

# INFERMIERE

OGGI

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



*Occasione unica  
per  
cambiare "ricetta"*



Inizio d'autunno contrassegnato a Roma, e in tanti centri del Lazio, dal rinnovo di sindaci e Consigli comunali.

Una competizione elettorale che l'Ordine degli Infermieri ha seguito da vicino, con la necessaria imparzialità, ma con la ferma volontà di avviare un confronto con tutti i principali candidati, per far valere le aspettative e le esigenze della Professione rispetto al futuro governo delle nostre città, Roma in primis.

Qui vi raccontiamo di questo e di tanto altro, con un'attenzione particolare all'argomento di maggiore attualità per gli operatori sanitari: la giurisprudenza relativa alle sospensioni in atto, da parte delle Aziende, di chi non ha ancora chiarito la propria posizione rispetto alla normativa anti COVID: dal possesso del green pass, alle esenzioni alla vaccinazione, ad altre fattispecie.

Desideriamo farvi presente che ogni documentazione rispetto a tali provvedimenti non va inviata all'Ordine, bensì alle Aziende sanitarie di competenza, ai sensi della legge vigente (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 settembre 2021, in vigore dal 15 ottobre).

Peraltro, si tratta di dati sensibili che l'Ordine non ha competenza a trattare né a conservare. Grazie per la collaborazione e... buona lettura!

## EDITORIALE

### 2\_ Cambiare "ricetta" di Maurizio Zega



### 4\_ L'innovazione tecnologica può modificare i comportamenti del personale sanitario rispetto alle pratiche di *infection control*? Una Revisione della letteratura di Alessia Arcangeli, Anna Chiara Gigi, Clara Viturale

### 24\_ Motivazione del personale infermieristico, in servizio presso un Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica, nello svolgimento di attività cliniche avanzate in autonomia di Matteo Amicucci, Valentina Biagioli, Federico Piccioni, Immacolata Dall'Oglio, Emanuela Tiozzo, Italo Ciaralli

### 30\_ JBI Best Practice. Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari e di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali

### 34\_ COVID-19, stato dell'arte in ambito pediatrico di Desirée Rubei

## DAL CECRI

### 36\_ Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI

### 38\_ I POLI. Il nuovo assetto e i quattro direttori

### 39\_ Centro d'Eccellenza, i nuovi progetti attivati nel 2021

**43\_ DALL'ORDINE**  
Gli aspiranti sindaci a confronto con l'Ordine  
Tutti tranne Raggi

**45\_** La Biblioteca e le attività della Commissione

**50\_** Un nostro iscritto selezionatore  
della Nazionale Infermieri

**52\_** Il cordoglio per la scomparsa di Matilde Napolano

**53\_** *On line* il nuovo Portale dell'Isritto  
con accesso SPID

## DALLA FNOPI

**54\_** "Infermiere prescrittore". L'appello delle associazioni

**55\_** Carenza infermieristica  
Le proposte della Federazione

**56\_** Infermieri e Assistenti Sociali per un approccio  
dinamico, centrato su territorio e domicilio

**57\_** Long COVID, IFeC figura centrale  
del Rapporto redatto dall'ISS

## DALLA REGIONE

**58\_** Inaugurata la nuova Sala NUE 112

## OPI DI BIBLIOTECA

**59\_** La Sanità pubblica in Italia  
Un manuale per capire e affrontarne i problemi

**60\_** Come e perché parlare di una professione  
bellissima e difficile

**60\_** L'infermiere che dal buio ha scoperto i colori della vita

## PILLOLE LEGALI

**61\_** Vaccinazione anti COVID-19 obbligatorietà di legge  
e sospensione dalle prestazioni professionali da parte  
degli OPI di appartenenza

**64\_ LA VIGNETTA**

# INFERMIERE

**OGGI**



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
dell'Opi di Roma  
Anno XXXI - N. 3 - LUGLIO-SETTEMBRE 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: ottobre 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

## Cambiare “ricetta”

di Maurizio Zega

Dicevamo lo scorso numero che ci sono segnali positivi, e parlavamo di un clima di generale consapevolezza della necessità di quella rivoluzione del territorio che, da una parte, è la risposta razionale e coerente alla situazione sanitaria nel nostro Paese e nella nostra Regione, dall'altra, oggettivamente, fa perno in larga parte sulla professionalità infermieristica.

Abbiamo potuto averne una riprova negli incontri che l'OPI di Roma ha organizzato con i principali candidati alla carica di Sindaco di Roma. Incontratisi con il Consiglio dell'Ordine e con i dirigenti delle professioni sanitarie di diverse Aziende, Calenda, Gualtieri e Michetti ci sembrano aver ben compreso il contributo che la nostra Professione è in grado di dare ad un nuovo modello di assistenza socio-sanitaria. Peccato che la Sindaca uscente Raggi, ricandidata, si sia sottratta al confronto e non abbia risposto al nostro invito.

Si dirà che la materia sanitaria è per grandissima parte di competenza regionale, e che dunque il ruolo del Comune risulta in qualche modo marginale: vero, ma fino ad un certo punto; se infatti si deve superare una politica sanitaria basata su compartimenti stagni e sull'attesa passiva del paziente, per arrivare ad un'altra fondata su una risposta proattiva e di prossimità, si dovrà pure rendersi conto che l'assistenza sanitaria e quella sociale si compenetrano ogni giorno di più. E l'Assistenza sociale nell'attuale quadro normativo è di spettanza comunale.

Nel corso di un incontro nel mese di settembre, l'Assessore alla Sanità e integrazione Socio-Sanitaria, Alessio D'Amato, ci ha parlato di un altro concorso per infermieri per il prossimo ottobre, con le stesse modalità del precedente, sperito, bisogna pur dirlo, con discreto successo.

“La territorialità - ci ha detto - è indispensabile a fronte di un aumento del 45% della popolazione di ultraottantenni”: da notare, osserviamo noi, che a Roma mancano almeno 4.000 infermieri.

Ma non si tratta solo di numeri: non ha molto senso, infatti, porsi il problema della carenza di Infermieri ogni dieci o quindici anni, se non ci si pone, insieme, anche quello relativo alla loro formazione.

La Federazione Nazionale ha fatto rilevare di recente la patologica situazione delle docenze nei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche: un rapporto insegnanti/studenti di 1:1.000. Ovvero, un insegnante ogni 1.350 studenti, mentre per altre discipline mediche il rapporto è di 1:6. E la carenza di formazione specialistica, già obiettiva e preoccupante, lo diventa ancora di più in vista delle nuove prove che attendono la professione proprio in relazione al disegno di riforma strutturale del sistema sanitario nella direzione della prossimità.

Intanto, si è insediato in Regione il gruppo di lavoro che deve “mettere a terra” le previsioni del PNRR, e salutiamo con favore la presenza in esso della collega Antonella Leto, dirigente delle Professioni Infermieristiche al San Giovanni Addolorata. La sua presenza nel Gruppo di Lavoro è per noi il pegno che

“

*Non ha molto senso porsi il problema della carenza di Infermieri se non ci si pone, insieme, anche quello relativo alla loro formazione*

”

“  
*Si è insediato in  
Regione il gruppo  
di lavoro che dovrà  
'mettere a terra' le  
previsioni del PNRR*

”

non ci saranno sorprese sul tema delle responsabilità relative all'Ospedale di Comunità o alla corretta implementazione qualitativa e quantitativa dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Per quanto riguarda il primo, infatti, le indicazioni della Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali sono che di esso deve essere responsabile un Infermiere, per le caratteristiche della propria formazione professionale, e ciò già accade in diverse Regioni del centro-nord.

Mentre, per quanto riguarda l'Infermiere di Famiglia e Comunità, si deve evitare che questa figura venga risucchiata nell'obsoleto sistema medico-centrico che mostra ormai tutte le sue corde, per farne invece un operatore a diretto contatto con il cittadino, con ampia responsabilità e autonomia, realizzando in tal modo proprio la "prossimità" così insistentemente richiamata. E anche su questo le indicazioni della Agenzia sono chiarissime: le Regioni conservano certo il loro margine di autonomia nella realizzazione operativa, ma questi non sono temi che si possono eludere.

E per coerenza, diciamolo: ma non sarebbe il caso che pure nel Lazio il ruolo della Direzione dei Distretti sia un ruolo "anche" infermieristico?

Insomma, cari colleghi: si deve superare una buona volta e per sempre la dimensione gerarchica fondata sul predominio professionale e riconoscere invece le professionalità specifiche (tutte!), articolare un sistema modellato sulle esigenze espresse dai cittadini invece di applicare meccanicamente ricette invecchiate, magari innaffiandole con un pò dei fondi che sembra si siano resi disponibili: questa, e non altra, è la dimensione di cui parla il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Ora noi sappiamo che si tratta di un cammino non certo privo di ostacoli di ogni genere, dalle resistenze corporative tenaci e ben note nel mondo clinico alla eterna tentazione italiana di moltiplicare le strutture amministrative senza curarsi di metterle a sistema, per non dire della caccia che invariabilmente si scatena quando, come avverrà nei prossimi mesi, si rendono disponibili risorse aggiuntive per il settore, in una selvaggia corsa alla diligenza: lo sappiamo, lo sappiamo, e anzi lo stiamo già constatando.

Con tutto ciò, la lezione inesorabile dei fatti – e i fatti, come si dice, sono cose tenaci – è un elemento su cui far leva per dare il nostro contributo, o per meglio dire, per essere finalmente liberi di poterlo dare senza le pastoie di una concezione – lo vogliamo dire? – vecchia e quasi ridicola nel ventunesimo secolo. È l'ora di prenderne atto e noi, per quanto ci riguarda, ci saremo e ci siamo.



# L'innovazione tecnologica può modificare i comportamenti del personale sanitario rispetto alle pratiche di *infection control*? Una Revisione della letteratura

## *Can technological innovation change health care workers' behaviors with respect to infection control practices? A literature Review*

**Alessia Arcangeli**, RN, MSN, Master in Sorveglianza Epidemiologica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**Anna Chiara Gigi**, RN, Master in Sorveglianza Epidemiologica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

**Clara Viturale**, RN, Master in Sorveglianza Epidemiologica e controllo delle infezioni correlate all'assistenza, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

### Parole chiave

operatori sanitari, monitoraggio elettronico, aderenza, cambiamento di comportamento, pratica di controllo delle infezioni

### Keywords

healthcare workers, electronic monitoring, adherence, behavior change, infection control practice

### ABSTRACT INTRODUZIONE

Il monitoraggio dell'aderenza alle buone pratiche da parte degli operatori sanitari è uno degli elementi fondamentali nei *setting* sanitari per prevenire e controllare le infezioni correlate all'assistenza e la resistenza antimicrobica.

Il *feedback* fornito agli operatori riguardo ai dati che rappresentano la loro aderenza è strettamente correlato al monitoraggio ed è necessario affinché la *compliance* sia elevata e sostenibile nel tempo, per giungere ad un profondo cambiamento nel comportamento del personale.

Lo sviluppo di strumenti tecnologici

ed elettronici per il monitoraggio fanno sicuramente parte di tali strategie, che però vanno associate a *feedback* e sviluppate simultaneamente ad altri interventi di varia natura (*multimodal strategies*), come raccomandato dal *World Health Organization* (WHO).

Lo scopo di questo studio è valutare se strumenti elettronici di monitoraggio migliorino l'aderenza degli operatori sanitari alle pratiche di *infection, prevention and control* (IPC) e conducano ad un cambiamento del comportamento sostenibile nel tempo.

### MATERIALI E METODI

La Revisione è stata svolta nel pe-

riodo gennaio/febbraio 2021, utilizzando PubMed e CINAHL come database. Sulla base del problema di ricerca è stata costruita la stringa di ricerca, con le seguenti parole chiave: *healthcare worker\**, *monitoring*, *electronic monitoring*, *observation\**, *adherence*, *behavior change*, *infection control practice\**.

La selezione degli studi è stata svolta attraverso l'utilizzo delle linee guida del *PRISMA statement 2009*.

### RISULTATI

Gli articoli inclusi in questo lavoro sono stati 13: dieci descrivono sistemi elettronici applicabili all'igiene delle mani, due presentano

sistemi applicabili all'aderenza delle prescrizioni antimicrobiche ed uno esplora l'utilizzo della tecnologia nell'aderenza alle linee guida per prevenire le infezioni correlate a catetere urinario e il posizionamento del catetere urinario.

### CONCLUSIONI

La revisione bibliografica suggerisce che le innovazioni tecnologiche, se associate a *feedback* e *reminders real time*, hanno il potenziale per migliorare l'aderenza degli operatori sanitari alle pratiche cliniche relative all'*infection control* e determinare un cambiamento nei comportamenti soprattutto nella pratica dell'igiene delle mani.

### ABSTRACT BACKGROUND

*Monitoring adherence to best practices by healthcare providers is one of the key elements in healthcare settings to prevent and control healthcare associated infections and antimicrobial resistance. The feedback provided to healthcare personnel, regarding the data representing their adherence, is closely related to monitoring and is necessary for compliance to be high and sustainable over time and to achieve profound behavior change among healthcare professionals. The development of technological*

*and electronic tools for monitoring are certainly part of these strategies, but they must be associated with feedback and developed simultaneously with other interventions of various kinds (multimodal strategies) as recommended by World Health Organization (WHO). The aim of this literature review is to investigate, therefore, whether electronic monitoring tools improve practitioner adherence to infection, prevention and control (IPC) practices and lead to sustainable behavior change over time.*

### MATERIAL AND METHODS

*The review was conducted during January/February 2021 using PubMed e CINAHL as databases. Based on the PICO, the search string was constructed, with the following keywords: healthcare worker\*, monitoring, electronic monitoring, observation\*, adherence, behavior change, infection control practice\*. Studies' selection was carried out through the use of the guidelines of the PRISMA statement 2009.*

### RESULTS

*There were 13 articles included in this paper: 10 articles describe electronic systems applicable to hand hygiene, two present systems applicable to antimicrobial prescription adherence, and one explores the use of technology in guideline adherence to prevent urinary catheter-related infections and urinary catheter placement.*

### CONCLUSIONS

*The literature review suggests that technological innovations, when coupled with real-time feedback and reminders, have the potential to improve adherence among healthcare professionals to clinical practices related to infection control and lead on behavior change especially in hand hygiene practice.*

### INTRODUZIONE

**Il monitoraggio dell'aderenza alle buone pratiche da parte degli operatori sanitari è uno degli elementi fondamentali nei setting sanitari per prevenire e controllare le infezioni correlate all'assistenza e la resistenza antimicrobica.**

Il *feedback* fornito agli operatori riguardo ai dati che rappresentano la loro aderenza è strettamente correlato al monitoraggio ed è necessario affinché la *compliance* sia elevata e sostenibile nel tempo (1). Secondo la *World Health Organization* (WHO), il *monitoring/feedback* è uno dei "core components" nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) ed insieme agli altri "core components" sono necessari per giungere ad un profondo cambiamento nel comportamento del personale sanitario (2). (Figura 1)

Molteplici sono gli strumenti utilizzati per il monitoraggio di alcune pratiche nell'*infection control*. (3-7). Secondo il WHO, il *gold standard* è il monitoraggio attraverso l'osservazione diretta, che può essere aperta (*overt observation*) o nascosta (*covert observation*) (8), ma questo metodo, oggi, presenta diversi svantaggi, quali: *bias* dovuti all'osservatore, effetto Hawthorne, tempo, numero esiguo di osservazioni, nonostante possa essere applicato nei Paesi a basso reddito come in quelli a medio ed alto (3). Per migliorare l'aderenza alle pratiche basate sull'evidenza allo scopo di ridurre le infezioni correlate all'assistenza c'è necessità di strategie innovative (7).

Negli ultimi decenni, sono stati sviluppati un ampio *range* di sistemi elettronici di monitoraggio, ma la maggior parte di tali sistemi sono stati implementati al solo scopo di monitorare l'igiene delle mani (5). Ciò, probabilmente è dovuto-



Figura 1 - Core components della multimodal strategies del WHO  
 FONTE: "Improving infection prevention and control at the health facilities", WHO 2018

to al fatto che l'**hand hygiene** è considerata una delle pratiche più efficaci e più semplici per prevenire le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e salvaguardare i pazienti (9). Eppure, nonostante ciò, la percentuale di aderenza a questa pratica rimane ancora molto bassa (9). Secondo la revisione sistematica di Erasmus (9) il tasso medio della *compliance* dell'igiene delle mani è di circa il 40% in tutti i *setting*, le situazioni e le professioni. Tale percentuale, in media, è ancora più bassa nelle Terapie Intensive (30%) (1,9).

In risposta alla crescente minaccia dell'antimicrobico resistenza, in alcuni *setting* di cure primarie e secondarie, sono stati sviluppati programmi di *stewardship* antimicrobica, per tentare di migliorare l'appropriatezza nella prescrizione degli antimicrobici e rallentare così la capacità dei microorganismi di sviluppare resistenze (4).

Molteplici sono le evidenze che dimostrano che un alto tasso di *compliance* alle linee guida di terapia antimicrobica, da parte dei clinici, è in grado di migliorare gli *outcome* dei pazienti e di ridurre la

resistenza dei microorganismi agli antimicrobici; eppure, malgrado questo, l'aderenza a tali linee guida rimane ancora bassa (4).

Strumenti tecnologici, come sistemi di supporto delle decisioni cliniche o applicazioni per smartphone, sono stati implementati nella pratica clinica, per migliorare l'aderenza alle prescrizioni secondo le linee guida implementate nei diversi contesti sanitari (4).

L'obiettivo principale di questa Revisione della letteratura è quello di indagare se strumenti elettronici di monitoraggio migliorino l'aderenza degli operatori alle pratiche di IPC e conducano ad un cambiamento del comportamento sostenibile nel tempo.

#### MATERIALI E METODI

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura a partire dal quesito clinico elaborato secondo la metodologia PICO.

La revisione è stata condotta sulle seguenti banche dati PubMed e CINAHL, nel periodo compreso tra gennaio/febbraio 2021.

Per eseguire la ricerca è stata elaborata la stringa di ricerca con i seguenti termini **PICO**:

**P** (Population): *healthcare workers*

**I** (Intervention): *monitoring (electronic monitoring)*

**C** (Control): *observations*

**O** (Outcome): *adherence, behavior change, infection control practice*

L'unico filtro utilizzato è stato quello temporale: infatti, sono stati considerati solo gli articoli pubblicati dal 2004 al 2021.

Si è scelto di far partire la ricerca dal 2004 poiché i sistemi di monitoraggio elettronici hanno visto la loro applicazione dalle ultime due decadi. Sono state prese in considerazione solamente pubblicazioni in lingua inglese. Si sono ricercate anche fonti relative alla "letteratura grigia".

La stringa di ricerca utilizzata è stata la seguente: (monitoring OR monitoring system OR technology monitoring OR covert observation\* OR direct observation\* OR audit OR feedback OR electronic monitoring OR electronic monitoring system OR mobile application OR "monitoring tool\*" OR video monitoring OR automated system OR "evaluation tool\*" OR audit OR assessment\*) **AND** (Health personnel [MeSH] OR Patient care team [MeSH] OR clinician\* OR consultant\* OR nurs\* OR paramedic\* OR health professional\* OR healthcare professional\* OR health care professional\* OR health personnel OR health care personnel OR healthcare personnel OR health worker\* OR health care worker\* OR healthcare worker\* OR health provider\* OR healthcare provider\*) **AND** ("Guideline Adherence" [MeSH] OR adherence OR non-adherence OR complian\* OR adhesion OR observance OR non-complian\*) **AND** ("behavior therapy" [MeSH] OR "behavior change\*" OR "behavioral change\*" OR behavioural change\* OR "behaviour modification\*" OR "behaviour change model\*") **AND** (infection control OR infection control [MH] OR healthcare associated infection\* OR cross infection\*[MH] OR Cross Infection\* OR Health Care Associated Infection\* OR Hospital Infection\* OR infection control practice\* OR IPC practice\* OR health care-acquired infection\* OR device-associated infection\* OR catheter-associated urinary tract infection\* OR central-line associated bloodstream infection\*. Tabella 1

Quale strumento per gestire la bibliografia ricercata è stato utilizzato Mendelley.

La selezione degli studi è stata svolta attraverso l'utilizzo delle linee guida del PRISMA *statement* 2009.

Sono stati esclusi gli studi che riguardavano:

- Aderenza dei pazienti alle terapie,





a programmi di salute o *screening* o test

- Aderenza a pratiche non correlate all'IPC
- *Compliance* di studenti, visitatori o pazienti a pratiche di IPC
- Monitoraggio attraverso osservazioni
- Il solo *feedback* agli operatori sanitari dopo il monitoraggio o il solo effetto Hawthorne
- Studi con conflitto d'interesse

Invece, sono stati compresi tutti gli articoli che trattavano il monitoraggio ed il *feedback* dell'aderenza a procedure relative alla prevenzione e controllo delle infezioni attraverso strumenti elettronici e tecnologici. La popolazione di riferimento sono gli operatori sanitari.

Nella revisione sono stati inclusi: 1 studio qualitativo, 5 studi quasi sperimentali, 1 studio prospettico, 1 studio non randomizzato pre e post-intervento, 2 revisioni della letteratura e 3 studi con design pre-post test.

Le variabili che vengono indagate sono l'aderenza degli operatori sanitari alle pratiche di *infection control* in relazione a strumenti elettronici di monitoraggio.

Due autori, in modo indipendente, hanno valutato gli articoli e hanno concordato sulla ricerca della letteratura e sulla qualità metodologica. In caso di discordanza, è stato individuato un terzo collaboratore per dirimere eventuali dubbi.

Per gli studi quantitativi la qualità metodologica è stata esaminata utilizzando la *Critical Appraisal Checklist* del Joanna Briggs Institute (JBI versione 2017), mentre lo studio qualitativo è stato valutato attraverso la *Checklist* CASP.

## RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 243 articoli. Dopo l'esclusione dei duplicati sono stati sottoposti alla lettura 126 articoli; di questi, 30 sono eleggibili: 13 sono stati inclusi e 96 esclusi perché non hanno soddisfatto tutti i criteri (vedi Prisma Figura 2).

I 13 *full-text* inclusi nella revisione sono stati:

- Strumenti di monitoraggio dell'aderenza alla pratica dell'igiene delle mani sono descritti in 10 articoli; di questi, uno è una ricerca qualitativa per valutare la percezione e l'accettabilità dei sistemi elettronici da parte degli operatori.
- Sistemi di monitoraggio applicabili all'aderenza delle prescrizioni antimicrobiche (*stewardship antimicrobica*) sono illustrati in due studi.
- Strumenti tecnologici utilizzati per valutare l'aderenza alle linee guida per prevenire le infezioni correlate a catetere urinario (CAUTI) e il posizionamento del catetere urinario sono descritti in un solo studio.

Tra gli articoli inclusi nella Revisione non è presente alcuno studio randomizzato controllato, né una revisione sistematica né una metanalisi.

## Strumenti di monitoraggio dell'aderenza alla pratica di igiene delle mani

Due sono le revisioni, entrambe non sistematiche, incluse in questa ricerca bibliografica.

La prima ha affrontato i vantaggi e gli svantaggi di due tipi differenti di approcci al monitoraggio dell'igiene mani (osservazioni dirette vs sistemi elettronici), descrivendo una chiara panoramica dei sistemi elettronici in uso nei *setting* sanitari e, per ognuno di essi, ne delinea gli aspetti vantaggiosi e quelli svantaggiosi (3):

### 1. *Electronic dispenser counters*:

questo tipo di strumento elettronico è in grado di registrare tutte le volte che un dispenser di soluzione alcolica o sapone viene attivato. L'informazione che se ne ricava è la frequenza di eventi di igiene delle mani. Un *network* di tali dispositivi è in grado di fornire la quantità di soluzione consumata.

Vantaggi: il numero di eventi è calcolato in modo continuativo durante i turni, i giorni e le settimane e ciò mette a disposizione un numero di osservazioni molto elevato. Questi sistemi sono supportati da un *software* che raccoglie ed analizza i dati con un risparmio di tempo e risorse umane. In più i dati vengono immagazzinati in un "*Internet-based cloud computing data center*".

Svantaggi: questi dispositivi non sono in grado di valutare l'opportunità dell'*hand hygiene* secondo i diversi momenti descritti dai *Centers for Disease Control (CDC)* e dal WHO. L'utilizzo di tali *device* prevede una spesa più elevata per l'installazione ed il mantenimento e richiede un supporto tecnologico *wireless* per la comunicazione dei dati rispetto al metodo delle osservazioni dirette. Spesso accade che il tasso di *compliance* calcolato con i metodi elettronici è più basso di quello quantificato con le osservazioni; ciò può provocare un senso di frustrazione

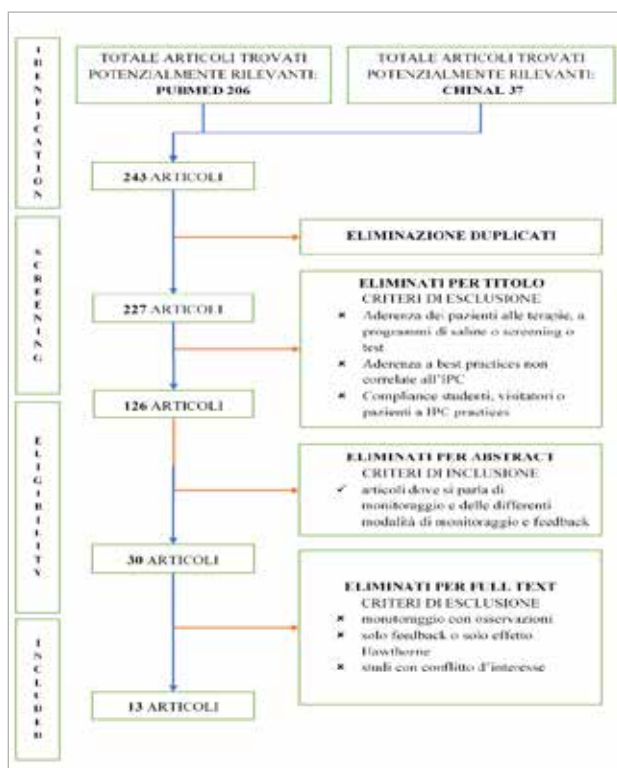


Figura 2 - Prisma Flow Chart

negli operatori sanitari.

**2. Electronic compliance monitoring systems (ECM) e Camera based system.** i sistemi che monitorizzano le attività utilizzano sensori sulle porte delle stanze ed un badge indossato dall'operatore che rilevano l'entrata e l'uscita dalle stanze dei pazienti o la loro vicinanza al letto e l'utilizzo della soluzione alcolica; l'entrata e l'uscita dalla stanza possono essere associati ai momenti di igiene mani 1, 4 e 5 descritti dal WHO. Il sistema delle telecamere invece monitorizza l'entrata, l'uscita e l'utilizzo dei dispenser; il tasso della *compliance* in questo caso viene calcolato dagli osservatori che, con un sistema in remoto, prendono visione dei video.

**Vantaggi:** il numero di osservazioni e dati forniti sono maggiori rispetto al metodo osservazionale; inoltre, una volta installato il sistema elettronico, c'è un minor impiego di risorse umane. Il monitoraggio elettronico permette una rapida analisi dei dati, per cui è in grado di fornire un rapido *reminder* (sotto forma di vibrazione, suono o luce) agli operatori o un *real-time* feedback (i dati sono disponibili in brevissimo tempo) che sono essenziali per il miglioramento dell'aderenza alle pratiche di *infection control*. Questo tipo di monitoraggio non è influenzato dai *bias* correlati all'osservatore e dall'effetto Hawthorne, che può provocare un aumento dell'aderenza che deriva dalla consapevolezza di essere osservati. Il sistema basato su telecamere sarebbe in grado di valutare la *compliance* dei 5 momenti dell'igiene mani, ma, per ovviare al fatto che la privacy del paziente potrebbe non essere preservata, vengono di solito registrati solo l'entrata e l'uscita dalla stanza che corrispondono al momento 1,4 e 5.

Numerosi studi sono concordi sul fatto che l'adesione stimata solo su 3 momenti e valutata sull'entrata e

l'uscita del personale dalla stanza potrebbe offrire una stima ragionevole sull'aderenza dei 5 momenti.

**Svantaggi:** i costi dell'installazione e manutenzione di questi strumenti possono essere elevati, ma sono ancora scarsi gli studi che analizzano il costo/efficacia e la riduzione sulle infezioni correlate all'assistenza.

La seconda revisione descrive l'influenza che le innovazioni tecnologiche hanno sull'*hand hygiene* e i fattori che influiscono l'accettazione di questi strumenti innovativi da parte degli operatori sanitari ed include 12 studi: 10 (7 quantitativi e 3 *Review*) forniscono risultati sull'influenza delle innovazioni tecnologiche per il monitoraggio del comportamento sull'aderenza dell'igiene mani e due sono studi qualitativi che indagano i principali fattori relativi all'accettazione da parte del personale sanitario di questa tipologia di strumenti.

Tutti gli studi quantitativi hanno evidenziato che questo tipo di sistemi tecnologici hanno il potenziale per migliorare l'aderenza alla pratica di *hand hygiene* in quanto permettono una comunicazione tra il personale e lo strumento elettronico (*reminders*) sia attraverso il monitoraggio del comportamento che un *feedback real-time*. Ancora non sono chiari i risultati riguardo alla sostenibilità degli effetti.

In questa Revisione bibliografica è stato inserito un recente studio qualitativo che ha indagato le percezioni e l'accettazione da parte degli operatori sanitari degli strumenti elettronici per il monitoraggio dell'igiene delle mani (10).

Sono stati condotti *focus group* in un campione di 38 operatori che prestavano servizio in reparti diversi dello stesso ospedale in Svezia.

Gli operatori si sono dichiarati positivi riguardo al ricevere *feedback* o statistiche dei dati da parte di strumenti elettronici, purché non venga fatto nei luoghi utilizzati per le pause (staff

room per esempio) e affinché non avvenga a livello individuale.

Il fatto che i dati siano raccolti a livello individuale fa sollevare molti dubbi tra il personale, sia per la paura che possano essere usati da capi-Dipartimento o manager per i loro propositi, sia perché si ha l'impressione di sentirsi osservato da un "*Big Brother*" sul proprio posto di lavoro.

Vengono considerati una buona soluzione i dati raccolti e presentati a livello collettivo, per evitare il rischio ed il timore di sanzioni personali.

Riguardo il monitoraggio dell'igiene delle mani sono stati inclusi in questa revisione sei ulteriori studi di tipo quantitativo: cinque sono stati condotti in un contesto ospedaliero (1,5,11-13), uno si è svolto in un contesto ambulatoriale (14).

Lo studio quasi-sperimentale di Arai (14) ha come scopo quello di valutare l'utilità degli "*electronic hand hygiene counting devices*" nel *setting* ambulatoriale e l'impatto del feedback dei risultati sul comportamento dei medici riguardo all'aderenza rispetto alla pratica di *hand hygiene*. Questi strumenti elettronici utilizzano un sistema *wireless* per cui, ogni volta che vengono attivati, le informazioni vengono trasmesse direttamente al computer.

L'aderenza è stata calcolata prima al tempo zero (1 mese prima di mettere a conoscenza i medici dei *device*) e poi, per altri 2 mesi, fornendo il *feedback* dei risultati, da parte del direttore, durante ogni riunione mensile di dipartimento.

