

INFERMIERE

OGGI

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



DALLE MINACCE AI FATTI



*Nella Legge di Bilancio spariscono
le norme a favore degli infermieri
Pessimo segnale in vista
del rinnovo contrattuale*



In copertina l'immagine del libro «Carola che ve sfanno». Il meglio (e il peggio) di un anno italiano (Rizzoli, 2021). Si ringrazia l'autore, Federico Palmaroli, per la gentile concessione.

Anno nuovo, problemi vecchi.

Nonostante le premesse e le promesse, gli elogi e le pacche sulle spalle, la nuova Legge di Bilancio dimentica ancora gli infermieri, con emendamenti spariti dal testo definitivo varato dal Parlamento.

Insomma, la storia si ripete...

Ma il 2022 ha portato una bella novità in casa nostra: la rubrica dedicata alle Linee Guida a cura del Polo della Pratica Clinica del Cecri, che arricchisce il parterre editoriale delle proposte scientifiche, sperando che incontri il gradimento della comunità infermieristica romana e non solo.

Intanto, l'Opi di Roma sta compiendo importanti passi avanti per conquistare anche l'Accreditamento Anticorruzione e rendere più snelle e accessibili le procedure per favorire la fruizione di tutti i servizi a disposizione degli iscritti.

Sullo sfondo, una sede nuova e più grande, come anticipato dal presidente Zega durante l'ultima assemblea. All'interno di questo numero tutti i dettagli.

Buona lettura!

EDITORIALE

2_ Tempi, modi, opportunità
di Maurizio Zega



4_ La sicurezza dei pazienti nella gestione della somministrazione di chemioterapia in ospedale
Una Revisione della letteratura
di Marco Cioce, Stefano Botti

12_ Revisione narrativa della letteratura sugli strumenti di valutazione del passaggio di consegne infermieristiche
di Stefano Proietti, Pierluigi Delfini, Claudia Lorenzetti, Anna Rita Marucci

18_ JBI Best Practice. Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità

DAL CECRI

22_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

23_ Estratto della Linea Guida SIOT
"Prevenzione delle infezioni in Chirurgia ortopedica"

31_ Dal COCHRANE. Accordo di co-pubblicazione tra OPI di Roma e John Wiley Ltd

32_ Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI

DALL'ORDINE

- 34_ Assemblea straordinaria degli iscritti all'OPI di Roma
- 36_ Il bilancio
- 40_ Accreditamento Anticorruzione per segnalare condotte illecite all'interno dell'Ordine
- 41_ Con "La notte di Capodanno", Le storie degli infermieri a teatro

DALLA FNOPI

- 42_ Polizza assicurativa. Obbligatoria per legge, tutela gli infermieri per soli 22 euro l'anno
- 44_ Le Professioni sociosanitarie: fermezza contro chi si oppone alla vaccinazione anti-COVID
- 45_ Dal Congresso nazionale itinerante: "La Professione infermieristica è quella del futuro"

- 48_ Dal Lazio nuovi modelli di Infermieristica di Famiglia e Comunità

- 49_ I progetti regionali premiati nella tappa del Congresso

DALLA REGIONE

- 51_ Il collega Alan Aloisio, Stella d'Oro al Merito sportivo CONI

OPI DI BIBLIOTECA

- 52_ Un'infermiera raccoglie le storie di speranza di genitori con bambini curati nella TIN del San Camillo Forlanini
- 53_ "Mio fratello ha sempre freddo"
Viaggio nella tossicodipendenza

PILLOLE LEGALI

- 54_ Obbligo Vaccinale. L'articolo 1 del Decreto Legge n. 172/2021 ha sostituito l'art. 4 del Decreto Legge n. 44/2021 recante "Misure urgenti per il coordinamento dell'epidemia da Covid-19, in materia di vaccinazioni anti Sars-Cov-2, di Giustizia e di concorsi", convertito con modificazioni dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76

- 56_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXI - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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: gennaio 2022
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

Tempi, modi, opportunità

di Maurizio Zega

“

È necessario ridisegnare l'assistenza territoriale in una logica di "nuovo modello".

”

L'accelerazione di tanti fenomeni, a partire dalla pandemia, aveva fatto sperare in una sollecita presa d'atto delle necessità di un Sistema Sanitario adeguato ai bisogni della popolazione e ai progressi tecnologici. La speranza non è tramontata, perché la lezione dei fatti (più che mai attuale!) quella resta. Ma gli ostacoli su questo cammino sono ancora molti. Pensiamo, tra questi, al più generale e chiacchierato, cioè al fenomeno dei "no vax", inammissibile atteggiamento di paura superstiziosa.

Su questo informo che l'Ordine, con il nuovo anno 2022, gestirà direttamente il controllo delle vaccinazioni, su mandato dello Stato; compito gravoso sul piano operativo e, insieme, dimostrazione di un'obiettivo crescita per la nostra professione.

Gentili colleghi, siamo un Ordine, Ente sussidiario dello Stato che ci affida rilevanti responsabilità; non siamo più un'associazione o un collegio, ma un Ente regolamentato dalla legge.

Ora, sarebbe normale che, alle nuove responsabilità, seguissero adeguati riconoscimenti. E qui, come si dice, casca l'asino.

Per esempio, parliamo di contratto: naturalmente, non spetta all'Ordine gestirlo. Ma, per la nostra natura istituzionale, rileviamo gravi contraddizioni: da una parte, una professionalità specifica e riconosciuta fino alla creazione di un Ordine. Poi, la realizzazione di "aree" contrattuali, evidenziando il valore di una professionalità che comporta almeno una laurea: bene!

Forse, era l'occasione almeno per cominciare a ragionare su un cambiamento di sistema, su uno sviluppo della professione, con carriera anche in ambito clinico.

Ma niente: le risorse sono insufficienti, questa potenzialità è destinata a sicuro naufragio.

Il Governo, inoltre, ha cancellato gli unici due emendamenti alla Legge di Bilancio che riguardavano la professione infermieristica: il primo prevedeva l'assegnazione-ponte, in attesa del contratto, di quell'indennità di specificità promessa e finanziata nella Legge di Bilancio dello scorso anno, ma mai assegnata a noi, come, invece, è successo per i medici, che la percepiscono dal 1° gennaio 2021.

Il secondo stanziava fondi per aumentare il numero di docenti infermieri nelle nostre Università: oggi, un insegnante ogni 6 studenti per i medici; un insegnante ogni 1.350 studenti per gli infermieri. Sulla formazione dei quali evidentemente non si vuole investire: però, si fa finta di predicare un incremento dei professionisti.

Altro che eroi della pandemia! Un doppio schiaffo a mano aperta, mentre si continua a proclamare demagogicamente che mancano infermieri.

Il Governo sembra che scarichi tutto sulle Regioni, le quali dovrebbero trovare, nelle maglie dei fondi per il Piano Sanitario Regionale, sia i soldi per le sedi dei Corsi di Laurea e per l'incremento del numero di studenti infermieri, sia le risorse per finanziare parte del nuovo contratto di lavoro.

Impossibile per le Regioni in piano di rientro, improbabile per le Regioni in difficoltà (quasi tutte le altre).

“

Il Governo, inoltre, ha cancellato gli unici due emendamenti alla Legge di Bilancio che riguardavano la professione infermieristica. Altro che eroi della pandemia! Un doppio schiaffo a mano aperta, mentre si continua a proclamare demagogicamente che mancano infermieri.

”

“

La razionale osservazione dell'evoluzione in corso continua ad offrire elementi di oggettiva speranza, certamente: ma sui tempi, sui modi e sulle risorse necessarie per il percorso che abbiamo di fronte sono lecite preoccupazioni e riserve.

”

Ma se non si pone mano ora a questa drammatica carenza, quando si pensa di provvedere? Quando, se non ora, nel momento in cui la Sanità è direttamente coinvolta nella realizzazione del PNRR attraverso la Missione 6? Che vede i suoi elementi di punta in Infermieri di Famiglia e Comunità, Case delle Comunità, Ospedali di comunità, cure domiciliari, centrali operative territoriali: tutti interventi in cui la figura centrale di riferimento è quella dell'infermiere.

La Regione Lazio ha appena disposto delle risorse che consentiranno di creare queste strutture. Ma si parla solo di costi delle strutture, che andranno popolate dai rispettivi professionisti. E su questo, silenzio. Quei professionisti si devono formare adeguatamente: e anche su questo, silenzio.

E i tempi sono straordinariamente brevi, perché, al più tardi del prossimo maggio, devono essere trasmessi i progetti relativi, a pena della perdita dei finanziamenti del PNRR che sono un'occasione che passa una volta sola. E ora siamo a gennaio; mentre il deficit di infermieri nel Sistema Sanitario nella Regione Lazio è, secondo le nostre stime, di circa 7.000 unità. A cui aggiungere chi, appunto, dovrà popolare le nuove strutture.

Ce n'è abbastanza, ci sembra, per essere allarmati, pur continuando a coltivare un cauto ottimismo derivante, come dicevamo, dalla logica stessa dei fatti, e i fatti, come si sa, “sono cose tenaci”.

Il punto è quello di una preoccupante inadeguatezza della classe dirigente del mondo sanitario di fronte all'evoluzione del panorama epidemiologico, sociologico e demografico in corso.

Ci si attarda nelle nicchie del vecchio per frenare la crescita, anziché prendere il toro per le corna, approfittare della occasione che ci viene offerta e disegnare finalmente quella rivoluzione culturale nel campo sanitario che la realtà richiama ogni giorno quasi con tragica insistenza.

I nostri Corsi di Laurea continuano ad essere insufficienti, l'attrattiva stessa della professione è messa in forse dalla pervicace indifferenza rispetto alle prospettive di carriera, alle specifiche competenze cliniche, al mondo della ricerca nel settore infermieristico, alle stesse retribuzioni medie: perché tutto si lega, e, senza una visione di insieme, anche questa potrebbe diventare un'opportunità persa.

È necessario ridisegnare l'assistenza territoriale in una logica di “nuovo modello”: su questo, fino ad oggi purtroppo, registriamo una preoccupante “reazione”.

Così, la razionale osservazione dell'evoluzione in corso continua ad offrire elementi di oggettiva speranza, certamente: ma sui tempi, sui modi e sulle risorse necessarie per il percorso che abbiamo di fronte sono lecite preoccupazioni e riserve.

Ed è proprio su questo che l'Ordine si vuole impegnare.



La sicurezza dei pazienti nella gestione della somministrazione di chemioterapia in ospedale

Una Revisione della letteratura

Patients' safety in the management of chemotherapy in hospital

A literature Review

Marco Cioce, UOC SITRA, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Coordinatore Commissione infermieristica del Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo, cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare-GITMO

Stefano Botti, UOC Ematologia, Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate-CORE Centro Oncologico ed Ematologico, Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia, Responsabile Attività Infermieristiche del Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo, cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare-GITMO

Parole chiave

Chemioterapia, Errore medico, Linee guida, Sicurezza del paziente, Standard di sicurezza

Keywords

Chemotherapy, Guidelines, Medical error, Patient safety, Safety Standards

ABSTRACT INTRODUZIONE

Gli errori terapeutici sono frequenti eventi avversi che, potenzialmente, portano allo sviluppo di effetti collaterali. Nel caso l'errore riguardi un qualsiasi agente chemioterapico, gli esiti potrebbero essere estremamente gravi, mettendo il paziente in pericolo di vita.

Scopo di questa Revisione è evidenziare le buone pratiche relative alla somministrazione di farmaci antitumorali e riassumere i risultati che possono essere utilizzati nella pratica clinica per garantire la sicurezza dei pazienti.

MATERIALI E METODI

Nel corso del 2020, è stata effettuata una ricerca bibliografica esplora-

ndo i seguenti database: Ovid Medline, Embase, PubMed, The Cochrane Library e CINAHL.

Inoltre, sono stati inseriti documenti prodotti dalle Autorità Sanitarie Italiane.

RISULTATI

Nella Revisione sono stati inclusi due documenti: gli standard di sicurezza dell'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e *Oncology Nursing Society* (ONS), aggiornati nel 2016 con l'aggiunta di nuovi standard di sicurezza e la Raccomandazione n. 14, pubblicata nel 2012 dal Ministero della Salute.

Gli standard e le raccomandazioni sulla prescrizione, la preparazione, la somministrazione e le relative procedure di chemioterapia inclusi

nei documenti analizzati, sono stati riassunti in questo studio.

CONCLUSIONI

Il continuo sviluppo di nuove strategie per il trattamento del cancro e la loro crescente complessità hanno portato a nuove sfide nella gestione della sicurezza dei pazienti.

Gli operatori sanitari dovrebbero fare riferimento a linee guida aggiornate e standard di buona pratica al fine di garantire la qualità dei processi di prescrizione, preparazione e somministrazione di farmaci antineoplastici.

Gli standard qui riassunti rappresentano i requisiti minimi per l'aggiornamento delle procedure locali volte a migliorare la sicurezza nella pratica clinica.

**ABSTRACT
INTRODUCTION**

Medication errors are frequent adverse events potentially leading to side effects development. If the mistake concerns any chemotherapy agent, the outcomes could be extremely serious putting the patient in life-threatening conditions. The purpose of this Review is to highlight the good practices related to the administration of antineoplastic drugs and summarize the results that may be used in clinical practice to ensure patients safety.

MATERIAL AND METHODS

A literature search was performed exploring the following databases: Ovid Medline, Embase, PubMed, the Cochrane Library and CINAHL, during the 2020. In addition, documents produced by the Italian Health Authorities were included.

RESULTS

Two documents were included in the review: 1) the safety standards of the American Society of Clinical Oncology (ASCO) and the Oncology Nursing Society (ONS), updated in 2016 with the addition of new safety standards; and 2) the Recommendation no. 14, published in

2012 by the Italian Ministry of Health. Standards and recommendations on chemotherapy prescription, preparation, administration and related procedures, included in the analyzed documents, were summarized in this paper.

