sanitaria di Infermiere pediatrico.

ART. 2

(Composizione delle Commissioni di albo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Le Commissioni di albo di cui all'art. 1, sono costituite da cinque componenti del medesimo albo se gli iscritti all'albo stesso non superano i millecinquecento, da sette componenti se gli iscritti superano i millecinquecento ma sono inferiori a tremila e da nove componenti se gli iscritti superano i tremila.

2. Ai componenti delle Commissioni di albo si applicano le disposizioni dell'articolo 2, comma 10, del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni.

ART. 3

(Attribuzioni delle Commissioni di albo degli Ordini delle professioni infermieristiche)

1. Le attribuzioni spettanti alle Commissioni di albo di cui all'art. 1, sono individuate dall'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni.

ART. 4

(Elezione dei componenti delle Commissioni di albo)

1. I componenti delle Commissioni di albo di cui all'art.1, sono eletti con le procedure e modalità individuate nel decreto del Ministro della Salute 15 marzo 2018 citato in premessa.
2. Qualora le Commissioni di albo non vengano costituite, in analogia a quanto previsto dal comma 3, dell'art. 3 del decreto legislativo del Capo Provvisorio dello Stato 13 settembre 1946 n. 233 e successive modificazioni , le attribuzioni previste dal comma 2, dell'art. 3, del decreto legislativo C.P.S. n. 233/46 e successive modificazioni spettano, al Consiglio Direttivo dell'Ordine, integrato da un componente estratto a sorte tra gli iscritti all'albo professionale della professione sanitaria di Infermiere pediatrico dell'Ordine stesso.

ART. 5

(Invarianza di oneri)

1. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non comporta oneri per la finanza pubblica.

Il presente decreto è inviato agli organi di controllo ed è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO

Giulia Grillo

11 giugno 2019

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation

Position Statement GIMBE OPEN ACCESS

Utilizzo delle mascherine negli ambienti pubblici per ridurre il contagio da SARS-COV-2

Fondazione GIMBE*

Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19, ai sensi del DPCM 26 aprile 2020 in Italia vige l'obbligo di usare protezioni delle vie respiratorie nei luoghi chiusi accessibili al pubblico, inclusi i mezzi di trasporto e comunque in tutte le occasioni in cui non sia possibile garantire in maniera continuativa la distanza di sicurezza. Sono esonerati dall'obbligo i bambini al di sotto dei sei anni, nonché le persone con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina, oltre ai soggetti che con questi interagiscono. A tale DPCM se ne sono aggiunti altri due (DPCM 11 giugno 2020 e relativi allegati; DPCM 14 luglio 2020 con sostituzione degli allegati 9 e 15 con gli allegati 1 e 2 e relativa proroga stabilita con DL 83/2020), oltre all'ordinanza 1 agosto 2020 del Ministro della Salute, che sostanzialmente ribadiscono l'obbligo di mascherina (anche auto-prodotta) in tutti i luoghi chiusi, aperti al pubblico, compresi i mezzi di trasporto e all'aperto qualora non sia possibile mantenere la distanza di sicurezza.

Per quanto riguarda la distribuzione delle mascherine, con una serie di ordinanze il Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica COVID-19 ne ha progressivamente incentivato la fornitura stabilendo tra l'altro un prezzo massimo di vendita per ogni singola mascherina di € 0,50, al netto dell'IVA (Ordinanza del 26 aprile e Ordinanza del 9 maggio 2020), disponendo la semplificazione della sdoganalizzazione di tutti i dispositivi di protezione individuale per far fronte all'emergenza epidemiologica (Ordinanza del 28 marzo 2020 e integrazione con Ordinanza del 9 maggio 2020), e autorizzandone la vendita presso le rivendite di tabacchi fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica (Ordinanza 19 maggio 2020).

A fronte di un consistente impianto normativo e di forti messaggi da parte dei vertici istituzionali, le violazioni all'obbligo di utilizzo delle mascherine sono frequenti, in particolare sui mezzi pubblici e nei luoghi dove non viene esercitata una sistematica attività di controllo e richiamo. Peraltro, nelle ultime settimane, l'utilizzo della mascherina è diventato anche terreno di scontro politico, con deplorevoli gesti da parte di rappresentanti delle Istituzioni e più in generale da una frangia di persone che minimizzano i rischi dell'epidemia ritenendo ormai superfluo l'utilizzo della mascherina.

Visto il progressivo consolidamento delle evidenze scientifiche sull'utilizzo delle mascherine in ambienti pubblici, insieme ad altre misure, per ridurre la trasmissione del SARS-COV2, dello status di evoluzione della curva epidemica nel nostro paese e delle pericolose derive nella comunicazione pubblica e nei comportamenti individuali, la Fondazione GIMBE ha realizzato il presente Position Statement indipendente tenendo conto dell'evoluzione di evidenze scientifiche e di fattori comportamentali. Il presente documento, innanzitutto, sintetizza le evidenze scientifiche sull'uso delle mascherine; in secondo luogo, formula raccomandazioni destinate a Istituzioni, imprese, datori di lavoro e altre organizzazioni interessate, al fine di massimizzare i benefici dell'uso delle mascherine e di minimizzarne i rischi; infine risponde a numerose domande, in larga parte pervenute dagli utenti del sito dedicato al monitoraggio indipendente della pandemia realizzato dalla Fondazione GIMBE[1].

1. LE EVIDENZE SCIENTIFICHE

In letteratura stanno progressivamente aumentando le prove di efficacia sull'utilizzo delle mascherine[2]. Nonostante le attuali incertezze su costi e benefici e la necessità di nuovi studi, il 5 giugno 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aggiornato le linee guida raccomandando l'utilizzo della mascherina negli spazi chiusi dove non è possibile rispettare il distanziamento sociale[3].

Le evidenze scientifiche sui potenziali rischi e benefici riguardano tre ambiti: la biomeccanica della trasmissione del virus, gli studi realizzati in contesti sanitari e quelli condotti in ambienti pubblici, inclusi quelli sulla popolazione generale.

Biomeccanica della trasmissione. La trasmissione del virus SARS-CoV-2 avviene quando le particelle virali espulse dalla bocca o dal naso di una persona infetta, anche

Citazione. Fondazione GIMBE. Utilizzo della mascherine per contrastare la pandemia di SARS-COV-2. Evidence 2020;12(6): e1000210.

Pubblicato. 4 agosto 2020

Copyright. © 2020 Fondazione GIMBE. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza Creative Commons Attribution, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: info@gimbe.org

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation
Position Statement GIMBE OPEN ACCESS

asintomatica, contagiano un altro individuo attraverso la bocca, il naso o gli occhi[4]. Evidenze da studi di laboratorio indicano che alcuni tipi di mascherine sono efficaci nel bloccare i droplet in grado di trasportare le particelle virali espulse dalla bocca o dal naso con tosse o starnuti, ma anche mentre si parla o si canta[5]. Inoltre, il SARS-CoV-2 può inoculsi anche attraverso gli occhi, non protetti dalla mascherina.

Le evidenze scientifiche documentano, in maniera sempre più netta, che SARS-CoV-2 può essere trasmesso anche attraverso droplet molto piccoli (aerosol), che possono raggiungere diversi metri dalla sorgente e negli spazi chiusi, specialmente se poco aerati, rimangono sospesi nell'aria per diverse ore. All'aperto invece questa modalità di trasmissione è molto rara[6-9].

Contesti sanitari. Anche se il tema esula dagli obiettivi del presente Position Statement, consistenti evidenze dimostrano che i dispositivi di protezione individuale (DPI), incluse le mascherine realizzate con metodi appropriati, sono efficaci quando utilizzati in contesti sanitari da professionisti adeguatamente formati[10,11].

Ambienti pubblici. Le evidenze da trial randomizzati e controllati non sono conclusive sull'efficacia della mascherina nel ridurre la probabilità di infezione in ambienti pubblici[12,13]. È bene sottolineare che i risultati degli studi non dimostrano l'assenza di efficacia delle mascherine, bensì non permettono di confermare una riduzione statisticamente significativa della trasmissione dell'infezione.

Tuttavia, studi osservazionali comparativi hanno concluso che l'uso di mascherine chirurgiche in ambienti pubblici si associa ad una riduzione del rischio di infezione[10]. Anche se nella maggior parte di questi studi vi è una significativa probabilità che l'associazione sia dovuta a fattori confondenti relativi ad altre misure preventive, un recente studio condotto sull'equipaggio di una portaerei della Marina militare americana, ha rilevato un effetto protettivo che non sembra legato a fattori confondenti[14].