L'aderenza complessiva all'igiene mani al tempo zero era di 10,7% ed è migliorata dopo il *feedback* al secondo mese (13,2%) e al terzo (18,2%). Le ragioni del miglioramento vengono anche associate al *feedback*.

Secondo Arai et al. le iniziative per migliorare l'*hand hygiene* sono complesse e composte da diverse strategie come la formazione, gli *audit*

ed i *feedback*, i “*reminders*” (poster per esempio), team multidisciplinari, ma per un continuo miglioramento sono convinti che ci sia bisogno di un cambio nelle abitudini dei medici e nella cultura dei Dipartimenti e dell’ospedale (14).

Lo studio di Pong e Holliday (12) ha come scopo quello di indagare se un sistema di monitoraggio elettronico come il “*dispenser activation count*” o il contributo di un segnale di incoraggiamento (suono o vibrazione) e la durata ottimale del segnale siano in grado di cambiare il comportamento degli operatori sanitari rispetto all’igiene delle mani e se l’utilizzo, nel lungo periodo, di tali sistemi possono essere sostenibili in termini di partecipazione del personale e di miglioramento della performance nell’igiene delle mani.

Il sistema di monitoraggio elettronico (EMS) in questo studio utilizza un badge, indossato dal personale sanitario di tutti i reparti compresi nello

studio, che comunica con dei sensori installati su una zona di entrata monitorata e sui dispenser di soluzione alcolica o sapone posizionati sul muro.

Il badge indossato manda una vibrazione se gli operatori hanno perso l’opportunità di eseguire l’igiene delle mani. Se, invece, viene eseguita l’igiene, attivando il dispenser, la luce presente sul badge diventa verde. Tutte le informazioni raccolte dal badge vengono immagazzinate in un database. Inoltre, viene fornito un *feedback* in forma di grafico (uno che mostra la performance della settimana precedente e un secondo che mostra quella delle 8 settimane precedenti) sullo schermo del computer dell’Unità operativa utilizzato per raccogliere i dati.

I risultati di questo studio complesso sono stati:

- Il numero delle volte che i dispenser sono stati attivati è stato significativamente influenzato ( $p < 0,0001$ )

dall’uso del sistema di monitoraggio elettronico. L’attivazione media è passata da 113 nella fase baseline a 186,5 con l’introduzione del badge elettronico. Rimosso il badge, l’attivazione media diminuisce.

Il numero delle volte che i dispenser vengono attivati aumentano di almeno il doppio con l’introduzione del badge elettronico.

- La riduzione della durata del segnale d’incoraggiamento (vibrazione) diminuisce la performance nell’igiene delle mani. Paragonando lo staff che utilizza il segnalatore di 20 secondi con quello che utilizza quello di 10 secondi, si è notato che i primi hanno una probabilità doppia di eseguire l’igiene delle mani rispetto agli altri ( $p < 0,0001$ , odds ratio 2,32; 95% di intervallo di confidenza, 2,02-2,65) e 8 volte maggiore rispetto agli operatori che non hanno ricevuto alcun segnale ( $p < 0,0001$ ; odds ratio 8,47; 95% di CI, 7,06-10,19).

- Il tempo ha un effetto significativo sulla *performance* media dell’igiene mani con un *trend* negativo di -0,18% a settimana ( $p < 0,001$ ). Il tasso di partecipazione degli operatori nel tempo ha avuto un cambiamento più drammatico con -0,72% ( $p < 0,001$ ) di riduzione ogni settimana di coloro che utilizzavano il badge. Lo studio di Zhong et al. tenta di esplorare quale tipo di Sistema Elettronico di Monitoraggio dell’igiene delle mani (EHHMS, *Electronic Hand Hygiene Monitoring System*) potrebbe migliorare la pratica dell’*hand hygiene* tra gli operatori sanitari (13). Per valutare i loro effetti è stato utilizzato contemporaneamente il metodo delle osservazioni dirette. Il primo tipo di sistema elettronico per monitorare l’igiene delle mani ha previsto dispenser di soluzione alcolica o sapone con dei sensori installati vicino ad ogni letto e lavandino della terapia intensiva e un *badge* identificativo indossato dal personale. Ogni mese un *feedback* sul pun-

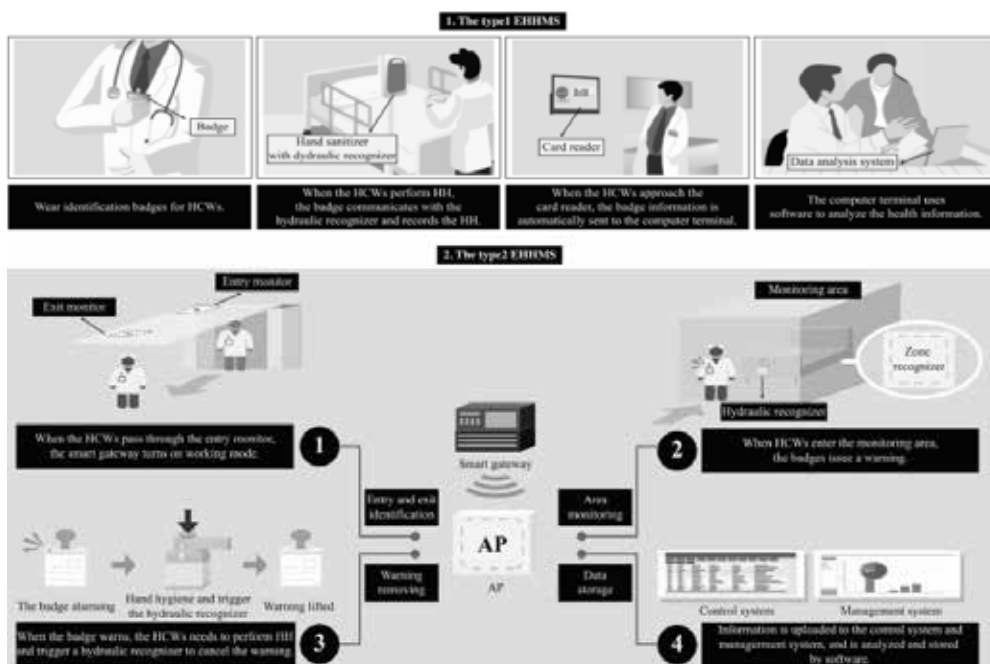


Figura 3 - Flow chart del funzionamento del tipo 1 di sistema elettronico per il monitoraggio delle mani

Figura 4 - Flow chart del funzionamento del tipo 2 di sistema elettronico per il monitoraggio delle mani

FONTE: Zhong X, Wang D.L, Xiao L.H, Mo L.F, Wu Q.F, Chen Y.W et al, “Comparison of two electronic hand hygiene monitoring systems in promoting hand hygiene of healthcare workers in the Intensive Care Unit”. *BMC Infect Dis.* 11 gennaio 2021;21(1):50.

teggio individuale di eventi *hand hygiene* per *bed-day* effettuati veniva fornito al team. (Figura 3)

Il tipo 2 di sistema elettronico utilizzato è un “*automated hand hygiene monitoring network*”.

Un riconoscitore della zona letto è stato installato in ogni letto della Terapia Intensiva. I dispenser di soluzione alcolica o sapone con un riconoscitore sono stati installati vicino al letto del paziente o vicino ad un lavandino ed un badge indossato dal personale sanitario coinvolto nello studio.

Quando un operatore si avvicina alla zona letto, il badge comunica con il riconoscitore posizionato a letto del paziente. Dopo 5 secondi, il *badge* s’illuminerà e un breve “*beep*” ricorderà di effettuare l’igiene mani per 3 volte. Tutti i dati vengono trasmessi automaticamente al *cloud* installato sul soffitto del reparto. (Figura 4)

La *compliance* nel primo stage (osservazioni) è aumentata di 0,250% ogni mese. Il primo mese dell’utilizzo del tipo 1 di sistema elettronico, la percentuale di adesione è aumentata di 1.667%, ma poi, nel restante periodo, il trend ha registrato una

flessione dello 0,115% rispetto allo stage 1 delle osservazioni (ma la differenza non è statisticamente significativa  $p < 0.384$  e  $< 0.654$ ).

Nel primo mese, il tipo 2 di sistema elettronico ha registrato un incremento del tasso di adesione dell’igiene delle mani del 12,324% e poi è andato aumentando ogni mese di 1,242% rispetto al secondo stage.

Nel terzo stage, il tasso di *compliance* è aumentato subito nel primo mese e poi durante tutto il tempo dello studio, nonostante anche qui il *feedback* fosse dato mensilmente.

La differenza sta nel fatto che il tipo 2 di sistema elettronico può immediatamente ricordare al personale di eseguire l’igiene delle mani.

Il *real-time reminder* è sicuramente vantaggioso per migliorare l’igiene delle mani.

Lo studio di ricerca di Donna Arnelino et al. di ricerca utilizza proprio una tecnologia più avanzata come l’utilizzo di sensori e telecamere (1).

Il “*remote video auditing*” consiste in un gruppo di “*auditors*” che utilizzano un *software* per visualizzare e valutare, da remoto, l’aderenza all’igiene mani, con l’uso di video camere e sensori di movimento installati sulle porte delle stanze dei pazienti. (Figura 5)

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l’uso del “*third-party remote video auditing*” senza e con un *real-time feedback* al personale sulla *compliance* dell’igiene mani. Oltre ai dati che, in questo modo, vengono raccolti, un *feedback* viene automaticamente tabulato da un database centrale e poi inviato allo staff su due lavagne a LED poste nel reparto. Oltre a questa tipologia di *feedback*, una mail viene inviata durante e alla fine del turno con il riassunto dei dati e viene consegnato settimanalmente un *report* sulla *performance* dell’*hand hygiene*.

La percentuale media della *compliance* nelle 16 settimane *pre-fe-*

*edback* è stata in media di 6,5% (il *range* è passato da un minimo di 3,5% ad un massimo di 9.8%), di 81,6% (30,8%-91,2%) durante le 16 settimane in cui il *feedback* è stato fornito e di 87,9% (83,5%-91,6%) nelle 75 settimane di mantenimento. L’introduzione del *feedback* ha fatto in modo che l’aderenza aumentasse rapidamente. (Figura 6)

L’aderenza all’igiene mani durante le 75 settimane di mantenimento ha presentato una percentuale che è rimasta consistente nel tempo, con un valore di baseline medio di 89% ( $p < 0,001$ ) e un *trend* di diminuzione settimanale molto basso, ma significativo (-0,04% con  $p = 0,0265$ ). (Figura 7)

Il punto di forza di questo studio è stato quello di dimostrare che la tecnologia può monitorare l’igiene delle mani e può rinforzare il comportamento per un periodo prolungato di tempo. Il *feedback* è necessario per sostenere alti tassi di aderenza nel tempo.

Gli studi, infine, di Kerbjaj e Onno utilizzano diverse strategie (messaggi su smartphone il primo e messaggi su *screen-saver* il secondo) in combinazione con le innovazioni tecnologiche per migliorare l’aderenza alla pratica dell’*hand hygiene*.

Kerbaj et al. hanno tentato di valutare l’influenza dei messaggi di testo, inviati su smartphone, come *feedback* sull’aderenza dell’igiene mani degli operatori sanitari (5).

Lo studio è stato organizzato in quattro periodi:

1. Monitoraggio della *compliance* svolto durante 360 giorni, utilizzando un sistema continuo automatizzato di monitoraggio (*automatized continuous monitoring system*) dal nome *MediHandTrace* (Fig 8) (inserimento di un microchip nelle calzature di operatori sanitari consapevoli), installazione di dispenser con soluzione alcolica dentro e al di fuori di ogni stanza, radio frequenze (RFID, *radio*

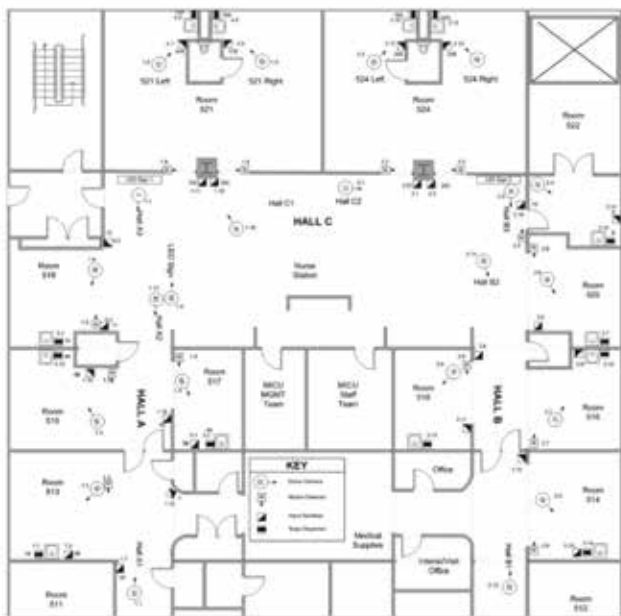


Figura 5 - Diagramma del posizionamento delle video-camere e i sensori sulle porte nell'Unità Operativa in cui lo studio si è svolto

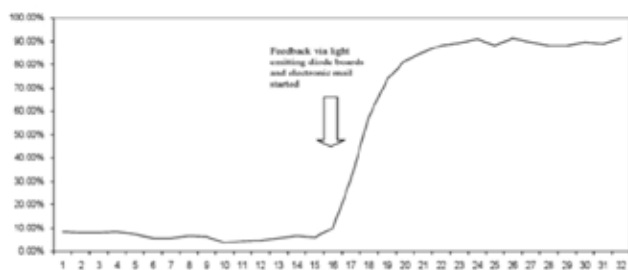


Figura 6 - Aderenza all'Hand hygiene nelle 16 settimane prima e 16 settimane durante il feedback



Figura 7 - Aderenza all'igiene mani (per settimana) durante il periodo di mantenimento

Figura 5, 6 e 7 FONTE: Armellino D, Hussain E, Schilling M.E, Senicola W, Eichorn A, Dlugacz Y et al, "Using high-technology to enforce low-technology safety measures: the use of third-party remote video auditing and real-time feedback in healthcare". *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 gennaio 2012;54(1):1-7.

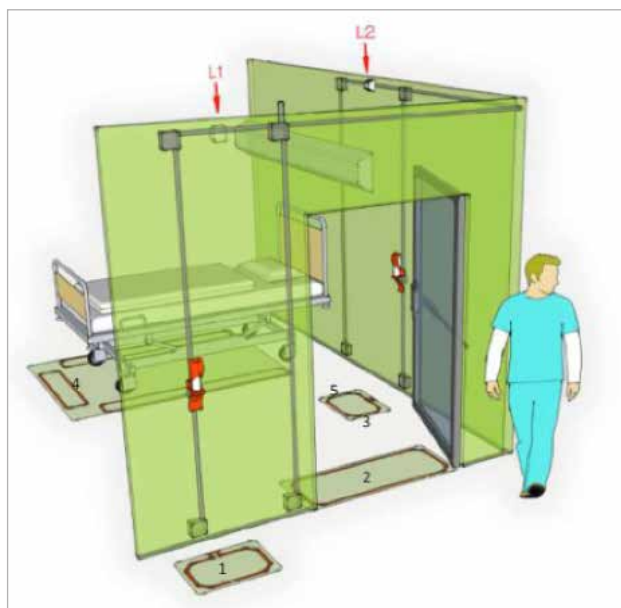


Figura 8 - (MediHandTrace SAS, La Garde, France). 1 = Outdoor hand disinfection. 2 = Entrance. 3 = Indoor hand disinfection before contact, 4 = Contact with patient. 5 = Indoor hand disinfection after contact.

FONTE: Kerbaj J, Toure Y, Soto Aladro A, Boudjema S, Giorgi R, Dufour J.C et al, "Smartphone text message service to foster hand hygiene compliance in health care workers". *Am J Infect Control.* 1 marzo 2017; 45(3):234-9.

frequency identification) per tracciare in tempo reale l'entrata e l'uscita degli operatori dalle stanze e registrare l'utilizzo dei dispenser dentro e fuori le stanze.

2. Periodo in cui, per 28 giorni, vengono inviati messaggi, una volta a settimana, agli smartphone degli operatori (fase 1), seguito da 48 giorni in cui non vengono inviati messaggi.

3. Periodo identico al secondo.

4. Periodo identico al secondo ed al terzo, ma con una fase 1 di solo 21 giorni.

I messaggi di testo inviati sono stati di due tipi: di congratulazioni, se la settimana successiva, l'aderenza è migliorata o di incoraggiamento se l'aderenza non è migliorata. Il tasso di aderenza alla fine del primo periodo (360 giorni) è stato di 14,89%. Durante il periodo d'intervento il tasso è aumentato, significativamente, fino a 23,09% ( $p < 0.05$ ).

I messaggi congratulatori non hanno portato ad un cambio significativo della percentuale di aderenza; al contrario dei messaggi di incoraggiamento.

Secondo i ricercatori, questo tipo di intervento dovrebbe essere inserito in una strategia di *multimodal approach* (che include formazione e *behaviour approach*) affinché si possa migliorare l'aderenza e diminuire il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

La strategia, utilizzata invece nello studio Onno et al. (11), è stata quella di testare l'impatto di messaggi sullo screen saver dei computer, installati in un reparto di Terapia Intensiva neonatale, sulla frequenza degli eventi di igiene delle mani e la *compliance*. Il numero degli eventi igiene mani è stato calcolato attraverso *device* elettronici prima (8 settimane) e dopo l'intervento (8 settimane).

L'intervento consiste in messaggi sullo screen saver dei 6 computer della NICU al posto dei poster ri-

guardo alla promozione dell'igiene delle mani. Dispenser di soluzione alcolica, installati accanto ai letti, con "electronic counter" e un sistema di trasmissione wireless sono stati utilizzati per documentare oggettivamente la frequenza degli eventi dell'*hand hygiene*. Il post-intervento mostra un aumento significativo, ogni settimana, del trend degli eventi igiene mani per "patient day" (1,5 e  $p < 0.001$ ). La *compliance* valutata durante le osservazioni ha dimostrato un aumento significativo ( $p < 0.05$ ), da 63,6% pre-intervento a 71,5% post-intervento.

## STRUMENTI DI MONITORAGGIO DELL'ADERENZA ALLA STEWARDSHIP ANTIMICROBICA

Programmi di *stewardship* antimicrobica sono stati sviluppati per tentare di migliorare l'appropriatezza nella prescrizione degli antimicrobici e rallentare così la capacità dei microorganismi di sviluppare resistenze. Accanto ai programmi di *stewardship* e all'implementazione di linee guida per la prescrizione antimicrobica, nei *setting* sanitari sono stati introdotti molti strumenti per supportare le decisioni cliniche e le prescrizioni con lo scopo di aumentare la percentuale delle prescrizioni antimicrobiche appropriate.

I due articoli inclusi nella revisione hanno preso in considerazione due differenti tipologie di strumenti. Heard e Hughes si sono interessati ad un sistema di supporto di decisioni cliniche (*Clinical Decision Support System*, CDSS) inserito nel sistema informatico dell'ospedale di riferimento (6). Chang Ho Yoon et al. hanno indagato quanto l'utilizzo di un'applicazione sullo smartphone possa avere un impatto sul comportamento del personale medico riguardo alle prescrizioni antimicrobiche (4).

Il *Clinical Decision Support System* è in grado di fornire, in tempo rea-

le, i risultati degli esami microbiologici, chimico-fisici e ematologici, oltre a dare informazioni sui farmaci prescritti e sui dati demografici del paziente. Il sistema permette di impostare degli “alert” che aiutano il team che si occupa dell’*Anti-Microbial Stewardship* (AMS) a rivalutare le prescrizioni antimicrobiche dei pazienti. La valutazione iniziale del CSSD ha dimostrato un aumento dell’efficacia ed efficienza nell’AMS team e della ottimizzazione nella gestione dei pazienti infetti.

A causa dei molti fattori di confondimento sarebbe necessario in futuro uno studio multicentrico e prospettico per analizzare meglio quest’area. Chang Ho Yoon et al. hanno utilizzato un disegno di tipo retrospettivo osservazionale per testare la loro ipotesi di ricerca, secondo la quale l’introduzione dell’App “SCRIPT”, che fornisce le linee guida sull’antibiotico-terapia dell’ospedale di Auckland in modo *user friendly* sullo smartphone, aumenterebbe l’aderenza alla prescrizione secondo queste linee guida (4). Il 19% (37/199) dei pazienti con polmonite comunitaria hanno ricevuto un trattamento aderente alle linee guida nel periodo baseline. Questa percentuale è aumentata fino al 27% (64/237) durante il periodo dell’intervento ( $p = 0.04$ ), per raggiungere il 32% (77/237) nel post-intervento.

L’aderenza alle linee guida per i pazienti con infezioni urinarie non è cambiata significativamente tra il periodo di baseline e quello dell’intervento. Il 47% (98/209) dei pazienti hanno ricevuto un trattamento aderente alle linee guida nel periodo baseline e il 50% (106/211) dei pazienti nel periodo post-intervento ( $p = 0.49$ ).

L’introduzione di “SCRIPT” nell’ospedale di Auckland ha avuto un impatto positivo, statisticamente significativo, sull’aderenza dei prescrittori alle linee guida sull’antibiotico-terapia nei

pazienti con polmonite comunitaria.

### **STRUMENTI DI MONITORAGGIO DI ADERENZA ALLE PRATICHE DI INFECTION PREVENTION AND CONTROL**

Un solo studio è stato incluso nella revisione bibliografica è stato condotto da un gruppo di infermiere statunitensi in un ospedale universitario nel Sud-Est degli Stati Uniti (7).

Rea et al. (7) hanno condotto uno studio pilota all’interno di un programma di miglioramento della qualità per ridurre le infezioni correlate a catetere urinario (CAUTI). Il loro intento era quello di indagare il valore della tecnologia nelle pratiche infermieristiche e nell’assistenza ai pazienti.

È stato introdotto un “*cloud-based software technology*” per dotare le “*nurse champions*” (infermiere facilitatrici) di uno strumento che potesse dare un miglioramento della qualità dell’assistenza, in tempo reale, attraverso una *checklist* accessibile attraverso uno smartphone o tablet. Le domande di ricerca sono state: • C’è una differenza nel tasso delle CAUTI e dell’utilizzo del catetere urinario nei pazienti ospedalizzati dopo che il “*cloud-based software technology*” è stato adottato dalle “*nurse champions*” per fornire una *real-time peer feedback* rispetto all’aderenza alle linee guida?

• C’è una differenza nella *compliance* con le pratiche basate sull’evidenza per la prevenzione delle CAUTI dopo l’introduzione della tecnologia? I risultati hanno dimostrato che non c’è stata una differenza statisticamente significativa nel tasso di CAUTI e dell’utilizzo del catetere urinario dopo l’adozione del *software*. Non ci sono state nemmeno differenze statisticamente significative nel tasso di *compliance* tra prima e dopo l’introduzione del *software* per 8 pratiche considerate *evidence based*. L’unica pratica che ha dimostrato un miglioramento statisticamente significativo

( $p = 0.003$ ) è stata l’esecuzione giornaliera dell’igiene con la clorexidina. L’utilizzo del *software* ha ridotto di molto il tempo per fornire il *feedback* agli operatori (*peer-feedback*) sui dati della *compliance* rispetto alle pratiche *evidence based* (da 4 giorni ad 1 ora) ed ha permesso di organizzare meeting giornalieri più rapidi invece di quelli mensili.

### **DISCUSSIONE**

I risultati ottenuti dall’analisi degli articoli inclusi nella Revisione ci suggeriscono che **le innovazioni tecnologiche hanno il potenziale per migliorare l’aderenza degli operatori sanitari alle pratiche cliniche relative all’infection control**. Il miglioramento dell’aderenza è una delle strategie in grado di diminuire il tasso di infezioni correlate all’assistenza.

**Tutti gli articoli, riguardanti la pratica dell’igiene delle mani, giungono alla conclusione che i sistemi elettronici di monitoraggio sono in grado di migliorare l’aderenza all’hand hygiene e determinare un cambiamento nei comportamenti.**

Gli studi si sono differenziati sulle variazioni delle percentuali di adesione all’igiene delle mani, passando da valori come 6,8%, raggiunto nel *randomized control trial* di Fisher, citato nella revisione di Meng (9) a valori, più alti, come 87,9%, conseguito con la tecnologia del “*video monitoring*” utilizzato nello studio di Armellino (1). I miglioramenti nel tasso dell’aderenza all’igiene delle mani sono associabili al *feedback* dei dati che viene fornito agli operatori sanitari. Lo stesso WHO indica il *feedback* come elemento chiave (*core component* insieme al *monitoring*) da inserire nei programmi di *infection control* (2).

Il tipo di *feedback* che viene presentato al personale, e relativo ai dati sul miglioramento dell’aderenza, è differente tra i vari articoli. Arai e Zhong

utilizzano una modalità più tradizionale, fornendo un *feedback* mensile durante i meeting (13,14). Kerbaj e Armellino impiegano due metodi più innovativi: il primo usa messaggi di testo inviati agli operatori ed il secondo dei display a LED, installati nel reparto. Tutte le tipologie di *feedback* dimostrano di avere un impatto sull'aumento della *compliance* (5). Uno strumento come quello del "video auditing" capace di offrire un continuo *feedback real-time* (display a LED), come quello presentato da Armellino nel suo studio, sembra essere molto efficace, poiché è in grado di sostenere alti tassi di aderenza nel tempo (1).

Anche Meng, nella sua Revisione rapida, è in linea con il concetto che un *feedback*, fornito in tempo reale, potrebbe essere un metodo più consistente per migliorare la *compliance* rispetto agli altri metodi tradizionali di audit (9).

Un altro elemento che, assieme al *feedback*, può offrire un grande vantaggio al miglioramento della *performance* rispetto all'igiene delle mani è il "reminder". I tradizionali "reminders" sono poster che vengono diffusi nei setting sanitari per ricordare agli operatori l'importanza di eseguire l'igiene delle mani. Con l'avvento degli strumenti elettronici per il monitoraggio, la tipologia dei "reminders" si è evoluta, passando dai poster a *device*, che rilasciano in tempo reale, dei segnali sonori, vibrazioni ai badge indossati dal personale o segnali luminosi.

Zhong, nel suo studio, considera la mancanza di tempo e la dimenticanza tra i maggiori ostacoli alla buona aderenza dell'igiene delle mani, per cui "reminder" efficaci e continui, nel luogo di lavoro, sembrano essere necessari per combattere la dimenticanza e per aumentare rapidamente il tasso di aderenza all'*hand hygiene* e mantenerlo costante per un lungo periodo (13).

Kerbaj e Onno sono dello stesso avviso, anche se il tipo di "reminder" utilizzato negli studi è leggermente diverso: messaggi di congratulazioni ed incoraggiamento, rispetto alla *performance* sull'igiene delle mani, inviati direttamente sullo smartphone degli operatori e messaggi/immagini accattivanti *screen-saver* sui display dei computer nei reparti (5,11).

Secondo Kerbaj l'utilizzo di messaggi, soprattutto quelli incoraggianti, per un lungo periodo ed in modo regolare può incentivare il miglioramento dell'aderenza (5).

**Aumentare l'aderenza alla pratica dell'igiene delle mani, modificando il comportamento degli operatori e mantenerlo costante nel tempo è una delle sfide più grandi per le organizzazioni sanitarie e per chi si occupa di infection control.** Gli strumenti elettronici per il monitoraggio sembrerebbero possedere la capacità di raggiungere entrambi gli obiettivi (aderenza e cambio del comportamento), ma alcuni studi riportano dei limiti riguardo alla sostenibilità di tali strumenti nel mantenere nel tempo l'aderenza.

Negli studi osservazionali, citati nella revisione di Meng, il periodo di osservazione più breve di 28 giorni, svolto da Al Salman, ha portato il tasso medio della *compliance* dal 60% all'80%, dopo l'introduzione dei nuovi sistemi elettronici (15). Al contrario, lo studio di Staats, svolto nell'arco di 3 anni, ha fatto incrementare il tasso di aderenza fino al 55%, che poi con il tempo è andato gradualmente diminuendo, fino a scendere ai livelli del pre-intervento, una volta rimosso il sistema tecnologico di monitoraggio (16).

Anche nello studio di Pong il tempo ha un effetto significativo sulla performance media dell'igiene mani, con un trend negativo di -0,18% a settimana ( $p < 0,001$ ) e sul tasso di partecipazione degli operatori nel

tempo con -0,72% ( $p < 0,001$ ) di riduzione ogni settimana di coloro che utilizzavano il badge (12).

Diversi autori, come Boyce, Arai e Kerbaj affermano che, poiché gli interventi di miglioramento dell'igiene delle mani sono complessi, il solo monitoraggio e *feedback* non sono sempre sufficienti a produrre un miglioramento rispetto alle buone pratiche, per cui è necessario che essi vengano inseriti in una strategia multimodale che richiede, contemporaneamente, interventi educativi, "reminders" e *behaviour approach* (3,5,14).

Queste considerazioni sono in linea con le raccomandazioni del WHO, secondo le quali l'utilizzo della "multimodal strategies" in *infection control*: "ha mostrato di essere il miglior approccio, basato sull'evidenza, per ottenere un cambiamento di comportamento duraturo nel tempo per l'implementazione di interventi di infection control", soprattutto riguardo all'igiene delle mani (2).

Dalla Revisione emerge chiaramente che gli strumenti elettronici, utilizzati per il monitoraggio dell'aderenza alle pratiche di *infection control*, hanno diversi vantaggi rispetto al metodo delle osservazioni dirette che il WHO considera essere il *gold standard* (2).

Malgrado ciò, la maggior parte dei sistemi elettronici non è in grado di valutare né la qualità di come l'igiene delle mani venga effettuata, né tutti e cinque i momenti dell'*hand hygiene* raccomandati dal WHO (2). L'unico metodo che potrebbe ovviare a questo svantaggio è quello utilizzato nello studio di Armellino e cioè il "video monitoring audit" (1).

Tuttavia, bisogna considerare un aspetto molto importante nell'utilizzo di questi mezzi innovativi: il rispetto della *privacy* del paziente. Per tale motivo, lo studio di Armellino, che aveva la possibilità

di poter monitorare i 5 momenti attraverso le videocamere, ha preferito limitarsi al monitoraggio di 3 momenti (prima e dopo aver toccato il paziente e dopo aver toccato gli oggetti intorno a lui, cioè i momenti 1, 4 e 5), installando le telecamere in modo che potessero inquadrare solo i dispenser di soluzione alcolica ed i lavandini vicino ai pazienti (1). Ad ogni modo, secondo la revisione di Boyce, la *compliance* stimata solo su 3 momenti, e valutata sull'entrata e l'uscita del personale dalla stanza, offre una stima ragionevole sulla *compliance* dei 5 momenti (3). Nella Revisione bibliografica descritta, molto pochi sono stati gli studi che hanno utilizzato l'innovazione tecnologica per migliorare la compliance rispetto ad altre pratiche nell'ambito dell'*infection control*. Solo due studi si sono interessati di strumenti più innovativi per migliorare il comportamento dei clinici rispetto alle linee guida di prescrizione antimicrobica. Entrambi mostrano che strumenti elettronici migliorano l'aderenza dei clinici alle linee guida relative alle prescrizioni antibiotiche. Gli strumenti utilizzati sono un sistema che supporta le decisioni cliniche, esposto da Heard, e un'applicazione su smartphone, descritta da Ho Yoon (4, 6). Entrambi gli strumenti sembrano aver avuto un impatto positivo sull'aderenza dei clinici alle linee guida antimicrobiche e sull'appropriatezza delle prescrizioni, nonostante il sistema di supporto clinico (*Clinical Decision Support System, CSDS*), rispetto ad uno strumento come un'applicazione, sia in grado di raggiungere un'aderenza maggiore se applicato per un periodo di almeno 12 mesi. L'applicazione, denominata "SCRIPT", ha dimostrato di avere un impatto positivo, statisticamente significativo, sull'aderenza dei prescrittori alle linee guida sull'antibioticoterapia

solo nei pazienti con polmonite comunitaria. In entrambi i casi, anche gli autori sono concordi sul fatto che sarebbe utile condurre studi multicentrici e prospettici per valutare meglio l'efficacia dei sistemi di supporto nell'ambito della *stewardship* antimicrobica e che servirebbero anche studi più ampi per determinare gli *outcome* dei pazienti correlati all'utilizzo delle applicazioni sugli smartphone.