CONCLUSIONS

The continuous development of new strategies for cancer treatment and their increasing complexity led to new challenges in the management of patients' safety. Health care professionals should refer to updated guidelines and practice standards in order to ensure the quality of the processes of prescription, preparation, and administration of antineoplastic medications. The standards summarized in this paper represent the minimum requirements for the update of local procedures aimed to improve safety in clinical practice.

INTRODUZIONE

Uno dei principali problemi correlati ai processi assistenziali è rappresentato dalla probabilità di accadimento di un evento avverso, ovvero: "un evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile".¹ Tra quelli più frequenti troviamo gli errori da

gli errori legati alla somministrazione dei farmaci chemioterapici, vengono riportati quale seconda causa più comune di esito fatale, con importanti ripercussioni sui costi sociali e sanitari.^{3, 4, 5, 6, 7}

Ci sono studi che attribuiscono alla chemioterapia un tributo pari al 15% del totale degli eventi che causano la morte del paziente.^{8, 9}

A causa della complessità dei regimi chemioterapici, gli errori terapeutici possono verificarsi in qualsiasi momento, dalla prescrizione alla somministrazione.^{10, 11, 12}

Ad esempio "l'errata interpretazione" è considerata la causa principale in più del 50% degli errori di prescrizione.¹³ In particolare, errori nella somministrazione di dosi multiple possono causare reazioni catastrofiche o morte.¹⁴

Dalla tragedia della giornalista Betsy Lehman, morta il 3 dicembre 1994, dopo aver ricevuto una dose inadeguata di chemioterapia a base di Ciclofosfamide per cancro al seno, altri episodi altrettanto tragici sono stati riportati, negli anni, dalla cronaca e dalla letteratura.¹⁵

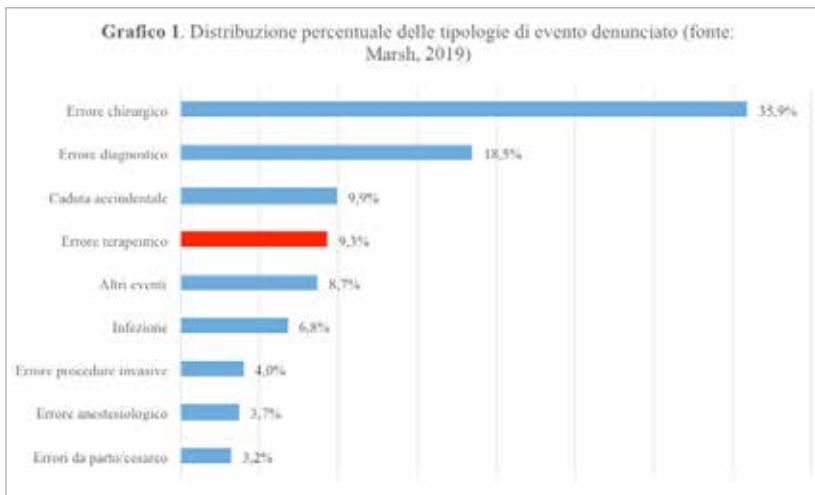
In Italia, un errore di trascrizione, ha portato alla somministrazione di 90 mg anziché 9 mg di Vinblastina ad una donna di 33 anni affetta da linfoma di Hodgkin, determinandone la morte dopo 22 giorni di agonia.¹⁶ Tra gli eventi avversi più frequenti sono riportati:⁸

- dose impropria (40,9%);
- farmaco sbagliato (16%);
- via di somministrazione sbagliata (9,5%).

Tra le cause più frequenti troviamo:

- deficit di conoscenze e di performance (44%);
- errori di comunicazione (15,8%).

A causa della elevata tossicità dei farmaci antineoplastici e del loro basso indice terapeutico, gli errori in corso di terapia oncologica possono determinare danni molto gravi anche alle dosi approvate. Per tale



motivo, è opportuno implementare soluzioni che ne prevengano il manifestarsi.

Scopo di questo studio è stato ricercare ed analizzare le fonti disponibili contenenti linee guida atte a migliorare il processo legato alla somministrazione di farmaci antitumorali e riportare, in modo oggettivo e sintetico, i punti fondamentali spendibili nella pratica clinica.

STRUMENTI E METODI

Tra gennaio e dicembre 2020, è stata condotta dagli autori una Revisione della letteratura con l'obiettivo di identificare fonti che includessero linee-guida per la gestione in sicurezza del processo legato alla somministrazione di farmaci chemioterapici.

A tale scopo, sono stati utilizzati i seguenti database: Ovid Medline, Embase, PubMed della National Library of Medicine degli Stati Uniti, Cochrane Library e CINAHL. Le parole chiave utilizzate per sviluppare la strategia di ricerca comprendevano i termini: chemioterapia, errore medico, linee guida, manipolazione sicura, sicurezza del paziente. Inoltre, è stata effettuata una ricerca manuale delle fonti bibliografiche di riferimento degli articoli acquisiti nella fase iniziale, includendo documenti promulgati dalle Autorità Sanitarie Nazionali.

RISULTATI

Unico documento identificato, rispondente ai criteri di ricerca, è stato quello dell'*American Society of Clinical Oncology* (ASCO) e l'*Oncology Nursing Society* (ONS). Pubblicato per la prima volta nel 2009, esso racchiude gli standard di sicurezza per la riduzione degli errori legati al processo di somministrazione della chemioterapia.

I progressi tecnologici, la continua introduzione di nuovi farmaci nel

trattamento dei tumori e l'esigenza di avere dei riferimenti nei programmi formativi hanno indotto la necessità di revisioni periodiche.

Questi standard sono stati aggiornati nel 2011 e nel 2013; un'ultima revisione del 2016 ne ha incluso di nuovi tra cui quelli relativi all'oncologia pediatrica.¹⁷

In campo nazionale, nel 2012, il Ministero della Salute ha pubblicato la Raccomandazione n. 14 che affronta, in maniera sistematica, la sicurezza dei pazienti oncologici sottoposti a trattamento chemioterapico e la sicurezza degli operatori con riferimenti alla normativa vigente.

Questa Raccomandazione rappresenta ancora oggi, a distanza di anni, un riferimento per gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci chemioterapici.¹⁸

Chemotherapy Administration Safety Standards¹⁷

Utilizzando un approccio multidisciplinare, un gruppo di esperti ha raggiunto il consenso sugli standard attraverso un processo iniziato con la Revisione sistematica della letteratura e con la creazione di una sinossi con le più rilevanti linee guida e raccomandazioni pubblicate.

Questi documenti sono stati distribuiti ai partecipanti del *workshop* finale che ha portato, nel 2009, alla pubblicazione dei primi standard.

Quest'ultimi, sono stati aggiornati nel 2016 ampliando quelli esistenti, includendo l'Oncologia pediatrica ed introducendone di nuovi:

- la verifica a due operatori sanitari nei processi di preparazione della chemioterapia;
- la somministrazione di alcaloidi della vinca tramite *minibag* in strutture in cui vengono somministrati farmaci intratecali;
- l'etichettatura dei farmaci dispensati dalle strutture sanitarie che devono essere assunti dal paziente al proprio domicilio.

L'aggiornamento degli standard di sicurezza nella gestione della chemioterapia del 2016 sono stati suddivisi in 4 sezioni:

1) ambiente sicuro e politica generale

Descrive il contesto e le procedure generali.

Seguono i punti salienti:

- le Organizzazioni Sanitarie (OS) devono descrivere le qualifiche del personale clinico che prescrive, allestisce e somministra chemioterapia; descrivere i requisiti iniziali, le competenze e come quest'ultime vengono mantenute attraverso percorsi formativi;

- le OS devono prevedere che, al momento della somministrazione della chemioterapia, sia sempre presente un operatore esperto e certificato in manovre di *Basic Life Support and Defibrillation* (BLS);

- alla prima somministrazione di una nuova chemioterapia, la documentazione clinica deve riportare le seguenti informazioni: diagnosi e stadiazione, anamnesi, presenza o assenza di allergie e storia di reazioni di ipersensibilità, valutazione del paziente e/o *caregiver* sulla reale comprensione delle informazioni relative alla malattia e al percorso terapeutico, un piano di trattamento (farmaci, dosi, durata, obiettivi), programma di *follow up*;

- ad ogni incontro clinico o giorno di trattamento, il personale deve eseguire, documentando, una valutazione del paziente che includa: lo stato funzionale, parametri vitali, peso e altezza (almeno settimanalmente per il peso), allergie e reazioni correlate al trattamento, tossicità al trattamento, valutazione del dolore, farmaci che il paziente assume.

2) Pianificazione del trattamento, consenso paziente ed educazione.

Questa sezione affronta la pianificazione e l'istruzione al paziente e/o *caregiver* sugli obiettivi, sui probabili esiti, sugli effetti avversi e sulla tos-

sicità del trattamento.

- Le OS devono adottare processi standardizzati per il consenso (verbali, scritti o elettronici) al primo e ai successivi trattamenti chemioterapici;
- Le OS devono documentare le informazioni che vengono fornite ai pazienti sul trattamento, includendo: diagnosi, obiettivi (curare la malattia, prolungare la vita, ridurre i sintomi), durata e programma, farmaci utilizzati ed interazioni con cibo, sintomi o effetti negativi che richiedono un contatto immediato con l'OS o che richiedono una sospensione immediata della terapia assunta al proprio domicilio o auto somministrata, procedure per la manipolazione di farmaci in casa (immagazzinamento e smaltimento), piani di *follow-up*, contatti telefonici.

3) Prescrizione, allestimento e somministrazione

Questa sezione descrive dettagliatamente norme specifiche per la prescrizione, preparazione (compresa l'etichettatura) e somministrazione della chemioterapia. Questi i punti principali:

- le OS devono condurre politiche di gestione del processo terapeutico della chemioterapia che deve essere opportunamente documentato, comprese le prescrizioni che variano dai regimi standard;
- le prescrizioni di chemioterapia orale devono contenere i seguenti elementi: nome e cognome del paziente, nome completo del farmaco generico, data dell'ordine, dose, via di somministrazione, durata;
- la chemioterapia deve essere allestita da un farmacista, medico o infermiere con specifica formazione documentata su base annuale;
- il farmacista deve verificare la prescrizione ed autorizzare l'allestimento del farmaco;
- altro personale preposto deve procedere all'allestimento non

prima di aver verificato in modo indipendente: la presenza di due identificativi del paziente, nome del farmaco, dose, via di somministrazione, calcolo per il dosaggio, ciclo di trattamento e giornata;

- durante la preparazione, un secondo operatore deve verificare il flacone del farmaco, la concentrazione/volume, tipo di diluente se applicabile, volume di diluizione;
- prima di ogni somministrazione di chemioterapia, almeno due professionisti devono verificare e documentare l'esattezza dei seguenti elementi: nome del farmaco, dose, volume di infusione o di farmaco quando preparato in una siringa, tempo e via di somministrazione, data/ora di scadenza, aspetto e integrità fisica del farmaco;
- i farmaci chemioterapici devono essere etichettati immediatamente dopo l'allestimento comprendendo i seguenti elementi: due identificativi del paziente, nome completo del farmaco generico, dose, via di somministrazione, volume totale, data di somministrazione e scadenza, sequenza qualora venisse fornito in dosi frazionate;
- le OS devono gestire in modo separato i farmaci intratecali; dovranno essere preparati separatamente e conservati in un contenitore e in una posizione isolata. Inoltre, dovranno essere etichettati in modo univoco e facilmente identificabili. Devono essere attive politiche che prevedano la verifica, da parte di due professionisti, sia nella fase di allestimento che in quella di somministrazione.
- La chemioterapia deve essere somministrata da un medico o da un infermiere di comprovata e documentata esperienza. Prima dell'inizio di ogni somministrazione di chemioterapia, il medico deve confermare il trattamento verificando i seguenti elementi: identificativi del paziente, nome del

farmaco e dose, tempo e via di infusione; al momento della somministrazione due operatori in presenza del paziente ne verificano l'identità con almeno due identificativi.

Le OS devono implementare procedure di gestione dello stravasamento in linea alle raccomandazioni presenti in letteratura.

4) Monitoraggio, aderenza, tossicità.

Complicazioni post somministrazioni.

Descrive il monitoraggio dell'aderenza al trattamento e al controllo della sua tossicità per promuovere la sicurezza anche nelle fasi successive alla terapia:

- le OS devono definire degli standard specifici di risposta al trattamento in termini di tempi ed esiti, identificando test specifici di laboratorio e di funzioni d'organo; implementare programmi di valutazione e documentazione delle tossicità relative al trattamento dose-dipendente;
- le OS devono dimostrare politiche di gestione nel trattamento delle emergenze;
- le OS devono valutare e monitorare l'aderenza dei pazienti al trattamento che viene eseguito al domicilio.

La Figura 1 riporta il flusso relativo all'intero processo legato alla somministrazione della chemioterapia: dalla scelta del regime terapeutico più appropriato al monitoraggio a breve, medio e lungo termine delle tossicità relate.

La Raccomandazione n. 14¹⁸

Nel documento non viene riportata la metodologia utilizzata per identificare gli standard di sicurezza.

La Tabella 2 riporta i vari ambiti in cui si applica tale raccomandazione. La possibilità di errore è presente in tutte le varie fasi del processo di gestione dei farmaci antineoplastici che sono: immagazzinamento, pre-



Figura 1 - Flusso somministrazione chemioterapia (fonte: ASCO/ONS, 2016)

scrizione, preparazione, distribuzione e somministrazione.

Immagazzinamento

Un corretto immagazzinamento e un'attenta gestione delle scorte assicurano l'integrità e l'efficacia dei farmaci e favoriscono la prevenzione dei

rischi legati alla loro conservazione.

- *Stoccaggio.* I farmaci antineoplastici devono essere conservati in aree specifiche della Farmacia, appositamente segnalate, non accessibili al personale non addetto, all'interno di armadi fissi (classificabili come armadi di sicurezza);
- *trasporto.* I farmaci antiblastici, se trasportati, devono essere allocati in carrelli mobili chiusi.

Prescrizione

Durante questa fase, l'errore si può manifestare sia nella scrittura che nella comunicazione della terapia al paziente o agli altri operatori sanitari.

