



Scripta Manent

n.62



Notiziario
a cura del
Collegio
IPASVI
Bergamo

All'interno:

- Indagine sulla vaccinazione influenzale
- Ridurre il divario: presentazione del documento dell'ICN a cura della Presidente Nazionale
- Report di eventi formativi del Collegio

SCRIPTA MANENT - Anno XIX n. 62 - Luglio 2013 - Spedizione in abbonamento postale - art. 2 comma 20/c 1.662/96 - BG



SEGUICI SU  COLLEGIO IPASVI BERGAMO

Sommario



Editoriale - Tempo di bilanci...

a cura della Vicepresidente Simona Plebani

pag. 3

Indagine su attitudini e conoscenze sulla vaccinazione anti-influenzale tra gli operatori sanitari della provincia di Bergamo

pag. 5

*“Ridurre il divario: gli obiettivi di sviluppo per il millennio”
International Council of Nurses.*

Presentazione a cura della Presidente Nazionale IPASVI Annalisa Silvestro

pag. 17

“L'utilizzo di Cinahl per l'aggiornamento professionale”

A cura di Caterina Scarano, Maddalena Giudici, Michele Facchetti,
infermieri Humanitas Gavazzeni Bergamo

pag. 23

*Report del corso: “La libera professione infermieristica
e la responsabilità professionale”*

A cura di Michele Facchetti

pag. 26

*Elenco degli eventi formativi del 2013
organizzati dal Collegio Ipasvi di Bergamo*

pag. 28

Circolare assicurazione obbligatoria

pag. 29

Polizza assicurativa

pag. 30

Poesia “Io credo”

A cura di Francesco Lena

pag. 32



Quadrimestrale del Collegio IPASVI di Bergamo

Proprietà, Redazione e Amministrazione:

Registrazione: Autorizzazione Tribunale di Bergamo n.12 del 14 maggio 1994

Direttore Responsabile: Beatrice Mazzoleni

Responsabile della Redazione: Marco Ghidini

La Redazione: Belometti Dolores, Cosmai Simone, Dorigatti Annamaria, Ghidini Marco, Ghilardi Stefano, Gritti Maria Valentina, Jamoletti Simone, Lanzi Marina, Mazzoleni Beatrice, Mehmetli Enrihan, Negroni Alessandra, Plebani Simona, Stuani Nadia, Zanella Flavia

Responsabile sito internet: Gian Luigi Bena

Progetto grafico: Gierre srl - Via A. Corti, 51 - Bergamo - Tel. 035.4243057

Stampa: Novecento Grafico s.a.s. - Via Pizzo Redorta, 12/a - Bergamo - Tel. 035.295370

Per partecipare attivamente alle iniziative del tuo collegio, iscriverti ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla **mailing-list** accedendo al nostro sito (www.ipasvibergamo.it) e consultando la sezione dedicata.

Orario apertura uffici: lunedì, martedì, giovedì, venerdì (9.30 - 12.00 / 13.30 - 17.00). Giorno di chiusura: mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

Editoriale

A cura di Simona Plebani



Vicepresidente

TEMPO DI BILANCI...

Cari colleghi, al rientro dalla pausa estiva, facciamo un bilancio dell'attuale contesto socio-sanitario-politico e delle relative sfide che affronteremo nei prossimi mesi.

La disponibilità di risorse economiche in Italia, sia in ambito pubblico che privato continua a scendere. Il dato diffuso in questo periodo dall'Ocse pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno insieme a Spagna (che comunque spende più di noi), Portogallo, Grecia e tutti i paesi dell'est Europa.

Dall'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, emergono chiaramente quali siano le strategie adottate per il contenimento della spesa sanitaria: taglio delle risorse economiche, mancati investimenti, cronicità e blocco del turn-over.

A fronte di questo delicato periodo nel quale ci troviamo, la Presidente della Federazione Nazionale Collegi Dott.ssa Silvestro Annalisa dopo aver richiesto un'audizione presso la V Commissione "Bilancio, tesoro e programmazione economica" e la XII Commissione "Affari generali" della camera dei deputati precisa: "...al governo Letta-Alfano abbiamo richiesto l'assunzione di infermieri nel settore pubblico e l'eliminazione del blocco del turn-over. La situazione attuale, di fatto sta paralizzando l'intero comparto sanitario e sta mortificando i brillanti risultati raggiunti finora dalla professione infermieristica. La stessa da oltre un decennio, è infatti mortificata da impegni lavorativi eccessivi, demansionamenti e dall'impossibilità di ricambi. Il tutto si traduce in un'impossibilità contingente di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza attraverso l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e il contenimento dei costi".

Tra le proposte presentate dalla Federazione Nazionale Collegi al governo, vi è quella di riorganizzare sia i servizi assistenziali, attraverso l'implementazione dei servizi territoriali ma soprattutto l'assistenza domiciliare infermieristica con l'attivazione dell'infermiere di comunità. Anche a livello provinciale sono in atto profondi cambiamenti.

È del 16 aprile u.s. la delibera n° X/37 recante come oggetto il documento e relative comunicazioni del Presidente della Lombardia Maroni circa le "Prime linee programmatiche per la redazione del programma regionale di sviluppo della X legislatura in ambito sociale e socio-sanitario e determinazioni conseguenti alle DDGR nn. 4574 del 19.12.2012, 4672-4756-4757 del gennaio 2013".

Nel documento vi è la sintesi dell'esperienza sviluppata nella nostra regione e il rilancio in un'ottica di innovazione, dell'impostazione dei futuri indirizzi di sviluppo dei servizi e delle regole di sistema per l'anno 2013. In particolare lo sforzo di riorganizzazione del welfare regionale, ha come obiettivo il collocare la persona e la famiglia al centro delle proprie politiche. Ricollegandosi alle considerazioni espresse a livello nazionale dalla Presidente della Federazione Nazionale Collegi, il Presidente Maroni punta

l'attenzione sul consolidamento di misure economiche di sostegno in grado di facilitare i percorsi di crescita del contesto familiare. Lo stesso afferma: "In tale contesto, risulta indispensabile avviare sperimentazioni di presa in carico integrata a livello territoriale per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere e in condizioni di prossimità, avvalendosi anche di prestazioni professionali diversificate ed introducendo nuove figure e modalità di lavoro, quali quelle dell'infermiere di famiglia". Egli sottolinea inoltre che per soddisfare queste nuove e necessarie esigenze sanitarie, verrà istituito uno specifico fondo regionale, la rete verrà differenziata secondo criteri di intensità assistenziale e rafforzata attraverso un sempre più adeguato sistema di accreditamento e controllo. Verrà inoltre preso in considerazione il tema della continuità Ospedale-Territorio attraverso la realizzazione di un progetto per lo sviluppo di un'area di cure intermedie tra Ospedale-Territorio. A livello del coordinamento regionale Collegi della Lombardia, è stato richiesto un incontro con il Presidente Maroni, per promuovere le nostre potenzialità all'interno delle proposte sopra citate di rivisitazione del SSSR e dell'incremento dell'attività assistenziale territoriale.

Come si dice, la partita è aperta e all'interno della stessa, non possono di certo mancare gli infermieri che consapevoli del delicato periodo nel quale ci troviamo ora più che mai rinnovano il loro impegno nell'agire in modo da poter garantire la sostenibilità del sistema.

Perché noi infermieri siamo convinti che la salute è un diritto di civiltà. Tutelarla è un nostro impegno! Per questo riconfermiamo il nostro esserci, sempre in prima linea, convinti che il nostro ruolo ora più che mai, sia fondamentale per arrivare ad un momento di svolta, che riesca pur nel contenimento della spesa sanitaria, a soddisfare comunque e sempre le esigenze dei cittadini che a noi si affidano. Come Collegio provinciale, per rendere maggiormente visibile e tangibile anche agli occhi del cittadino, l'impegno e la professionalità che quotidianamente garantiamo, abbiamo pensato di promuovere una campagna promozionale che attraverso gadget (braccialetti, locandine, cartelloni pubblicitari ecc) valorizzi la nostra importante e fondamentale competenza all'interno del sistema sanitario. Vogliamo sensibilizzare le persone, le istituzioni, la politica, ma soprattutto rendere noi stessi più consapevoli del valore aggiunto che offriamo a servizio di tutti.

Nonostante il periodo sia molto difficile, la nostra categoria professionale, non demorde, ma raccogliendo le energie necessarie si impegna per garantire un'elevata professionalità.

Questo modo di essere ci contraddistingue e ci rende unici:

grazie a tutti e buon lavoro!



Indagine su attitudini e conoscenze sulla vaccinazione anti-influenzale tra gli operatori sanitari della provincia di Bergamo

Il presente articolo è stato tratto da GIMPIOS 2013, Vol 3, n° 1.

Il GIMPIOS è l'organo ufficiale di SIMPIOS, Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie, nata per promuovere il miglioramento della pratica assistenziale, la ricerca, la formazione e l'informazione sul tema delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e per valorizzare le diverse professionalità (igienisti, infettivologi, microbiologi, anestesisti, infermieri, farmacisti,...), integrando le diverse competenze coinvolte nel controllo e nella prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie.

Si ringraziano i colleghi infermieri che hanno contribuito alla realizzazione del presente studio attraverso la compilazione del questionario inviato per la raccolta dei dati.

Antonio Goglio¹, Franca Averara¹, Livia Trezzi², Francesco Lubrano³, Bruna Rea⁴, Felice Lanzeni⁵, Beatrice Mazzoleni⁶, Natale Lorenzi⁷, Roberto Moretti², Pierangelo Spada², Giorgio Barbaglio², per il Comitato interaziendale provinciale sperimentale per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie ^{1*}

¹ Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

² Azienda Sanitaria Locale, Bergamo

³ Azienda Ospedaliera Bolognini, Seriate (BG)

⁴ Clinica Castelli, Bergamo

⁵ Clinica Humanitas Gavazzeni, Bergamo

⁶ Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia, Bergamo

⁷ Istituti Ospedalieri Bergamaschi, Ponte San Pietro

RIASSUNTO

Introduzione. Le principali Agenzie sanitarie concordano sull'importanza della vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari. Ciò nonostante l'adesione alla vaccinazione rimane molto bassa un po' in tutto

il mondo. Questo studio riferisce sulle conoscenze e le attitudini degli operatori sanitari in una provincia italiana.

Materiali e metodi. Tra ottobre-novembre 2012 è stata condotta una indagine con un questionario diffuso tramite le Aziende Ospedaliere, l'Azienda Sanitaria Locale e la Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia della provincia di Bergamo.

