

INFERMIERE

OGGI

PERIODICO DI IDEE INFORMAZIONI E CULTURA DELL'OPI DI ROMA
INDICIZZATO CINAHL PER LA RICERCA





Ce l'abbiamo fatta!

"Infermiere Oggi", da questo numero, è una rivista indicizzata. E, in qualità di Elsevier host, i suoi contenuti scientifici saranno rintracciabili sulle principali banche dati internazionali. Un traguardo reso possibile da un'ulteriore implementazione dei processi e delle norme editoriali. Inoltre, il "cambio di passo" intrapreso dal 2021, ovvero il passaggio definitivo all'edizione on line e non più cartacea, ha registrato numerosi messaggi di apprezzamento da parte dei colleghi e la cosa ci rende molto felici.

A maggio 2021, poi, il nostro Opi ha rinnovato la Certificazione Uni En Iso 9001:2015 del proprio Sistema di Gestione per la Qualità. In un contesto di crescente complessità, infatti, diventa sempre più rilevante potersi affidare a strumenti amministrativi che offrano garanzie sui servizi erogati agli iscritti.

L'ambizioso traguardo è stato raggiunto grazie al contributo di tutto il personale e l'impegno dei componenti dell'Organo politico, guidati dal presidente Zega.

Ad maiora!

EDITORIALE

2_ Gestire la prossimità di Maurizio Zega



- 4_** Cadute accidentali correlate al ricovero per trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche
Una Root Cause Analysis
di Marco Cioce, Franziska Michaela Lohmeyer, Stefano Botti, Elena Rostagno, Laura Orlando, Anna Sguera, Ivana Serra, Giuseppe Vetrugno, Paolo Oppedisano, Maurizio Zega, Simona Sica, Valerio De Stefano, Andrea Bacigalupo, Alberto Fiore
- 16_** Analisi dei sistemi informativi degli eventi avversi alla luce della legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)
di Natalia Naydenova, Ivo Camicioli
- 26_** Il paziente con supporto ventilatorio Helmet-Continuous Positive Airway Pressure. Competenze infermieristiche all'interno dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
di Andreea Cristina Schiopu, Valentina Pizziconi, Caterina Bornaccioni, Luisa Cirulli, Rocco Stelitano, Giuliana D'Elpidio, Matteo Amicucci
- 37_** La qualità dell'assistenza nelle residenze assistenziali per anziani dal punto di vista del residente. Una revisione sistematica della letteratura e sintesi tematica
di Lucia Mauro, Claudia Lorenzetti, Stefano Casciato, Maria Matarese
- 41_** JBI Best Practice. L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni delle vie respiratorie postoperatorie dopo chirurgia toracica elettiva negli adulti

- DAL CECRI**
- 45_ Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI
- 46_ L'Infermieristica di Tor Vergata tra le eccellenze mondiali
- 47_ *Call* proposte di ricerca 42 i progetti finanziati
- DALL'ORDINE**
- 48_ "Infermiere Oggi" entra nella famiglia della banca dati EBSCO
- 49_ La Biblioteca e le attività della Commissione
- 51_ *Webinar* con l'ISS per parlare di vaccinazioni, coinvolgimento e autonomia infermieristica
- 52_ 12 maggio: gli OPI d'Italia celebrano la Giornata internazionale dell'Infermiere anche in ricordo dei colleghi deceduti
- 54_ ACENDIO, l'Infermieristica migliora attraverso l'*e-Health*
- 55_ Rinnovata la Certificazione UNI EN ISO 9001
- DALLA FNOPI**
- 56_ In corso il Congresso nazionale itinerante per essere "Ovunque per il bene di tutti"
- 58_ Rinnovati gli organi della Federazione. Ecco il Comitato centrale 2021-2024
- DALLA REGIONE**
- 59_ L'impegno dell'Ordine per sbloccare le vaccinazioni per tutti gli infermieri
- OPI DI BIBLIOTECA**
- 60_ Florence Nightingale
Un libro in omaggio al bicentenario
- PILLOLE LEGALI**
- 61_ Obbligo di vaccinazione contro il COVID-19 tra norme stringenti e diritto di autodeterminazione
- 64_ **LA VIGNETTA**

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXI - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2021
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale Giulio Cesare, 78 - 00192 ROMA
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

Direttore responsabile
Maurizio Zega

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

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

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

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

INFERMIERE

OGGI

È una rivista trimestrale dell'OPI di Roma, strutturata in due sezioni: Scienze Infermieristiche e rubriche. Lo scopo della rivista è promuovere lo sviluppo e la diffusione di contributi scientifici relativi alla teoria, alla formazione, all'organizzazione, all'ambito clinico-assistenziale e ad altri ambiti di interesse della disciplina infermieristica. Infermiere Oggi è indicizzata sulle Banche dati:

EBSCO Host: CINAHL® (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), CINAHL Plus with Full Text®, CINAHL complete®

ILISI (Indice Italiano della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche)



EDITORIALE

Gestire la prossimità

di Maurizio Zega

“

Oggi si profila quella “rivoluzione del territorio” che la OMS raccomanda da diversi anni e che noi abbiamo sempre sostenuto

”

“

La pandemia ha regalato a noi infermieri la ricchezza di entrare nelle case delle persone e di prenderle per mano

”

Ci sono segni positivi: senza esagerare con l'ottimismo, ma pure ci sono.

Oggi si profila quella “rivoluzione del territorio” che la OMS raccomanda da diversi anni e che noi abbiamo sempre sostenuto, del resto non casualmente: è l'infermiere infatti la figura centrale intorno a cui ruota la gran parte di questa “rivoluzione”.

L'Istituto Superiore di Sanità, nel suo Rapporto ISS COVID-19 n.15/2021, versione del 1 luglio 2021, dal titolo “Indicazioni ad interim sui principi di gestione del LONG-COVID” ha individuato una entità clinica specifica, denominata LONG-COVID, che si definisce come “*condizione clinica caratterizzata dal mancato ritorno da parte del paziente affetto da COVID-19 allo stato di salute precedente l'infezione acuta*”. Nel Rapporto si legge che “*al fine di coordinare l'assistenza nei casi più complessi può essere utilizzata la figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, introdotta dal decreto-legge n. 34 del 2020, c.d. 'Decreto Rilancio', convertito con Legge n. 77/2020, al fine di rafforzare i servizi infermieristici territoriali*”.

Indubitabili sono quindi i progressi compiuti con la legge 77, ma non basta: la Missione 6 del PNRR investe nell'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e attiva 1.288 Case di comunità e 381 Ospedali di comunità. Per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, si vuole potenziare la tele/assistenza domiciliare con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali (COT).

È essenziale “*una offerta di servizi integrati della rete di assistenza territoriale (sanitaria e socio sanitaria) quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace alle persone*”.

Ora, come è stato brillantemente ricordato dalla Presidente Mangiacavalli ad Arezzo il 21 giugno scorso, durante il Laboratorio Sanità 20/30: “*la pandemia ha regalato a noi infermieri la ricchezza di entrare nelle case delle persone e di prenderle per mano, loro ed i loro bisogni sociosanitari. Questa ricchezza non ce la potrà togliere nessuno: non vogliamo essere chiamati eroi, ma professionisti. E allora chiediamo di partecipare attivamente a declinare concretamente questi contenuti*”.

La lettera del Rapporto ISS citato sembra darle ragione, se mai ve ne fosse stato bisogno.

Insomma, una organizzazione sanitaria che operi in funzione dei bisogni prevalenti che la sanità territoriale sa fare emergere, allontanandosi dalla “maledizione gerarchica” e anche, sia detto senza polemica, dall' “impero clinico”.

Il problema non è quello di definire burocraticamente i contorni della organizzazione territoriale che dovrà svilupparsi, bensì quello di rendere vera quella integrazione complessiva dei servizi assistenziali socio-sanitari di cui parla il PNRR. Tanto per essere chiari se questa è la logica delle annunciate riforme – e lo è – a quando nella nostra Regione un distretto diretto da un Infermiere?

“

La parola chiave è integrazione: il PNRR parla esplicitamente di équipe multiprofessionali e interdisciplinari che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari e sociali

”

La parola chiave è integrazione: il PNRR parla esplicitamente di équipe multiprofessionali e interdisciplinari che operano secondo programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari e sociali. E abbiamo visto che lo stesso Istituto Superiore di Sanità, nel momento in cui definisce la nuova entità clinica del LONG-COVID fa esplicito riferimento all'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC).

Per rendere questa indicazione realmente percorribile, si pone allora il problema della formazione di base e specialistica, che dovrà orientarsi verso questa logica: occorrerà dunque un dialogo stretto fra il Ministero dell'Università, quello della Salute, e la FNOPI. Un dialogo che liberi il nostro Paese anche dal dramma dei numeri: sappiamo da sempre di essere troppo pochi e le impietose tabelle comparative con gli altri Paesi europei sono lì a testimoniare (per la verità le stesse tabelle comparative dicono cose terribili non solo sul fabbisogno di infermieri ma anche sulle loro retribuzioni medie: ma lasciamo andare, senza certo volerlo dimenticare, questo aspetto).

Così potranno definirsi i fabbisogni formativi, compresa la formazione specialistica per l'IFeC o quella che occorre per i bisogni clinico assistenziali complessi; e infine anche i bisogni manageriali. È lecita la speranza che al “governo” di questa complessità multidisciplinare possano essere chiamate le professionalità che meglio vi corrispondono nella logica delle competenze?

Ne ha parlato la Presidente della FNOPI in questi termini: *“per noi l'infermiere è il candidato naturale ad essere in qualche modo il 'Case manager', colui che identifica e prende in carico la persona con i suoi bisogni, decodifica questi ultimi ed inserisce il paziente nei percorsi, mettendolo in rete con tutti quelli che devono rispondere a questi bisogni”*: sembrano parole che riecheggiano quanto abbiamo letto nel Rapporto ISS...

E termino comunicando con soddisfazione che questa nostra rivista, l'organo dell'Ordine degli Infermieri di Roma, è stata indicizzata nell'importante banca dati mondiale CINAHL® pubblicata da EBSCOhost: siamo cioè nel circuito della ricerca scientifica internazionale.

Inoltre, il Centro di Eccellenza-CECRI di OPI Roma continua a sostenere studi scientifici favorendo la progressione intellettuale della professione e i risultati dei singoli come delle Università: è il caso di Tor Vergata, che, nella ricerca infermieristica, si è classificata fra le prime 50 al mondo, conquistando una posizione di rilievo anche rispetto a quelle di Harvard e Oxford.

Risultati che parlano di crescita della nostra professione, del suo ruolo centrale nella sanità del futuro prossimo, della sua sempre maggiore qualificazione.

Sì, si può, con prudenza, con attenzione, con razionalità, essere ottimisti.

Cadute accidentali correlate al ricovero per trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche Una Root Cause Analysis

Falls-related to Hospitalization for Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation A Root Cause Analysis

Marco Cioce, UOC SITRA, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Franziska Michaela Lohmeyer, Direzione Scientifica, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Stefano Botti, UOC Ematologia, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Elena Rostagno, UO Pediatria, Prof. A. Pession Programma di Oncologia Ematologia e Terapia Cellulare IRCCS AOU, Bologna

Laura Orlando, Bone Marrow Transplant Unit, Oncology Institute of Southern Switzerland, Bellinzona

Anna Sguera, UOC SITRA, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Ivana Serra, UOC SITRA, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Giuseppe Vetrugno, UOS Risk Management, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Paolo Oppedisano, UOS Qualità e Accreditamento-Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Maurizio Zega, UOC SITRA, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Simona Sica, Istituto di Ematologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, Roma

Valerio De Stefano, Istituto di Ematologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, Roma

Andrea Bacigalupo, Istituto di Ematologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, Roma

Alberto Fiore, UOS Qualità e Accreditamento-Direzione Sanitaria, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma

Parole chiave

Caduta, Root Cause Analysis, trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche, trombocitopenia.

Keywords

Allogeneic hematopoietic cell transplantation, fall, Root Cause Analysis, thrombocytopenia.

ABSTRACT INTRODUZIONE

Nel trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche, le cadute possono portare a conseguenze immediate e tardive e, in alcuni casi, alla morte. In questo studio sono stati individuati i rischi specifici e le cause di tali eventi ed implementate azioni di miglioramento.

MATERIALI E METODI

Per gli scopi descritti, è stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo; sono stati analizzati dati provenienti dalla documentazione clinica dei pazienti e dagli Incident Reporting (IR) di caduta accidentale in pazienti adulti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche o ricoverati per complicanze legate al trattamento.

Per descrivere le cause e i fattori correlati alle cadute durante il ricovero è stata utilizzata la metodologia della Root Cause Analysis.

Come processo di miglioramento, attraverso la metodologia Delphi, è stata creata una *check-list* con azioni utili a prevenirle.

RISULTATI

Tra dicembre 2017 e novembre 2019, 214 pazienti sono stati ricoverati, in regime ordinario, per essere sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali o per complicanze legate al trattamento. Nel periodo osservato, 11 pazienti sono caduti accidentalmente, generando complessivamente 15 eventi; l'incidenza è stata di 2,32 giorni/paziente. Nell'80% delle cadute, i pazienti sono stati precedentemente valutati con la scala di Conley. Di questi, 9 (75%) sono stati identificati "a rischio" (Conley score ≥ 2) e 3 (25%) sono stati identificati come "non a ri-

schio" (punteggio Conley ≤ 1). Nel 66,67% dei casi, si è verificato un trauma cranico minore; i farmaci diuretici (93,33%), l'iperdiuresi indotta in pazienti senza catetere vescicale (93,33%) e i farmaci antipertensivi (93,33%) sono state segnalate come cause più comuni negli IR.

La fascia oraria più frequente dell'evento caduta è stata tra le 22 e le 7 del mattino (60%).

Attraverso la Root Cause Analysis sono stati identificati le cause ed i fattori contribuenti: l'assunzione di diuretici e conseguente iperdiuresi indotta (80%), la parziale autosufficienza (40%), l'assunzione di terapia antipertensiva (33,3%) e non compliance (33,3%).

Infine, è stata realizzata una *check-list* di "comfort sicuro" che prevede una sequenza di 16 azioni che, se implementate, possono prevenire le cadute accidentali.

CONCLUSIONI

I farmaci diuretici che inducono una iperdiuresi, la parziale autosufficienza, la scarsa compliance del paziente, l'ipotensione ortostatica, la febbre, la notte e gli ostacoli all'interno delle Unità di degenza sono i fattori più comuni che contribuiscono alla caduta del paziente. Per prevenire le cadute accidentali in questo *setting* di cura, i dati dello studio suggeriscono una riprogrammazione del tempo di somministrazione dei farmaci diuretici e antipertensivi e l'utilizzo di una scala di valutazione del rischio multidimensionale integrata da un piano d'azioni preventive, come la lista di controllo del "comfort sicuro".

ABSTRACT BACKGROUND

The risk of falling is different in various hospital settings; in particular, in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation, falls can

lead to immediate and late consequences and in some cases to death.

We analyzed risks and causes of falls in the allogeneic hematopoietic stem cell transplantation setting with Root Cause Analysis based on which improvement interventions were implemented.

MATERIAL AND METHODS

A retrospective observational study was conducted to analyze with Root Cause Analysis data of incident reports and medical records of patients admitted for allogeneic hematopoietic stem cell transplantation or for treatment-related complications who fall during their hospital stay; an expert panel identified actions to prevent falls, which were collected in a check-list.

RESULTS

Between december 2017 and november 2019, 214 patients were admitted to ordinary hospital stays for allogeneic hematopoietic stem cell transplantation or treatment-related complications.

In this period, 15 falls, involving 11 patients, occurred resulting in a 2.32 days/patient incidence. In 80% of falls, risk was upfront assessed with Conley scale; of these, 9 (75%) were defined as at risk (Conley score ≥ 2) and 3 (25%) as not at risk (Conley score ≤ 1). Although none of the events analyzed, caused serious injury, in 66.67% of cases minor head trauma occurred. Diuretic drugs (93.33%), induced hyperdiuresis in non-bladder catheter patients (93.33%) and antipertensive drugs (93.33%) was reported as most common cause in IR.

The most frequent fall time slot was between 10 PM and 7 AM (60%).

We determined with Root Cause Analysis diuretics and consequent

induced hyperdiuresis (80%), self-insufficiency (40%), antihypertensive (33.3%) and non-compliance (33.3%) as the most common cause of falls. Finally, 16 actions, collected in a "safe comfort" check-list, were identified to prevent falls.

CONCLUSIONS

Diuretic drugs inducing hyperdiuresis, self-insufficiency, poor patient compliance, orthostatic hypotension, fever, nighttime and obstacles within inpatient units are the most common contributing factors.

Therefore, administration of diuretic and anti-hypertensive drugs should be rescheduled and a multidimensional risk assessment scale integrated with a preventive action plan, such as the "safe comfort" check-list, should be implemented to reduce falls.

INTRODUZIONE

Le cadute sono tra gli eventi avversi più comuni nelle strutture sanitarie e quasi sempre colpiscono persone fragili, molte delle quali affette da demenza;¹ alcuni studi riportano incidenze che variano da 2 a 10 cadute per 1.000 giorni/pazienti.^{2,3}

Le cadute vengono comunemente definite come "un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica".⁴ Si stima che un terzo delle persone di età superiore ai 65 anni cadano almeno una volta all'anno. Circa il 10% delle cadute provoca danni gravi, conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso, tra cui: escoriazioni cutanee, fratture, lussazioni e traumi cranici.⁵ Diversi fattori, come età, genere, comorbidità, disfunzioni fisiche e psicosociali e farmaci, hanno dimostrato

di aumentare il rischio di cadute; tali fattori riguardano sia la popolazione generale che i pazienti più anziani.⁶ Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un aumento della degenza, attività diagnostiche e terapeutiche aggiuntive e/o eventuali ulteriori ricoveri dopo la dimissione, con un incremento dei costi sanitari e sociali.⁷

Difatti, secondo i dati riportati nel report MEDMAL⁸ sull'andamento del rischio da *medical malpractice* nella Sanità italiana pubblica e privata, il 9,9% delle richieste di risarcimento danni, dal 2009 al 2017, è dovuto a cadute accidentali che possono occorrere a pazienti durante la degenza o durante prestazioni cliniche.

Queste richieste di danni (che pesano in 8 anni quasi 33 milioni di euro) sono la quarta voce per frequenza dopo l'errore chirurgico, diagnostico e terapeutico. Una fonte di rischio che potrebbe essere eliminabile in più del 90% dei casi e che, se prevenuta, porterebbe un risparmio sul costo dei contenziosi. Sempre secondo il report MEDMAL, nella quasi totalità (97%), le richieste danni per cadute hanno dato origine a lesioni, ma, nel 2,4% dei casi, hanno causato anche decessi.

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come "accidentale", ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come "imprevedibile", considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio) e il 78% rientri tra le cadute prevedibili per fattori di rischio identificabili della persona con l'utilizzo di specifici strumenti, congiuntamente ad un'irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale.⁹

Inoltre, la previsione di tali eventi, a volte drammatici, può avere implicazioni benefiche nella pratica assistenziale e ridurre il contenzioso medico-legale.² **È fondamentale che operatori, pazienti e familiari/caregiver acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino, in modo integrato e costante, all'applicazione di strategie preventive multifattoriali.**¹⁰

Il rischio di caduta, seppure sempre presente, è diverso nei vari setting assistenziali. In particolare, nel trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche (CSE), la caduta può determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte.¹¹

Al trapianto allogenico si attribuisce, ancora oggi, un'elevata mortalità e morbilità; difatti, le prime settimane successive all'infusione delle CSE, sono critiche per l'associazione degli effetti tossici dovuti al trattamento con chemio e/o radioterapia ad alte dosi e la pancitopenia grave conseguente alla distruzione del sistema emopoietico del ricevente.

In questa prima fase, tra l'altro, i pazienti sono a rischio di complicazioni emorragiche:¹² la trombocitopenia indotta dal regime di condizionamento pre-trapianto può causare potenziali esiti fatali a seguito di caduta.

Numerose condizioni cliniche espongono questa popolazione di pazienti a rischio di caduta come l'ipotensione, la neutropenia febbrile, l'anemia, la fatigue, l'assunzione di farmaci epilettogeni, anti epilettogeni, anti ipertensivi, diuretici.¹³

Il paziente cade frequentemente a ridosso dell'infusione delle CSE in particolare nella fase di *pre-engraftment* e, nonostante i vari sforzi per prevenirle, rimane un grave

problema nella gestione della sicurezza in questo *setting* di cura.¹⁴ Tenendo conto delle potenziali, gravi conseguenze di una caduta, l'obiettivo primario di questo studio è stato quello di descriverne le cause e i fattori correlati che le hanno determinate in pazienti adulti sottoposti a trapianto allogeneico di CSE. L'obiettivo secondario, invece, è stato quello di identificare, nei pazienti definiti a rischio da appositi strumenti, azioni di miglioramento atte a prevenirle.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Per gli obiettivi dichiarati, è stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo analizzando dati provenienti dalle cartelle cliniche di pazienti ricoverati per trapianto allogeneico di CSE o per complicanze legate al trattamento e che sono stati interessati da evento di caduta.

Inoltre, sono stati analizzati dati provenienti dalle segnalazioni di *Incident Reporting* (IR) inviate attraverso applicativo informatizzato su piattaforma web in uso nella struttura.

Per descrivere le cause e i fattori correlati alle cadute durante il ricovero, è stata utilizzata la metodologia della *Root Cause Analysis* (RCA) secondo il modello proposto dal Canadian Patient Safety Institute;¹⁵ per identificare le azioni utili a prevenirle è stata utilizzata la metodologia Delphi coinvolgendo un *panel* di esperti.

Lo studio è stato approvato dal locale Comitato Etico l'11 febbraio 2021 (ID: 3753).

Identificazione degli eventi

Questo studio, nel periodo compreso tra dicembre 2017 e novembre 2019, ha esaminato dati clinici di 291 ricoveri in regime di degenza ordinaria che hanno interessato

185 pazienti maggiori di anni 16. Nel periodo osservato, si sono registrate 15 cadute che hanno coinvolto 11 pazienti.

Root Cause Analysis

È stata utilizzata questa metodologia per conoscere le cause e i fattori che hanno contribuito all'evento avverso "caduta" e per sviluppare azioni utili al miglioramento del sistema.

Prima della RCA è stata condotta una revisione della letteratura per conoscere procedure operative utilizzate, le linee guida basate sull'evidenza e gli standard della pratica professionale.

Sono stati coinvolti tutti coloro che hanno operato nel setting di cura con ruolo diretto o indiretto nel processo correlato agli eventi. In particolare, un leader/facilitatore, con Master di II livello in Risk Management, Coordinatore del Centro dove sono avvenute le cadute e tre infermieri con esperienza pluriennale in questo ambito specifico.

Il gruppo di lavoro ha raccolto le informazioni dalle cartelle cliniche informatizzate per una analisi preliminare e per una spiegazione iniziale degli eventi. Tali informazioni sono state rese successivamente disponibili in apposite tabelle.

Per determinare i "fattori contribuenti", il gruppo, con l'approccio dei 5 "perché?" e che ha risposto ripetutamente alle domande "causato da", "a causa di", ha utilizzato **la tecnica del brainstorming strutturato**, un metodo che ha consentito di raccogliere il maggior numero di idee possibili rispetto al tema trattato.

Ai componenti del gruppo sono stati consegnati i 15 IR registrati tra dicembre 2017 e novembre 2019: ciò ha consentito il loro studio preliminare prima del *brainstorming* avvenuto a distanza di 7 giorni. È stata utilizzata la *Nominal Group Technique* (NGT) per rag-

giungere in modo semplice, neutro ed anonimo il consenso tra i partecipanti al gruppo RCA in merito alle priorità dei fattori contribuenti, alle cause profonde ed alle azioni di miglioramento da implementare.¹⁶

A seguito del *brainstorming* sono state segnate su fogli post-it una o più cause di caduta associata al singolo IR attribuita da ciascuno componente del gruppo. I post-it, opportunamente codificati, sono stati raccolti dal leader/facilitatore in un questionario strutturato. Il giorno successivo, attraverso la sua compilazione su scala likert a 4 punti (4 punti al fattore ritenuto "maggiormente significativo", 1 a quello considerato "meno importante"), i componenti del gruppo sono stati invitati ad esprimere un giudizio in merito a tutte le cause ritenute responsabili di caduta in ciascuno dei 15 IR. Per rendere "visibili" i fattori contribuenti e le cause profonde è stato realizzato un Diagramma di causa ed effetto a spina di pesce o di Ishikawa; ciò ha consentito di rappresentare adeguatamente le relazioni causali. Su quest'ultime sono state identificate le azioni di miglioramento da implementare, in particolare, per prevenire le cadute accidentali nei pazienti definiti a rischio, è stata sviluppata la *check-list "safe comfort"*. A tale scopo è stato realizzato un questionario che includeva 25 *items* raccolti da diverse fonti bibliografiche ed operative (documenti Regionali, *Standard Operating Procedure*, ecc.).

Dello strumento è stato calcolato il *Content Validity Index* per ogni *item* (I-CVI) e per lo strumento nel suo insieme (S-CVI). Tale procedura ha coinvolto un *panel* di 6 esperti (con titolo accademico PhD e/o MSC) circa la pertinenza, la chiarezza, la semplicità e l'ambiguità di ciascuno *items* costituenti il questionario.^{17,18} Una volta validato, il questionario è

stato somministrato ad infermieri con almeno 3 anni di esperienza in ambito specifico, operanti all'interno della rete GITMO (Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo, cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare) attraverso piattaforma on line; al gruppo è stato chiesto di esprimere un giudizio, sempre su scala likert a 4 punti (da "per niente d'accordo" a "molto d'accordo"), sulle azioni preventive utili a ridurre il rischio di caduta.

La dimensione campionaria è stata calcolata considerando un modello ANOVA mixed a misure ripetute, con $\alpha=0.01$ e power 80% un delta = 0.6325 su 2 gruppi; una varianza tra gruppi= 0.0200 ed una varianza spiegata per effetto "between-within groups"=0.05 per 2 o più misure ripetute con un rho di correlazione= 0.9.

I soggetti reclutati, considerando eventuali *drop-out*, sono stati 63. Per la definizione del consenso assoluto tra gli esperti, si è considerata la compresenza di almeno il 51% delle risposte corrispondenti a punteggio 3 o 4 sulla scala Likert,¹⁹ uno scarto interquartile minore di ^{120 21} ed una deviazione standard minore di 1.5.²²

Infine, dello strumento ne è stata testata l'affidabilità della consistenza interna tramite la procedura statistica del calcolo dell'alfa di Cronbach.

Modalità di raccolta dati ed analisi statistica

Il campione è stato descritto attraverso tecniche di statistica descrittiva. Le variabili qualitative sono state descritte utilizzando frequenze assolute e percentuali, mentre le variabili quantitative sono state sintetizzate attraverso i valori di *range*, media, mediana e deviazione standard.

La normalità dei valori è stata verificata con il test di Shapiro-Wilk.

I confronti sono stati effettuati con T test per dati appaiati o Kruskal-Wallis e ANOVA. I dati, sono stati archiviati e gestiti in fogli elettronici (Data Set costruito su foglio elettronico tipo Microsoft Excel 2016 per Mac Vers. 2016/14.5.5). Le analisi statistiche sono state svolte attraverso software Stata/IC [14.2 for Mac (64-bit Intel), Vers. 09 Jan 2017, 800-STATAPC-Lakeway].

La significatività statistica è stata fissata a $p \leq 0.05$.

RISULTATI

Analisi descrittiva

Tra dicembre 2017 e novembre 2019, sono stati ricoverati 214 pazienti, di età compresa tra i 16 ed i 74 anni, con 291 ammissioni in regime di degenza ordinaria per trapianto allogenico di CSE o per complicanze legate al trattamento. Nel periodo descritto, si sono registrati 15 episodi di caduta che hanno coinvolto 11 pazienti con una incidenza di 2.32 giorni/paziente. Di questi, 8 sono caduti 1 volta (72.7%), 2 sono caduti 2 volte (18.18%) ed 1 è caduto 3 volte (9.09%).

In 12 (80%), dei 15 eventi, è stato prima valutato il rischio di caduta attraverso la scala di Conley (mean 6.8 days); di questi, 9 (75%) sono stati definiti a rischio (Conley score ≥ 2) e 3 (25%) sono stati definiti non a rischio (Conley score ≤ 1). (Tabella 1)

Nella popolazione generale (N=291) abbiamo osservato una età media di 50.19 anni (range 16-77), nei pazienti caduti 58.64 anni (range 36-73) e nei pazienti non caduti 49.85 anni (range 16-77)($p=0.037$); la degenza media è stata di 23.7 giorni (range 1-116), nei pazienti caduti 63.64 giorni (range 32-116) e nei pazienti non caduti 22.14 giorni (range 1-109) ($p=0.0001$). (Tabella 2)

Nella popolazione coinvolta da evento di caduta, abbiamo osservato una età media di 58.64 anni (SD 11.4), negli uomini 66 anni (SD 6.1) e nelle donne 50 anni (SD 10.8)($p=0.028$); la degenza media è stata di 63.64 giorni (SD 27.8), uomini 55 giorni (SD 12.28), donne 74 giorni (SD 38.3)($p=0.061$); la degenza media post trapianto è stata di 44 giorni (SD 24.0) negli uomini 37 giorni (SD 21.4) e

	N (%)	Media (DS)	95% CI
Cadute paziente	11		
Una volta	8 (72.7)		
Due volte	2 (18.2)		
Tre volte	1 (9.1)		
Numero di cadute	15		
Valutazione rischio/conley	12 (80)		
Conley punteggio ≥ 2	9 (75)		
Conley punteggio ≤ 1	3 (25)		
Conley punteggio		3.4 (2.23)	1.98-4.82
Giorni antecedenti alla valutazione del rischio		6.8 (8.19)	1.6-12
Scala di Conley sensibilità	(0.75)		0.46-0.91
<i>95% CI: 95% Intervalli di confidenza</i>			

Tabella 1 - Valutazione rischio cadute

Variabili	Total	Fallers	Non-fallers	p-value
Ricevero	291	11	280	
Età media (range)	50.19 (16-77)	58.64 (36-73)	49.85 (16-77)	0.037
Degenza media (range)	23.7 (1-116)	63.64 (32-116)	22.14 (1-109)	0.000
Sesso maschile	177 (60.82%)	6 (54.55%)	171 (61.07%)	0.756*
Sesso femminile	114 (39.18%)	5 (45.45%)	109 (38.93%)	

*Pearson's chi-square test

Tabella 2 - Caratteristiche dei pazienti tra il gruppo dei caduti e il gruppo dei non caduti

	Totale		Maschi		Femmine		p-value
	Media	SD	Media	SD	Media	SD	
Età	58.64	11,4	66	6,1	50	10,8	0.028
Degenza media	63.64	27,8	55	12,8	74	38,3	0.061
Dimissione post AHST	44	24,0	37	21,4	52	26,6	0.061

AHST: Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation

Tabella 3 - Caratteristiche dei pazienti appartenenti al gruppo dei caduti (N=11)

nelle donne 52 giorni (SD 26.6) (p=0.061) (Tabella 3); l'evento avverso è avvenuto mediamente dopo 24 giorni (SD 16.1) dall'infusione delle CSE.

Più della metà dei pazienti caduti (53.33%) erano affetti da Leucemia Mieloide Acuta ed avevano ricevuto CSE da familiare aploidentico (53.85%).

Seppur nessuno degli eventi analizzati abbia causato conseguenze e grado di lesioni gravi, nel 66.67% dei casi si è registrato un trauma cranico "minore".

Tra le cause più frequenti riportate negli IR, troviamo l'utilizzo di farmaci diuretici (93.33%) con iperdiuresi indotta in pazienti non portatori di catetere vescicale (93.33%) e l'utilizzo di farmaci antipertensivi (93.33%). (Tabella 4) La fascia oraria di accadimento dell'evento caduta più frequente è stata quella 22-06.59 (60%). (Grafico 1)

Root Cause Analysis

In 4 dei 15 IR analizzati, non si sono identificate le cause di ca-

duta accidentale per mancanza di consenso assoluto tra gli esperti; laddove presente, le cause più frequenti sono risultate essere: l'utilizzo di diuretici e conseguente diuresi indotta (80%), la non completa autosufficienza (40%), l'utilizzo di antipertensivi (33.3%) e la non compliance (33.3%). (Grafico 2)

In figura 1, vengono descritte e riassunte, attraverso il diagramma di Ishikawa i fattori contribuenti e le cause profonde. Tra le azioni di miglioramento individuate, oltre il *re-training* al personale infermieristico e la modulazione del time di somministrazione dei farmaci diuretici ed anti ipertensivi è stata realizzata la *check-list* "safe comfort" avvalendosi di un questionario strutturato. Dei 25 *items* proposti al gruppo dei 6 esperti, 3 sono stati eliminati a causa di un I-CVI <0.83 (I23: 0.71; I24: 0.58; I25: 0.54); l'S-CVI è stato di 0.93 (tabella 5, parte A). I restanti 22 *items* sono stati sottoposti al gruppo dei 63 infermieri i quali hanno identificato 16 azioni ritenute efficaci nel prevenire la caduta

e che costituiscono gli *items* della *check-list* "safe comfort". (Tabella 5-parte B)

L'affidabilità della consistenza interna del questionario, misurata tramite il calcolo dell'alfa di Cronbach è risultato essere di 0.80.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questo studio è stato quello di descrivere le cause e i fattori correlati alle cadute in pazienti adulti sottoposti a trapianto allogenico di CSE o ricoverati per complicanze legate al trattamento.