Studi di popolazione suggeriscono che l'obbligo della mascherina negli ambienti pubblici riduce in maniera significativa l'incidenza di infezione. Da segnalare un recente studio longitudinale condotto in Germania che ha analizzato l'effetto della graduale introduzione dell'obbligo di indossare la mascherina in diverse aree del Paese[15].

2. RACCOMANDAZIONI

Governo e Regioni dovrebbero:

1. Lanciare e potenziare campagne di informazione complete ed esaustive per promuovere l'utilizzo delle mascherine nei luoghi pubblici chiusi dove non è possibile mantenere la distanza minima di un metro, e in particolare:
   a. Adattare le campagne al livello culturale delle popolazioni target, utilizzando differenti linguaggi e media, inclusi quelli non digitali.
   b. Spiegare l'efficacia delle mascherine nel prevenire la trasmissione del SARS-COV2.
   c. Chiarire quali tipi di mascherine utilizzare e quali non usare.
   d. Illustrare come indossare le mascherine, come conservarle, lavarle e smaltirle.
   e. Spiegare i motivi per cui alcune persone non possono indossare mascherine.
2. Mettere in campo interventi multifattoriali per promuovere l'aderenza all'utilizzo delle mascherine, incoraggiando le persone ad usarle e coinvolgendo attivamente la popolazione.
3. Assicurare l'equità d'accesso alle mascherine, prevedendo la fornitura gratuita per le persone che non possono permettersi di acquistarle.

Governo, Regioni, imprese, datori di lavoro e altre organizzazioni interessate dovrebbero:

4. Garantire che le mascherine vengano utilizzate insieme – e non in sostituzione di – ad altre misure di protezione: il rigoroso e frequente lavaggio delle mani, il distanziamento sociale, il rispetto delle regole di igiene respiratoria su tosse e starnuti, oltre al miglioramento dell'areazione dei locali.
5. Coinvolgere specifiche organizzazioni per andare incontro alle esigenze delle persone con condizioni patologiche o disabilità fisiche o mentali che rendono difficoltoso o impossibile l'uso della mascherina.

3. MASCHERINE: ISTRUZIONI PER L'USO

Quale tipo di mascherina? Le mascherine devono essere prodotte in modo da trattenere i droplet della più piccola misura possibile garantendo al tempo stesso una respirazione confortevole[16]. Sarebbe preferibile optare per mascherine riutilizzabili, sia per limitare la produzione di rifiuti in plastica sia per i costi, visto che le evidenze ne dimostrano l'efficacia nel trattenere le particelle virali[17]. Vero è che uno studio condotto in un setting ospedaliero ad alto rischio ha dimostrato che le mascherine di tessuto sono meno efficaci di quelle chirurgiche[18]. Sulla base delle attuali evidenze si raccomanda l'uso di mascherine a doppio o triplo strato di tessuti con diverse trame e proprietà elettrostatiche[1,19]: a tal proposito è indispensabile lanciare una campagna d'informazione pubblica per guidare la popolazione nella scelta delle mascherine, se acquistate, e/o nella loro produzione se fatte in casa.

In quali situazioni è necessario indossare la mascherina? Considerato che indossare la mascherina per periodi prolungati può risultare poco confortevole, è appropriato limitarne l'uso alle circostanze in cui la sua efficacia è maggiore. Inoltre, più a lungo una persona infetta utilizza la mascherina, più aumenta la probabilità di una sua contaminazione che rischia di trasformarla in un veicolo di infezione.

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation
Position Statement GIMBE
OPEN ACCESS

La necessità di indossare le mascherine è maggiore negli spazi chiusi (es. trasporti pubblici, negozi, luoghi di culto, di lavoro e di intrattenimento) dove spesso l'areazione è limitata, la capacità di trasmissione aumenta, e le persone che lavorano in quegli spazi rischiano un'esposizione prolungata alle particelle virali. Per tutti questi setting sono necessarie raccomandazioni chiare, accompagnate da attività di regolamentazione e monitoraggio; inoltre, considerato che le mascherine non offrono una protezione totale è fondamentale introdurre altre misure (ambientali e comportamentali) per garantire la sicurezza delle persone che utilizzano questi spazi.

La questione dell'obbligo di mascherina in luoghi chiusi come scuole, università, uffici e impianti produttivi è molto complessa. Il fatto che alcuni luoghi di produzione (es. impianti di lavorazione delle carni, fabbriche di abbigliamento) continuano ad essere una fonte di focolai epidemici suggerisce che, se l'uso delle mascherine può ridurre in parte la probabilità di contagio, le persone che lavorano in questi ambienti necessitano di ulteriori protezioni[20]. Questo potrebbe includere una riprogettazione delle strutture al fine di garantire una migliore aerazione e ridurre il rischio di trasmissione da parte di oggetti contaminati e di superfici, oltre all'attuazione di tutte le altre consuete misure di controllo dell'infezione. In questi ambiti è fondamentale il coinvolgimento degli stakeholder per definire una policy efficace e facilmente attuabile.

Vista l'impossibilità di mangiare e bere con la mascherina, la ripetuta attività di toglierla e metterla in un bar o un ristorante può aumentare il rischio di trasmissione attraverso le superfici: di conseguenza l'obbligo della mascherina per i clienti di bar e ristoranti dovrebbe essere rivalutato.

Considerato che solo una piccola percentuale della trasmissione del virus avviene all'aperto, non è opportuno raccomandare l'obbligo di mascherina all'aperto. Rimane, soprattutto durante la stagione estiva, la difficoltà di definire le situazioni a rischio quando non si riesce a mantenere la distanza minima di un metro, escludendo ovviamente gli assembramenti, formalmente vietati.

Chi dovrebbe essere esonerato dall'obbligo di mascherina? È necessario stabilire quali dovrebbero essere i motivi alla base dell'esonero dell'obbligo di indossare la mascherina (es. motivi di salute fisica o mentale), illustrandoli chiaramente nelle campagne di informazione pubblica. Purtroppo, ad eccezione dei bambini, non è possibile stabilire, semplicemente guardando qualcuno, se appartiene o meno ad una categoria esonerata dall'obbligo della mascherina: questo può dar luogo a episodi di ostilità, discriminazione e stigmatizzazione. Peraltro, la richiesta di esonero potrebbe essere avanzata da persone non aventi diritto.

È applicabile l'obbligo di utilizzo della mascherina? I paesi e le regioni in cui vige l'obbligo di indossare la mascherina hanno mostrato una maggiore aderenza rispetto a quelli in cui l'utilizzo è volontario[21]. Al contrario, le sanzioni pecuniarie per i trasgressori che non indossano la mascherina non sono praticabili e, verosimilmente, controproducenti. Innanzitutto, le evidenze fornite da altre misure di sanità pubblica mostrano che l'imposizione forzata delle autorità può determinare una resistenza attiva[22]. In secondo luogo, i tentativi di coercizione rischiano di danneggiare le relazioni e la fiducia tra Istituzioni e popolazione, con conseguente resistenza a eventuali successive raccomandazioni. In terzo luogo, l'idea di minacciare la popolazione con sanzioni pecuniarie si basa sul presupposto che la popolazione sia il problema e non parte della soluzione. Al contrario, l'impegno e l'aderenza possono essere aumentati trattando la popolazione come un partner in una strategia condivisa di salute pubblica[23,24].

Le violazioni occasionali possono essere tollerate perché se la maggior parte delle persone segue le regole i benefici per la salute pubblica continueranno ad accumularsi.

Come per le cinture di sicurezza e altre norme sulla sicurezza, sono fondamentali campagne di informazione pubblica che permettano alle persone di comprendere e accettare le motivazioni alla base della norma. L'endorsement e il sostegno di personaggi famosi e influencer, come musicisti, attori e sportivi potrebbero svolgere un ruolo importante.

Chi è protetto dalle mascherine? È opinione diffusa che il ruolo primario delle mascherine sia prevenire l'emissione nell'aria del virus da parte di una persona infetta, sintomatica o meno, e che conferisca una limitata (se non nessuna) protezione a chi la indossa. Tuttavia, gli studi osservazionali comparativi suggeriscono che c'è un modesto beneficio anche per chi la indossa. Governo e Regioni dovrebbero rivedere queste evidenze e considerare le modalità più appropriate per inserirle nelle campagne di informazione pubblica.