Risultati. Sono stati restituiti 1035 questionari. Tra i partecipanti il 32% si era vaccinato nel 2011-2012. Tassi di vaccinazione più elevati si sono osservati tra i più anziani e i maschi. I motivi della mancata vaccinazione sono: disinteresse per la vaccinazione ("l'influenza non fa più paura", 54%), dubbi sull'efficacia del vaccino (21%), paura degli effetti collaterali (14%). Le conoscenze su influenza e vaccinazione sono varie: il 26% non crede che il vaccino sia realmente efficace, il 92% ritiene

* Comitato interaziendale provinciale sperimentale per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie: **Antonio Goglio** (coordinatore); **Franca Averara, Eleonora Cacciabue, Claudio Farina, Annalisa Grigis, Marco Rizzi**, (AO Papa Giovanni XXIII, Bergamo); **Bruna Rea, Renata Cepparulo** (Clinica Castelli, Bergamo), **Laura Auriemma, Francesco Lubrano** (AO Bolognini, Seriate); **Raffaele Morrone, Liliana Mazzoleni** (Clinica Quarenghi, San Pellegrino); **Felice Lanzeni, Silvia Modora** (Clinica Gavazzeni Humanitas, Bergamo); **Natale Lorenzi** (I.O. Bergamaschi, Ponte San Pietro); **Bruno Balicco** (I.O. Bergamaschi, Zingonia); **Giovanna Cortinovis, Giancarlo Gonella** (Clinica San Francesco, Bergamo); **Angelo Pesenti** (AO Treviglio- Caravaggio); **Anna Spinetti** (Casa di cura S. Donato, Osio); **Alberto Imberti** (Istituto Palazzolo); **Umberto Bonassi** (Habibita Zingonia); **Giovanni Taveggia** (Habibita Trescore); **Giorgio Barbaglio, Giacomo Delvecchio, Marco Gambera, Giuliana Mazzoleni, Roberto Moretti, Livia Trezzi** (ASL, Bergamo); **Roberto Sacchi** (Fondazione Anni Sereni, Treviglio); **GianLuigi Viganò** (Fondazione Piccinelli/RSA); **Mauro Bolognesi** (Don Orione, Bergamo)

che la vaccinazione degli operatori sanitari possa prevenire l'infezione nei pazienti, il 72% non sa se e quanto sia dimostrata la relazione tra vaccino e Guillan Barré. Fonti informative sono: studi di letteratura (34%), esperienza personale (51%), opinioni di colleghi (10%).

Conclusioni. La promozione della vaccinazione richiede iniziative capaci di modificare i comportamenti, applicando approcci già proposti per la prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie. La strada è lunga, come ci insegna la campagna per l'igiene delle mani.

Parole chiave. Operatori sanitari; influenza; vaccinazione anti-influenzale.

Introduzione

Il virus influenzale costituisce un importante problema di sanità pubblica essendo responsabile ogni anno di alta morbilità e mortalità. Dati USA ci dicono che l'influenza costituisce la sesta causa di morte in quel paese, è responsabile di 200.000 ricoveri/anno e di oltre 30 milioni di visite ambulatoriali.¹⁻⁴ Sono particolarmente a rischio gli anziani, i soggetti con patologie croniche, gli immunocompromessi. Focolai ed epidemie si possono verificare tra operatori ed utenti del sistema sanitario nelle sue diverse articolazioni: degenti in ospedale, ospiti di residenze sanitarie assistenziali (RSA) e lungodegenze, soggetti afferenti a strutture ambulatoriali sul territorio, etc. e sono ampiamente descritte in letteratura.⁴⁻¹¹

La vaccinazione anti-influenzale è considerata da anni il principale strumento di prevenzione dell'influenza nelle organizzazioni sanitarie. Applicata per la prima volta ai militari USA nel 1945¹², la vaccinazione è

raccomandata per il personale sanitario sin dal 1984¹³. L'efficacia della vaccinazione negli anziani e negli immunocompromessi è però solo parziale¹⁴⁻¹⁷ e necessita di una protezione indiretta attraverso la vaccinazione del personale sanitario.¹⁸⁻²³ La vaccinazione degli operatori sanitari si è dimostrata efficace nel ridurre l'assenteismo e il presentismo (presenza al lavoro nonostante sintomi di malattia),²⁴⁻²⁶ ma anche nel prevenire l'influenza e le complicanze associate.^{22,26-29}

Non stupisce che autorevoli linee guida raccomandino la vaccinazione agli operatori che nel loro lavoro vengono in contatto regolare e frequente con soggetti a rischio.^{9,30-34}

La vaccinazione degli operatori sanitari, misurabile in modo obiettivo e quindi confrontabile tra diverse aziende sanitarie, è diventata anche un elemento di riferimento della qualità. La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JC) raccomanda la vaccinazione degli operatori sanitari come misura efficace per ridurre il rischio di contagio; a questo scopo ha pubblicato un corposo manuale di 87 pagine in cui si pone l'accento e si supporta l'efficacia della vaccinazione per l'influenza nel prevenire la trasmissione del virus e il verificarsi delle complicanze.³⁴ Numerosi i riferimenti a linee guida basate sulle prove (evidence-based), a studi e ricerche pubblicati in letteratura, a indicazioni normative o di legge, a considerazioni legate all'accreditamento, ma anche a esperienze virtuose (raccolte nell'ambito del progetto "Strategies for Implementing Successful Influenza Immunization Programs for Health Care Personnel Project" lanciato dalla JC nel novembre 2008). Anche i CDC di Atlanta, commentando l'obbligo introdotto da molti stati ameri-

cani di rendere pubblici i dati sulle infezioni, hanno identificato nella vaccinazione anti-influenzale dei degenti e del personale sanitario uno dei tre possibili indicatori di qualità per confrontare in modo obiettivo la qualità di ospedali diversi nell'ambito della prevenzione delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie (IOS).³⁵

In Italia, la vaccinazione anti-influenzale è raccomandata dal Ministero della Salute per una serie di categorie a rischio che comprendono anche "Medici e personale sanitario di assistenza". Dice il Ministero che "questa vaccinazione oltre la salvaguardia della salute del singolo ha il duplice scopo di proteggere i pazienti con cui l'operatore può venire a contatto ed ai quali può trasmettere l'infezione, e di evitare l'interruzione di servizi essenziali di assistenza in caso di epidemia influenzale". "Per tale ragione è necessario che ogni azienda sanitaria promuova attivamente tutte le iniziative ritenute idonee ad incrementare l'adesione alla vaccinazione da parte dei propri operatori e degli studenti dei corsi durante l'annuale campagna vaccinale che si svolge nella stagione autunnale". Sempre secondo il Ministero della Salute "gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono i seguenti: il 75% come obiettivo minimo perseguibile, il 95% come obiettivo ottimale".

Nonostante la mole di dati e le prove di efficacia del vaccino, sono ancora troppo pochi gli operatori sanitari che decidono di vaccinarsi. In provincia di Bergamo, il tasso di vaccinazione degli operatori sanitari, nonostante l'offerta attiva e gratuita del vaccino e la possibilità di somministrazione sul luogo di lavoro, è dell'ordine del 20-30%, percentuale molto distante anche dall'o-

biiettivo minimo indicato dal Ministero.³⁶⁻³⁷ È una stima, in assenza di dati precisi (anche quando disponibili i dati sono difficilmente confrontabili per l'uso di denominatori diversi: solo il personale strettamente sanitario?, solo gli strutturati o anche consulenti e specializzandi?, incluso il variegato mondo del volontariato?, ...).

Che fare allora? Diverse le strategie messe in atto, che includono: la formazione/informazione sulla malattia e sulla vaccinazione (incontri *ad hoc*, formazione di referenti di reparto sulle infezioni, distribuzione di materiale illustrativo, allestimento di un sito web dedicato), la messa in atto di meccanismi facilitanti l'accesso al vaccino (somministrato sul luogo di lavoro o in altre sedi frequentate dai lavoratori, gratuito), la firma di un documento in caso di rifiuto della vaccinazione (in cui si riconosce di aver avuto le necessarie informazioni, con particolare riferimento al rischio di trasmettere l'influenza ai propri assistiti) senza peraltro conseguenze per l'operatore sanitario (pratica diffusa in USA; secondo una recente indagine trova applicazione nel 95% degli ospedali della California),³⁸ addirittura l'obbligo di vaccinarsi pena la perdita del posto di lavoro (come è accaduto nell'ospedale americano Indiana University Health Goshen Hospital dove otto infermiere sono state licenziate per essersi rifiutate di vaccinarsi).³⁹

Sull'obbligo della vaccinazione e sui provvedimenti presi dall'ospedale americano (il cui portavoce afferma "La nostra priorità è la sicurezza dei pazienti") si è aperto ovviamente un ampio dibattito (anche da noi; l'IPASVI, che pure raccomanda la vaccinazione degli operatori sanitari, ha attivato un blog di discussione: [!\[\]\(8d0f0e0fe25b320c33272c52aec1fbca_img.jpg\)The logo for SM7, consisting of the letters 'SM7' in a bold, blue, sans-serif font. The '7' is stylized with a horizontal bar extending to the right. Below the letters is a reflection effect.](http://bloginfermieri-</p></div><div data-bbox=)

stico.wordpress.com/2013/01/06/gli-infermieri-non-vogliono-vaccinarsi-e-lospedale-li-licenzia/). A Bergamo, dove l'Azienda Sanitaria Locale ha istituito un "Comitato interaziendale provinciale sperimentale per le infezioni nelle organizzazioni sanitarie", si è deciso di investire nella formazione, promuovendo un incontro per i referenti del problema nelle varie aziende (membri del comitati di lotta alle infezioni ospedaliere, responsabili delle vaccinazioni, risk manager, medici competenti, ...), così da assicurare un punto di riferimento competente e informato in tutte le realtà sanitarie.

Una seconda iniziativa ha visto l'effettuazione di un'indagine *ad hoc*, finalizzata a rilevare lo stato delle conoscenze e capire il punto di vista degli operatori sanitari della provincia di Bergamo rispetto alla vaccinazione per poter meglio mirare le campagne vaccinali. L'indagine aveva anche lo scopo di sensibilizzare gli operatori sanitari a considerare la possibilità della vaccinazione; a tale scopo alla chiusura del questionario appariva sul desktop una videata con alcune afferma-

zioni utili per una decisione consapevole in merito alla vaccinazione. (Tabella 1)

Materiali e metodi

L'indagine si è svolta nell'ottobre-novembre 2012 attraverso questionario auto-compilato, distribuito per il tramite delle Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere, a proprietà pubblica e privata, della provincia di Bergamo, dell'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo e della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI). La compilazione del questionario prevedeva il collegamento al sito www.surveymonkey.com dove un apposito software consentiva l'inserimento delle risposte per via elettronica, la loro archiviazione, l'elaborazione dei risultati e/o la loro esportazione in un file excel.

Il questionario conteneva domande concernenti: compilatore (professione, sesso, età, sede lavorativa), comportamento verso la vaccinazione (se si era vaccinato la precedente stagione invernale e il motivo dell'e-

Tabella 1. Testo che compare a video in una nuova pagina dopo compilazione del questionario

Facciamo il punto ...

1. Il vaccino influenzale è efficace nel prevenire l'influenza negli operatori sanitari (>80%)
2. Un operatore sanitario con influenza in fase di incubazione o asintomatica può infettare decine di pazienti (dipende dal numero di contatti che ha)
3. Non ci sono relazioni sicuramente dimostrate fra sindrome di Guillan Barré e vaccino antiinfluenzale.
4. Se, nonostante la vaccinazione, si sviluppa una "sindrome influenzale" la causa è spesso da attribuire ad altri virus respiratori e non alla inefficacia del vaccino
5. Per proteggere i pazienti e se stesso, ogni operatore sanitario dovrebbe vaccinarsi ogni anno perché il virus è soggetto a mutazioni

Attitudini e conoscenze sulla vaccinazione

ventuale mancata vaccinazione), conoscenze rispetto alla vaccinazione (efficacia nella prevenzione, mortalità per influenza, rischio di trasmissione dell'influenza, possibilità di forme respiratorie da altri virus) ed, infine, un giudizio sul momentaneo ritiro dal commercio di alcuni vaccini.

I dati sono stati analizzati con EPIINFO versione 7; è stata effettuata una semplice frequenza delle risposte, ed una regressione logistica per quanto riguarda i determinanti di status di vaccinato rispetto all'età, il sesso e la professione.

Risultati

Hanno risposto al questionario 1035 operatori ma, per motivi di vario ordine, non tutti gli elaborati sono risultati compilati in modo completo.