Lo studio di Kathleen Rea et al. è l'unico, inserito in questa Revisione, che descrive innovazioni tecnologiche che possano apportare un miglioramento della *compliance* degli operatori rispetto alle pratiche *evidence based* per prevenire le infezioni correlate a catetere urinario (CAUTI) e rispetto all'utilizzo del catetere (7). Lo strumento utilizzato in questo caso è un "*cloud-based software technology*" installato su smartphone o tablet. Questo strumento, fornito ad un gruppo di "*nurse champions*" è l'unico che non ha mostrato un miglioramento rispetto all'aderenza degli operatori alle pratiche per prevenire le CAUTI. Probabilmente, sarebbe stato necessario condurre uno studio con un campione più ampio e per un periodo di tempo più lungo allo scopo di ottenere risultati statisticamente significativi. Malgrado ciò, l'utilizzo del software è stato molto gradito alle "*nurse champions*" perché ha ridotto di molto il tempo per fornire il *feedback* agli operatori (*peer-feedback*) sui dati della compliance rispetto alle pratiche *evidence based* (da 4 giorni ad 1 ora) e ha permesso di organizzare *meeting* giornalieri più rapidi invece dei *meeting* mensili. Questa metodologia, inoltre, dimostra di essere molto utile alle organizzazioni, per risparmiare tempo e risorse umane e economiche.

## CONCLUSIONI

La Revisione narrativa ha rison-

trato diversi limiti: uno dei principali è stato circoscrivere il processo di ricerca a due sole banche dati (PubMed e CINAHL).

Inoltre, nessuno degli studi inclusi è uno studio randomizzato controllato, una revisione sistematica o una meta-analisi; i risultati, pertanto, potrebbero avere dei *bias* al loro interno.

Alcune ricerche, come quelle di Kerbaj e Rea, hanno un campione esiguo e non randomizzato.

Gli studi di Pong ed Armellino sono stati svolti in un solo reparto, per cui i risultati non sono generalizzabili. Sempre Armellino ed Onno non hanno mai utilizzato un gruppo controllo. Le ricerche di Onno e Rea et al. sono state condotte in un periodo di tempo troppo breve per poter giungere a risultati affidabili e significativi.

Negli studi di Onno, Zhong ed Heard sono presenti fattori di confondimento per cui i risultati ottenuti potrebbero essere associati non all'utilizzo dei sistemi elettronici e del *feedback*, ma ad altri fattori.

Gli studi di questa Revisione hanno evidenziato come sistemi elettronici di monitoraggio sono in grado di migliorare l'aderenza alle pratiche di *infection control* e di determinare un cambiamento del comportamento negli operatori sanitari.

L'aumento del tasso di aderenza ed il cambio di comportamento possono essere mantenuti nel tempo se il sistema elettronico utilizzato fornisce agli operatori anche un *feedback* e un "*reminder*" *real-time* continui e regolari.

Questa tipologia di monitoring, associata a *feedback* e "*reminders*", se inseriti in una strategia multimodale (che include formazione e *behaviour approach*), ha la potenzialità di avere un forte impatto nel migliorare la compliance e, di conseguenza, diminuire il rischio di infezioni correlate all'assistenza.

Queste tecnologie sono ancora limitate nel loro utilizzo a causa dei co-



sti elevati necessari alla loro implementazione e al loro mantenimento. Per questo, al fine di implementare tali strumenti nella pratica clinica, future ricerche sarebbero necessarie per chiarire l'efficacia di strumenti tecnologici, in termini di

*outcome* dei pazienti, diminuzione delle infezioni e risparmio di risorse (umane, economiche e tempo), rispetto al loro costo.

Sarebbe necessario, inoltre, sviluppare metodologie ancora più intelligenti ed accurate, come per esem-

pio videocamere con riconoscimento delle immagini attraverso l'intelligenza artificiale, per riuscire, come per esempio nell'igiene delle mani, a identificare tutti i 5 momenti indicati dal WHO ed il numero di eventi compiuti dagli operatori sanitari.

## TABELLA SINOTTICA ARTICOLI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

1. Eunwoo Y, Louella U, "The effect of incorporating covert observation into established over observation-hand hygiene promotion programs". AJIC 2019; 47 482-486 Studio svolto negli Emirati Arabi con il supporto della Korea

### **Obiettivo**

Valutare se, incorporando CO (Osservazione Coperte) in un programma di promozione dell'igiene delle mani basato sull'OO (Osservazioni Aperte) migliora il tasso di HH

### **Disegno**

Studio prospettico in 3 fasi: le prime 2 prevedono 2 sessioni di CO+ OO; la terza fase una sola sessione di CO+OO. Nella fase 2 viene inserito un intervento: "*barrier identification interview*" per indagare le ragioni della non *compliance*

### **Strumenti e metodi**

Osservazioni aperte e chiuse eseguite da "*observers*" formati attraverso un *training*

### **Risultati**

Il tasso totale di *compliance* igiene mani (HHC) durante le CO era 49,3% che è significativamente più basso ( $p<0.01$ ) rispetto al tasso tot delle OO che era 91,4%. La HHC basata sulle CO è aumentata fino a 66,9% ( $p<0.01$ ) in fase 2 dopo l'applicazione dell'intervento, ma è scesa a 57,5% ( $p<0.01$ ) in fase 3. HHC basata su OO è aumentata significativamente solo tra la I e la II sessione della fase 2 (90,8% contro 94,5% con  $p(0.01)$ )

### **Conclusioni**

Le Osservazioni Coperte sono un metodo più affidabile delle Osservazioni Aperte per la valutazione della *compliance* dell'igiene delle mani. Non è certo però che le osservazioni coperte migliorino l'aderenza.

In questo studio, le Osservazioni Coperte non hanno migliorato il comportamento degli operatori sanitari.

Nonostante ciò, i dati suggeriscono che le Osservazioni Coperte sono il metodo più sensibile ed efficace per promuovere i programmi di igiene delle mani.

2. Boyce J.M, "Electronic monitoring in combination with direct observation as a means to significantly improve hand hygiene compliance" American Journal of Infection Control: 45 (2017) 528-35

### **Obiettivo**

Indagare i vantaggi e gli svantaggi di diversi metodi di monitoraggio della *compliance* dell'igiene mani da parte degli operatori sanitari.

### **Disegno**

Revisione letteratura

### **Strumenti e metodi**

Processo di ricerca condotto attraverso il Database Pubmed

### **Risultati**

Vantaggi dalle osservazioni dirette: l'applicabilità universale di questo metodo (Paesi a basse, medie ed alte risorse) e la sua validità nel valutare la *compliance* dell'igiene mani secondo i 5 momenti stabiliti dal WHO, la qualità della procedura da parte degli operatori, l'appropriato uso dei guanti e l'opportunità di fornire un *coaching real time*.

Svantaggi da osservazioni dirette: dispendio di risorse umane.

Negli studi osservazionali grandezza del campione insufficiente e metodo non standardizzato nel condurre le osservazioni.

Vantaggi degli *Electronic and camera-based systems*: monitoraggio della igiene mani durante tutto il turno senza l'effetto Hawthorne e una raccolta più numerosa di dati sulla performance dell'igiene mani.

Svantaggi dell'Electronic Monitoring System (EMS): costo dell'installazione, problemi relativi all'accettazione da parte degli operatori sanitari, dati insufficienti riguardo al costo/efficacia e all'impatto che hanno sui tassi delle

infezioni correlate all'assistenza. Monitoraggio limitato a soli 3 momenti dell'igiene mani e non 5, nonostante crescenti evidenze suggeriscano che il monitoraggio dei momenti 1, 4 e 5 offrano una stima ragionevole dell'aderenza a tutti e 5 i momenti.

### **Conclusioni**

Gli strumenti elettronici per monitorare l'igiene mani forniscono molti più dati *real time* che possono essere utilizzati in combinazione con i dati delle osservazioni dirette come strumenti-chiave nella strategia multimodale per migliorare l'igiene mani. Sono necessari ulteriori studi che mettano a confronto o in combinazione le due modalità.

---

3. Meng M, Sorber M, "Technological innovations in infection control: A rapid review of the acceptance of behavior monitoring systems and their contribution to the improvement of hand hygiene". *American Journal of Infection Control* 47 (2019) 439–447

### **Obiettivo**

Valutare l'influenza delle innovazioni tecnologiche, che monitorizzano i comportamenti sull'aderenza dell'igiene mani e la loro accettazione da parte dei professionisti sanitari.

### **Disegno**

Revisione rapida della letteratura

### **Strumenti e metodi**

Cochrane Library, Scopus, PubMed, CINAHL, PsycINFO, PsycARTICLES, PSYINDEX

### **Risultati**

In generale, gli studi quantitativi indicano che le innovazioni tecnologiche hanno il potenziale per migliorare il comportamento degli operatori sanitari relativo all'aderenza dell'igiene mani. La *compliance* è passata da 6,40% a 54,97%. Gli stessi studi non sono chiari riguardo alla sostenibilità degli effetti nel tempo. Due studi qualitativi descrivono invece i fattori che potrebbero influenzare l'accettazione di questi strumenti innovativi da parte degli operatori sanitari. Quattro sono gli elementi che potenzialmente potrebbero influenzare tale accettazione: la trasparenza, la confidenzialità, l'atteggiamento e l'ambiente di chi li utilizza, funzioni del dispositivo e la fruibilità dello stesso.

### **Conclusioni**

Tutti gli studi inclusi in questa Revisione dimostrano che le innovazioni tecnologiche, che hanno come scopo il miglioramento dell'aderenza all'igiene delle mani da parte dei professionisti sanitari, hanno il potenziale per migliorare gli *outcome* dei pazienti. Nonostante ciò, prima di implementare tali strumenti, comprenderne gli elementi-chiave, sull'accettazione di essi da parte degli operatori sanitari, è cruciale per il successo di tale metodologia.

---

4. Pong S, Holliday P, "Effect of electronic real-time prompting on hand hygiene behaviors in health care workers"

### **Obiettivo**

Valutare la capacità del sistema elettronico di monitoraggio, con l'abilità di offrire un sollecito *real-time*, di cambiare i comportamenti rispetto all'igiene delle mani. Determinare se:

- 1) l'*Electronic Monitoring System* (EMS) cambia il comportamento del personale sanitario rispetto all'igiene mani, quando misurato indipendentemente da qualsiasi ipotesi fatta dall'EMS (solo contando il numero di attivazione dei dispenser).
- 2) il contributo di un segnale di incoraggiamento e la lunghezza del segnale cambia il comportamento
- 3) se l'utilizzo a lungo termine dell'EMS può essere sostenuto dalla partecipazione del personale sanitario e dai miglioramenti dell'aderenza all'igiene mani.

### **Disegno**

Lo studio al suo interno presenta 3 tipi di design:

- 1) quasi-sperimentale con l'attivazione del dispenser per valutare l'effetto del sistema elettronico sul numero di igiene mani eseguite.
- 2) Studio randomizzato a *cluster* (durata sollecito) per valutare la durata del segnale di sollecitazione sulla performance dell'igiene mani
- 3) Osservazionale: per valutare nel tempo la performance dell'igiene mani e la partecipazione dello staff dovuta all'utilizzo del monitoraggio elettronico.

### **Strumenti e metodi**

Il Sistema elettronico di monitoraggio utilizza badge elettronici indossati dagli operatori sanitari, che comunicano

con dei sensori installati all'entrata della stanza e su tutti i dispenser per l'igiene mani al muro. Nella parte di studio quasi-sperimentale viene utilizzata l'attivazione del dispenser durante 3 fasi: *baseline*, intervento con il rilascio del badge e la rimozione del sistema. *Feedback* attraverso i grafici e *training*. Nel *design cluster-randomized* si è utilizzato una durata del sollecito con 3 fasi: *baseline* di 20 secondi, intervento con 3 gruppi da 20 secondi, 10 secondi e 0 secondi e rimozione sistema. Nello studio Osservazionale si sono raccolti dati in 4 unità per 1 anno in modo continuativo

### Risultati

Il numero complessivo di attivazione degli erogatori è stato significativamente influenzato dall'uso dell'EMS. Il numero medio di attivazioni è aumentato significativamente da 113 nella fase di *baseline* a 186,5 con l'introduzione dei badge elettronici durante la fase d'intervento. Quando i badge sono stati rimossi, le attivazioni dei dispenser sono scese a 180,5 ma non hanno raggiunto i livelli della *baseline* fino alla quarta fase. Il numero di attivazione degli erogatori è aumentato quasi del doppio con l'introduzione dei badge elettronici.

La differenza assoluta in punti percentuali di performance tra l'unità di controllo e l'unità con il sollecito ridotto a 10 secondi era -15,60% ( $P < .0001$ ). La performance sull'unità con il *prompt* completamente rimosso è scesa del -26,37% ( $P < .0001$ ).

C'era un'associazione significativa tra l'uso del *prompt* di 20 secondi predefinito e la probabilità di lavarsi entro 20 secondi dopo essere entrati in una stanza del paziente, se il lavaggio non era stato fatto in precedenza. Rispetto al personale che utilizzava la richiesta più breve di 10 secondi, quelli che utilizzavano la richiesta predefinita di 20 secondi erano 2 volte più propensi a lavarsi e 8 volte più propensi a lavarsi, rispetto al personale che non riceveva alcuna richiesta. Il tempo ha un effetto significativo sulla performance dell'igiene mani, ma con una traiettoria negativa di -0,18% per settimana. La partecipazione presenta anch'essa un trend negativo nel tempo -0.72 ( $P < .001$ ) per settimana.

### Conclusioni

L'uso del sistema elettronico di monitoraggio, nell'immediato, raddoppia il numero di eventi igiene mani e questo numero rimane stabile fino ad 8 settimane dopo che il sistema viene rimosso.

Il sollecito *real-time*, quando le opportunità di igiene mani non sono effettuate, aumenta complessivamente la performance in HH. Il livello di partecipazione, quando si utilizza l'EMS, è difficile da mantenere. La performance nell'igiene mani è sostenibile nell'arco di più di un anno nello staff che continua a partecipare.

---

5. Arai A, Tanabe M, "Utility of electronic hand hygiene counting devices for measuring physicians' hand hygiene adherence applied to outpatient settings". American Journal of Infection Control 44 (2016) 1481-5

### Obiettivo

Valutare l'utilità degli "*electronic hand hygiene counting devices*" nel *setting* ambulatoriale e l'impatto del *feedback* dei risultati sul comportamento dei medici riguardo l'igiene mani.

### Disegno

Quasi-sperimentale (disegno con serie temporali)

### Strumenti e metodi

130 *electronic counting devices* furono installati uno su ogni tavolo degli ambulatori dove solo il medico può farne uso. Questi *devices* elettronici utilizzano un sistema wireless per cui ogni volta che vengono utilizzati, l'info viene trasmessa direttamente al computer. L'aderenza all'igiene mani viene calcolata facendo il rapporto tra il numero di igiene mani effettuata e il numero dei pazienti esaminati per 100. L'aderenza è stata calcolata prima alla *baseline* (1 mese prima di mettere a conoscenza i medici dei *devices*) e, dopo aver fornito il *feedback* dei risultati a livello di dipartimento e non individuali, i dati elettronici sono stati raccolti per 3 mesi.

### Risultati

L'aderenza complessiva dell'HH al *baseline* era di 10,7% ed è migliorata dopo il *feedback* (13,2%) e al secondo e terzo mese è aumentata fino al 18,2%. Le ragioni del miglioramento vengono anche associate al *feedback* e al fatto che in alcuni Dipartimenti erano presenti dei medici dell'*infection control team* che hanno collaborato allo studio ed influenzato i colleghi.

### Conclusioni

Questo nuovo approccio per migliorare il tasso di aderenza all'igiene mani ha mostrato una risposta positiva anche se limitata, poiché il tasso in generale è rimasto basso (18,2%). Le iniziative di miglioramento dell'igiene delle mani sono complesse e composte da diverse strategie, come istruzione e formazione, *audit* e *feedback*, promemoria,

uso di team multidisciplinari e metodi di miglioramento della performance. Secondo i ricercatori è necessario un cambio nei comportamenti dei medici e nella cultura dell'ospedale.

---

6. Kerbaj J, Toure Y, "Smartphone text message service to foster hand hygiene compliance in health care workers" American Journal of Infection Control 45 (2017) 234-9

**Obiettivo**

Valutare l'influenza di messaggi di testo inviati ai cellulari degli operatori sanitari come *feedback* all'aderenza dell'igiene mani.

**Disegno**

Non *randomized before-after comparison study*

**Strumenti e metodi**

Studio diviso in 4 periodi: 1. monitoraggio della *compliance* igiene mani di 360 giorni, utilizzando MediHandTrace (*Automatized Continuous Monitoring System*); 2. secondo periodo in cui per 28 giorni vengono inviati *text message*, una volta a settimana agli HCWs (fase 1) seguito da 48 giorni in cui non vengono inviati messaggi; 3 e 4 periodo sono identici al 2, ma la fase 1 del 4 periodo è lunga solo 21 giorni. I *text messages* sono di due tipi: congratulazioni se la settimana dopo l'aderenza è migliorata o di incoraggiamento se l'aderenza non è migliorata.

**Risultati**

Il tasso di aderenza alla fine del primo periodo (360 giorni) è di 14,89%. Durante il periodo d'intervento il tasso è aumentato fino a 23,09%( $P<0.05$ ). L'odds ratio è di 1,68, significa che HCWs hanno aumentato di 1,68 volte il loro tasso di aderenza all'igiene mani rispetto al pre-intervento ( $P<0.001$ ).

I messaggi congratulatori non hanno portato ad un cambio significativo del tasso di aderenza, al contrario dei messaggi di incoraggiamento. Il risultato è stato identico in tutti e 3 i periodi.

**Conclusioni**

La mancanza di tempo e la dimenticanza sono tra le barriere maggiori alla buona aderenza all'igiene mani.

*Reminders* efficaci e regolari sul luogo di lavoro possono migliorare la dimenticanza.

Messaggi di testo al cellulare di incoraggiamento sono più efficaci di quelli di congratulazioni. Questo tipo di intervento dovrebbe essere inserito in una strategia di *multimodal approach* (che include formazione e *behaviour approach*) che migliori l'aderenza e diminuisca il rischio di infezioni correlate all'assistenza. Sostenere a lungo una buona aderenza all'igiene mani è importante. L'utilizzo di messaggi per un lungo periodo ed in modo regolare può incoraggiare il miglioramento dell'aderenza.

---

7. Helder O.K, Weggelaar A.M, "Computer screen saver hand hygiene information curbs a negative trend in hand hygiene behavior" American Journal of Infection Control 40 (2012) 951-4

**Obiettivo**

Testare l'impatto di messaggi sullo *screen saver* (invece dei poster) sulla frequenza degli eventi di igiene mani e la *compliance*.

**Disegno**

*Interrupted time series* (ITS) con oggettive misure di HH eventi.

In due periodi: 8 settimane prima dell'intervento e 8 dopo.

**Strumenti e metodi**

L'intervento: messaggi sullo *screen saver* dei 6 computer della Terapia Intensiva neonatale, al posto dei poster, riguardo alla promozione dell'igiene delle mani, alla sua importanza per salvaguardare i pazienti (messaggi più immagini attrattive) per cinque mesi.

È stato organizzato, prima di questo intervento, un programma educativo multidisciplinare di *infection control*. *Device* elettronici con conteggio automatico e trasmissione *wireless* sono stati utilizzati per documentare oggettivamente la frequenza degli eventi dell'igiene mani. In aggiunta a ciò, nelle ultime due settimane della fase prima e durante l'intervento, è stata valutata la *compliance* dell'igiene, utilizzando osservazioni svolte da due osservatori (Osservazioni Aperte anche se gli operatori non erano a conoscenza di cosa questi stessero osservando).

**Risultati**

Il numero degli eventi igiene mani per *patient-day* prima dell'intervento è diminuito di 2.4 per settimana.

Subito dopo l'introduzione dell'intervento, l'effetto immediato non è stato molto significativo (-1,4 e  $P 0.681$ ). Il post-intervento mostra un aumento del trend significativo (1,5 e  $P<0.001$ ) degli eventi igiene mani per settimana

e per *patient day*.

La *compliance* valutata durante le osservazioni ha dimostrato un aumento significativo ( $P < 0.05$ ), da 63,6% *pre-intervention* a 71,5% *post intervention*

### Conclusioni

Lo studio mostra un'evidenza oggettiva che l'utilizzo di *screen saver messages* migliora la *compliance* dell'igiene mani rispetto alle linee guida e ha effetti benefici sulla frequenza degli eventi igiene mani effettuati (solo nel turno di notte non c'è un'evidenza significativa).

Un ulteriore evidenza di ciò è data dall'aumento della *compliance* valutata con le osservazioni dirette.

---

8. Zhong X, Wang D.L., "Comparison of two electronic hand hygiene monitoring systems in promoting hand hygiene of healthcare workers in the Intensive Care Unit". BMC Infectious Diseases (2021) 21:50

### Obiettivo

Esplorare quale tipo di *Electronic Hand Hygiene Monitoring System* (EHHMSs) potrebbe promuovere meglio l'igiene mani tra i medici e infermieri

### Disegno

*Interrupted times series design* (studio quasi sperimentale)

### Strumenti e metodi

Da marzo 2018 a dicembre 2019, si sono utilizzati 2 tipi di EHHMS e per tutta la durata dello studio, osservazioni della *compliance* dell'igiene mani sono state effettuate per valutare gli effetti dei 2 sistemi elettronici.

Lo studio è stato suddiviso in 3 stage.

1° stage: osservazioni dirette per calcolare il tasso di *compliance* secondo i 5 momenti del WHO.

*Feedback* mensile.

2° stage: 1° tipo di EHHMS utilizzato per monitorare gli eventi igiene mani ed il consumo di alcol e sapone, ma "non riconosce i diversi momenti dell'igiene mani" secondo il WHO. *Feedback* mensile

3° stage: 2° tipo di EHHMS (molto più complesso con l'utilizzo di un *cloud* per la trasmissione delle info). Questo sistema è in grado di monitorare 3 momenti igiene mani (prima e dopo di toccare il paziente e dopo aver toccato l'ambiente intorno al paziente). *Reminder* immediato. *Feedback* mensile

Le osservazioni dirette continuano anche nel 2° e 3° stage.

### Risultati

*Compliance* igiene mani nel 1° stage (osservazioni) è aumentata di 0,250% ogni mese.

Il primo mese dell'utilizzo del primo tipo di EHHMS il tasso è aumentato di 1.667%, ma poi è andato diminuendo dello 0,115% ogni mese rispetto al 1° stage delle osservazioni (ma differenza non statisticamente significativa  $P < 0.384$  e  $0.654$ ).

Nel primo mese del 2° tipo di EHHMS il tasso di *compliance* è aumentato subito di 12,324% e poi è andato aumentando di 1,242% ogni mese.

Comunque, nel 3° stage il tasso di aderenza, utilizzando l'EHHMS è stato di 77,75% più basso rispetto al tasso ottenuto con le osservazioni 89,16% (differenza statisticamente significativa), ma probabilmente questo è dovuto all'effetto Hawthorne minore nell'EHHMS.

### Conclusioni

Il monitoraggio da solo non migliora la *compliance* dell'igiene mani, ma questo deve essere affiancato al *feedback*.

*Real time reminder* nel 2° tipo di EHHMS ha avuto dei benefici nella *compliance*.

Vantaggi dell'EHHMS: monitoraggio 24h.

Numero degli eventi monitorati con il sistema elettronico molto più alto (425,602) rispetto alle osservazioni (3,133)

Effetto Hawthorne ridotto.

2° tipo di EHHMS ha *real time reminders and feedback*, i quali permettono un miglioramento della *compliance*. I limiti del EHHMS sono l'incapacità a monitorare la correttezza dell'igiene mani e tutti i 5 momenti.

Infine: l'EHHMS con *real time reminder and feedback* può migliorare la HH *compliance*. Però questo strumento elettronico non può adeguatamente monitorare i 5 momenti del HH del WHO.

Un sistema più accurato di EHHMS con una telecamera con intelligenza artificiale sarebbe in grado di identificare i 5 momenti.

9. Armellino D, Hussain E, "Using High-Technology to Enforce Low-Technology Safety Measures: The Use of Third-party Remote Video Auditing and Real-time Feedback in Healthcare". *Clinical Infectious Diseases* 2012;54(1):1-7

#### **Obiettivo**

Valutare l'uso del "third-party remote video auditing" senza e con un *feedback real time* sull'aderenza dell'igiene mani.

#### **Disegno**

*Interrupted time series*

#### **Strumenti e metodi**

*Remote video auditing* (*auditors* formati monitorizzano i video) utilizzato per visualizzare e valutare la *compliance* dell'igiene mani con videocamere e sensori di movimento sulle porte.

Il *feedback* viene calcolato automaticamente da un database ed inviato alle 2 lavagne con LED + *feedback* con una mail riassuntiva durante il turno o alla fine + report settimanale della performance.

Durata di 107 settimane (25 mesi).

Fasi dello studio:

1. 12 settimane iniziali senza calcolare il tasso di aderenza e *feedback* (per validare lo strumento)
2. 16 settimane video monitoring senza *feedback*
3. 16 settimane video monitoring con *feedback*
4. 5 settimane di mantenimento con *feedback*

Prima di questo studio è stato fatto un pre-studio con audit tradizionale con osservazioni.

#### **Risultati**

Il tasso di *compliance* nelle 16 settimane di pre-*feedback* è stato in media di 6,5%, di 81,6% durante le settimane di post *feedback* e di 87,9% nelle 75 settimane di mantenimento.

Il pre-studio, fatto con le osservazioni prima dello studio, ha mostrato un tasso di *compliance* di circa 60%, molto più alto del tasso del pre-*feedback* (6,5%), dovuto probabilmente all'effetto Hawthorne.

Privacy del paziente rispettata: le telecamere erano rivolte solo verso i lavandini o i dispenser.

Privacy degli operatori: i dati vengono riportati in modo aggregato e i video segmenti non sono stati usati per osservare singoli operatori. Ognuno era consapevole del tipo di studio.

#### **Conclusioni**

Il punto di forza di questo studio è stato dimostrare che la tecnologia può monitorare l'igiene mani degli operatori sanitari e rinforzare il comportamento per un periodo prolungato di tempo.

*The third-party remote video auditing* con un continuo *feedback real time* potrebbe essere un metodo più consistente per la *compliance* igiene mani rispetto ad altri metodi tradizionali di audit.

Questo tipo di tecnologia con *real time feedback* produce un significativo e sostenibile miglioramento della *compliance* e ha un potenziale per migliorare la qualità delle cure del paziente.

---

10. Heard K.L, Hughes S, "Evaluating the impact of the ICNET® clinical decision support system for antimicrobial stewardship". *Antimicrobial Resistance and Infection Control* (2019) 8:51

#### **Obiettivo**

Valutare l'impatto di un *Clinical Decision Support System* (CDSS) sul flusso di lavoro di un team di *Antimicrobial stewardship*.

#### **Disegno**

Studio retrospettivo osservazionale pre-post implementazione del CDSS

#### **Strumenti e metodi**

*Clinical decision support system* (CDSS).

Sono stati raccolti dati clinici, di flusso di lavoro e farmaceutici da 3 mesi dopo l'implementazione del CDSS e confrontati con gli stessi periodi di 3 mesi degli anni precedenti.

I parametri esaminati comprendevano: il numero di pazienti esaminati, il totale degli interventi effettuati, i tipi di intervento effettuati e il tempo impiegato dal team dell'*Antimicrobial stewardship* (AMS team).

Tutti i risultati sono stati aggiustati per il totale delle dosi definite giornaliere (DDD) di antimicrobici endovenosi prescritti nel periodo di tempo considerato.

#### **Risultati**

Produttività: con CDSS è aumentata l'ottimizzazione delle dosi, aumentata l'escalation nei pazienti in peggioramen-

to, aumentato il cambio dalla somministrazione venosa a orale.

Identificazione pazienti: con CDSS ridotti i tempi per compilare le schede dei pazienti e per effettuare più interventi riguardo la terapia antimicrobica.

Flusso informazioni: *real time* info sui risultati del lab, direttamente sul tablet a letto paziente.

Le raccomandazioni fatte da AMS team ai clinici sono aumentate dal 70% al 98%.

*Real time* data: permette di identificare subito le aree con problematiche riguardo alle prescrizioni inappropriate.

### **Conclusioni**

La valutazione iniziale del CSSD ha dimostrato un aumento dell'efficacia ed efficienza nell' *Antimicrobial stewardship team*. La gestione dei pazienti infatti è stata ottimizzata.

A causa dei molti fattori di confondimento sarebbe necessario un futuro studio multicentrico e prospettico per analizzare meglio quest'area.

---

11. Rea K, Jenkins U.L, "A Technology Intervention for Nurses Engaged in Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections." *Computers, informatics, nursing*. 2018 36 (6) 305-313

### **Obiettivo**

Investigare la differenza nel tasso di infezioni urinarie (CAUTI) e utilizzo dei cateteri vescicali (IUC *Indwelling Urinary Catheter*) dopo che è stato adottato un "cloud based software technology" da parte delle "nurse champions" (infermiere facilitatrici) per dare un *real time peer feedback* sull'aderenza rispetto alle *Evidence based practices* (EBP). Indagare la differenza di *compliance* rispetto alle EBP per prevenire le CAUTI dopo che è stato introdotto il sistema tecnologico. Differenza di soddisfazione e di identificazione di *benefits* o barriere tra i due metodi per dare *peer feedback*. Differenze nella percezione delle "nurse champions" tra i due metodi utilizzati.

### **Disegno**

*Pre-test/Post-test design*

### **Strumenti e metodi**

*Cloud based software technology* vs metodo cartaceo

### **Risultati**

No differenze nel tasso di CAUTI e IUC dopo l'introduzione della tecnologia.

Non vi è differenza statisticamente significativa nella *compliance* rispetto alle CAUTI EBP dopo introduzione software, eccetto che per i bagni di clorexidina (*chlorexidine bag bath*) che ha dimostrato un aumento della *compliance* significativo ( $P < 0.03$ ). "Le *nurses champions*" si sono dimostrate più soddisfatte con il *cloud-based technology*, per la chiarezza dei miglioramenti dei targets e per la velocità con cui condividere i dati (da 4 giorni ad 1 ora)

### **Conclusioni**

L'utilizzo di questa tecnologia può essere molto utile alle organizzazioni per risparmiare risorse umane, tempo e soldi. Può aiutare le "nurse leaders" a gestire un cambiamento in una organizzazione complessa.