- *Richiesta della terapia farmacologica.* La richiesta deve essere sempre fatta dal medico prescrittore per iscritto o con la Convalida Informatica Certificata (CIC). Non vanno accettate prescrizioni verbali, eccetto che per l'interruzione urgente della terapia che deve comunque essere trascritta quanto prima possibile. La

prescrizione informatizzata permette di ridurre drasticamente gli errori di scrittura, lettura della trascrizione e calcolo;

- *modulistica.* Deve essere adottata una modulistica standard, che sia di facile compilazione in ogni parte;

• *documentazione.* I medici e gli infermieri, ad ogni trattamento chemioterapico, devono documentare in cartella clinica:

- la valutazione clinica e il *performance status*;
- la rilevazione dei parametri vitali e del peso;
- la verifica della presenza di allergie, precedenti reazioni e tossicità legate ai trattamenti;
- la valutazione delle problematiche psicosociali e dei bisogni di supporto nonché le azioni poste in essere;
- la valutazione della tossicità della terapia prescritta;
- la ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica in corso.

Nella Tabella 1 si elencano gli elementi che la prescrizione deve contenere ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza.

Preparazione

La preparazione dei farmaci antineoplastici per somministrazione parenterale, con personalizzazione e diluizione della dose su prescrizione medica, deve essere allestita sotto la responsabilità del farmacista, che garantisce la qualità e la sicurezza della terapia preparata; durante la preparazione/allestimento è necessario evitare interruzioni e distrazioni.

- *Competenze.* I farmaci antineoplastici devono essere preparati da farmacisti o da altri operatori sanitari dedicati (infermieri e/o tecnici di laboratorio biomedico nel caso di precisi accordi nell'ambito dell'organizzazione interna della struttura sanitaria), sotto la responsabilità del farmacista, formati secondo quanto previsto da linee guida nazionali o internazionali. Tali competenze devono essere garantite anche in situazioni

Tabella 1. Elementi essenziali di una prescrizione
Data di prescrizione.
Nome e cognome del paziente, data di nascita e sesso.
Altezza e peso per il calcolo della superficie corporea (BSA).
Diagnosi, sede della patologia.
Nome dello schema, numero del ciclo di trattamento, numeri di cicli di trattamento previsti, numero del giorno all'interno del ciclo di trattamento.
Nome e codice numerico del protocollo del trattamento sperimentale, nel caso di studio clinico.
Denominazione del principio attivo (evitando acronimi e nome commerciale).
Indicazione della metodologia utilizzata per il calcolo della dose o indicazione degli standard di riferimento (clearance della creatinina).
Dose per ogni farmaco presente (riferendosi a valori in mg, ove possibile, ed evitando le virgole e gli zeri non necessari).
Percentuale di riduzione della dose rispetto allo schema standard di base e/o ai cicli precedenti.
Via, durata di somministrazione e diluente (tipologia e volume).
Intervalli di trattamento tra i vari farmaci somministrati nello stesso giorno del ciclo e tra i vari cicli.
Sequenza con la quale devono essere somministrati i farmaci (anche la terapia ancillare).
Regime di supporto appropriato (pre e post medicazioni, idratazione, antiallergici, antiemetici, soluzione per lavaggio dei cateteri venosi).

Tabella 2. Ambiti di applicazione

A CHI	La Raccomandazione è indirizzata a: Regioni e Province Autonome, Direzioni sanitarie/aziendali, responsabili della funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico, operatori sanitari coinvolti nella gestione dei farmaci antineoplastici sia nei reparti che nella Farmacia ospedaliera.
DOVE	La Raccomandazione trova applicazione nelle strutture sanitarie pubbliche (ospedaliere, universitarie, IRCSS) e private (accreditate e non) e, in particolare, nelle Unità operative di Oncologia medica e di Ematologia, nelle Farmacie ospedaliere e, per alcuni aspetti peculiari, presso il domicilio del paziente.
PER CHI	La Raccomandazione è a tutela dei pazienti che necessitano di cure con farmaci antineoplastici.

di urgenza.

Per garantire la sterilità del processo e la verifica incrociata, è preferibile che la preparazione sia eseguita da due operatori sanitari, uno con il compito di preparatore, l'altro di supporto;

- *centralizzazione dell'allestimento dei farmaci antineoplastici.* È necessario che l'interpretazione delle prescrizioni, la preparazione e la distribuzione dei farmaci siano ricondotte ad una Unità Centralizzata allocata preferibilmente nella Farmacia Ospedaliera e in ogni caso sotto il coordinamento e la responsabilità del farmacista ospedaliero.

Se preparata in Unità Operativa diversa dalla Farmacia ospedaliera, la preparazione dei farmaci antineoplastici deve comunque sottostare agli stessi principi di sicurezza, sia per pazienti sia per operatori sanitari, che regolano l'attività nella Unità Farmaci Antiblastici (UFA);

- *gestione informatica dei processi.*

Per la complessità delle azioni da svolgere è necessario dotarsi di un applicativo informatico che consenta di gestire in sicurezza tutte le operazioni previste in campo farmaceutico;

- *foglio di lavorazione e tracciabilità.*

Per garantire la tracciabilità dell'intero processo, occorre elaborare un foglio di lavorazione, preferibilmente con l'ausilio di un applicativo informatico, nel quale vengano indicati: nome e cognome del preparatore, nome e cognome del paziente, data e ora di allestimento, lotto, scadenza

e quantità di farmaco utilizzato, nonché eccipienti impiegati;

- *calcoli.* Il calcolo delle dosi dei farmaci va eseguito con attenzione, preferibilmente tramite l'applicativo informatico, in modo da evitare possibili errori dovuti proprio all'operazione di calcolo del dosaggio in base all'unità di misura utilizzata (mq della superficie corporea, peso del paziente, conversione dei mg in ml) e comunque deve essere sempre controllato in doppio;

- *etichetta.* Al preparato pronto per la somministrazione va apposta immediatamente un'etichetta che riporti: nome, cognome e data di nascita del paziente, reparto cui è destinato, composizione quali-quantitativa (principio attivo e dosaggio), volume finale, tempo previsto d'infusione, ordine di somministrazione dei vari farmaci, scadenza e condizioni di conservazione fino all'uso (es. protezione dalla luce, conservazione in frigorifero);

- *gestione dell'orario.* È necessario che la procedura aziendale faccia riferimento all'orario di arrivo nell'unità di preparazione sia della richiesta di chemioterapia programmata sia di quella di urgente;

- *controlli.* Il processo di preparazione dei farmaci antineoplastici deve essere controllato e validato.

Nelle fasi più critiche, deve essere previsto il sistema dei doppi controlli validati da controfirma degli operatori coinvolti. Prima della preparazione, deve essere verificata attentamente

la prescrizione medica.

Distribuzione

Rappresenta la fase in cui il farmaco preparato è convalidato per il rilascio e consegnato all'unità operativa per la somministrazione.

- *Verifiche.* Verificare sempre la corrispondenza fra l'etichetta e la prescrizione, come pure il corretto confezionamento, del farmaco preparato, che va sigillato per garantirlo da contaminazioni esterne e da agenti ambientali, quali luce e calore;
- *consegna.* Deve esservi evidenza dell'avvenuta consegna mediante la tenuta di registri ove siano tracciati i movimenti ed identificati gli operatori coinvolti.

Somministrazione

Le possibili cause di errore durante questa fase sono legate spesso al fallimento dell'associazione farmaco-paziente (es. scambio di farmaci), ai tempi di somministrazione non rispettati (es. programmazione non corretta della pompa infusoriale), alla via di somministrazione diversa da quella prevista, alla sequenza di somministrazione non rispettata, alla conservazione non corretta prima dell'infusione (es. temperatura/tempo di conservazione non rispettato, farmaci fotosensibili non schermati) ed al ritardo nel riconoscimento di eventi avversi e/o nell'avvio di un'adeguata procedura di intervento.

- *Informazione e coinvolgimento attivo del paziente.* Prima di iniziare ogni ciclo di chemioterapia, deve essere confermato al paziente il piano di trattamento per il quale ha sottoscritto il consenso informato, invitandolo a collaborare nella comunicazione di ogni eventuale problema o sintomo;

- *verifiche puntuali.* Deve essere verificata la corrispondenza tra il farmaco prescritto per lo specifico paziente e quello effettivamente pervenuto per la somministrazione.

In particolare, due operatori sanitari, individuati dalla procedura azienda-

le e abilitati alla somministrazione dei farmaci antineoplastici, devono verificare indipendentemente: nome e dose del farmaco; modalità di diluizione (se il farmaco è preparato direttamente nell'unità operativa); via e velocità di somministrazione; data e ora di scadenza del farmaco rispetto a data e ora di preparazione; aspetto della preparazione (eventuali precipitati, limpidezza, colore); integrità dei contenitori e eventuale premedicazione.

- **Identificazione attiva del paziente.** L'operatore sanitario chiede al paziente (genitori/caregiver): nome, cognome e data di nascita e ne verifica la corrispondenza nella documentazione sanitaria;

- **idoneità del sito di infusione.** Particolare attenzione dovrà essere prestata nell'individuare il sito di infusione idoneo, preferendo (nei casi necessari) vene di grosso calibro in zone lontane da plessi nervosi, tendini o grosse arterie;

- **corretta manipolazione degli accessi venosi.** Per i pazienti che devono eseguire un programma di periodiche infusioni di farmaci antineoplastici, viene considerato l'impianto di cateteri venosi centrali anche per ridurre il rischio di stravasamento;

- **conoscenza del farmaco.** Chi somministra il farmaco deve conoscerne l'uso e le precauzioni necessarie per l'impiego, le controindicazioni, le reazioni avverse da farmaco (ADR), le interazioni con altri farmaci.

È importante anche, conoscere le azioni, disciplinate da una procedura conosciuta e condivisa dagli operatori sanitari, da intraprendere nel caso compaiano eventi indesiderati, soprattutto in condizioni di urgenza;

- **durante la somministrazione.** È necessario assicurare:

la presenza di un medico e di personale infermieristico preparati secondo le modalità *Basic Life Support* (BLS) per le eventuali urgenze. La procedura per la gestione dello stra-

vaso coerente con la letteratura e le linee guida più aggiornate. Gli antidoti e il materiale necessario per lo stravasamento, nonché la procedura scritta devono essere sempre disponibili nei Reparti dove si somministrano i farmaci antineoplastici. La presenza di un carrello adeguatamente attrezzato per far fronte alle urgenze e la rapida reperibilità di un monitor per controllare i parametri vitali.

- **Dopo la somministrazione.** L'avvenuta somministrazione dei farmaci deve essere adeguatamente documentata per iscritto dall'operatore sanitario che vi ha provveduto.

DISCUSSIONE

Entrambi i documenti analizzati contengono, al loro interno, indicazioni utili a guidare in modo sicuro il processo legato alla somministrazione dei farmaci chemioterapici.

Nella linea guida dell'ASCO/ONS viene descritta la metodologia utilizzata per l'identificazione degli standard, aspetto questo non osservato nella Raccomandazione 14.

Ci sono elementi comuni, ritenuti fondamentali, come l'attribuzione delle responsabilità in ogni fase del processo, la formazione ed il mantenimento delle competenze degli operatori coinvolti, la gestione delle emergenze, le informazioni utili a supporto e il doppio "check" nelle varie fasi.

Quest'ultima è una misura molto diffusa nelle strutture ospedaliere, ma, ad oggi, non riceve un consenso assoluto circa la sua efficacia nel ridurre il rischio di errori.¹⁹

Abbiamo visto come la possibilità di errore si presenti in tutte le varie fasi del processo di gestione dei farmaci antineoplastici. Pertanto, le OS dovrebbero elaborare delle procedure in linea con le più recenti evidenze scientifiche e, successivamente, condividerle con gli operatori sanitari coinvolti. Inoltre, una volta implementate, andrebbero monitorate ed

aggiornate periodicamente.

La necessità di elaborare delle raccomandazioni e degli standard di sicurezza per la somministrazione di chemioterapici nasce nei primi anni 2000.

Fino ad allora, i trattamenti venivano garantiti attraverso pratiche in uso nelle singole OS in assenza di procedure standardizzate e condivise.

Le prescrizioni erano, solitamente, scritte a mano o su supporti pre-stampati: solo in rarissimi casi ci si avvaleva di mezzi digitali informatizzati.

Progressivamente, le OS hanno introdotto sistemi elettronici nella gestione dei chemioterapici, dotando di tali sistemi le proprie Farmacie Centralizzate, migliorando e semplificando di fatto le varie procedure di preparazione e verifica della chemioterapia^{20,21}.

Parallelamente, è cresciuta l'attenzione nei sistemi di identificazione dei pazienti, introducendo codici aggiuntivi, fino ad arrivare all'uso di codici a barre e, più recentemente, impronte digitali e riconoscimento facciale da utilizzare a "letto del paziente" con notebook o tablet;²² l'utilizzo di tali approcci, come l'uso di codice a barre sembra poter sostituire il doppio "check" nelle varie fasi del processo.²³

Oggi, l'attuazione del cambiamento in tale contesto, con l'obiettivo di migliorarne la sicurezza, deve necessariamente passare attraverso la condivisione delle evidenze di buona pratica clinica utilizzando procedure operative redatte dalle singole OS. Tale condivisione deve essere affiancata dall'introduzione di nuove tecnologie a supporto dell'intero processo.

CONCLUSIONI

L'evoluzione delle cure oncologiche e gli eventi avversi ad essi correlate è stata la forza trainante che ha spinto l'elaborazione, e

periodico aggiornamento, di raccomandazioni per aumentare la sicurezza dei pazienti.

Gli standard individuati devono rappresentare i requisiti minimi da implementare nelle varie fasi: *prescrizione, allestimento e somministrazione* di chemioterapia.

Le linee guida analizzate e ampia-

mente descritte in questo studio dovrebbero essere utilizzate nei vari contesti di cura - sia ospedalieri che ambulatoriali - guidando la pratica clinica quotidiana o rappresentare una linea di indirizzo di programmazione delle OS per le attività di revisione delle proprie procedure istituzionali.