Rispetto al numero totale di risposte, il campione in esame è risultato composto per il 33% da maschi e per il restante 66% da femmine. I medici i professionisti più rappresentati (34%), seguiti dagli infermieri-ostetriche (32%); con percentuali minori appaiono le altre professioni: tecnici, fisioterapisti, amministrativi, dirigenti, operatori



Tabella 2. Principali caratteristiche delle categorie di soggetti del campione intervistato; 1035 questionari acquisiti

Caratteristica	Categoria	% sul numero totale di risposte	Totale risposte
Sesso	Maschio	34%	1035
	Femmina	66%	
Professione	Medico	34%	1031
	Infermiere- Ostetrica	32%	
	Tecnico	5%	
	Fisioterapista	1%	
	Altro	28%	
Luogo di lavoro	ASL	27%	1030
	Ospedale pubblico	23%	
	Struttura di ricovero privata	19%	
	Attività sul territorio, medici di famiglia e pediatri	16%	
	RSA	5%	
	Altro	1%	
Aderenza al vaccino	Vaccinati	32%	1026
	Non vaccinati	68%	

socio-sanitari, assistenti sanitari, educatori. L'adesione al vaccino è stata pari al 32%, contro il 68% degli intervistati che ha deciso, adducendo diverse motivazioni, di non vaccinarsi.

Per oltre il 40% dei casi hanno risposto operatori in servizio presso strutture di ricovero. Il quadro in dettaglio delle caratteristiche della popolazione intervistata è mostrato in Tabella 2.

Dalla regressione logistica sui determinanti di pratica della vaccinazione, risulta che le sole variabili associate in maniera statisticamente significativa appaiono l'età avanzata ed il sesso maschile, mentre non risulta esserlo la professione (Tabella 3).

I motivi della mancata vaccinazione sono

così giustificati: il 55% ritiene che l'influenza non faccia paura, il 25% non ha fiducia nell'efficacia della vaccinazione, il 14% ha paura dei possibili effetti collaterali del vaccino. Il restante 7% non si vaccina per mancanza di tempo, per paura degli aghi, oppure per aspetti legati alla struttura, tra cui viene segnalata la mancata offerta da parte dell'Azienda (0,4%). Nel 18% dei casi sono addotte altre motivazioni.

La vaccinazione è recepita come misura preventiva efficace dal 54% degli intervistati, mentre il 39% pensa che lo sia in parte ed l'8% crede che non lo sia affatto. Alla domanda "Secondo lei la mortalità generale in caso di epidemia influenzale aumenta?" il 61% risponde sì, il 21% no ed il 19% non sa.

Tabella 3. Regressione logistica sui determinanti di vaccinazione anti-influenzale fra gli operatori delle aziende sanitarie della provincia di Bergamo.

Variabili indipendenti	Odds Ratio	95% C.I.		Coefficient	Z-Statistic	P-Value
Età	1,0507	1,0312	1,0705	0,0494	5,1913	0
Amministrativo/Altro	1,1209	0,6329	1,9852	0,1141	0,3912	0,6956
Fisioterapista/Altro	1,2529	0,3404	4,611	0,2254	0,3391	0,7345
Infermiere/Altro	1,0442	0,6057	1,8001	0,0432	0,1555	0,8764
Medico/Altro	1,6075	0,9471	2,7285	0,4747	1,7585	0,0787
Tecnico/Altro	0,6137	0,2622	1,4365	-0,4882	-1,1252	0,2605
Sesso (Maschio/Femmina)	1,6794	1,2343	2,285	0,5184	3,2997	0,001
CONSTANTE	*	*	*	-3,4937	-6,7247	0
Convergence:	Converged			Test	Statistic D.F.	P-Value
Iterations:	14			Score	94,1579 8	0,0000
Final -2*Log-Likelihood:	1166,819			Likelihood Ratio	98,1631 8	0,0000
Cases included:	1003					

Riguardo alla richiesta di indicare la percentuale di protezione della vaccinazione anti-influenzale negli operatori sanitari, le risposte sono così distribuite: protezione superiore all'80% (16%), tra 50-80% (24%), inferiore al 50% (25%), nulla (1%), non so (35%). Per quanto concerne la possibilità di trasmettere l'influenza anche in assenza di sintomi, il 78% degli intervistati pensa sia possibile, l'11% crede di no e l'11% non sa. Circa il numero di pazienti che può essere contagiato da un operatore affetto da influenza, le risposte sono: nessuno (2%), meno di 10 (18%), da 11 a 20 (16%), più di 20 (63%). Infine, il questionario chiedeva circa l'esistenza di una relazione tra vaccino e sindrome di Guillan Barré; queste le risposte: relazione dimostrata da un solo studio (8%), da molti studi (8%), da nessuno studio (12%); ben il 72% dei soggetti intervistati sostiene di non saperlo. Nella Tabella 4 la sintesi di quanto fin qui riportato.

Discussione

Il campione intervistato (1035 soggetti) costituisce una piccola parte dei molti operatori bergamaschi (stimabili attorno ai 15.000) e non ha quindi pretesa di rappresentatività. L'adesione è stata condizionata dai criteri di selezione, ma anche dal particolare momento vissuto dalla sanità bergamasca (impegnata con il trasloco dell'ospedale principale in una nuova struttura) e dalle differenti modalità di arruolamento applicate nelle varie realtà (via e-mail o con invito cartaceo). Cade anche in un anno che segue a una stagione di non particolare gravità dell'influenza⁴⁰ e accompagnato dai "disguidi" legati al caso Crucell, scoppiato a metà ottobre (problemi di sterilità su alcuni

lotti) e soprattutto a quello Novartis, di una decina di giorni dopo (possibili anomalie in alcune fiale), con il blocco (poi ritirato) del vaccino a distribuzione già avvenuta, con ritardi nella consegna (vaccini ancora non distribuiti al momento della compilazione del questionario). L'insieme di questi fatti ha certamente contribuito al calo del numero di vaccinazioni (verificato a campagna avviata), quantificato, dalla Federazione dei medici di medicina generale del Lazio, in un 30-40% in meno di adesioni.⁴¹

Vanno poi considerate le fonti informative consultate dagli intervistati che, nella maggior parte dei casi, sono rappresentate da esperienze personali o dalle opinioni di colleghi. Prioritario appare quindi identificare e coinvolgere "opinion leader", da individuare quali referenti tra il personale medico ed infermieristico, nonché la necessità di formare/informare tali figure.

Il questionario fornisce i dati sull'adesione alla vaccinazione nella stagione 2011-2012. Da esso si evidenzia come solo un terzo dei partecipanti dichiara di essersi vaccinato, percentuale di poco superiore al 20-30% indicato dall'insieme delle aziende sanitarie della bergamasca e ben lontana dall'obiettivo del 75-90% indicato dal Ministero della salute, nonché dal tasso dell'80% stimato come necessario a proteggere efficacemente la popolazione ricoverata ("herd immunity").⁴⁸⁻⁴⁹

Inoltre, i risultati della presente indagine confermano quanto osservato da altri Autori che segnalano un maggior tasso di vaccinati tra i medici,⁵⁰⁻⁵³ con qualche eccezione,⁵⁴ tra gli anziani⁵⁰⁻⁵¹ e tra i maschi⁵¹.

Quali i motivi della mancata adesione all'offerta vaccinale?

Attitudini e conoscenze sulla vaccinazione



Tabella 4. Le risposte ai principali items del questionario somministrato

Domanda (in parentesi il numero di risposte)	Possibili risposte	% sul totale delle risposte
Perché non si è sottoposto alla vaccinazione? (686)	L'influenza non fa paura	55%
	Poca fiducia nel vaccino	25%
	Paura degli effetti collaterali	14%
	Aspetti organizzativi personali	7%
	Aspetti organizzativi strutturali	1%
	Paura degli aghi	1%
	Altro	18%
Pensa che la vaccinazione antiinfluenzale praticata agli operatori sanitari sia una misura efficace nel prevenire la trasmissione del virus dagli operatori ai pazienti e viceversa? (901)	Sì	54%
	No	8%
	In parte	39%
La risposta alla precedente domanda si basa su: (893)	Conoscenze di letteratura	34%
	Esperienza personale	51%
	Opinione di colleghi	5%
	Altro	5%
Secondo lei la mortalità generale in caso di epidemia influenzale aumenta? (899)	Sì	61%
	No	21%
	Non so	19%
Secondo lei quale è la percentuale di protezione della vaccinazione anti- influenzale negli operatori sanitari? (895)	> 80%	16%
	50 - 80%	24%
	< 50%	25%
	nulla	1%
	non so	35%
È possibile trasmettere l'influenza anche in assenza di sintomi? (887)	Sì	78%
	No	11%
	Non so	1%
Quanti pazienti possono essere contagiati da un singolo operatore sanitario con influenza? (826)	Nessuno	2%
	Meno di 10	18%
	Tra 11 e 20	16%
	Più di 20	63%

Attitudini e conoscenze sulla vaccinazione

Esiste una relazione dimostrata nella letteratura scientifica tra vaccino e sindrome di Guillan Barré? (879)	Da un solo studio	8%
	Da molti studi	8%
	Da nessuno studio	12%
	Non so	72%
Una sintomatologia di tipo influenzale in una persona vaccinata può essere sostenuta da un altro virus respiratorio: quale la probabilità? (883)	Nessuna	1%
	Dal 20 al 50% dei casi	22%
	Oltre il 50% dei casi	35%
	Nel 100% dei casi	8%
	Non so	34%
Come valuta il ritardo e/o ritiro di alcuni vaccini nello scorso autunno? (892)	Positivamente	57%
	Con qualche preoccupazione	40%
	Non so	3%

Due le principali “barriere percepite” relative, rispettivamente, una alla *malattia*, l’altra al *vaccino*.

La *malattia* non fa paura poiché si ha fiducia nelle proprie difese, si considera l’influenza una malattia non grave, si ritiene di poterla prevenire anche applicando le sole misure igieniche, ovvero si ritiene basso il rischio di contrarla. Soprattutto il sentirsi giovani, in buona salute, fa ritenere l’influenza una malattia che non fa paura. La maggioranza degli intervistati è invece consapevole della potenziale severità della malattia nella popolazione anziana ed un numero ancora più ampio di intervistati riconosce che la vaccinazione degli operatori sanitari è misura efficace per prevenire, del tutto o in parte, la trasmissione del virus ai pazienti. A tale consapevolezza non consegue però la scelta di vaccinarsi.

Il *vaccino* è ritenuto inutile/inopportuno perché, nella maggior parte dei casi, non lo si ritiene efficace, si teme comunque di ammalare, e si temono gli effetti collaterali del

vaccino. Questi ultimi, in letteratura, sono in cima alle preoccupazioni di chi rifiuta la vaccinazione, come si evince da una recente revisione.⁵⁵ Alcuni tra gli intervistati segnalano la gravidanza che, come noto, non rientra tra le controindicazioni alla vaccinazione.⁵⁶ Aspetto positivo è che il vaccino sembra essere offerto da e in tutte le Aziende (in altri paesi non è così).⁵⁵

Risulta evidente, pertanto che, mentre di alcune motivazioni (controindicazioni mediche) basterà prenderne atto, per altre, soprattutto di tipo personale, si rende necessario l’avvio di campagne di sensibilizzazione. Una ampia rassegna sulle ragioni che inducono gli operatori sanitari a rifiutare la vaccinazione è consultabile sul web⁵⁷ e documenta come le singole voci (fonte, popolazione indagata, ragioni di accettazione/rifiuto, etc.) abbiano un peso anche molto diverso nelle differenti indagini.