A tale scopo è stata utilizzata la RCA, metodologia mai applicata in Italia nel contesto di cura osservato. Nei 291 ricoveri presi in esame, abbiamo registrato un'incidenza di 2.32 cadute per 1000 giorni/pazienti, dato non superiore rispetto a quelli riportati in letteratura per la popolazione generale.^{2,3}

Analogamente a quanto riportato da Miwa et. al¹³ nei pazienti caduti, la mediana dell'età si attesta attorno ai 60 anni, mentre la patologia più frequente è la Leucemia Mieloide Acuta. Questa patologia, tra le più frequenti indicazioni al trattamento con trapianto allogenico, sembra rappresentare, assieme alla "lunga degenza", all'utilizzo di CSE "aploidentico", all'utilizzo di diuretici e conseguente diuresi indotta e all'utilizzo di antipertensivi, dei importanti fattori causali.

Comunque, appare evidente come due condizioni più di altre espongano in modo sostanziale il paziente

	Freq.	%
Patologia		
AML	8	53.33
ALL	5	33.33
Ly	1	6.67
MDS/MPS	1	6.67
Tipo di trapianto		
HLA Id. Sib.	1	7.69
Donatore Unrelated	5	38.46
Fam. Mismatch /Aplo	7	53.85
Conseguenze gravi		
Si	0	0
No	15	100.00
Trauma cranico		
Si	5	33.33
No	10	66.67
Grado di lesione		
Assente	7	46.67
Lieve	6	40.00
Moderata	2	13.33
Catetere vescicale		
Si	1	6.67
No	14	93.33
Diuresi ml		
< 2500	5	33.33
2501-3000	2	13.33
3001-3500	1	6.67
3501-4000	1	6.67
4001-4500	3	20.00
> 4500	3	20
Farmaci antipertensivi		
Si	14	93.33
No	1	6.67
Farmaci diuretici		
Si	14	93.33
No	1	6.67

AML: Acute Myeloid Leukemia; ALL: Acute Lymphocytic Leukemia; Ly: Lymphoma; MDS/MPD: Myelodysplastic Syndromes / Myeloproliferative Diseases.

Tabella 4 - Ulteriori caratteristiche dei pazienti appartenenti al gruppo dei caduti dovute ad altre cause

a rischio di caduta. Tali condizioni sono l'assunzione di antipertensivi e di diuretici con iperdiuresi indotta (quasi la metà dei pazienti caduti ha urinato il giorno dell'evento da 3500 a più di 45000 ml); ciò ha evidentemente determinato il ripetuto risveglio notturno per urinare, il più delle volte in condizioni di ipotensione e febbre.

A supporto di questa ipotesi, troviamo i risultati della nostra RCA che ha identificato, come causa di caduta accidentale in 11 dei 15 IC

analizzati, proprio l'utilizzo di diuretici e diuresi indotta e l'utilizzo di antipertensivi, assieme alla non *compliance* e alla non completa autosufficienza del paziente.

Nel trapianto allogenico di CSE, il regime di condizionamento causa mielodepressione attraverso tossicità a livello midollare, nonché sintomi non ematologici come la mucosite, vomito, diarrea, dolore, fatigue e disagio psichico; tutti questi fattori possono concorrere ad aumentare il rischio di caduta in

questo specifico ambito di cura.¹¹ Questa grave mielodepressione porta, tra l'altro, trombocitopenia e conseguente rischio emorragico severo; ciò nonostante, la totalità dei pazienti caduti non ha riportato gravi lesioni. Tale aspetto è da attribuire, probabilmente, al *time* di accadimento dell'evento, presentatosi, mediamente, dopo 24 giorni dall'infusione delle CSE, in una fase di *engraftment*. Ciò, in parte, contrasta con quanto riportato sempre da Miwa et. al¹³ che

			I-CVI	Total I-CVI	Mean	SD	IQR	% 3-4
11	Blocco ruote letto	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	4,00	0,20	0,00	100,00
12	Cavo chiamata sanitaria accessibile	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,90	0,30	0,00	100,00
13	Verifica ambiente circostante libero da ostacoli	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,90	0,30	0,00	100,00
14	Istruzione paziente: invito ad alzarsi lentamente dopo aver trascorso alcuni minuti seduto sul letto	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,90	0,30	0,00	100,00
15	Istruzione pazienti: invito a non camminare sul pavimento bagnato	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,90	0,40	0,00	98,41
16	Istruzione paziente: invito ad utilizzo abbigliamento e scarpe adeguate	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,90	0,50	0,00	98,41
17	Istruzione paziente: descrizione concreto rischio caduta	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,80	0,40	0,00	100,00
18	Istruzione paziente: invito a richiedere aiuto durante piccoli spostamenti o per andare in bagno	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,80	0,40	0,00	100,00
19	Istruzione paziente: descrizione presenza cavo chiamata sanitaria in bagno	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,80	0,50	0,00	96,83
110	Istruzione paziente: invito ad utilizzo di occhiali in caso di deficit visivi	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,80	0,40	0,00	96,83
111	Fornire materiale info-educativo	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,70	0,50	0,00	95,24
112	Istruzione pazienti: tenersi a supporto stabile quando ci si inchina	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,70	0,70	0,50	95,24
113	Istruzione pazienti: invito ai maschi ad urinare seduti nel water o sul letto nel pappagallo	Pertinenza Semplicità Chiarezza	1,00 1,00 1,00	1,00	3,70	0,50	0,50	96,83

		Ambiguità	1,00						
I14	Oggetti di uso frequente accessibili (smartphone, fazzoletti, termometro, bag per vomito, ecc)	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,70	0,50	0,50	96,83	
I15	Posizione letto ad altezza minima, quando possibile	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,70	0,60	0,50	93,65	
I16	Coinvolgimento famiglia e/o caregiver con la loro presenza	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,60	0,60	0,50	96,83	
I17	Accensione luce notturna	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 1,00 1,00 1,00	1,00	3,40	0,80	1,00	85,71	
I18	Presidi per gestire l'incontinenza fecale e/o urinaria: sedia comoda	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,83 0,83 0,83 0,83	0,83	3,10	0,90	1,00	77,78	
I19	Utilizzo sponde letto	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,83 1,00 1,00 1,00	0,96	3,10	0,90	2,00	73,02	
I20	Presidi per gestire incontinenza/urgenza urinaria: uroprofilattico	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	1,00 0,83 0,83 0,83	0,88	3,00	1,00	1,00	76,19	
I21	Presidi per gestire incontinenza/urgenza urinaria: catetere vescicale	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,83 0,83 0,83 0,83	0,83	2,80	0,90	1,50	63,49	
I22	Presidi per gestire incontinenza/urgenza urinaria: pannolone	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,83 1,00 1,00 1,00	0,96	3,00	1,00	2,00	69,84	
I23	Istruzione paziente: invito ad andare in bagno accompagnati, ad intervalli regolari	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,67 0,83 0,67 0,67	0,71					
I24	Presidi per gestire la diarrea: sonda rettale	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,50 0,67 0,67 0,50	0,58					
I25	Utilizzo sponde lunghe metà letto	Pertinenza Semplicità Chiarezza Ambiguità	0,33 0,50 0,67 0,67	0,54					
S-CVI=0,93									

Tabella 5 - Questionario: azioni per la riduzione del rischio di caduta nei pazienti ospedalizzati

descrivono un *time* di accadimento del 30% nella fase di *pre-engraftment*. Seppur non si siano registrate lesioni gravi, nel 66.67% degli eventi di caduta segnalati,

si è osservato un trauma cranico minore che costituisce un evento i cui esiti immediati o tardivi possono essere potenzialmente molto gravi. Proprio la possibile evoluzione negativa del danno traumatico, nel corso delle ore successive all'evento, richiede un piano di osservazione, monitoraggio ed azioni assistenziali, finalizzato a rilevare precocemente specifici segni e/o sintomi neurologici al fine di attuare efficaci interventi terapeutici.²³ Nel 80% dei casi, prima dell'evento (in media 8 giorni), è stato valutato il rischio di caduta attraverso l'utilizzo della scala di Conley, strumento di valutazione tra i più usati in letteratura ed introdotto gradualmente a partire dal 2017 nel contesto di cura osservato.

A seconda degli studi, la scala riporta una sensibilità del 60-69% ed una specificità del 41-61%.^{23 24 25} Nel nostro caso, abbiamo rilevato una sensibilità del 75%, ma con un numero limitato di osservazioni e, pertanto, riteniamo il nostro dato non significativo. Alcuni autori²⁶ evidenziano come il riscontro di

un paziente non a rischio potrebbe provocare un abbassamento dei livelli di attenzione nei suoi confronti. La caduta va considerata come un evento multifattoriale in cui entrano in gioco molti ordini di cause, oltre a vari aspetti inerenti il grado di autonomia del paziente nella vita quotidiana.

Per questo motivo, non dovrebbero essere utilizzate scale predittive del rischio di caduta basate sull'attribuzione di un semplice *score*, in particolare in un contesto di estrema fragilità e mutabilità di condizioni cliniche come quello del trapianto allogenico di CSE; piuttosto, sono preferibili strumenti di valutazione multidimensionale del paziente che si integri con un piano di interventi preventivi.²⁷

Altro aspetto che riteniamo rilevante è che le cadute si sono registrate nel 60% dei casi durante il periodo notturno, che intercorre tra le 22 e le 07, in linea con quanto riportato in letteratura.^{28 29}

Tenendo conto del *time* di accadimento dell'evento, nel nostro studio, mediamente, dopo 24 giorni dall'infusione delle CSE, in fase di *post-engraftment*, il dato sopra riportato non si allinea con quanto affermato da Ueki et. al¹¹ che identifica per la stessa fase, un *time* di accadimento prevalentemente "diurno".

Comunque, il periodo notturno risulta essere particolarmente a rischio per molteplici fattori: stato confuso o disorientamento del paziente, presenza di ostacoli in un ambiente non familiare, bassa luminosità notturna degli ambienti, movimentazione autonoma in un letto differente da quello domestico, fisiologica riduzione dell'attenzione da parte del personale di assistenza; nei pazienti ad alto rischio di caduta, occorre valutare la necessità di misure protettive ulteriori durante le ore notturne.

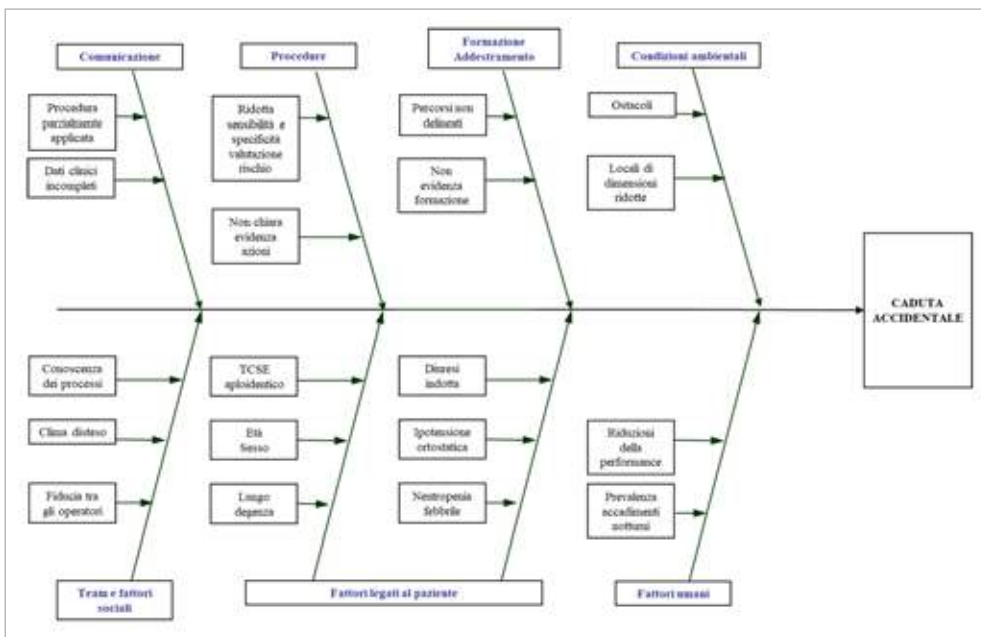
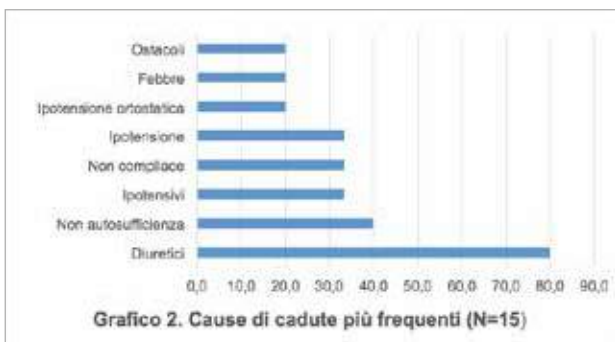
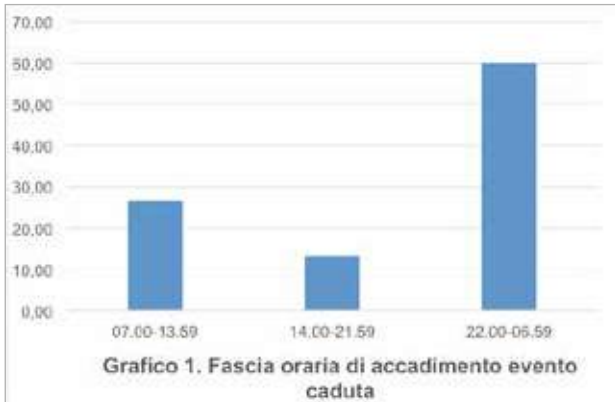


Figura 1 - Il diagramma di Ishikawa: cadute, fattori contribuenti/cause profonde

L'obiettivo secondario di questo studio è stato proprio quello di identificare specifiche azioni che possano ridurre, se implementate, il rischio di caduta nei pazienti sottoposti a trapianto allogenico di CSE; per questo, raccomandiamo l'utilizzo di strumenti come la nostra *check-list* "safe comfort" elaborata con il consenso assoluto di circa 70 esperti del settore.

Limiti

La metodologia della RCA adottata in questo studio è stata scarsamente utilizzata nel contesto del trapianto allogenico di CSE, anche se ritroviamo ampia letteratura nella sua applicazione per quanto riguarda le cadute accidentali; questo suo scarso utilizzo non offre, al momento, prove certe di efficacia. Inoltre la RCA è una modalità di analisi "reattiva", essenzialmente retrospettiva e dipende, in modo lineare, ad uno o più "eventi"; tale modalità di approccio può presentare degli "bias cognitivi" legati alla potenziale mancanza di terzietà da

parte degli operatori coinvolti. **Le organizzazioni sanitarie, d'altro canto, dovrebbero agire in modo "proattivo" per rilevare i pericoli associati alle cure e valutarne i rischi.** A tale scopo può essere utile la *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) che valuta, in modo sistematico, le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema; in particolare è l'espressione di come il guasto o difetto si manifesta e impatta nel processo.³⁰

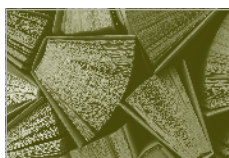
CONCLUSIONI

Il trapianto allogenico e, in particolare, il trapianto aploidentico, l'età avanzata e la LMA sembrano rappresentare oggi importanti fattori di rischio correlati alle cadute in questo specifico *setting* assistenziale. Inoltre, sembra che il rischio aumenti all'aumentare della degenza media, nonché all'aumentare del numero di giorni di dimissione post trapianto di CSE. I farmaci diuretici che inducono una diuresi "forza-

ta", la "parziale autosufficienza", la scarsa *compliance* dei pazienti, l'ipotensione e l'ipotensione ortostatica, la febbre, la notte e gli ostacoli all'interno delle unità di degenza rappresentano i più comuni fattori contribuenti.

Gli autori di questo studio, sulla base delle cause profonde individuate, ritengono opportuno definire interventi di miglioramento che possono, se implementati, ridurre la probabilità di ricorrenza dell'evento "caduta" e mitigarne gli effetti negativi in tale contesto assistenziale; tra questi: **la formazione ed il retraining** al personale infermieristico, la rimodulazione del time di somministrazione dei farmaci diuretici ed anti ipertensivi e l'utilizzo di una scala di valutazione del rischio "multidimensionale" integrata con un piano di azioni preventive come la *check-list* "safe comfort".

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.



Bibliografia

- ¹ Oliver D, Connelly J.B, Victor C.R, Shaw F.E, Whitehead A, Genc Y, et al, Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2007; 334: 82.
- ² Fischer I.D, Krauss M.J, Dunagan W.C, Birge S, Hitcho E, Johnson S, et al, Patterns and predictors of inpatient falls and fall-related injuries in a large academic hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2005; 26: 822-827.
- ³ Healey F, Monro A, Cockram A, Adams V, Heseltine D, Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*. 2004; 33:390-395.
- ⁴ WHO, Global Report on Falls Prevention in Older Age. 2007. Available online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811> (accessed on 30 August 2020)
- ⁵ Tinetti M.E, Kumar C, The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*. 2010; 303: 258-66.
- ⁶ Ganz D.A, Bao Y, Shekelle P.G, Rubenstein L.Z, Will my patient fall? *JAMA*. 2007; 297:77-86.
- ⁷ Ministero della Salute, Raccomandazione n.13-2011. Available online: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf (accessed on 30 August 2020)
- ⁸ Marsh Report MEDMAL, Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice nella sanità italiana pubblica e privata. 2019. 10° Edizione. Available online: <https://www.marsh.com/it/it/insights/research-briefings/report-medmal-italia-un-sinistro-ogni-dieci-giorni-per-struttura-pubblica.html> (accessed 30 August 2020).
- ⁹ Morse J.M, Enhancing the safety of hospitalization by reducing patient falls. *American Journal Infection Control*. 2002; 30: 376.
- ¹⁰ Harlein J, Dassen T, Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review. *J. Advanc. Nursing*. 2009; 65: 922.
- ¹¹ Ueki S, Ikegame K, Kozawa M, Miyamoto J, Mori R, Ogawa H, Risk Analysis of Falls in Patients Undergoing Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(4): 396-9.
- ¹² Tura S, Corso di malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici. 6 Ed., Bologna, Società Editrice Esculapio. 2015; 377-387.

- ¹³ Miwa Y, Yamagishi Y, Konuma T, Satoa T, Narita H, Kobayashi K, et al, Risk factors and characteristics of falls among hospitalized adult patients with hematologic diseases. *Journal of Geriatric Oncology*. 2017; 8: 363-367.
- ¹⁴ Di Bardino D, Cohen E.R, Didwania A, Meta-analysis: Multidisciplinary fall prevention strategies in the acute care inpatient population. *Journal of Hospital Medicine*. 2012;7: 497-503.
- ¹⁵ Hoff C, Beard P, Greenall J, White J, Canadian Root Cause Analysis Framework; CPSI/ICSP; ISMP. 2006. Available online: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF> (accessed 30 August 2020).
- ¹⁶ Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I, The nominal group technique: a research tool for general practice?. *Family Practice*. 1993; 10(1):76-81.
- ¹⁷ Polit D.F, Beck C.T, The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*. 2006; 29: 489-497.
- ¹⁸ Yaghmaie F, Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education Spring*. 2003; 3: 25-27.
- ¹⁹ Hackett S, Masson H, Phillips S, Exploring consensus in practice with youth who are sexually abusive: Findings from a Delphi study of practitioner views in the United Kingdom and the Republic of Ireland. *Child Maltreatment*. 2006; 11(2): 146-156.
- ²⁰ Raskin M.S, The Delphi study in field instruction revisited: Expert consensus on issues and research priorities. *Journal of Social Work Education*. 1996; 30(1): 75-89.
- ²¹ Rayens M.K, Hahn E.J, Building consensus using the policy Delphi method. *Policy, Politics & Nursing Practice*. 2000; 1(4): 308-315.
- ²² Christie C.A, Barela E, The Delphi technique as a method for increasing inclusion in the evaluation process. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005; 20(1): 105-122.
- ²³ Chiari P, Mosci D, Fontana S, et al, Valutazione degli strumenti di misura del rischio di cadute dei pazienti. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 2002; 21: 117-24.
- ²⁴ Guzzo A.S, Meggiolaro A, Mannocci A, Tecca M, Salomone I, La Torre G, Conley Scale: assessment of a fall risk prevention tool in a General Hospital. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*. 2015; 56: E77-E87.
- ²⁵ Palese A, Gonella S, Lant A, et al, Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. *Aging Clin Exp Res*. 2016; 28(1): 139-146.
- ²⁶ Lovallo C, Rolandi S, Rossetti A.M, Lusignani M, Accidental falls in hospital inpatients: evaluation of sensitivity and specificity of two risk assessment tools. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(3):690-6. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05231.x.
- ²⁷ Swift C.G.A, Iliffe S.B, Assessment and prevention of falls in older people-concise guidance. *Clinical Medicine*. 2014; 14(6): 658-62.
- ²⁸ Kobayashi K, Imagama S, Inagaki Y, et al, Incidence and characteristics of accidental falls in hospitalizations. *Nagoya J Med Sci*. 2017; 79(3): 291-298.
- ²⁹ Morris R, O'Riordan S, Prevention of falls in hospital. *Clin Med (Lond)*. 2017; 17(4): 360-362.
- ³⁰ Peerally M.F, Carr S, Waring J, Dixon-Woods M, The problem with root cause analysis. *BMJ Quality & Safety*. 2017; 26: 417-422.

Analisi dei sistemi informativi degli eventi avversi alla luce della legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)

Information systems analysis of adverse events in light of the Law 24/2017 (Gelli-Bianco Law)

Natalia Naydenova, Infermiera libero professionista

Ivo Camicioli, Responsabile posizione organizzativa Dipartimento delle Specialità, Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma

Parole chiave

Legge Gelli-Bianco, Incident Reporting, Risk Management, eventi near miss/avversi/sentinella, Piano Annuale di Risk Management (PARM)

Keywords

Gelli-Bianco Law, Incident Reporting, Risk Management, near events miss/adverse/sentinel, Annual Risk Management Plan (PARM)

ABSTRACT INTRODUZIONE

L'*Incident Reporting* delle Aziende sanitarie e ospedaliere è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni di eventi significativi per la sicurezza dei pazienti, giunte dagli operatori sanitari con lo scopo di fornire una base di analisi per la predisposizione di strategie, azioni correttive e di miglioramento che consentano di evitare il ripetersi di tali eventi.

È molto importante che l'adesione a tale sistema coinvolga tutto il personale sanitario, perché solo in questo modo si può ottenere la sicurezza delle cure abbattendo anche i costi per i risarcimenti.

È stata effettuata una revisione della letteratura in materia della legge 24/2017; sono stati analizzati e confrontati i Piani Annuali di *Risk Management* (PARM) di 12 Aziende sanitarie ed ospedaliere della Re-

gione Lazio negli anni 2017-2018.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo studio ha lo scopo di indagare le conoscenze degli operatori sanitari riguardo le novità introdotte dalla legge Gelli-Bianco, verificare l'effettivo utilizzo del sistema *Incident Reporting* e comprendere ciò che ostacola o impedisce agli operatori sanitari di aderire alla segnalazione degli eventi *near miss/avversi/sentinella*.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio trasversale, su un campione composto da 110 infermieri, tra maggio e agosto dell'anno 2019, presso un'Azienda ospedaliera della regione Lazio. Mediante la somministrazione di un questionario anonimo, non validato, rivolto ad operatori sanitari, sono stati raccolti dati socio-demografici e dati

riguardanti le conoscenze legate all'argomento oggetto di studio.

RISULTATI

Lo studio ha mostrato, sulla base del questionario somministrato, che il numero degli eventi *near miss/avversi/sentinella* indicati nei Piani Annuali di *Risk Management* (PARM) delle Aziende sanitarie ed ospedaliere non corrisponde con esattezza alla quantità degli eventi effettivamente segnalati dagli operatori all'ufficio del Rischio Clinico. Tra le cause della mancata segnalazione, si evidenziano la scarsa conoscenza del sistema d'*Incident Reporting* aziendale e le possibili sanzioni e/o punizioni che possono derivare dalla segnalazione.

CONCLUSIONI

La legge Gelli-Bianco ha introdotto diversi elementi innovanti riguardanti la responsabilità pro-

fessionale dei sanitari, mettendo al centro la sicurezza delle cure. Ma la scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari del cambio di prospettiva introdotto dal legislatore, ostacola il processo di cambiamento.

La cultura dell'“imparare dall'errore” non è stata ancora pienamente recepita. È molto importante la presa di coscienza, da parte di tutti i professionisti, del fatto che l'errore non è un fallimento, o un evento da occultare, ma un'opportunità per imparare e migliorare.

ABSTRACT BACKGROUND

The Incident Reporting of healthcare companies and hospitals is a structured collection method to report significant events for the safety of patients. It is filled out by health professionals to provide a basis for the preparation of strategies, corrective and improvement actions that make it possible to avoid the repetition of such events. It is imperative that joining this system involves all health personnel, because, only in this way, can safety of treatments be obtained by breaking down also the costs for compensation. A review of the literature on Law 24/2017 was carried out; the companies' Annual Risk Management Plans (PARM) were analyzed and compared for the years 2017-2018.

PURPOSE OF THE STUDY

The purpose of the study was to investigate the knowledge of health professionals regarding the innovations introduced by the Law 24/2017 (Gelli-Bianco law), to verify the effective use of the Incident Reporting system and to understand what hinders or prevents healthcare professionals from adhering to reporting near miss/adverse/sentinel events.

MATERIAL AND METHODS

A cross-sectional study was conducted on a sample of 110 nurses between May and August 2019, in a hospital in the Lazio Region. By administering an anonymous, non-validated questionnaire addressed to healthcare professionals, data on the issue under scrutiny were collected.

RESULTS

Based on the questionnaire administered, the study showed that the number of near miss/adverse/sentinel events, indicated in the Annual Risk Management Plans (PARM) of healthcare companies and hospitals, do not precisely correspond to the number of events reported by healthcare professionals in the Clinical Risk office. Among the causes of failure to report we can include the insufficient knowledge of the corporate Incident Reporting system and the possible sanctions and/or punishments that can derive from the report.

CONCLUSIONS

The Gelli-Bianco law has introduced several innovative elements regarding professional liability for health professionals, focusing on care safety. But the dearth of knowledge on the topic and the lack of operator's change of perspective hinders change. The culture of “learning from mistakes” has not yet been fully understood. Instead, its implementation is crucial for all health professionals, because the error is not a failure, an event to conceal, but an opportunity for learning.

INTRODUZIONE

Le strutture sanitarie sono ambiti in cui si svolgono attività potenzialmente rischiose per l'operatore ed il paziente.

Per questo motivo, il concetto della

sicurezza e della qualità delle prestazioni sanitarie sta conquistando uno spazio sempre maggiore nel comparto Sanità, con la creazione di strutture per la gestione del rischio clinico affidate a personale specializzato (*Risk Management*). (1)

Negli ultimi anni, il numero dei contenziosi - civili e penali - nei confronti di medici e professionisti sanitari è aumentato a livello esponenziale. Le spese per i risarcimenti sui casi di presunta malasanità sono impressionanti e costituiscono una vera e propria “barriera” per gli investimenti nei progetti dello sviluppo e miglioramento. (2)

Con la nuova Legge n. 24/2017 (legge Gelli-Bianco) (3), entrata in vigore il 1 aprile 2017, la sicurezza delle cure viene finalmente considerata come parte costitutiva del diritto alla salute. È una vera e propria rivoluzione culturale che rende più stringente, e quindi di fatto obbligatoria, l'adozione di un modello organizzativo di gestione del rischio clinico in tutte le strutture sanitarie sia pubbliche che private, chiamate ad attivare funzioni di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio con il coinvolgimento di tutti gli operatori. (4) A tale scopo, il legislatore ha imposto alle Aziende Sanitarie, non solo di predisporre una relazione annuale consuntiva, cosiddetti Piani Annuali di *Risk Management* (PARM) (5) sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura compresi i dati sulla sinistrosità e sui risarcimenti dell'ultimo quinquennio, ma ha anche stabilito un obbligo d'istituzione, in ogni regione, del Centro Regionale per il Rischio Clinico (CRRG), cui è affidato il compito di raccogliere i dati regionali sui rischi, sugli eventi avversi e sul contenzioso per trasmetterli annualmente all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità,

istituito e disciplinato dalla legge stessa. (6)

Solo con l'effettiva collaborazione a tutti i livelli di un sistema così complesso come quello sanitario si possono abbattere i costi per i sinistri che potevano essere evitati, utilizzando le risorse in maniera più efficiente. E solo in questo modo si può realizzare quanto previsto dal legislatore nel 2017, rassicurando anche i cittadini sul fatto che le cure sanitarie possono e devono essere sicure.

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare le conoscenze degli infermieri riguardanti le novità introdotte dalla legge Gelli-Bianco, verificare l'effettivo utilizzo del sistema *Incident Reporting* e comprendere ciò che ostacola o impedisce agli operatori sanitari di aderire alla segnalazione degli eventi *near miss/avversi/sentinella*.

MATERIALI E METODI

Per identificare la situazione esistente delle Aziende sanitarie del Lazio, è stata condotta un'analisi dei PARM delle stesse e di quelle ospedaliere degli anni 2017-2018, allo scopo di confrontare la quantità degli eventi verificatisi in questo periodo, di evidenziare la percentuale di utilizzo del sistema *Incident Reporting* per la loro segnalazione e di valutare il rapporto tra eventi segnalati e numero dei sinistri riscontrati nelle Aziende sanitarie e ospedaliere. L'analisi dei PARM delle Aziende sanitarie ed ospedaliere è stato effettuato attraverso la revisione di deliberi delle aziende stesse per gli anni 2017-2018 contenente tale piano. Il numero delle Aziende sottoposte a revisione è di 12.

In base ai risultati ottenuti, a seguito dell'analisi effettuata, si è potuto sviluppare un questionario, costruito *ad hoc*, che ha permesso la realizzazione di questo studio.

L'Aziende prese nello studio	Criteri dell'analisi	Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
AO San Giovanni Addolorata AOU Policlinico Umberto I AO San Camillo Forlanini FPTV Policlinico Tor Vergata IRCCS Lazzaro Spallanzani Istituti Fisioterapici Ospitalieri ASL Roma 1 ASL Roma 2 ASL Roma 3 ASL Roma 4 ASL Roma 5 ASL Roma 6	Numero dei posti letto Numero dei ricoveri Numero degli accessi e Pronto soccorso Numero dei parti Numero delle prestazioni ambulatoriali Numero degli eventi <i>near miss/avversi/sentinella</i> Cause degli eventi <i>near miss/avversi/sentinella</i> Percentuale di miglioramento Percentuale dell'utilizzo di <i>Incident Reporting</i> per la segnalazione di eventi Numero di sinistri.	Tutte le 12 Aziende ospedaliere facenti parte dello studio	Aziende che non hanno pubblicato i dati interessanti per lo studio nei suoi PARM annuali

DISEGNO DELLO STUDIO

È stato condotto uno studio trasversale, su un campione composto da 110 infermieri, nel periodo di tempo compreso tra maggio e agosto del 2019, presso un'Azienda Ospedaliera della Regione Lazio.

CAMPIONE E SETTING

Sono stati presi in considerazione gli infermieri che lavoravano sia in ambito clinico che gestionale dell'Azienda ospedaliera oggetto dello studio. Sono stati esclusi dallo studio gli infermieri non in servizio e quelli in congedo.

Al fine di poter condurre l'indagine, è stata richiesta l'autorizzazione per la raccolta dei dati alla Direzione Didattica del CdL in Infermieristica-L, dell'Università la Sapienza di Roma.

L'indagine è stata svolta tramite la somministrazione di questionari anonimi, in una delle maggiori Aziende ospedaliere del Lazio.

I questionari, sono stati consegnati ai Coordinatori delle varie Unità operative di appartenenza.

La partecipazione allo studio, da parte degli infermieri, è avvenuta secondo il principio della volontarietà; ad ogni soggetto sono state comunicate le finalità e le modalità di raccolta dei dati nel pieno rispetto delle norme sulla privacy.

Strumento d'indagine

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di un que-

stionario appositamente costruito come risultato della revisione dei dati della documentazione e dell'analisi PARM.