In entrambi i casi, attraverso il miglioramento del sistema, questo approccio rappresenta la promozione di un ambiente sicuro per tutti i pazienti.

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



Bibliografia

1. Ministero Salute, Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità. In: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1563_allegato.pdf. Editor: Ministero della Salute; 2011.
2. Report MedMal: sintesi. In: <https://www.marsh.com>. Editor: Marsh; 2019.
3. Ashokkumar R, Srinivasamurthy S, Kelly J.J, Howard S.C, Parasuraman S, Uppugunduri C.R.S, Frequency of chemotherapy medication errors: A systematic review. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*. 2018;9(2):86.
4. Scott L, Medication errors. *Nurs Stand*. 2016;30(35):61-62. doi:10.7748/ns.30.35.61.s49
5. Goedecke T, Ord K, Newbould V, Brosch S, Arlett P, Medication Errors: New EU Good Practice Guide on Risk Minimisation and Error Prevention. *Drug Saf*. 2016;39(6):491-500. doi:10.1007/s40264-016-0410-4.
6. Walsh E.K, Hansen C.R, Sahm L.J, Kearney P.M, Doherty E, Bradley C.P, Economic impact of medication error: a systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2017;26(5):481-497. doi:10.1002/pds.4188.
7. Elliott R.A, Camacho E, Jankovic D, Sculpher M.J, Faria R, Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Qual Saf*. 2021;30(2):96-105. doi:10.1136/bmjqs-2019-010206.
8. Phillips J, Beam S, Brinker A, et al, Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors [published correction appears in *Am J Health Syst Pharm* 2001 Nov 15;58(22):2130]. *Am J Health Syst Pharm*. 2001;58(19):1835-1841. doi:10.1093/ajhp/58.19.1835.
9. Wittich C.M, Burkle C.M, Lanier W.L, Medication errors: an overview for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(8):1116-1125. doi:10.1016/j.mayocp.2014.05.007.
10. Weiss B.D, Scott M, Demmel K, Kotagal U.R, Perentesis J.P, Walsh K.E, Significant and Sustained Reduction in Chemotherapy Errors Through Improvement Science. *J Oncol Pract*. 2017;13(4):e329-e336. doi:10.1200/JOP.2017.020842.
11. Schwappach D.L, Wernli M, Medication errors in chemotherapy: incidence, types and involvement of patients in prevention. A review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2010;19(3):285-292. doi:10.1111/j.1365-2354.2009.01127.x.
12. Weingart S.N, Zhang L, Sweeney M, Hassett M, Chemotherapy medication errors. *Lancet Oncol*. 2018;19(4):e191-e199. doi:10.1016/S1470-2045(18)30094-9.
13. Hartel M.J, Staub L.P, Röder C, Egli S, High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:199. Published 2011 Aug 18. doi:10.1186/1472-6963-11-199.
14. Dizon D.S, Sabbatini P.J, Aghajanian C, Hensley M.L, Spriggs D.R, Analysis of patients with epithelial ovarian cancer or fallopian tube carcinoma retreated with cisplatin after the development of a carboplatin allergy. *Gynecol Oncol*. 2002;84(3):378-382. doi:10.1006/gyno.2001.6519.
15. Grant S.M, Who's to blame for tragic error? *Am J Nurs*. 1999;99(9):9.
16. Ventura Spagnolo I, Mondello C, Indorato F, Cardia L, Raffino C, Cardia G, Bartoloni G, An unusual fatal case of overdose of Vinblastine and review of literature. *Australian Journal of Forensic Sciences*. 2017;49(6):704-710. doi:10.1080/00450618.2016.1195874.
17. Neuss M.N, Gilmore T.R, Belderson K.M, et al, 2016 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards, Including Standards for Pediatric Oncology. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(1):31-43. doi:10.1188/17.ONF.31-43.
18. Ministero Salute, Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1861_allegato.pdf. Editor: Ministero della Salute; 2011.
19. Koyama A.K, Maddox C.S, Li L, Bucknall T, Westbrook J.I, Effectiveness of double checking to reduce medication administration errors: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(7):595-603. doi:10.1136/bmjqs-2019-009552.
20. Kim G.R, Chen A.R, Arcenci R.J et al, Error reduction in pediatric chemotherapy: computerized order entry and failure modes and effects analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(5):495-498. doi:10.1001/archpedi.160.5.495.
21. Le Garlantezec P, Aupée O, Alméras D et al, Drug administration error related to computerized prescribing. *J Oncol Pharm Pract*. 2010;16(4):273-276. doi:10.1177/1078155209350373.
22. Schwappach D.L, Review: engaging patients as vigilant partners in safety: a systematic review. *Med Care Res Rev*. 2010;67(2):119-148. doi:10.1177/1077558709342254.
23. Westbrook J.I, Baysari M, Technological approaches for medication administration. In: Tully M.P, Franklin B.D, eds, *Safety in medication use*. London, UK: Taylor and Francis, 2016: 229-37.

Revisione narrativa della letteratura sugli strumenti di valutazione del passaggio di consegne infermieristiche

Narrative Review of the literature for evaluation tool of the nurses' handover

Stefano Proietti, Infermiere, ASL RM2, Ospedale Sandro Pertini-Roma

Pierluigi Delfini, Coordinatore Infermieristico, AO San Camillo Forlanini-Roma

Claudia Lorenzetti, Coordinatrice Infermieristica, AO San Camillo Forlanini-Roma, Polo Pratica Clinica del CECRI

Anna Rita Marucci, Posizione Organizzativa Dipartimento Emergenza Urgenza, AO San Camillo Forlanini-Roma

Parole chiave

Passaggio di consegna

Keywords

Nursing; Handover; Handoff; Handoff-Cex

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il passaggio di consegne tra infermieri è uno strumento importante per garantire una continuità nelle cure per i pazienti ospedalizzati. Una comunicazione inadeguata ed inefficace tra infermieri è spesso riportata come la causa principale di errori processuali che conducono all'insorgenza di eventi avversi.

La mancanza di adeguati strumenti di valutazione della qualità della consegna infermieristica porta ad elevati costi nella gestione della cura dei pazienti e al rischio di eventi avversi.

MATERIALI E METODI

Abbiamo condotto una Revisione

della letteratura alla ricerca di strumenti validati per la valutazione della consegna infermieristica. Sono stati consultati Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Ilisi.

Sono state cercate nel titolo, nell'abstract, nel testo dell'articolo e nei record dei database le parole-chiave "Nursing", "Handover", "Handoff", "Passaggio di consegna", combinate con gli operatori booleani "and" e "or". Sono stati inclusi tutti gli articoli originali, trial clinici e Revisioni sistematiche *full text* in lingua inglese ed italiana.

RISULTATI

I due articoli selezionati, al termine del processo di analisi, riguardano l'Handoff-Cex, ideato negli

Stati Uniti ed in seguito validato in lingua italiana. Tale strumento permette di analizzare sotto diversi aspetti il processo di trasmissione di informazioni cliniche del paziente: organizzazione, abilità comunicative, contenuto, giudizio clinico, professionalità, ambiente. Inoltre, offre la possibilità di identificare le criticità durante il passaggio di consegna e permette allo stesso tempo di ideare eventuali piani di azione che migliorino la consegna riducendo i rischi.

CONCLUSIONI

L'Handoff-Cex può rivelarsi utile per le organizzazioni sanitarie che cercano di misurare e migliorare la qualità della comunicazione durante il passaggio di consegne e,

di conseguenza, la qualità dell'assistenza.

ABSTRACT INTRODUCTION

The handover between nurses is an important tool to ensure continuity of care for hospitalized patients. Inadequate and ineffective communication between nurses is often reported as the main cause of procedural errors that lead to the onset of adverse events.

The lack of adequate tools for assessing the quality of nursing handover leads to high costs in managing patient care and the to high risk of adverse events.

MATERIAL AND METHODS

We conducted a literature Review looking for validated tools for assessing nursing handover. Cochrane Library, PubMed, CINAHL, Iltisi were consulted. The keywords "Nursing", "Handover", "Handoff", "Passaggio di consegna" were searched in title, in abstract, in article text and in database records, combined with the Boolean operators "and" and "or". All original articles, clinical trials and full text systematic Reviews in English and Italian language were included.

RESULTS

The two selected articles, at the

end of the analytic process, concern the Handoff-Cex, conceived in the United States and subsequently validated in Italian. This tool allows to analyzed the patient's clinical information transmission process under various aspects: organization, communication skills, content, clinical judgment, professionalism, environment. In addition, it offers the possibility of identifying critical issues during the handover and, at the same time, it allows us to devise any action plans that improve handover by reducing risks.

CONCLUSIONS

The Handoff-Cex appeared useful for healthcare organizations seeking to measure and improve the quality of communication during the handover and, consequently, to improve the quality of care.

INTRODUZIONE

La consegna infermieristica è uno strumento importante per garantire la continuità delle cure per i pazienti ospedalizzati. Essa è una parte essenziale della pratica clinica e si realizza quando un infermiere passa la responsabilità delle cure di un paziente ad un altro infermiere al cambio turno [1].

La consegna infermieristica può essere effettuata in modi differenti: consegna verbale tra infermieri, consegna verbale al letto del paziente con partecipazione attiva dello stesso, consegna scritta lasciata dall'infermiere uscente per quello entrante, metodi di consegna combinati [2].

Nel 2009 uno studio di sorveglianza condotto dalla Agency for Healthcare Resear-

ch and Quality (HRSQ) sulla sicurezza del paziente, ha evidenziato che durante la consegna vengono perse informazioni importanti relative alla cura del paziente.

Una comunicazione inadeguata ed inefficace tra infermieri è spesso riportata come causa principale di errori procedurali che conducono all'insorgenza di eventi avversi [3].

La Joint Commission ha riportato che i problemi di comunicazione hanno rappresentato la principale causa di eventi avversi negli Stati Uniti negli anni tra il 2004 e il 2010 [4]. Uno studio australiano condotto su più di 14.000 ospedalizzazioni ha riportato una percentuale di eventi avversi imputabile a problemi di comunicazione pari a circa il 2% dei ricoveri [5].

Un'inadeguata consegna infermieristica può condurre a diversi problemi: ritardo nella diagnosi e nel processo di trattamento, cure insufficienti o carenti, spreco di risorse umane ed attività lavorative ridondanti [4].

Inevitabilmente, questo porta ad una insoddisfazione per i professionisti delle cure e per i pazienti, ad un allungamento del periodo di ospedalizzazione, ad un aumento dei costi e ad un aumentato tasso di ricovero per i pazienti [4]. Pertanto, un accurato passaggio di consegne sulle informazioni cliniche è cruciale per la continuità e la sicurezza delle cure del paziente [4]. L'esigenza di questo studio nasce dall'analisi delle problematiche dovute ad una comunicazione inadeguata ed inefficace tra i professionisti delle cure durante il passaggio di consegne, spesso citata come fattore chiave nell'incremento di errori e problemi procedurali che possono condurre all'insorgenza di eventi avversi [3]. Lo scopo della Revisione è stata la ricerca della presenza in letteratura di strumenti validati di valutazione



della qualità della consegna infermieristica.

MATERIALI E METODI

Il quesito di ricerca è stato:

- Sono presenti in letteratura strumenti validati per la valutazione delle consegne infermieristiche? Formulazione strutturata del quesito di ricerca con metodo **PICO** [5]:
- **Popolazione:** personale infermieristico coinvolto nel passaggio di consegna;
- **Intervento** (preventivo): utilizzo di strumenti validati per la valutazione della consegna infermieristica;
- **Confronto:** non presente;
- **Outcome:** migliorare la qualità della comunicazione durante la consegna, diminuendo il rischio di eventi avversi [6].

E' stata eseguita una Revisione della letteratura, nel periodo compreso tra maggio 2017 e agosto 2017 Tabella 1, su banche dati biomediche ed infermieristiche come Cochrane Library, PubMed, CINAHL ed Ilisi. Sono state ricercate nel titolo, nell'abstract, nel testo dell'articolo e nei record dei database le parole chiave "Nursing", "Handover", "Handoff", "Passaggio di consegna", combinate con gli operatori booleani "and" e "or". (Tabella 1)

Il limite temporale della ricerca è stato il periodo 2007-2017. L'analisi critica degli articoli è stata eseguita secondo *checklist* CASP. Due autori, SP e ARM, in modo indipendente hanno valutato gli articoli. In caso di discordanza è stato individuato un terzo collaboratore, PLD, per dirimere eventuali dubbi. Sono stati inclusi tutti gli articoli originali, e revisioni sistematiche *full text* in lingua inglese ed italiana inerenti al quesito di ricerca. Sono stati esclusi gli articoli il cui contenuto non è risultato coerente con il quesito di ricerca, o gli articoli per i quali non era disponibile il *full text*.