Il più delle volte, la paura di effetti collaterali gravi risulta il primo motivo di rifiuto; tra questi, la sindrome di Guillan Barré. Poiché

come verificato nella presente nota, una percentuale significativa degli intervistati non ha conoscenza in proposito, si ritiene necessario informare il personale sanitario circa tale sindrome ed il fatto che essa sia dovuta a risposta immunitaria ad antigeni estranei, ad esempio di *Campylobacter* spp, Cytomegalovirus, ma anche al virus influenzale.⁵⁸ Se è documentato l'aumento d'incidenza della sindrome segnalato dopo vaccinazione nel corso della pandemia del 1976-1977 in New Jersey ("influenza suina")⁵⁹, successivi studi epidemiologici non hanno avuto modo di confermare tale evidenza (meno di 1 caso per milione di vaccinazioni).⁶⁰⁻⁶³

Ultima considerazione, di grande attualità, e che si spera non debba essere riproposta in future indagini, riguarda le reazioni/osservazioni al ritiro dal commercio di alcuni vaccini. Certamente tutto ciò non ha aiutato a promuovere la campagna vaccinale 2012-2013, partita con notevole ritardo e con incertezze sulla disponibilità di vaccini.

Conclusioni

La vaccinazione degli operatori sanitari, insieme all'applicazione di semplici misure igieniche, costituisce un importante strumento di prevenzione per: ridurre il rischio di diffusione ai soggetti ricoverati, proteggere gli operatori stessi e i loro famigliari dall'influenza, contenere le assenze per malattia.^{9,24,34,44-48}

Diversamente da altri vaccini, quello anti-influenzale trova però una scarsa adesione, forse anche per alcune peculiarità della sindrome influenzale e del farmaco messo a punto per prevenirla, quali:

- la necessità di ripetere annualmente la

vaccinazione, per la breve durata dell'immunità e la circolazione di nuovi ceppi;

- il rischio che il vaccino offerto in un certo anno non sia diretto verso il ceppo effettivamente circolante;
- l'efficacia non assoluta del vaccino (protezione dell'80% negli adulti sani, del 50% negli anziani ed immunodepressi);
- la mancata protezione verso altre virosi respiratorie con quadri sintomatologici simil-influenzali;
- la non particolare severità della malattia nell'adulto immunocompetente;
- i possibili effetti collaterali che tendono a scoraggiare l'adesione alla vaccinazione nei giovani.

Il cammino per estendere la vaccinazione anti-influenzale e raggiungere gli obiettivi vaccinali del Ministero della Salute è ancora lungo. Nessuna singola strategia è sufficiente,^{32-33, 64} così come non esiste una proposta di lavoro valida per tutte le situazioni. I risultati sono però correlati con le forze e le iniziative messe in campo. Pottinger and Herwaldt⁶⁵ analizzando la letteratura hanno osservato che:

- la sola offerta del vaccino, senza una promozione attiva, porta a un tasso di vaccinazione del 5-19%;
- l'organizzazione di iniziative per promuovere la vaccinazione portano ad un tasso di accettazione del 26-54%;
- la ripetizione delle campagne di promozione della vaccinazione, ripetute anno dopo anno, porta ad un tasso compreso tra il 61% ed il 97%.

Alcune tra le principali agenzie internazionali - CDC, SHEA, APIC, NFID - raccomandano l'uso di un programma integrato e a più facce, con una strategia di approccio per "bundle"

già usata con successo in altri campi della prevenzione delle infezioni.^{32-34, 64}

Le stesse agenzie propongono i seguenti step:

- contare sull'appoggio di leader aziendali (direzione), ma anche nelle realtà di reparto (referenti per le infezioni);
- offrire gratuitamente la vaccinazione a tutto il personale sanitario;
- facilitare l'accesso alla vaccinazione (sommministrata sul luogo e durante l'orario di lavoro);
- chiedere di firmare il consenso informato, anche nel caso di rifiuto della vaccinazione (se non giustificata da ragioni mediche);
- utilizzare il tasso di vaccinazione come misura dell'efficacia dei programmi per la sicurezza dei malati;
- promuovere iniziative di formazione / informazione del personale, insistendo sulla sicurezza del paziente come un motivo per accettare la vaccinazione.

Un questionario sulle conoscenze e sui comportamenti nei confronti della vaccinazione anti-influenzale può fornire elementi conoscitivi utili per "mirare" la campagna di informazione e sensibilizzazione alla vaccinazione; elementi che sappiamo variare a seconda del contesto, operativo o culturale.⁵³

La formazione/informazione da sole possono non essere sufficienti per promuovere l'adesione alla vaccinazione. Occorre - si pensi alle campagne per promuovere l'igiene delle mani - "cambiare i comportamenti" partendo dalla conoscenza delle percezioni, dei bisogni e dei desideri individuali in vista di futuri benefici, fare come si dice del "marketing sociale".⁶⁶⁻⁶⁷ Il questionario, in questo senso, è solo uno strumento, utile, ma molto parziale.

Bibliografia

1. Thompson W.W., et al.: Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA* 289:179-186, Jan. 8, 2003.
2. Thompson W.W., et al.: Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA* 292:1333-1340, Sep. 15, 2004.
3. Molinari N.A., et al.: The annual impact of seasonal influenza in the US: Measuring disease burden and costs. *Vaccine* 25:5086-5096, Jun. 28, 2007.
4. Reichert TA, Simonsen L, Sharma A, Pardo SA, Fedson DS, Miller MA: Influenza and the winter increase in mortality in the United States, 1959-1999. *Am J Epidemiol* 2004, 160:492-502.
5. Carrat F, Valleron AJ: Influenza mortality among the elderly in France, 1980-90: how many deaths may have been avoided through vaccination? *J Epidemiol Community Health* 1995, 49:419-425.
6. Sullivan KM, Monto AS, Longini IM Jr: Estimates of the US health impact of influenza. *Am J Public Health* 1993, 83:1712-1716.
7. Menec VH, MacWilliam L, Aoki FY: Hospitalizations and deaths due to respiratory illnesses during influenza seasons: a comparison of community residents, senior housing residents, and nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002, 57:M629-M635.
8. Salgado C.D., et al.: Influenza A in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis* 2:145-155, Mar. 2002.
9. Pearson M.L., Bridges C.B., Harper S.A.: Influenza vaccination of health-care personnel: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 55:1-16, Feb. 24, 2006. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5502a1.htm> (ultimo accesso gennaio 14, 2013)
10. Voirin N., et al.: Hospital-acquired influenza: A synthesis using the Outbreak Reports and Intervention Studies of Nosocomial Infection (ORION) statement. *J Hosp Infect* 71:1-14, Jan. 2009.
11. The Joint Commission. Appendix 2.2 Examples of Articles About Health Care-Associated Influenza Outbreaks. In: Providing a Safer Environment for Health Care Personnel and Patients Through Influenza Vaccination. Strategies from Research and Practice. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2009 Oakbrook Terrace, Illinois
12. Meiklejohn G. Commission on influenza. The histories of the commissions. Falls Church, VA: The Borden Institute, Office of the Surgeon General, Department of the Army, 1994
13. Centers for Disease Control and Prevention: Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP): Prevention and control of influenza. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 33:253-260, 265-266, May 18, 1984. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022714.htm> (ultimo accesso gennaio 14, 2013).
14. Gross PA, Hermogenes AW, Sacks HS, Lau J, Levandowski RA. The efficacy of influenza vaccine in elderly persons A meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1995;123(7):518-27.
15. Goodwin K, Viboud C, Simonsen L. Antibody response to influenza vaccination in the elderly: a quantitative review. *Vaccine* 2006;24(8):1159-69.
16. Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knotterus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals A randomized doubleblind placebo-controlled trial. *JAMA* 1994;272(21):1661-5.
17. Blumberg EA, Albano C, Pruet T. The immunogenicity of influenza virus vaccine in solid organ transplant recipients. *Clin Infect Dis* 1996;22(2):295-302.
18. Lemaître M, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1580-6
19. Hayward AC, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2006;333:1241
20. Wilde J.A., et al.: Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: A randomized trial. *JAMA* 281:908-913, Mar. 10, 1999.
21. Saxen H, Virtanen M. Randomized, placebo-controlled double blind study on the efficacy of influenza immunization on absenteeism of health care workers. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18(9):779-83.
22. Burls A., et al.: Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable-Is it a good use of healthcare resources? A systematic review of the evidence and an economic evaluation. *Vaccine* 24:4212-4221, May 8, 2006.
23. Hayward AC, Harling R, Wetten S. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333(7581):1241.