Il senso di falsa sicurezza è un problema rilevante? Lo studio tedesco[13] suggerisce che il senso di falsa sicurezza esiste, ma essendo poco frequente, in un'ottica di sanità pubblica è compensato dal beneficio. D'altra parte Istituzioni e datori di lavoro potrebbero utilizzare l'obbligo della mascherina come alibi per allentare le regole di distanziamento sociale e altre misure ambientali di protezione, aumentando il rischio complessivo di contagio, generando un senso di falsa sicurezza e indebolendo la percezione del rischio e l'utilizzo di altre misure di protezione.

Come affrontare i problemi del non corretto uso e conservazione e smaltimento delle mascherine? Le mascherine devono coprire naso e bocca e aderire perfettamente alla pelle: per indossarla e toglierla bisogna toccare soltanto i lati. Le evidenze sulla prevalenza dell'uso non corretto delle mascherine sono limitate, ma l'osservazione informale

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation
Position Statement GIMBE OPEN ACCESS

della popolazione generale dimostra che in molti casi non sono indossate correttamente (es. non coprono il naso o vengono abbassate per parlare o starnutire), e che spesso vengono maneggiate in maniera non sicura.

Le linee guida nazionali e internazionali sottolineano l'importanza di non toccare la parte anteriore della mascherina, di indossarla, di riporla in una contenitore ad uso esclusivo e di lavarla in acqua calda (60° C) non appena possibile. Per ridurre al minimo il rischio di contaminazione, chi indossa una mascherina dovrebbe portare sempre con sé un disinfettante per le mani da usare ogni volta che tocca la mascherina.

Le mascherine dovrebbero essere vendute con istruzioni chiare su come indossarle e come smaltirle. È necessario organizzare campagne di informazione pubblica in tal senso e garantire che le istruzioni siano facilmente reperibili sui social media e sulla stampa.

Quali danni indiretti potrebbero derivare dall'obbligo di mascherina? Una legislazione che impone comportamenti a favore della salute pubblica dovrebbe sempre essere accompagnata da una valutazione di impatto. È importante che le politiche sull'uso della mascherina non aggravino le diseguaglianze, già aumentate da COVID-19: considerato che molti si trovano in gravi difficoltà finanziarie, il governo dovrebbe distribuire gratuitamente mascherine riutilizzabili ove necessario.

Un eventuale danno potrebbe derivare dai datori di lavoro che considerano le mascherine come una protezione sufficiente per richiamare il personale sul posto di lavoro senza avere adattato le condizioni ambientali e le procedure in modo da garantire la sicurezza dei lavoratori. Le linee guida per le imprese sul ritorno al lavoro dovrebbero chiarire le loro responsabilità nell'assicurare un ambiente sicuro al personale.

L'uso di mascherine può ridurre la capacità di comunicare. Per le persone con gravi deficit uditivi e coloro che si basano sulla lettura delle labbra e sulle espressioni facciali per la comunicazione, le mascherine costituiscono chiaramente un problema. L'uso di mascherine trasparenti o una temporanea rimozione della mascherina possono aiutare la comunicazione in situazioni specifiche, ma la questione richiede un dettagliato approfondimento con gli stakeholder.

Quali benefici indiretti potrebbero derivare dall'obbligo di mascherina? Un probabile vantaggio consiste nel ricordare alle persone che siamo ancora nel mezzo di una pandemia mortale rinforzando il messaggio sull'importanza di tutte le misure di protezione e sottolineando come il loro utilizzo debba costituire "la nuova normalità". Peraltro, a partire dall'autunno, le mascherine insieme ad altre misure come il lavaggio delle mani e il distanziamento sociale, contribuiranno a ridurre anche la trasmissione dell'influenza stagionale.

Oltre all'obbligo di indossarle, cosa potrebbe essere fatto per promuovere l'utilizzo delle mascherine? Le campagne di informazione pubblica sono importanti per affrontare gli aspetti legati a nuove regole sull'uso delle mascherine e dovranno essere implementate coinvolgendo le organizzazioni più rilevanti, come sindacati, datori di lavoro, opinion leader e influencer. Considerato che dovremo convivere con questo problema per mesi, o addirittura anni, vale la pena investire nella comunicazione.

Gran parte delle campagne può essere realizzate online, ad esempio con video su YouTube e Instagram, anche se è necessario raggiungere anche coloro che non hanno accesso ai media digitali; il messaggio deve essere adattato a livello culturale al fine di ridurre il rischio di diseguaglianze nei diversi gruppi di popolazione. Alle Istituzioni spetta realizzare o commissionare queste campagne, ma anche altre agenzie e organizzazioni possono acquisire un ruolo prezioso: ad esempio, come già sta facendo l'industria della moda, creare delle tendenze sull'uso delle mascherine rendendole un oggetto attraente.

BIBLIOGRAFIA

1. Fondazione GIMBE. Pandemia Coronavirus. Disponibile a: https://coronavirus.gimbe.org. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
2. Fondazione GIMBE. Mascherina per tutti? La scienza dice sì. Evidence 2020;12(4): e1000208. Disponibile a: www.evidence.it/mascherine. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
3. World Health Organisation. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Disponibile a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-eng.pdf. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
4. Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. JAMA.
5. Verma S, Dhanak M, Frankenfield J. Visualizing the effectiveness of face masks in obstructing respiratory jets. Phys Fluids (1994). 2020;32(6):061708.
6. Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. Environ Int. 2020;139:105730.
7. Leclerc QJ, Fuller NM, Knight LE; CMMID COVID-19 Working Group, Funk S, Knight GM. What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters?. Wellcome Open Res. 2020;5:83.
8. Prather KA, Wang CC, Schooley RT. Reducing transmission of SARS-CoV-2. Science 2020;368:1422–4.
9. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Transmission of COVID-19. Disponibile a: www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/transmission. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
10. Offeddu V, Yung CF, Low MSF, Tam CC. Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Clin Infect Dis. 2017;65:1934-1942.
11. Chou R, Dana T, Jungbauer R, Weeks C, McDonagh MS. Masks for Prevention of Respiratory Virus Infections, Including SARS-CoV-2, in Health Care and Community Settings: A Living Rapid Review [published online ahead of print, 2020 Jun 24]. Ann

evidence
open access journal published by the GIMBE Foundation
Position Statement GIMBE
OPEN ACCESS

Intern Med. 2020;M20-3213. Disponibile a: www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3213. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
12. Perski O, Simons D, West R, Michie S. Face masks to prevent community transmission of viral respiratory infections: A rapid evidence review using Bayesian analysis. Qeios 2020 May 1. Disponibile a: www.qeios.com/read/1SC5L4. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
13. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2020;395:1973–87.
14. Payne DC, Smith-Jeffcoat SE, Nowak G, et al. SARS-CoV-2 Infections and Serologic Responses from a Sample of U.S. Navy Service Members — USS Theodore Roosevelt, April 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:714–721. Disponibile a: www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6923e4.htm. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
15. Mitze T, Kosfeld R, Rode J, Wälde K. Unmasked! The effect of face masks on the spread of COVID-19. VoxEU.org, 22 June 2020. Disponibile a: https://voxeu.org/article/unmasked-effect-face-masks-spread-covid-19. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
16. Zangmeister CD, Radney JG, Vicenzi EP, Weaver JL. Filtration Efficiencies of Nanoscale Aerosol by Cloth Mask Materials Used to Slow the Spread of SARS-CoV-2. ACS Nano 2020;14(7): 9188-9200. Disponibile a: https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acsnano.0c05025. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
17. sarah.henderson@nist.gov. Face Coverings Made From Layered Cotton Fabric Likely Slow the Spread of COVID-19 Better Than Synthetics, New Study Finds. NIST. 2020. Disponibile a: www.nist.gov/news-events/news/2020/06/face-coverings-made-layered-cotton-fabric-likely-slow-spread-covid-19. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
18. MacIntyre CR, Seale H, Dung TC, Hien NT, Nga PT, Chughtai AA, et al. A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. BMJ Open 2015;5:e006577.
19. Konda A, Prakash A, Moss GA, Schmoldt M, Grant GD, Guha S. Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks. ACS Nano. 2020 May 26;14(5):6339–47.
20. Gopalakrishna G, Choo P, Leo YS, Tay BK, Lim YT, Khan AS, et al. SARS Transmission and Hospital Containment. Emerg Infect Dis 2004;10:395–400.
21. #Masks4All: Cloth masks can help stop the spread of COVID-19, save lives and restore jobs. Disponibile a: https://masks4all.co. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
22. Carter H, Drury J, Rubin GJ, Williams R, Amlot R. Communication during mass casualty decontamination: highlighting the gaps. Int J Emerg Serv 2013;2:29–48.
23. Applying Crowd Psychology to Develop Recommendations for the Management of Mass Decontamination | Health Security. Disponibile a: www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/hs.2014.0061. Ultimo accesso: 4 agosto 2020.
24. Drury J, Carter H, Cocking C, Ntontis E, Tekin Guven S, Amlôt R. Facilitating Collective Psychosocial Resilience in the Public in Emergencies: Twelve Recommendations Based on the Social Identity Approach. Front Public Health 2019;7:141.