Sono necessarie strategie innovative per traslare le pratiche basate sull'evidenza nella pratica clinica.

---

12. Yoon C.H, Ritchie S.R, "Impact of a smartphone app on prescriber adherence to antibiotic guidelines in adult patients with community acquired pneumonia or urinary tract infections". *PloS one* 2019; 14(1)

### **Obiettivo**

Determinare se, fornendo all'Auckland City Hospital linee guida sulla terapia antibiotica in un'applicazione per cellulari, aumenta l'aderenza alle linee guida da parte dei clinici che seguono i pazienti con CAP (*Community Acquired Pneumonia*) e UTI (*Urinary Tract Infections*)

### **Disegno**

Studio retrospettivo osservazionale pre-post implementazione dell'app SCRIPT

### **Strumenti e metodi**

App SCRIPT. Sono stati svolti audit sulla prescrizione di antibiotici durante le prime 24 ore dopo il ricovero in ospedale negli adulti ricoverati durante un periodo di riferimento e un periodo di intervento per determinare se la fornitura dell'app ha aumentato il livello di aderenza alle linee guida.

### **Risultati**

Con l'introduzione dell'app si è verificato un aumento dell'aderenza alle linee guida sugli antibiotici da parte dei prescrittori che si occupano di pazienti con polmoniti comunitarie dal 19% (37/199) al 27% (64/237) nel periodo di intervento ( $p = 0,04$ ). Non c'è stato alcun cambiamento nell'aderenza alle linee guida sugli antibiotici da parte

dei clinici che si occupano di pazienti con infezioni urinarie.

#### **Conclusioni**

L'introduzione di un'applicazione per smartphone, che ha reso le linee guida sulla prescrizione antibiotica prontamente disponibili per tutti i medici, è stata associata ad un aumento statisticamente significativo dell'aderenza alle linee guida da parte dei prescrittori nei pazienti con polmoniti comunitarie.

L'introduzione dell'app ha portato ad un quasi immediato miglioramento nell'aderenza.

---

13. Blomgren P.O, Lytsy B, "Healthcare workers' perceptions and acceptance of an electronic reminder system for hand hygiene". *Journal of Hospital Infection* 108 (2021) 197-204

#### **Obiettivo**

Studiare le percezioni degli operatori sanitari sulla prevenzione delle infezioni nell'organizzazione sanitaria e le percezioni e l'accettazione di un sistema di promemoria elettronico che incoraggia una buona igiene delle mani.

#### **Disegno**

Studio qualitativo

#### **Strumenti e metodi**

Disegno descrittivo qualitativo con dati raccolti in otto interviste di focus group che includevano OSS, infermieri e medici. L'analisi del contenuto è stata applicata e i dati sono stati messi in relazione con la Teoria del comportamento pianificato.

#### **Risultati**

Gli operatori sanitari percepiscono la mancanza di *feedback* da parte dell'organizzazione ospedaliera e sono positivi verso un sistema di promemoria elettronico per aumentare l'aderenza all'igiene delle mani.

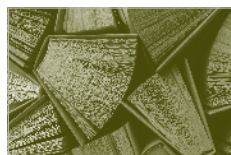
Il sistema di promemoria elettronico non dovrebbe registrare dati a livello individuale poiché potrebbe essere usato come strumento di controllo da parte della direzione, il che potrebbe essere stressante per il personale.

#### **Conclusioni**

Accettazione positiva del sistema di promemoria elettronico da parte degli operatori sanitari, i quali lo percepiscono come "capace di cambiare il comportamento".

Tuttavia, il concetto deve essere ulteriormente sviluppato per proteggere l'integrità degli individui e deve essere usato con un *feedback* continuo a livello di gruppo.





## Bibliografia

1. Armellino D, Hussain E, Schilling M.E, Senicola W, Eichorn A, Dlugacz Y et al, Using high-technology to enforce low-technology safety measures: the use of third-party remote video auditing and real-time feedback in healthcare. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 gennaio 2012;54(1):1–7.
2. WHO. Improving infection prevention and control at the health facility: Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programme. Geneva WHO; 2018.
3. Boyce J.M, Electronic monitoring in combination with direct observation as a means to significantly improve hand hygiene compliance. *Am J Infect Control.* 1 maggio 2017;45(5):528–35.
4. Yoon C.H, Ritchie S.R, Duffy E.J, Thomas M.G, McBride S, Read K et al, Impact of a smartphone app on prescriber adherence to antibiotic guidelines in adult patients with community acquired pneumonia or urinary tract infections. *PLoS One.* 2019;14(1):e0211157.
5. Kerbaj J, Toure Y, Soto Aladro A, Boudjema S, Giorgi R, Dufour J.C et al, Smartphone text message service to foster hand hygiene compliance in health care workers. *Am J Infect Control.* 1 marzo 2017;45(3):234–9.
6. Heard K.L, Hughes S, Mughal N, Azadian B.S, Moore L.S.P, Evaluating the impact of the ICNET® clinical decision support system for antimicrobial stewardship. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2019;8:51.
7. Rea K, Le-Jenkins U, Rutledge C, A Technology Intervention for Nurses Engaged in Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Comput Inform Nurs CIN.* giugno 2018;36(6):305–13.
8. Yoo E, Ursua L, Clark R, Seok J, Jeon J, Kim H.B, The effect of incorporating covert observation into established overt observation-based hand hygiene promotion programs. *Am J Infect Control.* maggio 2019;47(5):482–6.
9. Meng M, Sorber M, Herzog A, Igel C, Kugler C, Technological innovations in infection control: A rapid review of the acceptance of behavior monitoring systems and their contribution to the improvement of hand hygiene. *Am J Infect Control.* aprile 2019;47(4):439–47.
10. Blomgren P.O, Lytsy B, Hjelm K, Swenne C.L, Healthcare workers' perceptions and acceptance of an electronic reminder system for hand hygiene. *J Hosp Infect.* febbraio 2021;108:197–204.
11. Helder O.K, Weggelaar A.M, Waarsenburg D.C.J, Looman C.W.N, Van Goudoever J.B, Brug J et al, Computer screen saver hand hygiene information curbs a negative trend in hand hygiene behavior. *Am J Infect Control.* dicembre 2012;40(10):951–4.
12. Pong S, Holliday P, Fernie G, Effect of intermittent deployment of an electronic monitoring system on hand hygiene behaviors in healthcare workers. *Am J Infect Control.* aprile 2019;47(4):376–80.
13. Zhong X, Wang D.L, Xiao L.H, Mo L.F, Wu Q.F, Chen Y.W et al, Comparison of two electronic hand hygiene monitoring systems in promoting hand hygiene of healthcare workers in the intensive care unit. *BMC Infect Dis.* 11 gennaio 2021;21(1):50.
14. Arai A, Tanabe M, Nakamura A, Yamasaki D, Muraki Y, Kaneko T et al, Utility of electronic hand hygiene counting devices for measuring physicians' hand hygiene adherence applied to outpatient settings. *Am J Infect Control.* 1 dicembre 2016;44(12):1481–5.
15. Al Salman J.M, Hani S, De Marcellis-Warin N, Isa S.F, Effectiveness of an electronic hand hygiene monitoring system on healthcare workers' compliance to guidelines. *Infect Public Health.* 2015;8:117–26.
16. Staats B.R, Dai H, Hofmann D, Milkman K.L, Motivating process compliance through individual electronic monitoring: an empirical examination of hand hygiene in healthcare. *Manage Sci.* 2017;(63):1563–85.

# Motivazione del personale infermieristico, in servizio presso un Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica, nello svolgimento di attività cliniche avanzate in autonomia

*Motivation of nursing staff in a department of Pediatric Oncohematology, in carrying out advanced clinical activities on their own*

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

**Valentina Biagioli**, Infermiera Fellow di ricerca, Struttura per lo Sviluppo Professioni Sanitarie, la Formazione Continua e la Ricerca, Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Federico Piccioni**, Infermiere pediatrico, Dipartimento di Oncoematologia e Terapia Genica e Cellulare, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Immacolata Dall'Oglio**, Infermiera, Struttura per lo Sviluppo Professioni Sanitarie, la Formazione Continua e la Ricerca, Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Emanuela Tiozzo**, Responsabile, Struttura per lo Sviluppo Professioni Sanitarie, la Formazione Continua e la Ricerca, Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

**Italo Ciaralli**, Infermiere Coordinatore, Dipartimento di Oncoematologia e Terapia Genica e Cellulare, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

## Parole chiave

Aspirati Midollari, Aumento delle responsabilità, Biopsie, Infermieri Specialisti, Motivazione

## Keywords

Biopsy, Bone Marrow Increase of Responsibilities, Motivation, Specialist Nurses

## ABSTRACT INTRODUZIONE

In ambito pediatrico è sempre più importante che l'infermiere sia disposto al cambiamento e a rivestire ruoli avanzati come quello di esperto clinico.

In Oncoematologia Pediatrica la figura dell'infermiere esperto, dopo un percorso di formazione ben strutturato e coadiuvato dal personale medico, potrebbe eseguire in autonomia attività cliniche avanzate come aspirati midollari e biopsie osteomidollari.

Lo scopo di questo lavoro è descrivere il livello di motivazione del personale infermieristico in servizio presso un Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica, nello svolgimento di attività cliniche avanzate in autonomia, come l'esecuzione di aspirati midollari e biopsie osteomidollari.

## MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio pilota trasversale descrittivo tra novembre e dicembre 2019 in un ampio ospedale pediatrico romano.

È stato somministrato agli infermieri partecipanti un questionario online *self-report* con 30 *item*, suddivisi in tre domini: riconoscimento, prassi e cultura.

## RISULTATI

Dai dati analizzati relativi a 33/50 infermieri (femmine=88%; età media=28,5±6,8), emergono diversi fattori considerati ostacolanti: la necessità di un ulteriore sviluppo delle competenze, l'iter normativo, la mancanza di incentivi economici, il sovraccarico lavorativo, e il divario

tra teoria e prassi clinica. Il dominio con una media più alta, ad indicare un più alto livello di fattori ostacolanti, è stato quello del riconoscimento ( $M=3,40$ ;  $DS=0,73$ ).

### CONCLUSIONI

I risultati di questo studio pilota sottolineano l'importanza, per gli infermieri, del riconoscimento delle competenze avanzate e costituiscono una base per comprenderne gli ostacoli per gli infermieri in Oncematologia Pediatrica.

### ABSTRACT BACKGROUND

*In the pediatric setting, it is increasingly important that the nurse is willing to change and to play advanced roles such as a clinical expert. In pediatric oncology and hematology, the figure of the expert nurse, after a well-structured training course and assisted by medical staff, could independently perform advanced clinical activities such as bone marrow aspirations and bone marrow biopsies. The aim of this study is to describe the level of motivation of the nursing staff, serving in a pediatric oncology department, in carrying out advanced clinical activities independently, such as performing bone marrow aspirations and bone marrow biopsies.*

### MATERIAL AND METHODS

*A descriptive cross-sectional pilot study was conducted between November and December 2019 in a children's hospital in Rome. Nurse participants were asked to complete a 30-item online self-report questionnaire, divided into three domains: recognition, practice, and culture.*

### RESULTS

*From the analyzed data relating to 33/50 nurses (females = 88%; mean age =  $28.5 \pm 6.8$ ), several*

*factors, considered to be impeding, emerged: the need for further development of skills, the regulatory process, the lack of economic incentives, the heavy workload, and the gap between theory and clinical practice. The domain with a higher mean score, indicating a higher level of impeding factors, was that of recognition ( $M = 3.40$ ;  $SD = 0.73$ ).*

### CONCLUSIONS

*The findings of this pilot study underline the importance for nurses to have advanced skills recognized and constitute a basis to understand the obstacles in Pediatric Hematology-Oncology nursing.*

### INTRODUZIONE

L'aspirato midollare e la biopsia osteomidollare (BOM) sono procedure invasive utilizzate nel paziente oncoematologico per valutare la struttura del midollo osseo e delle cellule presenti al suo interno. Per la diagnosi, sono necessarie la classificazione e il trattamento di diverse malattie e disturbi ematologici, nonché per il *follow-up* e la restadiazione dopo trattamento.<sup>1</sup> Alcune persone avvertono un dolore sordo e/o disagio durante la BOM, che può diventare problematico specialmente nei bambini.<sup>2</sup> A tal fine, in linea con gli obiettivi del progetto "ospedale senza dolore", in molti ospedali pediatrici, per i pazienti, è prevista l'esecuzione della BOM in sedazione completa.<sup>3</sup> Ad oggi, in Italia, la BOM viene eseguita esclusivamente da medici (come l'oncologo o l'ematologo), dopo un percorso di formazione specifico. Tuttavia, numerosi studi ed esperienze internazionali sembrano suggerire che infermieri esperti, che hanno effettuato un percorso di formazione ben strutturato, possano ottenere risultati paragonabili a quelli dei medici nell'effettuazione della BOM, sia in termini di referti anatomico-patologici

che di soddisfazione del paziente.<sup>1,4</sup> Ad esempio, nei Paesi anglosassoni e nella maggior parte dei Paesi europei, l'esecuzione degli aspirati midollari e delle biopsie ossee è esclusivo appannaggio di infermieri esperti clinici.<sup>5</sup>

Nel 1965, i primi infermieri esperti sono stati addestrati all'Università del Colorado. Successivamente, sono stati sviluppati programmi simili negli Stati Uniti e oggi esistono circa 290 mila infermieri esperti clinici attivi negli Stati Uniti.<sup>6</sup>

In queste realtà, **il riconoscimento degli infermieri esperti è legato in parte alla crescente carenza di medici<sup>7</sup> e, in parte, al valore aggiunto di questi professionisti nella pratica clinica, nella promozione dell'*health literacy* e nel sostegno allo sviluppo professionale.<sup>8</sup>**

Gli infermieri esperti sono qualificati per soddisfare le molteplici esigenze della maggior parte dei pazienti, dopo aver seguito specifici corsi di formazione finalizzati ad estendere conoscenze e competenze nell'ambito delle prestazioni sanitarie infermieristiche.<sup>9</sup>

Inoltre, **la capacità degli infermieri esperti è riconosciuta dai pazienti stessi, che paragonano la prestazione ricevuta a quella dei medici.<sup>10,11</sup>**

Anzi, la soddisfazione dei pazienti e la qualità complessiva delle cure possono essere perfino superiori. D'altra parte, è interesse degli infermieri espandere la propria professionalità, appropriandosi di tutte le metodiche assistenziali utili per il paziente,<sup>12</sup> avere un miglior riconoscimento professionale, fungere da modello di ruolo, contribuire all'avanzamento della professione ed avere un compenso congruente con il proprio livello di competenza.<sup>13</sup>

Al fine di promuovere il riconoscimento delle competenze avanzate nel contesto italiano, bisogna identificare un modello per formare gli infermieri e per valutare le loro competenze nell'esecuzione di procedu-

re cliniche avanzate.<sup>14,15</sup>  
 In primis, è necessario indagare quanto il personale infermieristico sia disposto ad assumersi responsabilità maggiori, connesse con l'esecuzione delle suddette procedure in autonomia, dopo un percorso di formazione ben strutturato e coadiuvato con il personale medico.<sup>16</sup>  
 Pertanto, l'obiettivo di questo studio è quello di descrivere il livello di motivazione del personale infermieristico, in servizio presso il Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica di un ospedale pediatrico italiano, nello svolgere attività cliniche avanzate in autonomia, come l'esecuzione di aspirati midollari e biopsie osteomidollari.

## MATERIALI E METODI

### Disegno dello studio e partecipanti

È stato condotto uno studio pilota trasversale descrittivo nel Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica di un ampio ospedale romano di terzo livello, tra novembre e dicembre 2019. È stato adottato un campionamento di convenienza per arruolare gli infermieri in servizio presso le Unità operative del Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica dell'ospedale, escludendo gli infermieri in servizio presso il Day Hospital, i Coordinatori ed il Capodipartimento. Lo studio ha ricevuto l'approvazione della Direzione Sanitaria e del Capodipartimento. L'adesione era volontaria e veniva garantito l'anonimato a tutti i partecipanti, a cui veniva chiesto di dare il consenso alla privacy nella prima pagina del questionario. La tutela della privacy dei partecipanti era anche sottolineata nella lettera di presentazione.

Prima dell'arruolamento, lo studio è stato presentato a tutti i 50 infermieri afferenti al Dipartimento di Oncoematologia Pediatrica.

### Strumenti e raccolta dati

È stato somministrato agli infermieri

partecipanti un questionario online *self-report* di 30 *item*, validato in italiano dal gruppo di Caruso et al. intitolato: "Che cosa ostacola l'implementazione di modelli di competenze specialistiche?",<sup>17</sup> ritenuto valido strumento per indagare l'ambito delle competenze infermieristiche avanzate.<sup>13</sup>

Gli *item* descrivono i principali ostacoli percepiti dagli infermieri rispetto all'implementazione di competenze avanzate in una specifica U.O., su scala Likert a 5 punti da 1 = "fortemente in disaccordo" a 5 = "fortemente d'accordo". Il questionario è costituito da tre domini: cultura, riconoscimento e prassi.

Inoltre, sono state raccolte le informazioni sociodemografiche e lavorative dei partecipanti.

Il questionario è stato realizzato mediante Survio<sup>®</sup>, un *software* gratuito per indagini via web, che ha permesso di generare un link per l'invito allo studio e alla compilazione del questionario. Il *link*, correlato delle relative spiegazioni sullo studio, è stato inviato via mail a tutti gli infermieri arruolati. Nel rispondere al questionario, è stato chiesto ai partecipanti di fare riferimento alla possibilità di svolgere attività cliniche avanzate in autonomia in ambito oncoematologico, come l'esecuzione di aspirati midollari e biopsie osteomidollari.

### Analisi statistiche

Le informazioni sociodemografiche e lavorative sono state presentate come frequenze assolute e percentuali. Per le variabili continue (es. età) sono state calcolate misure di tendenza centrale (media, M) e di variabilità (deviazione standard, DS e *range*).

Gli *item* sono stati analizzati singolarmente con medie e DS ed è stato calcolato il punteggio dei tre domini. La distribuzione delle variabili è stata valutata con gli indici di asimmetria e curtosi. Sono state esaminate le correlazioni tra i tre domini (*r* di Pearson).

Al fine di valutare in quale area vi fosse una presenza maggiore di ostacoli nell'implementazione di competenze specialistiche, sono state confrontate le medie dei tre domini del questionario utilizzando il *test esatto di Fisher*.

Inoltre, sono state esaminate le associazioni tra i domini e le variabili sociodemografiche e lavorative utilizzando l'analisi univariata della varianza (ANOVA).

I dati sono stati analizzati mediante il software SPSS v.22.

## RISULTATI

Rispetto al totale della popolazione eleggibile (n=50), 35 infermieri hanno aderito allo studio. Dei 35 questionari, ne sono stati compilati correttamente 33 (94,3%).

Le caratteristiche dei partecipanti sono mostrate nella Tabella 1.

Il campione era prevalentemente di sesso femminile (n=29; 87,87%), con un'età media di 28,5 anni (DS=6,8), ed esperienza lavorativa in area oncologica di 6,75 anni (DS=4,53).

Genere	N (%)
Femmine	29 (87,87%)
<b>Età in classi</b>	
20-25	11 (33,3%)
26-30	10 (30,3%)
31-35	9 (27,3%)
36-40	2 (6,1%)
> 41	1 (3,0%)
Età (M±DS)	28,5±6,8
<b>Anni di lavoro</b>	
<1 anno	7 (21,2%)
1-2 anni	11 (33,3%)
3-6 anni	6 (18,2%)
> 6 anni	9 (27,3%)
Anni di lavoro† (M±DS)	6,75±4,53

† anni di lavoro in area oncologica; M = media in anni; DS = Deviazione Standard

Tabella 1 - Statistiche descrittive dei rispondenti al questionario (n=33)

Di questi, il 48,5% ha dichiarato di aver sentito parlare di infermiere esperto clinico e conosce la realtà in Italia su tale figura, mentre il 24,4% non ne ha mai sentito parlare. (Tabella 2)

#### Hai mai sentito parlare di esperto clinico?

No, mai	8 (24,4%)
Sì, ma so che non esistono realtà in Italia su tale figura	9 (27,3%)
Sì, conosco realtà in Italia su tale figura	16 (48,5%)

Tabella 2 - Conoscenza della figura dell'esperto clinico (n=33)

Dall'analisi dei punteggi (M, DS) dei singoli *item* (Tabella 3) emergono diversi fattori percepiti come ostacolanti dagli infermieri in Oncematologia nell'intraprendere attività di responsabilità maggiore.

Per il dominio del riconoscimento, gli infermieri sono d'accordo nell'affermare che: "C'è una forte mancanza di incentivi economici per la crescita professionale" (M=3,94; DS=1,00); "C'è un sovraccarico di lavoro nelle unità operative" (M=3,91; DS=0,98); "Il nostro riconoscimento è improprio o quasi nullo" (M=3,67; DS=1,05).

Per il dominio della cultura, i partecipanti hanno dichiarato un ampio grado d'accordo nel considerare che: "L'attenzione per gli ECM è scarsa o nulla" (M=3,91; DS=0,91); "L'iter normativo per il riconoscimento di competenze specialistiche ha un percorso molto lento" (M=3,70; DS=0,88); e "C'è una scarsa crescita culturale della professione" (M=3,64; DS=1,17).

Per l'area della prassi, gli infermieri risultano concordi nell'affermare che: "La formazione di base è il punto di partenza per un cambiamento volto al riconoscimento delle competenze infermieristiche" (M=4,48; DS=0,71); "La formazione degli infermieri 'anziani' è necessaria per un cambiamento volto al riconoscimento delle competenze infermieristiche" (M=3,94; DS=1,00); e "Le nuove generazioni devono farsi avanti riducendo il divario tra teoria e pratica" (M=3,76; DS=1,06).

Domini	Item	Media	DS	Asimmetria	Curtosi	
Cultura	09	3,91	0,91	-0,33	-0,77	
	10	3,64	1,17	-0,60	-0,24	
	11	2,55	1,15	0,47	-0,47	
	13	2,76	1,12	0,23	-0,68	
	14	2,39	1,09	0,21	-0,56	
	Riconoscimento	16	3,70	0,88	-0,21	-0,54
		17	2,67	1,11	0,28	-0,41
		23	2,15	1,06	0,67	0,02
		25	3,18	1,10	-0,23	-0,78
		26	2,91	1,16	0,19	-0,34
27		2,94	1,17	-0,25	-0,81	
30		3,06	1,06	0,55	-0,95	
Prassi		01	3,48	0,91	0,18	-0,65
		02	3,52	0,91	0,09	-0,67
		05	3,67	1,05	-0,47	-0,18
	06	3,94	1,00	-0,47	-0,88	
	12	3,91	0,98	-0,66	-0,41	
	15	2,52	1,23	0,50	-0,44	
	21	2,33	1,16	0,56	-0,70	
	22	3,30	0,95	0,26	-0,75	
	03	2,94	0,90	0,12	-0,42	
	04	1,88	1,05	1,28	1,31	
07	4,48	0,71	-1,05	-0,18		
08	3,94	1,00	-0,47	-0,88		
18	3,18	1,07	0,26	-0,59		
19	2,97	0,85	0,72	0,24		
20	3,09	0,91	0,60	-0,24		
24	2,94	1,14	-0,14	-0,85		
28	3,76	1,06	-0,81	0,16		
29	2,36	1,22	0,23	-1,13		

Tabella 3 - Statistiche descrittive degli item del questionario (n=33)

I tre domini sono risultati significativamente e positivamente correlati tra di loro (Tabella 4). La differenza delle medie dei tre domini, calcolata con il test di Fischer, è risultata statisticamente significativa (F= 4,88; p<0,001).

Il dominio che ha mostrato una media più alta, ad indicare un più alto livello di fattori ostacolanti, è stato

quello del riconoscimento (M=3,33; DS=0,72), seguito da quello della prassi (M=3,07; DS=0,50) e da quello della cultura (M=2,99; DS=0,58). (Tabella 4)

Non sono emerse associazioni significative tra punteggi dei domini e caratteristiche sociodemografiche e lavorative del campione.

	Media	DS	Asimmetria	Curtosi	Cultura	Riconoscimento
Cultura	2,99	0,58	-0,23	0,46	1	
Riconoscimento	3,33	0,72	-0,82	-0,32	0,723*	1
Prassi	3,07	0,50	-1,22	0,29	0,799*	0,635*

\*La correlazione è significativa a livello p < 0,001

Tabella 4 - Statistiche descrittive e correlazioni tra i domini del questionario (n=33)

## DISCUSSIONE

Con il presente studio è stato possibile descrivere il livello di motivazione degli infermieri di Oncematologia pediatrica nello svolgere attività cliniche avanzate, come l'esecuzione di aspirati midollari e BOM.

In particolare, utilizzando un questionario validato, sono stati analizzati i fattori considerati ostacolanti al riconoscimento della figura dell'infermiere esperto clinico.<sup>17</sup>

Complessivamente, i partecipanti hanno indicato un più alto livello di fattori ostacolanti nel dominio del riconoscimento. In particolare, **è stata sottolineata la mancanza di incentivi economici per la crescita professionale.** Se da una parte gli incentivi economici sembrano essere associati ad una migliore performance,<sup>18,19</sup> d'altra parte, tra gli infermieri esperti sembra diffusa la preoccupazione per un guadagno economico percepito come inadeguato rispetto alle maggiori responsabilità professionali e le aspettative dell'organizzazione.<sup>13</sup>

Nel contesto italiano, se è stato complesso ottenere il riconoscimento su carta della figura dell'infermiere esperto, appare ancora più difficile ottenere quello economico. Inoltre, in una sanità in cui i turni sono massacranti e il personale infermieristico è spesso sovraccarico di lavoro, sembra difficile che la figura dell'infermiere esperto possa ottenere un pieno riconoscimento.

Un altro fattore emerso come ostacolante al riconoscimento dell'infermiere esperto è relativo alla cultura, intesa come crescita culturale della professione e formazione specialistica. In particolare, non risulta definito un riconoscimento professionale sulla base dei titoli accademici e competenze acquisite nella formazione post-base.

Per questo, lo stesso percorso formativo è visto talvolta come limitante per la crescita del professionista,

in quanto non sempre capace di essere formante e performante. **Sembra necessario riuscire a mettere in atto un sistema formativo che valorizzi la figura dell'infermiere esperto al fine di mantenere gli standard di qualità assistenziale, che sono gli obiettivi prioritari per ogni organizzazione.**

Quando si confronta l'attività infermieristica con quella medica, in tema di aspirati midollari e BOM, non emergono differenze nei risultati di una categoria professionale rispetto all'altra.<sup>7,10,12,20</sup>

Ciò suggerisce che, se il percorso formativo è riconosciuto e ben strutturato, gli infermieri sono in grado di assumere ruoli di maggiore responsabilità.

Inoltre, gli infermieri del campione hanno dichiarato che non è un ostacolo il fatto di doversi assumere nuove responsabilità. Anzi, **sembra emergere un bisogno e un desiderio per i professionisti infermieri di espandere le proprie conoscenze in settori sempre più specifici, aumentando le proprie responsabilità.** Questo denota un atteggiamento positivo nei confronti del cambiamento e l'acquisizione di competenze avanzate, senza il timore di ripercussioni legali da parte dei pazienti.

L'esempio dei professionisti che, in altre parti del mondo, svolgono competenze avanzate ormai da anni, seguendo percorsi specifici,<sup>20</sup> sembra evidenziare ulteriormente l'importanza di promuovere un sistema formativo specialistico anche in Italia. Con il riconoscimento della figura dell'infermiere esperto, sarà necessario rispondere ad una serie di interrogativi come: gli infermieri esperti possono eseguire procedure invasive con la stessa coscienza dei medici? Qual è il modo ottimale per formare gli infermieri esperti e misurare la loro competenza di queste attività cliniche?

## Limiti

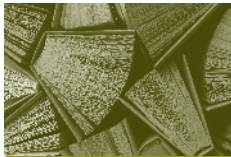
I risultati del presente studio vanno interpretati alla luce di una serie di limiti. In primis, i dati sono stati raccolti in un solo centro e la numerosità campionaria risulta scarsa. Questo limita la validità esterna dello studio e la possibilità di estendere i risultati alla popolazione infermieristica. Inoltre, il campione è costituito da infermieri relativamente giovani, venendo quindi a mancare la possibilità di effettuare un confronto tra generazioni. Un ulteriore limite è quello di non aver raccolto dati sul *background* formativo dei partecipanti, fattore che potrebbe aver influenzato le loro risposte.

Sono auspicabili ulteriori studi a carattere multicentrico per confermare i risultati.

## CONCLUSIONI

In conclusione, possiamo dire che gli elementi che gli infermieri considerano ostacolanti lo sviluppo delle competenze sono l'iter normativo, la mancanza di incentivi economici, il sovraccarico di lavoro, la mancata formazione specifica e il divario tra teoria e prassi clinica. Nonostante questi ostacoli, gli infermieri sembrano comunque motivati e disposti a svolgere attività cliniche avanzate, come quella di eseguire aspirati midollari e biopsie ossee, in una realtà in cui le stesse competenze e lo stesso ruolo professionale hanno ancora molte difficoltà nell'essere riconosciuti, valorizzati e retribuiti.

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



## Bibliografia

1. Trehwitt K.G, Bone marrow aspiration and biopsy: collection and interpretation. *Oncol Nurs Forum*. 2001 Oct;28(9):1409–15; quiz 1416–7.
2. Zahid M.F, Methods of reducing pain during bone marrow biopsy: a narrative review. *Ann Palliat Med*. 2015 Oct;4(4):184–93.
3. Aguilard S, Colson S, Inthavong K. [Advanced practice nursing implementation strategies in hospital: a review of the literature]. *Sante Publique Vandoeuvre-Nancy Fr*, 2017 Apr 27;29(2):241–54.
4. Lynch M.P, Cope D.G, Murphy-Ende K. Advanced practice issues: results of the ONS Advanced Practice Nursing survey. *Oncol Nurs Forum*. 2001 Dec;28(10):1521–30.
5. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al, Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 15;4:CD010412.
6. American Association of Nurse Practitioners. Nurse practitioner fact sheet [Internet]. American Association of Nurse Practitioners. 2020 [cited 2020 Mar 21]. Available from: <https://www.aanp.org/about/all-about-nps/np-fact-sheet>
7. Simpson V, Pedigo L, Nurse and Physician Involvement in Health Risk Appraisals: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2017;39(6):803–24.
8. Hyde R, MacVicar S, Humphrey T, Advanced practice for children and young people: A systematic review with narrative summary. *J Adv Nurs*. 2020;76(1):135–46.
9. Kurtzman E.T, Barnow B.S, Johnson J.E, Simmens S.J, Infeld D.L, Mullan F, Does the Regulatory Environment Affect Nurse Practitioners' Patterns of Practice or Quality of Care in Health Centers? *Health Serv Res*. 2017;52 Suppl 1:437–58.
10. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught A.J, Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 16;7:CD001271.
11. Mundinger M.O, Kane R.L, Lenz E.R, Totten A.M, Tsai W.Y, Cleary P.D, et al, Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*. 2000 Jan 5;283(1):59–68.
12. Panek-Hudson Y, Ritchie D, The rise and rise of advanced practice nursing. *Intern Med J*. 2015 Jul;45(7):691–3.
13. Evans A, Loera K, Harris D, Carson S, Boutros L, Okuhara C, Development, implementation, and satisfaction with a nurse practitioner professional ladder: A children's hospital experience. *J Pediatr Health Care Off Publ Natl Assoc Pediatr Nurse Assoc Pract*. 2019;33(1):111–6.
14. Kelly M, Crotty G, Perera K, Dowling M, Evaluation of bone marrow examinations performed by an advanced nurse practitioner: an extended role within a haematology service. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. 2011 Sep;15(4):335–8.
15. Lawson S, Aston S, Baker L, Fegan C.D, Milligan D.W, Trained nurses can obtain satisfactory bone marrow aspirates and trephine biopsies. *J Clin Pathol*. 1999 Feb;52(2):154–6.
16. Naegle M, Leppla L, Kiote-Schmidt C, Ihorst G, Rebafka A, Koller A, et al, Trained clinical nurse specialists proficiently obtain bone marrow aspirates and trephine biopsies in a nearly painless procedure—a prospective evaluation study. *Ann Hematol*. 2015 Sep;94(9):1577–84.
17. Caruso R, Pittella F, Ghizzardi G, Cesari L, Zaghini F, Destrebecq A.L.L, et al, Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo. *L'infermiere*. 2016 Mar;2(53):e29–38.
18. Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke A.Y, An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh Off Publ Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs*. 2010 Mar;42(1):31–9.
19. Wilson K, Rannie M, Reese J, Chin J, Scudamore D, Wall S, et al, The evolving role of the pediatric nurse practitioner in hospital medicine. *J Hosp Med [Internet]*. 2014 Apr 1 [cited 2020 Apr 1];9(4). Available from: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127895/evolving-role-pnp-hospitalist>
20. Bodenheimer T, Bauer L, Rethinking the Primary Care Workforce—An Expanded Role for Nurses. *N Engl J Med*. 2016 Sep 15;375(11):1015–7.