24. Thomas R.E., et al.: Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD005187, Jul. 19, 2006.
25. Carman WF, Elder AG, Wallace LA, McAulay K, Walker A, Murray GD, et al. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000, 355:93-97.
26. Salgado C.D., et al.: Influenza A in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis* 2:145-155, Mar. 2002.
27. Salgado CD, Giannetta ET, Hayden FG, Farr BM. Preventing nosocomial influenza by improving the vaccine acceptance rate of clinicians. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2004;25(11):923-8.
28. Oshitani H, Saito R, Seki N. Influenza vaccination levels and influenzalike illness in long-term-care facilities for elderly people in Niigata, Japan, during an influenza A (H3N2) epidemic. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000;21(11):728-30.
29. Carman WF, Elder AG, Wallace LA. Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355(9198):93-7.
30. Patter J, Stott DJ, Roberts MA. Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients. *J Infect Dis* 31. World Health Organization. Influenza vaccines. *Wkly Epidemiol Rec* 2002;77(28):230-9.
32. National Advisory Committee on Immunization. Canadian Immunization Guide. Available at: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/index.html 2003;16:251-4 (ultimo accesso gennaio 14, 2013).
33. Talbot TR., et al.: SHEA position paper: Influenza vaccination of healthcare workers and vaccine allocation for healthcare workers during vaccine shortages. *Infect Control Hosp Epidemiol* 26, Nov. 2005. http://www.shea-online.org/Assets/files/HCW_Flu_Position_Paper_FINAL_9-28.pdf (ultimo accesso gennaio 14, 2013).
34. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology: APIC Position Paper: Influenza Immunization of Healthcare Personnel. 2008. http://www.apic.org/Content/NavigationMenu/PracticeGuidance/Topics/Influenza/APIC_Position_Paper_Influenza_11_7_08final_revised.pdf (ultimo accesso gennaio 14, 2013).
35. Pearson ML., Bridges C.B., Harper S.A.: Influenza vaccination of health-care personnel: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 55:1-16, Feb. 24, 2006 (ultimo accesso gennaio 14, 2013).
36. The Joint Commission. Providing a Safer Environment for Health Care Personnel and Patients Through Influenza Vaccination. Strategies from Research and Practice. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2009 Oakbrook Terrace, Illinois
37. McKibben L, et al. Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Am J Infect Control* 2005;33:217-26.)
38. Ministero della salute. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2012-2013. Circolare del 25 settembre 2012. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=43909&parte=1&serie=>
39. Ministero della Salute. Piano nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014. Approvato con Intesa Stato-Regioni nella seduta del 22 febbraio 2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf (ultimo accesso gennaio 14, 2013)
40. Center for Health Care Quality. California Department of Public Health. Influenza Vaccination Among Health Care Personnel in California General Acute Care Hospitals for the 2010-11 Respiratory Season Healthcare-Associated Infections Program. December 5, 2011. <http://www.cdph.ca.gov/programs/hai/Documents/CDPH2010-11HCPIInfluenzaVaccinationReport.pdf> (ultimo accesso 15 febbraio 2013)
41. Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigiliatrici d'infanzia (IPASVI). USA: no al vaccino, infermiere licenziate. 4 gennaio 2013. <http://www.ipasvi.it/attualita/usa-no-al-vaccino-infermiere-licenziate-id762.htm> (ultimo accesso il 15 febbraio 2013)
42. Breesee J, and G. Hayden FG. Epidemic Influenza - Responding to the Expected but Unpredictable. *N Engl J Med* January 23, 2013. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1300375>
43. Adnkronos Salute. Influenza: Fimmg Lazio, in Regione crollano i vaccinati, meno 30-40%. http://www.adnkronos.com/IGN/Daily_Life/Benessere/Influenza-Fimmg-Lazio-in-Regione-crollano-i-vaccinati-meno-30-40-313943703704.html (ultimo accesso gennaio 14, 2013)
44. Jefferson T.O., et al.: Vaccines for preventing influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD001269, Apr. 18, 2007.
45. Osterholm MT, Kelley NS, Sommer A, Belongia EA. Efficacy and effectiveness of influenza vaccines: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2012;12(1):36-44.
46. Bridges C.B., Kuehnert M.J., Hall C.B.: Transmission of influenza: Implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 37:1094-1101, Oct. 15, 2003.
47. Fiore A.E., et al.: Prevention and control of influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. *MMWR Recomm Rep* 57:1-60, Aug. 8, 2008. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5707a1.htm> (ultimo accesso 23 gennaio 2013).
48. McLennan S., Gillett G., Celi L.A.: Healer, heal thyself: Health care workers and the influenza vaccination. *Am J Infect Control* 36:1-4, Feb. 2008.
49. Centers for Disease Control and Prevention: Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP): Prevention and control of influenza. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 35:317-326, 331, May 23, 1986. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022941.htm> (ultimo accesso gennaio 14, 2013)
50. King WD, Woolhandler SJ, Brown AF. Brief report: influenza vaccination and health care workers in the United State. *J Gen Intern Med* 2006;21(2):181-4.
51. Abramson ZH, Levi O. Influenza vaccination among primary healthcare workers. *Vaccine* 2008;26(20):2482-9.
52. Martinello RA, Jones L, Topal JE. Correlation between healthcare workers' knowledge of influenza vaccine and vaccine receipt. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2003;24(11):845-7.
53. Harbarth S., et al.: Influenza immunization: Improving compliance of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 19:337-342, May 1998.
54. Maltezou HC, Maragos A, Katerelos P. Influenza vaccination acceptance among health-care workers: a nationwide survey. *Vaccine* 2008;26(11):1408-10.
55. Hollmeyer HG, Hayden F, Poland G, Buchholz U. Influenza vaccination of health care workers in hospitals--a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine* 2009;27(30):3935-44
56. Gallo G, Rosanna Mel R, Rota MC [Ed.]. Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. Roma: Istituto Superiore di Sanità. 2009. (Rapporti ISTISAN 09/13).
57. The Joint Commission. Appendix 2.1 Examples of Research Articles Using Surveys to Identify Factors Influencing Vaccination of Health Care Personnel (HCP) Against Influenza. In: Providing a Safer Environment for Health Care Personnel and Patients Through Influenza Vaccination. Strategies from Research and Practice. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2009 Oakbrook Terrace, Illinois
58. Sivadon-Tardy V, et al. (Jan. 1 2009). Guillain-Barré syndrome and influenza virus infection. *Clinical Infectious Diseases* 48 (1): 48-56. <http://cid.oxfordjournals.org/content/48/1/48.full.pdf+html>
59. Haber P et al. (24 novembre 2004). Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination. *JAMA* 292 (20): 2478-81.
60. Lehmann HC P et al. Guillain-Barré syndrome following influenza vaccination. *Lancet Infect Dis* 10 (9): 643-51. Abstract. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20797646> (ultimo accesso gennaio 14, 2013)
61. Liang et al. Safety of Influenza A (H1N1) Vaccine in Postmarketing Surveillance in China. *NEJM* 2011 364: 638-647.
62. Souayah N, et al. Guillain-Barré syndrome after influenza vaccination in the United States, a report from the CDC/FDA vaccine adverse event reporting system (1990-2009). *J Clin Neuromuscul Dis* 2012;14(2):66-71
63. Israeli E, et al. Guillain-Barré syndrome-a classical autoimmune disease triggered by infection or vaccination. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2012 Apr;42(2):121-30.
64. National Foundation for Infectious Diseases: Influenza Immunization Among Health Care Personnel: Call to Action. 2007. <http://www.nfid.org/pdf/publications/fluhealthcare08.pdf> (ultimo accesso gennaio 23, 2013)
65. Pottinger J.M., Herwaldt L.A.: Improving HCW compliance with influenza immunization. In Poland G.A., Schaffner W., Pugliese G. (eds.): *Immunizing Health Care Workers: A Practical Approach*. Thorofare, NJ: Slack, 2000, pp. 325-329.
66. Mah MW, Hagen NA, Pauling-Shepard K. Understanding influenza vaccination attitudes at a Canadian cancer center. *Am J Infect Control* 2005;33(4):243-50.
67. Mah M.W., Deshpande S., Rothschild M.L.: Social marketing: A behavior change technology for infection control. *Am J Infect Control* 34:452-457, Sep. 2006.

International Council of Nurses

Ridurre il divario: Gli obiettivi di sviluppo per il millennio



12 Maggio 2013

Giornata internazionale degli infermieri

Si riporta parzialmente il documento tradotto, reperibile e scaricabile sul sito www.cnai.info

SM17

“Ridurre il divario: Gli obiettivi di sviluppo per il millennio”

International Council of Nurses

12 Maggio 2013

Cari Colleghi,
auguriamo con grande piacere a tutti gli infermieri del mondo una felice Giornata internazionale dell'infermiere 2013. Il tema scelto dall'ICN per quest'anno è Ridurre il divario: Gli obiettivi di sviluppo per il Millennio: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. Questo slogan intende essere un conto alla rovescia verso il 2015, con particolare riguardo agli obiettivi che hanno a che vedere con la salute.

Non vi è alcun dubbio che gli infermieri, proprio perché sono i professionisti della salute più numerosi al mondo, giocano un ruolo chiave per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo per il Millennio (Millennium Development Goals, MDG). Spesso gli infermieri rappresentano per tanti l'unica figura sanitaria accessibile lungo tutto l'arco della vita. Essi godono quindi di una posizione di favore e sono spesso i più innovativi nel raggiungere le popolazioni meno servite e più svantaggiate. Gli infermieri sono formati alla comprensione della complessa natura del mantenimento della salute e del benessere e dell'impatto di fattori psicosociali e socio-economici quali la povertà, la disoccupazione e l'appartenenza etnica. Essi comprendono cosa serve per garantire e mantenere il benessere e agiscono di conseguenza per superare i problemi che si presentano nell'immediato.

Gli infermieri hanno fatto molto per raggiungere i MDG e per aiutare a dar forma e presentare obiettivi e risultati sostenibili anche dopo il 2015. Possiamo essere orgogliosi dei nostri risultati. Tuttavia, c'è ancora molto che possiamo e dobbiamo fare. Gli infermieri devono impegnarsi nel prendere le parti dei

più deboli (advocacy) e nel fare pressione per raggiungere questi obiettivi (lobbying). Dobbiamo essere coinvolti nello sviluppo di ogni programma introdotto per migliorare i servizi perché sono gli infermieri che possiedono la conoscenza pratica di come debba essere progettato, coordinato ed efficacemente attuato un servizio. Le Associazioni infermieristiche nazionali hanno un ruolo importante da rivestire nel formare, consigliare, incoraggiare e sostenere gli infermieri nel loro lavoro. Esse devono continuare a lavorare a fianco dei rispettivi governi e di altri, per potenziare i servizi sanitari e per creare le condizioni necessarie a massimizzare il contributo infermieristico. Il kit 2013 per la Giornata internazionale dell'infermiere costituisce una ricca risorsa per le associazioni su come esse possano rivestire l'importante ruolo di aiuto nel raggiungere MDG. Il conto alla rovescia è cominciato; il tempo stringe e si sta esaurendo. Ognuno e ciascuno di voi può fare la differenza. Per dirla con le parole del Segretario generale dell'ONU Ban Ki-Moon: "Non c'è nessun progetto globale più utile... cerchiamo di mantenere la promessa".
Cordialmente

Rosemary Bryant, Presidente
David C. Benton, Amministratore Delegato

• • •

Presentazione dell'edizione italiana di Cecilia Sironi e Annalisa Silvestro

24 giugno 2013

È con grande piacere che portiamo questo documento, elaborato dall'ICN per la Giornata internazionale degli infermieri 2013, all'attenzione non solo degli associati CNAI, ma di tutti gli infermieri italiani.

Mettere a tema gli obiettivi per lo sviluppo proclamati dall'OMS nell'ormai lontano 2001 può sembrare scontato o obsoleto, se non superfluo. In questo documento dell'ICN s'intende sottolineare in particolare il nesso degli obiettivi 4, 5 e 6 con la salute delle persone¹. Basta però riflettere su quanto le condizioni sociali, culturali, economiche, politiche siano cambiate in tutti i Paesi del mondo, per renderci conto dell'urgenza di riprendere questi temi e di ri-portarli all'attenzione non solo degli infermieri italiani, ma di tutti gli operatori sociali, sanitari e di chi prende le decisioni politiche.

È proprio chi decide l'allocazione delle risorse e chi redige le politiche sanitarie che dovrebbero volgere l'attenzione, in modo particolare, al ruolo che gli infermieri oggi hanno e a quello che potrebbero avere anche nel nostro Paese per collaborare al raggiungimento di questi obiettivi.

Intendiamo cogliere quest'occasione per festeggiare tutti noi, per ribadire l'importanza di una più piena valorizzazione degli infermieri come "risorsa umana" cardinale per il nostro sistema. Noi infermieri ci siamo e ci stiamo: nella promozione della salute, nella prevenzione delle patologie, nella cura e assistenza, nell'educazione e formazione, nella ricerca e nell'organizzazione.

Mai come in questo momento di difficoltà per l'Italia urge lavorare insieme per sostenere ogni singolo professionista infermiere perché possa esprimere al meglio il suo contributo per il raggiungimento di questi obiettivi: il conto alla rovescia continua e dall'obiettivo numero otto al numero uno ... manca davvero poco perché il 2015 è ormai alle porte! Ci auguriamo che questo documento aiuti tutti noi a unire le forze per dare il nostro

fattivo contributo al raggiungimento di questi obiettivi così fondamentali per il nostro benessere e quello delle future generazioni.

Ancora auguri!

Annalisa Silvestro,
Presidente della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI
Cecilia Sironi, Presidente della Consociazione nazionale
delle Associazioni infermiere/i



Sintesi del documento

L'adozione della Dichiarazione del Millennio da parte dell'Assemblea generale dell'ONU nel 2008 ha portato alla creazione del quadro di riferimento Obiettivi di sviluppo per il Millennio (MDG), che è stato utilizzato per galvanizzare gli sforzi di sviluppo, definire priorità globali e nazionali e focalizzare attenzione, azioni e risorse. Sono stati definiti e concordati otto obiettivi. Nel loro insieme essi rappresentano un quadro di riferimento olistico per una riduzione sostenibile della povertà e per lo sviluppo. Tre obiettivi - il numero 4, il 5 e il 6 - sono specificatamente correlati alla salute e il loro raggiungimento è strettamente collegato a quello degli altri, compresi quelli che si focalizzano sulla povertà, la fame, l'uguaglianza di genere e l'empowerment delle donne.

- **MDG 4 - Ridurre la mortalità infantile** - ha mostrato alcuni successi significativi nella riduzione della mortalità mondiale nei bambini al di sotto dei cinque anni di età. Tuttavia, la maggioranza dei 7,6 milioni di decessi annuali di bambini potrebbero essere evitati utilizzando interventi efficaci e sostenibili (WHO/UNICEF 2012, p. 8). La mortalità neonatale continua a essere una grande preoccupazione, così come le malattie infettive e la malnutrizione.