Il questionario, composto da 28 *item* a risposta multipla, è stato strutturato al fine di rilevare i dati socio-demografici, nonché il grado di conoscenza riguardo alle modifiche introdotte dalla legge 24/2017 in merito alla responsabilità degli esercenti delle professioni sanitarie e l'effettiva adesione del personale infermieristico al sistema di segnalazione degli eventi *near miss/avversi/sentinella* attraverso l'*Incident Reporting* aziendale.

Infine, sono stati individuati i motivi che, talvolta, inducono gli operatori ad astenersi dall'effettuare le segnalazioni stesse.

ANALISI DEI DATI

I dati ottenuti attraverso la somministrazione del questionario sono stati analizzati ed elaborati attraverso l'uso di Microsoft Excel 2016. Per mezzo della statistica descrittiva, sono state riportate le caratteristiche del campione e le risposte alle domande.

RISULTATI

Lo studio è iniziato con la revisione della letteratura riguardante la legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco), con l'analisi approfondita di ogni suo articolo e lo scopo di evidenziare le novità principali introdotte dal legislatore.

Le più rilevanti sono:

- l'estensione del concetto di responsabilità a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;
- l'inversione dell'onere della prova;
- il regolamento della responsabilità penale di colpa grave;
- l'obbligo di conciliazione stragiudiziale;
- introduzione dell'obbligo per gli esercenti delle professioni sanitarie di stipulare la polizza assicurativa per colpa grave e responsabilità civile;
- istituzione del Fondo di Garanzia per i soggetti danneggiati dalla responsabilità sanitaria;
- criteri di limitazione dell'azione di rivalsa;
- comunicazione al professionista sanitario dell'instaurazione del giudizio promosso nei suoi confronti;
- l'introduzione della figura di Garante per il diritto alla salute;
- l'istituzione del Centro per la gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente in ogni regione;
- l'istituzione dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità;
- la regolamentazione della nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria. (3)

Ma il tema principale introdotto dal legislatore è decisamente quello

della sicurezza delle cure e il coinvolgimento diretto di tutti gli operatori all'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Per verificarlo, è stata effettuata un'indagine in una delle più grandi Aziende ospedaliere della Regione Lazio, che ci ha permesso di scoprire alcuni aspetti interessanti riguardo l'effettiva segnalazione degli eventi *near miss*/avversi/sentinella dalla parte degli operatori sanitari.

Con la nuova legge è stato imposto alle aziende sanitarie ed ospedaliere l'obbligo di specificare, nei loro Piani Annuali di *Risk Management* (PARM), anche la sinistrosità e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio. Questo, ci ha consentito di avere un panorama completo di tutte le Aziende, permettendoci di fare l'analisi delle spese sostenute per i risarcimenti dei sinistri avvenuti negli anni 2017-2018. (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30)

È emerso quanto segue: per i posti letto, l'Azienda ospedaliera più grande della regione Lazio è AOU Policlinico Umberto Primo (1211 nell'anno 2017 e nell'anno 2018). Il secondo posto lo occupa AO San Camillo Forlanini ed il terzo la

ASL Roma 2; per il numero degli accessi al Pronto soccorso, invece, le tre Aziende leader risultano essere: al primo posto, la ASL Roma 2 (160604 accessi in 2017 e 155864 nell'anno 2018), al secondo, l'AOU Policlinico Umberto I e al terzo, la ASL Roma 6.

Per quanto riguarda il numero di ricoveri (ordinari e diurni), al primo posto, troviamo la ASL Roma 2 con 36.334 ricoveri nell'anno 2017 e 34.354 nel 2018; seguita dall'AO San Giovanni Addolorata davanti alla ASL Roma 1. Per i posti letto nella Regione Lazio, l'AOU Policlinico Umberto I è stata esclusa dall'analisi vista l'assenza di dati nei PARM 2017-2018 riguardanti l'argomento.

I grafici ci consentono di visualizzare i dati completi delle Aziende relativi a posti letto, numero dei ricoveri e accessi al Pronto soccorso. Questi parametri sono di notevole importanza per l'analisi degli aspetti legati al rischio clinico e alle conseguenze provocate dagli eventi *near miss*/avversi/sentinella.

Risultati dell'analisi descritta nel grafico riguardante i ricoveri ci ha fatto stabilire il quadro generico sui parametri principali degli ospedali facenti parte dello studio. (Grafico 1) I PARM aziendali hanno evidenziato

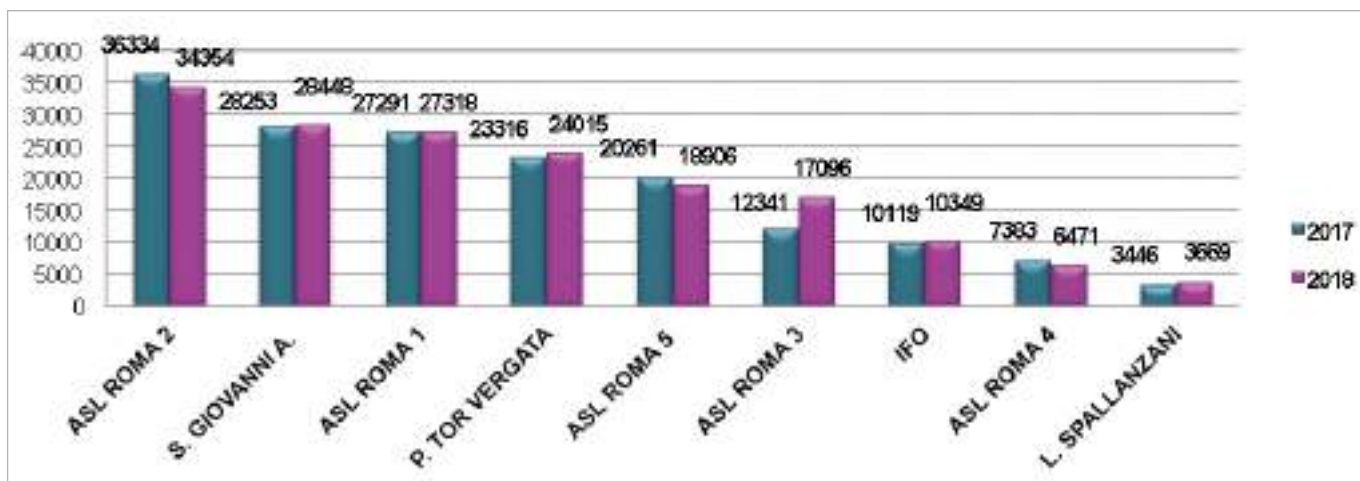


Grafico 1 - Numero dei ricoveri dichiarati nei PARM delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere negli anni 2017-2018

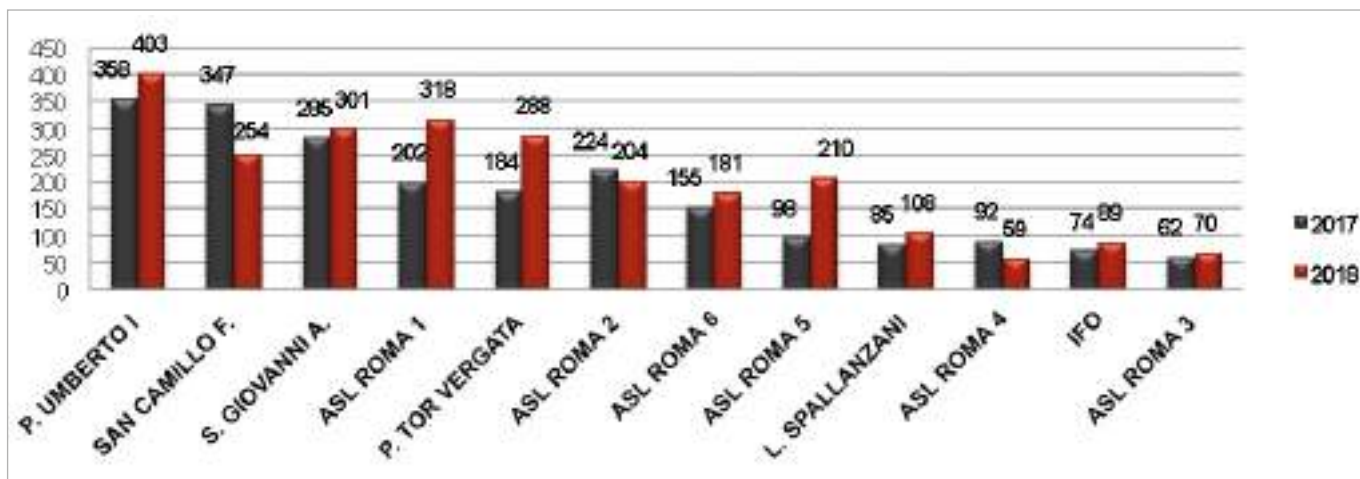


Grafico 2 - Numero totale degli eventi near miss/avversi/sentinella dichiarati nei PARM delle Aziende sanitarie ed ospedaliere negli anni 2017-2018

che l'azienda con il maggior numero di eventi negli anni 2017-2018 è l'AO Policlinico Umberto I (358 eventi nel 2017 e 403 nel 2018). Al secondo posto, l'AO San Camillo Forlanini ed al terzo l'AO San Giovanni Addolorata. (Grafico 2)

Per interpretare correttamente il dato degli eventi, occorre, però, rapportare il numero di questi con quello dei ricoveri effettuati nello stesso anno. (Grafico 3)

In questo modo, si hanno risultati davvero sorprendenti: l'IRCCS Lazzaro Spallanzani occupa la prima posizione per la quantità degli eventi near miss/avversi/sentinella

in rapporto al numero di ricoveri effettuati negli anni 2017 e 2018 (0,025 in 2017 e 0,029 in 2018, cioè corrisponde a 2,5% degli eventi per un ricovero nel 2017 e 2,9% nel 2018). La ASL Roma 4 si colloca in seconda posizione e il San Giovanni Addolorata in terza. (Grafico 3)

Questo ragionamento ci ha portato ad ulteriori scoperte.

Evidenziata la quantità dei sinistri dichiarati nei PARM delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, siamo riusciti ad ottenere il coefficiente che rappresenta la quantità dei procedimenti giudiziari affrontati

da parte dell'azienda per un singolo evento in un determinato anno. (Grafico 4)

Applicando la seguente formula: n. totale di sinistri affrontati da parte di una data Azienda in un certo anno, diviso per il n. totale di eventi subiti dalla stessa nello stesso anno, si arriva all'Azienda ospedaliera con il maggior numero di cause subite per unità di evento negli anni 2017-2018, ovvero l'ASL Roma 3 (0,742 nel 2017 e 0,514 nel 2018); al secondo posto, l'ASL Roma 2 ed al terzo l'ASL Roma 5. (Grafico 5)

Ogni sinistro ha il suo costo.

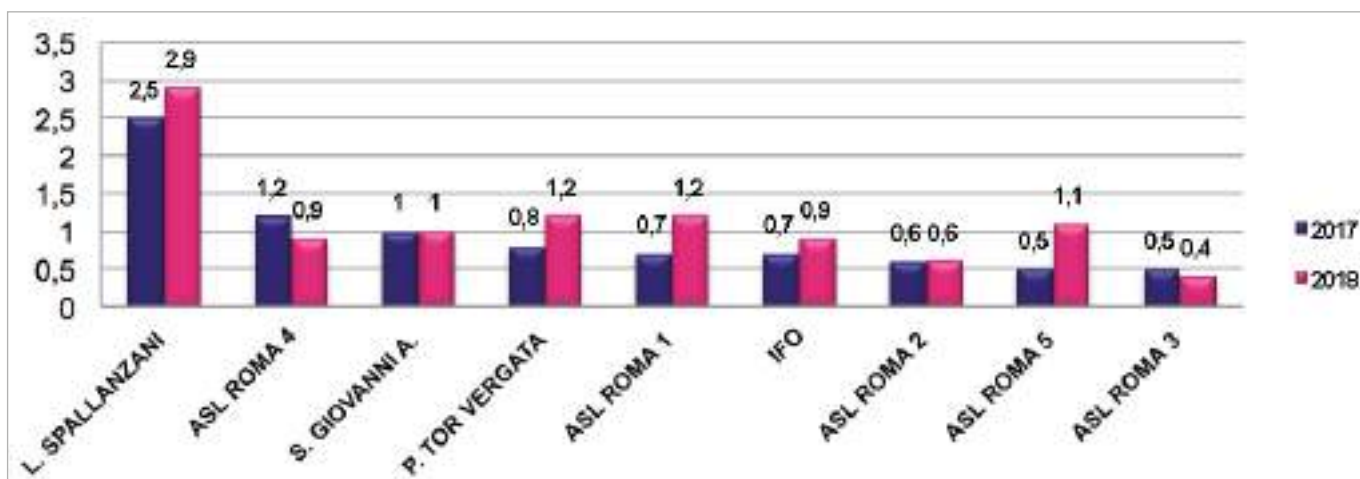


Grafico 3 - Percentuale degli eventi per 1 ricovero delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere negli anni 2017-2018

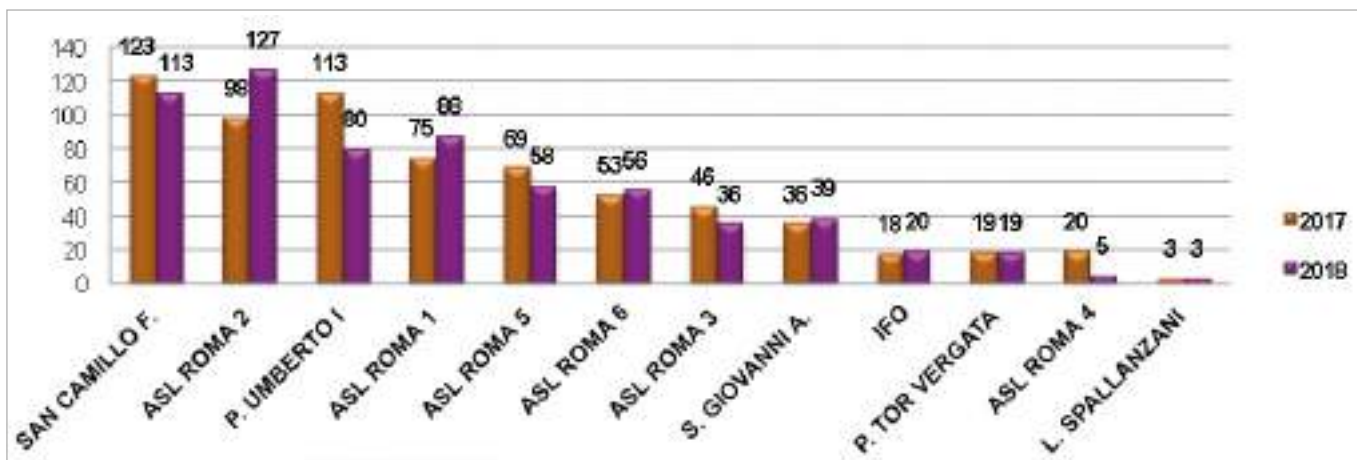


Grafico 4 - Numero dei sinistri affrontati dalle Aziende sanitarie e ospedaliere dichiarati nei PARM negli anni 2017 e 2018

Per capire quanto è costato ad una certa Azienda in ambito economico un singolo evento, abbiamo prima evidenziato la somma dei risarcimenti affrontati dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere, per poi applicare la formula: n. totale dei sinistri dell'anno in esame in rapporto con la somma del denaro erogato nell'anno medesimo. (Grafico 6) Come si nota, l'Azienda ospedaliera che ha avuto il maggior costo per singolo sinistro è il PTV Policlinico Tor Vergata (253.630 € nell'anno 2017 e 184.372 € nel 2018). Gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri sono i secondi e subito dopo, in terza posizione, l'AO San Camillo Forlanini.

(Grafico 7) Analizzando i PARM delle Aziende sanitarie e ospedaliere facenti parte dello studio, possiamo osservare che la maggior parte di loro dichiara che le informazioni riguardanti eventi *near miss*/avversi/sentinella sono state prese dai registri del sistema *Incident Reporting* aziendale. Di preciso, sette Aziende hanno riportato che, in entrambi gli anni in esame (2017-2018), il 100% degli eventi pubblicati nei loro PARM hanno avuto come fonte il sistema *Incident Reporting* e solo in tre hanno dichiarato che il sistema *Incident Reporting* ha costituito la fonte principale per la segnalazione

degli eventi, che è stato completato da altre fonti come: sinistri, iniziativa autorità giudiziaria, ICA, Farmacovigilanza. Ma per capire in quale misura il sistema aziendale per la segnalazione degli eventi venga effettivamente utilizzato dal personale sanitario, abbiamo fatto un ulteriore studio, attraverso la somministrazione di questionari anonimi tra i dipendenti infermieri di una delle più grandi Aziende ospedaliere della regione Lazio. I risultati ottenuti hanno mostrato che i dati dichiarati nei PARM aziendali non corrispondano con esattezza agli eventi effettivamente segnalati all'ufficio di rischio clinico

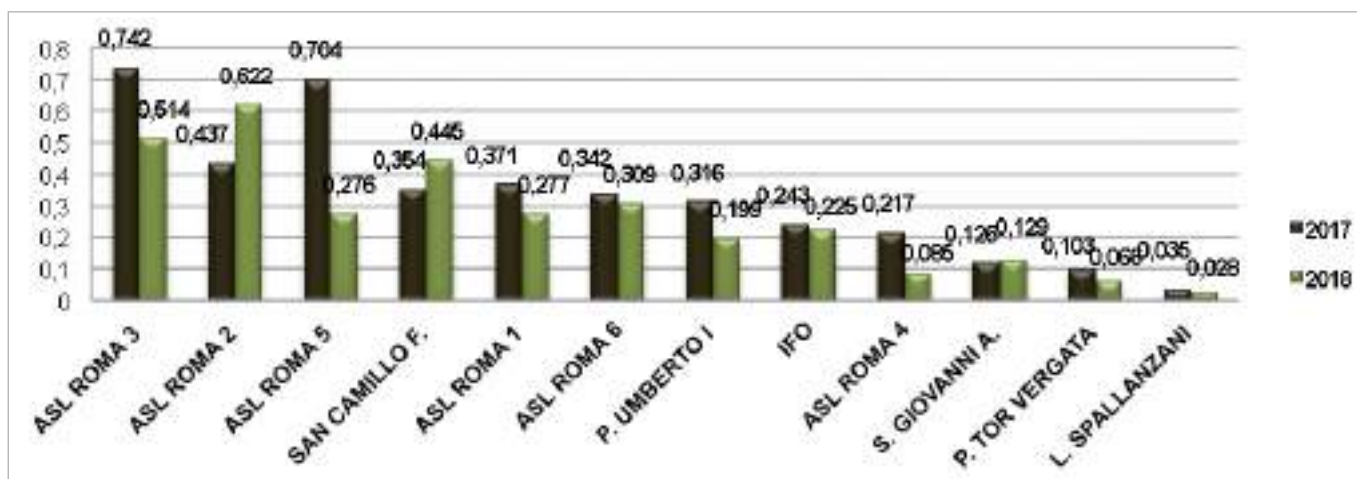


Grafico 5 - Numero di sinistri affrontati dalle Aziende sanitarie e ospedaliere negli anni 2017 e 2018

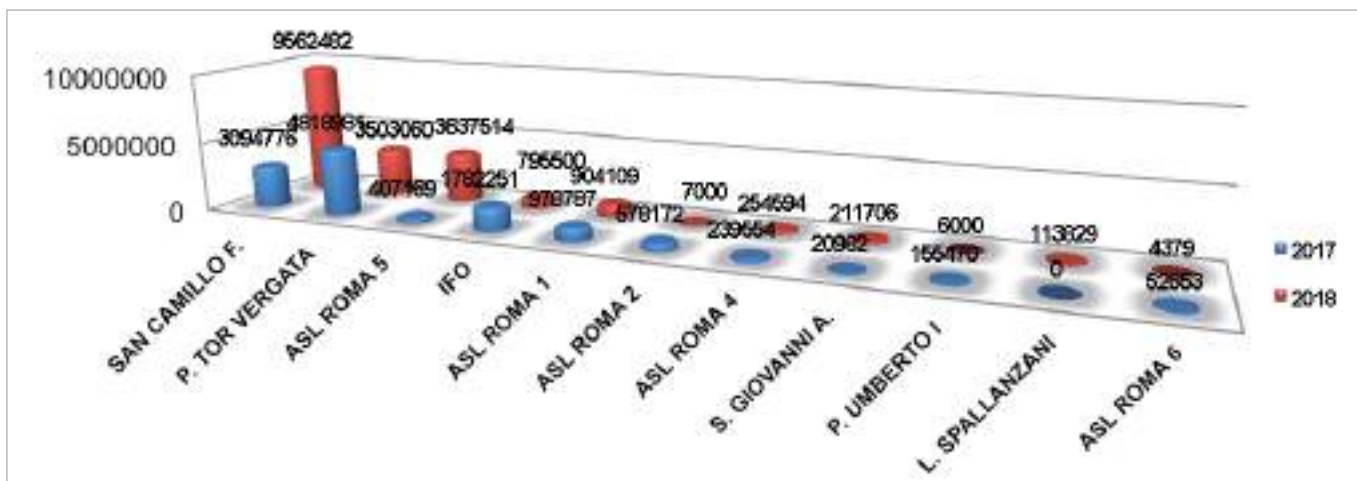


Grafico 6 - Somma di risarcimenti erogati (in €) dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere negli anni 2017 e 2018

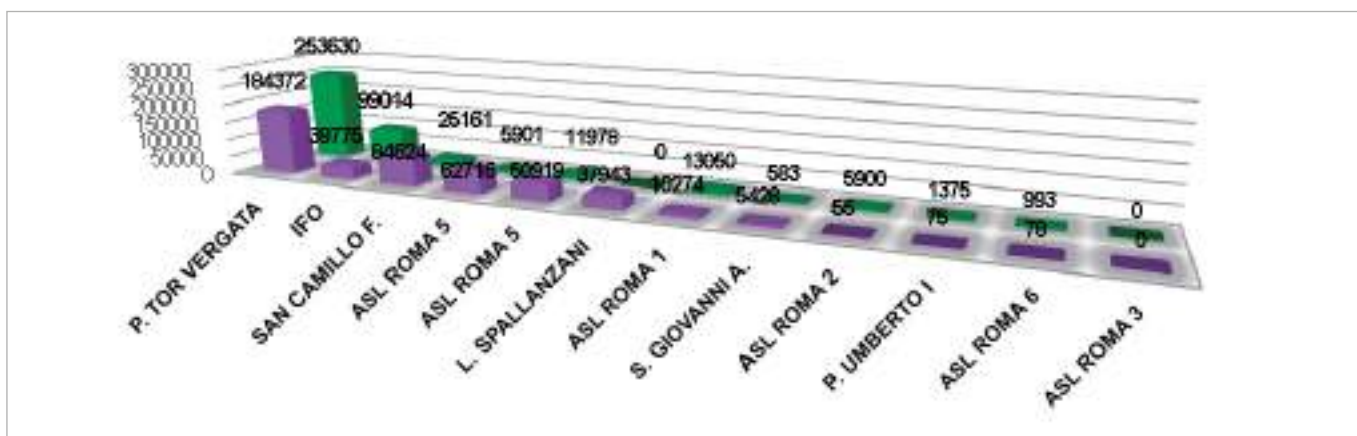


Grafico 7 - Somma (in €) di risarcimenti erogati dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per un sinistro negli anni 2017 e 2018

da parte del personale intervistato. Su un totale di 110 infermieri idonei, tutti hanno completato il questionario (nessun questionario è stato escluso perché incompleto). Quindi, sono stati analizzati, in totale, 110 questionari. Il campione era composto prevalentemente da donne (61%). Il 60% degli infermieri aveva un'età compresa tra i 46 e 65 anni, il 38% tra 20 e 45 anni e 2% oltre a 65 anni. Il 26,4% aveva l'anzianità di servizio compresa tra 1 e 10 anni, il 36,4% tra 11 e 20 anni ed il 36,4% aveva più di 21 anni di anzianità di servizio. Il 29% degli infermieri intervistati ha lavorato in area chirurgica, il 28% in area medica, il 25% in

area critica, l'11% in area dei servizi e 7% in area materno-infantile. Il 18,2% ha ottenuto una laurea in Infermieristica. Il 16,4% ha conseguito almeno un Master in diversi discipline.

Nonostante il 70% degli infermieri sottoposti al sondaggio abbiano dichiarato di essere a conoscenza di come sia cambiata la responsabilità civile dell'Azienda e dell'esercente la professione sanitaria dopo l'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco, solo il 57,8% ha affermato di utilizzare il sistema di segnalazione degli eventi. Questo significa che il 42,2% degli operatori intervistati non segnala

gli eventi non obbligatori da segnalare secondo la procedura aziendale, cioè eventi *near miss* ed eventi avversi con esiti lievi o moderati. Inoltre, il 22,7% di questi non era sicuro dell'esistenza di tale sistema di segnalazione nella loro Azienda. (Grafico 8)

Tra le ragioni dell'astensione alla segnalazione, sono state rilevate principalmente due tipi di cause: "mancata conoscenza del sistema di segnalazione aziendale", che è stata indicata dal 46,3% dei soggetti facenti parte dello studio, e "possibili sanzioni o punizioni", che ha avuto il 41,46% di risposte. Tra le altre cause indicate in misura minore troviamo: "perché è un

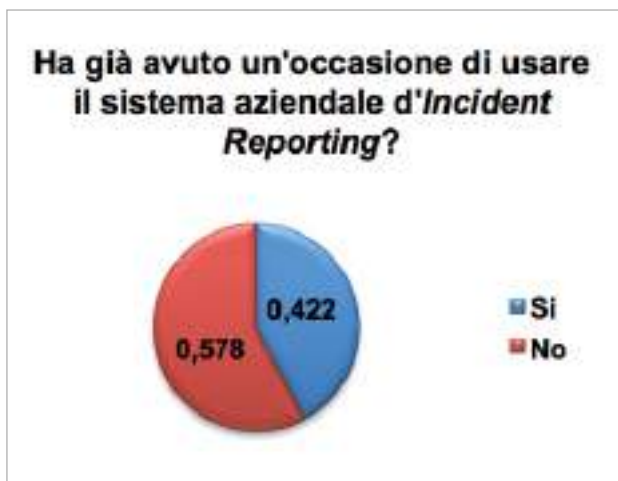


Grafico 8 - Dichiarazione degli infermieri facenti parte dello studio riguardo l'utilizzo o meno di sistema aziendale per la segnalazione degli eventi



Grafico 9 - Le ragioni ostacolanti gli infermieri facenti parte dello studio alla segnalazione degli eventi attraverso il sistema d'Incident Reporting

inutile lavoro aggiuntivo" (7,31%) e un'opzione "altro" (4,87%), dove i soggetti dello studio hanno affermato che le segnalazioni devono provenire dalla parte del Coordinatore infermieristico del reparto. (Grafico 9)

I principali suggerimenti dati dal personale infermieristico riguardano, nel 58% dei casi, la richiesta di maggiore "formazione e informazione", seguita dalla dicitura "altro" (22,91%), che si esplicita nelle seguenti richieste e/o osservazioni:

- modelli organizzativi più snelli;
- la mentalità deve cambiare;
- analizzare l'errore oggettivamente e non soggettivamente;

- la colpa non deve essere attribuita al singolo individuo, ma ad un bug nel sistema;
- istituire un ufficio apposito;
- la forza per segnalare deve essere del gruppo e non del singolo;
- assumendo personale evitiamo l'evento avverso;
- la segnalazione richiede troppo tempo;
- il personale deve capire che l'analisi dell'errore non può che essere occasione di crescita professionale;
- istituire delle aree con soggetti preposti alla rilevazione dei comportamenti scorretti.

Al terzo posto, le risposte che avevano come idea comune la "collaborazione del personale" (18,75%), al quarto "segnalazioni anonime" (10,41%) ed al quinto "snellire la procedura" (8,33%). (Grafico 10)

DISCUSSIONE

La segnalazione degli eventi è un processo importantissimo nell'ambito sanitario perché fa capire come si può migliorare l'intero sistema. Solo evidenziando gli errori si può procedere con la loro analisi per scoprire la vera causa che ha

portato al determinarsi dell'evento e ad attuare le azioni correttive.

Con questo studio abbiamo analizzato una gran quantità di dati allo scopo di capire quanto il sistema dell'Incident Reporting venga effettivamente utilizzato.

Si è partiti all'analisi dei PARM delle 12 Aziende sanitarie e ospedaliere della regione Lazio.

Questi dati hanno costruito il telaio dell'analisi successiva, che è stata svolta presso una delle più grande Aziende ospedaliere della regione Lazio.

Con essa è stato possibile mettere a confronto i dati degli eventi near miss/avversi/sentinella dichiarati nei Piani Annuali di Risk Management con la percentuale degli eventi effettivamente segnalati dal personale infermieristico.

Secondo i PARM pubblicati negli anni 2017-2018, delle 12 Aziende facenti parte dello studio, sette di loro, dichiarano che il 100% degli eventi verificatisi negli anni in oggetto hanno avuto come fonte principale della segnalazione il sistema d'Incident Reporting e solo tre Aziende ospedaliere hanno indicato tale sistema come la fonte dei dati completato da altre fonti.

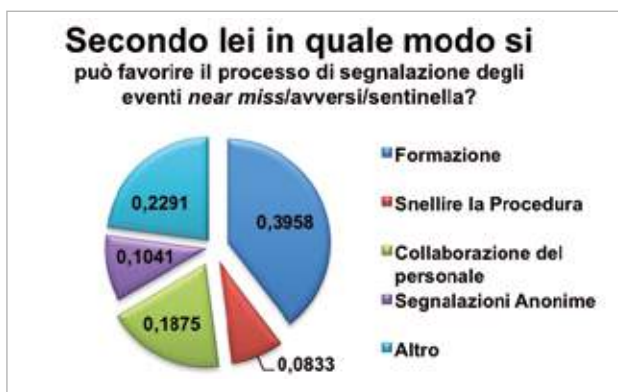


Grafico 10 - Le conoscenze degli infermieri facenti parte dello studio sulla tipologia degli eventi da segnalare

Il riscontro di quanti eventi siano stati realmente segnalati è dato, però, dall'indagine effettuata mediante il questionario anonimo, somministrato in modo casuale agli infermieri-dipendenti di una delle più grandi Aziende ospedaliere del Lazio: i risultati si differenziano in modo significativo dai dati pubblici dichiarati nei PARM. Il 10,9% degli infermieri intervistati ha dichiarato di non essere a conoscenza di cosa sono gli eventi *near miss*/avversi/sentinella. Il 22,7% di loro non ha saputo dire con esattezza se, nell'Azienda dove lavorano, esista un sistema di segnalazione degli eventi, e solo il 57,8% ha affermato di aver utilizzato almeno una volta tale sistema. Questo significa che il 42,2% degli soggetti, facenti parte del campione rappresentativo del personale infermieristico dell'Azienda in cui è stato effettuato lo studio, non segnalano gli eventi non obbligatori e da segnalare secondo la procedura aziendale, cioè eventi *near miss* ed eventi avversi con esiti lievi o moderati. Una percentuale abbastanza alta, che, inevitabilmente, porta a dubitare che le cifre degli eventi dichiarati nei PARM corrispondano alla realtà.

Tra i principali motivi dichiarati nei questionari riguardo alle mancate segnalazioni troviamo il timore di ripercussioni nell'ambito lavorativo e la mancata conoscenza del sistema dell'*Incident Reporting*. Tali

aspetti possono essere risolti, come dichiarato dai soggetti stessi, con appositi corsi formativi e informativi organizzati dall'Azienda, che potrebbero anche aumentare il livello di collaborazione tra il personale (l'altro ostacolo indicato dai soggetti che influisce sull'adesione al sistema della segnalazione degli eventi).