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SELEZIONATI
COCHRANE LIBRARY	Nursing and/or Handover	7	1
	Nursing and/or Handoff	12	0
	Handoff	0	0
PUBMED	Nursing and/or Handover	835	13
	Nursing and/or Handoff	783	12
	Handoff	3	3
CINAHL	Nursin and/or Handover	135	9
	Nursing and/or Handoff	45	4
	Handoff	2	2
ILISI	Passaggio and Consegna	4	3

Tabella 1 - Strategia di ricerca: Banche dati, parole chiave e articoli trovati e selezionati

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha individuato 1826 articoli, ridotti a 1443 dopo aver escluso gli studi doppi. Tra questi ultimi, 1396 sono stati esclusi dopo essere stati sottoposti a *screening*, poiché non pertinenti e/o per mancata disponibilità del *full text*. Dei restanti 47 articoli *full text* valutati per l'eleggibilità, 45 sono stati esclusi dopo la lettura dell'intero articolo, poiché gli strumenti utilizzati per la valutazione delle consegne infermieristiche non risultavano validati e solo 2 articoli sono stati inclusi. (Figura 1) Entrambi gli articoli sono in lingua inglese. In particolare, il primo di Horwitz e collaboratori [6] rap-

presenta uno studio di validazione di uno strumento di valutazione dello scambio di consegne tra gli infermieri. Il secondo, di Ferrara e collaboratori [7], rappresenta la validazione in italiano dello strumento proposto nel primo articolo. L'Handoff-Cex (*clinical evaluation exercise*) è uno strumento di valutazione della qualità della consegna infermieristica strutturato basato sul formato della mini-Cex, strumento a sua volta già validato in precedenza utilizzato per definire la qualità dell'anamnesi e dell'esame obiettivo dei tirocinanti [8-11], ed implementato con l'inserimento di *item* considerati fondamentali sulla base delle linee guida ACGME

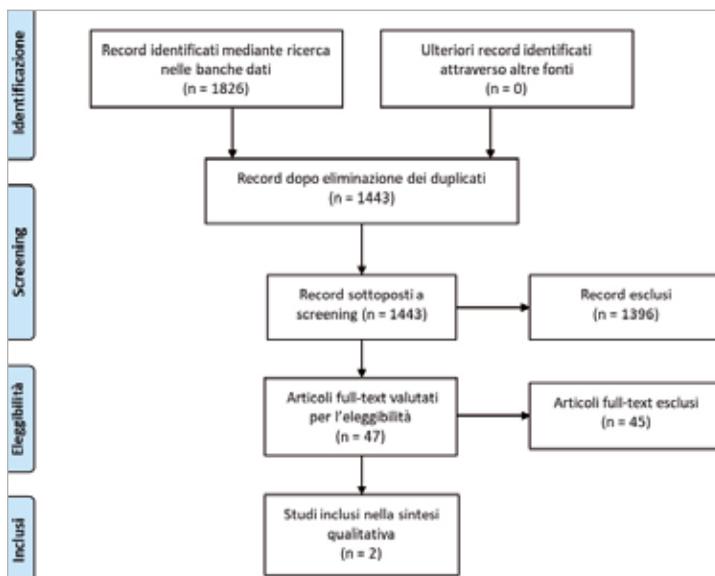


Figura 1 - PRISMA Statement 2009. Diagramma di flusso

Handoff RECIPIENT Evaluation Form			
Evaluator: _____	Evaluatee: _____	Unit: _____	Date: _____
Evaluatee experience: <input type="radio"/> <1 year <input type="radio"/> 1-2 years <input type="radio"/> 3-5 years <input type="radio"/> >5 years Situation: <input type="radio"/> end of shift <input type="radio"/> transfer between services <input type="radio"/> Admission			
Setting (: not observed)			
<input type="checkbox"/> 3 interruptions; <input type="checkbox"/> noisy chaotic 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> No interruptions; <input type="checkbox"/> silent	
Organization/efficiency (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Disorganized; <input type="checkbox"/> if prepared 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Prepared for note-taking; <input type="checkbox"/> takes notes	
Communication skills (: not observed)			
<input type="checkbox"/> No interaction; <input type="checkbox"/> no read-back; <input type="checkbox"/> no acceptance of responsibility for tasks; <input type="checkbox"/> vague language 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Face-to-face sign-out; <input type="checkbox"/> Ask questions; <input type="checkbox"/> Read-back of assigned tasks; <input type="checkbox"/> Accept responsibility; <input type="checkbox"/> Concrete language	
Clinical judgment (: not observed)			
<input type="checkbox"/> No recognition of sick patients; <input type="checkbox"/> No anticipatory guidance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Sick patients recognized; <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance requested	
Humanistic qualities/professionalism (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Humid, inattentive; <input type="checkbox"/> Inappropriate comments re: pts, family, staff 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Focused on task; <input type="checkbox"/> appropriate comments re: patients, family, staff	
Overall sign-out competence (: not observed)			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior			
Evaluation time: Observing: _____ min Providing feedback: _____ min			
Evaluator satisfaction with evaluation: Low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 High			
Evaluatee satisfaction with evaluation: Low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 High			
Comments: _____			

Figura 2 - Handoff-Cex provider form [6]

Handoff PROVIDER Evaluation Form			
Evaluator: _____	Evaluatee: _____	Unit: _____	Date: _____
Evaluatee experience: <input type="radio"/> <1 year <input type="radio"/> 1-2 years <input type="radio"/> 3-5 years <input type="radio"/> >5 years Situation: <input type="radio"/> end of shift <input type="radio"/> transfer between services <input type="radio"/> Admission			
Setting (: not observed)			
<input type="checkbox"/> 3 interruptions; <input type="checkbox"/> noisy chaotic 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> No interruptions; <input type="checkbox"/> silent	
Organization/efficiency (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Disorganized; <input type="checkbox"/> Rambling 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Standardized sign-out; <input type="checkbox"/> concise	
Communication skills (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Not face-to-face; <input type="checkbox"/> Understanding not confirmed; <input type="checkbox"/> No time for questions; <input type="checkbox"/> Responsibility for tasks unclear; <input type="checkbox"/> Vague language 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Face-to-face sign-out; <input type="checkbox"/> Confirms understanding; <input type="checkbox"/> Elicits questions; <input type="checkbox"/> Assigns responsibility for tasks; <input type="checkbox"/> Concrete language	
Content (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Information omitted or irrelevant; <input type="checkbox"/> Only critical condition to do; <input type="checkbox"/> task, plan, return 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Includes all essential information; <input type="checkbox"/> describes critical condition to do; <input type="checkbox"/> have plan, return	
Clinical judgment (: not observed)			
<input type="checkbox"/> No recognition of sick patients; <input type="checkbox"/> No anticipatory guidance 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Sick patients identified; <input type="checkbox"/> Anticipatory guidance provided with plan if action	
Humanistic qualities/professionalism (: not observed)			
<input type="checkbox"/> Humid, inattentive; <input type="checkbox"/> Inappropriate comments re: pts, family, staff 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior		<input type="checkbox"/> Focused on task; <input type="checkbox"/> appropriate comments re: patients, family, staff	
Overall sign-out competence (: not observed)			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 Unsatisfactory Satisfactory Superior			
Evaluation time: Observing: _____ min Providing feedback: _____ min			
Evaluator satisfaction with evaluation: Low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 High			
Evaluatee satisfaction with evaluation: Low 1 2 3 4 5 6 7 8 9 High			
Comments: _____			

Figura 3 - Handoff-Cex recipient form [6]

(Accreditation Council for Graduate Medical Education) [12] dei dati di letteratura e dell'esperienza del centro in ambito di trasmissione di informazioni cliniche tra operatori sanitari [13].

Nell'articolo dello sviluppo dello strumento sono state considerate le problematiche relative al passaggio di consegne tra operatori sanitari e di conseguenza sono stati inseriti nello strumento di valutazione i relativi domini.

Il dominio "organization" (organizzazione) valuta la standardizzazione come caratteristica dell'alta performance, dato che rappresenta numerosi benefici per la sicurezza in generale ed in particolare nella trasmissione di informazioni cliniche. Il dominio "communication skills" (abilità comunicative) valuta le caratteristiche della conversazione, poiché è riportato che le persone intraprendono spesso conversazioni che sovrastimano la comprensione tra pari, pertanto, strategie per limitare questo come la conferma del messaggio ricevuto, l'esplicitazione dei compiti che sono stati assegnati e l'utilizzo di linguaggio concreto, sono efficaci. Il dominio "content" (contenuto) è stato creato per evidenziare informazioni relative a condizioni cliniche e processi diagnostici, dato che spesso vengono persi contenuti ritenuti importanti dagli stakeholders. In accordo agli standard di valutazione degli studenti, è stato incorporato il dominio "judgement" (giudizio) per identificare il livello di capacità. È stato quindi inserito un dominio "professionalism" (professionalità) in accordo alle linee guida ACGME sulle competenze di professionalità e cure del paziente. Infine, è stato aggiunto il dominio "setting" (ambiente), poiché è ampiamente riportato in letteratura un aumento di errori in corso di passaggio di consegne a causa di rumori o interruzioni.

Lo strumento finale include anche una valutazione delle competenze globali, oltre ai 6 domini descritti sopra [13]. Successivamente allo studio di sviluppo, l'Handoff-Cex è stato validato per la valutazione della qualità della consegna infermieristica negli Stati Uniti [6]. Questo strumento offre ai valutatori la possibilità di identificare problemi nel sistema di comunicazione alla base del processo di consegna tra professionisti delle cure. Può essere utilizzato dai Coordinatori infermieristici per condurre analisi continue, per identificare le competenze degli infermieri nel processo di consegna e per mantenere un alto standard qualitativo delle cure.

L'Handoff-Cex consta di due "forms" (moduli), uno per il "provider" (infermiere che fornisce la consegna) (Figura 2) e uno per il "recipient" (infermiere che riceve la consegna) (Figura 3). Ciascun form viene compilato dall'infermiere protagonista e da un valutatore esterno che lo valuta. La prima parte del questionario è la stessa per entrambi i forms e contiene semplici dati: evaluator (valutatore), evaluatee (valutato), unit (unità operativa), date (data), evaluatee experience (anzianità lavorativa del valutato) e situation (momento di consegna: ammissione, trasferimento o dimissione). Seguono quindi sette domini: "setting" (ambiente), "organization/efficiency" (organizzazione/efficienza), "communication skills" (abilità comunicative), "content" (contenuti), "clinical judgement" (giudizio clinico), "humanistic qualities/professionalism" (capacità umanistiche/professionalità) e "overall sign-out competence" (capacità complessiva). Il questionario dell'infermiere che fornisce la consegna non contiene il dominio "content". Ciascun dominio presenta una

Autore	Horowitz [6]	Ferrara [7]
Obiettivo	Validazione di uno strumento di valutazione delle consegne per gli infermieri: l'Handoff-Cex	Produzione e validazione di una versione italiana dell'Handoff-Cex
Disegno	Studio descrittivo di popolazione	Studio descrittivo di popolazione
Metodi	Somministrazione dello strumento Raccolta e analisi dei dati Validazione dello strumento	Forward and back translation Creazione della versione italiana dell'Handoff-Cex Somministrazione dello strumento Raccolta e analisi dei dati Validazione dello strumento
Risultati	Sono stati valutati 25 passaggi di consegna. Il punteggio maggiore è stato registrato per l'item professionalità, mentre il più basso per l'item ambiente per l'infermiere uscente; nella valutazione dell'infermiere entrante gli items organizzazione e comunicazioni hanno ricevuto il punteggio maggiore, mentre il punteggio più basso è stato assegnato all'ambiente; Gli infermieri con maggiore esperienza lavorativa hanno ricevuto valutazioni migliori. I punteggi forniti dal valutatore erano sensibilmente inferiori a quelli forniti dal valutato	La valutazione mediana dei valutatori è risultata inferiore rispetto a quella effettuata dagli infermieri protagonisti. I punteggi più alti sono stati registrati per gli items contenuto, giudizio clinico e qualità umane. I punteggi più bassi sono stati registrati per gli items contesto, organizzazione e abilità comunicative. Il tempo dedicato alla consegna infermieristica appare limitato. L'unica eccezione, con punteggi migliori, è risultata rappresentata da un reparto in cui le consegne venivano trasmesse in una stanza dedicata e veniva utilizzato il metodo di consegna strutturato secondo checklist SBAR
Conclusioni	È stata rilevata l'utilità di una valutazione strutturata della consegna nel determinare sia le abilità individuali del soggetto che l'adeguatezza del sistema usato.	La versione italiana dell'Handoff-Cex è risultata uno strumento valido ed attendibile nella valutazione della cura infermieristica nello svolgimento della consegna nel setting ospedaliero italiano

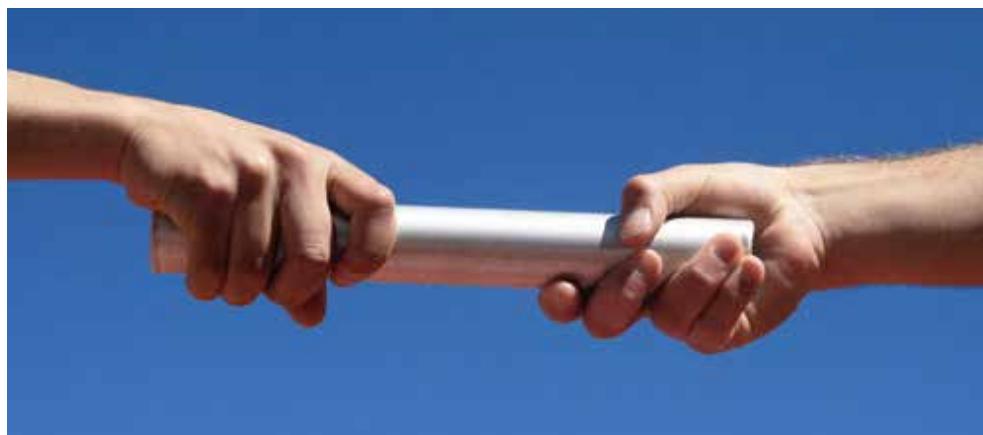
Tabella 2 - Contenuto degli studi

scala di punteggio da 1 a 9, suddivisi in tre gruppi: “*unsatisfactory*” (insoddisfacente) da 1 a 3, “*satisfactory*” (soddisfacente) da 4 a 6 e “*superior*” (superiore) da 7 a 9. Infine, nell'ultima parte dei moduli sono riportati il tempo impiegato per eseguire la valutazione, il grado di soddisfazione del valutatore e del valutato ed un campo libero per eventuali commenti [6].