• **MDG 5 - Migliorare la salute materna** - ha portato a una riduzione di circa il 50% dei casi di morte durante la gravidanza o il parto. Esistono ancora differenze significative tra le regioni; le donne dell'Africa Sub-sahariana sono quelle a maggior rischio, con il 56% dei decessi e un tasso di mortalità materna pari a 500. Per migliorare la salute materna è indispensabile posticipare le gravidanze, aumentare l'accesso a un'assistenza professionale durante e dopo la gravidanza e a metodi contraccettivi sicuri, sostenibili ed efficaci e, quando necessario, assistenza completa nel post-aborto.

• **MDG 6 - Combattere l'HIV/AIDS, la malaria e altre malattie** - mostra significative variazioni regionali e anche alcuni successi, con meno persone infettate dall'HIV nella maggior parte delle regioni e un significativo ampliamento dell'accesso alle terapie anti-retrovirali salvavita. Anche se i numeri dei casi di malaria e di tubercolosi riportati stanno scendendo, non c'è spazio per il complacimento: aumentano le segnalazioni di resistenza all'artemisinina e agli insetticidi nel trattamento della malaria così come aumentano le segnalazioni di tubercolosi multifarmaco resistente.

I singoli Paesi presentano ogni anno all'ONU un rapporto riguardante i progressi nel raggiungere gli obiettivi e i risultati sono raccolti nel Report ONU sugli Obiettivi di sviluppo per il Millennio. I successi principali comprendono la riduzione della povertà estrema, il dimezzamento della percentuale di persone che non ha accesso all'acqua potabile e l'aumento del numero di bambine iscritte alla scuola elementare.

Anche se ci sono stati indiscutibili progressi, c'è ancora molto da fare. I trend non sono

stati costanti, sia all'interno che tra le diverse regioni, con i più poveri e i più emarginati che continuano ad essere i più svantaggiati. Di conseguenza, una delle principali criticità dei MDG è stata il mancato focus sull'equità. Sono state inoltre espresse preoccupazioni riguardo al basso livello a cui sono stati fissati alcuni target e sull'omissione di cambiamenti demografici quali l'invecchiamento della popolazione e lo spostamento da insediamenti rurali a urbani, così come i cambiamenti nel carico di malattia (disease burden), soprattutto per la sfida delle patologie non trasmissibili non-communicable diseases, NCD²).

Gli infermieri di tutto il mondo sono stati attivamente impegnati negli sforzi locali, nazionali e regionali per raggiungere i MDG. L'ICN ha lavorato con le associazioni infermieristiche nazionali di tutto il mondo per sostenere e promuovere sia il raggiungimento dei MDG in senso lato, sia il contributo avanzato degli infermieri in quelli correlati alla salute. Fra le iniziative di successo ricordiamo l'istituzione del Fondo per l'istruzione delle bambine, destinato a garantire la scolarizzazione delle figlie orfane di infermiere in Kenya, Swaziland, Uganda e Zambia (<http://www.fnif.org/girl-fund.htm>).

Lavorando congiuntamente con il settore privato, i governi, le associazioni infermieristiche e altri partner, ICN ha istituito cinque Centri per il benessere degli operatori sanitari (in Lesoto, Malawi, Swaziland, Uganda e Zambia) ed è in procinto di inaugurare il sesto (<http://www.icn.ch/projects/wellness-centres-for-health-care-workers/>). Il Progetto dell'ICN TB/MDR ha informato, formato e sostenuto decine di migliaia di infermieri, operatori sanitari ed altro personale in 13 Paesi (<http://www.icn.ch/projects/tb-mdr-tb/>). Il



lavoro e il contributo degli infermieri africani e di altri Paesi è migliorato grazie all'accesso alle informazioni fornite dall'ICN attraverso le Biblioteche infermieristiche mobili (<http://www.icn.ch/projects/mobile-library/>), le schede tecniche e le prese di posizione disponibili sul sito web di ICN ed inserite nelle comunicazioni con le associazioni infermieristiche nazionali (<http://www.icn.ch/publications/position-statements/>). Gli infermieri hanno anche lavorato insieme creando gruppi e organizzazioni che superano i confini nazionali per massimizzare le risorse e il loro impatto su sfide sanitarie particolari, quali l'HIV/AIDS - per esempio il Network Sudafricano degli Infermieri e delle ostetriche (SANNAM). Il fatto di segnalare il contributo sub-nazionale degli infermieri nel raggiungimento dei MDG ha qualcosa della sfida, soprattutto per l'apparente riluttanza degli infermieri a pubblicizzare e a promuovere il proprio lavoro. Gli infermieri nel mondo hanno sviluppato servizi ed erogato assistenza innovativa a bambini, donne e a chi è affetto da patologie, contribuendo al successo dei MDG. Gli infermieri devono essere incoraggiati e sostenuti nella pubblicazione dei loro successi.

Il Quadro di riferimento per l'accelerazione dei MDG (UNDP, 2011), disegnato per galvanizzare i progressi a livello nazionale e che comprende soluzioni e interventi raccomandati, molti dei quali riconducibili ad azioni infermieristiche, potrebbe essere utilizzato come quadro di riferimento attorno al quale gli infermieri possono coalizzarsi per dar forma e focalizzare il loro contributo continuo al raggiungimento dei MDG.

Esiste la preoccupazione che, nei prossimi anni, l'attenzione possa focalizzarsi sui suc-

cessori dei MDG invece di spingere in modo più forte per realizzare gli obiettivi attuali. È stato istituito un Tavolo di alto livello di 26 "persone eminenti" per consigliare il Segretario generale dell'ONU circa gli obiettivi futuri e un Task Team dell'ONU ha prodotto un quadro di riferimento per lo sviluppo che lega SDG³ e MDG. È previsto che qualsiasi forma venga scelta per rimpiazzare i MDG, questa sia misurabile, comprenda benchmark relativi ed assoluti e sia soggetta a regolare rendicontazione. Il nuovo approccio deve rispecchiare le lezioni apprese dai MDG in tema di equità e uguaglianza a livello nazionale, di comunità e di famiglia, e l'importanza di consultarsi con un'ampia gamma di stakeholder, compresi i membri più deprivati della comunità globale.

Viene inoltre suggerito che i nuovi obiettivi possano prevedere un adeguato approccio basato sui diritti umani, nonostante alcune delle sfide che a ciò si associano.

Il cambiamento del peso della malattia (disease burden) è stato riconosciuto in occasione del Meeting ONU di alto livello sulla Prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, tenutosi nel 2011 (C3 Collaborating for Health 2011) ed è previsto che ogni interessamento alla salute comprenda una messa a fuoco del crescente fardello delle malattie non trasmissibili. Una delle sfide principali per i successori dei MDG è che si stanno formulando durante una grave crisi economica mondiale, che probabilmente ridurrà la quota di assistenza pubblica disponibile.

Sono molte le incertezze che circondano lo sviluppo dell'agenda⁴ post-2015, con molte diverse preoccupazioni che competono fra loro per essere inserite. Gli infermieri sono incoraggiati a chiarire il loro punto di vista

su ciò che seguirà e a trovare vie per essere coinvolti nelle consultazioni nazionali e internazionali.

- Le associazioni infermieristiche nazionali occupano una buona posizione per mantenere lo slancio, informare, consigliare, incoraggiare e sostenere gli infermieri, e convogliare il flusso di informazioni dalla base verso il governo. Le associazioni hanno ora l'opportunità di stimolare i propri membri e galvanizzare i loro sforzi per raggiungere i MDG e cercare di influenzare l'agenda post-2015.

- Le associazioni infermieristiche nazionali sono incoraggiate ad allineare le loro priorità ai quadri di riferimento e alle strategie esistenti, a creare partnership, reti ed alleanze ad ogni livello con coloro che perseguono risultati comuni. Gli infermieri sono incoraggiati a migliorare le loro conoscenze e capacità in modo da poter contribuire attivamente ad ogni livello, dall'impegno nelle comunità alla politica internazionale, compresa l'erogazione dei servizi, la formazione, la ricerca e il management così come lo sviluppo e l'attuazione delle politiche.

- Gli infermieri possono impegnarsi nell'advocacy e nella lobbying partendo da un livello personale/professionale per arrivare ad uno di politica/sistema. La portata internazionale dei MDG serve a garantire che gli infermieri e gli altri possano rafforzare i legami con gruppi di patrocinio internazionale adeguati.

- I MDG hanno fornito un chiaro focus globale per l'azione e l'allocazione delle risorse. Contribuendo alla loro realizzazione, gli infermieri hanno sviluppato capacità politiche che li rendono in grado di negoziare ad ogni livello e con vari partner per dar forma ed erogare servizi adeguati, compresi quelli per le comunità più emarginate e meno servite. Gli infermieri hanno anche dimostrato una grande flessibilità, innovazione e coraggio nel dar forma e sviluppare nuovi ruoli e servizi.

Nel lasso di tempo che ci separa dal 2015, gli infermieri sono incoraggiati ad abbattere le barriere e a vincere le sfide per raggiungere i MDG e soddisfare i bisogni di salute delle comunità più povere, più emarginate e meno servite del mondo. Impegnandosi per la nuova agenda, sarà importante continuare a lavorare per raggiungere i MDG in tutti i Paesi e garantire che i progressi fatti non vadano perduti non appena caleranno l'attenzione e le risorse. Indipendentemente dall'ampiezza dell'interesse esplicito sulla salute del nuovo documento, è importante ricordare che la salute sta alla base del futuro sviluppo globale. Il cambiamento del peso delle malattie e gli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute, sullo sviluppo e sulla sostenibilità ambientale chiedono che tutti gli infermieri siano all'altezza della sfida e si impegnino a dar forma e a rispettare i nuovi obiettivi per la salute e il benessere della comunità globale.

¹ Obiettivo 4: ridurre la mortalità infantile; obiettivo 5: migliorare la salute materna; obiettivo 6: combattere HIV/AIDS, malaria e altre patologie (vedi: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2440&area=rapporti&menu=unite).

² In seguito si tradurrà questo acronimo in italiano: MNT, malattie non trasmissibili (NdC).

³ SDG sta per Sustainable Development Goals, obiettivi di sviluppo sostenibile o obiettivi sostenibili per lo sviluppo (si veda: <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?menu=1300>) (NdC).

⁴ Il termine agenda significa "ordine del giorno", da non confondere con il nostro taccuino o diario. Ora è entrato anche nel linguaggio italiano con questo significato di punti da discutere in riunioni, programmi o regolamentazioni (NdC).



Entra nella banca dati **CINAHL PLUS!**



**IL MEGLIO DEL SAPERE
INFERMIERISTICO MONDIALE
ADESSO È NELLE TUE MANI**

Potrai entrare e usufruire della letteratura
in full-text gratuitamente attraverso il link sul sito
della Federazione Nazionale Collegi IPASVI

www.ipasvi.it

“L'utilizzo di CINAHL per l'aggiornamento professionale”

*A cura di Caterina Scarano, Maddalena Giudici, Michele Facchetti,
infermieri Humanitas Gavazzeni Bergamo*

Descrizione del percorso formativo e informativo organizzato e sostenuto dal collegio IPASVI-BG

In data 25 marzo e 4 maggio si sono svolti due eventi formativi inerenti l'utilizzo di CINAHL, organizzati dal Collegio IPASVI della nostra provincia. L'obiettivo era quello di formare colleghi che a loro volta sarebbero andati nelle diverse strutture in qualità di formatori per divulgare tale strumento tra gli infermieri.