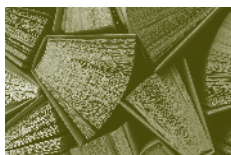
CONCLUSIONI

La legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco) ha ricordato, ancora una volta, che la sicurezza delle cure è un aspetto fondamentale per tutte le strutture sanitarie ed ospedaliere, e che tutto il personale sanitario è tenuto a concorrere alle attività di prevenzione del rischio clinico. Cioè, l'errore gioca un ruolo strategico per la crescita dell'intera organizzazione aziendale e dei singoli operatori, costituendo un punto di partenza per il miglioramento continuo delle attività. (31)

I risultati dell'indagine svolta evidenziano che una buona parte degli infermieri intervistati non conosce bene le modifiche fatte dalla legge sul tema della sicurezza delle cure e, come conseguenza, ha timore ad essere di partecipare attivamente alle attività per la gestione del rischio clinico con scarsa adesione al sistema di segnalazione degli eventi *near miss*/avversi/sentinella verificatisi durante il processo clinico-assistenziale. Ciò significa pure che una buona parte degli eventi restano sconosciuti e

senza la possibilità di essere oggetto di azioni di miglioramento. La consapevolezza degli infermieri dell'importanza della segnalazione di tutti gli eventi svolge un ruolo fondamentale anche nell'ambito economico aziendale. Come possiamo vedere nei PARM esaminati nello studio, i costi dei risarcimenti erogati per i sinistri sono rilevanti: solo scoprendo il più possibile le criticità esistenti nel Sistema si possono indirizzare le forze tali da compiere le azioni di miglioramento dove e quando necessario, evitando gli investimenti sproporzionati in progetti di minore efficacia. Questo porterebbe di sicuro alla diminuzione degli eventi, con conseguente riduzione delle spese per i risarcimenti. (32)

Ma per arrivare a questo risultato serve un coinvolgimento e collaborazione a tutti i livelli. I dipendenti delle Aziende sanitarie ed ospedaliere devono acquisire la certezza della non punibilità per chi fa le segnalazioni, così come recita l'art. 16, comma 1 della legge 24/2017: "*I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari*". Solo in questo modo si potrà ottenere un Sistema Sanitario di alto livello, aumentando la fiducia dei cittadini verso le strutture che si prendono cura di loro nei momenti più fragili della vita. (33)



Bibliografia

1. Nurse24, Risk Management in sanità: lo stato dell'arte, <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/risk-management-firenze-venneri.html> (consultato 21 febbraio 2019).
2. Rodella S, Mall S, Porcu E, Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell'incident reporting in Emilia-Romagna. 2012-2013. Dossier n. 250. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna, Regione Emilia-Romagna, 121-145. 2015.
3. Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (legge Gelli-Bianco)". Gazzetta Ufficiale 17 marzo 2017.
4. Benci L, Bernardi A, Fiore A, Frittelli T, Gasparini V, Hazan M, et al, Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Roma, Quotidiano Sanità, 14-17. 2017.
5. Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre, 2016, n. U00328, "Approvazione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)". Bollettino Ufficiale della Regione Lazio, n. 91 – Supplemento n. 1, 15 novembre 2016.
6. Assiteca. Legge Gelli. La nuova responsabilità sanitaria. Il Risk Management entra in sanità, <https://www.assiteca.it/2017/04/responsabilita-sanitaria-leggegelli/> (consultato 21 febbraio 2019).
7. Deliberazione del Commissario Straordinario dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata 15 febbraio 2019, n. 27/CS, "Approvazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
8. Deliberazione dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata 27 febbraio 2018, n. 154/NG, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
9. Delibera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I 27 aprile 2018, n. 366, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018 ai sensi della l. 24/2017".
10. Deliberazione del direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I 26 febbraio 2019, n. 0000185, "Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
11. Delibera dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini 02 febbraio 2018, Cod. Doc.: RM 2018, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018: Gestione del Rischio Clinico e delle Attività per la Sicurezza dei Pazienti".
12. Delibera dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini 27 febbraio 2019, Cod. Doc.: RM 2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
13. Deliberazione del Direzione Generale Posizione organizzativa dell'Fondazione Policlinico Tor Vergata 28 febbraio 2018, n. 170, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018 Fondazione Policlinico Tor Vergata Roma".
14. Deliberazione dell'Fondazione Policlinico Tor Vergata 11 gennaio 2019, n. G00164, "Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
15. Deliberazione dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" 15 marzo 2018, n. 170, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
16. Deliberazione dell'Istituto nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" 28 febbraio 2019, n. 258, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
17. Deliberazione degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri 14 marzo 2018, n. 167, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018 Gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza, la sicurezza delle cure".
18. Deliberazione degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, febbraio 2019, n. PN/908/01/2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
19. Deliberazione dell'ASL Roma 1, gennaio 2018, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
20. Deliberazione dell'ASL Roma 1, gennaio 2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
21. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 2, 13 marzo 2018 n. 458, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
22. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 2, 13 marzo 2018 n. 458, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
23. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 3, 28 febbraio 2018, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
24. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 3, febbraio 2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
25. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 4, febbraio 2018, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018".
26. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 4, 28 febbraio 2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
27. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 5, febbraio 2018, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2018 (in ottemperanza a quanto previsto della l.24/2017)".
28. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 5, febbraio 2019, "Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2019".
29. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 6, 20 febbraio 2018, n. 139, "Piano Aziendale di Risk Management (PARM) anno 2018".
30. Deliberazione del direttore generale dell'ASL Roma 6, 18 febbraio 2019, n. 0008988/2019, "Piano Aziendale di Risk Management (PARM) anno 2019".
31. Nurse24, Legge Gelli, la rivoluzione della responsabilità professionale, <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/legge-gelli-rivoluzione-responsabilita-professionale.html> (consultato 18 ottobre 2018).
32. Legalgroup. Prevenzione e gestione dei rischi dopo la Legge Gelli, <http://www.legalgrounds.eu/2017/05/10/prevenzione-e-gestione-dei-rischi-dopo-la-legge-gelli/> (consultato 20 febbraio 2019).
33. Regione Lazio. Rischio Clinico, http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?w=contenutiDettaglio&id=311 (consultato 20 febbraio 2019).

Il paziente con supporto ventilatorio Helmet-Continuous Positive Airway Pressure Competenze infermieristiche all'interno dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

*The patient with Helmet-Continuous Positive
Airway Pressure Ventilatory Support
Nursing skills inside the Bambino Gesù
Children Hospital*

Andreea Cristina Schioppa, Infermiera, Dipartimento Emergenza Accettazione e Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Valentina Pizziconi, Tutor Universitario, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica c/o Polo Didattico Pier Giorgio Frassati- Università Tor Vergata, Roma

Caterina Bornaccioni, Infermiera, Dipartimento Pediatrie Specialistiche, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Luisa Cirulli, Coordinatore Dipartimento Emergenza ed Accettazione e Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Rocco Stelitano, Coordinatore U.O. Emergenza ed Accettazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Giuliana D'Elpidio, Direttrice CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica c/o Polo Didattico Pier Giorgio Frassati- Università Tor Vergata, Roma

Matteo Amicucci, Infermiere pediatrico, Dipartimento di Oncoematologia, Terapia Genica e Cellulare, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

ABSTRACT **INTRODUZIONE**

L'applicazione dell'*Helmet-Continuous Positive Airway Pressure* (H-CPAP), nel trattamento dell'insufficienza respiratoria, necessita

di monitoraggio continuo dei parametri vitali e dei gas ematici, al fine di evitare il ricovero in Terapia Intensiva, abbreviare la durata della degenza, ridurre al minimo le possibili complicanze, garantire una

buona efficacia e qualità dell'assistenza orientata ai bisogni specifici del paziente. **L'infermiere, quale professionista della salute ed esperto nella gestione della ventilazione non invasiva, deve**

Parole chiave

Bambini, CPAP, Terapia intensiva, Ventilazione non invasiva, Assistenza infermieristica

Keywords

Children, CPAP, Intensive care, Non-invasive ventilation, Nursing

essere adeguatamente formato al fine di garantire un'assistenza di qualità.

Scopo di questo studio è delineare quali siano le conoscenze teoriche e pratiche degli infermieri sull'H-CPAP all'interno dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, ma soprattutto quali siano le maggiori criticità da prendere in esame, così da stilare una procedura sulla corretta gestione dei pazienti.

Per raggiungere tale obiettivo, è stato eseguito uno studio osservazionale trasversale utilizzando un questionario, ideato e realizzato appositamente, partendo dai risultati emersi dalla revisione della letteratura.

La compilazione dei questionari e la successiva analisi dei risultati costituiscono la base per capire quale sia il grado di conoscenza da cui partire per la stesura della procedura per la gestione dell'H-CPAP basata su principi scientifici.

Dall'analisi dei risultati è emerso che, in tutti i reparti, ci sono delle carenze conoscitive, ma è stato possibile osservare come in quelli intensivi (dove tale dispositivo viene utilizzato più frequentemente) le conoscenze siano maggiori rispetto ad un reparto non intensivo (dove il dispositivo è scarsamente usato).

In conclusione, quindi, risulta essere di fondamentale importanza che il personale infermieristico sia adeguatamente formato, affinché possa erogare un'assistenza di qualità mirata ai bisogni del paziente, sapendo riconoscere, ridurre e prevenire le eventuali complicanze.

Per tali motivi, ci auguriamo che questo studio possa contribuire ad ottimizzare l'erogazione dell'assistenza infermieristica specifica e di qualità, e che venga utilizzato nelle realtà cliniche al fine di standardizzare e migliorare l'assistenza clinica.

ABSTRACT BACKGROUND

The application of Helmet-Continuous Positive Airway Pressure (H-CPAP) in the treatment of respiratory failure, requires continuous monitoring of vital parameters and blood gases in order to avoid intensive care admission, to shorten the length of hospitalization, to minimize possible complications and to ensure effectiveness and quality care geared towards specific needs of the patient. The nurse, who is a health professional and expert in non-invasive ventilation management, must be properly trained in order to ensure quality nursing care. This study aims to outline the theoretical and practical knowledge of nurses working with H-CPAP at Bambino Gesù Children's Hospital, but most importantly, to define the major critical issues that need to be taken into consideration in order to draw up the correct procedure for the management of patients.

A cross-sectional observational study was performed using a questionnaire to achieve this goal. It was specifically designed and created from the results found viewing in the literature. The compilation of those questionnaires and the subsequent analysis of the results form the basis to draft the initial guidelines for the management of H-CPAP based on scientific principles. The results showed an inadequate knowledge throughout all departments. However, it was possible to observe that the Intensive Unit had a better understanding than other departments (where this device is rarely used). In conclusion, it's essential that the nursing staff is adequately trained so they are able to provide quality care targeted to patient needs; specifically, knowing how to recognize, reduce and prevent any complications. We hope that this study can help to

optimize specific and quality nursing care and be used in clinical settings with the goal to standardize and improve overall clinical care.

INTRODUZIONE

Le linee guida della *British Thoracic Society* (BTS),¹ così come quelle dell'*American Thoracic Society* (ATS) e dell'*European Respiratory Society* (ERS),²⁻³ definiscono la Ventilazione Non Invasiva (*Non Invasive Ventilation*, NIV) come una metodica che permette di fornire al paziente un supporto ventilatorio parziale o totale senza ricorrere all'intubazione endotracheale o alla tracheotomia, impiegando maschere o caschi.

La NIV è una metodica che riduce, in maniera importante, le complicanze collegate alla ventilazione invasiva;⁴ lascia integre le alte vie aeree, preservandone i meccanismi di difesa, e consentendo al paziente di comunicare con i familiari e/o il personale sanitario, di alimentarsi, di bere, di espettorare, di ricevere farmaci per via aerosolica, ecc.; oltre a ridurre notevolmente il rischio di complicanze infettive. Quindi, garantisce un miglior comfort per il paziente, con una spesa economica sostanzialmente ridotta.

Inoltre, il grande potenziale della NIV risiede nella possibilità di trattare i pazienti al di fuori delle Terapie Intensive, purché siano disponibili le risorse necessarie a garantire adeguata assistenza infermieristica e supporto terapeutico respiratorio.⁵

Con il termine *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) si indica un tipo di assistenza respiratoria in cui, al respiro spontaneo non assistito, viene aggiunta una pressione positiva di fine espirazione detta *Positive End Expiratory Pressure* (PEEP).

La PEEP determina un aumento del volume polmonare di fine espirazio-

ne, aprendo unità alveolari collassate, reclutandole, nonché aumentando l'infrazione di unità alveolari già aperte.⁴ Negli anni '80, la CPAP era applicabile in modalità non invasiva attraverso l'utilizzo di maschere facciali, tollerate dal paziente per un tempo ridotto a causa della pressione esercitata sul volto.

Una soluzione è stata l'introduzione negli anni '90 dello scafandro o casco (H-CPAP).⁶⁻⁷ Il casco è costituito da un anello rigido, che, nella parte inferiore, mantiene teso un diaframma di materiale plastico per far tenuta sul collo del paziente, da una calotta trasparente e dalle vie d'ingresso e d'uscita dei gas.

Applicando una valvola PEEP sulla via d'uscita, il casco diventa un'interfaccia ideale per l'applicazione della CPAP.⁸

L'applicazione dell'H-CPAP nel trattamento dell'insufficienza respiratoria dei pazienti che afferiscono al Dipartimento di Emergenza o che si scompensano durante la degenza in altri reparti, necessitano di assistenza respiratoria, monitoraggio continuo dei parametri vitali e dei gas ematici onde evitare il ricovero in terapia intensiva e/o l'intubazione tracheale. Abbreviando la durata della degenza e quindi, migliorando la qualità di vita del paziente, si riducono al minimo le possibili complicanze, assicurando un buon grado di efficacia e un'assistenza di qualità orientata ai bisogni specifici del paziente. L'infermiere, quindi, quale professionista della salute ed esperto nella gestione della ventilazione non invasiva, deve essere adeguatamente formato al fine di garantire un'assistenza infermieristica di qualità. Pertanto, l'efficacia della NIV dipende in gran parte dalla tolleranza dell'interfaccia scelta, ergo dal comfort che riusciamo ad erogare al paziente e dalle competenze, conoscenze ed esperienza del

personale infermieristico che utilizza queste tecniche ventilatorie.

Il monitoraggio del paziente con il casco prevede il controllo continuo di alcuni parametri come saturazione, frequenza cardiaca, respiratoria e ristagno gastrico.

Il casco è un *device* efficace nell'insufficienza respiratoria acuta, presentando numerosi vantaggi e solo alcuni svantaggi; relativamente semplice da utilizzare, permette di gestire, dal punto di vista respiratorio, pazienti non particolarmente critici in qualsiasi reparto.

Lo scopo dello studio è stato quello di individuare le criticità teoriche e pratiche che presentano gli infermieri riguardo la gestione dell'H-CPAP. Nello specifico: indicazioni e controindicazioni per l'utilizzo, conoscenze dei componenti del dispositivo, assemblaggio del circuito, monitoraggio, responsabilità infermieristiche, tecniche utilizzate per la gestione ed infine valutazione, riconoscimento e prevenzione delle complicanze riguardo alla gestione dei pazienti pediatrici con H-CPAP.

MATERIALI E METODI

Questo è uno studio osservazionale trasversale, autorizzato dalla Direzione Sanitaria del nosocomio, è stato svolto presso cinque Unità Operative (U.O.) dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma: Rianimazione, Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA), Trapianto Emopoietico e Terapie Cellulari 1, 2 (TETC 1,2) ed Area Semintensiva Pediatrica (ASP).

La durata è stata di 6 mesi: da gennaio a giugno 2018 (3 mesi per la raccolta dei dati e 3 per l'analisi). Per tale studio è stato creato un campione di convenienza: potevano rispondere al questionario infermieri o infermieri pediatrici che prestavano servizio in una delle 5

U.O. designate. Non sono stati definiti criteri di esclusione.

Per attuare l'indagine, è stato somministrato un questionario cartaceo, appositamente ideato (visto che in letteratura non ne è stato reperito uno idoneo), strutturato prendendo spunto da studi simili sul tema.⁹⁻¹⁰

Il questionario, anonimo, è stato accompagnato da una lettera di presentazione nella quale sono state spiegate le motivazioni dello stesso, ed è stato somministrato tra gennaio e marzo 2018.

Il questionario è stato suddiviso in due sezioni.

Nella prima (la parte anagrafica) si è indagati: età, sesso, titolo di studio, anni di servizio, U.O. in cui si presta attualmente servizio e gli anni di servizio svolti nella medesima U.O. Nella seconda, invece, sono state valutate le conoscenze generali sul supporto ventilatorio H-CPAP (in seguito, sono state analizzate le conoscenze inerenti alle caratteristiche del dispositivo, ai parametri da valutare, alle complicanze che si possono instaurare ed infine le responsabilità che si hanno quando si gestisce un paziente con questa tecnica di ventilazione).¹⁰

Tutte le domande sono state strutturate a risposta multipla.

I dati sono stati analizzati tramite il software di analisi Excel ed è stata eseguita un'analisi descrittiva semplice con associazioni tra variabili.

RISULTATI

Partecipanti

Sono stati consegnati 89 questionari, tenendo conto del numero totale degli infermieri in servizio nelle cinque U.O. nel periodo di studio. Lo studio è stato presentato dai responsabili dello stesso durante una delle consuete riunioni di reparto e i Coordinatori delle single U.O. si

	n.	%
Età		
20-29 anni	30	35,3
30-39 anni	31	36,5
40-49 anni	14	16,5
> 50 anni	10	11,8
Sesso		
Maschio	22	25,9
Femmina	63	74,1
Titolo di studio		
Diploma di Laurea (o equivalenti)	4	4,7
Laurea	77	90,6
Laurea Magistrale	4	4,7
Unità Operative		
Rianimazione	25	29,4
DEA	19	22,3
TETC1	10	11,8
TETC2	10	11,8
ASP	21	24,7
Anni di servizio		
1-5	22	25,9
6-10	31	36,4
11-15	14	16,5
>15	18	21,2
Anni di servizio nella medesima U.O.		
1-5	37	43,6
6-10	28	32,9
11-15	11	12,9
>15	9	10,6

Legenda:
 DEA – Dipartimento di Emergenza e Accettazione
 TETC - Trapianto Emopoietico e Terapie Cellulari
 ASP - Area Semintensiva Pediatrica

TABELLA 1 - Descrizione del campione che ha partecipato allo studio (n=85)

sono occupati della raccolta. Sono stati correttamente compilati 85 questionari, rappresentativi del 95% della popolazione selezionata.

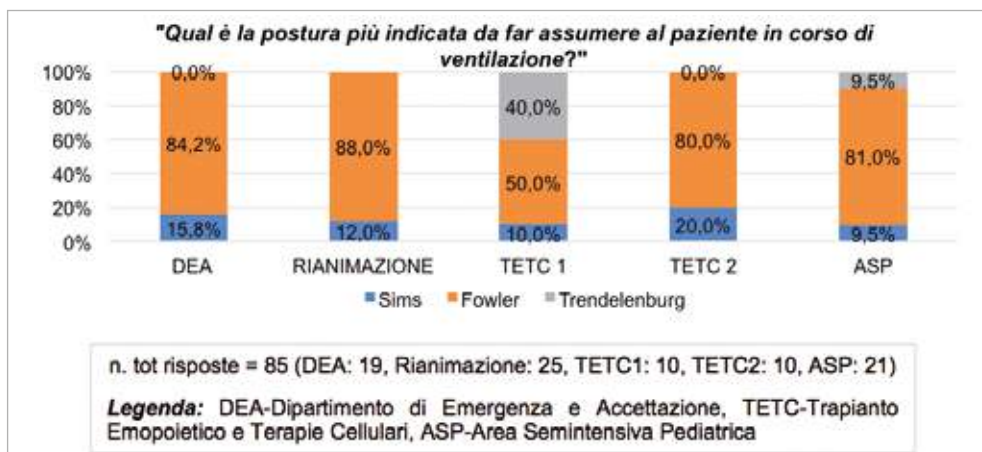


Grafico 1 - Prospettiva delle risposte alla domanda 3 nelle 5 U.O. in esame

Nella Tabella 1 viene descritto il campione analizzato.

Risposte al questionario

In seguito, verranno valutate le risposte alle domande sulla gestione infermieristica dell'H-CPAP, andando ad analizzare nello specifico quelle che hanno avuto le percentuali maggiori di errore e, per ognuna di queste, verrà effettuato un confronto, tramite un grafico, con le risposte delle diverse U.O., così da avere una visuale completa delle conoscenze su questo argomento.

Alla prima domanda: "Hai mai assistito un paziente con supporto ventilatorio H-CPAP?" la totalità degli infermieri (85), hanno risposto di aver assistito almeno una volta un paziente con supporto ventilatorio H-CPAP. Anche alla seconda domanda: "Con l'acronimo CPAP cosa intendiamo?", il 100% degli infermieri ha risposto correttamente: Continuous Positive Airway Pressure.

Andando avanti, per quanto riguarda la terza domanda sulla postura più indicata da far assumere al paziente in corso di ventilazione, al DEA, su un totale di 19 infermieri, circa l'84% (16/19) hanno risposto correttamente alla domanda (Fowler); i restanti hanno sbagliato la risposta.

Nel reparto di Rianimazione, su un totale di 25 infermieri, l'88% (22/25) hanno risposto correttamente; il restante 12% (3/25 infermieri) no.

Nel reparto TETC2, su un totale di 10 infermieri, 8 (80%) hanno risposto correttamente alla domanda; 2 (20% degli infermieri) no.

Nel reparto TETC1, su un totale di 10 infermieri, 5 (50%) hanno sbagliato la risposta; i restanti 5 (50%) hanno risposto correttamente.

Nell'ASP, su 21 infermieri, 17 (81%) hanno risposto correttamente, la restante parte (19%) no.

Nel Grafico 1, tutte le risposte dei vari reparti presi in considerazione.

Alla quarta domanda: "Quali sono le principali complicanze che l'infermiere deve essere in grado di prevenire, riconoscere e trattare, durante l'utilizzo di tale presidio?", il 100% degli infermieri dei reparti DEA, Rianimazione, TETC1 e TETC2 hanno risposto correttamente; per quanto riguarda l'ASP, invece, 2 infermieri su 21 (circa il 10%) hanno risposto in maniera errata. Alla quinta domanda: "Quali sono le complicanze che si possono presentare se viene adottato il sistema di fissaggio a livello ascellare per più di 2 ore oppure se viene utilizzata una PEEP >10 cm H2O?", al DEA, su un totale di 19 infermieri, 4 (21,1%) hanno risposto errato alla domanda, sostenendo che non vi siano complicanze correlate al fissaggio del dispositivo; il 78,9%, invece, ha risposto in maniera corretta. Nei reparti TETC2 e Rianimazione, solo un infermiere per reparto ha risposto erratamente alla domanda. Nel reparto TETC1, su 10 infermieri, 6 (60%) sostengono che non vi siano complicanze correlate al fissaggio e solo in 4 (40%) hanno risposto correttamente. In ASP, il 47,6% degli infermieri (10/21) ha risposto che non vi siano complicanze. Nel

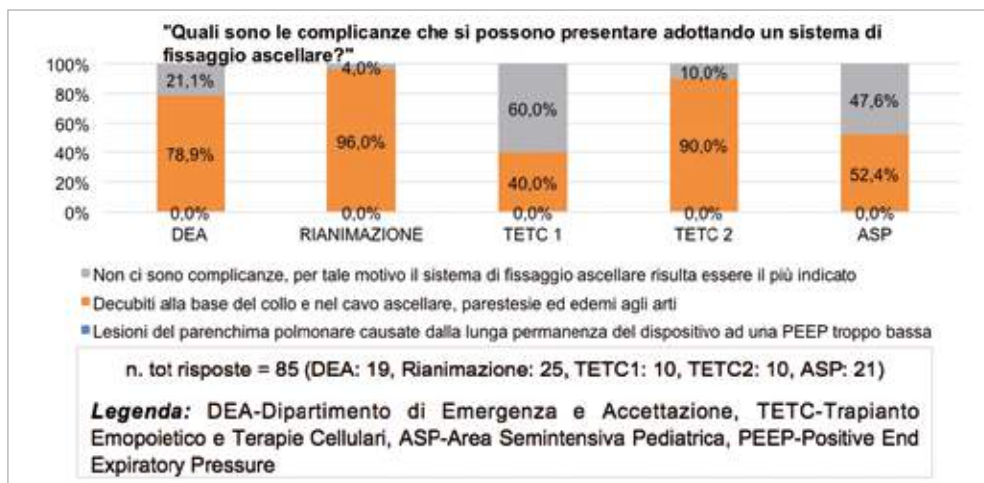


Grafico 2 - Prospettiva delle risposte alla domanda 5 nelle 5 U.O.

Grafico 2 sono rappresentate tutte le risposte dei vari reparti presi in considerazione.

Alla sesta domanda: "A cosa serve l'elemento che compone il dispositivo indicato dalla freccia rossa nella figura 1?", il 100% degli infermieri di tutti e 5 i reparti hanno risposto correttamente.



Figura 1 - Il dispositivo Positive End Expiratory Pressure



Figura 2 - Oblò di accesso dotato di valvola anti-soffocamento

Analizzando i risultati della domanda sette, che indaga le conoscenze e le funzioni dell'elemento che compone il dispositivo indicato con la freccia rossa nella figura, sono emersi anche qui alcuni errori. (Figura 2)

Nel DEA, su 19 infermieri, 10 (52,6%) hanno risposto correttamente alla domanda; gli altri 9 (47,4%) no. Nel reparto di Rianimazione, solo un infermiere, su 25, ha sbagliato la risposta. Al TETC1, su un totale di 10 infermieri, 3 hanno sbagliato la risposta (30%). Al TETC2, invece, quattro gli infermieri (40%) che hanno sbagliato: i restanti 6 (60%) hanno risposto correttamente. Infine, in ASP, su 21 infermieri, 9 (42,9%) non sono a conoscenza di cosa rappresenti l'elemento indicato dalla freccia nell'immagine. Anche dall'analisi dei risultati della settima domanda, in tutti e 5 i reparti presi in esame, sono emerse scarse conoscenze sul dispositivo di ventilazione, con una percentuale maggiore di errore al DEA (9 su 19 infermieri); nel TETC1 e ASP (nel primo, 4 su 10 infermieri, e nel secondo 9 su 21 hanno risposto in maniera errata alla domanda).

Nel Grafico 3 vengono messe a confronto le risposte dei vari repar-

ti presi in considerazione.

Alla domanda otto: "Il paziente sottoposto a ventilazione con H-CPAP può essere alimentato tramite sondino nasogastrico e ricevere liquidi per bocca senza interrompere la ventilazione?", il 100% degli infermieri della Rianimazione e del TETC1 hanno risposto correttamente; un solo infermiere per reparto del DEA e del TETC2, sbaglia la risposta. In ASP, il 57% degli infermieri sbaglia la risposta: più precisamente, il 52% risponde "no", invece il 5% risponde di "non esserne a conoscenza" (Grafico 4)

Alla domanda nove: "L'H-CPAP necessita di un sistema di umidificazione?", al DEA, su un totale di 19 infermieri, 14 (73,7%) hanno risposto correttamente (nei casi in cui il contenuto di acqua all'interno dei gas ispirati è inferiore a 10 mgH₂O/l), due (10,5%) hanno sbagliato e tre (15,8%) sostengono di "non esserne a conoscenza". In Rianimazione, su un totale di 25 infermieri, solo 9 rispondono correttamente (36%), 13 (52%) sbagliano la risposta e tre (12%) sostengono di "non esserne a conoscenza". Al TETC1, è risultato che 3 infermieri, su 10, hanno sbagliato la risposta (30%), uno "non ne è a conoscenza" e gli altri 6 (60%) rispondono correttamente. Analizzando le risposte degli infermieri del TETC2 è emerso che, su 10 infermieri, 3 (30%) "non è a conoscenza della necessità di umidificazione", il 20% ha sbagliato la risposta e il restante 50% ha risposto correttamente. Infine, in ASP è stato riscontrato che, su 21 infermieri, sei (28,6%) "non sono a conoscenza della risposta", 10 sbagliano (47,6%); i restanti cinque rispondono correttamente (23,8%). Dall'analisi dei risultati della domanda 9 sono emerse scarse conoscenze sulla necessità di un sistema di umidificazione. Nel

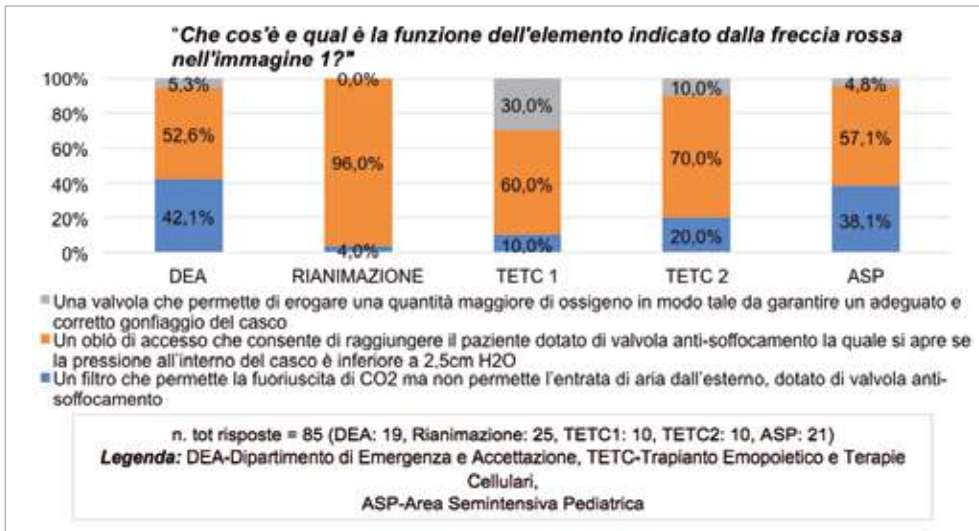


Grafico 3 - Prospettiva delle risposte alla domanda 7 nelle 5 U.O.

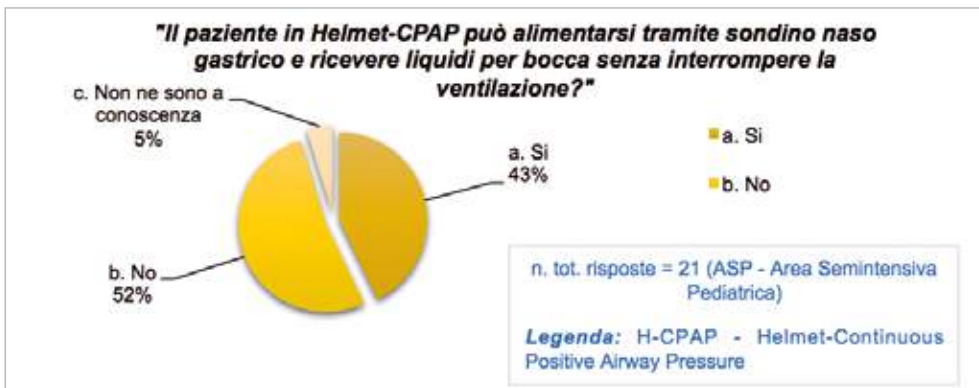


Grafico 4 - Percentuali delle risposte alla domanda 8 nell'ASP

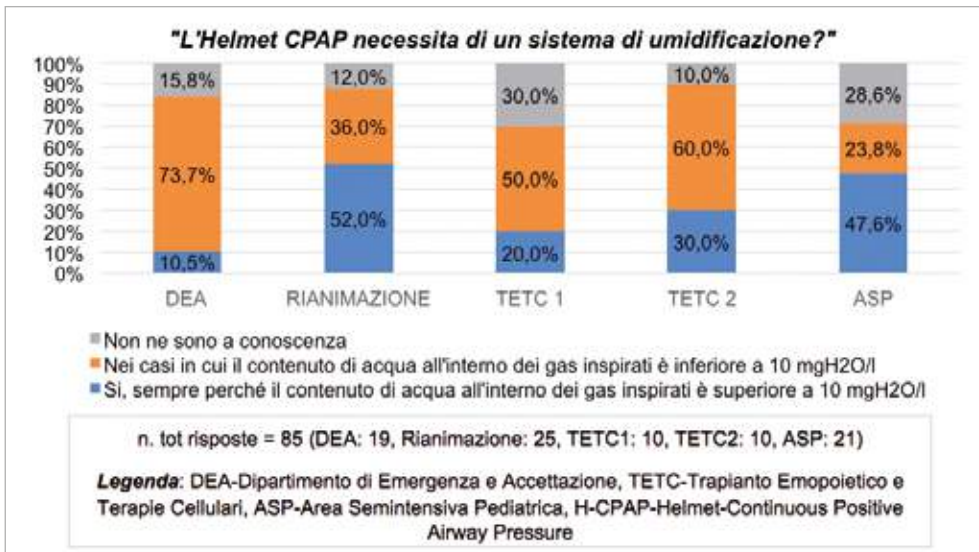


Grafico 5 - Prospettiva delle risposte alla domanda 9 nelle 5 U.O.

Grafico 5, sono rappresentate tutte le risposte dei vari reparti presi in considerazione.

Un'altra domanda è relativa a "Quando deve essere sostituito il presidio?". Al DEA, su 19 infermieri, sette (36,8%) hanno sbagliato la risposta, i restanti 12 (63,2%) hanno risposto correttamente, entro un massimo di 7 giorni. In Rianimazione, su 25 infermieri, 12 (48%) hanno risposto in maniera errata, il restante 52% correttamente. Al TETC2, invece, dei 10 infermieri, otto (80%) rispondono correttamente; gli altri due risultano "non essere a conoscenza". Al TETC1, dall'analisi delle risposte è emerso che, su 10 infermieri, nove "non sono a conoscenza delle tempistiche di sostituzione"; un solo infermiere ha risposto correttamente. L'ASP ha riportato la percentuale maggiore di errore rispetto a questa domanda: su 21 infermieri, ben 14 hanno sbagliato la risposta (66,7%) e solo il 33,3% ha risposto bene. Nel Grafico 6 sono rappresentate tutte le risposte dei vari reparti presi in considerazione.