A cura di Melissa Teodorini

Un forte senso di appartenenza contraddistingue il Team della Riabilitazione si vede dal nome San Giorgio che è stato difeso e che viene mostrato accanto al nome dell'azienda, dalle casacche personalizzate, dal logo, dai quadri nei corridoi dell'ospedale che ne raccontano la storia e i successi.
Nursing in riabilitazione significa partecipare al progetto riabilitativo e alla presa in carico della persona. La riabilitazione rappresenta uno dei più tipici interventi che devono necessariamente essere svolti in team per avere successo.
Il raggiungimento degli obiettivi nel programma dipende dalla collaborazione tra le diverse figure. Ciò si ottiene tramite una corretta comunicazione e un periodico confronto per la valutazione degli interventi e dei risultati. Nursing riabilitativo significa avere quelle conoscenze di base e specifiche che consentono all'infermiere di lavorare in team con gli altri professionisti. Il coinvolgimento dell'infermiere nella riunione di equipe settimanale, richiede capacità di confronto propositivo e costruttivo, considerando che il ruolo dell'infermiere in un centro di riabilitazione è di assistere il paziente 24 ore su 24.
Centro di eccellenza della Sanità ferrarese, il Centro di Medicina Riabilitativa San Giorgio di Ferrara è passato dalla Casa del Pellegrino di Via Fiera all'Ospedale di Cona. Un trasferimento che ricordo bene dal momento che in quegli anni ero la Responsabile Assistenziale di Dipartimento (allora si chiamava così). Un trasferimento, che molti ferraresi hanno temuto potesse nuocere alla qualità dell'offerta sanitaria del San Giorgio, che non solo è il punto di riferimento della Medicina della Riabilitazione in Regione, ma si è conquistato una fama meritata in tutto il Paese e a livello internazionale per il modello attuato nella riabilitazione dei gravi cerebrolesi.
Questo grazie al Prof. Nino Basaglia, innovatore a Ferrara da oltre trent'anni, oggi felice pensionato, alle coordinatrici come Susy Artioli, un "pezzo della storia" della Riabilitazione che ricordo con affetto sincero e a tutta la sua èquipe che in questi anni ha sempre con forza sostenuto il progetto Riabilitazione.
Essere all'interno di Cona con spazi ampi, progettati ad hoc, colorati e tecnologicamente avanzati, voleva dire per l'utenza e per i pazienti fare un salto di qualità.
Il coordinatore della riabilitazione è il promotore e garante della cultura di integrazione tra i professionisti, cultura, fortemente presente ma anche da sostenere nel tempo e sviluppare. Il ruolo del coordinatore in questo ambito, non si basa su rigidi rapporti di mero indirizzo ma deve puntare alla valorizzazione, al coinvolgimento di tutti i collaboratori per la creazione di un clima armonioso e favorevole alla motivazione. Una leadership efficace soprattutto in riabilitazione richiede di saper trovare soluzioni adeguate attraverso un ascolto empatico, senza pregiudizi ed una comunicazione chiara per inventare soluzioni anche "creative" col gruppo di lavoro. Valorizzare le singole potenzialità e creare una squadra affiatata, come si è realizzato questo trasferimento e che cosa vuol dire essere Infermiere di Riabilitazione, lo chiedo a Enrico Ingegneri, uno dei Coordinatori della Riabilitazione.

Sono arrivato nel "mondo complesso e articolato" della Riabilitazione il 9 Settembre 2013. Avendo sempre lavorato prima come Infermiere poi come Coordinatore nel settore dell'Emergenza.
Non era stato facile iniziare daccapo ed entrare in una organizzazione ricca di storia, esperienze, cultura assistenziale consolidata. Un'organizzazione che da anni rappresentava l'eccellenza in materia ed anche un Centro Hub Regionale oltre che di riferimento per tutta Italia. Ho iniziato lentamente a farmi conoscere da tutto il team, partecipando alle Riunioni di Leadership (che da noi rappresentavano e rappresentano il momento di confronto tra i vari Direttori del Settore).
All'inizio ero Coordinatore della degenza di Medicina Riabilitativa. Nei primi mesi del 2014 mi

venne assegnata anche la gestione del personale infermieristico ed OSS del nostro Day Hospital che comprendeva anche il LAM. (Laboratorio Analisi del Movimento). Le vere complessità a livello generale, ed organizzativo arrivarono con il pensionamento della collega Susi Artioli, che ricordo con affetto, quasi in concomitanza al trasferimento di tutto il Centro Riabilitativo a Cona. Due eventi che rappresentarono una grande sfida da affrontare ma mi diedero contemporaneamente la forza di accettare il Coordinamento Unico di tutto il Settore Riabilitativo.
Il trasferimento è stato di per sè uno sforzo immenso a tutti i livelli e per tutti noi. Basti pensare che la quasi totalità del personale non aveva mai prestato Servizio all'interno del vecchio S. Anna ed ovviamente nemmeno a Cona. L'intera gestione e presa in carico del paziente era supportata da servizi in appalto e sistemi informatico - informativi totalmente diversi da quelli utilizzati dai colleghi del presidio di Cona, e l'11 novembre 2017 rappresentò per tutti un momento di cambiamento a 360°, non solo a livello logistico.

Dall'arrivo a CONA, con a disposizione circa 8.000 m/q, (3.000 in meno rispetto al Presidio di Via della Fiera), il nostro assetto prevedeva due degenze e delle aree trasversali:

- l'Unità Operativa di Medicina Riabilitativa con 30 posti
- l'Unita Operativa Gravi Cerebrolesioni con 40 posti letto
- Il Day Hospital
- Le aree di palestra dedicate ai pazienti delle degenze e del DH e delle aree di palestra ed attività varie di riabilitazione disposte a i vari piani

Da circa un anno e mezzo il nostro settore ha preso in carico, espandendo le competenze del personale infermieristico del DH, il trial clinico genetico di alcuni piccoli pazienti pediatrici affetti dalla Sindrome di Duchenne, per i quali abbiamo dei locali dedicati nell'area di Pediatria.

Al Coordinatore questa complessità di risorse, di spazi e differenti setting, la compresenza di più professionisti e la multidisciplinarietà, richiede una grande capacità organizzativa e gestionale affinchè si lavori in modo integrato tra tutti i componenti. La competenza e la flessibilità del personale della Riabilitazione Infermieri ed OSS è molto elevata e la loro capacità di muoversi all'interno dei vari servizi all'interno del Settore, ci permette di essere in grado di risolvere le problematiche e di dare alla nostra utenza un servizio garantito e di qualità. Ci sono momenti formali di confronto settimanale come le "riunioni organizzative" (riunione settimanale in cui avviene la discussione e l'analisi sull'andamento di ogni paziente), dove sono presenti il Direttore e i Dirigenti Medici responsabili dei progetti riabilitativi, le Referenti Infermiere e il fisioterapista oltre alla psicologa ed altri medici al Neuropsicologa e i medici del Laboratorio del Movimento.
Il Coordinatore si occupa anche del controllo delle apparecchiature elettromedicali e del buon uso degli spazi.