L'opportunità di essere relatori del corso di formazione “L'utilizzo di Cinahl per l'aggiornamento professionale” ci ha permesso di conoscere e far conoscere uno strumento fondamentale per la pratica infermieristica basata sulle prove di efficacia. Grazie all'impegno della Federazione Nazionale IPASVI e del Collegio di Bergamo, ad oggi è infatti possibile per tutti gli iscritti IPASVI, l'accesso gratuito alla banca dati on line CINAHL. In questo cammino si è voluto esplorare quali sono le conoscenze, gli atteggiamenti e le barriere percepite dagli infermieri alla diffusione della letteratura scientifica attraverso il database, bagaglio culturale obbligato per esercitare le competenze acquisite, le conoscenze, la formazione e l'aggiornamento degli infermieri nel promuovere un'assistenza d'eccellenza. Il tutorial di EBSCO ha dato inizio all'azione formativa dei relatori, presso la sede del Collegio di Bergamo, per trasmettere i contenuti necessari all'utilizzo delle risorse scientifiche disponibili nella loro banca dati che comprende utili documenti informativi/formativi. Questo strumento consente infatti di accedere a numerose riviste indicizzate, con la possibilità di scaricare articoli in full text,

linee guida, protocolli, lezioni rapide su patologie e condizioni cliniche di supporto alla pratica stessa. Il percorso si è indirizzato quindi verso questo motore; inserendo una parola “chiave” si è cominciato a interrogare la maschera di Cinahl fino a giungere al risultato ricercato. Nell'incontro successivo, con la preziosa collaborazione del Dr. Giuseppe Lazzari (Tutor C.d.L. in Infermieristica dell'Università degli Studi Milano Bicocca) e del Dr. Giancarlo Galbiati (Staff Ricerca, Formazione e Sviluppo A.O. HPG23) è stato presentato un excursus sull'evoluzione della formazione, dell'informazione e della ricerca, della capacità di interpretare articoli o fonti e di applicarla a casi concreti nella professione infermieristica, aiutando i discenti presenti a focalizzare i contenuti da trasmettere poi nelle azioni formative. È dimostrato che la crescita della professione attraverso la consapevolezza dell'EBP, applicata all'informazione digitale, consente di rispondere con più efficacia ed efficienza ai bisogni non solo del cittadino ma anche alle sollecitazioni provenienti dallo scenario socio-politico-culturale che stiamo vivendo. La promozione di questo corso ha permesso, a noi relatori, di confrontarci con realtà e contesti diversi ma uniti da un comune denominatore: l'informazione/formazione. Lo scambio di informazioni, avvenuto all'interno del gruppo dei relatori, ha fatto emergere la contraddizione esistente fra quanto viene dichiarato dalle linee guida o protocolli e alcune pratiche infermieristiche utilizzate ancora oggi, e basate sulla con-

L'utilizzo di CINAHL

suetudine e sull'esperienza passata, con atteggiamenti scettici verso le innovazioni, per mantenere lo status quo acquisito. Reperire invece informazioni attraverso una banca dati mondiale consente di utilizzare tutti gli input necessari per migliorare la cura del paziente e di basarsi su ampie prove di efficacia per lo sviluppo di nuove procedure contestualizzate. Dopo la formazione dei relatori, il Collegio ha quindi organizzato eventi formativi itineranti, allo scopo di raggiungere le strutture ubicate sul territorio per divulgare, nel modo più capillare possibile, la possibilità di utilizzo dello strumento CINAHL tra i colleghi. In Humanitas Gavazzeni la partecipazione e la condivisione da parte della Dirigenza e dei Servizi Assistenziali si è dimostrata attraverso la presenza all'apertura dell'evento del Direttore Generale Dott. Giorgio Ferrari e della Dott.ssa Elena Colleoni, e alla presenza cospicua e attiva degli infermieri. La compartecipazione di un rappresentante del Consiglio direttivo del Collegio e dei tre relatori a tutti gli incontri, ha inoltre permesso un feedback continuo da parte dei partecipanti al corso d'aggiornamento e ha permesso di ottenere risultati più che soddisfacenti, pur evidenziando la criticità, per alcuni futuri utilizzatori, di capire come procedere per ottenere le informazioni. In questo contesto è altresì emersa, per alcuni partecipanti, la complessità di capire come formulare i quesiti per le ricerche, unitamente alla difficoltà dell'utilizzo del sistema che opera in lingua inglese; lingua poco utilizzata da coloro che hanno seguito percorsi formativi meno recenti. A tale proposito, affinché il progetto formativo raggiunga l'obiettivo, ci si è proposti di verificare quali siano gli ambiti in cui è necessario inter-



venire con corsi formativi di base, e quali quelli in cui sia sufficiente provvedere con un intento informativo, al fine di utilizzare al meglio le risorse per usufruire della ricerca infermieristica nel database; preconditione necessaria all'implementazione al cambiamento. In conclusione, a nostro avviso, è emersa la necessità di un energico sostegno a favore di tutti i professionisti. In questo modo sarà loro possibile, in autonomia, superare le difficoltà di fronte a ricerche e analisi dei contenuti del materiale messo a disposizione. Dall'esperienza fatta, nasce la proposta per i futuri percorsi formativi, di creare piccoli gruppi, indirizzati a prediligere e acquisire l'applicazione delle nuove conoscenze. L'alto indice d'interesse e partecipazione a questi eventi formativi è stato condiviso dai relatori con i membri della Commissione Formazione del Collegio che, insieme, organizzeranno i futuri percorsi di formazione tenendo conto delle varie problematiche e quesiti emersi ed esposti dai diversi gruppi di partecipanti.

Tali problematiche e quesiti, hanno quindi ulteriormente alimentato l'interesse e la voglia di proseguire questo cammino che sarà ripetuto nel prossimo autunno grazie al Collegio di Bergamo, il cui impegno a sostenerci e rappresentarci, richiama alla mente quello che Albert Einstein affermava "Tutto ciò che ha valore nella società umana, dipende dalle opportunità di progredire che vengono accordate ad ogni individuo".

Report del corso: “La libera professione infermieristica e la responsabilità professionale”

A cura di Michele Facchetti

Come tutti gli anni il giorno 12 Maggio è l'occasione per festeggiare la giornata internazionale dell'infermiere. Quest'anno il Collegio IPASVI di Bergamo ha organizzato una serie d'incontri, prolungando così i festeggiamenti per un'intera settimana.

Dalla collaborazione tra commissione innovazione e commissione formazione nasce l'organizzazione, nelle date 9 e 10 Maggio, di un evento formativo intitolato: “La libera professione infermieristica e la responsabilità professionale”.

Questo evento ha coinvolto i neo-laureati in Infermieristica di dicembre 2012 ed aprile 2013 con la preziosa disponibilità e partecipazione di tutor e responsabili della formazione universitaria Università degli studi Milano Bicocca (sezione di Bergamo) e Università degli studi di Pavia (sezione di Treviglio).

I recenti e futuri sviluppi del SSN stanno vedendo aumentare il numero di infermieri che scelgono la strada della libera professione. Attualmente esistono nuovi sbocchi professionali, non più solo legati alla realtà ospedaliera, tra questi vi sono presenti i servizi territoriali, l'assistenza domiciliare, la medicina del lavoro, l'attività poli ambulatoriale e tante altre realtà che sempre più spesso richiedono la figura dell'infermiere libero professionista.

A questo corso hanno partecipato in qualità di relatori:

- Mazzoleni Beatrice: Inf. Tutor CdL in Infermieristica, Presidente Collegio IPASVI di Bergamo, e Coordinamento Regionale Lombardia, membro del Comitato Centrale IPASVI;

- Cosmai Simone: Inf. Responsabile commissione formazione ed innovazione Collegio IPASVI di Bergamo, Master in Management per le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche;
- Ghidini Marco: Inf Terapia Intensiva adulti HPG 23, responsabile commissione redazione Collegio IPASVI di Bergamo, Master in Management per le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche e Master in Area Critica;
- Ghilardi Stefano: Inf. Libero professionista, Presidente Cooperativa Sociale ONLUS Bergamo Sanità, responsabile commissione libera professione Collegio IPASVI di Bergamo;
- Solitro Gianluca: Inf. Coord. Libero professionista, Presidente Cooperativa Infermieristica ONLUS 9Coop;
- Luigi Barcella: Inf. Libero Professionista, Cooperativa ONLUS 9Coop.

L'inf. Stefano Ghilardi, consigliere e referente per la libera professione infermieristica del Collegio di Bergamo, nella sua relazione ha definito chi è l'infermiere libero professionista: un operatore sanitario che esercita il proprio lavoro in autonomia, basandosi su un metodo scientifico e su prove di efficacia assumendosi la responsabilità del proprio agire. Ha inoltre definito gli ambiti entro cui l'infermiere sceglie di esercitare la libera professione:

- **L'esercizio autonomo individuale** è la forma più tipica nella quale esiste un rapporto diretto fra il professionista ed il cliente. Nell'assunzione dei suoi incarichi deve



considerare la capacità di farvi fronte dal punto di vista della competenza professionale, degli impegni assunti e facendovi carico totalmente della gestione dell'impresa.

- **L'esercizio autonomo in forma associata** permette a più professionisti di operare sinergicamente gestendo più incarichi contemporaneamente. Si riesce ad assicurare la continuità nella presa in carico del cliente. L'esercizio in forma associata consente inoltre di ottenere dei vantaggi sotto il profilo degli adempimenti fiscali ed amministrativi; ad esempio è possibile aprire un'unica partita IVA intestata allo studio, tenere registri unici, avere un solo commercialista etc.

Due esempi di forme associate sono lo studio infermieristico associato e la cooperativa sociale. La seconda differisce dal primo in quanto offre il vantaggio di poter integrare alle attività infermieristiche, anche altre attività, complementari alla gestione sanitaria, quali attività di carattere alberghiero, economico, amministrativo, ricreativo. Questo consente di gestire autonomamente intere strutture socio-sanitarie, come ad esempio case di riposo, appartamenti protetti, etc.

Ghilardi ha concluso la sua esposizione parlando anche delle relazioni intercorrenti fra i vari professionisti associati. Per raggiungere un risultato comune serve la condivisione di strategie e obiettivi da parte di tutti gli associati in quanto la crescita professionale di ogni associato è più importante della crescita strutturale dello studio.

Luigi Barcella, attraverso la propria esperienza personale, ha definito i fattori che caratterizzano il libero professionista all'in-

terno di una cooperativa socio assistenziale. Il messaggio che ci ha voluto lasciare si sintetizza in poche pillole di saggezza: "capire cosa ti piace fare", rispetto fra i vari soci, mettersi sempre in gioco e trovare sempre nuovi stimoli per la propria professione, credere che il team fa la differenza e non il singolo operatore. Infine, la propria esperienza maturata nelle varie realtà deve poter servire per accrescere la propria professione, ma anche per aiutare le "nuove leve" nella loro attività lavorativa.

A Gianluca Solitro, è stato affidato il compito di descrivere l'attuale stato d'arte della libera professione e gli sviluppi futuri.

L'aumento della disoccupazione per effetto della spending review ha portato a un clima generale di confusione. Dunque, secondo Solitro, lavorare in libera professione in forma associata in questi tempi permette di ridurre il rischio di perdita dell'attività lavorativa ed in quanto un team numeroso di professionisti permette di avere un consistente potere contrattuale.

Il messaggio chiave che ha caratterizzato la sua dissertazione è che davanti alle difficoltà non bisogna mai affidarsi al caso, ma superare i vari ostacoli con impegno, dedizione, competenza e professionalità.

La sessione pomeridiana dell'incontro ha visto la partecipazione della presidente del collegio di Bergamo, Beatrice Mazzoleni che ha descritto le relazioni tra L'IPASVI e l'attività libero professionale. In questo momento, le difficoltà economiche, devono essere colte come un'opportunità di cambiamento per sviluppare una nuova rete professionale per l'assistenza su più livelli organizzativi.