# BEST PRACTICE

Evidence-based information sheets for health professionals

## Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali

### Raccomandazioni\*

- Interventi psicosociali personalizzati e multicomponenti possono essere raccomandati ai familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali per migliorare gli esiti di salute psicologica, come il sovraccarico di ruolo, l'angoscia and il senso di colpa, e le interazioni con il personale (**GRADO B**).

\*For a definition of JBI's Grades of Recommendation visit: <https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC>

### Information Source

Questo foglio informativo di Best Practice riassume le evidenze scientifiche derivate da una revisione sistematica pubblicata nel 2018 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.<sup>1</sup> Il report della revisione sistematica è disponibile presso JBI ([www.jbi.global](http://www.jbi.global)).

### Background

La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra le persone anziane in tutto il mondo. Le persone affette da demenza richiedono generalmente un livello elevato di assistenza, che è spesso fornito dai membri della famiglia, indicati come caregiver familiari. Sebbene la maggior parte delle persone con demenza e le loro famiglie preferiscano vivere a casa il più a lungo possibile, gli studi indicano che una percentuale significativa finirà per trasferirsi permanentemente in una struttura residenziale per motivi legati alla persona con demenza (ad es. peggioramento dei sintomi comportamentali e psicologici, maggiore fragilità, ulteriore declino cognitivo e funzionale) o al loro caregiver familiare (ad es. cattivo stato di salute, aumento del carico di assistenza). Il passaggio dall'assistenza domiciliare a quella residenziale è un momento difficile e stressante per i caregiver familiari. I familiari possono provare un misto di emozioni tra cui senso di colpa, sofferenza, solitudine ma anche sollievo durante questo periodo.

Mentre alcuni studi dimostrano che i caregiver familiari sperimentano meno tensioni, peso assistenziale e depressione entro 12 mesi dall'inserimento dei loro parenti in una struttura residenziale, ci sono anche studi che indicano che il disagio psicologico e lo stress emotivo non migliorano nel tempo per tutti i familiari. In questi casi, possono essere necessarie strategie di supporto efficaci rivolte ai familiari durante la transizione dei loro cari all'assistenza residenziale. Gli interventi psicosociali sembrano essere promettenti in termini di miglioramento della salute psicologica e del benessere emotivo dei caregiver familiari. Essi sono definiti come strategie che prevedono l'interazione tra persone e che mirano a migliorare il funzionamento psicosociale, compreso il benessere, la cognizione, le relazioni interpersonali e le abilità funzionali quotidiane.

### Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei familiari che si prendono cura di persone con demenza dopo il loro inserimento in strutture residenziali.

### Tipo di interventi

La revisione sistematica ha incluso studi sperimentali che valutavano l'efficacia di qualsiasi tipo di intervento psicosociale (per es. counseling, psicoterapia, terapia cognitiva comportamentale, informazione/educazione/addestramento, o una combinazione di questi) rivolto a migliorare la salute psicologica e il benessere emotivo dei caregiver familiari di persone con demenza istituzionalizzate in strutture di cura residenziali. Sono stati considerati interventi di tipo individuale o di gruppo, che usavano qualsiasi modalità (per es. faccia a faccia, online, o telefono) e di qualsiasi durata o intensità.

### Qualità della ricerca

Tutti i documenti inclusi (n = 5) sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando lo strumento di valutazione standardizzato JBI per gli studi controllati randomizzati. Il punteggio metodologico degli studi inclusi era 6 o 7 sui 10 criteri di valutazione. I dati sono stati estratti da ciascuno degli studi inclusi utilizzando uno strumento di estrazione dei dati standardizzato JBI.



# Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali

## Risultati

In questa revisione sono stati inclusi cinque articoli contenenti quattro studi clinici (per un totale di 302 partecipanti). Due erano studi clinici randomizzati controllati (RCT) e due erano cluster RCT con la struttura residenziale come unità di randomizzazione. Tre studi sono stati condotti negli Stati Uniti e uno in Canada.

Tutti gli interventi descritti negli studi inclusi erano multicomponenti e consistevano in educazione sulla demenza, formazione sulla comunicazione, risoluzione di problemi, rivalutazione cognitiva, strategie di coping, supporto emotivo e orientamento al supporto e alle risorse della comunità. La maggior parte degli interventi si basava sulla valutazione dello stress e sulle teorie di coping. Tutti gli interventi sono stati erogati per 10 - 12 settimane, tramite sessioni di gruppo faccia a faccia, sessioni individuali faccia a faccia e per via telefonica, o solamente sessioni telefoniche personalizzate. Sulla base di due piccoli studi, gli interventi psicosociali individualizzati e multicomponenti (faccia a faccia o faccia a faccia più telefono) sono risultati utili per i caregiver familiari in termini di gestione del senso di colpa, sovraccarico di ruolo e stress, ma non per il carico di lavoro del familiare, la depressione o soddisfazione per la struttura residenziale scelta. In entrambi gli studi, gli interventi sono stati forniti da un terapeuta qualificato; uno studio ha previsto l'uso di 10 sessioni di 45-60 minuti di contatto telefonico per un periodo di 3 mesi mentre l'altro studio ha utilizzato un intervento basato su sei incontri faccia a faccia più chiamate telefoniche ad hoc effettuate in un periodo di 4 mesi. Due piccoli studi hanno valutato l'efficacia degli interventi di gruppo multicomponente (faccia a faccia); uno si è concentrato su un intervento psicoeducativo (10 sessioni settimanali da 90 minuti) e l'altro si è focalizzato su un intervento psicosociale per la gestione dell'afflizione cronica (12 sessioni da 60 a 90 minuti). Questi interventi non sono stati trovati utili in termini di disagio psicologico, tuttavia, sono stati osservati esiti positivi per la tristezza ed il senso di colpa in riferimento all'intervento psicosociale mirato all'afflizione cronica.

## Conclusioni

La revisione ha trovato evidenze limitate per indicare che gli interventi psicosociali personalizzati e multicomponenti possono migliorare la salute psicologica ed il benessere emotivo (in particolare, il sovraccarico di ruolo, l'angoscia, il senso di colpa e le interazioni con il personale) dei membri della famiglia che si prendono cura di persone con demenza. Anche gli interventi di gruppo incentrati sull'afflizione cronica possono migliorare i sentimenti di colpa e di tristezza. La revisione ha concluso che a causa delle carenze metodologiche e della significativa eterogeneità tra gli studi, il grado di evidenza trovato per questi interventi è molto basso. Vi è una mancanza di generalizzabilità dei risultati a popolazioni etnicamente, culturalmente e linguisticamente diverse.

## Implicazioni per la pratica

Gli interventi psicosociali personalizzati e multicomponenti possono essere utili per migliorare il sovraccarico di ruolo dei caregiver familiari, il loro disagio psicologico, il senso di colpa e le interazioni con il personale entro i primi mesi successivi al ricovero in residenza di un parente con demenza.

Vedi Figura 1. Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali.

**See Figure 1: Interventi psicosociali per i familiari che assistono persone con demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali**

# Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali



Figure 1: Interventi psicosociali per i familiari che assistono persone con demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali

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

# Efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone affette da demenza dopo l'inserimento in strutture residenziali

## Bibliografia

1. Brooks D, Fielding E, Beattie E, Edwards H, Hines S. Effectiveness of psychological interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(5): 1240-1268.

## Autore del riassunto

Lucylynn Lizarondo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> JBI, The University of Adelaide, South Australia, Australia

## Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato da JBI. In aggiunta, questo documento è stato revisionato da alcuni candidati nominati dai Centri Internazionali di Collaborazione JBI.

## Autori traduzione italiana

Valentina Vanzi<sup>a</sup> e Maria Matarese<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Infermiera, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; e-mail: valentina.vanzi@hotmail.it

<sup>b</sup> Professore associato in Scienze Infermieristiche, Università Campus Bio-Medico di Roma; Italia,

e-mail: m.matarese@unicampus.it

<sup>a, b</sup> CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Roma, Italia.



## Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Lizarondo L. [Best Practice Information Sheets] Effectiveness of psychological interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review. JBI EBP Database. 2019; 21(3):1-4



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

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

Copyright © 2020, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

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

# COVID-19, stato dell'arte in ambito pediatrico

Desirée Rubel

Nel Report Iss-Covid "Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19", l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), evidenzia che: *"nei bambini l'infezione da SARS-Cov-2 si manifesta con quadri clinici molto meno severi rispetto agli adulti". I bambini hanno infatti in generale una buona prognosi e la letalità è decisamente inferiore rispetto all'adulto*<sup>2</sup>. Il quadro clinico da SARS-Cov-2 risulta essere simile all'adulto nei bambini di età maggiore a 12 anni. Ma le evidenze scientifiche disponibili indicano che, nei pazienti pediatrici, l'infezione causata da SARS-CoV-2 si manifesta con un andamento clinico più favorevole rispetto all'adulto<sup>2</sup>.

I sintomi riscontrati in età pediatrica sono febbre, tosse e una sensazione di malessere e affaticamento, ma possono comparire anche altri sintomi come brividi, artralgia o mialgia, perdita del gusto o dell'olfatto, congestione nasale o rinorrea, gola infiammata, diarrea, nausea o vomito, mal di stomaco, stanchezza, mal di testa e scarso appetito, soprattutto nei bambini di età inferiore a 1 anno<sup>4</sup>.

Nei casi più gravi, che prevedono il ricovero in ospedale, si manifestano bronchite, polmonite e difficoltà a respirare. Questi sintomi si verificano più spesso nei pazienti con malattie respiratorie croniche,

cardiopulmonari, e/o che indeboliscono il sistema immunitario.

**Nella popolazione pediatrica l'immunodepressione e l'obesità risultano essere fattori predisponenti per l'accesso alle Terapie Intensive.**

Nell'ambito pediatrico, l'infezione da SARS-Cov-2 ha comportato gravi conseguenze psicologiche: l'isolamento sociale ha causato l'insorgenza di problematiche comportamentali e sintomi di regressione nel 65% dei bambini di età minore di 6 anni e nel 71% di quelli di età maggiore di 6 anni fino a 18 anni. È quanto emerge da un'indagine sull'impatto psicologico e comportamentale del *lockdown* nei bambini e negli adolescenti in Italia, condotta dall'ospedale pediatrico Gaslini di Genova nel mese di marzo 2020.

Tra i disturbi più frequentemente evidenziati vi sono: aumento dell'irritabilità, disturbi del sonno e d'ansia. **In crescita anche gli accessi ai Pronto Soccorso pediatrici per tentato suicidio**; li abbiamo analizzato nei pazienti pediatrici con disturbi del comportamento, crisi d'ansia, depressione, comportamenti caratterizzati da autolesionismo e con disturbi dell'umore ed è risultato che, nell'anno 2020, gli accessi sono raddoppiati rispetto al 2019.

Attualmente, in Europa i vaccini contro il COVID-19 raccomandati

dall'Agenzia del farmaco (EMA) per i ragazzi a partire dai 12 anni sono il *Spikevax* prodotto da Moderna e il *Comirnaty* prodotto da Pfizer-BioNTech. Si tratta di vaccini che si basano su tecnologia a RNA messaggero: l'mRNA codifica per la proteina *spike* del virus SARS-CoV-2. Il vaccino, quindi, non introduce nelle cellule il virus vero e proprio, ma solo l'informazione genetica che serve alla cellula per costruire copie della proteina *spike*. L'mRNA utilizzato non rimane nell'organismo, ma si degrada poco dopo la vaccinazione. Le modalità di somministrazione dei vaccini sono le stesse previste per gli adulti.

L'autorizzazione è basata sui dati raccolti nell'ambito di *trial* clinici internazionali i cui dati sono stati pubblicati sul *New England Journal of Medicine*.

Nel caso di *Comirnaty* è stato considerato lo studio di 1.983 bambini (fra i 12 e i 16 anni) a cui è stato somministrato il vaccino a metà della popolazione di studio e all'altra metà il placebo. La risposta immunitaria indotta dal farmaco è risultata analoga a quella della fascia 16-25 anni.

Nel primo gruppo nessuno ha sviluppato COVID-19 (0 su 1.005), nel secondo, 16 su 978. L'efficacia registrata è quindi del 100 per cento nel prevenire la malattia, ma l'Agenzia italiana del farmaco

precisa che “il tasso reale potrebbe essere compreso tra il 75% e il 100%”.

Per *Spikevax*, EMA ha considerato i dati su 3.732 bambini fra i 12 e i 17 anni. Anche qui, la risposta anticorpale e l'efficacia del vaccino si sono confermate simili a quelle riscontrate nei giovani adulti: nessuno dei 2.163 bambini vaccinati ha sviluppato COVID-19, contro 4 bambini, sui 1.073, che hanno ricevuto il placebo.

Gli effetti collaterali del vaccino sono simili a quelli riscontrati nella popolazione adulta: dolore e gonfiore nel sito di iniezione, mal di testa, stanchezza, dolori articolari o muscolari, ingrossamento dei linfonodi, febbre, brividi, vomito e nausea. Si tratta di disturbi che, se

si presentano, sono di lieve o moderata entità e si risolvono nell'arco di pochi giorni.

L'Agenzia europea ha sottolineato che, anche a partire dai 12 anni, i vaccini portano benefici che superano in modo significativo i rischi, in particolare, in quelli che presentano condizioni che aumentano il rischio di COVID-19 grave.

Oltre all'Italia, hanno deciso di estendere ai 12 anni l'età minima per la vaccinazione anti COVID-19 anche la Francia, la Spagna, l'Austria, la Slovenia, l'Ungheria, la Repubblica Ceca, la Slovacchia, la Danimarca, la Svizzera, la Romania, la Bulgaria, la Lituania, la Lettonia e l'Estonia.

Altri, come la Germania, il Regno Unito, i Paesi Bassi, il Belgio, la Svezia e la Finlandia raccomandano la vaccinazione solo ai bambini in condizioni di vulnerabilità di fronte al COVID-19 o che vivono con persone fragili. Grecia, Cipro, Croazia, Irlanda, Islanda, Norvegia e Ucraina hanno lasciato i minimi d'età dai 15 ai 18 anni.

Attualmente, tutti e quattro i vaccini autorizzati da EMA e AIFA (Pfizer BioNTech, Moderna, Astra Zeneca e Johnson&Johnson) stanno conducendo i *trial* sui bambini di età inferiore ai 12 anni poiché i risultati degli stessi sugli adolescenti hanno dato risultati di efficacia<sup>5</sup>.

In particolare, l'azienda americana

produttrice del vaccino Moderna ha arruolato 6.750 partecipanti pediatrici sani di età inferiore ai 12 anni. Il suo studio sulla popolazione pediatrica fino a 11 anni è randomizzato e cieco e suddiviso in due parti. La prima parte ha testato i diversi livelli di dose del vaccino nei bambini: i ricercatori hanno esaminato la sicurezza e la risposta immunitaria alle varie dosi per determinare quale portare nella seconda parte dello studio, nella quale altri soggetti sono stati assegnati casualmente al ricevere due dosi del vaccino di Moderna o di un placebo, a distanza di 28 giorni l'uno dall'altro.

I partecipanti saranno seguiti per 12 mesi dopo la seconda vaccinazione.

I *trial* di Pfizer e Moderna sul vaccino anti-COVID per gli under 12 sono in fase avanzatissima e i dati sono in valutazione presso le agenzie regolatrici EMA per l'Ue e FDA per gli Usa.

Proprio perché è fondamentale coprire anche la fascia sotto i 12 anni d'età, l'*American Academy of Pediatrics* ha lanciato un appello affinché la FDA acceleri il processo di revisione.

Un vaccino sicuro ed efficace richiederà il vantaggio ai più piccoli di essere protetti, di proteggere gli altri e, non ultimo, di riappropriarsi della loro infanzia e adolescenza.



<sup>1</sup>Patel N.A, Pediatric COVID-19: Systematic Review of the literature. American Journal of Otolaryngology. 2020; 41(5).

<sup>2</sup>Iannarella R, Lattanzi C, Cannat G, Argentiero A, Neglia C, Fainardi V, et al, Coronavirus infections in children: from SARS and MERS to COVID-19, a narrative Review of epidemiological and clinical features. Acta Biomedica. 2020; 91(3).

<sup>3</sup>Ludvigsson J. F, Systematic Review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. Acta Paediatrica. 2020; 109(6).

<sup>5</sup>Kamidani S, Rostad C.A, Anderson E J, COVID-19 vaccine development: a pediatric perspective. Current Opinion Pediatrics. 2021; 33(1):144-151.



# Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



## Studio del Polo per la Ricerca pubblicato sull'*European Review for Medical and Pharmacological Sciences*

L'articolo "Measuring knowledge, attitudes and behavior of nurses in medication management: crosscultural comparisons in Italy and Malta" ("Misurare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti degli infermieri nella gestione dei farmaci: confronti interculturali in Italia e Malta"), a cura di Giannetta, Dionisi, Cassar, Trapani, Renzi, Di Simone, Di Muzio, pubblicato a fine 2020 sull'*European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, è uno degli *outcome* derivati dallo studio "La prevenzione degli errori da terapia nelle Terapie Intensive: uno studio internazionale multicentrico cross-selectional" promosso dal Polo per la Ricerca del CECRI.

Per la letteratura scientifica internazionale è ormai accertato il rapporto tra errori farmacologici e potenziale rischio di vita, in un circuito vizioso che grava sulle spese e sulla credibilità della Sanità. Per "errore da terapia" s'intende ogni evento avverso, non intenzionale, prevenibile, che è causa di un uso inappropriato del farmaco o causa di pericolo per il paziente, specie per quello ricoverato in *setting* intensivi (persona critica, che generalmente assume una maggiore quantità di farmaci, prevalentemente per via endovenosa e richiede frequenti cambiamenti delle prescrizioni). La letteratura è concorde nell'attribuire maggiore responsabilità di errori da terapia al personale infermieristico. Diversi studi correlano il verificarsi dell'errore da terapia a conoscenze inadeguate, attitudini negative e comportamenti scorretti. Questo studio si prefiggeva di evidenziare, mediante l'analisi statistica delle risposte degli infermieri al questionario somministrato, eventuali conoscenze inadeguate, comportamenti non consoni e attitudini negative sull'utilizzo dei farmaci nelle Terapie Intensive internazionali.

L'articolo del 2020 mette in risalto il fatto che gli errori terapeutici sono una delle cause più comuni di eventi negativi e che la letteratura scientifica suddivide i

fattori che contribuiscono a loro verificarsi in quelli legati alle caratteristiche degli operatori sanitari e quelli legati all'organizzazione del processo di gestione del farmaco. Il suo scopo è stato di esaminare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti relativi agli errori terapeutici tra infermieri italiani e maltesi, attraverso un'indagine trasversale sui professionisti che lavorano nelle Terapie Intensive degli ospedali italiani e di Malta. I risultati hanno mostrato buone proprietà psicometriche e affidabilità, sottolineando differenze significative nella percezione degli infermieri della presenza del farmacista durante il processo di gestione della terapia e dell'uso dell'inserimento computerizzato degli ordini del fornitore; nonché le significative differenze nel controllo dei parametri vitali.

Ciò supporta la tesi che la conoscenza, l'atteggiamento e il comportamento degli infermieri sono simili pur in diversi contesti di diversi Paesi, dato che la formazione infermieristica è armonizzata e regolata attraverso una direttiva transnazionale.

Info: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32432782/>



## Sul *Journal of Advanced Nursing (JAN)* uno studio finanziato dal CECRI che indaga le "Caratteristiche dei tipi di assistenza diadica tra i pazienti che vivono con molteplici condizioni croniche e i loro caregiver informali"

Ad agosto, sulle pagine di JAN, è apparso l'articolo: "Caratteristiche dei tipi di assistenza diadica tra i pazienti che vivono con molteplici condizioni croniche e i loro *caregiver* informali", a cura di Maddalena De Maria, Federico Ferro, Davide Ausili, Harleah G. Buck, Ercole Vellone, Maria Matarese, finanziato dal CECRI e dalla Fondazione "Insieme per dare vita agli anni".

Scopo dello studio italiano è stato di esaminare la distribuzione dei tipi di assistenza diadica in molteplici condizioni croniche, confrontare i contributi di cura di sé e del *caregiver* con la cura di sé dei pazienti in ciascun tipo di cura, e identificare le caratteristiche



del paziente e del *caregiver* associate a ciascun tipo di assistenza. Attraverso un'analisi secondaria di uno studio multicentrico e trasversale e l'arruolamento di diadi paziente/*caregiver* da cliniche ambulatoriali e impostazioni della comunità, si è discusso di cura di sé, autoefficacia, comorbidità e deterioramento cognitivo nei pazienti, associati ai contributi dei *caregiver* alla cura di sé del paziente. Le caratteristiche sociodemografiche percepite, come supporto sociale e mutualità, sono state misurate sia nei pazienti che nei *caregiver*. Sono state eseguite analisi univariate e multivariate, con il risultato di esaminare un campione di 541 diadi paziente/*caregiver*, da cui è emerso che il più frequente tipo di assistenza diadica era orientato alla collaborazione (63%).

Le Condizioni croniche multiple (MCC), definite come la coesistenza di due o più malattie croniche, sono in aumento nel mondo, soprattutto in persone di età superiore ai 65 anni. In Europa, la prevalenza di MCC tra gli anziani sono circa il 37%. Le persone con MCC presentano esiti di salute peggiori, peggiore gestione della malattia e un maggiore utilizzo dei servizi sanitari. La cura di sé, definita come il processo di mantenimento della salute attraverso pratiche di promozione della salute e gestione della malattia è di fondamentale importanza per migliorare la salute, gestire malattie e ridurre l'utilizzo dei servizi sanitari nei pazienti con malattia cronica.

Tuttavia, la cura di sé può essere particolarmente impegnativa nei pazienti con MCC, soprattutto se più anziani, i sintomi della malattia cronica si sovrappongono, i trattamenti sono complessi. In queste situazioni, i *caregiver* informali, persone all'interno o all'esterno della famiglia che forniscono assistenza ai pazienti, possono contribuire enormemente al paziente, supportandolo nei comportamenti quotidiani di cura di sé e nei processi decisionali. Per questa ragione, esaminare le interazioni dei pazienti e degli operatori sanitari nella gestione delle condizioni croniche sono importanti. JAN è una rivista scientifica internazionale, sottoposta a *peer-review*.

**Info:** <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15033>



**Sulla rivista Journal of Ultrasound, edita da Elsevier, è stato pubblicato lo studio CECRI: "Sviluppo e test psicometrici dell'autoefficacia del caregiver per contribuire alla scala di autocura del paziente"**

A maggio, per Elsevier, casa editrice dei Paesi Bassi specializzata nella pubblicazione di contenuti scientifici (che diffonde più di 500 mila articoli all'anno su 2.500 riviste), ha trovato spazio lo studio: "Sviluppo e test psicometrici dell'autoefficacia del *caregiver* per contribuire alla scala di autocura del paziente" di: Maddalena De Maria, Paolo Iovino, Silvia Lorini, Davide Ausili, Maria Matarese, Ercole Vellone, sostenuto dalla Fondazione "Insieme per Vita agli anni" e dal CECRI.

L'autoefficacia del *caregiver* - la convinzione nella sua capacità di contribuire alla cura di sé del paziente - è associata a migliori risultati per il malato e per il *caregiver* in condizioni croniche singole. Tuttavia, non è noto se l'autoefficacia del *caregiver* migliori gli esiti del paziente e del *caregiver* in condizioni croniche multiple (MCC), perché non esiste uno strumento per misurare tale variabile.

La scala "*Caregiver Self-Efficacy in Contributing to Patient Self-Care (CSE-CSC)*" composta da 10 *item*, ha testato le caratteristiche psicometriche in *caregiver* di pazienti con MCC.

In questo studio multisito trasversale, si è testata la validità strutturale della scala CSE-CSC, con metodi esplorativi e analisi fattoriale confermativa, e testato la validità di costrutto, correlando i punteggi CSE-CSC con quelli del *caregiver*. I 358 *caregiver* arruolati (età media 54,6 anni; 71,5% femmine) hanno assistito pazienti con una media di 3,2 pazienti cronici. La validità strutturale era buona, e quella di costrutto si è dimostrata significativa nelle correlazioni tra i punteggi della scala CSE-CSC e il "*Caregiver Contributions to Self-Care of Chronic Illness Inventory*".

I coefficienti di affidabilità erano compresi tra 0,90 e 0,97. L'errore di misurazione ha prodotto risultati soddisfacenti, pertanto la scala CSE-CSC è valida, affidabile e precisa nel misurare l'autoefficacia del *caregiver* nel contribuire alla cura di sé del paziente la cura di sé negli MCC.

MCC definite come una condizione clinica in cui due o più malattie croniche colpiscono una persona allo stesso tempo, sono molto diffusi in tutto il mondo. In Europa, la prevalenza è stimata in un terzo, con la più alta prevalenza negli anziani maschi. La cura di sé è stata definita come un processo decisionale naturale processo volto a preservare la salute e controllare le malattie. La gestione degli MCC è complessa e richiede la cura delle famiglie; mentre, la cura di sé coinvolge 3 processi comportamentali interconnessi: mantenimento della cura



di sé, monitoraggio della cura di sé, e la gestione della cura di sé. La manutenzione della cura di sé comporta il supporto alle attività quotidiane e di routine per mantenere stabile una malattia cronica; il monitoraggio comporta il processo continuo di guardare se stessi per rilevare segni e sintomi della malattia; cura di sé è la risposta ai segni e ai sintomi quando si verificano. Tutti questi comportamenti implicano un processo decisionale naturalistico che riflette decisioni automatiche, impulsive e contestuali che le persone fanno in situazioni tipicamente ambigue, dove le opzioni sono spesso vaghe. In singole condizioni croniche, la cura di sé ha dimostrato di influenzare la salute e ha prodotto risultati positivi, compreso il miglioramento della qualità della vita. Ma, nonostante queste evidenze, la cura di sé non viene effettuata sufficientemente in diverse condizioni croniche. Pertanto, un *caregiver* informale, come un membro della famiglia, è estremamente utile

nel contribuire al processo di auto-cura del paziente. Il *caregiver* (CG) contribuisce alla cura di sé del paziente incoraggiandolo nella messa in pratica di comportamenti volti a mantenere la stabilità della malattia, facilitando il monitoraggio dei sintomi, e rispondendo a segni e sintomi di una riacutizzazione. I CG sono associati alla cura di sé in quanto favoriscono una migliore aderenza ai farmaci, meno visite al pronto soccorso e comportamenti più sani dei pazienti. Non a caso, l'autoefficacia del *caregiver* è stata definita come la capacità di contribuire alla cura di sé del paziente. Diversi studi in singole condizioni croniche hanno scoperto che l'autoefficacia del *caregiver* è associata non solo a un paziente migliore, ma anche con migliori risultati per il *caregiver*. Tuttavia, l'autoefficacia di quest'ultimo è stata esplorata solo nel paziente cronico con condizioni patologiche singole; in situazioni di MCC non è stato testato. Info: doi: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.05.003>

## I POLI. Il nuovo assetto e i quattro direttori

L'Infermieristica italiana ha raggiunto traguardi davvero significativi e, con lo sviluppo della libera professione, il riconoscimento delle competenze specialistiche (in ambito clinico e organizzativo) ed il governo dei processi di assistenza alla persona (in ambito ospedaliero e territoriale), è facile intuire che si prospettino importanti nuovi scenari di sviluppo.

Riparte anche da qui la nuova stagione di ricerca infermieristica targata CECRI, con diversi progetti approvati e un nuovo assetto dei 4 Poli (Istruzione, Ricerca, Management e Pratica clinica).

L'Infermieristica si confronta con le altre professioni e i Paesi più avanzati, sostiene e promuove iniziative e percorsi.

In quest'ottica, 10 anni fa è nato il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma, unico in Italia, fra i primi in Europa. Il modello, fondato su quattro Poli interattivi, si pone obiettivi specifici per ognuno, ma integrati tra loro, perseguendo, quale unico fine, l'eccellenza.

Il Direttore scientifico è **Gennaro Rocco**; il Presidente è **Maurizio Zega**, anche alla guida dell'OPI di Roma.

Il Polo dell'Istruzione è affidato alla past president dell'Ordine, **Ausilia Pulimeno** (componenti: Simonetta Bartolucci; Stefano Casciato; Giuseppe Esposito; Emanuele Lisanti; Natascia Mazzitelli; Valentina Pizziconi; Maria Grazia Proietti; Cinzia Puleio. Componente esperto: Maria Grazia De Marinis).

Il Polo per la Ricerca a **Gennaro Rocco** (componenti: Leo Altobello; Desirée Rubei; Francesco Scerbo; Roberta Seri; Alessandro Sili e Alessandro Stievano. Componente esperto: Rosaria Alvaro).

Il Polo del Management a **Maurizio Zega** (componenti: Giuseppe Amici; Lorella Calafato; Manuela Cavalletti; Cinzia Gandolfo; Nadia Marciano; Roberta Marchini; Mariagrazia Montalbano; Barbara Porcelli e Fabio Tottoni. Componente esperto: Loredana Sasso).

Il Polo della Pratica Clinica, infine, a **Daniela D'Angelo** (componenti: Gabriele Caggianelli; Maurizio Fiorda; Claudia Lorenzetti; Lucia Mauro; Marina Palombi; Michela Piredda; Antonello Pucci; Silvia Sferrazza; Rocco Stellitano; Marco Tosini; Carlo Turci e Valentina Vanzi. Componenti esperti: Maria Matarese; Angela Peghetti).