CHI È L'INFERMIERE DI RIABILITAZIONE OGGI

Oggi l'Infermiere di Riabilitazione è un professionista completo, che ha competenze avanzate oltre che specifiche in ambito Riabilitativo. Il paziente Riabilitativo negli anni è cambiato. Basti pensare che l'approccio Riabilitativo e la presa in carico della persona colpita da evento acuto, avviene subito dopo una prima stabilizzazione clinica. Abbiamo pertanto in carico pazienti che provengono da degenze come Rianimazione, Neurologia, Neurochirurgia, Pneumologia, Area Medica e Area Chirurgica. Pazienti complessi da gestire "non solo" sul fronte riabilitativo, ma anche a livello internistico. Inoltre abbiamo in carico pazienti che provengono da altri Ospedali del territorio italiano oltre a pazienti che provengono dal domicilio.
L'infermiere deve gestire pertanto un paziente diverso, più o meno complesso, la complessità si individua in bassa, media ed alta complessità assistenziale.
La competenza relazionale e la competenza di lavorare in team seguendo il progetto riabilitativo assegnato ad ogni singolo paziente sono le competenze maggiormente richieste ed agite dall'infermiere di riabilitazione il quale ha anche una formazione in emergenza sanitaria attraverso corsi ACLS e BLSHP, regolarmente programmati, deve avere dimestichezza nell'utilizzo di apparecchi elettromedicali ed avere capacità informatiche per utilizzare i sistemi informativi a supporto della gestione del paziente.
Essere Infermiere di riabilitazione significa "*prendere in carico la persona e la sua famiglia e portarli a raggiungere il più alto grado di autonomia possibile, accompagnandoli in un lungo percorso all'interno di un progetto riabilitativo condiviso con Medici, Fisioterapisti, Psicologi, Logopedisti*".
Essere Infermiere in Riabilitazione significa lavorare duramente sia fisicamente che psicologicamente.

Significa essere messi alla prova tutti i giorni per affrontare pazienti che hanno subito un danno permanente, non solo fisico ma anche psicologico e significa anche prendere in carico tutta la sua famiglia. Significa prendere in carico per mesi una bambina di 9 anni che a causa di una meningite è rimasta tetraplegica e con lei si prendono in carico una mamma ed un papà profondamente provati.

Il modello organizzativo all'interno del Settore ed il Progetto Riabilitativo

Il nostro modello organizzativo è molto simile a quello del Case Manager rappresentato dall'Infermiere Referente Assistenziale, una figura che sostanzialmente garantisce la continuità assistenziale e l'applicazione del progetto riabilitativo, oltre a collaborare direttamente con il Coordinatore. E' un modello applicato da circa vent'anni e si è evoluto mano a mano con l'evolversi del contesto sanitario.

Qual è lo scopo assistenziale in ambito riabilitativo?

L'intervento riabilitativo é efficace solo se applicato sempre e non solo nelle ore stabilite di trattamento. L'infermiere oltre che partecipare alla stesura del progetto riabilitativo, lo mette in atto, durante l'arco dell'intera giornata; tutti gli interventi sono necessari a permettere al paziente di aver il maggior controllo possibile su tutti gli aspetti della propria vita quotidiana. Nel caso in cui la persona sia totalmente dipendente, come nelle gravi cerebrolesioni acquisite, lo scopo assistenziale/riabilitativo sarà quello di prevenire complicanze da allettamento e continuare a stimolare e monitorare il paziente nella ricerca di un "canale di comunicazione". Lo scopo assistenziale è rivolto non solo al paziente ma anche alla sua famiglia accompagnandoli, educandoli, addestrandoli in certe tecniche specifiche, seguendoli e consigliandoli. Un lavoro complesso fatto dall'infermiere con il supporto dell'OSS, dal fisioterapista nelle palestre o nelle aree dedicate alla riabilitazione. L'assistenza infermieristica entra in maniera importante all'interno del Progetto Riabilitativo di ogni singola persona (e famiglia) presa in carico sin dal primo giorno.

Infermiere e operatore socio sanitario, due figure diverse ma entrambe legate all'assistenza

La presenza dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) all'interno del nostro Settore è molto importante. Collabora attivamente con l'infermiere in numerosissime attività oltre a collaborare nell'assistenza diretta al paziente nelle aree di palestra dove lavora con il fisioterapista. Insieme all'infermiere è la figura all'interno del team che più osserva e condivide attività con il paziente durante tutto l'arco della giornata. E' una figura ben integrata nel contesto e per certi versi fondamentale all'interno del progetto riabilitativo, perchè riporta informazioni utili e spesso coglie sfumature chiave della persona.
Gli Operatori Socio Sanitari suddivisi tra UMR-UGC ed Aree di Palestra partecipano attivamente all'interno della giornata del paziente e costituiscono un grande supporto per l'infermiere in particolare contribuendo alla sorveglianza dei pazienti, alla verifica della presenza di materiali, alla pulizia e riordino di presidi e sussidi, alla verifica della presenza e dello stato dei braccialetti identificativi al polso dei pazienti. La loro forza operativa è anche supportata dalla loro forza empatica.

Quanto sono importanti le capacità relazionali?

Come anticipato prima, sono indispensabili. Vanno pari passo con le competenze tecniche e professionali. Devono far parte della "cassetta degli attrezzi" di ogni singolo operatore medico, infermiere, logopedista, fisioterapista, OSS. Ovviamente il carattere di ogni operatore è diverso ed in base a questo possiamo avere persone con più o meno capacità empatiche ma l'importante è riuscire a capire bene il contesto in cui si lavora. Un contesto dove noi operatori ci rapportiamo con un utente debole e fragile che spesso non comprende o non accetta il suo stato di salute. Ci rapportiamo con

famigliari che non capiscono che la situazione oltre ad essere grave, è spesso permanente.
E' indispensabile utilizzare strategie relazionali specifiche secondo le diverse disabilità, per stabilire una relazione d'aiuto adatta a sostenere la persona e la famiglia.
L'infermiere è la figura del team che insieme all'OSS gestiscono, vedono, osservano, il paziente più di tutte le altre figure anche perché sono presenti nell'arco dell'intera giornata. La loro presenza costante consente un feedback continuo sia sull'aderenza del paziente/care giver al programma terapeutico sia sui risultati degli interventi posti in essere".
Insieme alla capacità relazionale occorre la capacità di trovare quella giusta mediazione che consenta al personale di poter lavorare bene ed ai pazienti/famigliari di essere soddisfatti. Questo credo sia l'aspetto più difficile. Le aspettative delle persone, soprattutto la loro speranza che tutto torni come prima, sono altissime. Il solo fatto di dover ricondurre queste persone alla realtà è difficile. Le loro reazioni, tra le più svariate, ricadono sul personale che deve cercare di gestirle attraverso una "rassicurazione, "una parola" ed anche questo comporta uno forzo enorme e tempo. Tempo che con i ritmi frenetici di una assistenza sempre più complessa sembra non bastare mai. Per questo subentra anche la figura della psicologa che attraverso colloqui mirati e programmati segue tutti i famigliari e pazienti delle due degenze.

Il ruolo della famiglia e la presa in carico da parte del team

Il coinvolgimento della famiglia è fondamentale, di fatto esiste e viene incentivato ma deve essere sempre più formalizzato. Ritengo sia fondamentale stabilire fin da subito una buona relazione con i famigliari, per far in modo che si sentano "tranquilli" nell'affidare il proprio caro alle nostre cure. Presentarsi, essere disponibili al dialogo e all'ascolto, accettare anche le critiche e le osservazioni senza "offendersi", ma cercando di capire il punto di vista dell'altro, serve a creare un rapporto basato sulla fiducia dal quale si possono ottenere la giusta collaborazione ed efficaci relazioni terapeutiche. Come dicevo prima, spesso l'infermiere è la figura con la quale il famigliare si rapporta con confidenza, anche scaricando la tensione ed in questo caso non bisogna dimenticare che "si lamenta con te e non di te", anche lo sfogo è terapeutico.