Alla domanda 11: "Quali sono le controindicazioni assolute per l'utilizzo di questo presidio?", il 100% degli infermieri della Rianimazione ha risposto correttamente. Al DEA, su 19 infermieri, due hanno sbagliato la risposta; 17 infermieri (89,5%) rispondono correttamente (recente intervento cranico, arresto respiratorio, coma). Anche al TETC2 sono stati riscontrati due errori, i restanti 8 infermieri (80%) hanno risposto correttamente. Al TETC1, invece, aumenta la percentuale di errore: 4 infermieri, su 10, "non sono a conoscenza" delle controindicazioni assolute all'utilizzo di tale presidio. Valutando le risposte dell'ASP, su 21 infermieri, sei hanno sbagliato a rispondere (28,6%), rispetto ai restanti 15

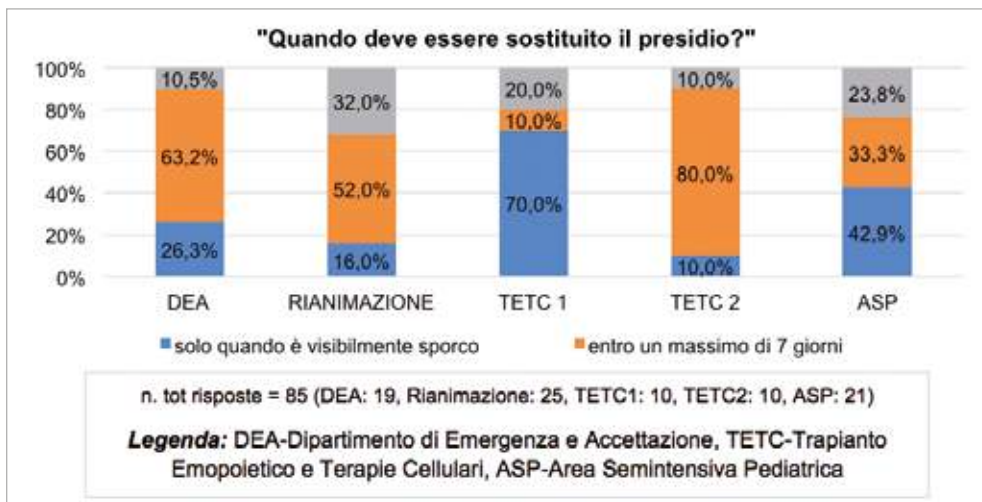


Grafico 6 - Prospettiva delle risposte alla domanda 10 nelle 5 U.O.

(71,4%) che, invece, hanno risposto correttamente. (Grafico 7) Andando avanti nell'analisi delle risposte, alla domanda 12: "Quali sono i primi segni che indicano l'efficacia del trattamento?", al DEA, su 19 infermieri, 12 (63,2%) hanno risposto correttamente (miglioramento della PaCO₂, dell'acidosi respiratoria e del rapporto PaO₂/FIO₂); i restanti 7 (36,9%) no. Nel reparto di Rianimazione,

su 25 infermieri, sei sbagliano a rispondere (24%) e il 76% risponde correttamente. Per quanto riguarda il TETC2, su 10 infermieri, sette rispondono in maniera corretta (70%). Al TETC1 è emerso che nessun infermiere sa quali siano i primi segni che si vanno ad osservare quando si inizia questo trattamento; tutti e 10 gli infermieri sbagliano la risposta (100%). In ASP, su 21 infermieri, 15 (71,4%)

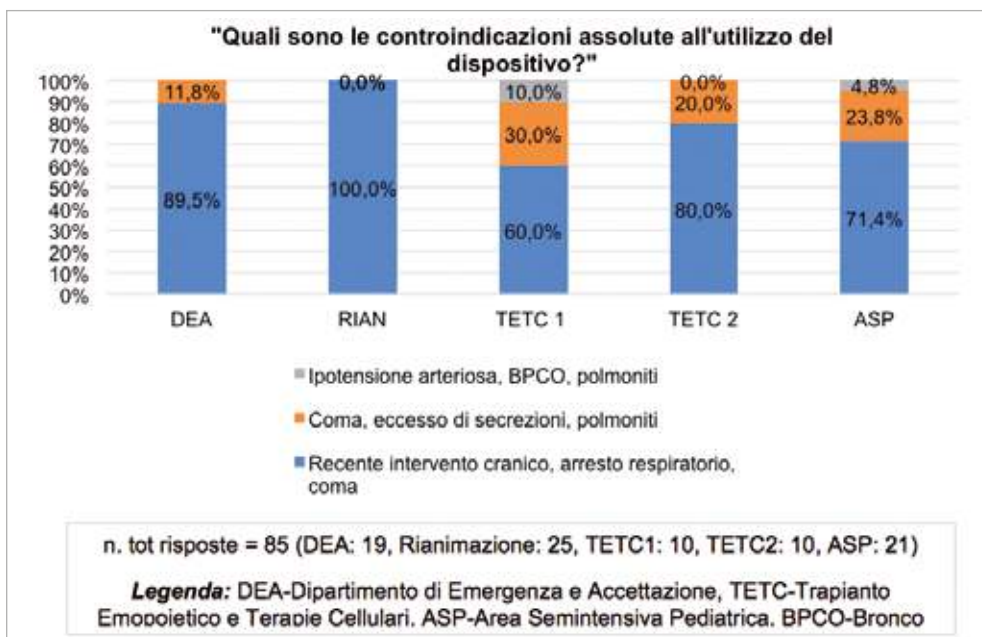


Grafico 7 - Prospettiva delle risposte alla domanda 11 nelle 5 U.O.

rispondono correttamente alla domanda; i restanti 6 (28,6%) no. (Grafico 8)

Ancora, alla domanda 13: "Nella gestione di tale presidio quali rappresentano le principali responsabilità infermieristiche?" al DEA e al TETC1 il 100% degli infermieri rispondono correttamente; al TETC2 e in ASP, un infermiere per reparto sbaglia la risposta, e, in Rianimazione, due infermieri, su 25, non rispondono correttamente.

In ultim'analisi, si può osservare come al DEA, su un totale di 228 risposte (12 domande per 19 infermieri), solo 38 sono state errate (17%). Anche in Rianimazione, su 300 risposte complessive (12 domande per 25 infermieri), solo 43 sono state errate (14%). Per quanto riguarda il TETC1, su 120 domande complessive, 43 di queste sono state errate (36%). Al TETC2, l'84% delle risposte è corretta, cioè, su un totale di 120 risposte, solo 19 sono state errate (16%). Infine, in ASP, su 252 domande, 80 sono state sbagliate (32%). (Grafici 9-13)

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati, è emerso che in tutti i reparti ci sono delle carenze conoscitive su un tema così importante e attuale.

È stato possibile osservare come nei reparti intensivi, dove tale dispositivo viene utilizzato più frequentemente, le conoscenze siano maggiori rispetto ad un reparto non intensivo come il TETC1 o l'ASP, dove tale dispositivo viene scarsamente utilizzato. Nello specifico, dall'analisi dei risultati è emerso che tutti gli infermieri dei reparti intervistati hanno, comunque, prestato assistenza a pazienti con supporto ventilatorio e conoscono la denominazione di CPAP.

Carenze maggiori si sono riscontrate sulla postura, soprattutto nel reparto TETC 1, dove il 50% degli

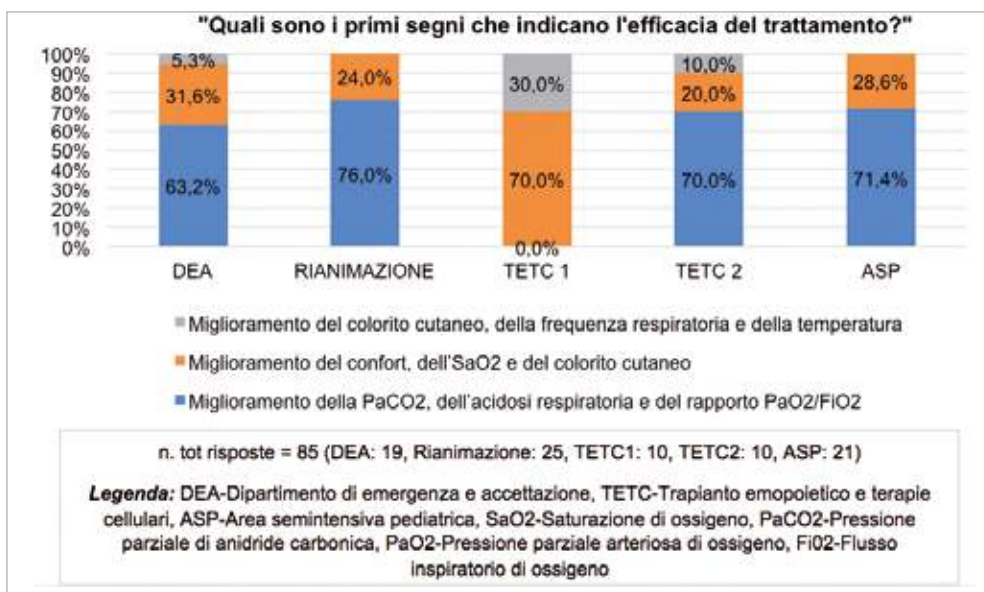


Grafico 8 - Prospettiva delle risposte alla domanda 12 nelle 5 U.O.

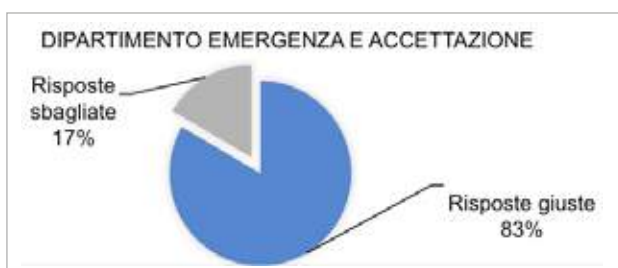


Grafico 9 - Percentuale delle risposte giuste/sbagliate del DEA

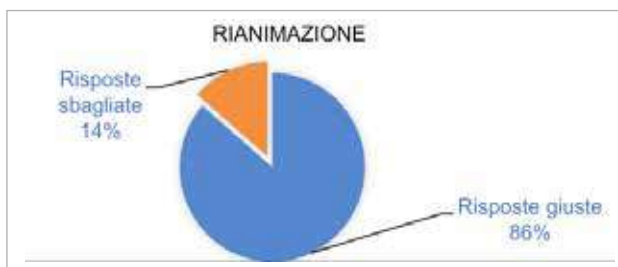


Grafico 10 - Percentuale delle risposte giuste/sbagliate della Rianimazione



Grafico 11 - Percentuale delle risposte giuste/sbagliate del TETC1

tale dispositivo potesse portare a decubiti alla base del collo e nel cavo ascellare, parestesie e edemi agli arti, tra le criticità maggiori.⁸ Per quanto concerne i componenti che costituiscono il casco, tutti gli infermieri conoscono bene il device che permette di regolare e impostare la PEEP, mentre alcune criticità si sono riscontrate sull'oblò dotato di valvola anti-soffocamento, che si apre se la pressione all'interno del casco è inferiore a 2,5cm H2O. A questa domanda, infatti, sbagliano la risposta con una percentuale molto vicina al 50% anche gli infermieri dell'area intensiva del DEA, seguiti dall'ASP e dai due TETC.

Non a caso, tale quesito sottolinea come alcune criticità possono essere presenti anche nei reparti intensivi, dove tal tipo di presidi sono maggiormente usati.

infermieri non conosceva che il corretto posizionamento del paziente (posizione di Fowler) è fondamentale per una buona riuscita della terapia con H-CPAP.⁹

A tal proposito, è stata eseguita un'analisi a posteriori nell'U.O. TETC 1, che ha confermato che il personale conosceva teoricamente come andava posizionato correttamente il paziente, ma non conosceva il termine medico specifico, confondendo la posizione di Fowler con quella di Sims o Trendelenburg. Per quanto riguarda le principali complicanze che l'infermiere deve essere in grado di prevenire, riconoscere e trattare, invece, l'ASP si configura come il reparto con maggior numero di risposte sbagliate. Mentre, per le domande relative alle complicanze associate all'utilizzo del sistema di fissaggio ascellare per più di 2 ore o l'utilizzo del dispositivo con una PEEP >10 cm H2O, sono emerse importanti carenze conoscitive in tutti i reparti, ma con percentuali al di sopra, di circa il 50%, per il reparto TETC1 e ASP, dove gli infermieri non erano a conoscenza che

Alla domanda se il paziente sottoposto ad H-CPAP può essere alimentato tramite sondino nasogastrico e ricevere liquidi per bocca senza interrompere la ventilazione, nel complesso, una percentuale molto alta di infermieri dell'ASP (52%) sostengono che ciò non è possibile e il 5% risponde di "non esserne a conoscenza". Tale domanda, dunque, si configura come un'importante criticità e spiega il motivo per cui molti dei pazienti sono sottoposti esclusivamente a nutrizione parenterale durante la ventilazione. Le domande che complessivamente risultano con la percentuale di errore maggiore, per tutte le U.O. coinvolte, sono relative al sistema di umidificazione e alle tempistiche di sostituzione del dispositivo, poiché più del 50% della media della percentuale della popolazione intervistata risponde in maniera errata. Invece, alle domande "Quali sono le controindicazioni assolute all'utilizzo del dispositivo?" e "Quali sono i primi



Grafico 12. Percentuale delle risposte giuste/sbagliate del TETC2

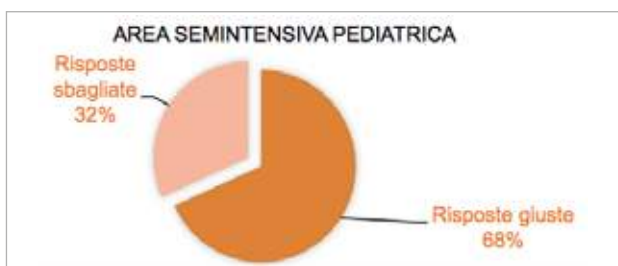


Grafico 13. Percentuale delle risposte giuste/sbagliate dell'ASP

segni che indicano l'efficacia del trattamento?", andando a fare una valutazione complessiva, il TETC1 e l'ASP sono i reparti con le percentuali più elevate di errore: ciò è indice di scarsa conoscenza delle controindicazioni assolute di tale presidio. Anche se le risposte alla domanda sull'efficacia del trattamento potevano trarre in inganno, la stessa era molto specifica, e dall'analisi della letteratura, è emerso che i primi segni che si osservano sono, per l'appunto, il miglioramento della PaCO₂, dell'acidosi respiratoria e del rapporto PaO₂/FiO₂.¹⁰⁻¹²

Alla domanda "Quali sono le principali responsabilità infermieristiche nella gestione del presidio?", complessivamente, c'è una buona percentuale di risposte positive: tutti gli infermieri sanno riconoscere il presidio, verificarne il corretto funzionamento e l'efficacia, scegliere la taglia giusta, gestire le complicanze. **Detto ciò, l'infermiere, quale garante dell'assistenza prestata, deve essere a conoscenza delle ultime evidenze scientifiche in modo tale da assicurare cure**

adeguate e mirate al paziente in qualsiasi contesto; per garantire ciò, gioca un ruolo fondamentale la formazione continua.⁶

Buona parte del personale intervistato è a conoscenza dell'importanza dell'utilizzo di tale metodica di ventilazione e di quali siano le responsabilità infermieristiche legate alla gestione del presidio. Facendo un'analisi retrospettiva sulle conoscenze del personale infermieristico e di come questo sia diversamente preparato nelle diverse U.O., il nostro studio conferma che **laddove si investe su formazione, tutoraggio clinico continuo e assegnazione di personale formato sull'assistenza al paziente pediatrico critico, si hanno risultati in termini di conoscenze e competenze maggiori.** Quindi, la mancanza di corsi di formazione sull'assistenza al bambino critico, la presenza di personale spesso troppo giovane, con pochi anni di esperienza soprattutto nell'Area critica, e personale che viene assegnato in aree intensive e sub-intensive senza criteri definiti, potrebbero essere aspetti importantissimi da approfondire ed in linea con altri studi sul tema.¹¹⁻¹³

Un ultimo, ma non meno importante fattore che entra in gioco, è il carico assistenziale del personale infermieristico soprattutto nei reparti sub-intensivi, dove spesso il rapporto infermiere/paziente è al limite.

Investire in numero di risorse adeguate e formazione di base e continua sono le sfide che portano ad un miglioramento dell'assistenza.

Infine, da un'analisi complessiva per analizzare il rapporto fra risposte giuste e sbagliate, nelle singole U.O., si può osservare come al DEA e in Rianimazione la percentuale di errore complessiva sia molto bas-

sa. Al TETC2, la percentuale delle risposte giuste complessive risulta essere buona; mentre, al TETC1 e all'ASP, le percentuali di errore risultano essere più elevate (indice di scarsa conoscenza del dispositivo di ventilazione e della sua gestione).

L'analisi dei risultati di questo studio, in particolare degli argomenti indagati nel questionario (da cui emergono le principali lacune nelle conoscenze di gestione e la ricerca in letteratura), sono state le basi per l'elaborazione della procedura di gestione dell'H-CPAP e l'avvio di Corsi specifici di approfondimento sul tema.

Se poi si ragiona in termini di qualità di cure al paziente, ci auspichiamo che gli interventi combinati, messi in atto dalla nostra organizzazione, porteranno ad un significativo aumento delle conoscenze e competenze del personale, con conseguente miglioramento della qualità assistenziale.

Gli interventi messi in atto, infatti, mostrano strategie pratiche e fattibili per la replica da parte di strutture simili.

Limiti

Questo studio si è basato su un'esperienza locale, limitata ad un numero ristretto di U.O., pertanto la dimensione del campione era relativamente piccola.

La revisione retrospettiva e le proposte di cambiamento implementate ad oggi ci permettono di capire se stiamo andando sulla strada giusta e che siamo in linea con altre esperienze di ospedali che hanno affrontato queste sfide prima di noi.^{8,11-12}

CONCLUSIONI

Il *distress* respiratorio è una condizione clinica caratterizzata dall'alterazione dei parametri quantitativi e qualitativi respiratori, a cui si possono associare modificazioni

dei rumori respiratori, del colorito cutaneo e del livello di coscienza. Tale situazione può evolvere verso una vera e propria insufficienza respiratoria, con peggioramento clinico fino all'arresto respiratorio e cardiaco.

È indispensabile, perciò, riconoscere e trattare immediatamente il paziente, ricordandosi che l'ipossiemia, che non risponde alla somministrazione supplementare di ossigeno, può essere migliorata attraverso l'utilizzo della NIV.

Il concetto di ventilazione non invasiva si riferisce alla capacità di fornire un supporto ventilatorio attraverso le vie aeree superiori del paziente, utilizzando maschere o altri *device*; una tecnica che si distingue da quelle che bypassano le vie aeree attraverso il posizionamento di un tubo tracheale, maschera laringea, o tracheotomia e che, pertanto, sono considerate invasive.¹³

L'applicazione della NIV nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta o cronica necessita di un'accurata assistenza infermieristica, con monitoraggio continuo dei parametri vitali e dei gas ematici (onde evitare il ricovero in Terapia Intensiva, l'intubazione tracheale), riducendo al minimo le possibili complicanze e assicura-

do, al contempo, un buon grado di efficacia e **un'assistenza di qualità orientata ai bisogni specifici del paziente**.¹⁴

I vantaggi dell'Helmet sono dati dalle perdite minime di aria, l'assenza di lesioni cutanee, la tolleranza nei trattamenti prolungati, in caso di ustioni, traumi, malformazioni facciali e presenta un rischio ridotto di aspirazione.

La grandezza del casco riduce notevolmente il senso di claustrofobia, facilita la mobilitazione, permette la visione, la comunicazione con il personale e le persone significative per il paziente.

Come descritto anche in letteratura,¹⁵⁻¹⁷ è stato possibile osservare come tale dispositivo porti a rapidi miglioramenti dell'assistito e come sia maggiormente accettato da quest'ultimo.

Relativamente all'utilizzo dell'H-CPAP è stato strutturato uno studio osservazionale trasversale, orientato a delineare quali siano le conoscenze teoriche e pratiche degli infermieri, ma soprattutto quali siano le maggiori criticità da prendere in esame, poiché la gestione di questi pazienti è un processo delicato e le complicanze che si possono instaurare sono molteplici.

A tal fine, il questionario ideato e realizzato appositamente partendo

dai risultati emersi con la ricerca in letteratura, è stato somministrato e compilato dagli infermieri, in forma anonima e volontaria, nel DEA, in Rianimazione, in TETC 1 e 2 e in ASP dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

L'analisi dei risultati, in particolare, gli argomenti indagati nel questionario da cui emergono le principali lacune nelle conoscenze di gestione e la ricerca in letteratura, sono state le basi per l'elaborazione della procedura di gestione dell'H-CPAP.

In conclusione, quindi, risulta essere di fondamentale importanza che il personale infermieristico sia adeguatamente formato affinché possa erogare un'assistenza di qualità mirata ai bisogni del paziente, sapendo riconoscere, ridurre e prevenire le eventuali complicanze.

Per tali motivi, ci auguriamo che lo studio possa contribuire ad ottimizzare l'erogazione dell'assistenza infermieristica specifica e di qualità e che venga utilizzato nelle realtà cliniche con il fine di standardizzare e migliorare l'assistenza clinica.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi e di non avere ricevuto alcun finanziamento.



1. British Thoracic Society Standards of Care Committee, Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *BMJ Publ Group Ltd Br Thorac.* 2002 Mar 1;57(3): 192-211.
2. Leone M, Einav S, Chiumello D, Constantin J.M, De Robertis E, Abreu M.G.D, et al, Non-invasive respiratory support in the hypoxaemic peri-operative/periprocedural patient: A joint ESA/ESICM guideline. *Eur J Anaesthesiol.* 2020 apr; 37(4): 265-79.
3. Organized jointly by the American Thoracic Society, the European Respiratory Society, the European Society of Intensive Care Medicine, and the Société de Réanimation de Langue Française, and approved by ATS Board of Directors, December 2000, International Consensus Conferences in Intensive Care Medicine: non-invasive positive pressure ventilation in acute Respiratory failure. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001 jan; 163(1): 283-91.
4. Ferrer M, Esquinas A, Leon M, Gonzalez G, Alarcon A, Torres A, Non-invasive ventilation in severe hypoxemic respiratory failure: a randomized clinical trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 dec 15; 168(12): 1438-44.
5. Chiumello D, Conti G, Foti G, Giacomini Matteo M, Braschi A, Iapichino G, Non-invasive ventilation outside the Intensive Care Unit for acute respiratory failure. *Minerva Anesthesiol.* 2009 aug; 75(7-8): 459-66.
6. King M.S, Xanthopoulos M.S, Marcus C.L, Improving Positive Airway Pressure Adherence in Children. *Sleep Med Clin.* 2014

jun 1;9(2): 219-34.

7. Weiss P, Kryger M, Positive Airway Pressure Therapy for Obstructive Sleep Apnea. *Otolaryngol Clin North Am.* 2016 dec; 49(6): 1331-41.

8. Lucchini A, Elli S, Bambi S, De Felippis C, Vimercati S, Minotti D, et al, How different helmet fixing options could affect patients' pain experience during helmet-continuous positive airway pressure. *Nurs Crit Care.* 2019 nov; 24(6): 369-74.

9. Tuyisenge D, Byiringiro S, Manirakiza M.L, Mutsinzi R.G, Nshimiyiryo A, Nyishime M, et al, Quality improvement strategies to improve inpatient management of small and sick newborns across All Babies Count supported hospitals in rural Rwanda. *BMC Pediatr.* 2021 feb 19; 21(1): 89.

10. Wilson P.T, Brooks J.C, Otupiri E, Moresky R.T, Morris M.C, Aftermath of a clinical trial: evaluating the sustainability of a medical device intervention in Ghana. *J Trop Pediatr.* 2014 feb; 60(1): 33-9.

11. Alnajada A, Blackwood B, Mobrad A, Akhtar A, Shyamsundar M, High-flow nasal cannula therapy for initial oxygen administration in acute hypercapnic respiratory failure: study protocol of randomised controlled unblinded trial. *BMJ Open Respir Res.* 2021 jan; 8(1).

12. Chidini G, Piastra M, Marchesi T, De Luca D, Napolitano L, Salvo I, et al. Continuous positive airway pressure with helmet versus mask in infants with bronchiolitis: an RCT. *Pediatrics.* 2015 apr; 135(4): e868-875.

13. Nava S, Navalesi P, Conti G, Time of non-invasive ventilation. *Intensive Care Med.* 2006 mar; 32(3): 361-70.

14. Brown L.K, Javaheri S, Positive Airway Pressure Device Technology Past and Present: What's in the "Black Box"? *Sleep Med Clin.* 2017 dec; 12(4): 501-15.

15. Dimech A, Critical care patients' experience of the helmet continuous positive airway pressure. *Nurs Crit Care.* 2012 feb; 17(1): 36-43.

16. Foti G, Sangalli F, Berra L, Sironi S, Cazzaniga M, Rossi G.P, et al, Is helmet CPAP first line pre-hospital treatment of presumed severe acute pulmonary edema? *Intensive Care Med.* 2009 apr; 35(4): 656-62.

17. Patroniti N, Foti G, Manfio A, Coppo A, Bellani G, Pesenti A, Head helmet versus face mask for non-invasive continuous positive airway pressure: a physiological study. *Intensive Care Med.* 2003 oct; 29(10): 1680-7.

La qualità dell'assistenza nelle residenze assistenziali per anziani dal punto di vista del residente

Una revisione sistematica della letteratura e sintesi tematica

Themes Related to Experienced Quality of Care in Nursing Homes From the Resident's Perspective: A Systematic Literature Review and Thematic Synthesis

Summary of: Sion K.Y.J, Verbeek H, Zwakhalen S.M.G, Odekerken-Schröder G, Schols J.M.G.A, Hamers J.P.H, "Themes Related to Experienced Quality of Care in Nursing Homes From the Resident's Perspective: A Systematic Literature Review and Thematic Synthesis". *Gerontol Geriatr Med.* 2020 Jun 25; 6:2333721420931964. doi: 10.1177/2333721420931964.

Lucia Mauro, Infermiera AO S. Camillo Forlanini-Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Claudia Lorenzetti, Coordinatrice infermieristica AO S. Camillo Forlanini-Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Stefano Casciato, Direttore Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group

Maria Matarese, Professore Associato Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, componente esperta Polo Pratica Clinica del CECRI, vice Direttore Evidence-based practice group for Nursing Scholarship Italy, a JBI Affiliated Group

Review Summary

ABSTRACT INTRODUZIONE

L'aumento della popolazione over 60 anni e della disabilità a livello mondiale hanno determinato una domanda crescente di strutture residenziali assistenziali (RSA) a lungo termine che erogano supporto funzionale 24 ore su 24 a persone fragili con esigenze sanitarie complesse.

OBIETTIVI DELLA REVISIONE

L'obiettivo della revisione sistematica della letteratura qualitativa è stato quello di identificare i fattori che contribuiscono alla qualità dell'assistenza nelle Residenze Sanitarie Assistenziali dal punto di vista dei residenti.

METODI

La revisione sistematica ha utiliz-

zato il metodo della sintesi tematica secondo Thomas & Harden (2008), per estrarre e sintetizzare la ricerca qualitativa.

RISULTATI

L'analisi ha rivelato tre temi generali relativi alle esperienze di cura dei residenti: l'ambiente della casa di cura, gli aspetti individuali della vita nella

Parole chiave

esperienze di cura, qualità dell'assistenza, prospettiva del residente, assistenza lungo termine

Keywords

care experiences, quality of care, resident perspective, long-term care

casa di cura e l'impegno sociale.

COMMENTO

Permettere la personalizzazione degli ambienti privati, stimolare le relazioni, rispettare l'autodeterminazione, i desideri e la privacy dei residenti migliora e facilita l'adattamento della persona all'interno della RSA.

ABSTRACT INTRODUCTION

The increase in the population over 60 and in disability worldwide has led to a growing demand for long-term residential care facilities (RSA) that provide functional support 24 hours a day to fragile people with complex health needs.

OBJECTIVES OF THE REVIEW

The goal of the systematic review of the qualitative literature was to identify the factors that contribute to the quality of care in nursing homes from the point of view of residents.

METHODS

The systematic review used the Thomas & Harden (2008) thematic synthesis method to extract and synthesize qualitative research.

RESULTS

The analysis revealed three general themes relating to the care experiences of residents: the environment of the nursing home, the individual aspects of life in the nursing home and social commitment.

CONCLUSIONS

Allowing the personalization of private environments, stimulating relationships, respecting the self-determination, wishes and privacy of residents improves and facilitates the adaptation of the person within the RSA.

INTRODUZIONE

L'aumento della popolazione over 60 anni e della disabilità a livello mondiale hanno determinato una domanda crescente di strutture residenziali assistenziali a lungo termine. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA; in inglese, solitamente: *Nursing Home*) erogano supporto funzionale 24 ore su 24 a persone fragili a maggiore vulnerabilità, con esigenze sanitarie complesse e di supporto nelle attività di vita quotidiana. Alcune forniscono un'assistenza a lungo termine, altre erogano anche cure riabilitative a breve termine.

La qualità dell'assistenza erogata nelle residenze per anziani può variare tra i diversi Paesi e, all'interno dello stesso, tra struttura e struttura. La qualità dell'assistenza fornita nelle RSA è di solito valutata con indicatori di natura clinica, come, ad esempio, il numero delle cadute accidentali o il numero delle ulcere da pressione nei residenti, ma il cambiamento culturale che si è avuto negli ultimi anni, con il passaggio da un'assistenza orientata al compito a quella centrata sulla persona, personalizzata e basata sulla relazione d'aiuto, ha portato alla necessità di valutare indicatori diversi come quelli sociali ed emotivi.

Sion e colleghi (2020), con la revisione che presentiamo, hanno voluto fornire un contributo al dibattito su che cosa costituisca un'assistenza di qualità nelle strutture, identificando, analizzando e sintetizzando la letteratura qualitativa che ha esplorato il punto di vista dei residenti di queste strutture, per valutare le esperienze di cura percepite e la soddisfazione dell'assistenza.

Obiettivo della revisione

L'obiettivo della revisione sistematica della letteratura qualitativa è stato quello di identificare i fattori che contribuiscono alla qualità dell'assistenza nelle Residenze

Sanitarie Assistenziali come sperimentata dalle persone residenti.

METODI

La revisione sistematica ha utilizzato il metodo della sintesi tematica secondo Thomas & Harden (2008) per estrarre e sintetizzare la ricerca qualitativa.

Database e strategia di ricerca

Nell'aprile 2019, sono state consultate le banche dati PubMed, CINAHL, PsycInfo e Business Source, e, in ogni articolo, è stato effettuato lo *snowballing* della bibliografia. La strategia di ricerca ha combinato tre termini-chiave e i loro sinonimi: "qualità dell'assistenza sperimentata", "prospettiva del residente", "casa di cura".

La stringa di ricerca utilizzata per PubMed è stata poi adattata a tutti i database e sono stati aggiunti dei filtri predefiniti, quali studi qualitativi, articoli scientifici pubblicati in inglese o olandese.

Criteri di ammissibilità e selezione degli studi

Gli studi qualitativi inclusi, attraverso un'analisi dell'esperienza vissuta, dovevano esplorare i temi riguardanti la qualità complessiva delle cure percepite dai residenti in strutture di assistenza a lungo termine per anziani con assistenza 24 ore su 24, pubbliche, private e contesti assistenziali residenziali. Gli studi incentrati su un solo fattore di qualità dell'assistenza sperimentata, come il passaggio alla casa di cura o l'esperienza del pasto, sono stati esclusi in quanto poveri nei dettagli sull'insieme della qualità dell'assistenza erogata. Tutti i titoli e gli *abstract* sono stati selezionati da due ricercatori in maniera indipendente, per confermare l'inclusione e perfezionare i criteri di selezione.

I testi completi degli articoli sono stati analizzati da due ricercatori separatamente e le discrepanze risolte.

te discutendo con un terzo revisore.
Estrazione dei dati e valutazione della qualità degli studi

L'estrazione dei dati e la valutazione della qualità metodologica degli studi sono state eseguite da un revisore e verificate da un secondo. Le seguenti informazioni sono state estratte dagli studi primari: obiettivo, popolazione, dimensione e selezione del campione, *setting*, metodo di raccolta e analisi dei dati e risultati.

Gli articoli inclusi sono stati valutati criticamente utilizzando una *check-list* per la valutazione degli studi qualitativi (Bunn et al., 2008). Gli articoli hanno ricevuto un punteggio "sufficiente" (1) o "insufficiente" (0) seguendo otto criteri, per un punteggio totale compreso tra 0 e 8: (a) ambito e scopo (affermazione chiara della domanda di ricerca); (b) progettazione e metodo (uso appropriato di metodi qualitativi); (c) campione (descrizione chiara del campione); (d) raccolta dati (descrizione adeguata dei metodi di raccolta dati); (e) analisi (i metodi analitici espliciti); (f) affidabilità e validità (presentazione di

come vengono sviluppate categorie/temi); (g) generalizzabilità (limiti per la generalizzabilità chiaramente indicati) e (h) credibilità e plausibilità (risultati e conclusioni supportati da prove). Il team di ricerca ha deciso di includere solo studi con un punteggio ≥ 4 per ridurre il rischio di risultati non affidabili.