# Centro d' Eccellenza, i nuovi progetti attivati nel 2021

Per il 2021, le proposte di ricerca indirizzate al CECRI di OPI Roma dovevano essere strutturate ad hoc e concernere i campi di: *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. Fra i tanti progetti presentati, ecco quelli attivati nel 2021 nei quattro Poli.

## **POLO 1 (Polo dell'Istruzione)**

### **Un modello per la valutazione del *Core Competence* infermieristico e per la progettazione dell'esame di abilitazione professionale**

In questi anni, l'OPI di Roma si è impegnato nello sviluppo di un modello sperimentale per la definizione del *Core Competence* infermieristico, sviluppando sia un modello valutativo delle competenze *core* indagate al momento dell'esame di abilitazione ad uso dei Commissari OPI, sia delle linee guida ad uso dei Direttori didattici per la strutturazione dell'esame di abilitazione, che tengano conto delle Direttive della Comunità Europea. Gli obiettivi del progetto sono di sviluppare e fornire ai rappresentanti dell'OPI un'applicazione (App) che sostituisca la scheda cartacea per il monitoraggio della prova pratica nell'esame di abilitazione professionale e l'aggiornamento delle linee guida per l'esame di abilitazione ad uso dei docenti di Infermieristica e dei Direttori didattici.

### **Aids e *peer education* (con Anlaids)**

Percorso di in/Formazione sull'Infezione da HIV/AIDS/IST per la promozione dei comportamenti non a rischio e per una sessualità consapevole.

### **La formazione degli studenti infermieri sulle infezioni correlate all'assistenza**

Fornire agli studenti del CdL in Infermieristica uno spazio formativo sulle attività di prevenzione e gestione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA); orientare la consapevolezza dell'agire professionale sulla tematica di rischio infettivo; realizzare un modello di collaborazione tra OPI Roma e la Società Scientifica nazionale Infermieri Specialisti nel Rischio Infettivo (ANIPIO)

### **Diminuire l'insuccesso accademico con un intervento di *mentorship* nei CdL in Infermieristica**

Il Fallimento Accademico (FA) è un fenomeno di grande interesse per i sistemi sanitari e le università. L'obiettivo di questo progetto è di sperimentare una strategia di *mentorship* per contrastare il FA nei CdL in Infermieristica.

### **Didattica a distanza nella formazione infermieristica: impatto sulla conoscenza e sul senso di appartenenza alla professione**

Il progetto vuole comprendere l'impatto della didattica on line; sviluppare uno strumento in grado di valutare l'impatto della formazione a distanza sulle conoscenze e sul senso di appartenenza alla Professione degli studenti infermieri.

### **Comunicare in Sanità: infermiere e paziente sordo**

Il progetto formativo propone un corso di formazione per gli infermieri, al fine di sensibilizzare la figura professionale alla condizione del paziente sordo, così da saper comunicare e approcciare correttamente a tali pazienti, offrendo un'assistenza qualitativamente elevata.

## **POLO 2 (Polo della Ricerca)**

### **La fragilità nella popolazione anziana ultraottantenne. Un *trial* pragmatico**

La necessità di rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute della popolazione ultraottantenne, per prevenire l'insorgenza degli esiti negati di salute, è diventata nel corso degli anni il fulcro dell'assistenza dell'Infermiere di Comunità. L'obiettivo di questo studio è di portare rilevanza scientifica ai modelli assistenziali-educativi nella gestione della popolazione fragile ultraottuagenaria.

### **L'impatto del *tele-nursing* sui comportamenti di *self-care* dei pazienti con scompenso cardiaco**

Il progetto ha un duplice obiettivo: (1) raccogliere le evidenze riguardo le caratteristiche e potenzialità della tecnologia usata per la teleassistenza dei pazienti scompensati a livello internazionale; (2) implementare un programma di *tele-nursing* nel contesto italiano per studiare la sua influenza sui pazienti scompensati.

### **Pandemia Digitale: il mondo infermieristico attraverso lo sguardo del web**



Esplorare il pensiero degli infermieri sulle tematiche rilevanti per la salute pubblica in un anno di pandemia e l'immagine sociale degli infermieri raccontata dagli utenti nei social. Lo studio verrà condotto con metodo misto (quali-quantitativo) con un "approccio parallelo convergente".

#### **Efficacia di un intervento educativo per migliorare la preparazione dei caregiver di pazienti con ictus cerebrale (EDUStROKE)**

Implementare un intervento sperimentale per migliorare la preparazione del caregiver ed osservare l'effetto sulla qualità di vita della diade con ictus. Si effettuerà uno studio sperimentale (caso-controllo) dove, nel gruppo sperimentale, i caregiver verranno inclusi nel processo di cura e preparati a prendersi cura del paziente dopo la dimissione, mentre nel gruppo controllo i pazienti riceveranno le cure tradizionali.

#### **Riduzione dello stress nei caregiver di pazienti affetti da cronicità. Realtà virtuale e tecnologia per la prossimità di cura**

L'obiettivo di questo studio è di eseguire una revisione sistematica della letteratura per esplorare gli interventi di *mindfulness* e realtà virtuale utilizzati e redigere un intervento che combini *mindfulness* e realtà virtuale, da potersi applicare ai caregiver nel contesto italiano.

#### **Le cure e la sicurezza del paziente domiciliare: l'Infermiere di Famiglia come mediatore tra famiglia e assistente familiare**

Lo scopo di questo studio è di valutare il ruolo dell'Infermiere di Famiglia in risposta ai reali bisogni assistenziali espressi dal paziente e dalla famiglia, e di analizzare la tipologia delle attività svolte dall'assistente familiare in relazione alla sicurezza del paziente attraverso un disegno osservazionale con questionari.

#### **L'impatto di genere sull'identità della figura infermieristica e rapporti interprofessionali**

Accertare l'attuale presenza di stereotipi di genere tra i professionisti della salute e comprendere in che modo questi sedimentino e si esprimano nelle relazioni interprofessionali.

Disegno di ricerca esplorativo con metodo misto, con approccio dominante di tipo qualitativo, ed analisi dei dati testuali sul corpus di interviste.

#### **Revisione, aggiornamento e valutazione del Professional Assessment Instrument (Version 3.0)**

Il Professional Assessment Instrument (PAI) è un sistema informativo infermieristico.

Gli obiettivi di questo progetto sono: 1) sviluppare nuovi algoritmi assistenziali di supporto alla decisione; 2) reingegnerizzare il PAI; 3) studiare gli effetti a medio termine del sistema PAI sul grado di aderenza agli standard internazionali di sicurezza del paziente.

#### **Valutazione della Health Literacy in un Nursing Minimum Data Set (NMDS)**

L'obiettivo dello studio è descrivere e analizzare i livelli di *Health Literacy* di un campione di pazienti in setting ospedaliero all'interno di un *Nursing Minimum Data Set* (NMDS).

#### **Analisi del valore aggiunto dell'accREDITAMENTO e certificazione di un Centro di Ricerca secondo standard internazionali: una scoping Review e sua applicazione**

Sebbene i termini "accREDITAMENTO" e "certificazione" siano spesso utilizzati in maniera interscambiabile, l'accREDITAMENTO si applica solo alle Organizzazioni, mentre la certificazione si applica soprattutto agli individui. In tale contesto, esaminare il valore aggiunto portato dall'accREDITAMENTO e certificazione dei suoi membri di un Centro di Ricerca è fondamentale per progredire nella qualità della ricerca all'interno del Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma.

#### **Propoli per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale dei pazienti in cure palliative**

Questo studio si propone di valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'efficacia clinica preliminare dei prodotti a base di propoli aggiunti alla cura orale standard per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale in pazienti adulti in cure palliative (*hospice* o domiciliare). Quindi, valutare l'efficacia clinica della propoli aggiunta alla cura orale standard. Inoltre, verranno descritti l'aderenza all'intervento, i sintomi soggettivi e la qualità della vita dei pazienti partecipanti.

#### **Competenze degli infermieri italiani nella gestione degli accessi venosi: indagine trasversale con sviluppo e validazione di questionari (IN-VAD)**

Descrivere le competenze e la percezione dell'auto-efficacia degli infermieri italiani nella gestione degli accessi venosi centrali e periferici. Lo studio sarà osservazionale/trasversale/ multicentrico di sviluppo e validazione di questionari.

#### **Il contributo del caregiver familiare al self-care della persona affetta da BPCO. Uno studio descrittivo qualitativo**

Lo studio vuole esplorare il contributo del caregiver familiare al *self-care* del paziente con BPCO. Lo studio sarà di tipo qualitativo/descrittivo.

#### **Efficacia del colloquio motivazionale nel migliorare il self-care del paziente e il contributo del familiare al self-care nelle malattie croniche multiple**

Valutare l'efficacia del colloquio motivazionale nel migliorare il *self-care* del paziente con multicronicità e il contributo del caregiver al *self-care* in differenti tipologie diadiche.

#### **Le competenze richieste agli infermieri dell'am-**



### **bilanza in Italia: uno studio Delphi**

L'obiettivo di questo studio è definire le competenze che deve possedere un infermiere di ambulanza in Italia, sulla base del contributo di alcuni esperti attraverso uno studio e-Delphi.

### **Validazione linguistica e culturale nel contesto italiano della *Ambulance Nurse Competence Scale* (ANCS)**

Lo scopo di questo studio è di validare un nuovo strumento per misurare la competenza professionale autodichiarata degli infermieri che lavorano nelle cure pre-ospedaliere.

### **Arte e Salute: da Florence Nightingale ai giorni nostri**

Avere un quadro complessivo delle esperienze di arte e salute in ambito internazionale, delle esperienze messe in atto in Italia, evidenziandone l'impatto, oltre ad aumentare la consapevolezza degli infermieri rispetto alle crescenti evidenze scientifiche sul tema.

### **Analisi dell'impatto del CECRI sull'avanzamento della ricerca infermieristica in Italia**

Tale progetto, attraverso un'indagine quali-quantitativa, mira a promuovere la ricerca infermieristica e analizzare l'impatto del CECRI - OPI Roma - sulla promozione della ricerca infermieristica in Italia.

### **Qualità del sonno in Terapia Intensiva**

Le notti in terapia intensiva (TI) comportano per i pazienti ricoverati un sonno di bassa qualità caratterizzato dalla perturbazione del ritmo circadiano. Questo studio vuole mettere in evidenza come tale problematica si manifesti in TI e quali siano le cause che ne determinano l'insorgenza.

### **La preservazione del patrimonio venoso: uno studio sperimentale prospettico randomizzato**

Uno studio il cui scopo sarà di implementare, nella pratica clinica infermieristica, un nuovo protocollo di gestione proattiva del patrimonio venoso dei pazienti, che preveda l'utilizzo della *Vessel Health and Preservation Scale*.

### **L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: studio *mixed-method* sull'implementazione della figura e sullo status professionale nel contesto italiano**

L'obiettivo del progetto è di descrivere le attuali modalità di inserimento della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità nel nostro Paese, le funzioni svolte e il relativo livello di autonomia.

### **Effetto del diario di Terapia Intensiva sulla *Pediatric Post-Intensive Care Syndrome* del bambino/adolescente e sui loro *caregiver*: studio pilota**

Studio sperimentale monocentrico, prospettico, controllato con randomizzazione dei bambini/adolescenti al gruppo di intervento ("diario") e al gruppo di con-

trollo ("non diario").

### **Il *Clinical Nurse Specialist* nella gestione delle Lesioni da Pressione Croniche attraverso la consulenza infermieristica informatizzata**

Implementare la figura del *Clinical Nurse Specialist* nel *setting* ospedale-territorio attraverso la consulenza infermieristica informatizzata dei pazienti affetti da lesioni da pressione nei Poli ospedalieri e distretti della ASL Roma 4.

### **L'infermiere e il modello di assistenza territoriale della ASL Roma 4. Il progetto "A scuola con salute"**

Implementare le attività di promozione e gestione della salute erogate dall'Infermiere Scolastico nei plessi di istruzione primaria e secondaria afferenti al territorio di competenza della ASL Roma 4.

### **La percezione del benessere spirituale nelle relazioni di cura infermieristica non convenzionale tra gli infermieri e gli studenti infermieri**

Lo studio si propone di descrivere la percezione della visione che hanno della spiritualità gli infermieri e gli studenti infermieri in relazione al modello di assistenza olistico.

### **Validazione linguistica e culturale al contesto italiano del *Nurse Health Education Competence Instrument* (NHECI)**

Scopo di questo studio è effettuare la validazione linguistica e culturale per il contesto italiano del *Nurse Health Education Competence Instrument* (NHECI).

### **POLO 3 (Polo del Management)**

#### **La *leadership* infermieristica nella pratica clinica: efficacia e impatto sui *Nursing Sensitive Outcomes*. Studio correlazionale trasversale**

L'obiettivo principale di questo studio è di indagare la relazione esistente tra la *leadership* infermieristica, il benessere organizzativo e gli esiti sugli infermieri e sui malati.

#### **La scala del rispetto professionale infermieristico: studio di validità della versione italiana**

Uno strumento per la dignità professionale dell'infermiere sviluppato in ambito anglosassone - *Nursing Professional Respect Scale* (NPRS) -, sarà tradotto tramite *translation and back translation technique* e sarà valutato psicometricamente in italiano.

#### **Valutazione della *leadership* trasformativa nei leader infermieristici di due Aziende sanitarie per intraprendere un programma di formazione specifica. Uno studio osservazionale**

La *leadership* trasformativa si pone come un'opportunità di crescita e di miglioramento continuo, sia per l'organizzazione sanitaria, che per i singoli individui. Nei contesti di applicazione si valuterà il grado di le-



*adership* trasformativa attraverso il Questionario sulla *Leadership* Multifattoriale 6 (MLQ-6).

**Lo stile di *leadership* del Coordinatore infermieristico: impatto su se stesso, sul team dei collaboratori e sulla qualità delle cure**

Lo studio è parte di un progetto di ricerca più ampio (studio ESSENCE) che verrà condotto presso un Policlinico universitario e si svolgerà in 3 settimane consecutive, in 11 Reparti di degenza medico-chirurgici. Si prevede l'arruolamento di 11 Coordinatori, 160 infermieri e 400 pazienti.

**L'Infermiere Scolastico e la promozione di interventi di educazione sanitaria nelle scuole**

Comprendere, incentivare, sviluppare e divulgare l'aspetto educativo e di prevenzione dell'Infermiere Scolastico, ancora oggi poco conosciuto dalla popolazione e poco promosso e sviluppato da parte degli stessi professionisti sanitari.

**POLO 4 (Polo della Pratica Clinica)**

**L'applicazione dell'*Evidence Based Practice* finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche per la gestione extra ed intra ospedaliera del paziente ustionato**

In un contesto di evoluzione continua delle competenze nasce la necessità di migliorare la pratica clinica infermieristica promuovendo l'utilizzo dei risultati della ricerca scientifica nella gestione del paziente ustionato in tutte le fasi del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, contribuendo ad un *outcome* positivo nella cura dello stesso.

**L'infermiere clinico esperto in *Evidence Based Practice* come agente di cambiamento nella pratica clinica**

Formare infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice* in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica.

# Gli aspiranti sindaci a confronto con l'Ordine Tutti tranne Raggi

L'OPI di Roma, convinto che la Professione si eserciti in un contesto civile che ne influenza in vari modi l'esercizio, ha invitato in sede, in viale Giulio Cesare, i principali contendenti alla carica di Sindaco di Roma, in vista elezioni amministrative che si sono tenute in ottobre.

Hanno risposto positivamente in tre: i candidati **Carlo Calenda**, **Roberto Gualtieri** ed **Enrico Michetti**. "Dai candidati abbiamo sentito parole importanti, che ci auguriamo di vedere calarsi sul terreno all'indomani delle elezioni amministrative", ha commentato il presidente dell'OPI, **Maurizio Zega**.

Peccato che Virginia Raggi, unica fra i candidati principali al ruolo di sindaco di Roma, non abbia voluto confrontarsi con l'Ordine, e anzi per la precisione non abbia nemmeno risposto all'invito. "Gli Infermieri – ha osservato ancora Maurizio Zega – sono abituati a ricevere paternalistici elogi nelle occasioni ufficiali,

come accadde con la sindaca Raggi che, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere, ci ha detto 'grazie per il vostro coraggio e la vostra professionalità'. Ma consideriamo francamente inaccettabile questo silenzio a fronte della possibilità di confrontarsi su un tema che di certo riguarda tutti i cittadini e non aspetti corporativi".

L'obiettivo di questi incontri con la dirigenza OPI Roma è stato quello di uno scambio di idee sui diversi aspetti del governo della città che interessano - e interesseranno sempre di più - la Professione.

Ovviamente, l'OPI, come da sua natura, è restata neutrale nella partita elettorale.

A settembre, il primo degli incontri, in ordine temporale, è stato quello con l'Onorevole **Roberto Gualtieri**, cui si è unito l'Assessore Regionale alla Sanità, **Alessio D'Amato**. I temi affrontati sono stati quelli dell'auspicata riforma sanitaria: nella missione 6 del PNRR si delinea infatti: "un profondo cambiamento dell'assistenza sanitaria, la quale dovrebbe passare da una struttura imperniata sulla fisicità dei luoghi di assistenza (essenzialmente Ospedali e Asl) ad una risposta sanitaria diffusa e proattiva, fino al porta a porta". Gualtieri ha parlato di: "un disegno di città dei 15 minuti", collegando i concetti di prossimità e cura, di "integrazioni delle reti", di "ibridazione" fra prossimità relazionale, materiale e digitale, in un quadro di presa in carico sociosanitaria proattiva, in cui **il ruolo degli infermieri è fondamentale**. Alessio D'Amato, invece, ha messo al centro del discorso l'assistenza territoriale, espressa dalla figura dell'infermiere, augurandosi che essi siano presenti nelle aule consiliari quali "persone competenti". Inoltre, ha anche annunciato un nuovo concorso per infermieri il prossimo ottobre, con le stesse modalità del precedente. "Nei prossimi anni, aumenterà del 45% la popolazione over 80 anni: serve il contributo degli infermieri".

"Siamo soddisfatti che il candidato sindaco sia stato consapevole dell'importanza della nostra figura professionale nel nuovo disegno organizzativo della Sanità, e che abbia colto come anche il Comune, in vista di quella integrazione sociosanitaria di cui parla il PNRR, abbia un ruolo centrale", ha chiosato il Presidente Zega.

Quindi, è stata la volta dell'avvocato **Enrico Michetti**, che ha parlato, fra l'altro, di rapporto simbiotico tra servizi sociali e servizi sanitari, mostrandosi particolarmente attento al tema della formazione e a quello dell'innovazione tecnologica (temi strettamente correlati con la riforma sanitaria indicata nel PNRR).

Secondo Michetti, la stretta collaborazione fra Aziende sanitarie e Comune non può che avere un carattere



pattizio e negoziale: di qui, l'importanza di una sana capacità di gestione politica e amministrativa da parte del Sindaco. E non è mancato anche un accenno al contributo che, in tali processi, possa chiedersi al "privato".

"Abbiamo ascoltato con attenzione le sue parole, prendendo atto del fatto che sia ben consapevole del ruolo centrale della nostra professione nel nuovo disegno organizzativo della Sanità", ha detto il Presidente Zega.

Il terzo di questi incontri ha visto ospite dell'OPI il dot-

tor **Carlo Calenda**. In un breve ma denso intervento, ha mostrato una chiara consapevolezza dell'urgenza di una Sanità proattiva e di prossimità, come quella indicata dal PNRR, pur senza nascondere il fatto che la creazione di nuove strutture è, nel nostro Paese, sovente a rischio di inutili moltiplicazioni.

Soprattutto, ha rilevato la necessità di una collaborazione istituzionale, anche a costo, eventualmente, di perdere qualche supposto "potere di veto" fra Regione e Comune, orientata a un'azione pubblica complessivamente più efficace. Rivendicando l'ampiezza e la

meticolosità del suo programma, costituito nel tempo con centinaia di contributi più diversi, ha annunciato, fra i suoi propositi, una ricognizione/mappatura della situazione dei servizi sociali dipendenti dal Comune, in vista dell'auspicata "riforma sociosanitaria" prevista dal PNRR. Inoltre, ha auspicato che l'Ordine sia fra i protagonisti del gruppo che studierà i problemi della riforma sanitaria dalla parte comunale. "Una richiesta che accogliamo ben volentieri, nello spirito di collaborazione istituzionale - ha commentato il Presidente Zega - Restiamo convinti che il ruolo di Primo cittadino, specie nel caso di quello Capitolino, resti centrale, al di là di ogni dato tecnico e giuridico".



# 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

## 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 (*searchebshost*): una modalità più semplificata di ingresso, gradita ai ricercatori che ne stanno facendo largo uso. (Figura 1 e Tabella 1, 2)

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

## ILISI

Grazie all'ottimo lavoro del gruppo di indicizzatori, ad oggi, il nuovo database contiene **6.415** schede bibliografiche (**335 record bibliografici in più rispetto al 2019**), relative alle 40 riviste italiane indicizzate di area infermieristica e sanitaria.

Utilizzata sul territorio nazionale e internazionale, ILISI è di massima utilità per accedere alla letteratura infermieristica italiana. I dati statistici sono generati da Google Analytics e registrano, come lo scorso anno, grandi numeri, testimoniando il suo ampio utilizzo, nonostante l'anno emergenziale abbia focalizzato la ricerca sulla letteratura internazionale dedicata al Covid-19. La banca dati, rispetto al 2019, realizza un incremento di accessi **+6,32%**.

I dati registrano, **nel 2020, 12.878** accessi a tutte le sue sezioni; 116.763 visualizzazioni di pagine; **58.992** visualizzazione di pagine uniche (nel 2019: 12.113 accessi alle sue sezioni; 123.217 visualizzazioni di pagine; 62.306 visualizzazioni di pagine uniche).

## VALUTAZIONE DEI DATI

I dati annuali, per singole banche dati e nel complesso della biblioteca digitale, sono indicativi di **un'attività di ricerca costante e dinamica** pur nell'anno di emergenza sanitaria e testimoniano che il sistema ha svolto certamente la sua funzione di supporto alla pratica clinica infermieristica.

**Il CINAHL**, nella versione "Complete", strumento standard per la ricerca infermieristica, quest'anno, considerando anche il suo utilizzo attraverso il Discovery Service (EDS), registra un incremento nelle sessioni di

Autenticazioni all'area del Sistema digitale EBSCO					
2019	<b>Login</b> <b>5.462</b>	Per riconoscimento IP, referring Url, username e password, di cui <b>181 con device mobile</b>	2020	<b>Login</b> <b>4951</b>	Per riconoscimento IP, referring Url, username e password, di cui <b>291 con device mobile</b>
2019	<b>Guest Access</b> <b>557</b>	<b>Box di ricerca di Discovery Services su pagina web della biblioteca</b>	2020	<b>Guest Access</b> <b>716</b>	<b>Box di ricerca di Discovery Services su pagina web della biblioteca</b>

Figura 1 - Dati Statistici del Sistema Digitale EBSCO gennaio-dicembre 2019/gennaio-dicembre 2020

accesso del **6,05%**, mantenendo un consistente numero di full text scaricati (**4.100**), un'attività di ricerca elevata: **9.108**, le interrogazioni, **39.614**, gli abstract visionati (**+51,06%**), **45.440** le richieste relative all'analisi approfondita dei risultati (**+35,6%**, comprese: richiesta di record esteso, recupero di *full text* al di fuori della banca dati, attraverso *full text-Finder*).

**La Cochrane Collection PLUS, nel 2020 fruibile per un numero di utenti illimitati, vede ancora un incremento delle sessioni di accesso:** +15,97%, il database delle revisioni sistematiche registra un incremento del 71,17% degli accessi e del 11,77% delle ricerche.

**Il Discovery Service (EDS)**, motore di ricerca che interroga, contemporaneamente, tutte le risorse sottoscritte dall'Ente, utile per ricerche che non debbano essere metodologicamente sistematiche, ha suscitato interesse sia nell'utenza interna che esterna, sviluppando **994** sessioni e **1659** ricerche, e l'ottenimento di **662 abstract**. Interessante il dato degli ospiti esterni che lo hanno utilizzato: 716.

L'EDS risulta essere un valore aggiunto, di "marketing", per diffondere la conoscenza delle risorse della biblioteca, di sede e digitale.

**La piattaforma OvidSp**, la cui funzione principale è aggregare le riviste sottoscritte, registra sempre un consistente numero dei *full text* scaricati, ovvero **938**. Ancora imponenti i dati delle "Sessioni e Ricerche Federate", ovvero quelle generate dagli "Alert" attivati dagli utenti dopo aver fatto una ricerca sul proprio argomento di interesse per ottenere aggiornamenti senza dover più accedere alla piattaforma di ricerca. Nel complesso, le ricerche in ambiente OVID sono **7.122, 17.632** gli *abstract* visionati.

Le sessioni complessive di accesso alle banche dati, come dai loro specifici report, sono **5.100** e registrano un incremento del dato "*request*" di **+34,33% (45.959)**, le ricerche sono **19.536, 57.614** gli *abstract* visionati (**+25,69**), **5.189** i documenti scaricati, che, date le caratteristiche delle banche dati, possono essere articoli di Journals, libri/capitoli di libri, Revisioni Cochrane, Care Sheet e altro. Accanto a questo ultimo dato, deve essere valutato anche quello relativo ai soli *download* di articoli in inglese scaricati dall'intero sistema **pari 6.910** documenti (costituito dai Journal EBSCO, dalle sottoscrizioni Wiley e OVID).

I due insiemi di documenti si sovrappongono parzialmente per i soli Journal scaricati dalle banche dati; quelli di Ovid presenti in entrambi i report.

**I dati testimoniano che il sistema è fruito con costanza. La piattaforma della biblioteca digitale è frequentata da un'utenza remota sufficientemente stabile**, capace di utilizzare con sempre maggiore

competenza e responsabilità le diverse risorse disponibili per rispondere ai propri bisogni informativi.

## UTENZA ALLA CONSULTAZIONE DELLA BIBLIOTECA IN SEDE

Con l'evoluzione e la maggiore disponibilità di servizi bibliotecari da remoto, la biblioteca di sede ha visto mutare le esigenze dell'utenza. Oltre ad ottenere accesso a particolari risorse, infatti, essa richiede un'assistenza personalizzata per ricerche bibliografiche che trova complesse da svolgere autonomamente.

**Per gli infermieri iscritti è il luogo in cui possono richiedere servizi complementari alla consultazione in remoto:** un'ulteriore assistenza alla ricerca bibliografica, accesso al cartaceo italiano e internazionale, richiesta di articoli non disponibili presso altre biblioteche. **Per i non sono iscritti è il luogo di accesso all'area digitale:** sono gli infermieri iscritti ad altri Ordini che lavorano a Roma e gli studenti delle Scuole infermieristiche. Proprio quest'ultimi si rivolgono alla manualistica e alla letteratura italiana per convergere, poi, sulle risorse internazionali nella fase di apprendimento degli strumenti di metodologia della ricerca e di elaborazione della tesi. In tal caso, richiedono ricerche autonome o assistite alle banche dati, o di corredare, con il reperimento di *full text* e articoli cartacei, ricerche svolte su PubMed o sul CINAHL con gli insegnanti.

Le postazioni informatiche sono 3 e utilizzate esclusivamente per la consultazione delle banche dati della biblioteca digitale e per la consultazione degli OPAC nazionali. Nel corso del 2020, la biblioteca di sede è stata aperta regolarmente per la consultazione fino al 5 marzo (lunedì, mercoledì, giovedì pomeriggio; martedì mattina per la consultazione assistita delle banche dati), poi, chiusa per il DPCM n.59 dell'8/3/20 per *lockdown* nazionale. Terminato il periodo più restrittivo e verificate le procedure di sicurezza per il Covid-19, è stata riaperta al pubblico a partire dall'8 giugno, per appuntamenti contingentati su orario ridotto (lunedì e giovedì pomeriggio, martedì mattina).

Al termine del *lockdown*, per agevolare il rapporto con l'utenza e supportarne i bisogni informativi, si è ritenuto giusto implementare **due nuovi servizi a distanza: fornitura di articoli per gli iscritti dell'OPI di Roma e ricerche bibliografiche a distanza per tutti** (entrambi i servizi svolti nel rispetto delle norme del diritto d'autore e del Copyright).

Rispetto ai diversi tipi di consultazione offerti, si registrano i seguenti numeri di utenti:

- consultazione cartaceo (monografie, periodici italiani e stranieri): **139**
- consultazione autonoma delle banche dati: **40**



- consultazione assistita delle banche dati: **87**  
Per un totale di **266** utenti che, in modo diversificato, hanno trovato risposte ai propri bisogni informativi presso la biblioteca dell'Ordine.

Per evidenziare quanto abbiano inciso le restrizioni dell'emergenza sanitaria sugli accessi in sede, è utile indicare che, di tutta l'utenza, il **46,24%** (123) si è recato in biblioteca nel periodo gennaio-febbraio, mentre il rimanente **53,76%** (143) nel periodo giugno-dicembre.

Nella fase degli appuntamenti, date le difficoltà degli spostamenti, l'assistenza alla consultazione è stata estremamente personalizzata, per assicurare all'utente di recuperare quanto necessario dai diversi tipi di risorse, compatibilmente con i limiti imposti, così da non dover tornare.

La biblioteca di sede, oltre ad essere il *back office* di quella digitale (cura eventuali malfunzionamenti tecnici con

il supporto tecnico EBSCO), presta assistenza telefonica e mail agli infermieri che, in accesso remoto, abbiano difficoltà per indirizzarli, quando necessario, al supporto tecnico dell'Ordine.

È standard l'uso degli strumenti di indicizzazione (ILISI, CINAHL e PubMed) per accedere alla consultazione della letteratura italiana ed internazionale, numerosi gli utenti che accedono con una bibliografia ILISI. Diversamente, utilizzano la banca dati in sede.

Nel modulo di consultazione, richiedendo esplicitamente quanti la abbiano utilizzata per ottenere i riferimenti bibliografici, si è espresso positivamente il **67,39%** (31) di quelli che hanno consultato prevalentemente letteratura infermieristica italiana; il **26,09%** (12) non si è espresso; il **6,52%** (3) si è espresso negativamente.

Sulla consultazione totale del cartaceo, si possono calcolare le seguenti percentuali approssimativamente\*:

- manualistica 42,45%
- letteratura infermieristica internazionale 24,46%
- letteratura infermieristica italiana 33,09%

*Alcuni moduli indicano una consultazione mista e quindi sono assegnati alla categoria prevalente.*

**L'utenza è eterogenea** nella capacità di accesso alle risorse elettroniche: deve essere spesso assistita nel recupero dei documenti all'interno della Biblioteca digitale e/o delle banche dati. I cataloghi sono disponibili in sede, in formato cartaceo e elettronico, ma anche sul sito dell'OPI nella pagina dedicata.

**\*La valutazione è di generale apprezzamento** sia

per il patrimonio bibliografico disponibile che per il servizio offerto.