Il consigliere Inf. Simone Cosmai ha descritto i principi normativi e deontologici

che reggono l'agire professionale infermieristico. Ha posto l'attenzione, oltre che sui richiami legislativi anche sugli aspetti deontologici, morali e valoriali della professione infermieristica al servizio del cittadino. La chiusura dei lavori è stata lasciata al consigliere Marco Ghidini, che ha definito le responsabilità civili e penali dell'infermiere nello svolgimento della sua professione nell'ambito dell'attività libero professionale. La volontà del Consiglio Direttivo è stata quella di sensibilizzare i neo-iscritti a co-

noscere e fornire informazioni sull'attività libero professionale, avendo sempre a disposizione e supporto il Collegio Ipasvi e la commissione per la libera professione.

L'incontro ha visto un cospicuo numero di partecipanti, 94 infermieri divisi fra neo-laureati ed infermieri con anni di esperienza.

Il gradimento complessivo è stato un vero successo, in quanto il 54% delle persone sono state pienamente soddisfatte, il 46% si è dimostrata soddisfatta, mentre nessuno ha valutato negativamente il corso.

ELENCO DEGLI EVENTI FORMATIVI DEL 2013 ORGANIZZATI DAL COLLEGIO IPASVI DI BERGAMO

Settembre - Ottobre - Novembre 2013 presso la sede del Collegio IPASVI di Bergamo e diverse strutture sanitarie e sociosanitarie, riedizione dei corsi di formazione:

"L'utilizzo di CINAHL per l'aggiornamento professionale"

25 Settembre 2013 continuo del corso **"Aiutarsi per aiutare":
"gestione delle emozioni del paziente e del parente nella relazione di aiuto".**

A cura Dott. Tinto e Dott.ssa Peotta

Corso di formazione: **"La malattia in pediatria: di chi è la colpa?"**

A cura del Dott. E. Tinto e la Dott.ssa L. Peotta

(Seconda edizione: 15 ottobre 2013; 15 novembre 2013)

Corso di formazione: **"Da operatore a coordinatore di reparto"**

A cura del Dott. E. Tinto e la Dott.ssa L. Peotta

(Seconda edizione: 22 ottobre 2013; 22 novembre 2013)

8 Novembre 2013 Corso di formazione:

**"L'interrogatorio del professionista infermiere durante un procedimento penale:
simulazione, analisi e valutazione per la consapevolezza del nostro agire".**

A cura dell'Avv. Gamba, Magistrato Dott. Macchioni

Novembre 2013 Riedizione Corso di Formazione per Coordinatori infermieristici:

**"L'efficacia professionale: pianificazione organizzativa e cambiamento
dei comportamenti professionali e personali dei propri collaboratori"**

A cura della Dott.ssa Claudia Ravelli



Si riporta la nota pubblicata sul Sito della Federazione Nazionale IPASVI (www.ipasvi.it) in merito all'obbligatorietà dell'assicurazione professionale, ci si riserva di analizzare la situazione in tempo reale e di diffondere una nota ufficiale tramite mailing-list e pubblicazione sul sito www.ipasvibergamo.it

INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI - VIGILATRICI D'INFANZIA

Circolare n. 19/2013 - Prof. P-3413/III.01 - PEC Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi - LORO SEDI

Data 15 luglio 2013

Oggetto: Assicurazione obbligatoria



Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Come noto il DL 138/2011, convertito con Legge 148/2011, recante Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo all'art. 3, comma 5, lett. e) letteralmente dispone:

e) a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti;

Di seguito è poi intervenuto l'art. 29, comma 4 della legge 24/3/2012 n. 27 sulla Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività che così recita:

Il compenso per le prestazioni professionali è pattuito, nelle forme previste dall'ordinamento, al momento del conferimento dell'incarico professionale. Il professionista deve rendere noto al cliente il grado di complessità dell'incarico, fornendo tutte le informazioni utili circa gli oneri ipotizzabili dal momento del conferimento fino alla conclusione dell'incarico e deve altresì indicare

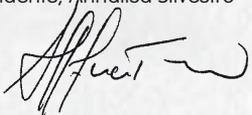
i dati della polizza assicurativa per i danni provocati nell'esercizio dell'attività professionale. In ogni caso la misura del compenso è previamente resa nota al cliente con un preventivo di massima, deve essere adeguata all'importanza dell'opera e va pattuita indicando per le singole prestazioni tutte le voci di costo, comprensive di spese, oneri e contributi. Al tirocinante è riconosciuto un rimborso spese forfettariamente concordato dopo i primi sei mesi di tirocinio.

Da ultimo ricordiamo il DPR 7 agosto 2012 n. 137 sul Regolamento recante riforma degli ordinamenti professionali, a norma dell'articolo 3, comma 5, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148 che all'art. 5 comma 1, ultimo capoverso dispone:

Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza professionale, il relativo massimale e ogni variazione successiva. Da quanto su riportato sembra evincersi chiaramente che l'obbligo di stipulare la polizza assicurativa sia solo per i liberi professionisti. Infatti i professionisti pubblici dipendenti dovrebbero essere coperti da una polizza stipulata dall'Azienda sanitaria di appartenenza.

Cordiali saluti.

La presidente, Annalisa Silvestro



SM29

POLIZZA ASSICURATIVA

Il Sistema di Protezione Professionale a favore degli iscritti IPASVI è disponibile anche quest'anno con alcune novità.

Per le Coperture di **RC Professionale** e **Tutela Legale** Penale sono state stipulate due nuove Convenzioni che sostituiscono quelle in precedenza in vigore con Carige Assicurazioni SpA mentre la Convenzione per la copertura degli **Infortunati Professionali**, con ACE European Group Ltd, non ha subito variazioni.

Le Compagnie saranno quindi:

- **XL Insurance Company Limited** per la Copertura di RC Professionale
- **ROLAND Rechtsschutz-Versicherungs AG** per la Copertura di Tutela Legale Penale
- **ACE European Group Ltd** per la Polizza Infortuni

RINNOVO DELLE COPERTURE IN ESSERE NELL'ANNUALITÀ 2012/2013 (IN SCADENZA AL 30/4/2013)

Attenzione - I termini per il rinnovo delle Coperture scadono il 30/6/2013 i "Rinnovanti" che provvederanno ad effettuare il pagamento dopo il 30/6 saranno garantiti esclusivamente dalle ore 24 del giorno del pagamento.

IN OGNI CASO AL FINE DELLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE E ATTIVAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE SI PREGA DI NON EFFETTUARE BONIFICI SE NON SI DISPONDE DELLA CAUSALE PREDETERMINATA (CODICE CLIENTE) E DI NON UTILIZZARE IL CONTO CORRENTE BANCARIO DELLO SCORSO ANNO.

SE NON SI DISPONE DEL CODICE CLIENTE È POSSIBILE CONTATTARE IL NUMERO VERDE AFFINCHÉ SIA FORNITO.

NUOVE ADESIONI

L'adesione alle Convenzioni può essere richiesta on-line seguendo le istruzioni fornite nelle pagine dedicate (N.B. È in ogni caso fondamentale inviare via fax i documenti richiesti completati e firmati; senza di essi infatti non sarà possibile attivare la copertura).

Le convenzioni dedicate agli iscritti Ipasvi sono sottoscritte da Pro.Me.Sa, Associazione finalizzata allo sviluppo di forme di protezione per le professioni sanitarie, individuata da IPASVI, per lo sviluppo del proprio sistema di protezione e intermedie da Willis Italia S.p.A.



IPASVI



INFERMIERI PROFESSIONALI - ASSISTENTI SANITARI- VIGILATRICI D'INFANZIA

Collegio Provinciale di Bergamo

24125 Bergamo - Via Rovelli n.45 - Telefono 035/217090 - fax 035/236332

www.ipasvibergamo.it - E-mail: collegio@infermieribergamo.it

Richiesta indirizzo mail per invio informazioni

Caro/a collega, al fine di rendere più veloce il passaggio di informazioni relative all'attività del Collegio e alle novità in ambito sanitario, il Consiglio Direttivo della Provincia di Bergamo ha approvato l'iniziativa di attivare la newsletter creando una mailing list. Al fine di acquisire gli indirizzi mail ti chiediamo di compilare la parte sottostante e inviarla alla segreteria via fax al n. 035/236332 oppure di collegarti direttamente al sito internet www.ipasvibergamo.it e accedere all'area mailing list.

La Presidente Mazzoleni Beatrice

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA _____

INDIRIZZO MAIL _____

(pregasi scrivere in stampatello)

Informativa sulla privacy: Ai sensi Dlgs 196/2003, informiamo che la newsletter del Collegio di Bergamo gestisce una "mailing list" di indirizzi elettronici. Tale lista di distribuzione è utilizzata esclusivamente per spedire, via posta elettronica ed elencando i destinatari in copia nascosta, la newsletter del Collegio di Bergamo. In ogni caso, i dati presenti nei nostri archivi non saranno comunicati ad altri. Sono tuttavia accessibili da parte dello staff tecnico incaricato dal Collegio IPASVI di Bergamo al fine di garantire l'adeguata manutenzione e svolgere le operazioni eventualmente richieste dai legittimi proprietari dei dati registrati. Gli indirizzi elettronici dei destinatari della newsletter sono relativi a richieste d'iscrizione acquisite tramite adesione al presente modulo o la registrazione nel sito. Chiunque e in qualsiasi momento ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare o cancellare i propri dati ed opporsi al loro utilizzo se sono trattati in violazione della legge (art. 13 del Dlgs 196/2003). In particolare: chi non volesse più ricevere la newsletter può chiedere la rimozione dei suoi dati dalla mailing list utilizzando l'apposito link presente in fondo alla stessa o scrivendo alla segreteria del Collegio. Il titolare del trattamento dei dati è il Presidente del Collegio IPASVI di Bergamo.

Approvo

Non approvo

Data _____

Firma _____

life is beautiful ↑

Si pubblica la poesia inviataci
dal collega in pensione Francesco Lena

Io Credo

*Credo che nella malattia rara
c'è la forza della fragilità,
vengono fuori i pensieri migliori
di speranza,
fanno assaporare la nostra dignità.*

*Credo nel riscatto del valore della vita,
aiuta a superare i timori
con creatività,
il tesoro più prezioso
che ci è stato donato,
da condividere con gli altri
con positività.*

*Credo nel coraggio di aprire il cuore,
ai grandi valori dell'umanità,
con l'impegno mi faccia scoprire
infinite opportunità.*

*Credo nelle belle qualità
delle persone e della natura,
con tutti i loro magnifici colori,
ci rende la vita ricca di contenuti
e sicura.*

*Credo nel silenzio,
la sera mettermi a guardare le stelle,
mi fan brillare gli occhi,
fantasticare di farle sembrare
delle sorelle.
Credo alla freschezza dell'aria,
mi fa sognare,*

*con raffinata delicatezza
tanta voglia di amare.*

*Credo nel verde dei prati,
il profumo dei fiori,
mi fanno immaginare
di vivere gli amori migliori.*

*Credo al dolce sguardo
con animo affettuoso,
di amici e parenti,
il loro sorriso,
trasmette la gioia di stare bene
insieme ed essere contenti.*

*Io credo che ognuno di noi,
con fiducia deve prendersi cura,
con coraggio della propria vita
e credere nella grande forza
della natura.*

*Credo nell'uomo,
nelle sue straordinarie risorse,
nei momenti delicati,
fa emergere la parte
più luminosa di sé.*

*Io credo che la vita va vissuta a pieno
in tutte le sue particolarità,
neanche un secondo va sprecato,
ma goduto con una semplice serenità.*