Sintesi dei dati

Sono stati considerati come dati i temi individuati dagli autori e le citazioni degli studi originali presentati nelle sezioni dei risultati. La sezione dei risultati di ogni studio è stata perciò codificata *line-by line*, consentendo di traslare i concetti chiave da uno studio all'altro. Questi codici sono stati poi raggruppati in temi descrittivi. Infine, i temi descrittivi sono stati raggruppati nei temi analitici finali per rispondere alla domanda di ricerca. Sono state aggiunte citazioni di supporto per chiarire ogni sottotema.

Le analisi sono state eseguite utilizzando il *software* MAXQDA da due revisori separatamente.

RISULTATI

Dai 2561 articoli identificati dopo aver rimosso i duplicati, sono stati estratti 207 studi di cui è stato analizzato il testo completo. Tra questi studi, 25 pubblicazioni sono state incluse e due pubblicazioni sono state identificate e aggiunte tramite lo *snowballing*.

Dopo l'analisi della qualità metodologica degli studi sono stati inclusi 25 articoli, di cui 24 studi originali. La maggior parte degli studi era di alta qualità, con un punteggio da 6 a 8 punti (n=20). Due hanno ottenuto un punteggio di 3 e sono stati esclusi dalla sintesi tematica.

La revisione include le esperienze di 578 residenti che vivevano in 93 RSA di 14 Paesi. Gli studi sono stati eseguiti in Europa (n=8), Asia (n=8), Nord America (n=6), Australia (n=3) e Sud America (n=1).

Gli studi hanno raccolto i dati tramite interviste, osservazioni (n=7) o interviste di gruppo (n=2). La maggior parte includeva solo residenti che erano cognitivamente in grado di essere intervistati (n=16), alcuni includevano deliberatamente residenti con deficit cognitivi (n=3) e in alcuni non era dichiarato (n=7).

Sintesi tematica

Dai 25 articoli (24 studi), l'analisi ha rivelato tre temi generali relativi alle esperienze di cura dei residenti: l'ambiente della casa di cura, gli aspetti individuali della vita nella casa di cura e l'impegno sociale. Ogni tema è stato poi suddiviso in sei sottotemi e 17 categorie.

L'ambiente della casa di cura

L'ambiente delle RSA è costituito da un ambiente fisico (19 studi) e uno assistenziale (24 studi).

Nell'ambiente fisico, le caratteristiche delle RSA (13 studi), come spazio, rumore, odore e pulizia e la disponibilità di servizi, come negozi in loco e un ristorante, sono state menzionate più volte.

La presenza di un numero adeguato di personale (14 studi) è considerato un prerequisito importante per i residenti che hanno sottolineato l'importanza di personale con bassi tassi di turnover, capace di soddisfare le esigenze dei residenti in modo tempestivo.

Nell'ambiente di cura, da parte dei residenti, è stato segnalato, che, per sentirsi a casa, è necessario sentirsi al sicuro, avere una routine quotidiana, vedere rispettata la propria privacy, rendere la RSA una casa in cui potersi sentire a proprio agio, arredandola e decorandola personalmente, con la possibilità di ritirarsi dall'ambiente comune nel proprio spazio.

Il concetto della privacy è stato affrontato in molti studi che hanno sottolineato il bisogno di privacy spesso non soddisfatto, mentre



in altri la mancanza di privacy è stata accettata e tollerata in quanto aumentava il senso di sicurezza. In metà degli studi, i residenti hanno affrontato l'importanza del senso di sicurezza garantito dalla disponibilità di aiuto 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e dalla opportunità di chiudere a chiave le porte, per evitare l'accesso indesiderato di altre persone.

Molti studi si sono occupati della routine quotidiana, sia come residenti che hanno la libertà di strutturare le loro giornate come desiderano, sia sperimentando la monotonia nelle giornate e sentendosi limitati da regole e regolamenti. Attività strutturate su misura (attività religiose/spirituali, uscite fuori dalla RSA, orari dei pasti e visite di persone care) sono state menzionate e considerate molto importanti per diminuire la noia.

Aspetti individuali della vita nella RSA

Gli aspetti individuali della vita in una RSA consistevano nella personalità (25 studi) e nell'affrontare il cambiamento (20 studi).

La personalità è stata affrontata in tutti gli studi come la necessità di mantenere la propria identità, dignità, autodeterminazione, e autonomia attraverso il rispetto e la valorizzazione delle proprie preferenze e esigenze.

Negli studi è emerso che, per alcuni residenti, il vivere in una RSA ha determinato un peggioramento dello stato di salute, mentre altri hanno persino sperimentato un miglioramento della salute.

Alcuni studi hanno toccato il tema di come affrontare la fine della vita (8 studi) ed evidenziato che vivere in una RSA era come aspettare la fine. Alcuni hanno affrontato aspetti specifici, tra cui la paura della morte, la riflessione sulla vita, l'organizzazione del funerale e la gestione della morte di altri residenti.

Impegno sociale

L'impegno sociale consiste nell'avere relazioni significative (24 studi) e nel modo in cui l'assistenza è fornita dal personale (23 studi).

Nei loro rapporti con il personale (22 studi), alcuni residenti preferivano un approccio orientato alla famiglia, andando oltre la cura e verso l'amicizia, mentre altri preferivano un approccio orientato al servizio incentrato sul ricevere cure adeguate. Alcuni studi hanno sottolineato che i residenti non volevano essere considerati un peso per il personale, ma rendersi utili. Gli studi che riportavano relazioni con amici e familiari (=17), per lo più, hanno menzionato il desiderio dei residenti di mantenere relazioni a lungo termine e avere interazioni sociali significative che contribuivano al loro senso di appartenenza. Alcuni residenti hanno avuto difficoltà a mantenere le loro relazioni parentali o, addirittura, si sono sentiti trascurati dai loro parenti. Gli studi che riportavano le cure fornite dal personale hanno evidenziato l'importanza di un approccio assistenziale su misura, adattato alle esigenze di cura di ogni singolo residente (14 studi). Molti residenti si aspettavano che

il personale possedesse le giuste competenze tecniche per fornire un'assistenza adeguata (17 studi). Altrettanto importanti, per l'esperienza di cura, erano le capacità emotive del personale (17 studi), come le capacità di cura (fiducia, impegno e incoraggiamento), il supporto emotivo e l'adozione di un buon atteggiamento nei confronti dei residenti.

CONCLUSIONI

Questa revisione sottolinea quanto lasciare liberi di personalizzare i propri ambienti privati, stimolare relazioni tra i residenti e con il personale sanitario, rispettare l'autodeterminazione della persona, rispettare i desideri e la privacy dei residenti siano importanti per migliorare e facilitare l'adattamento della persona all'interno della RSA. Inoltre, la revisione sottolinea come la presenza di personale in numero adeguato e qualificato garantisce un'assistenza di qualità in grado di rispondere in modo tempestivo ai bisogni dei residenti.

Per facilitare il cambiamento culturale, da cura centrata sul compito a cura centrata sulla persona e sulla relazione d'aiuto, è indispensabile tener conto delle esperienze delle persone che vivono in tali residenze, per capire a pieno i fattori che contribuiscono alla qualità dell'assistenza sperimentata nelle RSA.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi e di non aver ricevuto alcun finanziamento.



Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, McInnes E & Horton K (2008), A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing and Society*, 28(4), 449-472. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006861>

Thomas J & Harden A (2008), Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8, Article 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>



BEST PRACTICE

Schede informative basate sulle evidenze per i professionisti sanitari

L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni delle vie respiratorie postoperatorie dopo chirurgia toracica elettiva negli adulti

Raccomandazioni*

- La decontaminazione perioperatoria del nasofaringe e/o dell'orofaringe è una strategia che vale la pena perseguire. L'intervento è economico e può essere facilmente effettuato dai pazienti stessi. **(Grado A)**
- Il gel nasale può essere considerato un modo efficace per ridurre la colonizzazione batterica nasale. **(Grado B)**
- I professionisti sanitari dovrebbero assistere i pazienti nell'intraprendere pratiche sistematiche di igiene orale perioperatoria se non sono in grado di effettuarle da soli. **(Grado B)**

*Per una definizione dei gradi di raccomandazione del JBI visita: <https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC>

Fonte d'informazione

Questa scheda informativa sulle migliori pratiche è stata ricavata da una revisione sistematica pubblicata nel 2016 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.¹

La revisione sistematica è disponibile presso JBI.

(www.jbi.global).

Background

Le infezioni correlate all'assistenza contribuiscono notevolmente alla morbilità e mortalità tra le persone sottoposte a un intervento chirurgico elettivo con un potenziale aumento della durata della degenza e dei costi ospedalieri complessivi. La chirurgia toracica, la ventilazione meccanica e/o l'ammissione a un'unità di terapia intensiva (UTI) sono fattori ben noti nell'aumentare il rischio di infezione delle vie respiratorie. Gli agenti patogeni aderiscono e colonizzano le superfici mucose, i denti e il tubo endotracheale. Pertanto, durante l'intubazione e le prime ore dopo l'intervento chirurgico c'è un aumento del rischio di diffusione di agenti patogeni dal cavo orale alle vie respiratorie, che aumenta il rischio di infezioni. L'igiene orale sistematica perioperatoria (SPOH), che comprende interventi quali la rimozione meccanica di biofilm o placche dentali e/o l'uso sistematico del risciacquo della bocca, può essere eseguita dai pazienti stessi o con l'assistenza del personale sanitario (ad esempio infermieri) e può rappresentare un modo per combattere le infezioni correlate all'assistenza, comprese le infezioni delle vie respiratorie e le infezioni del sito chirurgico.

Obiettivi

Lo scopo di questa scheda informativa sulle migliori pratiche è quello di presentare le migliori prove disponibili riguardanti l'igiene orale sistematica perioperatoria nella chirurgia toracica elettiva nella popolazione adulta.

Tipi di intervento

Questa revisione includeva interventi di igiene orale sistematica perioperatoria (come la rimozione meccanica di biofilm o placche dentali e/o l'uso sistematico del risciacquo della bocca) eseguiti da pazienti adulti (di età >18) che erano stati ricoverati per chirurgia toracica elettiva, indipendentemente dal sesso, dall'etnia, dalla gravità della diagnosi, dalla comorbilità, dal trattamento precedente stesso o dal personale sanitario (come gli infermieri).

Qualità della ricerca

Tutti i documenti inclusi (tre studi clinici controllati randomizzati e tre studi quasi sperimentali) sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti e criteri di valutazione standardizzati. Tutti gli studi sono stati considerati di qualità metodologica generalmente elevata in termini di conduzione e resoconto. Strumenti standard sono stati utilizzati per estrarre i dati pertinenti dagli studi inclusi.

L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni postoperatorie delle vie respiratorie dopo chirurgia toracica elettiva negli adulti

Risultati

I documenti inclusi in questa revisione sono stati pubblicati tra il 1996 e il 2014 e provengono da Stati Uniti, Brasile, Argentina, Paesi Bassi e Giappone. Complessivamente sono stati inclusi 2.470 partecipanti (tra 84 e 944 per studio); il 60-80% era di sesso maschile e la maggior parte dei partecipanti aveva più di 60 anni. Cinque studi hanno testato gli interventi erogati per ridurre le infezioni correlate all'assistenza.

Gli interventi preventivi sono stati introdotti da sette a due giorni prima della prevista procedura chirurgica. I dati rilevanti sono stati sintetizzati in una meta-analisi in quanto gli studi inclusi non sono risultati eterogenei sulla base dei risultati del test del chi quadrato. La grandezza assoluta della dimensione dell'effetto complessivo è stata la seguente: per le infezioni correlate all'assistenza un rischio relativo (RR) di 0,65 (intervallo di confidenza [CI] del 95% 0,55-0,78), per le infezioni delle vie respiratorie un RR di 0,48 (95% CI 0,36-0,65) e per le infezioni profonde del sito chirurgico un RR di 0,48 (95% CI 0,27-0,84).

La decontaminazione perioperatoria del nasofaringe e/o dell'orofaringe è apparsa essere efficace, economica e fattibile per i pazienti che possono svolgerla da soli senza l'assistenza degli operatori sanitari. Negli studi inclusi sono state sviluppate e studiate diverse tecniche di intervento di spazzolamento dei denti, senza che un metodo abbia dimostrato risultati apparentemente superiori. Nel complesso, lavare i denti più di tre volte al giorno si è dimostrata una tecnica efficace per rimuovere placche e biofilm. Il risciacquo della bocca con 10-15 mL/0,12% di clorexidina gluconato sembrava rimuovere e prevenire la formazione di biofilm, ma senza alcun effetto significativo sulla vitalità dei batteri della placca quando applicata due o quattro volte al giorno. Il gel nasale (a base di clorexidina al 0,12%) applicato quattro volte al giorno è stato testato al fine di ridurre la decolonizzazione del trasporto nasale di agenti patogeni e i risultati hanno mostrato una significativa riduzione degli agenti patogeni, ma nessuna riduzione statistica delle infezioni correlate all'assistenza o infezioni del sito chirurgico. Le infezioni del tratto urinario non sembrano essere influenzate da nessuno degli interventi studiati.

Tutti gli studi hanno indicato che la decontaminazione sistematica perioperatoria del nasofaringe e/o dell'orofaringe in pazienti sottoposti a chirurgia toracica era efficace nel ridurre il numero di infezioni postoperatorie.

Conclusioni

Sulla base delle evidenze scientifiche di qualità relativamente elevata, questa revisione sistematica supporta l'uso della decontaminazione perioperatoria del nasofaringe e/o dell'orofaringe come potenziale strategia per ridurre il numero di infezioni correlate all'assistenza in generale ed in particolare le infezioni delle vie respiratorie e le infezioni del sito chirurgico. Gli interventi (come spazzolamento dei denti, sciacqui della bocca con clorexidina gluconato allo 0,12% e gel nasale) sono interventi economici e facilmente gestibili che possono essere eseguiti dai pazienti a casa prima del ricovero.

Implicazioni per la pratica

La decontaminazione perioperatoria del nasofaringe e/o dell'orofaringe è una strategia che vale la pena perseguire. Questo intervento è economico e può essere facilmente effettuato dai pazienti stessi. I pazienti devono essere istruiti dai professionisti sanitari sulle tecniche di spazzolamento dei denti efficaci e regolari (ad esempio la tecnica Bass). Il risciacquo della bocca con clorexidina gluconato (0,12%) può essere raccomandato per essere utilizzato dai pazienti due volte al giorno, nonché prima dell'intervento chirurgico e nel periodo post-operatorio.

Vedi figura 1: L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni postoperatorie delle vie respiratorie dopo la chirurgia toracica elettiva negli adulti.

L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni postoperatorie delle vie respiratorie dopo chirurgia toracica elettiva negli adulti

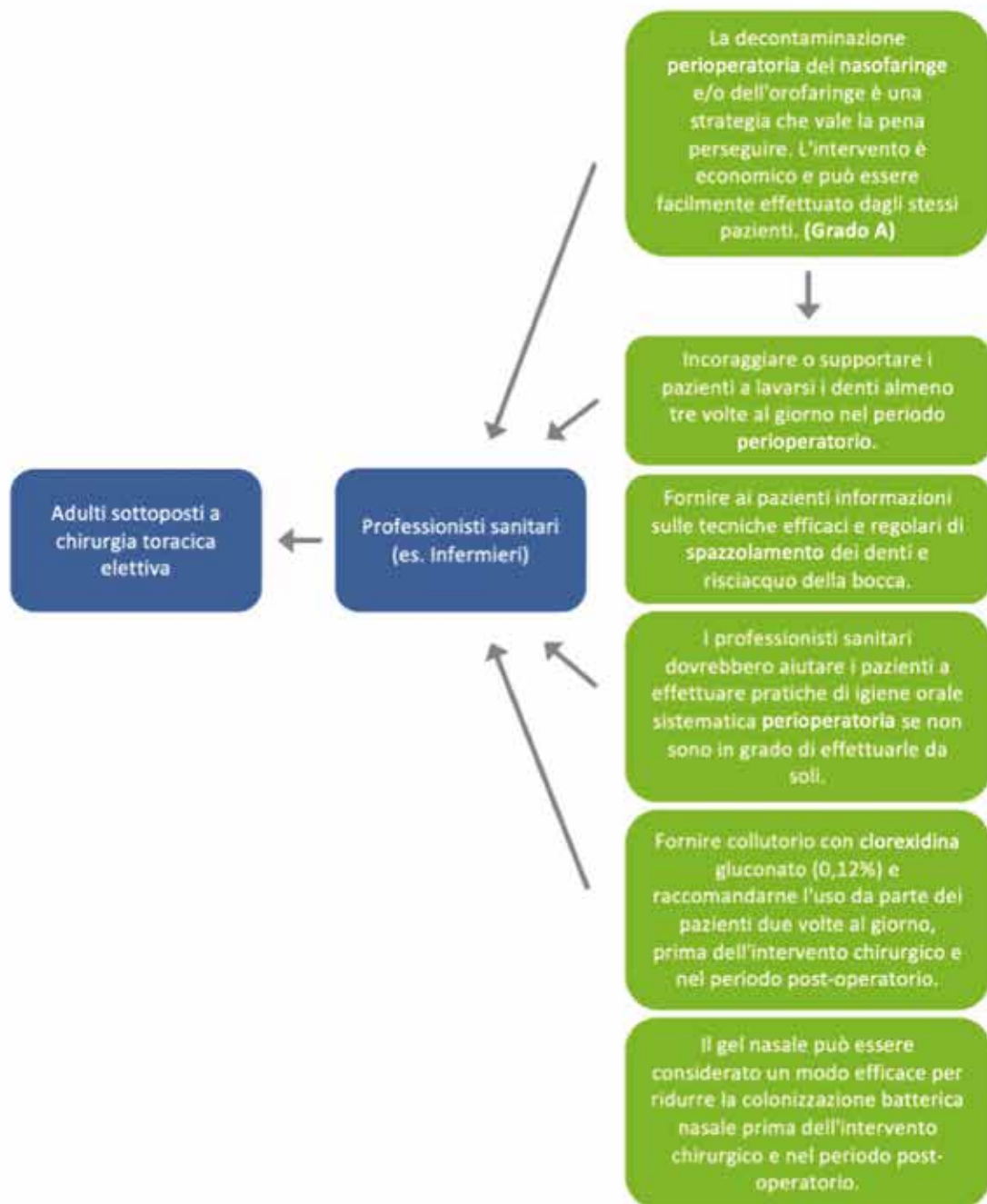


Figura 1: L'efficacia dell'igiene orale sistematica perioperatoria nella riduzione delle infezioni postoperatorie delle vie respiratorie dopo chirurgia toracica elettiva in adulti

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

Bibliografia

1. Pedersen PU, Larsen P, Hakonsen SJ. The effectiveness of systematic perioperative oral hygiene in reduction of postoperative respiratory tract infections after elective thoracic surgery in adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016; 14(1): 140-73.

Autori

Preben U Pedersen¹

Palle Larsen¹

Sasja Jul Håkonsen¹

Micah D J Peters²

1 Danish Center of Systematic Reviews in Nursing: a Collaborating Center of JBI: A collaborating center of JBI, Denmark.

2 JBI, Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, Australia

Ringraziamenti

Questa scheda informativa sulle migliori pratiche è stata sviluppata dalla JBI. Inoltre, questa scheda informativa sulle migliori pratiche è stata rivista dai candidati dei Centri collaboratori internazionali del JBI

Autori traduzione italiana

Marina Palombi (a) e Maria Matarese (b)

(a) Coordinatrice Infermieristica A.O.U. Policlinico Umberto I-Roma, Italia; e-mail: marina.palombi@uniroma1.it

(b) Professore associato in Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-Medico di Roma; Italia, e-mail: m.matarese@unicampus.it

(a) (b) CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Roma, Italia.

Direttore Stefano Casciato

e-mail: stefano.casciato@gmail.com

Come citare questa scheda informativa sulle procedure consigliate:

Pedersen PU, Larsen P, Håkonsen SJ, Peters MDJ. [Best Practice Information Sheets] The effectiveness of systematic perioperative oral hygiene in reduction of postoperative respiratory tract infections after elective thoracic surgery in adults. JBI EBP Database. 2017;19(1):1-4.



Questa scheda informativa sulle migliori pratiche è stata sviluppata dalla JBI e derivata dai risultati di un'unica revisione sistematica pubblicata su JBI Evidence Synthesis. Ogni scheda informativa sulle migliori pratiche è stata sottoposta a una revisione tra pari in due fasi da parte di esperti nominati nel settore.

Nota: le informazioni contenute in questa scheda informativa sulle migliori pratiche devono essere utilizzate solo da persone che hanno le competenze appropriate nel campo a cui si riferiscono le informazioni. Sebbene si sia fatto attenzione a garantire che la presente scheda informativa sulle migliori pratiche riassume la ricerca disponibile e il consenso degli esperti, qualsiasi perdita, danno, costo o spesa o responsabilità subita o sostenuta a seguito del ricorso a queste informazioni (che si tratti di contratto, negligenza o altro) è, nella misura consentita dalla legge, esclusa.

Copyright © 2021 JBI

© JBI 2021. JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Telefono: +61 8 8313 4880 Posta elettronica: jbi@adelaide.edu.au | <https://jbi.global>



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Studio sulla percezione della dipendenza assistenziale finanziata dal CECRI pubblicato sull'European Journal of Cancer Care

A marzo l'*European Journal of Cancer Care* ha pubblicato l'articolo: "Sviluppo e verifica psicometrica

del questionario sulla percezione della dipendenza assistenziale" a cura di: Michela Piredda; Maria Luigia Candela; Anna Marchetti; Valentina Biagioli; Gabriella Facchinetti; Giulia Gambale; Chiara Labbadia; Tommasangelo Petitti; Simone Migliore; Laura Iacorossi; Daniela Mecugni; Laura Rasero; Maria Matarese e Maria Grazia De Marinis. Si tratta di uno studio multicentrico, finanziato dal Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Cultura Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma, che intende sviluppare una "misura della percezione" della dipendenza dalla cura nei pazienti con diagnosi di cancro, e testarne le proprietà psicometriche. Per farlo, ha utilizzato un questionario sviluppato in base ai risultati emersi da una meta-sintesi e da studi qualitativi condotti in tre ospedali italiani. Il questionario finale, composto da 15 *items*, è stato completato da 208 pazienti affetti da cancro ricoverati in due nosocomi.

L'Analisi Fattoriale Esplorativa (EFA) è stata eseguita utilizzando il Metodo della Massima Verosimiglianza e ha prodotto un modello a due fattori che include una percezione positiva e una negativa della dipendenza dall'assistenza. L'indice di validità del contenuto in scala è: 0,92.

I coefficienti di determinazione del punteggio fattoriale (alfa di Cronbach; quelli di affidabilità composita e di correlazione intraclassa) hanno prodotto risultati soddisfacenti. La ricerca capitolina fornisce la convalida iniziale del questionario Care DEeP che può essere utilizzato dagli infermieri oncologici sia per valutare le esperienze positive e negative dei pazienti con dipendenza dalla cura, che per personalizzarla e migliorarla.

Dettagli all'indirizzo: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13430>



Self-care pediatrico, studio CECRI sull'International Journal of Environmental Research and Public Health

Il 28 marzo, sull'International Journal of Environmental research and Public Health è apparso l'articolo "Self-Care

in Pediatric Patients with Chronic Conditions: A Systematic Review of Theoretical Models"

a cura dei ricercatori italiani: Immacolata Dall'Oglio, Giulia Gasperini, Claudia Carlin, Valentina Biagioli, Orsola Gawronski, Giuseppina Spitaletta, Teresa Grimaldi Capitello, Michele Salata, Valentina Vanzi, Emanuela Tiozzo, Ercole Vellone e Massimiliano Raponi. Tra gli autori anche il direttore scientifico del CECRI, Gennaro Rocco. Lo studio è stato finanziato dal Ministero della Salute e dal Centro di Eccellenza dell'OPI di Roma.

La Revisione sistematica dei modelli teorici nella "Cura di sé nei pazienti pediatrici con condizioni croniche" sottolinea l'importanza che ha la promozione della cura di sé attraverso l'educazione e il sostegno, per migliorare i risultati nei bambini e nei giovani adulti (CYA) con condizioni croniche. In letteratura, diverse teorie o modelli concettuali descrivono la cura di sé in CYA con condizioni croniche, ma, per sviluppare un quadro completo, è stata condotta una ricerca sistematica su nove database, secondo le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses).

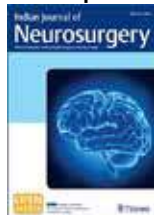
Sono stati inclusi tutti i documenti sottoposti a revisione paritaria, che descrivono una teoria o un modello concettuale di cura di sé nei CYA (0-24 anni) con condizioni croniche. Su 2674 record, 17 ha soddisfatto i criteri di inclusione. Sei articoli includono una teoria o un modello di cura di sé, autogestione, o un concetto simile. Sei hanno sviluppato o rivisto modelli o teorie preesistenti, mentre cinque articoli non si sono concentrati direttamente su un modello o una teoria specifici. I pazienti erano CYA, principalmente con il tipo 1 diabete mellito e asma. Alcuni risultati rilevanti sulla cura di sé nei CYA con menomazioni neurocognitive e in quanti convivono con il



cancro potrebbero essere stati persi. Aggregando il file con gli elementi-chiave, dei 13 modelli concettuali di autocura identificati nella Revisione, gli esperti hanno sviluppato un nuovo “modello globale” che enfatizza lo spostamento del modello di autocura dalla famiglia ai pazienti, che così divengono gli attori principali della loro processo di gestione.

Il modello descrive fattori influenzanti, comportamenti di autocura e risultati: più pazienti risultano impegnati nel self-healing, più i risultati sono favorevoli.

Cure palliative e lesioni da pressione, studio CECRI pubblicato sull'IJNS



Uno studio finanziato dal Centro di Eccellenza di OPI Roma, sui temi dell'hospice, delle cure palliative e delle lesioni da pressione, è stato pubblicato di recente sull'International Journal of Nursing Studies (IJNS).

Con il titolo: “**Prevalenza, incidenza e fattori associati delle lesioni da pressione in hospice: uno studio prospettico longitudinale multicentrico**”, gli autori (Marco Artico, Michela Piredda, Daniela D'Angelo, Maura Lusignani, Diana Giannarelli, Anna Marchetti, Cosimo De Chirico, Chiara Mastroianni e Maria Grazia De Marinis) hanno sottolineato il fatto che i pazienti in cure palliative sono la coorte di popolazione che, più

di frequente, sviluppa pressione da lesioni, con la compromissione grave della loro qualità di vita. Tuttavia, dati provenienti da studi prospettici sulla prevalenza e l'incidenza delle lesioni da pressione negli hospice è scarsa. Questo studio osservazionale prospettico longitudinale multicentrico, dunque, vuole descrivere la prevalenza puntuale e l'incidenza cumulativa delle lesioni da pressione nei pazienti ricoverati negli hospice residenziali, e di analizzarne i fattori predittivi nel tempo. Per farlo, sono stati arruolati oltre 900 pazienti adulti, in 13 hospice residenziali italiani, con un campione minimo di 280 per ogni macroregione (Nord, Centro, Sud/Isole). Questo, attraverso le valutazioni includenti lo stato delle prestazioni di Karnofsky, Braden, Edmonton Symptom Assessment System Scale, riviste e stadiazione delle lesioni da pressione secondo il National Pressure Ulcer Advisory. Il panel è stato condotto almeno ogni quattro giorni, dal ricovero alla morte/dimissione dei pazienti. In conclusione, si è potuto affermare che l'elevata incidenza e prevalenza delle lesioni da pressione confermano l'importanza degli infermieri specializzati in cure palliative, concentrati sulle strategie di prevenzione e gestione.

Eppure, nonostante la fornitura continua di interventi adeguati, la maggior parte delle nuove lesioni da pressione sono state rilevate durante gli ultimi dieci giorni di vita di un paziente e valutate come “inevitabili”.

L'Infermieristica di Tor Vergata tra le eccellenze mondiali

L'Infermieristica di Tor Vergata, anche per quest'anno, è prima in Italia e al 37° posto nello *Shanghai Ranking's, Global Ranking of Academic Subjects*, conquistando una posizione di rilievo rispetto a università storiche come Harvard (USA, classificata nella fascia 51-75) e Oxford (UK, classificata nella fascia 51-75). “Un riconoscimento - ha commentato **Rosaria Alvaro**, ordinario di Scienze Infermieristiche e presidente del CdL in Infermieristica e del CdL Magistrale in Scienze

Infermieristiche di Tor Vergata - che si deve all'intenso lavoro di squadra e alla sinergia fra gli organismi accademici e professionali”.

La valutazione è stata effettuata in base a diversi indicatori, nel periodo 2015-2019: il numero di pubblicazioni indicizzate su *Web of Science e InCites*; prodotte dall'Università in riferimento al *Nursing*; il rapporto tra le citazioni ottenute dagli articoli scientifici pubblicati dall'ateneo e le citazioni medie degli articoli della



stessa categoria; il numero di pubblicazioni nelle quali hanno collaborato autori provenienti da almeno due Paesi; il numero di articoli pubblicati su *Top Journals*, nel settore del *Nursing* dall'università ed il numero totale del personale della stessa che ha vinto un premio inerente al *Nursing* dal 1981. Per tali motivi, l'università romana ha ottenuto il 3°



posto per CNCI e il 6° per le collaborazioni con colleghi internazionali, nel settore *Nursing*.

“Apprendiamo con grandissima soddisfazione la notizia che riguarda l’Infermieristica di Tor Vergata - ha detto il presidente OPI Roma, **Maurizio Zega** -. E ne siamo ancora più soddisfatti perchè consapevoli che anche il nostro Ordine, attraverso il CECRI, ha contribuito a questo successo, finanziando, negli anni, numerosi progetti di ricerca proposti dall’ateneo capitolino. Attualmente, ci sono dieci giovani colleghi infermieri, già Dottori di Ricerca in Scienze Infermieristiche, che sono assegnisti di ricerca a Tor Vergata e lavorano a tempo pieno per sviluppare la ricerca in Italia. La nostra Professione è fondata sulla scienza: il valore della ricerca infermieristica è particolarmente prezioso, perchè immediatamente correlato ai bisogni della persona, della famiglia e della comunità. Applicando, nella pratica quotidiana, i risultati degli studi, il professionista infermiere può intervenire con efficacia, efficienza ed economicità”. “Auguri ai colleghi di Tor Vergata, e a tutto l’Ateneo, che ha una lunga storia di attenzione allo sviluppo della nostra disciplina”, ha concluso Zega.

Maggiori dettagli agli indirizzi:

<https://www.shanghairanking.com/rankings/gras/2021/RS0404>; https://web.uniroma2.it/module/name/Content/newlang/italiano/navpath/HOM/action/showpage/content_id/95187

Call proposte di ricerca 42 i progetti finanziati

La *call* per le proposte di ricerca del Centro di Eccellenza-CECRI, che si è conclusa a marzo, ha registrato un vero successo in termini di adesioni: in totale, 51 i progetti presentati, tutti accettati e tutti meritevoli di analisi scientifica. Tra questi, ben 42 sono stati ritenuti anche finanziabili e saranno così distribuiti nei quattro “pilastri” del CECRI: 6 (per il Polo 1); 28 (per il Polo 2); 5 (per il Polo 3) e 3 (per il Polo 4).

Le proposte di ricerca, per il 2021, dovevano essere strutturate come indicato nelle linee guida pubblicate sul sito del CECRI. Le aree per le quali si potevano presentare riguardano: *Evidence-Based Practice*; Salute digitale (*Digital Health and Innovation*); *leadership*, *workforce* e organizzazione sanitaria; assistenza

infermieristica e cronicità; etica, deontologia, regolamentazione e responsabilità professionale; sicurezza dei pazienti e degli operatori e Storia e identità della Professione infermieristica.

La Commissione scientifica esterna, a cui si deve la rigorosa valutazione *peer-review*, a doppio cieco, ha elogiato il rigore metodologico dei progetti proposti, tenendo a sottolineare che la qualità dei lavori presentati è stata ottima. Tutto ciò rientra nella tradizione del CECRI, un progetto dell’OPI di Roma che ha promosso anche la nascita dei Dottorati di ricerca disciplinari in alcune Università laziali e lo sviluppo del *Nursing* in ambito nazionale ed internazionale.

Info: www.centrodieccellenza.eu

“Infermiere Oggi” entra nella famiglia della banca dati EBSCO

Gabriele Caggianelli,
Tiziana Mercurio

Le riviste scientifiche sono il principale sistema attraverso cui professionisti e ricercatori possono trasmettere e diffondere i risultati delle loro ricerche. Poiché sono le risorse più credibili e aggiornate per quanto riguarda l'evidenza scientifica, queste, **sono anche un importante “anello di congiunzione” con la pratica clinica.** Pubblicare su riviste scientifiche è una parte importante per lo sviluppo e l'avanzamento di qualsiasi professione, compresa, l'Infermieristica.