### CONSULTAZIONE IN SEDE DELLE BANCHE DATI

Relativamente ai tipi di consultazione, la "ricerca assistita" è quella svolta con il responsabile di biblioteca (prevalentemente il martedì mattina per appuntamento ma anche nei pomeriggi di consultazione, quando pos-

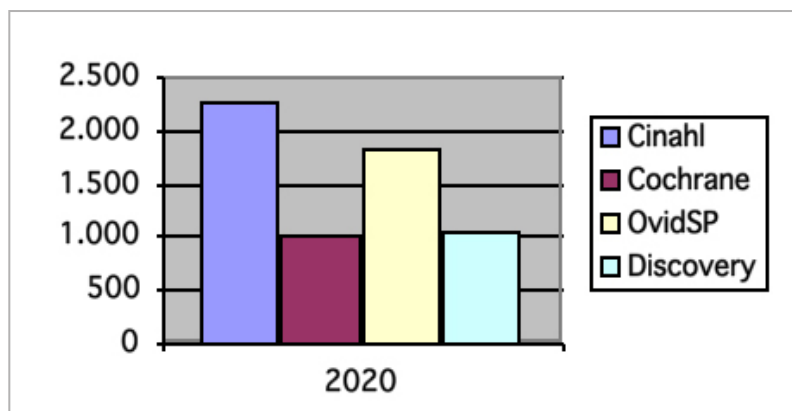


Figura 2 - Sessioni di accesso alle banche dati

sibile); per "autonoma" s'intende la ricerca dell'utente talvolta svolta effettivamente in piena autonomia o, più spesso, introdotto ed assistito in alcuni passaggi della ricerca e dell'uso dell'interfaccia.

Registrate: **87** consultazioni assistite e **40** consultazioni autonome, per un totale di **127** utenti. (Figura 2)

### RICERCHE BIBLIOGRAFICHE SVOLTE A DISTANZA

La ricerca bibliografica a distanza comporta una chiara definizione del tema di ricerca da parte dell'utente, approfondita attraverso un contatto telefonico. Mentre in quella assistita, in compresenza dell'utente, lo si supporta in tutta la consultazione (parole chiave, interrogazioni, valutazione della pertinenza, traduzione, raccolta dei *full text*) e la selezione dei risultati è condivisa (ed è possibile rivalutare assieme il focus della ricerca), in quella a distanza è necessario applicare una maggiore ponderazione nella valutazione dei risultati e nelle strategie di ricerca, per avere la ragionevole certezza di aver individuato un core di articoli sufficienti e capaci di soddisfare la domanda di ricerca dell'utente distante, questo richiede tempo, assieme alle procedure di raccolta documenti e alla redazione di una mail conclusiva che spieghi il percorso di ricerca fatto.

**Le ricerche svolte a distanza sono state 15**, quasi prevalentemente per studenti universitari ma anche per infermieri.

## LE STATISTICHE DELLE BANCHE DATI

Database	Anno	Sessioni	Richieste	Ricerche	Full text	Abstract	Anno	Sessioni	Richieste	Ricerche	Full text	Abstract
Cinahl Complete su EBSCOhost	2019	1.370	32.952	9.801	4.786	26.020	2020	1.415 (+3,28%)	44.909 (+36,29%)	7.476	3.833	39.385 (+51,36%)
Cinahl Complete su Discovery	2019	763	559	1.725 Federate*	322	204	2020	847	519	1.632 Federate*	267	220
<b>Cinahl Complete TOTALE</b>	<b>2019</b>	<b>2.133 (+39,14%)</b>	<b>33.511 (+11,15%)</b>	<b>11.526 (+17,02%)</b>	<b>5.108</b>	<b>26.224 (+20,80%)</b>	<b>2020</b>	<b>2.262 (+6,05%)</b>	<b>45.440 (+35,6%)</b>	<b>9.108</b>	<b>4.100</b>	<b>39.614 (+51,06%)</b>
NRC Nursing Reference Center	2019	165	-	513	326	40	2020	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Cochrane Collection PLUS** TOTALE	2019	883 (+104,87%)	706 (+72,62%)	3.766 (+137,9%)	424 (+138,2%)	481 (+109,13%)	2018	1.024 (+15,97%)	519	3.306	151	368
Cochrane Systematic Reviews***	2019	222	511	977	311	200	2020	380 (+71,17%)	192	1.092 (+11,77%)	133	59
OvidSP	2019	1.582	-	1.848	1.011	894	2020	744	-	998	-	185
OvidMedline°	2019	139	-	645	-	18.200	2020	126	-	610	-	17.447
Ovid totale Sess/Ricer Federate*	2019	500 Med 896 JO	-	2898 Med 5.172 JO	-	-	2020	494 Med 450 JO	-	2.920 Med 2.594 JO	-	-
<b>OVID TOTALE</b>	<b>2019</b>	<b>3.117 (+7,71%)</b>	<b>-</b>	<b>10.563</b>	<b>1.011</b>	<b>19.094</b>	<b>2020</b>	<b>1.814</b>	<b>-</b>	<b>7.122</b>	<b>938</b>	<b>17.632</b>
<b>ILISI</b>	<b>2019</b>	<b>12.113</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2020</b>	<b>12.878 (+6,32%)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>GRAN Totale Banche Dati</b>	<b>2019</b>	<b>6.298 (+22,36%)</b>	<b>34.214</b>	<b>26.368</b>	<b>6.869**</b>	<b>45.839</b>	<b>2020</b>	<b>5.100</b>	<b>45.959</b>	<b>19.536</b>	<b>5.189</b>	<b>57.614</b>

°°Il dato dei docc. scaricati non è completo; è un dato eterogeneo, composto di articoli di Journal ma anche di libri, capitoli, fogli di cura e altro (non contiene foto). Deve essere accompagnato da quello complessivo e più qualificato degli articoli scaricati dai "Journal" (4.303)

Tabella 1 - Statistiche d'insieme a confronto: gennaio-dicembre 2019/gennaio-dicembre 2020 (ILISI non è computato nel gran totale Banche Dati)

### Legenda:

- Sono evidenziati in giallo i valori crescenti;
- "**Richieste**" (*Requests*) in questo contesto è il dato metrico che conta l'utilizzo dei link presenti nei record, corrisponde all'attività di analisi e valutazione dei risultati ottenuti da parte dell'utente (apertura record esteso, richiesta del *full text* e altre funzioni possibili);
- \*\*\*specifico database di Collection PLUS;
- ° specifico database di OvidSP;
- \* **Ricerche Federate. In ambiente EBSCO** sono le ricerche generate automaticamente nei diversi database da EBSCO Discovery Service. **In ambiente Ovid** sono Sessioni/Ricerche Federate che indicano il valore relativo alle sessioni e ricerche generate automaticamente dagli "Alert" attivati dagli utenti per ricerche di proprio interesse.

2020	Sessioni	Ricerche	Richieste	Totale full text	Abstract
EDS uso interno	296	435	836	271	403
EDS uso GUEST esterni	698	1224	366	20 open access	259
<b>Totale</b>	<b>994</b>	<b>1659</b>	<b>1202</b>	<b>291</b>	<b>662</b>

Tabella 2 - EBSCO Discovery services (EDS) nel periodo: gennaio-dicembre 2020

### PATRIMONIO CARTACEO

#### Periodici

Resta significativa la presenza del cartaceo che rende possibile l'accesso alla letteratura italiana e a quella internazionale.

Oltre a quanto sottoscritto annualmente, in biblioteca sono presenti numerosi periodici che afferiscono in sede perché offerti in regime di scambio (riviste degli Ordini), o gratuitamente perché di interesse infermieristico/sanitario.

#### Monografie

Nel corso dell'anno, per le monografie, la biblioteca ha acquisito 5 nuovi libri (2 Procedure infermieristiche, Procedure infermieristiche pediatriche, Inglese per l'infermieristica, Tutela del Diritto d'Autore) ed è stato deliberato l'acquisto di un numero significativo di libri (20) di Storia dell'Infermieristica e di Metodologia della Ricerca per la Storia dell'Infermieristica. I libri attualmente catalogati sono **1337**.

### **Document Delivery**

Nel 2020, su espressa richiesta di utenti interni, privati esterni, la biblioteca ha fornito, in maniera sperimentale, il servizio di *Document Delivery* che richiede, in regime di scambio gratuito, ad altre Biblioteche, articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e successive modificazioni ed integrazioni.

Richieste evase per gli utenti della biblioteca: **26**

Richieste evase per altre biblioteche: nessuna.

### **Invio articoli della biblioteca ad iscritti OPI Roma**

Nel rispetto del diritto d'autore, sono state evase richieste per gli iscritti di n. **11** articoli.

### **LA COMMISSIONE BIBLIOTECA ATTIVITA', RICERCA E DOCUMENTAZIONE**

Nel 2020, la Commissione ha continuato i consueti lavori con le professionalità presenti, con incontri in presenza. Poi, in fase di emergenza sanitaria, in videoconferenza. Il gruppo è così formato: Carlo Turci (Tesoriere), Eleonora Bruno, Barbara Di Donato, Edvige Fanfera, Sandro Filardi, Patrizia Nappini, Claudia Onofri, Cinzia Antonella Punziano, Laura Scozzo.

Nel 2019 escono: Giovanna Finocchi, Rita Ester Monaco e Sara Martelli. Grazie a tutte e tre per la competenza e la dedizione spese in seno alla Commissione.

L'informatico Vladislav Popov ha supportato la Commissione negli aspetti informatici, in particolare per il progetto ILISI.

Su richiesta del Consiglio Direttivo, a partire dalla ripresa delle attività lavorative *post-lockdown* (giugno 2020), la Commissione ha concepito il seminario universitario: "*L'utilizzo delle banche dati online nella ricerca*" (ore formative: 2,30) da svolgersi in videoconferenza con due docenti (membri della Commissione). In seguito, offerto tramite lettera istituzionale dell'OPI di Roma ai diversi CdL in Infermieristica.

Le adesioni sono state numerose (12) e generale la soddisfazione per i contenuti offerti, sia da parte dei docenti presenti come referenti dell'Università, che degli studenti.

Questi, i seminari universitari presso i Corsi di Laurea in Infermieristica tenuti dalla Commissione in videoconferenza:

8/9 - La Sapienza - ASL Roma3;

9/9 - La Sapienza - San Camillo;

16/9 - La Sapienza/H-Anzio;

22/9 - La Sapienza/B;

30/9 - La Sapienza-Ospedale San Pietro Cassia;

8/10 - La Sapienza/M- A.O. San Camillo Forlanini;

20/10 - La Sapienza-Sant'Andrea;

22/10 - Tor Vergata-Tivoli;

27/10 - Tor Vergata- Frascati;

3/11 - Cattolica Sacro Cuore-San Filippo Neri;

9/11 - La Sapienza/Tor Vergata-ASL Roma2;

25/11 - La Sapienza-Civitavecchia;

### **IL PROGETTO ILISI**

Progetto di costituzione e cura della banca dati ILISI.

#### **Organizzazione del Progetto ILISI (Gruppo di lavoro esteso)**

Nel progetto sono coinvolti tutti i membri della Commissione biblioteca e gli indicizzatori formati che collaborano ad oggi sono: **Referenti dell'Ordine:** Ausilia M.L. Pulimeno (Presidente) e C. Turci (Tesoriere); **Gruppo di progetto:** E. Bruno, B. Di Donato, E. Fanfera, S. Filardi, P. Nappini, C. Onofri, A.C. Punziano, L. Scozzo, C. Turci. **Gruppo indicizzatori (nel progetto nel 2020):** Roberto Accettone, Fernando Barberini, Valentina Biagioli, Simone Ciucciarelli, Cesira Coratella, Giuliana Covelli, Valentina De Biase, Anna Rosa De Tullio, Tania Diottasi, Sandro Filardi, Daniela Forte, Paola Gentili, Silvia Gnaccarini, Antonina Ingrassia, Mauro Iossa, Giuseppe Lestini, Maria Paola Moscatelli, Anna Musto, Daniele Pandolfi, Gianluca Pozzuoli, Antonella Punziano, Laura Scozzo.

**Al termine del 2019, escono gli indicizzatori:** Sara Martelli, Barbara di Donato, Rita Ester Monaco, Claudia Onofri, Saverio Masetti (neo). **Al termine del 2020, escono:** Claudia Mattaioli, Flavio Marti (neo), Eleonora Facchini (neo), Giulia Imperatori (neo), Rosaria Ferranti (neo). L'occasione è gradita per ringraziare quanti hanno collaborato col progetto ILISI per molti anni, in modo puntuale e sistematico, ed anche quanti hanno inteso sperimentare, con entusiasmo, la collaborazione, per poi verificare di essere troppo impegnati.

Gli indicizzatori sono supportati attraverso una *chat WhatsApp* dedicata al progetto ILISI, in cui si pongono quesiti e casi particolari, che trovano pronta risposta da parte dei membri del Gruppo di Progetto.

Il gruppo complessivo di indicizzatori, arricchito dai 15 membri nuovi, nel corso dell'anno ha svolto un lavoro straordinario, arrivando, a compilare **335 record bibliografici in più** durante il 2020.

*(La prima parte della relazione è stata pubblicata sul n.2/2021)*

# Un nostro iscritto selezionatore della Nazionale Infermieri

Luigi Di Bartolomeo

Infermiere dal 1997, ha al suo attivo 15 stagioni in Spdc, poi nel 2015 l'approdo in Medicina Generale all'ospedale di Frascati, dove lavora tuttora. È stato il principale organizzatore prima dell'Ipasvi Cup a Roma, quindi del Nightingal a livello nazionale

**I**l 30 agosto scorso, a Castiglion Fiorentino, nell'ambito del Premio Fair Play Menarini, ha esordito la Nazionale Infermieri di calcio, nata dopo l'invito rivolto alla FNOPI di giocare una gara di beneficenza contro la Fondazione Meoni, per sostenere dei progetti umanitari in Senegal in ricordo di Fabrizio e Chiara Meoni. La Federazione ha coinvolto il collega Luigi Di Bartolomeo – infermiere dell'Ospedale di Frascati da anni organizzatore di tornei come Ipasvi Cup e Nightingal – per mettere su, con l'aiuto di un mister di eccezione come Sinisa Mihajlovic, una prima selezione di infermieri calciatori per affrontare questo primo impegno ufficiale. In esclusiva per noi, il suo racconto in prima persona di questa importante esperienza.

Quando è arrivata la telefonata che ha stravolto la mia estate, avevamo appena rinunciato - per il secondo anno consecutivo - a giocare il Nightingal, causa Covid. Dopo sei anni di ininterrotto successo, dal 2014 al 2019, la settima edizione del Torneo nazionale di cal-



cio a 5 riservato agli Infermieri sarebbe stato di nuovo rinviato al 2022.

Eppure sono bastate poche parole scambiate al telefono l'8 luglio per darmi nuovo entusiasmo, e per catapultarmi in una nuova impresa calcistica dedicata agli Infermieri: la Federazione nazionale mi invitava ad una partita da giocare il 30 agosto a Castiglion Fiorentino in memoria di qualcuno del posto, che allora non conoscevo bene, ma per cui in seguito avrei a stento trattenuto le lacrime.

Il mio compito sarebbe stato, insieme alla collega milanese Daiana Campani, quello di completare una rosa di giocatori per questo incontro di calcio; sono bastati quattro giorni per trovare sin da subito il numero necessario di giocatori. Ancora non si parlava di Nazionale Infermieri, ma la voglia di ritrovarci su un campo di calcio, dopo due anni di stop forzato, era tanta, troppa per poter aspettare un altro inverno.

Il Match for Life è stato confermato il 15 luglio, durante la cerimonia di presentazione del XXV Premio Fair Play Menarini. Da quel momento, ci siamo tuffati nell'organizzazione della squadra; nel reperire le strutture che ci avrebbero ospitato in Toscana; nel curare tutti i dettagli in modo da rendere indimenticabile l'evento. Si sono succeduti telefonate, messaggi, incontri, in cui fiorivano idee, si proponevano aggiustamenti, migliorie sempre nuove.

Tutte queste attività hanno avuto il loro apice il 12 agosto, quando finalmente si è potuta annunciare ufficialmente la nascita della Nazionale Italiana Infermieri, con la presentazione di un allenatore d'eccezione come Sinisa Mihajlovic. Subito dopo l'annuncio, siamo stati invasi da richieste di colleghi che volevano giocare, sebbene la rosa fosse già al completo.

Abbiamo recepito il messaggio: dopo quest'esordio, non sarebbe più stato un problema reperire i giocatori per eventuali prossime partite, semmai sarà in futuro difficile garantire ad ognuno la possibilità di scendere in campo per la Nazionale.



In uno stato di grande attesa sono arrivato a Castiglion Fiorentino il 29 agosto, per completare i preparativi insieme a Daiana e Giovanni.

Poi il 30 sono arrivati i giocatori, e da quel momento è stato un susseguirsi di emozioni difficili da descrivere, ma che porterò per sempre con me.

Vedere i ragazzi in albergo vestiti tutti uguali, come una squadra vera; arrivare allo stadio sulle note di Notti Magiche, con il manto erboso in condizioni perfette, l'entrata in campo su chiamata dello speaker (perché non ero nel sottopassaggio?!... Il rumore dei tacchetti sul cemento!); la palpabile commozione nel ricordo di Fabrizio e Chiara Meoni, insieme alla moglie e mamma Elena, sulla sua anima le ferite di una vita ma ancora in piedi con grande dignità, come la torre che sovrasta Castiglion Fiorentino...

La partita è diventata un dettaglio, a confronto con gli stimoli emotivi che ne facevano da contorno. Un dettaglio, tuttavia, che poi ha pian piano preso importanza, grazie anche al comportamento della squadra: abbiamo tenuto testa fino all'ultimo a campioni dello sport e dello spettacolo come Ravanelli, Moscardelli, Galante, Amedeo Carboni, Bettini, Basso, Bartoli, DJ Ringo...

Dopo l'incontro, spettacolare terzo tempo insieme agli avversari, in fila al buffet tra Horacio Erpen e Davide Cassani.

Un evento incredibile, che si è concluso la mattina dopo, quando i giocatori alla spicciolata hanno lasciato l'albergo per tornare ognuno al proprio lavoro: eh sì, c'era chi il 30 aveva giocato dopo il turno di mattina, ed il 31 aveva turno di pomeriggio, con un viaggio di tre ore da affrontare sia per l'andata che per il ritorno. Se non è passione per lo sport questa!...

Le cerimonie per il Premio Fair Play sono proseguite fino al giorno 1° settembre, e ce ne sarebbe ancora da raccontare, ma per descrivere tutto come si conviene ci vorrebbe almeno un altro articolo...

L'esperienza vissuta è sicuramente tra le più intense che io ricordi: mai ero stato protagonista di una manifestazione sportiva e benefica di tale portata...

Mi sento in dovere di ringraziare tantissime persone: Giovanni e Pietro che mi hanno coinvolto nella nascita della Nazionale, e che, insieme a Silvestro, hanno collaborato a rendermi più facile il compito di organizzare il tutto; il sindaco di Castiglion Fiorentino per l'ospitalità; Angelo Morelli, ideatore e organizzatore del Premio Fair Play, persona squisita e semplicissima, che, insieme alla moglie, durante la nostra partita, faceva da raccattapalle e tutti i giocatori uno ad uno, in ordine di numero: Antonio, Alex, Christian, Michele, Gianmarco, Isaia, Simone, Davide, Francesco, Michele, Simone, Antonio, Christian, Angelo, Nicola, Carlo, Francesco, Davide e Rocco, senza dimenticare Lorenzo e Guillermo che, come me, hanno preferito restare in panchina.

Manca qualcuno? Sì, come non ringraziare "Il Capitano", Daiana Campani! Compagna di quest'avventura dai preparativi di metà luglio fino alla serata conclusiva del Fair Play, abbiamo condiviso tutti i momenti della manifestazione; non c'è ricordo legato a questa esperienza in cui lei non sia presente... Spero che in futuro altre colleghe seguano il suo esempio, per rendere la Nazionale Infermieri una selezione mista, con un'adeguata componente femminile.

Ma ora si guarda avanti! Abbiamo tanti progetti per la Nazionale, che forse però dovranno aspettare la fine dell'inverno: con il Covid ancora in circolazione è difficile fare programmi a lungo termine.

Ne approfitteremo per studiare al meglio come riuscire a coinvolgere nel progetto della Nazionale Infermieri tutte le colleghe ed i colleghi che vorranno prendere parte alle prossime iniziative, con l'obiettivo di far passare il messaggio che si può parlar bene degli infermieri anche senza essere stati male!



# Il cordoglio per la scomparsa di Matilde Napolano

**C**on Matilde Napolano, scomparsa per un improvviso e veloce male, non ci ha lasciato solo una storica consigliera dell'Ordine.

Con lei, è andato via un pezzo della comunità infermieristica romana.

Perché Matilde c'era sempre per tutti, con il suo sorriso dolce e la mano protesa al saluto. Con le sue cartelline, i fogli firma, i gadget da distribuire, una parola amichevole per ciascuno. Tanto che, un po' alla volta, era diventata semplicemente "zia Matilde", una di famiglia. Presenza tenera, pregevole, era fra le "signore" dell'Infermieristica capitolina.

Nata a Roma il 1° agosto del 1943, Consigliera del Collegio Ipasvi per 11 trienni; membro della Commissione biblioteca dalla sua costituzione (2006) fino al 2020; tesoriera dell'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT) dal 2008; ha continuato un'intensa attività di Coordinamento didattico per l'OPI di Roma,

soprattutto per quanto riguardava i corsi di formazione di lingua inglese per gli infermieri; dal 2014, nella Segreteria di redazione dell'*house organ* "Infermiere Oggi".

Nel 1981, consigliera presso il Collegio, per la prima volta, con la presidente Irma Ballabio, quando la sede era in corso Vittorio Emanuele, e gli iscritti erano circa 3 mila (oggi, più di 34 mila).

Diplomata infermiera dopo aver frequentato il biennio alla "Scuola convitto per Infermiere San Giuseppe di Roma" al Trionfale (dove entrò diciottenne e presso cui la madre, Antonietta, era cuoca).

Una scelta desiderata a cui attribuiva la sua formazione e la sua crescita umana e culturale. Il suo libro preferito? "Gli angeli della notte" di Archibald J Cronin. Il suo mantra? "Ogni cosa al suo posto, un posto per ogni cosa!". La sua raccomandazione ai giovani infermieri? Di non delegare la cura e l'assistenza del paziente, perché solo restandogli accanto si realizza davvero lo spirito originario della Professione.

Subito a lavoro, nel 1965, nel "Centro Prevenzione Tumori". Poi, dal '72 al '74, a Modena, presso l'Ospedale civile. Più tardi, nel 1975, di nuovo a Roma, al poliambulatorio di via San Martino della Battaglia. Negli ultimi 40 anni, ha preso parte a tutti i cambiamenti epocali dell'Infermieristica italiana: in pratica, Matilde Napolano ha vissuto in prima linea tutte le riforme del Sistema Sanitario Nazionale.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma si stringe alla sua famiglia per la dolorosa perdita e ne ricorda l'enorme generosità, accompagnata sempre da professionalità e dedizione.





# On line il nuovo Portale dell'Isritto con accesso SPID

**D**al 1° marzo 2021 tutte le Amministrazioni Pubbliche, compresi gli Ordini Professionali, hanno l'obbligo di avviare il passaggio alla modalità di autenticazione on line con il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID).

L'OPI di Roma, sempre al passo con le nuove tecnologie, ha attivato il Nuovo Portale dell'Isritto già dal primo giorno dell'entrata in vigore della legge. È raggiungibile dal sito internet istituzionale dell'OPI di Roma, all'indirizzo <https://portal.opi.roma.it>.

L'accesso al Portale con le proprie credenziali SPID

permette all'iscritto di accedere a diversi servizi on line a lui riservati, tra cui la biblioteca on line e alla propria scheda personale, con la possibilità di visionare i propri dati anagrafici e la loro correttezza, aggiornare l'indirizzo di residenza o domicilio, comunicare il proprio Domicilio Digitale (PEC) e recapiti email e telefonici.

Inoltre, è possibile verificare lo stato dei propri pagamenti e scaricare il PDF del bollettino PagoPA della tassa annuale di iscrizione all'Ordine.

A chi, ancora oggi, è sprovvisto di Domicilio Digitale (PEC), ricordiamo che è obbligo degli iscritti agli Ordini professionali comunicare la propria PEC a quello di appartenenza, per non incorrere in sanzioni disciplinari. Sempre accedendo con lo SPID al Portale, è possibile richiederne l'attivazione, in convenzione con l'OPI di Roma, senza doversi recare di persona all'Ordine. Per coloro che, invece, necessitano di un certificato in carta semplice o in bollo, è possibile richiederlo con una procedura interamente digitale: sarà recapitato in formato digitale al proprio Domicilio Digitale (PEC). Attualmente, oltre 7.000 iscritti hanno fatto accesso, almeno una volta, al Portale con le proprie credenziali SPID. È possibile attivarlo con diverse modalità, sia on line che direttamente presso gli sportelli dei gestori d'identità digitale.

**Info:** <https://www.spid.gov.it>



Portale dei servizi

The screenshot shows the OPI ROMA portal interface. At the top, there is a header with the OPI ROMA logo and the text 'Portale dei servizi'. Below the header, there are two main sections:

- Accesso e iscrizione:** This section contains the text 'Accesso riservato agli iscritti e per la presentazione di richiesta di iscrizione o trasferimento all'OPI di Roma'. It features a blue button labeled 'Entra con SPID' with a user icon. Below the button, there are links for 'Cosa è SPID?' and 'Come iscriversi all'albo'. At the bottom of this section, there are logos for 'spid' and 'AgID Agenzia per l'Italia Digitale'.
- Richiesta di Cancellazione:** This section contains the text 'Compila e ricevi le istruzioni via email'. It features a red button labeled 'Scarica Modulo' with a download icon. Below the button, there is a link for 'Come cancellarsi dall'albo'.



dalla FNOPI

# “Infermiere prescrittore” L'appello delle associazioni

**P**rima lo aveva chiesto la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, assieme al documento presentato in occasione dei pareri formulati sul PNRR (scritto da un Advisory board con personaggi noti del mondo sanitario, tra cui **Silvio Garattini**, presidente dell'Istituto “Mario Negri” di Milano) per adeguare le competenze infermieristiche alle esigenze, identificare meglio il ruolo nei vari setting assistenziali anche in relazione agli standard di esiti di cura attesi. Ora, lo chiedono le associazioni dei cittadini, che, per mezzo di una lettera indirizzata al Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, ai sottosegretari alla Salute e al Direttore generale della programmazione del Ministro.

Parliamo dell'infermiere prescrittore di alcuni farmaci non etici, di automedicazione e, soprattutto, dei presidi per gestire alcune forme di assistenza. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia-Favo; Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico-Fincopp OdV, Faip; Federazione delle Associazioni Italiane Paratetraplegici; Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap-Fish; Associazione Italiana Stomizzati-Aistom OdV; Associazione Italiana Malformazioni Ano Rettali-AIMAR Onlus e Associazione italiana spina bifida-Asbi (che rappresentano oltre 10 milioni di cittadini, ovvero circa il 17% della popolazione italiana), hanno chiesto l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza-LEA, affinché la possibilità prescrittiva sia estesa agli infermieri e, in alcuni casi, anche ai fisioterapisti. Il Dpcm sui Lea dice che: “È fatta salva la possibilità per le regioni e per le province autonome di individuare le modalità con

le quali la prescrizione è consentita ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta ed ai medici dei servizi territoriali. I prodotti per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da decubito sono prescritti dal medico nell'ambito di un piano di trattamento di durata definita, eventualmente predisposto dallo stesso medico; il medico prescrittore è responsabile della conduzione del piano” e, adesso, le associazioni chiedono formalmente che ciò venga esteso, ad esempio, anche all'infermiere stomaterapista, a quello uro-riabilitatore e al fisioterapista, per quanto, ovviamente, di loro competenza. Nella lettera si legge che: “In Inghilterra, da oltre trent'anni, gli infermieri possono prescrivere ai pazienti dispositivi medici monouso e nessuno reclama, ma tutti ringraziano”. Questo perché, spiegano: “**l'infermiere, professionista di prossimità, se formato ad hoc, è in grado garantire la presa in carico della persona assistita anche per quanto attiene la prescrizione dei dispositivi medici monouso, oltre che per favorire la sburocratizzazione dei percorsi (PDTA) per l'acquisizione degli stessi. Altrettanto dicasi per l'importante figura del fisioterapista, specie in materia di incontinenza e riabilitazione del pavimento pelvico**”. Secondo le associazioni, la modifica del LEA eviterebbe: “spaventosi iter burocratici che i cittadini devono subire per ottenere ogni due mesi i dispositivi medici monouso (sacche, placche, cateteri, cannule tracheali, pannolini, traverse, ecc..) dalle Regioni, dalle Aziende Sanitarie locali e dai Distretti socio-sanitari, su pressione dei propri associati e stanchi di subire iter burocratici al limite della dignità umana”.

E ancora, come sottolineato dalla presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**: “**Cambiare rotta sugli interventi terapeutici grazie all'ampliamento delle competenze**, a partire dalla possibilità di prescrivere alcune classi di farmaci e presidi che rientrano nella loro sfera di conoscenza e competenza, **appare un percorso inevitabile**. La cosa inciderà anche sugli interventi assistenziali, definendo la piena ed esclusiva funzione di cura, e non più di supplenza delle altre professioni sanitarie, superando la frammentazione e la disomogeneità dei modelli regionali”.

Il testo integrale dell'appello è disponibile sul sito [www.fnoipi.it](http://www.fnoipi.it)

## In Breve

### Arriva nel Lazio il Congresso itinerante della Federazione

La quinta tappa del Congresso nazionale itinerante della FNOPI coinvolge il Lazio, con un incontro ad inviti organizzato per sabato 30 ottobre all'Infermeria dei Conversi di Fossanova (Latina), durante il quale saranno premiate le buone pratiche infermieristiche selezionate dal Centro studi della Federazione sul tema: “Infermieristica di prossimità per un sistema salute più giusto ed efficace”. L'iniziativa toccherà anche la città di Roma il 16 dicembre, quando, al teatro Ambra Jovinelli, tutti i presidenti degli OPI provinciali si riuniranno per un momento celebrativo delle tappe effettuate nel 2021 e per annunciare i prossimi appuntamenti nel sud Italia, previsti nel 2022. Sul prossimo numero, un ampio servizio su entrambi gli eventi.







dalla FNOPI

# Carenza infermieristica Le proposte della Federazione

**L**a necessità di più infermieri è stata messa in evidenza anche da numerosi centri di ricerca.

Il Censis presentato ha quantificato la carenza rapportando per l'Italia la presenza di infermieri a quella dell'Emilia-Romagna, considerata Regione Benchmark, in 57 mila unità e ha considerato che se il confronto dovesse avvenire con altri partner europei, come ad esempio il Regno Unito – che fa tra l'altro continua richiesta di infermieri italiani – la carenza salirebbe a quasi 300 mila unità.

Secondo il Rapporto Crea Sanità dell'Università di Tor Vergata, la carenza in base ai parametri europei sarebbe di almeno 162.972 infermieri se rapportati al complesso della popolazione e 272.811 se rapportati alla popolazione ultra 75enne, che è quella di riferimento soprattutto sul territorio. E secondo il concetto di *staffing* (ovvero, il rapporto cioè tra infermieri e numero di pazienti assistiti che secondo i parametri medi nazionali e internazionali dovrebbe essere di un infermiere ogni 6 pazienti (ogni due nei servizi come pediatria o Terapie Intensive e così via), mentre si assesta, da anni, a una media di 9,5 pazienti per infermiere con punte in alcune Regioni fino a 17-18 pazienti per infermiere.