Per ogni paziente che arriva da noi, viene fatto il "colloquio di ingresso" in cui l'infermiere Referente e/o il Coordinatore Infermieristico, presentano al famigliare dell'assistito preso in carico, la tipologia assistenziale del Servizio. In questa occasione viene descritta la giornata tipo in degenza e in palestra, l'importanza della prevenzione alle infezioni, gli orari consigliati di visita, le varie figure del team che si occuperanno del paziente. Successivamente, il famigliare fa un colloquio con il Medico responsabile del progetto per quel paziente: in questo caso si parla di clinica, di obiettivi da raggiungere, e tempistiche. In questi colloqui si cerca anche di raccogliere informazioni dai famigliari in merito al paziente prima dell'evento avverso (lavoro, abitudini, nucleo famigliare, tipologia dell'abitazione ecc)
Successivamente tutti i famigliari ed il paziente stesso, verranno contattati dalla psicologa per un colloquio ancora più specifico.
Il famigliare è anche seguito nel tempo con le "riunioni di programma famiglia" per esempio sono altri momenti strutturati in cui la famiglia viene convocata. In tal sede sono presenti il Medico responsabile di progetto, il fisioterapista del paziente, la Psicologa e l'Infermiere. Insieme, questi professionisti danno informazioni al famigliare sull'andamento del progetto riabilitativo in essere: come stanno andando le cose, se ci sono stati miglioramenti oppure se ci sono stati peggioramenti, quali sono i punti di forza. La famiglia è sempre coinvolta insieme al proprio caro. Per questo siamo anche un esempio a livello aziendale per quanto riguarda l'Umanizzazione. Argomento tra l'altro che ha caratterizzato molto l'ultimo Accreditamento Aziendale. Questi momenti codificati, strutturati e programmati per ogni singolo paziente, sono la base del percorso di umanizzazione, in Riabilitazione.

Quali sono i momenti più difficili che avete affrontato

I momenti difficili in questo contesto sono stati molti. Ma ho anche molti ricordi belli. Se dovessi ricordare i più difficili, di sicuro uno di questi è stato il momento del trasloco ma soprattutto del POST-TRASLOCO. Un momento dove tutti ci siamo trovati a dover affrontare una realtà lavorativa diversa nella consapevolezza di dover far capire ad utenti e famigliari che tutto era cambiato. Basti pensare agli ampi spazi all'aperto ed ai tanti luoghi di socializzazione all'interno della vecchia struttura: aspetti praticamente quasi spariti nella struttura di Cona, che rappresentavano una grande valvola di sfogo per chi doveva affrontare lunghi periodi di ricovero.

Oltre a questo, lo stress del cambiamento totale anche a livello operativo: piani di attività nuovi, procedure e istruzioni operative nuove, sistemi informatici nuovi, ecc). E' stata dura per tutti i vari Responsabili di Settore, trovare le giuste mediazioni e ricondurre tutti i collaboratori verso una linea comune: quella linea che ci ha sempre caratterizzato per lavorare insieme per la nostra utenza.

La figura dell'infermiere Referente

La figura dell'infermiere Referente nasce in riabilitazione per un esigenza organizzativa intorno ai primi anni 2000 in quanto, il dipartimento composto da 80 posti letto e vari servizi trasversali, era staccato dall'Azienda Ospedaliera.
All'epoca si sentiva già la necessità di favorire la comunicazione tra i vari servizi del Settore, oltre a ricercare una linea unica di presa in carico del paziente, in cui l'umanizzazione potesse essere la carta vincente.
Nasceva quindi la figura dell'Infermiere Referente che, oltre a collaborare con la figura del Coordinatore Infermieristico, iniziava a muovere i primi passi come "pianificatore" assistenziale all'interno del progetto riabilitativo del paziente, garantendone la continuità
Dopo circa vent'anni, questa figura è ancora presente all'interno dell'organizzazione, e per certi versi può essere paragonata al case manager. Si è evoluta da un punto di vista di competenze e conoscenze, non solo in ambito pratico-operativo ma anche da un punto di vista informatico e tecnico.
Le caratteristiche principali di questo profilo, sono la capacità di adattarsi e di lavorare efficacemente in differenti situazioni (siano esse programmate o emergenti), oltre ad avere buone capacità relazionali per gestire gli stati emotivi delle persone prese in carico, in particolare dei famigliari.
La capacità di pianificazione delle attività e di continuità dell'assistenza sono altri due aspetti fondamentali. Tutto il gruppo infermieristico segue il piano d'assistenza delineato dall'Infermiere Referente del proprio Settore che ha precedentemente condiviso il tutto con le altre figure del team.
Deve saper rimodulare le attività in base alla complessità assistenziale del settore, in base alle risorse, in base agli obiettivi da raggiungere per ciascun paziente. Propositività e senso di appartenenza devono far parte del bagaglio di questa figura per trasmettere anche al resto del gruppo tutti gli elementi positivi che caratterizzano il lavorare in Riabilitazione.

Infermiera Referente Biavati Elena

Mi ricordo quando, appena arrivata in UGC, nel non troppo lontano 2010, osservavo Tania ed Agata Privitera (oggi Coordinatrice in Piastra Operatoria), le referenti di allora, e non mi era chiaro a cosa servisse quell'infermiera dietro le quinte. Ricordo che non esisteva quesito senza risposta da parte loro riguardo ai pazienti, le risorse, le pianificazioni assistenziali e le procedure. Ricordo che le vedevo maneggiare carta, rispondere al telefono, organizzare ricoveri e far colloqui.
Ricordo la crisi del giorno in cui mi son sentita "strappata dalla sala" per finire al posto di Agata. L infermiere nasce, cresce e vive, per ESSERE, stare fra i pazienti.
Il mio cuore aveva coltivato nelle mie mani le sue radici, ed era nella pratica e nei gesti che credevo fosse possibile dar tutta la mia passione ed il mio amore (sì, amore) alle persone che ogni giorno necessitavano di assistenza.
Star dall'altra parte inizialmente ti fa sentire quasi impotente. Senti che la sala ti attira come una calamita, che i colleghi ti riempiono di tutte quelle domande che prima eri tu a fare, che conoscevi così poco di ogni paziente e adesso, adesso, nel tuo piccolo, puoi esser partecipe di un progetto che rappresenterà probabilmente l'incipit della nuova vita di un paziente accolto in riabilitazione.
Essere infermiera referente è essere tante cose. Sei la prima infermiera che prende contatto con il parente, un po' il "padrone" di casa che deve fare sentire a suo agio l'ospite. Ci son colloqui leggeri dove sai che quella leggerezza è compatibile con l'inconsapevolezza o, il più delle volte, la non accettazione del fatto che tuo figlio, il tuo compagno o tua madre non tornerà come prima; ed altri estremamente pesanti, saturi di lacrime, dove la difficoltà sta nell'esser empatici senza oltrepassare il limite del coinvolgimento e dove le parole di speranza vanno pesate al microgrammo
Il colloquio è la prima stretta di mano fra te e loro; il primo passo di un lungo cammino insieme.
Poi arrivano gli altri passi, quelli dove devi ascoltare chi assisti e chi assiste, sì... Perché da quel momento i colleghi saranno i tuoi occhi e le tue mani, la risorsa più grande ed importante e la forza motrice del progetto.
E sarà attraverso i briefing con loro, con i medici,