Ciò consente all'infermiere esperto di condividere le proprie esperienze di *best practice* e i risultati della ricerca con i colleghi della stessa area disciplinare. Oltretutto, le pubblicazioni scientifiche sono un'importante fonte di conoscenza e di evidenza per studenti, ricercatori e addetti ai lavori, che, anche grazie a queste, hanno la possibilità di sviluppare la propria carriera professionale.

Negli ultimi anni, la quantità di pubblicazioni prodotte dagli infermieri italiani è cresciuta parallelamente allo sviluppo accademico della Ricerca infermieristica. Non a caso, nell'ultimo ventennio è stato dimostrato un trend positivo dal punto di vista della produzione di ricerca infermieristica italiana, nonché un importante contributo dato dalla stessa in ambito internazionale¹. Inoltre, nell'ultimo decennio, tra gli infermieri coinvolti nella ricerca, si è registrato un crescente interesse verso gli indicatori bibliometrici, come l'Impact Factor o l'H-Index, che sono l'essenza della bibliometria, essendo, infatti, rilevatori utili per misurare sia la qualità che la quantità delle pubblicazioni scientifiche prodotte, nonché il prestigio del ricercatore, della rivista e delle istituzioni².

Verosimilmente, tutti questi elementi hanno favorito la crescita del numero di pubblicazioni scientifiche di qualità.

Proprio per rispondere a tale esigenza, è stato indispensabile creare uno spazio nel compendio della

rivista “Infermiere Oggi”, per favorire la condivisione e la diffusione di esperienze professionali di carattere scientifico e al fine di promuovere la qualità dell'assistenza infermieristica in tutte le sue discipline e specializzazioni.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma, in questo numero, ha il piacere di annunciare che la rivista è stata indicizzata nell'importante banca dati mondiale CINAHL® pubblicata da EBSCOhost.

Il presidente, **Maurizio Zega**, “*Editor-in-Chief*”, la Segreteria e il Comitato di Redazione sono entusiasti per questo traguardo. Tale risultato, infatti, permetterà alla rivista una maggiore visibilità all'interno del panorama nazionale ed internazionale. In tale ottica e per favorirne una più rapida diffusione dei contenuti, la rivista OPI di Roma è accessibile a tutti in formato digitale, consultabile in qualsiasi momento tramite il sito, all'indirizzo: <https://opi.roma.it/infermiere-oggi/>.

Naturalmente, per soddisfare determinati standard di qualità e raggiungere certi obiettivi, è necessario avere un'adeguata “rete di controllo” che stabilisca la validità, il rigore metodologico e l'utilità dei manoscritti sottoposti alla rivista, prima che siano pubblicati.

Tutte queste procedure sono essenziali per assicurare che la messa su carta e la diffusione avvenga in modo affidabile e secondo criteri scientifici di qualità.

¹ Bagnasco A, Watson R, Barisone M, Pellegrini R, Timmins F, Ale G, et al. *Lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia a dieci anni dall'istituzione delle scuole dottorali*. Prof Inferm [Internet]. 2019 Jul; 72(3):165-70. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=140960668&lang=it&site=ehost-live&scope=site>

² Ausili D, Boldrin A, Salimbeni B, Di Mauro S. *Le pubblicazioni degli infermieri italiani su riviste internazionali: uno studio bibliometrico*. L'Infermiere [Internet]. 2017 Jul; 54(4): 55-61. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=125086831&lang=it&site=ehost-live&scope=site>



EBSCOhost

La Biblioteca e le attività della Commissione

Raccolta dati, elaborazione e redazione della relazione, al febbraio 2021, a cura del dott. Carlo Turci e della dott.ssa Edvige Fanfera

La biblioteca digitale dell'Ordine è disponibile sul sito ufficiale, in accesso da remoto per tutti gli iscritti, sin dal 2011

(info: <https://opi.roma.it/biblioteca/>).

Si tratta di un'ampia aggregazione di risorse elettroniche (banche dati istituzionali, pacchetti di abbonamenti sottoscritti, collezioni di *journals* concesse in convenzione, *journals open access* di diverse fonti), concepita per essere un incentivo per la ricerca dei professionisti infermieri che possono accedere in tempo reale e con la massima facilità, così da creare un circolo virtuoso tra aggiornamento e buona pratica clinica. La biblioteca digitale è estensione e ricchezza della biblioteca di sede e, in questa forma, è un Centro di documentazione dedicato all'Infermieristica significativo per una gran parte dell'utenza potenzialmente afferente: statistiche d'uso e accessi consolidati e significativi lo testimoniano.

La biblioteca di sede, che è evidentemente *back e front office* della biblioteca digitale, è frequentata particolarmente dagli studenti dei CdL in Infermieristica, delle Lauree Magistrali e dei Master del Lazio e di altre regioni; dagli infermieri che, pur lavorando a Roma, sono iscritti ad altri Ordini e dagli infermieri iscritti che, nonostante possano accedere a gran parte del posseduto nella modalità remota, non mancano di frequentare la struttura per il cartaceo, per le assistenze personalizzate, o perché coinvolti in

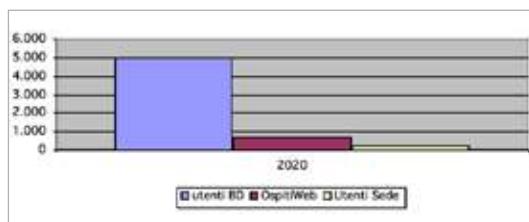


Figura 1. Utenti alla fruizione della biblioteca

progetti di ricerca.

Il 2020, a partire dalla fine di febbraio, è stato segnato dall'emergenza pandemica da COVID-19 che ha condizionato, e ancora condiziona, salute e comportamenti della popolazione in tutto il mondo.

Fatta esclusa l'attività sanitaria, che è stata centrale e fondamentale in questa emergenza, per la sicurezza della salute della popolazione, sono state attivate diverse strategie: *lockdown*, rallentamento delle attività istituzionali indispensabili, blocco delle attività economiche, culturali, sportive, escluse quelle di prima necessità ecc. e, non ultime, la chiusura delle scuole e delle Università con implementazione della didattica a distanza. Ancora oggi, sono in atto parziali restrizioni nella circolazione e nei comportamenti per il contenimento dell'epidemia.

Ciò ha richiesto la chiusura della biblioteca dal 9 marzo 2020 ai primi di giugno, prevedendo poi degli accessi contingentati, per appuntamento, nel rispetto delle norme sanitarie di prevenzione.

Alla ripresa parziale delle attività, prima senza accesso del pubblico e poi in apertura su orario ridotto, sono stati implementati servizi a distanza per gli iscritti (fornitura di articoli) e ricerche bibliografiche a distanza per tutti. Infatti, se la biblioteca di sede è stata chiusa per diverso tempo, l'attività di quella digitale è stata particolarmente consistente e continua, certamente in relazione alla necessità di trovare risposte assistenziali alle problematiche dettate dal Coronavirus. I temi ricorrenti ricercati, oltre al COVID-19, sono stati: "la dignità del paziente" e "cure palliative".

Cinahl e la Cochrane, nel corso del 2020, hanno registrato un incremento di accessi e di fruizione.

La circostanza emergenziale ha reso la biblioteca digitale contingente supporto scientifico per la miglior pratica clinica degli infermieri.

Questo conferma che la strategia di promozione culturale dell'Ordine, offrendo strumenti per la ricerca infermieristica, è sempre valida e necessaria.

L'anno 2020, emergenziale, spicca per un'attività di ricerca intensa. (Figura 1)

LA BIBLIOTECA DIGITALE

Il portale è fruibile da remoto e in sede, attraverso *Full Text Finder* di EBSCO che aggrega risorse EBSCO ed OVID Technologies, periodici elettronici *full text*, catalogo del posseduto cartaceo della biblioteca, le più importanti banche dati biomediche di interesse infermieristico; attraverso il sistema "linksource" aggrega tutti i *full text* disponibili nell'ambiente digitale ai record delle banche dati Cinahl e Pubmed.

PERIODICI DIGITALI DISPONIBILI DA REMOTO ARTICOLI SCARICATI

Le testate elettroniche sono in parte sottoscritte (in ambiente OVID: 26 Testate attive, 41 con gli archivi pregressi delle testate sottoscritte, cessate per cambio titolo; in ambiente EBSCO: WILEY CORE COLLECTION (*Journal of Advanced Nursing e Journal of Clinical Nursing*), in parte concesse in convenzione da EBSCO Information Services e Ovid Technologies, in parte gratuitamente aggregate (*open access/free Journals*) per la comodità del ricercatore.

Le collezioni sono in continuo divenire per il periodico mutare degli accordi tra aggregatori ed editori, ma, per il 2020, si può parlare di **5.676** (dato EBSCO Admin) testate di area biomedica complessive.

LE BANCHE DATI

- **CINAHL "Complete"**, versione massima del prodotto EBSCO. Questa banca dati offre circa **1200 periodici disponibili full text** oltre ad una copertura bibliografica retrospettiva dal 1937 (anche di *full text*). Per comprenderne le dimensioni, si evidenzia che indicizza più di 5.500 Journals per circa 6 milioni di record, così da essere strumento operativo per la ricerca accademica e clinica infermieristica, il meglio per la ricerca della letteratura mondiale di *Nursing* a disposizione degli infermieri iscritti all'OPI di Roma.

- **COCHRANE COLLECTION PLUS**, sottoscritta dal 2013, è la collezione di database nota per l'eccellenza dei suoi documenti e revisioni.

- **PUBMED (NLM)**, liberamente disponibile nel web, aggregato nella biblioteca digitale, consente al ricercatore di verificare a livello di *abstract*, attraverso il *linksource* (LS), la potenziale disponibilità di *full text* o del cartaceo nella biblioteca della sede.

- **OVID/SP**, prodotto Ovid Technologies, è la piattaforma di ricerca che, oltre ad aggregare i periodici sottoscritti dall'OPI di Roma in formato elettronico ed individuabili nel pacchetto "**YourJournals@Ovid**", aggrega la colle-

zione OPEN ACCESS Lippincott, gentilmente concessa dalla Società proprietaria. La ricca collezione di Journal Ovid@Fulltext, non ultima, consente la consultazione di Medline (NLM).

- **EBSCO Discovery Service**: EDS consente al ricercatore di interrogare, contemporaneamente, la diversificata collezione di risorse dell'Ente, supporta la ricerca contemporanea di contenuti dai database in *full text*, database di citazioni e collezioni di risorse (*journals*, catalogo di biblioteca ecc).

Oltre al box di ricerca ben evidente in area autenticata, è disponibile con un box di ricerca sulla pagina web della biblioteca per essere consultato da utenti "guest" non affiliati (accesso limitato ai soli *full text open access*).

Apprezzato nell'uso dagli iscritti, con il suo accesso esterno risulta essere anche uno "strumento di marketing" per la conoscenza della biblioteca da parte di nuovi utenti.

- **ILISI, la banca dati bibliografica dell'OPI di Roma, liberamente disponibile nel web**, è aggregata nell'area autenticata per la comodità del ricercatore che voglia svolgere ricerche sulla letteratura italiana.

LE STATISTICHE

Per le risorse EBSCO Information System, i report di dati sono stati generati attraverso il sito Admin di Ebscohost; per OvidSp, le statistiche sono state fornite da Ovid Technologies.

Entrambe le società aggregatrici, però, modificano le applicazioni per generare le statistiche d'uso, i livelli di analisi, i dati metrici di utilizzo, così che le statistiche specifiche potranno risultare in parte modificate.

Le attività dei device mobili, dopo l'autenticazione, sono tracciate solo nei dati delle interfacce.

Per l'accesso con "User e Password" è emerso che quanti si autenticano nel sistema riservato OPI di Roma sul portale (modalità *referring url*) ed, entrati nel sistema EBSCO, creano un proprio *account* EBSCO, con le stesse credenziali (della durata di 6 mesi) possono accedere al sistema OPI RM dalla pagina di ricerca esterna di EBSCO (*searchebsohost*): una modalità più semplificata di ingresso, gradita ai ricercatori che ne stanno facendo largo uso.

Non è tracciata l'attività di ricerca svolta su PUBMED (NLM) aggregato sul portale OPI di Roma.

Ambiente	Journals	Articoli richiesti
OVID	41 Titoli	938 (dato Ovid)
Wiley Core Collection	Journal of Advanced Nursing Journal of Clinical Nursing	612 (dato Ebsco) +38,78% 1.057 (dato Ebsco) +63,12%
EBSCO Journal Report°	Total for all Journals	4.303(dato Ebsco)
Gran Totale		6.910

° EBSCO Journal Report (dato EBSCO Admin) non computa i titoli OVID e Wiley sottoscritti e si sovrappone, per la sola parte dei Journals, sui docc. scaricati dalle banche dati EBSCO.

Statistiche d'uso dei Journals per il periodo 1/01/2020-31/12/2020

(La seconda parte della relazione seguirà sul prossimo numero)

Webinar con l'ISS per parlare di vaccinazioni, coinvolgimento e autonomia infermieristica

L'OPI di Roma, con l'ISS, è stato protagonista di un convegno on line che ha fatto il punto sulle vaccinazioni anti COVID-19, sottolineando la centralità del personale sanitario, *trait d'union* tra Governo e cittadini

Il 18 maggio, l'OPI di Roma, assieme all'Istituto Superiore di Sanità (ISS)-Dipartimento Malattie Infettive, è stato protagonista di un convegno on line che, attraverso le voci di studiosi e autorevoli rappresentanti delle istituzioni, ha cercato di fare il punto sulle vaccinazioni anti COVID-19.

L'appuntamento con: "Il professionista infermiere e la vaccinazione anti Sars-Cov-2" ha cercato di far emergere quanto il personale sanitario sia al centro del dibattito, essendo, gli infermieri, il *trait d'union* d'elezione fra Governo e popolazione.

Responsabili scientifici: **Anna Colucci**-Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione Dipartimento Malattie Infettive-ISS e **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma.

Segreteria scientifica: **Rosa Dalla Torre**, Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione Dipartimento Malattie Infettive-ISS; **Stefano Casciato**, presidente Commissione Albo infermieri-OPI Roma e **Giuseppe Esposito**, consigliere OPI Roma.

Moderato da **Luigi Bertinato**, della Segreteria Scientifica Presidenza-ISS e dallo stesso Casciato, il *webinar* è stato un agile "strumento" per infermieri e infermieri pediatrici coinvolti nelle vaccinazioni, che, per il presidente dell'ISS, **Silvio Brusafferro**, intervenuto in apertura, sono: "figure centrali nella relazione di cura. Oggi, come dall'inizio della pandemia. La formazione continua del personale sanitario e, in special modo, l'evoluzione delle competenze dei nostri infermieri, basata sulle evidenze scientifiche,

garantisce al Sistema Sanitario Nazionale un largo bacino di professionisti preparati per un'interazione efficace col paziente sotto tutti i punti di vista, specie per quanto concerne la campagna vaccinale e la necessità di dissipare ogni dubbio in tal senso".

Le vaccinazioni, infatti, restano uno degli interventi più sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione delle malattie infettive. Oggi, però, sfiducia nelle istituzioni, dubbi sull'efficacia, condizionamenti dei media, livello di istruzione e differenze di genere, ne hanno influenzato l'accesso. A contrasto, sono necessari formazione e aggiornamento. "Quella di stamane - ha detto il presidente Zega - è un'opportunità per 'confezionare' un prodotto culturale sui vaccini. Sin dal 2018, il nostro Ordine ha approfondito tale tematica per contribuire ad una corretta educazione sanitaria. Guardo all'infermiere del futuro e lo vedo ottimamente formato, empatico, autonomo e anche 'prescrittore'. La figura dell'Infermiere di Famiglia, per esempio, potrebbe essere il trampolino di lancio per un'Infermieristica di prossimità e per un'assistenza sempre meno medica e ospedale-centrica".

L'evento scientifico ha favorito la condivisione tra professionisti infermieri, ricercatori ed esperti impegnati sul campo per promuovere un approccio consapevole alla vaccinazione anti SARS-CoV-2, fondata su solide basi scientifiche. Gli obiettivi della Giornata hanno mirato principalmente a: presentare il Piano strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2; conoscere le varianti e il loro impatto; definire le strategie di riorganizzazione dei Servizi nella vaccinazione; illustrare i vaccini; descrivere i principali aspetti comunicativi per una relazione professionale che miri a una scelta consapevole della vaccinazione.

Con **Giovanni Rezza**, Direttore Generale della Prevenzione presso il Ministero della Salute, e il "Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2", si è discusso di quanto è stato fatto e quanto ci sia ancora da fare a proposito della campagna nazionale, perché: "Ora stiamo vaccinando 'per proteggere', non ancora per evitare la trasmissione del virus. Non si tornerà presto alla vita di prima: mascherine e distanziamento restano misure di prevenzione imprescindibili", ha chiosato.

Una testimonianza diretta, poi, da **Roberta Marchini**, della Commissione d'Albo Infermieri-OPI Roma, che ha raccontato: "L'esperienza della ASL Roma 4. La flessibilità nella riorganizzazione dei Servizi: criticità e punti di forza". E, ancora, spazio agli interventi del biologo **Massimo Ciccozzi**; della psicologa e ricercatrice ISS, **Anna Colucci**; del ricercatore e epidemiologo-ISS, **Fortunato D'Ancona**; dell'infettivologo **Roberto Ieraci**; del Direttore Dipartimento Malattie Infettive-ISS, **Anna Teresa Palamara** e della biologa, specializzata in Microbiologia e Virologia-ISS, **Paola Stefanelli**.



12 maggio: gli OPI d'Italia celebrano la Giornata internazionale dell'Infermiere anche in ricordo dei colleghi deceduti

Nel Lazio, l'OPI di Roma, con la Fondazione Policlinico Universitario "Gemelli" - IRCCS, ha dato vita al *webinar* "Infermieristica ed evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: principi e azioni per progettare il futuro"

In Italia gli Ordini provinciali delle Professioni Infermieristiche, per il 12 maggio - Giornata internazionale dell'Infermiere - hanno organizzato diverse manifestazioni anche per ribadire la vicinanza a pazienti e cittadini.

Questo, mentre, a Firenze, in Santa Croce, l'evento nazionale con la presidente della FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, ha aperto anche la fase congressuale della Federazione, che si svolge, quest'anno, in modalità itinerante, fino a dicembre.

Nel Lazio, l'OPI di Roma, con la Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" - IRCCS, ha dato vita al *webinar*: "Infermieristica ed evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale: principi e azioni per progettare il futuro". Un momento di incontro per parlare dell'esperienza maturata in quest'anno di emergenza COVID-19; delle competenze acquisite; della rinnovata consapevolezza delle esigenze evolutive della Professione nel futuro; la capacità di dare priorità alle azioni necessarie per affrontare lo tsunami pandemico e quelli che potrebbero arrivare; la ricerca di nuovi modelli assistenziali, specie quelli che accolgano la necessità, quanto mai attuale, di declinare l'assistenza del paziente anche sul territorio, in un momento storico in cui la "piramide sociale" si sta invertendo e gli ultra 65enni, tra 30 anni, saranno la maggioranza della popolazione.

Da **Rocco Bellantone**, Preside della Facoltà di Medicina Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore Governo Clinico del Gemelli; a **Daniele Piacentini**, Direttore Risorse Umane e Organizzazione dello stesso, passando per **Andrea Cambieri**, Direttore Sanitario del Gemelli, tutti hanno sottolineato la necessità di

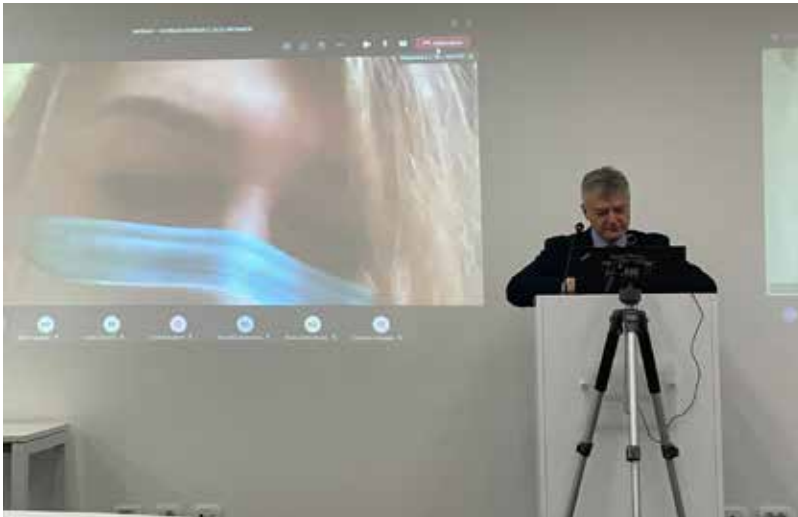
programmare per tempo le Politiche sanitarie ad ogni livello. Inoltre: "Per far fronte alle sfide della Sanità che ci aspetta, c'è bisogno di proattività della figura infermieristica e dell'integrazione costante fra ospedale e territorio. In tal senso, la figura dell'IfeC in ogni parte d'Italia non è più procrastinabile", così, nell'introduzione ai lavori, **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma e Direttore Professioni Sanitarie Policlinico Gemelli.

E se oggi più che mai è necessario adeguare le risposte assistenziali ai bisogni dei cittadini, non va sottovalutata l'importanza della sostenibilità delle stesse: per una salute di qualità dai costi contenuti. "Sono tante le buone pratiche infermieristiche, in giro per lo Stivale - ha spiegato la presidente Mangiacavalli in collegamento da Firenze - : è tempo di farle conoscere!".

L'impegno del neo-eletto Comitato Centrale FNOPI, infatti, sarà volto a migliorare sia il profilo dell'atavica carenza infermieristica (uscita allo scoperto in maniera devastante proprio durante la pandemia) che la valorizzazione, anche economico-contrattuale, della Professione. In tal senso, il presidente Zega rassicura: "In futuro, la nostra crescita riguarderà anche l'area clinica. Con il Middle Management siamo già a buon punto, ma sono convinto che gli anni a venire saranno il più professionalizzanti possibile".

Durante il *webinar*, spazio alla Centrale di Continuità Assistenziale del Gemelli, attraverso le parole di **Maria Letizia Serra**, Coordinatrice CCA, e quelle di **Nicola Zanetti**, Dirigente professioni sanitarie Area Territorio





Azienda ULSS 9 Scaligera. Un'esperienza d'avanguardia, pensata dagli infermieri, che, in un setting interdisciplinare, consente di seguire il paziente da e fino a casa, nell'ottica di un ospedale "flessibile" che non

disdegna l'aiuto della tecno-assistenza.

Quindi, testimonianze dalla "prima linea" in un video con le colleghe **Viviana Passariello** e **Roberta Franceschilli**, e una targa a **Carmen Nuzzo**, responsabile SITRA Columbus Covid 2 del Gemelli, per premiare gli sforzi degli infermieri durante la pandemia. "Un grazie ai colleghi che, anche mentre parliamo, sono in corsia. Vorrei sottolineare la nostra capacità di 'Scienza creativa', a tratti 'funambolica', che abbiamo tirato fuori specialmente durante questo lungo periodo pandemico". "Non a caso, indichiamo la resilienza fra le doti dell'infermiere", ha chiosato Zega. "Senza dimenticare la proattività, utile a passare dall'odierna Medicina 'riparativa' a quella di prossimità. Siamo professionisti che si prendono cura della persona, che conoscono l'attuale indirizzo polipatologico della popolazione e che sono convinti che solo un sistema di salute più giusto ed efficace, che passa attraverso l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, sia la risposta più adeguata che il nostro Sistema Sanitario possa fornire".

In Breve

Infermieri Cavalieri al Merito della Repubblica "Grazie per il vostro Servizio"

Sette infermieri iscritti all'OPI di Roma sono stati insigniti dell'onorificenza di Cavaliere al Merito della Repubblica Italiana in occasione della ricorrenza del 2 giugno. Sono: **Antonella Astorino** della AO San Giovanni-Addolorata; **Rita De Santis** dell'ospedale San Camillo; **Julia Forte** della Asl Rm 6; **Roberta Marchini** della Asl Rm 4; **Vincenzo Mencio** della Fondazione Policlinico Gemelli; **Valentina Rinaldi** del Policlinico di Tor Vergata e **Susanna Sodo** del Policlinico Umberto I.

La comunità professionale romana ha condiviso la loro emozione e si congratula per l'alto riconoscimento ottenuto, specie perché, in questi casi, è facile abbandonarsi alla retorica corporativa o magari, al contrario, a desiderio di rimarcare che non di riconoscimenti ha bisogno l'infermiere, ma di una riforma sanitaria che ne valorizzi le professionalità. "Entrambi gli atteggiamenti, però, sarebbero sbagliati - ha spiegato il presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega** -. Non abbiamo timore della retorica nel congratularci con i colleghi che hanno dato lustro alla nostra professione, e lo facciamo usando una sola e semplice parola: 'grazie per il vostro Servizio'. Servizio ai pazienti, alla comunità locale, allo Stato, agli esseri umani. Nessuno più dell'infermiere è vicino alla sofferenza che incontra, non sui libri, ma sulla carne viva, seguendola e lenendola giorno per giorno. È bene ricordarlo sempre, ed è bene che la Repubblica lo riconosca!". "Al contempo, però - continua Zega - non abbiamo neanche paura di ricordare la dura lezione che la pandemia ci ha impartito, insegnandoci che bisogna passare da una medicina di attesa, 'riparativa', ad una risposta sanitaria proattiva, di prossimità. Il ruolo dell'infermiere in questa prospettiva è di essenziale importanza: lo ricordino i nostri governanti e colgano l'occasione che adesso si presenta per una profonda, decisiva riforma del Sistema Sanitario. Bisognerà essere 'Ovunque per il bene di Tutti', come indica lo slogan del nostro Congresso nazionale itinerante. È quanto i nostri colleghi Cavalieri della Repubblica, e molti altri con loro, hanno già fatto e continueranno a fare".





ACENDIO, l'Infermieristica migliora attraverso l'e-Health

Fabio D'Agostino,
Valentina Zeffiro

L'ACENDIO (*The Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes*) è un'associazione Europea che, fra gli obiettivi principale, promuove lo sviluppo e l'implementazione di linguaggi infermieristici standardizzati.

Gli infermieri, infatti, devono poter condividere informazioni e confrontarsi sulla pratica clinica per migliorare l'assistenza, gestire efficacemente le risorse disponibili e rendere visibile l'assistenza infermieristica a livello locale, nazionale ed europeo.

Il 19 e 20 marzo scorsi, si è tenuta con successo la XIII Conferenza ACENDIO (la prima online, causa COVID-19) e l'assemblea generale che ha consentito il rinnovo del Comitato direttivo, presente al seguente link: <https://acendio.net/meet-the-board/>

I prossimi appuntamenti previsti dell'Associazione sono: il **21 aprile 2022** con il Workshop in *e-Health* a St. Pölten, Austria e il **16-18 marzo 2023** con la XIV Conferenza ACENDIO (in un luogo ancora da definire).

Per entrambe le occasioni, sarà possibile inviare e, in caso di accettazione, presentare, abstract o poster, che saranno in seguito diffusi sul sito istituzionale.

Inoltre, l'ACENDIO sta organizzando gruppi di lavoro scientifici nell'ambito della *e-Health* che si occuperanno di promuovere l'implementazione dei linguaggi infermieristici standardizzati nella pratica clinica, di migliorare la documentazione elettronica dei pazienti e di formare e sensibilizzare sul tema gli studenti di infermieristica. Tali gruppi sono aperti a tutti e ogni contributo è ben accetto!

Senza dimenticare che l'ACENDIO, ogni anno, mette a disposizione delle borse per supportare i ricercatori nei propri progetti di ricerca.

In questo ambito di studio, l'OPI di Roma e il CECRI sono in prima linea da diversi anni attraverso il progetto **PAI (Professional Assessment Instrument)**.

Il PAI, infatti, è un sistema informativo infermieristico clinico, sviluppato da un team di studiosi di diversi atenei romani e Istituzioni pubbliche, che è nato e prosegue grazie a un finanziamento del Centro di Eccellenza-CECRI di OPI Roma. È stato registrato alla SIAE ed è di proprietà intellettuale dell'Ordine capitolino.

Le principali funzioni del PAI sono:

- 1) documentare e pianificare l'assistenza infermieristica nella pratica clinica mediante un linguaggio infermieristico standard;
- 2) fornire un supporto al ragionamento diagnostico dell'infermiere;
- 3) raccogliere dati minimi essenziali utilizzabili per scopi clinici, organizzativi, economici e di ricerca.

Il PAI è stato implementato alla Fondazione "Agostino Gemelli" nel 2013 e, da allora, è utilizzato quotidianamente dagli infermieri del Policlinico Universitario per documentare l'assistenza infermieristica utilizzando una terminologia infermieristica standard.

Non a caso, esso è parte della documentazione sanitaria elettronica dell'ospedale romano che, oltre ai classici dati amministrativi (ad esempio, codici di diagnosi e interventi medici-DRG), ha a disposizione anche i dati minimi di assistenza infermieristica (come diagnosi infermieristiche, interventi).



Rinnovata la Certificazione UNI EN ISO 9001

Giuseppe Amici

Diventa sempre più rilevante per l'OPI di Roma potersi affidare a strumenti gestionali che offrano garanzie sulla qualità e la sicurezza dei servizi erogati

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, a maggio 2021, ha rinnovato la Certificazione UNI EN ISO 9001:2015 del proprio Sistema di Gestione per la Qualità.

L'Organismo di Certificazione **Bureau Veritas**, attraverso i propri verificatori, ha rilevato la conformità del modello organizzativo implementato presso la sede di viale Giulio Cesare ai requisiti dell'ultima edizione della Norma Internazionale.

In un contesto di crescente complessità, anche a fronte della recente emanazione della Legge n.3/2018, sul riordino delle Professioni sanitarie, diventa sempre più rilevante per l'OPI di Roma potersi affidare a strumenti gestionali che offrano garanzie sulla qualità e la sicurezza dei servizi erogati ai propri iscritti. Assicurare la funzionalità dei processi produttivi, validare e attestare qualitativamente e tecnicamente l'affidabilità degli strumenti utilizzati, garantire l'integrità del processo di produzione mediante procedure operative

standard (affidandosi ad uno schema di certificazione consolidato come quello della ISO 9001), consente di fornire un'offerta di servizi sempre più di eccellenza. L'Organismo di certificazione **Bureau Veritas**, durante la sua visita ispettiva, ha verificato, con esito favorevole, i molteplici processi produttivi che rientrano nella competenza dell'Ordine capitolino tra cui quelli nel campo di applicazione del certificato di qualità emesso dall'Ente Terzo, quali: la gestione degli Albi professionali, le pubblicazioni editoriali, l'informazione e l'aggiornamento, la consulenza legale, la consultazione bibliografica, la progettazione e l'erogazione di eventi formativi in ambito ECM e non, la gestione dei progetti di ricerca finalizzati alla crescita culturale e professionale degli iscritti.

L'ambizioso traguardo è stato raggiunto con il contributo fattivo e la completa dedizione di tutto il personale che, da anni, eroga il servizio agli iscritti ed ai cittadini coerentemente ai più alti standard di qualità richiesti per il settore amministrativo e grazie all'impegno profuso di tutti i componenti dell'Organo politico, egregiamente guidati dal presidente, **Maurizio Zega**. La Certificazione ottenuta conferma l'attenzione agli iscritti e a tutti gli *stakeholder* da parte del Consiglio Direttivo, delle Commissioni d'Albo, del Collegio dei Revisori e del personale dipendente, grazie alla capacità di orientare l'offerta del servizio alle esigenze dell'utenza e l'impegno a predisporre un'organizzazione dell'Ordine finalizzata al loro soddisfacimento.

Tra l'altro, l'adozione di un modello gestionale conforme alla norma UNI EN ISO 9001:2015 testimonia quanto grande sia la volontà dell'Ordine di non trascurare alcun elemento riconducibile ai servizi erogati per il successo durevole del proprio Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Progetto di Certificazione non si esaurisce con il conseguimento dell'ambito riconoscimento, ma prosegue nell'impegno giornaliero, per assicurare il mantenimento degli standard di qualità previsti dal modello di certificazione anche attraverso il monitoraggio dei servizi erogati mediante la realizzazione di audit interni finalizzati a comprovarne la conformità ed attraverso la misurazione e la gestione di specifici indicatori per verificarne l'effettiva *compliance* organizzativa.

In un'ottica di miglioramento continuo, inoltre, l'OPI di Roma apre ancora di più il ventaglio della propria visione istituzionale, impegnandosi, nel prossimo futuro, in un'altra considerevole sfida riguardante il conseguimento della certificazione UNI EN ISO 37000:2016 "*Sistemi di gestione per la prevenzione della corruzione*" al fine di dare maggiore enfasi e dimostrazione della bontà e trasparenza del proprio operato.





In corso il Congresso nazionale itinerante per essere “Ovunque per il bene di tutti”

Il Comitato centrale FNOPI toccherà varie aree della Penisola per incontrare i referenti di progetti innovativi, buone pratiche ed eccellenze della Professione. E per fotografare lo stato di attuazione dell'Infermieristica di prossimità, chiave di volta per il futuro Sistema salute

“**O**vunque per il bene di tutti” è lo slogan del tradizionale appuntamento con il Congresso nazionale degli infermieri (che si ripete ogni rinnovo di mandato).