Nello studio di validazione dell'Handoff-Cex sono stati riportati i risultati dell'utilizzo dello strumento di valutazione in 25 passaggi di consegna. Nella valutazione della consegna fornita dall'infermiere a fine turno, il punteggio maggiore è stato registrato per l'item professionalità (media 7.7), mentre il più basso per l'item ambiente (media 7.1); il punteggio di performance globale è stato di 7.4, e la soddisfazione del valutato è risultata alta (media

8.1). Nella valutazione dell'infermiere che riceveva la consegna, gli *items* organizzazione e comunicazioni hanno ricevuto il punteggio maggiore (media 7.7), mentre il punteggio più basso è stato assegnato all'ambiente (media 7.1); il punteggio di performance globale è stato di 7.6 e la soddisfazione del valutato è risultata alta (media 8.2). L'analisi per sottogruppi ha rilevato che: gli infermieri con maggiore esperienza lavorativa hanno ricevuto valutazioni migliori eccetto che negli item ambiente e professionalità; i punteggi forniti dal valutatore erano sensibilmente inferiori a quelli forniti dal valutato; i commenti riportati alla fine del questionario hanno rilevato l'utilità di una valutazione strutturata della consegna nel determinare sia le abilità individuali del soggetto che l'adeguatezza del sistema usato. Ad esempio, il valutatore non solo evidenziava la debolezza dell'infermiere inesperto, ma identificava un più ampio fallimento del sistema nella mancanza di supervisione. Infine, dai commenti si evinceva sia il potenziale di errore durante la consegna, che la potenziale identificazione dell'errore con lo strumento di valutazione. (Tabella 2)

Ferrara e collaboratori [7] hanno successivamente pubblicato uno studio di validazione dello strumento Handoff-Cex in lingua italiana. In particolare, dopo il processo della *forward and back translation*, lo strumento tradotto in italiano è stato sottoposto ad una valutazione dell'indice di validità del contenuto di ciascun *item* e dello strumento in toto, che è risultata soddisfacente in termini di validità e affidabilità. Considerata l'interfaccia e la validità del contenuto, **la versione italiana dell'Handoff-Cex è risultata uno strumento valido ed attendibile nella valutazione della cura infermieristica nello svolgimento**



to della consegna nel setting ospedaliero italiano. La somministrazione dello strumento è stata effettuata tra il 1 e il 31 luglio 2016 agli infermieri di 10 reparti afferenti a quattro aree (medica, chirurgica, pediatrica e di salute mentale) di un singolo centro, distribuite tra i differenti reparti e nei differenti orari di passaggio di consegne (mattina-pomeriggio, pomeriggio-notte, notte-mattina), per avere una visione più completa possibile. Lo strumento è stato utilizzato durante 48 passaggi di consegna tra infermieri differenti. La valutazione mediana dei valutatori è risultata inferiore rispetto a quella effettuata

dagli infermieri protagonisti, anche grazie ad una maggiore esperienza del valutatore nell'ambito dell'osservazione critica. I punteggi più alti sono stati registrati per gli *item* contenuto, giudizio clinico e qualità umane, che, secondo gli autori, fornirebbero una rassicurazione sulla formazione e sulla professionalità degli infermieri che non si farebbero influenzare dall'ambiente. I punteggi più bassi sono stati registrati per gli *item*: contesto, organizzazione e abilità comunicative, che invece sarebbero risultate abilità da implementare durante la formazione e durante il percorso lavorativo.

Il tempo dedicato alla consegna

infermieristica appare limitato, probabilmente in relazione all'elevato carico assistenziale infermieristico, e le distrazioni dovute all'ambiente, insieme alla disorganizzazione nello svolgimento della consegna hanno fatto registrare punteggi bassi dallo strumento. L'unica eccezione, con punteggi migliori, è risultata rappresentata da un reparto in cui le consegne venivano trasmesse in una stanza dedicata e veniva utilizzato il metodo di consegna strutturato secondo *checklist* SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recommendation*) [7]. (Tabella 2)



Bibliografia

1. Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. ISBN-10: 0-309-07280-8.
2. Riesenber L.A, Leitzsch J., Cunningham J.M, Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *AJN, American Journal of Nursing*. April 2010, vol. 110, n. 4.
3. Blegen M.A, et al, AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J Patient Saf.* 2009 Sep;5(3):139-44.
4. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H, Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 6. Art. n. CD009979.
5. Cartabellotta N., Pillole di metodologia della ricerca. La formulazione dei quesiti di ricerca. Da un'idea generica alla formulazione strutturata con EPICOT+. *GIMBE news* 2010, vol. 3, n. 3.
6. Horwitz L.I, et al, Validation of a handoff assessment tool: the Handoff CEX. *J Clin Nurs.* 2013 May;22(9-10):1477-86. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04131.x. Epub 2012 Jun 7. PMID: 22671983.
7. Ferrara P, Terzoni S, Davi S, Bisesti A, Destrebecq A. A, Tool for assessing the quality of nursing handovers: a validation study. *Br J Nurs.* 2017 Aug 10;26(15):882-888. doi: 10.12968/bjon.2017.26.15.882.
8. Norcini J.J. et al, The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med.* 1995 Nov 15;123(10):795-9. PMID: 7574198.
9. Norcini J.J, Blank L.L, Arnold G.K, Kimball H.R, Examiner differences in the mini-CEX. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 1997;2(1):27- 33.
10. Durning S.J, Cation L.J, Markert R.J, Pangaro L.N, Assessing the reliability and validity of the mini-clinical evaluation exercise for internal medicine residency training. *Acad Med.* 2002;77(9):900-904.
11. Holmboe E.S, Huot S, Chung J, Norcini J, Hawkins R.E, Construct validity of the miniclinical evaluation exercise (miniCEX). *Acad Med.* 2003;78(8):826-830.
12. Accreditation Council for Graduate Medical Education, Common program requirements. 2011
13. Horwitz L.I, Rand D, Staisiunas P, Van Ness P.H, Araujo K.L, Banerjee S.S, Farnan J.M, Arora V.M, Development of a handoff evaluation tool for shift-to-shift physician handoffs: the Handoff CEX. *J Hosp Med.* 2013 Apr;8(4):191-200. doi: 10.1002/jhm.2023.
14. Hays M.M, An exploratory study of supportive communication during shift report. *Southern Online Journal of Nursing Research.* 2002; 3(3).
15. Rudy D. et al, Self- and peer assessment in a first-year communication and interviewing course. *Evaluation and the Health Professions.* 2001; 24:436- 445.
16. Evans R, Elwyn G, Edwards A, Review of instruments for peer assessment of physicians. *British Medical Journal.* 2004; 328:1240.
17. Ku T.K, Minas H, Development of the Nursing Relationships Scale: a measure of interpersonal approaches in nursing care. *Int J Ment Health Syst* 2010. 4: 12.
18. Wikström B.M, Svidén G, Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. *Nursing Reports* 2011. 1(1): 25-8.

Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità

Raccomandazioni*

- Il telemonitoraggio dovrebbe essere considerato un intervento che migliora il self-care tra gli adulti residenti in comunità con scompenso cardiaco. **(Grado A)**
- Gli operatori sanitari possono scegliere tra le diverse modalità di telemonitoraggio, che vanno dal semplice supporto telefonico a dispositivi avanzati di monitoraggio remoto, in base alle risorse disponibili. **(Grado B)**

*Definizione dei gradi di raccomandazione di JBI disponibile presso URL: <https://jbi.global/jbi-approach-to-EBHC>

Fonte delle informazioni

Questo foglio informativo di Best Practice riassume le evidenze scientifiche derivate da una revisione sistematica pubblicata nel 2021 su JBI Evidence Synthesis.¹

Background

Lo scompenso cardiaco (SC) è associato a elevati tassi di morbilità e mortalità. I pazienti sperimentano sintomi quali affaticamento, dispnea, scarsa tolleranza all'attività e ritenzione di liquidi. Gli interventi raccomandati per lo SC sono quelli che mirano a migliorare la compliance dei comportamenti di self-care, a promuovere la collaborazione tra paziente e operatori sanitari e a offrire interventi su misura che tengano in considerazione la progressione della malattia.

Le attività di self-care comprendono la rilevazione dei cambiamenti e la loro valutazione, la decisione di effettuare interventi, la loro implementazione e valutazione. Il telemonitoraggio (TM) migliora il self-care nei pazienti affetti dalle più diffuse condizioni croniche. Il telemonitoraggio comporta la condivisione delle informazioni sullo stato di salute del paziente con le strutture sanitarie attraverso dispositivi elettronici automatizzati o l'inserimento di dati via web o telefono.

Il TM ha anche dimostrato di migliorare gli outcomes dei pazienti con SC, riducendo i tassi di ospedalizzazione, di mortalità, migliorando la qualità della vita e la conoscenza dello SC, tuttavia manca una sintesi delle evidenze riguardo l'efficacia della TM sul self-care nello SC.

Esistono costrutti teorici e strumenti validati che misurano i comportamenti di self-care negli adulti con SC. Per esempio, la 'Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care' spiega gli effetti e il ricorso a comportamenti di self-care nello SC. Questa teoria include tre costrutti (self-care maintenance, symptom perception e self-care management), ognuno dei quali potrebbe essere influenzato dal TM. Al contempo, esistono strumenti validati che misurano specificamente i comportamenti di self-

care nella popolazione con SC, tra cui il 'Self-care of Heart Failure Index' (SCHFI) e la 'European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale' (EHFScBS). Lo SCHFI misura il self-care maintenance, management e confidence. L'EHFScBS misura il self-care maintenance nel tempo, ne esistono due versioni rispettivamente a 12 e 9 item, entrambe le versioni hanno mostrato buoni livelli di validità. La versione a 9 item include l'aderenza ai trattamenti e le consulenze, mentre la versione a 12 item include anche i comportamenti adattivi.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è di presentare una sinossi delle migliori evidenze disponibili sull'efficacia del telemonitoraggio rispetto all'assistenza tradizionale sui comportamenti di self-care tra gli adulti con SC residenti in comunità.

Tipi di intervento

La revisione ha incluso partecipanti adulti di età pari o superiore ai 18 anni con diagnosi di SC che hanno ricevuto interventi di TM in comunità. Gli interventi studiati sono stati i seguenti: i) supporto telefonico strutturato, ii) dispositivi indipendenti di TM, iii) sistemi di monitoraggio remoto invasivi o impiantabili, iv) dispositivi indossabili. Il confronto è stato con la cura standard o tradizionale, con trattamenti alternativi o con l'assenza di intervento. L'outcome di interesse era il comportamento di self-care, misurato con strumenti validati o il ricorso a specifici comportamenti di self-care come proxy del self-care.

Qualità della ricerca

Gli studi sono stati sottoposti a una valutazione critica da parte di due revisori indipendenti utilizzando JBI critical appraisal tools. Sono stati inclusi dodici articoli con un rischio di distorsione da basso a moderato - nove studi randomizzati controllati (RCT) (tre di alta qualità, sei di media qualità) e tre studi quasi sperimentali (tutti di alta qualità). La dimensione del campione variava da 36 a 450, con risultati non aggiustati.

Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità

Risultati

Gli studi, monocentrici o multicentrici, sono stati condotti in Canada, Finlandia, Germania, Corea, Olanda, Spagna, Svezia, Thailandia, Regno Unito e/o Stati Uniti. Dieci studi hanno arruolato prevalentemente uomini, mentre due studi hanno incluso in prevalenza donne. L'età media variava dai 54 ai 75 anni. Non sono state eseguite metanalisi a causa della diversità degli interventi e degli intervalli temporali dei follow-up. Le misurazioni sono state eseguite una sola volta (n=9) oppure ad intervalli prestabiliti (n=3). Il periodo di studio variava da cinque settimane a 18 mesi. La maggior parte dei partecipanti aveva uno SC di classe II o III secondo la classificazione della New York Heart Association.

Le modalità di telemonitoraggio includevano un supporto telefonico o in videoconferenza e dispositivi di TM interattivo con o senza la raccolta di dati fisiologici. Diversi studi hanno analizzato una combinazione di interventi di TM. In particolare, due studi hanno utilizzato i colloqui telefonici come modalità principale, combinati con risorse educative riguardanti lo SC fornite come registrazioni video (DVD) oppure tramite lezioni frontali. Nove studi (con otto interventi) hanno utilizzato dispositivi di TM interattivo in grado di raccogliere dati fisiologici automaticamente, ad eccezione di uno che richiedeva la registrazione manuale. I dati raccolti includevano peso, pressione sanguigna, saturazione di ossigeno, pulsazioni, frequenza cardiaca, ECG e/o sintomi. Molti studi hanno utilizzato la teleconferenza per inviare dei feedback ai pazienti da parte dei professionisti sanitari. Un solo studio ha utilizzato un dispositivo di TM senza raccogliere dati fisiologici. In altri studi sono stati utilizzati dialoghi preregistrati e risposte veloci a sintomi e domande sulla conoscenza, con feedback automatizzati o in tempo reale, attraverso un consulto telefonico con un operatore sanitario.

Dei 12 studi, nove hanno utilizzato l'EHFScBS (n=1687) e tre hanno utilizzato lo SCHFI (n=236) per misurare i comportamenti di self-care sulla base dei self-reports. I punteggi dell'EHFScBS potevano essere basati su: i) una scala da 12 a 60, per la versione da 12 item e su una scala da 9 a 45 per la versione da 9 item. In entrambi i casi, i punteggi più bassi corrispondevano a comportamenti di self-care migliori, ii) una scala standardizzata da 0 a 100 con punteggi più alti corrispondenti a comportamenti di self-care migliori. Per lo SCHFI, i punteggi più alti corrispondevano a comportamenti di self-care migliori.

Analizzando i risultati degli studi che hanno incluso popolazioni molto eterogenee fra loro, il TM è risultato efficace nel migliorare il self-care a breve termine, mentre l'efficacia a lungo termine ha dato risultati non chiari. La significatività statistica è stata riscontrata per tutte le modalità di TM e le misure di self-care utilizzate negli studi revisionati. Dieci dei dodici studi hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi nel comportamento del self-care.