i fisioterapisti, gli incontri con i famigliari che tu potrai cucire ogni informazione, anche quella che può risultare di poca importanza e capire a che punto è il paziente, e dove può andare, e come può farlo.
L'obiettivo più grande resta sempre la restituzione alla propria famiglia, alla propria casa. Potrei parlare di tante altre attività, di aneddoti, di storie, ma non c'è niente che mi fa sentire infermiera quanto l'educazione terapeutica, che ad oggi rappresenta la chiave di volta e la potenziale soluzione a problemi come le dimissioni difficili, i ricoveri inappropriati, i multipli accessi in Pronto Soccorso o reparto e soprattutto l'aumento della qualità della vita del paziente, reinserito adeguatamente a domicilio.
Educazione terapeutica è aver presente il quadro clinico della persona, attuale e prossimo, la situazione emotiva della famiglia, le possibilità/risorse materiali e non che può offrire.
Non è sempre così semplice individuare il care giver, ma quando il team è d'accordo i "lavori" possono cominciare.
Ed è proprio attraverso quelli che noi definiamo "addestramenti famigliari " che mi sento di nuovo in sala. Addestramento significa collaborare con i colleghi del team e puntare al livello massimo di autonomia della persona disabile e poi, a quel punto, prender sotto braccio il care giver e renderlo "uno di noi".
Dedico molto a questo momento perché so che darà senso a tutto ciò che è stato prima, durante la degenza; e dopo, una volta dimesso. So che è l'istante in cui noi infermieri possiamo fare la differenza, attraverso le nostre capacità di render comprensibili concetti teorici e fattibili buone pratiche, adattandoli a comuni persone che mai avrebbero immaginato di dover gestire una PEG, un Foley o una cannula.
Arriva il giorno in cui il medico mi dice: "iniziamo gli addestramenti" e da quel momento so che avrò un certo numero di settimane per poi riconfrontarmi con lui e rispondere: "La famiglia ed il paziente sono pronti".
Nel mezzo di queste due frasi ci sta un lavoro incredibile, non sempre così fluido perché, si sa, la dimissione è tanto agognata finchè non arrivano l'ansia e la paura del ritorno a casa, lontano dalla "campana di vetro", dal nostro ambiente protetto. Mi preoccupo di saper con quali ausili la persona sarà dimessa, di come stanno paziente e care giver, quotidianamente; pianifico gli addestramenti, i giorni, le attività inserite gradualmente, rispettando le esigenze organizzative ma anche maggiormente, quelle della persona.
La parte più complessa, anche se non nego e son fiera di dire che gli infermieri ci riescono alla grande, sta nel fatto che non esiste continuità o una figura dedicata all'educazione (come dovrebbe essere): le attività vengono distribuite fra i colleghi presenti in turno in quel momento. Ad uniformare e supportare questa fase ci sono gli strumenti e i miei interventi. Ascolto, osservo, leggo e mi confronto con il team. Valuto il risultato finale e nel frattempo mi interfaccio con infermieri della domiciliare per questioni che non può portar avanti un care giver in autonomia (ad esempio una lesione del tallone in un paziente diabetico).
Mi preoccupo siano ben chiari anche i concetti di prevenzione (es. delle lesioni da decubito), che il famigliare abbia ben presente i riferimenti sul territorio e soprattutto che né lui, né la famiglia, si sentano mai Soli o non in grado.
C'è soddisfazione nel vedere il risultato di quanto ho voluto comunicare; nel percepire la tranquillità del care giver e del paziente mentre svolgono in autonomia tutte le attività necessarie. C'è un po' di apprensione quando se ne vanno.
C'è tanta, tanta emozione quando tornano per la visita di controllo o per un saluto pieno di gratitudine, un sorriso grande che illumina il reparto e tu, che sotto la divisa bianca e la striscia azzurra, senti il cuore gonfiarsi mentre dici: "Siete stati bravi"
E la risposta è "Voi, siete stati Bravi".
Da quando ricopro il ruolo di infermiera referente ho imparato questo: che posso continuare ad essere INFERMIERA, e a fare, forse molto di più, in maniera differente, attraverso le mani di tutta l'altra gente.

Infermiera Referente Del Duca Luisa

Lavoro in Medicina Riabilitativa da ben diciassette anni. Nel 2006 mi viene data l'opportunità di diventare infermiera referente in Medicina Riabilitativa. Partecipo al concorso e lo vinco.
Naturalmente all'inizio il percorso non è stato facile, un pò per la mia inesperienza, un pò perché questa figura appena nata doveva essere ben inquadrata con regole precise.
Mi sono trovata a dovere capire quale fosse esattamente il mio ruolo, la mia posizione, e assieme a me anche il team di professionisti che fino al

giorno prima mi consideravano una collega al loro pari, o "un'infermiera nel gruppo". Abbiamo lavorato tanto e tutti insieme, ponendoci degli obbiettivi mirati al paziente stesso, al benessere dello paziente e della propria famiglia. Obbiettivi raggiungibili solo se ogni figura del team (medico, fisioterapista, psicologo, logopedista, infermiere professionale, operatore socio sanitario), riconosce il proprio ruolo e lavora rispettando il ruolo degli altri. Solo cosi si costruisce un bel puzzle e penso che ci siamo riusciti. Poi, ad un certo punto, ho abbandonato questa strada per tornare su quella vecchia, un pò per eccessivo stress, un pò per incompatibilità organizzative lavoro-famiglia (figli piccoli) non riuscivo a dare il cento per cento né al lavoro né alla famiglia; e così ho scelto la seconda. Finalmente i figli sono cresciuti e mi è stata data una nuova opportunità di riprendere questo incarico, e così ho accettato ed eccomi qua pronta per affrontare questa nuova sfida.

La figura di referente assistenziale, è nata quando si sono voluti creare ruoli aziendale con una tipologia di lavoro simile in termini di responsabilità.

La responsabilità viene sostenuta quando sono presenti solide basi di:

• COMPETENZE - SAPER AGIRE nelle diverse situazioni del contesto organizzativo

• CONOSCENZE - SAPERE - insieme di saperi necessari per riuscire a ricoprire al meglio la responsabilità all'interno del proprio contesto organizzativo

SKILL-ABILITA'-insieme di abilità di tipo tecnico e operativo che tende ad essere specifico di una professione o di un ruolo organizzativo.

Gli obiettivi principali dell'Infermiere referente assistenziale sono:

garantire la continuità assistenziale, collaborando con gli altri professionisti nella definizione/pianificazione degli obiettivi assistenziali, diagnostico-terapeutici della prevenzione e riabilitazione relativi all'utente e degli indicatori per valutare il raggiungimento; garantire in sinergia con il coordinatore, la qualità diagnostico-clinico-assistenziale-riabilitativa-alberghiera del servizio; garantire, in assenza del coordinatore, la corretta gestione delle risorse umane; collaborare con il coordinatore, garantendo l'applicazione delle misure per la sicurezza degli operatori, degli utenti, delle attrezzature, dei locali; contribuire al cambiamento,mediante un coinvolgimento sistemico dei colleghi, diffondendo e promuovendo conoscenze e metodologie nuove; garantire un elevato livello di qualità delle prestazioni erogate, mediante l'utilizzo di tutte le risorse ed evidenze disponibili e presidia gli indicatori di prestazione, condividendo con i colleghi i risultati ottenuti; assicurare il massimo e corretto supporto informativo all'utente tramite l'attivazione di tutte le fonti necessarie e l'utilizzo delle informazioni per il monitoraggio dei risultati e per favorire la continuità assistenziale ai professionisti del team; collaborare alla predisposizione, all'utilizzo ed al controllo ed alla conservazione della documentazione clinica, assistenziale, diagnostica e amministrativa; assicurare la continua integrazione delle attività all'interno dell'organizzazione, mantenendo e favorendo i rapporti di collaborazione interpersonale sia con i colleghi che con gli altri operatori del team interprofessionale; collaborare alle attività di ricerca attraverso la partecipazione a gruppi di lavoro e a momenti formativi (sia come partecipante che come docente) al fine di perseguire l'aggiornamento e lo sviluppo professionale proprio e dei propri colleghi; contribuire e favorisce il processo di apprendimento educativo all'utente e dei suoi familiari o care giver con l'ausilio di strumenti comunicativi efficaci; Per concludere, non so come andrà a finire questa mia avventura, so per certo che finché mi verrà data questa opportunità lavorativa, ce la metterò tutta, e il giorno che capirò, di essere arrivata al capolinea, in tal caso spero che questo coincida con la pensione.

Infermiere Referente Alfano Tania (la seconda da sx, insieme a Enrico Ingegneri, Biavati Elena, Peccenini Mara)

Sono Infermiera Referente da circa 10 anni e lavoro all'interno del reparto UGC da quasi 16 anni. Personalmente credo che questo lavoro rappresenti una sfida quotidiana che mi da la voglia di crescere ed imparare sempre.

Questo ruolo, molto particolare, non è apprezzato da tutti: a volte appare "scomodo" in quanto richiede assumersi delle Responsabilità continue, seppur condivise ed una capacità di problem solving notevole. Serve una buona capacità comunicativa in quanto ci si deve interfacciare con famigliari, pazienti e con tutte le figure del team. Si diventa al contrario un'interfaccia per gli altri, un punto di riferimento all'interno dell'organizzazione per garantire la continuità assistenziale. Da sempre è un lavoro caratterizzato da variabili continue: gestire la continuità assistenziale è diverso da paziente a paziente ed difficile riuscire a far passare le informazioni di carattere assistenziale ai vari colleghi infermieri ed OSS. Dopo tanti anni, finalmente a Cona. Se ne parlava da moltissimo tempo e poi eccoci qui. Con il trasferimento abbiamo vissuto tanti cambiamenti ma devo dire che l'ho vissuto positivamente in quanto finalmente, essendo all'interno dell'azienda, siamo uguali agli altri. La gestione dei pazienti si è uniformata a tutto il contesto aziendale, pur non perdendo la nostra peculiarità, attraverso l'utilizzo di strumenti informatici comuni. Ho vissuto il passaggio comunque con molto stress ma mi sento cresciuta professionalmente ed oggi posso sentirmi fiera di avere ancora questo ruolo. Il mio lavoro è cambiato profondamente in quanto con l'organizzazione attuale, seguo il settore dell'UGC ed anche i 6 pazienti UMR che sono ricoverati fisicamente all'interno dell'UGC. Ho potuto apprendere le dinamiche e la gestione del paziente di medicina riabilitativa nello specifico. Posso garantire che è tutto molto diverso rispetto alla gestione del paziente cerebroleso alla quale ero abituata da vent'anni. Se penso a tutti questi anni non riesco ancora a credere a quante situazioni io abbia vissuto nei corridoi di Via della Fiera e nei corridoi di Cona. Il mio Ruolo mi fa sentire importante. I pazienti ed i famigliari mi fanno sentire ancor più importante ed apprezzata. Il giusto mix che forse mi permette di essere costante e presente tutti i giorni e dare il più possibile per lavorare bene e far star bene la gente.
Tante famiglie, tante gioie, tante fatiche, tanti dolori, tanto coraggio…Non sono stata io a donare un pò di me stessa a tutte queste famiglie ma sono state queste famiglie, con il loro amore verso i propri cari, a donare qualcosa a me.