Per questo, la FNOPI ha messo a punto, per la prima volta, alcune proposte diversificate tra loro su assi a breve, medio e lungo termine, per far fronte alla carenza di professionisti con particolare attenzione a residenzialità privata e convenzionata e alle aree interne e disagiate. Il

documento diventerà elemento ulteriore di interlocuzioni politiche e istituzionali della Federazione.

**A breve termine** - perché il problema è ora, così come ora deve partire l'applicazione del PNRR - c'è, ad esempio, il superamento del "vincolo di esclusività" che, oggi, lega l'infermiere nel rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Pubblico e la possibilità di esercizio libero professionale a supporto delle strutture sociosanitarie territoriali. Poi, possono essere previsti progetti finalizzati a garantire il supporto in termini di prestazioni di assistenza infermieristica da parte delle Aziende Sanitarie alle strutture residenziali territoriali, con attività svolta al di fuori dell'orario di servizio e remunerata a parte.

Altra norma da rivedere è quella di percorsi di incentivazione per "distacchi" o "comandi" dall'Azienda sanitaria ospedaliera verso le strutture sociosanitarie territoriali, favorendo il riavvicinamento territoriale del dipendente considerata la residenza. E infine favorire l'accreditamento delle strutture sociosanitarie quali sedi di tirocinio dei Corsi di Laurea in Infermieristica per potenziare le possibilità di svolgimento di tirocini curricolari da parte degli studenti del triennio quale strumento per lo sviluppo culturale in tali *setting*.

**A medio termine** si dovrebbero ridefinire le regole di accreditamento delle strutture in relazione all'evoluzione dei bisogni dei cittadini; valorizzare la professione infermieristica nelle strutture socio sanitarie territoriali; prevedere uno sviluppo in chiave clinica per attualizzare la necessaria maggiore pertinenza alla complessità e tipologia assistenziale di carriera e sotto il profilo gestionale; adeguare i contingenti formativi e valorizzare le competenze economicamente e sotto l'aspetto della responsabilità e dell'autonomia.

**A lungo termine**, poi, si dovrebbe favorire il rientro degli infermieri italiani emigrati all'estero con incentivi in termini contrattuali ed economici. Oggi, sono circa 20 mila gli infermieri italiani che lavorano all'estero.

## In Breve

### Nuove modalità per accedere al Fondo di solidarietà #NoiConGliInfermieri

Dal 1° agosto scorso, è possibile inviare nuove domande al Fondo di Solidarietà #NoiConGliInfermieri istituito dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche-FNOPI per aiutare gli infermieri colpiti dal COVID-19 e le loro famiglie. Per l'occasione, possono presentare la domanda **esclusivamente** tutti gli infermieri, regolarmente iscritti all'Albo, che abbiano sostenuto spese documentate per cure riabilitative e/o di supporto psicologico post-COVID (*Cluster 2 Riabilitazione PostCovid19 – Supporto Psicologico*) e solo attraverso il seguente link dedicato: <https://www.noicongliinfermieri.org/il-fondo-di-solidarieta/> **Tutti gli altri cluster sono definitivamente chiusi.**

In ogni momento, si potrà presentare domanda per i parenti di **infermieri deceduti** (*Cluster 3*), sia usando il suddetto [indirizzo web](https://www.noicongliinfermieri.org/il-fondo-di-solidarieta/), che contattando la Federazione o rivolgendosi al proprio OPI provinciale. Non sarà possibile prendere in esame le richieste di accesso al Fondo mediante modalità differenti. **Il progetto #NoiConGliInfermieri finora ha già consentito di erogare circa 4 milioni euro** in favore di infermieri colpiti gravemente dal COVID-19 e delle famiglie di quelli deceduti a causa del virus.



# Infermieri e Assistenti Sociali per un approccio dinamico centrato su territorio e domicilio

La Federazione nazionale degli Infermieri (FNOPI) e l'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che i rispettivi presidenti - **Barbara Mangiacavalli** e **Gianmario Gazzi** - hanno voluto ad ogni costo, per sottolineare l'importanza dell'approccio multidisciplinare *"ai bisogni di chi ha bisogno"*.

Il mutato contesto globale impone sempre più un approccio olistico e dinamico al concetto di "cura" della persona, specie se fragile.

Questa intesa arriva, dunque, nello scenario che vede sempre più le professioni dell'infermiere e dell'assistente sociale "saldate" nel processo di presa in carico, con una forte componente territoriale e

domiciliare.

Quattro gli obiettivi del documento firmato il 17 settembre a Roma:

1. individuare attività congiunte di rappresentanza istituzionale e politica per garantire l'importanza del ruolo, delle funzioni e delle competenze dei professionisti nei processi di programmazione e nelle scelte organizzative in ambito sanitario, sociosanitario e sociale;

2. collaborare nell'organizzazione e nello svolgimento di attività scientifiche e iniziative culturali e formative che siano di comune interesse nelle discipline attinenti all'etica, deontologia, cultura e azione professionale e ruolo politico e sociale delle rispettive professioni;

3. realizzare attività comuni che potranno anche consistere nella promozione e realizzazione di ricerche, corsi, seminari, conferenze, convegni, pubblicazioni ed iniziative analoghe volte allo sviluppo della cultura professionale;

4. promuovere e sostenere le rispettive iniziative, coerenti con le finalità del protocollo d'intesa.

"Siamo, siamo stati e saremo tra i professionisti più vicini alle persone malate e in difficoltà e i drammatici mesi, speriamo passati, con il fardello di morti e solitudini, hanno messo a dura prova la tenuta del Paese - hanno commentato i presidenti firmatari -. L'integrazione sociosanitaria non può essere un enunciato, ma deve diventare realtà. Insieme, FNOPI e CNOAS saranno una lobby a difesa delle esigenze di vita delle persone, dei gruppi e delle comunità locali".

Nell'impegnarsi ad estendere il protocollo ai territori e ad attuare un percorso comune di formazione continua per i prossimi tre anni di validità dell'intesa, infermieri ed assistenti sociali faranno fronte comune perché nelle Case delle comunità previste dal PNRR, siano presenti équipe multidisciplinari che comprendano le due professioni. "Tutta l'area della non autosufficienza, della disabilità, della cronicità ci vedono coinvolti senza un modello di riferimento univoco efficace ed efficiente - hanno concluso Mangiacavalli e Gazzi -. Ai bisogni che scopriamo oggi, si sommano disagi antichi ai quali non si è stati capaci di rispondere: questo è il momento storico per farlo. Insieme saremo una forza per la salute e il benessere di tutti, a cominciare dai più fragili".



# Long COVID, IFeC figura centrale del Rapporto redatto dall'ISS

Il Rapporto su "Indicazioni *ad interim* sui principi di gestione del Long-COVID" dell'Istituto Superiore di Sanità non ha dubbi: è l'Infermiere di Famiglia e di Comunità-IFeC la figura centrale nei casi più gravi di Long-COVID.

Un Rapporto nato dal presupposto che, al termine della fase acuta di infezione da Sars-CoV-2, nella persona in cura si potrebbero verificare manifestazioni cliniche (spesso croniche) che precludono un pieno ritorno al precedente stato di salute.

Per questo, se le cure nei pazienti con Long-COVID, caratterizzati da gradi di complessità clinica non elevati, possono essere coordinate dal Medico di Medicina Generale-MMG, nei pazienti più complessi (fermo restando il contatto diretto con l'MMG), le stesse possono essere gestite in altro contesto, come l'ospedale.

Qui, per coordinare l'assistenza nei casi più complessi,

può entrare in gioco l'IFeC, figura 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.

Così, a distanza di oltre un anno dall'inizio della pandemia da SARS-CoV-2, secondo il Rapporto è ormai chiaro che, per un numero importante di persone colpite da COVID-19, le manifestazioni cliniche non si esauriscono nelle prime settimane della fase acuta sintomatica, ma possono prolungarsi con un eterogeneo complesso di manifestazioni cliniche sub-acute e croniche che precludono il ritorno allo stato di normalità.

Tale condizione di persistenza di sintomi (che può riguardare soggetti di qualunque età e con varia severità della fase acuta di malattia) è stata riconosciuta come un'entità clinica specifica che ha preso il nome di Long-COVID.

Il Rapporto spiega: "*Sebbene l'ampiezza dello spettro sintomatologico renda complesso definirne quadro clinico ed epidemiologia, la condizione ha un rilevante impatto clinico, che ha richiesto dal punto di vista della presa in carico appositi provvedimenti e stanziamenti e la creazione di percorsi locali di diagnosi e assistenza basati su un approccio multidisciplinare*" e, in tal senso, si segnala il riconoscimento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità quale figura centrale nei casi più gravi.

Per approfondire, a questo link è possibile leggere il Rapporto completo dell'ISS aggiornato al 1° luglio 2021: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/07/ISS-LONG-COVID.pdf>



# Inaugurata la nuova Sala NUE 112

Inaugurata la nuova Sala NUE 112 presso la sede di Lazio Crea, in via del Serafico a Roma. Si tratta della seconda Centrale Unica di Risposta NUE 112 (la prima è in via Laurentina, sempre nella Capitale) con la quale si completerà la copertura del servizio per le province di Viterbo, Rieti, Frosinone e Latina, per un totale di circa 1,5 milioni di abitanti, su 257 comuni.

La nuova sala operativa ha **50 postazioni operative** e collegata a quella di via Laurentina in modo che le due strutture costituiscano un sistema integrato di gestione dell'emergenza, in cui una sala subentri - o si affianchi - all'altra, in caso di elevato numero di chiamate o addirittura nei casi straordinari di *default*.

In questo modo, si garantisce la puntuale e rapida gestione di qualsiasi maxi-evento e la funzione di "Disaster Recovery", capace di sostenere anche sistemi di emergenza di altre regioni. La Regione Lazio ha assunto, attraverso una procedura di mobilità ed un concorso pubblico per titoli ed esami, più di 150 operatori che sono stati adeguatamente formati per diventare "professionisti della gestione delle richieste di intervento per eventi emergenziali".

Nel Lazio, il NUE 112 è partito il 18 novembre 2015, attraverso una Sala Operativa che, nel 2020, è stata ampliata e conta oggi 50 postazioni. La prima CUR Lazio è la più grande d'Italia e probabilmente d'Europa, riceve e gestisce una media giornaliera di 8.500 richieste di

soccorso. Nel 2020, con la pandemia da Covid-19, la Sala operativa 112 di Roma ha ricevuto fino a 23 mila chiamate al giorno, per un totale di quasi 3,5 milioni, identificando i primi due casi accertati sul territorio nazionale e garantendone l'immediata identificazione ed isolamento. Questa prima Sala Operativa garantisce il servizio su Roma e altri 114 comuni, per un totale di utenti residenti pari quasi a 4,5 milioni di persone ai quali bisogna aggiungere ulteriori 600 mila presenze di pendolari, turisti, studenti e altro.

**Il Sistema NUE 112 Roma ha già integrato, oltre a Polizia, Carabinieri, VVFF e 118, anche la Polstrada, la Capitaneria di Porto e la Polizia Roma Capitale, costituendo, ad oggi, il Sistema di Gestione dell'emergenza più complesso ed esaustivo per ogni necessità dell'utenza. E da questa estate, il NUE 112 Lazio attiva anche il Soccorso Alpino e Speleologico.**

La sua Sala Operativa garantisce un tempo medio di risposta al cittadino di 2.8 secondi ed un tempo medio di passaggio della chiamata, all'Ente competente, di circa 43 secondi: in meno di un minuto, cioè, l'Ente competente all'intervento riceve una scheda con tutti i dati che occorrono, comprensivi di geo-localizzazione, potendo interagire già telefonicamente con l'utente.

Inoltre, il Sistema NUE 112 Lazio dispone di un servizio di interpretariato istantaneo in 16 lingue diverse.



## In Breve

### D'Amato: "Novità sul Sant'Andrea e presto un nuovo concorso"

Nel corso dell'incontro tenuto presso la sede dell'OPI di Roma lo scorso 6 settembre, l'assessore regionale alla Salute, **Alessio D'Amato**, ha comunicato che, entro la fine dell'anno, saranno chiamati tutti i partecipanti al concorso del Sant'Andrea perché "soffriamo, e ancor più soffriremo, della carenza di infermieri", annunciando anche un nuovo concorso.

Notizia certamente confortante per l'Ordine, che da anni denuncia la carenza di personale infermieristico nel Lazio. Non mancano e non mancheranno però, secondo D'Amato, le difficoltà, e, per fronteggiarle, occorre: "dare più forza alle professioni infermieristiche".

Prendiamo atto di questi impegni della Amministrazione regionale e siamo pronti a collaborare per "mettere a terra", come ci ha detto D'Amato, i nuovi fondi del PNRR: "che devono servire però non come ristoro finanziario temporaneo, ma come risorsa per una riforma complessiva del sistema sanitario". A cui non mancherà il nostro apporto, nel lavoro concreto e oltre i momenti elettorali.

A dare sostanza a questo annuncio, è arrivata, a fine settembre, la missiva della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria indirizzata a tutti i vertici delle Aziende e degli enti del Sistema Sanitario Regionale del Lazio, con la quale si individua la ASL Roma 2 quale Azienda capofila per l'espletamento di un nuovo concorso di livello regionale per "collaboratore professionale sanitario Infermiere cat. D", al fine di predisporre un relativo piano delle aggregazioni, che dovrà essere trasmesso alla struttura regionale competente per la preventiva verifica di compatibilità con i diversi piani triennali dei fabbisogni autorizzati e con la cornice economico-finanziaria delle Aziende che intendono aggregarsi alla procedura. Qualcosa, quindi, si muove, sul fronte nuove assunzioni...



# La Sanità pubblica in Italia Un manuale per capire e affrontarne i problemi



Francesco Calamo-Specchia  
**Manuale critico di Sanità pubblica**  
ottobre 2015 (I Edizione)  
Maggioli Editore  
(900 pagg., 75 Euro)



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](mailto:biblioteca@opi.roma.it)

In quale contesto si inquadrano i problemi della Sanità pubblica? Quali sono? Come li si risolve? Quali azioni generali e, più specificamente, sanitarie o mediche è possibile mettere in campo? Quali professionisti vi possono essere impegnati? Con quali strategie e su quali risorse si può contare? Quali expertise coinvolgere?

A queste domande rispondono un gran numero di specialisti (medici e non, sanitari e non, accademici e operatori del territorio di diverse Regioni, differenti per età ed esperienza) in questo Manuale, fornendo lo stimolo e gli strumenti per applicare uno sguardo privo di preconcetti, ma analitico rispetto alla Sanità pubblica italiana; allargando la visione, dall'illustrazione dei fenomeni alla ricerca del loro senso.

Questo testo, più che come una *summa* delle conoscenze, si pone come una loro contestualizzazione generale, individuando i nodi critici di riflessione da segnalare a operatori e studenti.

Certo, il Manuale è critico perché è scritto nella convinzione condivisa che un intervento efficace, efficiente ed equo in sanità, o è pubblico, o semplicemente non è; e propone un forte rilancio della cultura e della pratica della Sanità pubblica intorno a un mandato organizzativo, istituzionale, politico chiaro: produrre salute.

Dopo l'introduzione, i capitoli sono divisi in sezioni e suddivisi in parti (Parte I: contesto e scenari, con salute, malattia, Biomedicina; la dimensione sociale del rischio; i nuovi scenari mondiali e italiani della malattia e Parte II: Situazioni e gruppi a rischio con le nuove sfide per la Sanità pubblica; differenze di genere, rappresentazioni sociali del corpo ed età anziana, alimenti e stili alimentari; mass-media); la Sezione 2: assetti produttivi e modelli di sviluppo; la sezione 3: assetti politici e organizzativi; la sezione 4: modificazioni prodotte dall'intervento umano negli assetti naturali e ambientali. Parte III: Diretrici dell'impegno per la sanità pubblica e per la prevenzione. Sezione 1: Azione istituzionale e politica; sezione 2: azione culturale e formativa; sezione 3: azione istituzionale ed organizzativa del SSN; sezione 4: azione professionale nel SSN. Parte IV: Metodologie e fasi di intervento. Sezione 1: analisi nelle necessità di intervento; sezione 2: Censimento delle risorse e delle possibilità di intervento; sezione 3: strategie di intervento; sezione 4: Il giudizio e la valutazione degli interventi.

Parte V: Strumenti e tecniche di intervento.

In conclusione, un glossario dei termini inglesi e il repertorio delle sigle.

Inoltre, all'indirizzo <http://elearning.maggioli.it> è disponibile un test di autovalutazione dell'apprendimento. Se risultasse superato (con una percentuale di risposte corrette almeno dell'80%) si potrà scaricare e stampare un attestato.



## Come e perché parlare di una professione bellissima e difficile



Duilio Loi, Paola Ripa, Piera Bergomi,  
Enrico Frisone

### I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere

ottobre 2013

Maggioli Editore

(230 pagg, 25 Euro)

**N**on è errato definire questo libro come una sorta di manuale che racchiude i tanti aspetti di una professione difficile ma bellissima: la professione infermieristica. Attraversando i dedali dei passaggi normativi, le definizioni e le proposte interpretative di modelli organizzativi, e cercando di interpretare la complessità dei numerosi suggerimenti formativi, si offre al lettore un percorso univoco mediato da un'attenta riflessione etica e, in alcuni casi, filosofica, dell'essere infermiere oggi.

Il libro è come una mappa per visitare la "Città dell'Assistenza Infermieristica", un luogo reale, incredibilmente ricco di conoscenze e di competenze, di vissuti, di pregiudizi e di immagini personali. Leggendolo, si verrà trasportati nel percorso proposto, attraverso cui sarà possibile "visitare" i luoghi freddi delle leggi, ma anche l'emozionante descrizione dell'esperienza assistenziale. A corredo, un glossario e alcune domande, capitolo per capitolo, per comprendere meglio il testo.

La professione infermieristica, ora più che mai, necessita di riflettere su se stessa: l'urgenza di un'introspezione è dettata non solo dal comprendere quanto raggiunto e per fissare le mete future, ma pure dalla necessità di un confronto onesto e scrupoloso sull'occupazione e il mondo del lavoro legato alla Sanità, visto che il diritto alla Salute è costituzionalmente garantito.

Il testo è strutturato in otto capitoli, ognuno con una propria bibliografia: Essere Infermiere: dalle certezze agli interrogativi; Persona e Salute; I luoghi dell'agire; Conoscenza e Competenze; Formazione e Ricerca; Dal Modello alla Strategia Organizzativa; I "Compagni Di Viaggio" dell'infermiere; Infermieri e mondo del lavoro.



Giovanni Giannantonio

### Tutti i colori del buio

Merlino Edizioni

## L'infermiere che dal buio ha scoperto i colori della vita

**N**el momento in cui l'infermiere Giovanni Giannantonio ha incontrato la morte, ha compreso che solo la vita esiste.

Dalla sua esperienza ha imparato a trasformare il dolore in occasione, a rintracciare il giorno nella notte. Arcobaleno, colori, felicità, amore, amicizia sono parole ricorrenti nella sua narrazione, e non potrebbe essere altrimenti.

Sono l'esplosione di gioia di chi, grazie al buio, naviga senza sosta in un'esistenza di luci. In libreria e on line (Merlino Edizioni), segnaliamo il volume "Tutti i colori del buio", racconto intimo e personale di un collega che, dopo un gravissimo incidente stradale, ha vissuto la condizione di paziente e ha intrapreso la lunga strada della riabilitazione.

# Vaccinazione anti COVID-19 Obbligatorietà di legge e sospensione dalle prestazioni professionali da parte degli OPI di appartenenza

Avv. Barbara Pisa

Il decreto legge 1 aprile 2021, n. 44, convertito dalla legge 28 maggio 2021 n. 76, ha introdotto le misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, anche in materia di vaccinazioni anti Sars-CoV-2.

Come oramai ben noto a tutti, l'articolo 4 del D.L. 44/2021 ha introdotto **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. La vaccinazione costituisce requisito essenziale per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative dei soggetti obbligati"**.

La vaccinazione, quindi, al pari della laurea e dell'iscrizione al rispettivo Ordine professionale, diviene, per legge, requisito necessario per poter esercitare la professione sanitaria, almeno fino alla data del 31/12/2021, salvo ulteriori proroghe dello stato di emergenza.

Requisito che, come chiarito dal Ministero della Salute nella nota del 22/09/2021, deve sussistere inizialmente, ai fini dell'iscrizione all'Albo, e deve permanere nel tempo in ogni fase dell'attività.

Vengono poi previste ipotesi di esenzione, temporanea o definitiva, dall'obbligo vaccinale, in caso di **accertato pericolo per la salute**, in relazione a specifiche condizioni cliniche **documentate e attestate dal medico di medicina generale**. In

tali casi, quindi, la vaccinazione non è obbligatoria e può essere omessa o differita.

Sempre l'art. 4 del D.L. n. 76/2021 disciplina la procedura di verifica dell'osservanza dell'obbligo vaccinale, prevedendo che spetta alle ASL territorialmente competenti accertare l'inosservanza dell'obbligo vaccinale e darne immediata comunicazione scritta all'interessato, al datore di lavoro e all'Ordine professionale di appartenenza. L'adozione dell'atto di accertamento da parte dell'Azienda sanitaria locale determina 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 di cui al comma 6 è comunicata immediatamente all'interessato dall'Ordine professionale di appartenenza.

Con specifico riferimento alle conseguenze derivanti sui rapporti di lavoro dipendenti, la legge prevede che il sanitario non vaccinato debba, ove possibile, essere assegnato **a mansioni diverse, anche inferiori**, non inerenti lo svolgimento dell'attività professionale e, comunque, con forme che non comportino il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

Quando l'assegnazione a mansioni diverse non è possibile, durante tutto il periodo di sospensione, non è dovuta né la retribuzione, né altro compenso o emolumento, comunque denominato. Anche su tale specifico punto, il Ministero della Salute, nella propria nota del 22/09/2022, ha chiarito che il lavoratore potrà essere adibito a mansioni diverse da quelle sanitarie proprie del proprio profilo purché non implicino contatti interpersonali, o comportino, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2.

Infine, per quanto concerne il ruolo degli Ordini professionali, la legge stabilisce che la sospensione debba essere comunicata immediatamente all'interessato da quello di appartenenza.

Ne consegue, come ribadito anche dal Ministero della Salute nell'ultima nota già richiamata, che:

1. l'attività dell'Ordine consista in un mero onere informativo, previa presa d'atto del provvedimento della ASL territorialmente competente di accertamento del mancato assolvimento dell'obbligo vaccinale;
2. la sospensione derivi direttamente ex lege dall'atto di accertamento dell'ASL;
3. l'Ordine non effettui alcuna valutazione di merito;
4. l'Ordine debba riportare l'annotazione relativa alla sospensione nell'Albo, nel rispetto delle norme sulla tutela della riservatezza.

Insomma, trattandosi di un'ipotesi di sospensione obbligatoria prevista direttamente dalla legge quale conseguenza dell'atto di accertamento dell'inosservanza dell'obbligo vaccinale adottato dalla ASL competente, l'Ordine non deve attivare alcun procedimento disciplinare nei confronti del proprio iscritto, ma limitarsi a comunicare l'avvenuta sospensione all'interessato e ad annotare la stessa all'interno dell'Albo.

A conferma della circostanza che la sospensione derivi direttamente dalla legge, senza alcuna valutazione di merito da parte dell'Ordine, si richiama una recentissima sentenza del Tribunale amministrativo del Friuli Venezia Giulia – **la sentenza n. 276 del 13/09/2021** - che ha dichiarato *"inammissibile, per carenza di interesse"*, il ricorso proposto da un infermiere che chiedeva l'annullamento della delibera di sospensione temporanea dall'Albo, adottata dal relativo Ordine professionale.

Ebbene, il tribunale amministrativo ha ribadito che:

- la sospensione prevista dal D.L. n. 44/2021 è automatica, conseguente a valutazioni predeterminate dal legislatore;
- la legge impone all'ordine professionale cui l'interessato appartiene un mero onere comunicativo, avente ad oggetto un atto adottato da altra amministrazione (l'ASL).
- Si tratta di un'ipotesi di sospensione "atipica", quanto a presupposti ed effetti, ed estranea alle competenze dell'Ordine professionale in senso proprio.

Conclude, quindi, il TAR Friuli Venezia Giulia che la sospensione: *"non consegue all'esercizio di un potere disciplinare e quindi di un procedimento di valutazione in concreto della gravità di una condotta, ma è l'effetto rigidamente predeterminato ed automatico di un presupposto di fatto (l'inadempimento all'obbligo vaccinale, accertato dall'azienda sanitaria)"*.





Pertanto, “*alla delibera dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche non può riconoscersi altro effetto che quello legislativamente previsto, cioè quello di mera comunicazione dell’intervenuto accertamento dell’inadempimento all’obbligo vaccinale, compiuto dall’Azienda sanitaria, e delle relative conseguenze giuridiche*”.

## La circolare del Ministero

## Sospensioni: “L’Ordine prenda atto delle comunicazioni delle Asl”

L’Ordine professionale “prende atto” e “senza alcuna valutazione di merito” della comunicazione della Asl per inosservanza dell’obbligo vaccinale da parte del sanitario.

Arriva dalla Direzione Generale delle Professioni Sanitarie il chiarimento richiesto dagli Ordini sanitari sull’articolo 4 del decreto legge 1 aprile 2021, che ha imposto l’obbligo vaccinale a tutti gli esercenti una professione sanitaria, pena la “**sospensione obbligatoria dall’esercizio della professione**”.

La circolare ministeriale - firmata dal Direttore Generale, Rossana Ugenti - chiarisce che la vaccinazione obbligatoria è: “*un requisito per lo svolgimento della relativa attività lavorativa*”. In difetto, è la ASL a comunicare per iscritto all’Ordine professionale di appartenenza l’accertata inosservanza dell’obbligo vaccinale.

“*L’attività dell’Ordine consiste in un mero onere informativo, overossia nella comunicazione all’interessato, previa presa d’atto da parte dell’Ordine medesimo e senza alcuna valutazione di merito, della sospensione derivante ex lege dall’atto di accertamento della ASL riportando l’annotazione relativa nell’albo*”.

Dall’inosservanza dell’obbligo vaccinale, cui consegue l’annotazione nell’Albo, “*non può che discendere per il sanitario la sospensione ex lege dall’esercizio dell’attività sanitaria tout court*”.

Il sanitario “dipendente” perde il diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicino contatti interpersonali o che comportino in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS CoV-2.

In caso di inosservanza, il datore di lavoro può adibire il sanitario ad altre mansioni che non implicino contatti personali o rischio di contagio.

La gravità dell’inosservanza “*viene compiuta dal legislatore a tutela della salute pubblica*”. Analogamente, è lo stesso legislatore a prevedere “in via automatica” la cessazione della sospensione (“cautelare”) in caso di ottemperanza dell’obbligo vaccinale.

La circolare conclude ricordando che eventuali ricorsi alla Commissione Centrale CCEPS

- ferma restando la valutazione della loro ammissibilità - “*non potranno avere in ogni caso alcun effetto impeditivo del verificarsi della sospensione ope legis dall’esercizio della professione*”, trattandosi di materia diversa dall’impugnazione di provvedimenti di cancellazione dall’Albo.



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.

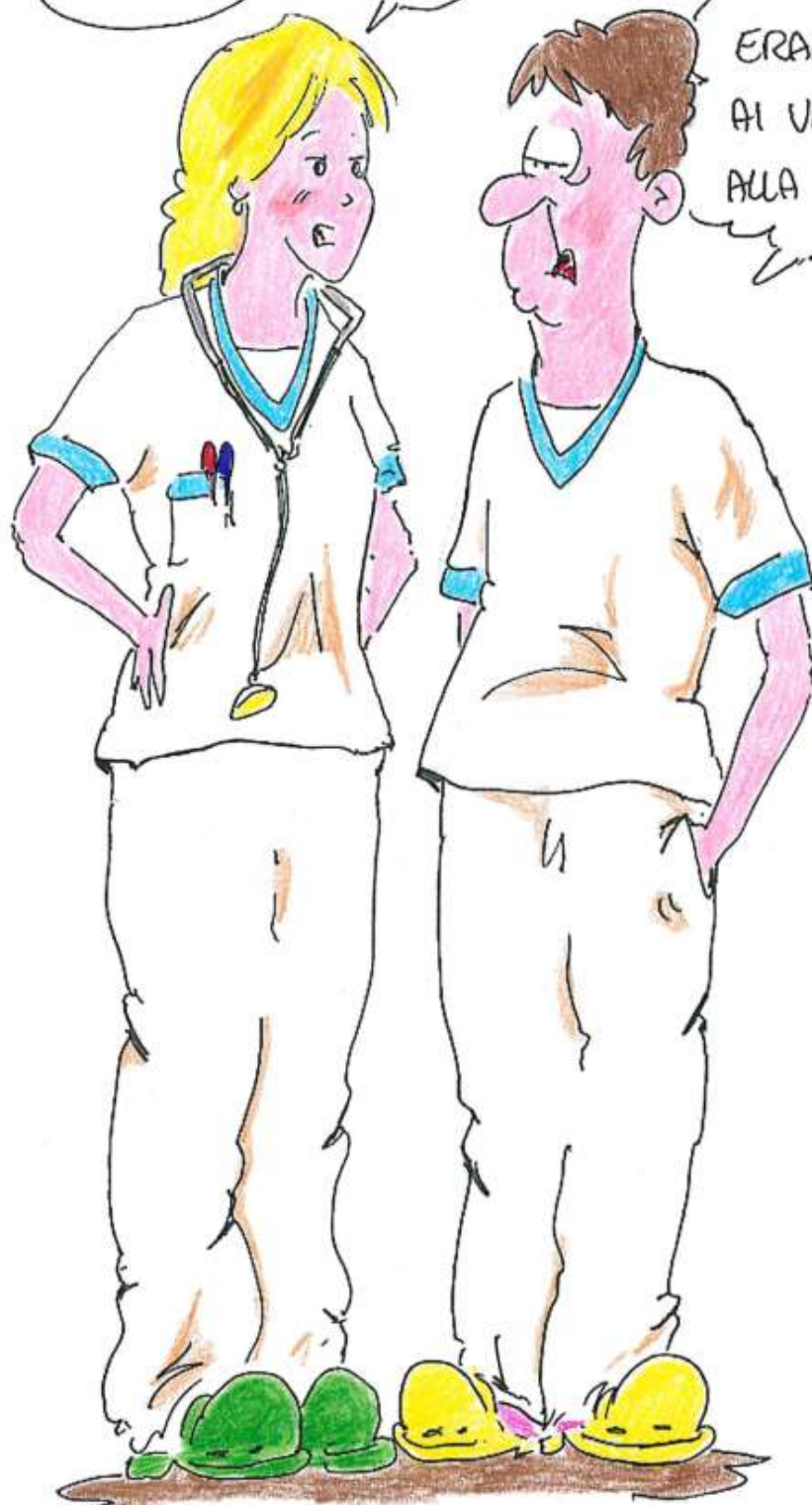
### Info:

<https://opi.roma.it/servizi-agli-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.

MA PERCHÈ AL PRONTO SOCCORSO DEL  
POLICLINICO HANNO AGGREDITO E FERITO  
TRE INFERMIERI ?

ERANO CONTRARI  
AI VACCINI MICA  
ALLA VIOLENZA...



# NORME EDITORIALI

"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. parola<sup>2</sup>) 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 citato; 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 1 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](mailto: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](http://www.opi.roma.it)  
[www.centrodiexcellenza.eu](http://www.centrodiexcellenza.eu)



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



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



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