In sei studi che utilizzavano l'EHFScBS a 9 item, tutti e tre gli studi che hanno interpretato punteggi più bassi come un comportamento di self-care migliore, hanno mostrato miglioramenti nel gruppo di intervento (GI) da 2,4 a 9 punti, ma scarso o nessun miglioramento nel gruppo di controllo (GC). In altri tre studi, uno ha mostrato un miglioramento significativo nella variazione dello score percentuale per il self-care, mentre due hanno rilevato nel GI un miglioramento dei punteggi da 4,2 a 7,56, il GC ha mostrato un self-care peggiore in uno studio mentre nell'altro studio un miglioramento simile al GI valutato. In tutti e tre gli studi che utilizzavano l'EHFScBS a 12 items, i punteggi GI sono migliorati da 1,8 a 5,2, mentre il GC è leggermente migliorato in uno studio, e il GC o il GI hanno mostrato miglioramenti simili negli altri due studi.

Nei tre studi che utilizzano la SCHFI, tutti i GI hanno mostrato miglioramenti a tre mesi. I punteggi di self-care maintenance sono migliorati da 11,5 a 12,2, il self-care management da 6,4 a 8 e il self-care confidence da 7 a 13,7. A sei mesi, il punteggio di self-care maintenance è migliorato da 8,2 a 9,3, il self-care management da 10,5 a 12 e il self-care confidence da 0,3 a 15,5. In due studi, le modifiche del punteggio del GC non sono state importanti per il self-care maintenance e management, mentre, a tre mesi il self-care confidence è risultato migliore. Su due studi a sei mesi i punteggi del GC sono migliorati per tutte le sottoscale, tranne in uno studio in cui il self-care maintenance è diminuito.

Oltre alla significatività statistica, sono stati valutati i risultati clinicamente significativi. La significatività clinica è stata definita come una variazione della DS $\geq 0,5$ in tutti gli studi (tranne uno in cui è stata utilizzata la percentuale del cambiamento), ottenuta direttamente o calcolata da statistiche parametriche. Dieci studi hanno mostrato cambiamenti clinicamente significativi all'interno del gruppo dell'IG. Le differenze tra i gruppi erano clinicamente significative in sette studi mentre in due studi non sono state trovate differenze, in altri tre studi non erano riportati i risultati del GC.

Tutte e tre le modalità di TM sembravano essere efficaci nel migliorare i comportamenti di self-care. La significatività statistica e clinica tra i gruppi sono state osservate in tutti gli interventi che hanno utilizzato consulto telefonico o di TM interattivo senza la raccolta di dati fisiologici. In otto interventi con dispositivi di TM interattivo che raccoglievano dati fisiologici, sette hanno mostrato una significatività statistica, mentre cinque hanno mostrato una significatività clinica tra i gruppi.

Conclusioni

Questa revisione fornisce evidenze a supporto del TM come terapia efficace per migliorare il self-care negli adulti con SC residenti in comunità. Le diverse modalità di TM, che vanno dal semplice supporto telefonico ai dispositivi di monitoraggio remoto avanzato, sembrano essere efficaci.

Considerato che il coinvolgimento dei pazienti nel loro processo di cura migliora gli esiti della malattia, risulta utile determinare l'efficacia del TM nel migliorare il self-care, in particolare alla luce della prevalenza mondiale di SC.

Implicazioni per la pratica

Il telemonitoraggio può essere considerato come un valido intervento per migliorare il self-care negli adulti con SC nella comunità. Le organizzazioni professionali possono utilizzare questi risultati per ottenere supporto all'utilizzo del TM. Gli operatori sanitari possono scegliere tra le diverse modalità di TM disponibili.

I decisori politici possono utilizzare questi risultati per chiedere dei rimborsi e favorire politiche atte a sostenere l'espansione del TM anche attingendo a fonti di finanziamento durante la pandemia globale.

Il telemonitoraggio può migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria, raggiungendo obiettivi di assistenza primaria in grado di ridurre le disparità sociali connesse ai determinanti della salute.

Attività di ricerca future potrebbero indagare quali componenti del TM siano più rilevanti. Poiché i presenti risultati si basano su strumenti di self-report, gli studi futuri potrebbero utilizzare altre tipologie di strumenti. In considerazione dei risultati contrastanti rilevati a 12 mesi, studi di maggiore durata potrebbero aiutare a far luce sull'efficacia del TM a lungo termine.

Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità



Vedi Figura 1: Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità

Partecipanti	Un partecipante/attore, ad es. operatore sanitario specifico, un gruppo di pazienti o un caregiver. Può includere la presentazione della condizione clinica	Azione	Un'azione suggerita che può essere intrapresa così come un grado di raccomandazione
Condizione/diagnosi o presentazione	Una condizione o una diagnosi, ad es. "lesione acuta" o una condizione specifica, ad es. "infezione"	Contesto	Uno specifico contesto o situazione, ad es. "dipartimento di emergenza" "medicina da remoto"

Efficacia del telemonitoraggio sul self-care tra gli adulti con scompenso cardiaco residenti in comunità

Bibliografia

1. Nick, JM, Roberts LR, Petersen, AB. Effectiveness of telemonitoring on self-care behaviors among community-dwelling adults with heart failure: a quantitative systematic review. *JBI Evid. Synth.* 2021; 19(0):1-35.

Autore del riassunto

Jolyn Johal¹

1 JBI, The University of Adelaide, Adelaide

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato in collaborazione con il JBI. Questo foglio informativo di Best Practice è stato revisionato da alcuni candidati nominati dai Centri Internazionali di Collaborazione JBI.



CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship
A JBI Affiliated Group

Autori traduzione italiana

Roberto Accettone^a,

Gabriele Caggianelli^b,

Jacopo Fiorini^c,

Silvia Sferrazza^d,

Pampoorickel Kusuman^e,

Daniela D'Angelo^f

a: Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accettone@gmail.com

b: Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Rome, Italy

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

c: Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

d: Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Rome, Italy

e-mail: silviasferrazza15@gmail.com

e: Casa di Cura Matermisericordiae, Rome, Italy

e-mail: fiorkus@hotmail.com

f: National Center for Clinical Excellence, Healthcare Quality and Safety, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

e-mail: dangelo76@hotmail.it

d, e, f: CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Rome, Italy.

How to cite this Best Practice Information Sheet:

Johal, J. [Best Practice Information Sheet] Effectiveness of telemonitoring on self-care behaviors among community-dwelling adults with heart failure. *JBI EBP Database.* 2021; 23(6):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

© JBI 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 | <https://jbi.global>



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Daniela D'Angelo (Direttore), Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Jacopo Fiorini, Kusuman Pampoorickel, Silvia Sferazza

Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

La Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)[1] sulla responsabilità professionale, ha affidato alle Linee Guida (LG) un ruolo di particolare rilevanza in tema di sicurezza e qualità delle cure, tanto da aver affidato all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il ruolo di garante metodologico e di governance nazionale del processo produttivo delle LG.

La suddetta legge conferisce alle Società scientifiche e alle Associazioni tecnico-scientifiche delle Professioni sanitarie iscritte in apposito elenco e ad Enti ed istituzioni pubblici e privati la possibilità di produrre LG da inserire nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

Il SNLG costituisce il punto di accesso istituzionale alle LG per la Pratica Clinica e la sua gestione è attribuita al Centro Nazionale Eccellenza, Qualità e Sicurezza delle Cure (CNEC) che ne definisce le priorità in merito alle tematiche cliniche, di salute pubblica e organizzative e ne valuta la qualità secondo criteri prestabiliti.

Risulta importante sottolineare che la legge Gelli-Bianco, nell'articolo 5, sancisce che gli esercenti le Professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni debbano attenersi alle raccomandazioni previste dalle LG pubblicate nel SNLG, o in mancanza delle suddette alle buone pratiche clinico-assistenziali. Tale articolo conferisce alle LG un ruolo di particolare rilevanza nell'ambito della responsabilità professionale, connettendo il tema della sicurezza e della qualità delle cure all'aderenza a LG validate.

In quest'ottica diventa di fondamentale importanza promuovere un efficiente meccanismo di produzione di LG nazionali di buona qualità, che, una volta pubblicate nel SNLG, permettano di ottenere un miglioramento della qualità delle cure e degli esiti di salute, riducendo la variabilità ingiustificata delle pratiche clinico-assistenziali.

A tal fine, risulta altresì importante ribadire quanto espresso all'interno del SNLG, ovvero che le LG sono strumenti scientifici prodotti secondo criteri

predefiniti e sono destinati esclusivamente a guidare, non a determinare in modo cogente la Pratica Clinica dei professionisti della salute e delle organizzazioni sanitarie. Non sono destinate ad essere utilizzate da laici, a meno che non sia espressamente dichiarato. Non esimono dal considerare attentamente la loro applicabilità al caso concreto in questione nonché i valori e le preferenze dei destinatari. La responsabilità finale del loro utilizzo appropriato ricade pertanto, esclusivamente, sul giudizio clinico dell'utilizzatore.

Questa rubrica nasce con la finalità di informare gli infermieri sulle ultime raccomandazioni pubblicate nel SNLG ad alto impatto sulla pratica professionale infermieristica.

A tal fine, in ogni numero, viene fornito l'estratto della LG selezionata in cui vengono messe in risalto le domande cliniche e le raccomandazioni prodotte. Queste ultime potranno guidare i professionisti nell'esercizio della pratica clinica aiutandoli ad attuare comportamenti aggiornati e allo stesso tempo a superare le pratiche obsolete non supportate da raccomandazioni aggiornate e di buona qualità. Per maggiori dettagli di ordine metodologico e contenutistico della LG presentata si invita il lettore a consultare il sito del SNLG (<https://snlg.iss.it/?cat=6>).

Ci auspichiamo che il nostro contributo porti ad un più efficiente e tempestivo trasferimento delle evidenze scientifiche all'interno della Pratica Clinica, sostenendo una pratica professionale contrassegnata da alti livelli di appropriatezza in grado di garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Ci auspichiamo, inoltre, che una capillare divulgazione delle raccomandazioni ne supporti l'inserimento all'interno di specifici PDTA, protocolli o procedure considerati strumenti imprescindibili per una reale applicazione della raccomandazione nella pratica quotidiana.



Linea guida pubblicata nel Sistema Nazionale Linee Guida

Estratto della Linea Guida SIOT “Prevenzione delle infezioni in Chirurgia ortopedica”

(Roma, 21 maggio 2021)

INTRODUZIONE

La prevenzione delle infezioni del sito chirurgico rappresenta una priorità del Sistema Sanitario Nazionale, soprattutto in ragione delle gravi conseguenze post-operatorie (es. aumento della morbidità, della mortalità, dell'ospedalizzazione e dei costi) che le infezioni possono determinare.

In Chirurgia ortopedica il tasso di infezione è fortunatamente piuttosto basso, intorno allo 0,5-2% per gli interventi elettivi. Tuttavia, la possibilità di infezione rappresenta un rischio per la salute del paziente.

La presente LG si rivolge a pazienti adulti sottoposti a Chirurgia ortopedica e traumatologica nelle strutture sanitarie italiane, con l'esclusione degli interventi oncologici e su fratture esposte.

Il Gruppo di lavoro (GdL) ha utilizzato come riferimento le LG del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) del 2017 e ha elaborato dieci raccomandazioni basate su quesiti clinici di grande interesse clinico-assistenziale [2].

OBIETTIVI DELLA LG

Lo scopo della presente LG è quello di fornire raccomandazioni sulle procedure idonee a minimizzare i fattori di rischio legati al paziente, alla contaminazione batterica intraoperatoria e allo sviluppo dei microrganismi nel campo operatorio.

DESTINATARI

Le raccomandazioni contenute nella presente LG sono destinate agli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (ISC) in Ortopedia e Traumatologia (Medici di medicina generale, Chirurghi Ortopedici, Anestesisti, Infettivologi, Infermieri di sala operatoria e di reparto, direzioni sanitarie ecc.) e a pazienti/cittadini.

La LG non si applica alla gestione delle fratture esposte, a pazienti in età pediatrica e a pazienti oncologici.

GRUPPO DI LAVORO

Il documento nasce dalla collaborazione fra il SIOT (Società italiana di Ortopedia e Traumatologia) e diverse So-

cietà scientifiche e associazioni:

- Società Italiana Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)
- Gruppo di studio SIOT Infezioni
- Commissione SIOT Linee Guida
- Commissione SIOT per il Rischio Clinico
- Gruppo Italiano per lo Studio e le Terapie delle Infezioni Osteoarticolari (GISTIO)
- Gruppo di Lavoro Ortopedia Basata su prove di Efficacia (GLOBE)
- Associazione nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere (ANIPIO)
- Associazione nazionale Persone con Malattie Reumatiche e Rare (APMAR)

METODOLOGIA

La LG è stata sviluppata seguendo la rigorosa struttura metodologica contenuta nel “Manuale metodologico per la produzione di linee guida di Pratica Clinica” elaborato dal CNEC (<https://snlg.iss.it/>).

La valutazione della qualità delle prove è indicata come segue:

Categorie GRADE per la qualità delle prove [3-8]

Alta: sicuramente l'effetto reale è vicino a quello espresso dalla stima dell'effetto.

Moderata: la stima dell'effetto è abbastanza affidabile. L'effetto reale sembra vicino a quello della stima ma potrebbe anche esserne sostanzialmente diverso.

Bassa: l'affidabilità della stima dell'effetto è scarsa. L'effetto reale potrebbe essere sostanzialmente diverso dalla stima.

Molto bassa: la stima dell'effetto è inaffidabile. È verosimile che l'effetto reale sia sostanzialmente diverso dalla stima.

Forza delle raccomandazioni GRADE

Fortemente: il panel ritiene che gli effetti desiderabili della adesione a una raccomandazione siano superiori agli effetti indesiderabili.

Debolmente: il panel ritiene che gli effetti desiderabili della adesione a una raccomandazione probabilmente sono superiori a quelli indesiderabili, ma non ne è certo.