Infermiere di Riabilitazione
Alessio Falavena

Guardando per la prima volta "Million Dollar Baby", premiato film del 2004 ad opera di Clint Eastwood, si osserva la scorrere di una vicenda normale per circa novanta minuti, gran parte del film. E' una storia di redenzione, di ascesa apparentemente impossibile, un crescendo che porta dai bassifondi di una palestra dove si impara la boxe alla possibilità di vincere il titolo di campione del mondo, contro Billie, avversaria violenta e detentrice del titolo.
L'incontro si svolge seguendo i canoni classici del cinema: l'eroe in difficoltà, l'intervento esterno che cambia le cose, l'apparente rivalsa che dovrebbe portare alla vittoria. Poi cambia tutto: in un momento di distrazione l'avversaria colpisce da dietro Maggie, la nostra protagonista, la fa crollare a terra e sbattere il collo contro uno sgabello, provocandole una paresi che le immobilizzerà il corpo, dalla testa in giù. In un istante il film cambia. Non è più una storia di vita, o di rivalsa o di successo o di redenzione: la fotografia vira in nero, i colori si spengono, l'asse portante della trama (la boxe) diventa un capitolo lontano, irreale. La vita non è più la stessa: quella parte di vita sfuma. Maggie non avrà nessuno, nemmeno la sua famiglia, a darle motivazione per questa nuova vita e farà una scelta drammatica, l'eutanasia. Eppure condivide questo prima e questo dopo con i pazienti che per diversi motivi si trovano a trascorrere un segmento della loro esistenza in quei reparti di riabilitazione (medicina riabilitativa, gravi celebrolesioni e i day hospital connessi) ora di casa all'ospedale di Cona, terzo luogo dopo quello di via Boschetto e alla struttura in via della Fiera a diventare luogo del percorso di cura dopo l'evento che ha cambiato tutto.
In questo percorso, spesso settimane, frequentemente mesi e di tanto in tanto anni, agli operatori viene chiesto qualcosa di diverso da quello che accade nelle normali corsie dei reparti ospedalieri: mettere in campo l'umanità.
Se si dovesse (e non lo faremo) scrivere il compitino, una enfatica lista, sarebbe facile elencare quali

azioni svolgono giorno dopo giorno l'infermiere e l'operatore socio sanitario che lavorano in una riabilitazione: un elenco, corretto e dettagliato dei percorsi che portano ad una riappropriazione della propria autonomia, parziale o completa.
Inteso come: lavarsi, vestirsi, mangiare, gestire i propri bisogni fisici, riappropriarsi della propria vita o riuscire a trovare una risorsa vicina, come un compagno, un figlio o un genitore, in grado di sopperire ai cambiamenti avvenuti.
Declinato in: riprendere ad alimentarsi in sicurezza, a spostarsi con meno aiuto possibile, gestire la propria vescica, il proprio intestino, a controllare i cambiamenti del proprio corpo e prevenire l'insorgenza di problematiche nemmeno conosciute prima di quel fatto, un ictus, un incidente o una patologia grave, che hanno cambiato il corso della storia, come nel caso di Maggie. Trovare una nuova strada per qualcosa che ha smesso di funzionare: diversi gradi di gravità ma un destino comune. Solo un istante: pochi secondi o minuti e una linea della vita che scarta a lato e diventa qualcosa di diverso da tutto ciò che c'era prima.
Quegli operatori affiancano, supportano, spiegano, si sostituiscono a seconda delle capacità residue cercando di rendere possibile il più possibile una vita spesso minata nelle sue fondamenta: i gradi più bassi e fondamentali della scala di Maslow (alimentazione, respiro, sonno, sessualità, eliminazione). Di queste azioni dovremmo spiegare nel minimo dettaglio (ad esempio i minuti quotidiani nel poter riprendere il controllo sul lavarsi e vestirsi, qualcosa di lacerante una volta che ne siamo privi) eppure se ne parliamo con loro, con questi professionisti, emerge un altro tema: la propria umanità da mettere in campo.
Un operatore, da diversi anni in questo settore, si è fatto questa domanda: io, oltre alle mie azioni quotidiane, oltre a consegnarti la terapia in mano da assumere, cosa posso mettere in campo? La risposta attraversa tutte i professionisti che si espongono nel parlare dell'esperienza in riabilitazione: parlano di persone.
Parlano di esseri umani, di storie personali, di legami, di famiglie, di relazioni interrotte e relazioni nuove, confidenze, momenti di sconforto, di vittorie e di sconfitte, di strade percorse assieme, binari paralleli per qualche momento mai poco importante. Diventa uno scambio: anche, succede, di affidare una confessione personale e privata ad un paziente o un famigliare o addirittura di chiedere un consiglio. Se le due strade, operatore e paziente, si incontrano tempo dopo, hanno detto, si ricordano di te come persona, non solo per le azioni quotidiane svolte. Un'altra voce racconta di un senso di dubbio sulla propria adeguatezza, ma non in termini tecnici, ma in termini di persona: a volte ho dubbi, racconta.
Dubbi sul fatto che il proprio operato sia piacevole e condiviso dal paziente stesso all'interno della sua sofferenza e allo stesso tempo certezze sull'utilità di un piccolo gesto che allevia il dolore. Altre voci si susseguono e reclamano un equilibrio in questa narrazione, chiedono di non dimenticare la tecnica e la professionalità: gestioni peculiari che includono un percorso personale per ogni paziente, l'utilizzo di presidi avanzati e raramente usati in altri settori (per respirare, medicare, eliminare o banalmente mangiare o bere) e la necessità di uno sguardo trasversale: non si sta guarendo un femore, un cuore o un polmone.
Si tratta di cercare di ridare autonomia: qualcosa che riguarda il libero arbitrio di poter decidere per sè stessi, in tutti i campi possibili. E di dare una possibilità per riprendersi una vita in mano. Lo dice Scrap, colui che aveva portato Maggie, la protagonista di Million Dollar Baby, a Frankie, il suo allenatore, disperato per la sua condizione dopo l'incidente.
Gli dice: "Quando è entrata da quella porta aveva solo coraggio e nessuna possibilità di diventare quello che voleva. Un anno e mezzo dopo lei ha combattuto per il titolo mondiale, il merito è tuo. La gente muore ogni giorno, Frankie, mentre lucida il pavimento o lava i piatti, e sai qual è il loro ultimo pensiero? 'Non ho mai avuto un'occasione'. Invece grazie a te, Maggie l'ha avuta e se morisse oggi sai quale sarebbe il suo ultimo pensiero? 'Ho avuto l'occasione che volevo'. " La vita e i film sono due realtà diverse, entrambe con una sceneggiatura: nella realtà della riabilitazione però questa possibilità, spesso, diventa la quotidianità: avere l'occasione di poter tornare a fare qualcosa, secondo il proprio libero arbitrio, in maniera indipendente. Perdendola, diventa chiaro come quell'occasione fosse la cosa più importante di una vita intera: ecco quello che si fa in riabilitazione.

TERAPIE
IN CORSO!!
TERAPIE
IN CORSO!!

GC-UMR

FLORENCE NIGHTINGALE
1820-1910
INFERMIERA
FNOPI
ITALIA
B
I.P.Z.S. S.p.A. - ROMA - 2020
C. GIUSTO