Il primo dell'era Covid e che, proprio per questo, si sta svolgendo in maniera “itinerante” fino a dicembre, con i rappresentanti del neo-eletto Comitato centrale FNOPI, toccando varie aree, con un programma di 20 appuntamenti a carattere locale con i referenti di progetti innovativi, buone pratiche ed eccellenze della Professione, soprattutto sul territorio.

Limitando al massimo gli assembramenti, in rispetto della normativa vigente, lo scopo del Congresso FNOPI 2021 sarà fotografare lo stato di attuazione dell'Infermieristica di prossimità, chiave di volta per un futuro Sistema salute.

La prima tappa, pensata per il 12 maggio, Giornata

Internazionale dell'Infermiere, a Firenze, città natale di Florence Nightingale, madre dell'Infermieristica moderna, nella Sala del Cenacolo della Basilica di Santa Croce (dove c'è un monumento a cui ogni anno rendono omaggio infermieri da tutto il mondo), ha visto il complesso monumentale riaprire per l'occasione i battenti al pubblico dopo mesi di chiusura.

Per l'occasione, è stato presentato un volume inedito sui rapporti tra Florence e la nazione dove nacque nel 1820 e che ben conobbe, anche dal punto di vista scientifico e professionale, durante due lunghi viaggi. La Nightingale, di cui si è celebrato il Bicentenario nel 2020, è stata precorritrice delle buone pratiche di igiene e salute pubblica che ancora oggi contribuiscono a salvare vite. Il filo rosso che legherà le esperienze del Congresso sarà l'Infermieristica di prossimità, a partire dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità-IFeC, figura che, col decreto Rilancio del maggio 2020, è stata istituita per legge, dovrebbe essere presente in tutte le Regioni e che, nel nuovo *Recovery Plan*, assume un ruolo di protagonista proprio per l'assistenza sul territorio. Soprattutto, gli infermieri, con le loro buone pratiche, dimostrano all'organizzazione sanitaria, ai programmatori e ai cittadini, che la vera assistenza si fa in *team*, senza prevaricazioni tra una professione e l'altra.

Non a caso, i professionisti sanitari, anche durante la pandemia, hanno proiettato l'infermiere in una dimensione nuova, più vicina al paziente e capace di intercettare proattivamente la sua domanda di salute, in special modo nelle aree più interne e disagiate del Paese.

“Dobbiamo costruire un Servizio Sanitario Nazionale migliore - ha detto il Ministro della Salute, **Roberto**

20° CONGRESSO NAZIONALE FNOPI
MAGGIO-DICEMBRE 2021
ON THE ROAD

OVUNQUE per il BENE di TUTTI

Infermieristica di prossimità
per un sistema salute più giusto ed efficace

12 maggio • FIRENZE
11-12 giugno • Un viaggio per disegnare il futuro
9-10 luglio • valorizzando le eccellenze della professione
24-25 settembre •
29-30 ottobre •
12-13 novembre •
15-16 dicembre • ROMA

FNOPI



dalla FNOPI

Speranza, nel suo video-saluto - e in questo contesto c'è il ruolo del mondo che rappresentate, la figura dell'infermiere, di chi ogni giorno si prende cura delle persone". Rispetto agli obiettivi per il futuro della Professione, la Federazione ha avanzato tre richieste a Governo, Regioni e Parlamento dal Congresso nazionale 2021: **più organici** per far fronte alla carenza che sta assumendo contorni rischiosi per la tutela della salute; subito **specializzazioni** e nuove competenze per gli infermieri; più forza alla **specificità infermieristica** riconosciuta nella legge di Bilancio 2021.

L'adeguamento dei fabbisogni è necessario perché la carenza di circa 60 mila infermieri, ha dimostrato i suoi effetti negativi proprio durante la pandemia e ora rischia di trasformarsi in un serio rischio per la salute. Specializzazioni e competenze necessarie per far fronte al quotidiano e alle emergenze; la specificità infermieristica, che trova il suo sviluppo nell'adeguamento economico, servirà a creare un'area infermieristica in cui le nuove peculiarità possono essere declinate secondo i bisogni del sistema e dei cittadini. Inoltre, gli infermieri dovranno essere anche più presenti nelle istituzioni per tutte le scelte legate alla salute. È la logica conseguenza della crescita, dell'impatto e della rilevanza dell'Infermieristica.

Si deve dar forza al nuovo modello di lavoro che prevede di abbandonare modelli obsoleti di rapporti interprofessionali e abbattere le disuguaglianze contrattuali, di posizione e, perché no, anche economiche, che oggi caratterizzano le professioni sanitarie.

Una nuova modalità di Congresso che è: "Un segno di speranza", come lo ha definito il presidente della Regione Toscana, **Eugenio Giani**, specie perché il ruolo degli infermieri è fondamentale per come hanno saputo agire durante l'emergenza, con la crescita della professionalità, dell'impegno e del sacrificio e una forte motivazione professionale ed etica.

In giugno, si è svolta la seconda tappa, dedicata alle regioni del Nord Ovest, mentre in luglio l'iniziativa si sposterà nel Nord Est, per poi toccare in autunno il Centro Sud, le Isole, e concludere la sua "corsa" a Roma, con un evento in presenza previsto il 16 dicembre al Teatro "Ambra Jovinelli".

12 MAGGIO
2021

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE

OVUNQUE
per il BENE
di TUTTI

Infermieristica di prossimità

per un sistema salute più giusto ed efficace

In Breve

MUR, torna l'Osservatorio nazionale delle Professioni Sanitarie

Con il decreto di aprile, firmato dal Ministero dell'Università e dal Ministro della Salute, è stato riattivato l'Osservatorio nazionale dedicato, più volte chiesto dai tre Ordini delle 22 Professioni Sanitarie: FNOPI (Infermieri), FNOPO (Ostetriche) e FNO TSMR PSTRP (Tecnici di Radiologia e delle Professioni Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione).

In esso, hanno trovato posto anche rappresentanti delle Professioni: per gli infermieri, **Maurizio Zega** e **Giancarlo Cicolini**, componenti del Comitato centrale FNOPI e, rispettivamente, presidenti degli Ordini di Roma e Chieti.

L'Osservatorio ha il compito di formulare proposte e pareri in ordine alla definizione di:

- linee di indirizzo per l'elaborazione di requisiti d'idoneità organizzativi, strutturali e tecnologici, per l'accreditamento delle strutture didattiche universitarie e ospedaliere per la formazione delle figure professionali di cui alla legge n. 251/2000;
- linee guida per la stipula dei protocolli d'intesa tra le Regioni e le Università, a norma dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e dell'articolo 6, comma 13, della legge n. 240/2010;
- criteri e modalità per assicurare la qualità e la formazione in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea;
- criteri e modalità per lo svolgimento del monitoraggio dei risultati della formazione delle figure professionali dell'area sanitaria.



Rinnovati gli organi della Federazione Ecco il Comitato centrale 2021-2024

Il 26, 27 e 28 marzo, si sono svolte le votazioni per il rinnovo degli organi della Federazione Nazionale. Il nuovo Comitato centrale della FNOPI ha confermato **Barbara Mangiacavalli** presidente per il quadriennio 2021-2024

Il 26, 27 e 28 marzo, si sono concluse le operazioni di voto per il rinnovo degli organi della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI), che rappresenta oltre 454 mila infermieri e infermieri pediatrici italiani. Per la prima volta, è stata attivata con successo la procedura di voto telematico in presenza.

Alle urne in 222, tra presidenti degli Ordini provinciali OPI (chiamati ad esprimersi su Comitato centrale e Collegio Revisori) e presidenti delle Commissioni provinciali Albo degli Infermieri e Infermieri Pediatrici (chiamati ad esprimersi sulle rispettive, omonime Commissioni nazionali).

Ciascun elettore aveva un numero di schede proporzionale a quello di iscritti al proprio Albo; su 102 Ordini provinciali, hanno partecipato i rappresentanti di 91. Il *quorum* necessario per rendere valide le elezioni corrispondeva ai 2/5 degli aventi diritto: per l'occasione, è stato più che doppiato.

L'assemblea degli Ordini provinciali ha votato quindi i rappresentanti del Comitato centrale FNOPI, che, alla prima riunione utile in aprile, hanno confermato **Barbara Mangiacavalli** presidente per il quadriennio 2021-2024.

I nuovi eletti hanno scelto anche le altre cariche che guideranno la Federazione per i prossimi quattro anni: **Cosimo Cicia**, vice presidente; **Beatrice Mazzoleni**, segretaria nazionale; **Pierpaolo Pateri**, tesoriere.

Oltre ai già citati, nel nuovo Comitato centrale siedono i presidenti di Ordine: Giancarlo Cicolini (Chieti), Nicola Draoli (Grosseto), Carmelo Gagliano (Genova), Pietro Giurdanella (Bologna), Maria Cristina Magnocavallo (Campobasso-Isernia), Stefano Moscato (Vibo Valentia), Luigi Pais Dei Mori (Belluno), Antonio Scarpa (Brindisi), Massimiliano Sciretti (Torino), Carmelo Spica (Catania) e **Maurizio Zega**, presidente dell'OPI di Roma, che ha ricevuto anche deleghe

specifiche su: rapporti istituzionali, formazione e ricerca.

Revisori dei conti, i presidenti: Salvatore Occhipinti (Agrigento), Gennaro Scialò (Frosinone) e Raffaele Secci (Oristano, revisore supplente).

“I valori della Professione in cui ‘Autori del futuro’, la nostra lista, si riconosce sono gli stessi che animano il nostro Servizio Sanitario Nazionale - ha commentato Mangiacavalli -. L'unicità, l'universalità ed il solidarismo, essenziali per risposte eque ed appropriate ai cittadini, senza alcuna distinzione sociale. Senza dimenticare l'inclusività, la partecipazione e la resilienza”. Che troveranno realizzazione secondo i principi di autonomia, responsabilità e indipendenza, ma anche coerenza e profilo istituzionale, perché la FNOPI è un Ente sussidiario dello Stato.

Il nuovo Comitato centrale concentrerà la sua azione soprattutto su sei punti: rendere stabile e attuale il concetto di “specificità infermieristica”; realizzare una revisione e sviluppo qualitativo e quantitativo dei programmi dei percorsi di base e post base; valorizzare l'identità professionale con interventi sugli studi per il dimensionamento degli organici di personale infermieristico nel medio periodo; consolidare l'azione politica professionale a tutti i livelli per la prosecuzione dell'impegno ai tavoli istituzionali; rafforzare la rete di collaborazione con le forme di associazione comunitaria quali Osservatori e le Consulte dei pazienti e dei cittadini ed elle Associazioni e Società Scientifiche; sostenere e accompagnare gli Ordini Provinciali e le Commissioni di Albo infermieri e infermieri pediatrici e nel ruolo di rappresentanza politico.

Con le elezioni, si sono insediati anche i due organismi previsti dalla legge 3/2018: la Commissione d'Albo degli Infermieri e degli Infermieri Pediatrici che si occuperanno delle procedure di iscrizione dei nuovi infermieri, dei provvedimenti disciplinari, di una serie di funzioni gestionali e di supportare le altre istituzioni nello studio e l'attuazione di atti che riguardano la Professione.

Nella Commissione d'Albo degli Infermieri, eletti: **Franco Vallicella** (presidente OPI Verona), presidente; **Stefano Giglio** (presidente OPI Udine), vicepresidente e **Irene Rosini** (presidente OPI Pescara), segretaria. Nella Commissione d'Albo degli infermieri Pediatrici: **Laura Barbotto** (presidente Commissione Albo Infermieri Pediatrici OPI Cuneo), presidente; **Maria Grazia Proietti** (presidente Commissione Albo Infermieri Pediatrici OPI Roma), vicepresidente e **Angela Capuano** (OPI Napoli), segretaria.



L'impegno dell'Ordine per sbloccare le vaccinazioni per tutti gli infermieri

Dopo numerosi incontri e pressioni istituzionali, sin da maggio, la Regione Lazio ha finalmente comunicato che gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario, impegnati nell'erogazione di cura ed assistenza, ma non ancora vaccinati, possono registrarsi on line per immunizzarsi dal COVID-19, a prescindere dalle fasce d'età. Attraverso il portale **prenotavaccino-covid.regione.lazio.it** è stato, quindi, possibile compilare il modulo online per programmare l'appuntamento, dopo che la piattaforma dedicata inizialmente prevista in gennaio era stata disattivata in febbraio.

Una boccata di ossigeno, seppur tardiva, per migliaia di infermieri laziali che, solo perché non dipendenti pubblici, erano stati clamorosamente tagliati fuori dalla Regione Lazio dalle prime sessioni prioritarie di vaccinazioni dal virus, come denunciato più volte dall'OPI di Roma, e nonostante continuassero a lavorare, anche in ambito domiciliare, con pazienti potenzialmente a rischio.

Proprio raccogliendo queste contraddizioni, il nuovo Consiglio direttivo dell'Ordine aveva, sin da subito, cercato un'interlocuzione con la struttura regionale impegnata nella programmazione dei vaccini, racco-

gliendo i dati di tutti i propri iscritti non ancora immunizzati e compilando degli elenchi periodicamente trasmessi alla Regione Lazio per velocizzare il processo. "In totale, sono stati 711 colleghi personalmente assistiti, per un totale di 748 inserimenti in lista, in quanto qualcuno è stato inserito più volte per arrivare alla chiamata presso il centro vaccinale di riferimento. Tutte le mail gestite dal nostro Ordine, tra posta in arrivo e inviata, sono state ben 2.562", spiega il neo consigliere **Fabio Tettoni**, che ha curato il servizio, con particolare riferimento agli infermieri liberi professionisti, rimasti sempre attivi sul territorio nonostante i ritardi iniziali della campagna vaccinale.

Senza per questo trascurare tutte le altre tipologie di colleghi, anche delle altre province laziali.

Il sito internet dell'OPI di Roma ha pertanto ospitato una serie di comunicazioni urgenti, in evidenza sulla homepage, per aggiornare costantemente gli iscritti sullo stato di avanzamento delle pratiche, fino alla definitiva risoluzione della problematica in maggio.

Del resto, al fine di tutelare la salute pubblica e mantenere adeguate condizioni di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono attività nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 ai sensi dell'articolo 4 del DL 1 aprile 2021, n.44, salvo casi di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale, in cui la vaccinazione può essere omessa o differita. **La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati.**

In Breve

ASL Roma 6, primo ambulatorio per i disturbi alimentari

Il 13 maggio scorso, taglio del nastro dell'Ambulatorio Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) presso l'Ospedale dei Castelli Romani, prima struttura dedicata dell'ASL Roma 6, alla presenza dell'Assessore regionale alla Sanità, **Alessio D'Amato**; del Direttore generale ASL Roma 6, **Narciso Mostarda** e del Direttore Sanitario ASL Roma 6, **Roberto Corsi**.

Una giornata che rappresenta una prima vittoria di un percorso intrapreso durante la pandemia per potenziare i servizi di prevenzione e cura dei disturbi alimentari nella Regione.

I disturbi alimentari sono patologie spesso sottovalutate che colpiscono principalmente i giovani, i giovanissimi e le donne.

Solo nel Lazio si stima che oltre 211 mila persone soffrano di DCA, con un trend in crescita (e la pandemia ha registrato il +30% dei casi). "Un primo risultato per offrire a tutte le persone che soffrono di DCA e le loro famiglie una rete di supporto fatta di servizi e professionalità", ha spiegato **Eleonora Mattia**, Presidente IX Commissione Consiglio regionale del Lazio. "Un ringraziamento particolare al personale sanitario che continua a essere in prima linea nella battaglia al Covid e per garantire il diritto alla salute ognuno di noi".



Florence Nightingale Un libro in omaggio al bicentenario



L. Borghi, V. Dimonte, E. Manzoni,
M. Siccardi e G. Zella

**Florence Nightingale e l'Italia.
Due secoli di arte e scienza
infermieristica**

180 pagg, FNOPI

Link per pdf gratuito:

<https://bit.ly/3xVU5B5>

i

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

Per la consultazione:

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

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

Info:

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

Tel. 06/37511597

e-mail: biblioteca@opi.roma.it

“**F**lorence Nightingale e l'Italia. Due secoli di arte e scienza infermieristica” pubblicato dalla Federazione Nazionale Ordini e Professioni Infermieristiche (FNOPI), a cura degli autori Borghi, Dimonte, Manzoni, Siccardi e Zella, è il primo volume che indaga il forte legame tra “la Signora con la lampada” e il nostro Paese, attraverso dati, documenti e notizie inedite raccolte da un gruppo di lavoro trasversale. Florence Nightingale è stata la prima, vera icona femminista del Novecento, oltre che una delle donne britanniche più influenti dell'Età vittoriana.

Nata da una famiglia inglese altolocata, deve il suo nome proprio alla città di Firenze, dove nacque nel 1820. Grazie ad un'istruzione molto più approfondita per l'epoca, studiò le lingue e le materie umanistiche, ma soprattutto la matematica.

Iniziò il suo apprendistato di infermiera in ospedale in Germania, a Kaiserwerth, per poi viaggiare in tutta Europa sino al ritorno a Londra e al lavoro da Sovrintendente in un ospedale per donne, raggiungendo anche l'autonomia economica. Fondamentale la sua esperienza nel 1854, in Crimea: le sue azioni e le sue indicazioni furono determinanti per salvare la vita e preservare la salute mentale di migliaia di soldati. Sulla base delle sue conoscenze sanitarie e statistiche, da questa esperienza elaborò il “Diagramma delle cause di mortalità nell'esercito d'Oriente”.

È stata un'antesignana nella salvaguardia della salute pubblica e nel contrasto delle epidemie e delle infezioni, e nel 1859 pubblicò “*Notes on Nursing*”, uno dei testi basilari della Scienza Infermieristica e che ebbe grande successo anche fuori della sua scuola. Si parte dalla sua ricca biografia, scritta da un infermiere, Giulio Zella, affinché il rigore della ricerca fosse mitigato dalla passione professionale. Quindi, a Luca Borghi, storico della Medicina, a cui è andato il compito di dare una visione del contesto scientifico dell'Ottocento. Poi, Edoardo Manzoni, professore di Storia e Filosofia dell'assistenza infermieristica, ha ricostruito tutti gli spostamenti di Florence lungo lo Stivale, nonché i carteggi e gli incontri con personalità italiane una volta rientrata a Londra dopo la Crimea. Ma, non è solo di Florence che si parla in questo bel testo: Marisa Siccardi, infermiera cultrice di Storia della Professione, nel suo contributo, infatti, tratteggia i profili di piccole e grandi donne che, ciascuna a suo modo, hanno dato il loro contributo all'Infermieristica, fino all'alba della Professione in Italia. Uno snodo cruciale raccontato e documentato nella relazione finale del libro dal professor Valerio Dimonte.

Libro che, dunque, si chiude con una nascita, così com'era iniziato, con la venuta al mondo di Florence Nightingale a villa Colombaia.

Obbligo di vaccinazione contro il COVID-19 tra norme stringenti e diritto di autodeterminazione

Avv. Barbara Pisa

L'articolo 4 del decreto legge 1^o aprile 2021, n. 44, convertito con modificazioni dalla legge 28 maggio 2021, n. 76, ha introdotto, **al fine di tutelare la salute pubblica** e mantenere adeguate **condizioni di sicurezza** nell'erogazione delle prestazioni di cura e assistenza, **l'obbligo di vaccinazione** gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 per **"tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali"**.

Il successivo comma 6^o dell'art. 4 sopra richiamato attribuisce all'Azienda sanitaria locale il compito di accertare l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e di darne immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza. Dalla violazione dell'obbligo vaccinale discende **"la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2"**.

La sospensione è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza.

È di questi giorni la nota del Ministero della Salute adottata a seguito della richiesta di chiarimenti da parte della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, in merito agli adempimenti che l'Ordine professionale è tenuto ad adottare nell'ipotesi di accertata violazione dell'obbligo vaccinale, e in merito al quesito se la sospensione ex lege dal diritto di svolgere prestazioni di carattere sanitario comporti anche, automaticamente, la sospensione dell'iscritto dall'Ordine professionale, ai sensi dell'art. 43 del DPR n. 221/1950.

Con la nota del 17 giugno 2021 il Ministero ha chiarito che:

- il provvedimento di accertamento della mancata osservanza dell'obbligo vaccinale è adottato dall'Azienda sanitaria;



- la sospensione dall'esercizio della prestazione sanitaria per l'ipotesi di accertata violazione dell'obbligo vaccinale costituisce una misura obbligatoria, derivante direttamente dalla legge, che cessa automaticamente nel caso di ottemperanza dell'obbligo vaccinale;
- l'Ordine professionale, preso atto della sospensione derivante ex lege dall'atto di accertamento dell'ASL, comunica all'interessato gli effetti derivanti dall'atto di accertamento che consistono, come detto, nella sospensione temporanea dall'esercizio della professione;
- la sospensione dall'esercizio della professione non comporta, automaticamente, anche sospensione dell'iscritto dall'albo pro-

fessionale, non potendo rientrare tale fattispecie tra quelle contemplate dall'art. 43 del D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221.

Chiarita la portata delle disposizioni in questione, dobbiamo domandarci se la mancata ottemperanza all'obbligo vaccinale, da parte del professionista sanitario, possa costituire condotta disciplinarmente rilevante e come possa essere contemperato l'obbligo vaccinale con il diritto di autodeterminazione, inteso quale riconoscimento della capacità di scelta autonoma e indipendente dell'individuo.

L'obbligo vaccinale è già stato oggetto di analisi da parte della Corte Costituzionale che ha riconosciuto come lo stesso sia costituzionalmente legittimo, a determinate condizioni.

La **Corte Costituzionale**, con la sentenza **n. 5 del 2018**, infatti, ha stabilito che l'obbligo è pienamente legittimo quando, basandosi su dati scientifici, è finalizzato a tutelare la **salute pubblica (articolo 32 Cost.)**, quale interesse della collettività.

Sebbene, quindi, la somministrazione del vaccino comporti inevitabilmente un'ingerenza nell'ambito della sfera individuale, in ogni caso l'obbligatorietà della somministrazione è da considerare costituzionalmente lecita quando:

1. è formalmente prevista da una legge;
2. ha quale finalità la tutela della salute, sia individuale che collettiva;
3. non è pregiudizievole per il soggetto che la subisce, oltre il limite delle conseguenze accettabili.

In altre parole, quindi, in un bilanciamento di interessi, l'obbligo vaccinale diviene costituzionalmente legittimo quando finalizzato a tutelare un interesse sanitario, individuale o collettivo, non altrimenti tutelabile.

Possiamo pertanto concludere che **la libertà di autodeterminazione incontra il limite del rispetto della salute altrui, sia individuale che collettiva.**

Tali principi hanno trovato ulteriore conferma in una recente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo che riconosce come **"necessaria in una società democratica"** la **vaccinazione obbligatoria.**

In particolare, con la recente sentenza dell'8 aprile 2021, la Corte europea ha indicato quali sono i criteri che la legislazione nazionale deve rispettare per essere conforme al principio di non ingerenza nella vita privata del singolo (art. 8 CEDU).

La limitazione alla libertà di autodeterminazione e l'ingerenza nella vita privata del singolo causata da una norma che impone l'obbligo di vaccinazione è consentita quando sussistono le seguenti condizioni:

- **la previsione di legge:** su questo punto la Corte ha affermato che il termine "legge" negli artt. 8 e 11 della CEDU deve essere inteso in senso "sostanziale" e non "formale". La vaccinazione obbligatoria può dunque essere prevista non solo dalla legge primaria ma anche da atti giuridici di rango inferiore;

- **la protezione della salute:** la finalità deve essere proteggere dalle malattie contagiose, che possono rappresentare un grave rischio per la salute.

- la necessità di tale opzione **in una società democratica:** è compito e responsabilità di ciascuna autorità nazionale valutare il giusto **equilibrio tra interesse pubblico e interferenza nella vita privata** degli individui, adottando i mezzi più idonei al raggiungimento di tale equilibrio.

Secondo la Corte, infatti, la **protezione della salute di tutti i membri della società**, soprattutto di quelli che sono particolarmente vulnerabili





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

Info:

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

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

rispetto a determinate malattie, e per i quali si chiede al resto della popolazione di assumere un rischio minimo sotto forma di vaccinazione, **deve prevalere sull'ingerenza nella sfera individuale.**

Venendo, quindi, alla situazione italiana, a parere di chi scrive, si può ritenere che sussistano tutte le condizioni, richiamate sia dalla nostra Corte costituzionale, che dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, per considerare costituzionalmente legittimo l'obbligo vaccinale imposto, per norma di legge, nei confronti del personale sanitario, per la tutela della salute collettiva, in una gravissima situazione emergenziale di epidemia in atto.

A questo punto, occorre domandarsi se la violazione dell'obbligo vaccinale da parte di un Infermiere possa costituire condotta disciplinarmente rilevante dal punto di vista etico-deontologico. Per poter rispondere a tale quesito, occorre partire dall'analisi delle norme del Codice Deontologico e, in particolare, dagli articoli 9 e 10.

Il primo, l'art. 9, è rubricato "*ricerca scientifica e sperimentazione*" e stabilisce che "*L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati*".

Il successivo articolo 10, rubricato "*Conoscenza, formazione e aggiornamento*", prevede che l'Infermiere debba fondare il proprio operato "*su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina*".

L'Infermiere, quindi, deve riconoscere il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione, e orientare il proprio operato sulle conoscenze della comunità scientifica. Emerge, altresì, che l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze e competenze tramite lo studio e il pensiero critico.

L'articolo 29 stabilisce che, nell'ambito della comunicazione, l'Infermiere debba, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, **comunicare "in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo"**.

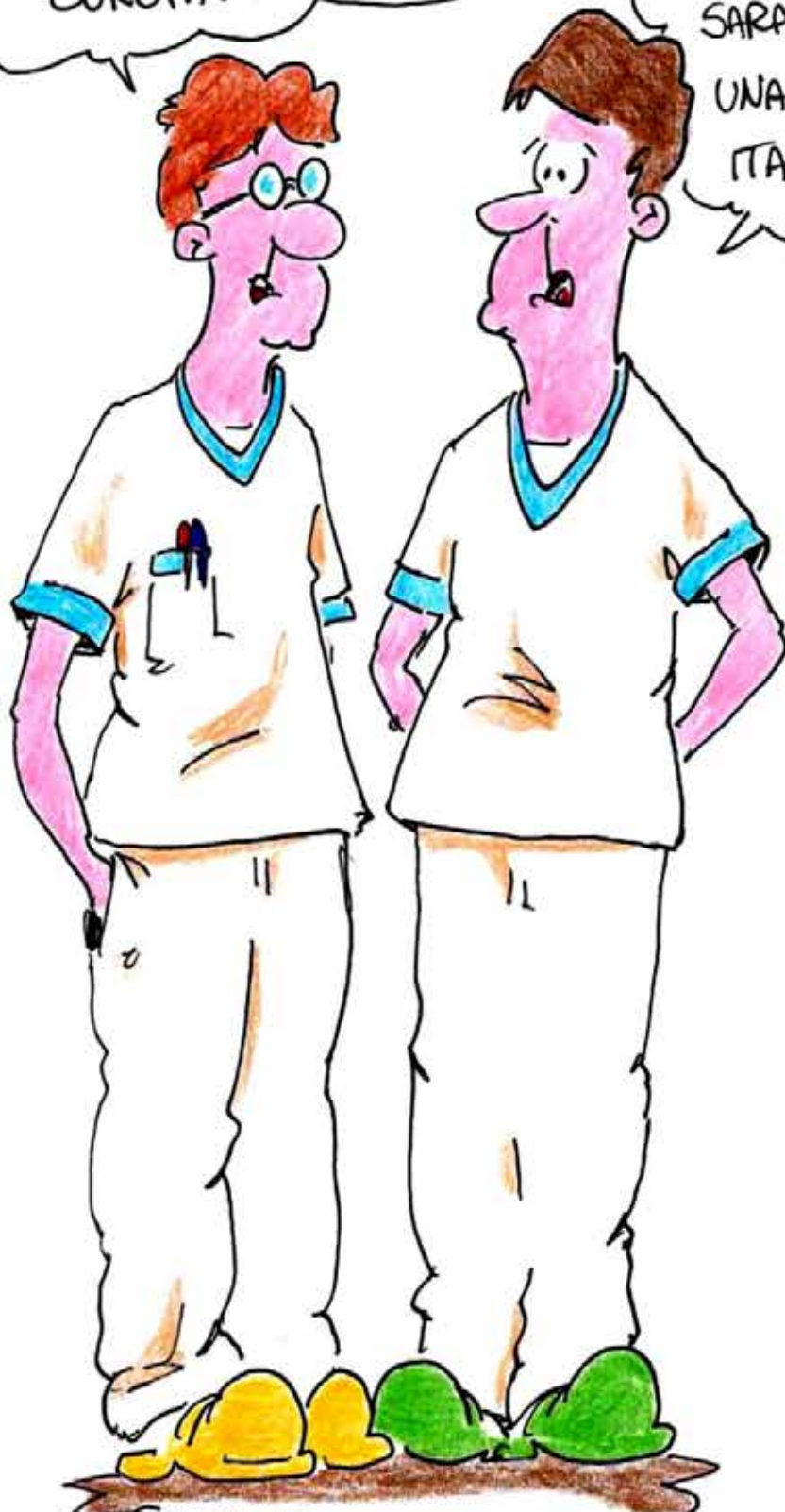
Da tale quadro normativo possiamo tratte le seguenti conclusioni: l'Infermiere è un professionista che, soprattutto in una situazione emergenziale dettata da un'epidemia in corso, non solo deve rispettare le risultanze scientifiche, ma, soprattutto, deve utilizzare la massima prudenza anche nell'esprimere le proprie criticità nei confronti della comunità scientifica, in quanto, per il ruolo che ricopre e per la professionalità acquisita, è senz'altro in grado di influenzare la collettività, più di un altro cittadino che non ricopre la qualifica di sanitario. Se la comunità scientifica ritiene che il vaccino rappresenti lo strumento migliore per limitare la diffusione della pandemia e, soprattutto, la riduzione della mortalità (e tali evidenze sono suffragate da dati scientifici), il professionista sanitario, anche per un dovere di collaborazione, deve improntare la propria condotta al rispetto delle prescrizioni impartite dalla stessa. Quello che assume rilevanza, da un punto di vista etico, non è tanto il non volersi sottoporre ad un obbligo vaccinale imposto per legge - condotta che di per sé comporta automaticamente la sospensione dall'esercizio della professione - ma, soprattutto, il voler diffondere tra la collettività, anche attraverso un uso improprio dei social, tesi contrarie alle evidenze scientifiche, che abbiano come unica finalità quella di creare allarmismo a discapito della salute, sia individuale che pubblica.

Concludiamo con qualche dato.

Ad oggi, il numero di decessi nel mondo per COVID-19 ammonta a 3 milioni e 880 mila; in Europa circa 1 milione e 200 mila e in Italia sono stati circa 127 mila.

LA CASA DELLA COMUNITA'
E' ORMAI UNA REALTA', IN
EUROPA...

IL PROBLEMA
SARA' FARLA DIVENTARE
UNA REALTA' IN
ITALIA...



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

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

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

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

FIGURE E TABELLE

Le figure e le tabelle devono essere scelte per chiarezza e semplicità. Saranno numerate progressivamente in cifre arabe e accompagnate da didascalie. Nel testo deve essere chiaramente indicata la posizione d'inserimento. Grafici, diagrammi e illustrazioni sono da non preferire e comunque dovranno essere sottoposti alla redazione in veste grafica accurata, tale da permetterne la riproduzione senza modifiche. **È consigliabile inviare immagini e figure in file separati** (in formato JPEG); per le immagini che ritraggono persone, gli autori devono presentare un'autorizzazione firmata dagli stessi che ne permetta la pubblicazione.

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>) che ha il vantaggio di facilitare la lettura di un testo non interrotto dalla citazione, in quanto più scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citati; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome. "Titolo Articolo"; Titolo Rivista. Volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

Per un documento unico disponibile in rete: titolo principale del documento. Eventuale versione. Data pubblicazione/copyright o data ultima di revisione. Indirizzo internet completo (data di accesso).

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

et al. per indicare altri autori dopo il sesto nelle bibliografie.

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione Raffredati d'Italia (Ari).

Evidentemente, ciò non vale per sigle oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti – ad es. Usa e non U.S.A.

DATE E NUMERI

Le date vanno sempre scritte per esteso, per evitare incomprensioni nella lettura. Ad es. lunedì 28 luglio 2006 e 1° gennaio (non l gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

L'OPI è a disposizione del cittadino e dell'infermiere
con i seguenti orari al pubblico:
dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 12.30
il lunedì e il giovedì anche dalle 14.30 alle 17.00


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

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



OPI ROMA
a portata di click!

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

 [opiroma](https://t.me/opiroma)

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

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