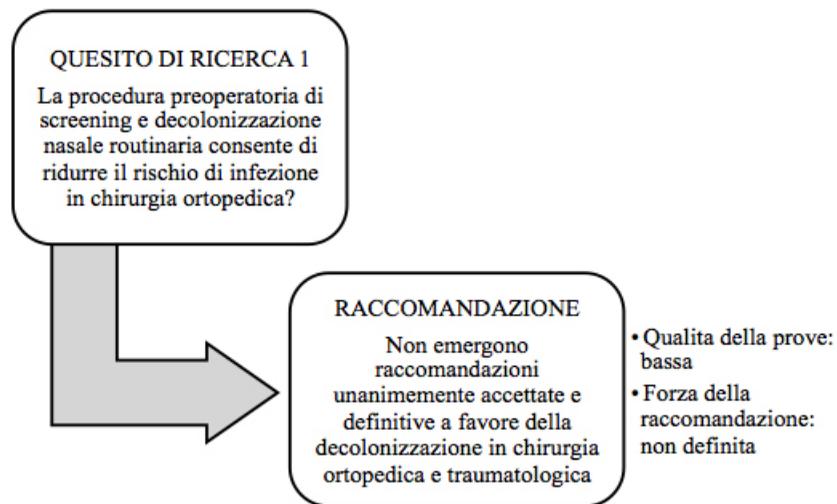
RISULTATI

Di seguito, i quesiti clinici e le raccomandazioni sviluppate dalla Linea Guida SIOT.

Quesito di ricerca 1: *screening e decolonizzazione nasale*

Razionale: le infezioni da *Stafilococcus aureus* rappresentano una percentuale considerevole delle ISC. Molti studi hanno dimostrato un maggior rischio d'infezione nei pazienti con colonizzazione nasale da *S. aureus* e una riduzione dell'incidenza di ISC in seguito alle procedure di screening e decolonizzazione.

Tuttavia, una recente revisione Cochrane di Liu et al. [9] conclude che nei pazienti colonizzati con *S. aureus* non ci sono al momento evidenze solide circa l'efficacia della decolonizzazione nasale nella prevenzione delle ISC.

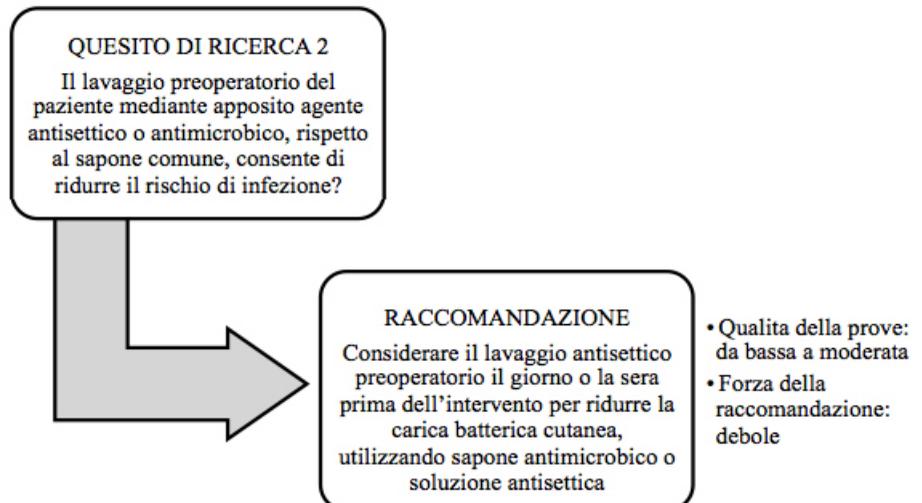


Quesito di ricerca 2: *lavaggio antisettico preoperatorio*

Razionale: pur costituendo un'eccellente barriera per i microbi, la cute ospita molti patogeni responsabili di ISC. La cute del paziente è riconosciuta essere la sede principale dei microrganismi.

I patogeni possono raggiungere direttamente il sito chirurgico durante l'intervento o per disseminazione ematogena in tempi successivi.

Una doccia o detersione preoperatoria del corpo è stata da tempo studiata come metodo per ridurre la carica batterica presente sulla cute del paziente. È dimostrato che alcuni tipi di detersione preoperatoria sono in grado di ridurre la conta delle colonie microbiche cutanee [10]; tuttavia, il risultato non sembra legato al tipo di antisettico utilizzato.





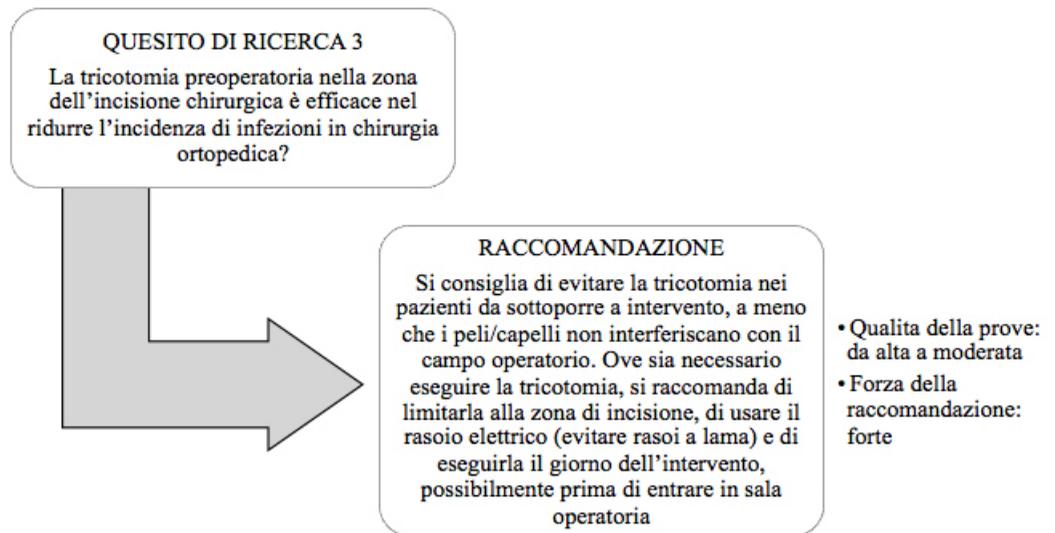
Quesito di ricerca 3: *tricotomia*

Razionale: nella preparazione preoperatoria del paziente, la rimozione dei peli o dei capelli dalla zona dell'incisione chirurgica è stata per molto tempo effettuata routinariamente per ridurre l'incidenza di ISC.

La tricotomia può facilitare l'esposizione e la marcatura del sito chirurgico, la sutura e l'applicazione di bende adesive, a oggi non è clinicamente dimostrato che tale pratica riduca l'incidenza di ISC, come evidenziato da una revisione Cochrane del 2011 [11] e confermato da studi successivi [12, 13].

Di fatto, le LG emesse da ICM [14], WHO [15], CDC [2], SHEA [16] e NICE [17] sono contrarie alla tricotomia preoperatoria eseguita di routine.

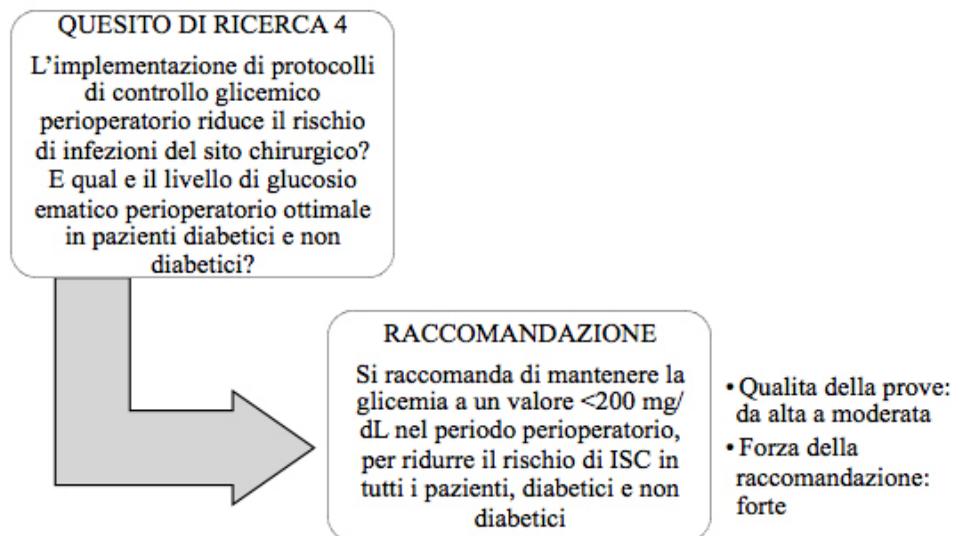
L'evidenza disponibile, di qualità moderata, suggerisce che l'uso di rasoio elettrico sia associato a una minor incidenza di ISC, in quanto evita i microscopici tagli e abrasioni provocati dalla lama del rasoio tradizionale [11].



Quesito di ricerca 4: *controllo glicemico*

Razionale: l'iperglicemia, anche non derivante da condizione diabetica, e associata ad aumentato rischio di ISC, come emerso da studi osservazionali condotti in diverse specialità chirurgiche [18 - 20]. È altresì noto che il livello di glucosio nel sangue aumenta durante e dopo l'intervento per effetto dello stress chirurgico.

Ne consegue che tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi di diabete, sono a rischio di iperglicemia nel periodo peri- e postoperatorio, quindi esposti a un potenziale aumentato rischio di ISC.





Quesito di ricerca 5: profilassi antibiotica perioperatoria

Razionale: la profilassi antibiotica rappresenta un fattore determinante nella prevenzione delle ISC. Tuttavia, la sua efficacia è condizionata dall'appropriatezza della somministrazione della terapia antibiotica, dalla scelta del farmaco e dalla sua relativa farmacocinetica.

La scelta del farmaco è basata sulla presunta colonizzazione del paziente e sui microrganismi comunemente in causa nella singola specialità chirurgica.

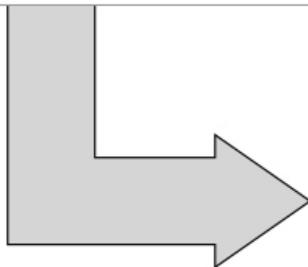
In attesa di trial appositamente ideati e condotti, le revisioni sistematiche della letteratura e tutte le linee guida consigliano di mantenere la profilassi con cefalosporine di I e II generazione di routine, riservando la profilassi con glicopeptidi (vancomicina/teicoplanina) ai pazienti con una storia di colonizzazione/infezione da MRSA non eradicata o provenienti da realtà dove le infezioni da MRSA sono frequenti.

Il momento adeguato a somministrare antibiotici a scopo profilattico è quindi immediatamente prima dell'incisione chirurgica. Per le cefalosporine di I-II generazione la prima dose deve essere somministrata per via endovenosa entro i 30-60 minuti prima che precedono l'incisione cutanea, per la vancomicina 2 ore prima [21-23].

Un'estensione della profilassi antibiotica perioperatoria oltre le 24 ore è inutile in termini di efficacia in quanto non riduce l'incidenza di infezione.

QUESITO DI RICERCA 5

Al fine di ridurre il rischio di infezione in chirurgia ortopedica e traumatologica, quali sono gli antibiotici di scelta, il timing della somministrazione e la durata complessiva della profilassi?



RACCOMANDAZIONE

La profilassi antibiotica è raccomandata per la chirurgia ortopedica e traumatologica che richiede l'impianto di dispositivi (protesi, mezzi di sintesi, biomateriali) a cielo aperto, mentre negli altri casi è da considerare di volta in volta in base all'invasività della procedura e alle caratteristiche individuali del paziente.

Antibiotico di scelta: cefalosporine di I-II generazione, in alternativa glicopeptidi o clindamicina in caso di allergia o di elevate incidenze/rischio elevato d'infezione da MRSA. *Considerare l'associazione con antibiotici efficaci nei confronti dei Gram negativi in particolari contesti/situazioni locali*

Prima dose: 30-60 minuti prima dell'incisione per cefalosporine di I-II generazione/2 ore per vancomicina

Timing: mantenere livelli sierici e tissutali adeguati per tutta la durata dell'intervento (ulteriore somministrazione se si supera il doppio dell'emivita del farmaco scelto)

Durata: monosomministrazione o a breve termine (24h)

- Qualità della prove: da alta a moderata
- Forza della raccomandazione: forte (per somministrazione preoperatoria e durata non superiore a 24 ore)

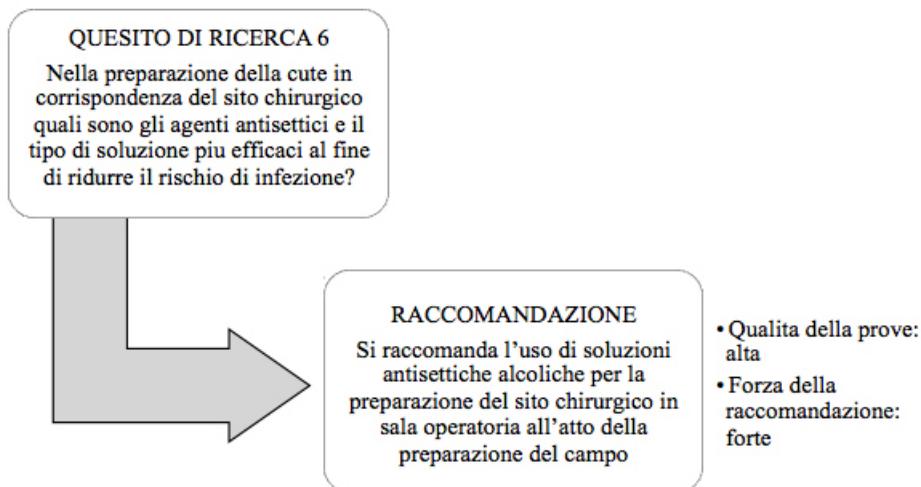


Quesito di ricerca 6: *preparazione della cute nel sito chirurgico*

Razionale: al fine di ridurre la carica microbica prima dell'incisione cutanea, la preparazione della cute integra viene effettuata in corrispondenza del sito chirurgico e nell'area immediatamente circostante quando il paziente è già posizionato sul tavolo operatorio.

Le linee guida [2, 14-17] concordano nel raccomandare l'utilizzo di soluzioni antisettiche alcoliche ma non indicano uno specifico agente antisettico.

La tecnica di applicazione della soluzione antisettica e il numero di applicazioni sono aspetti ancora controversi pertanto non affrontati da alcuna delle linee guida.

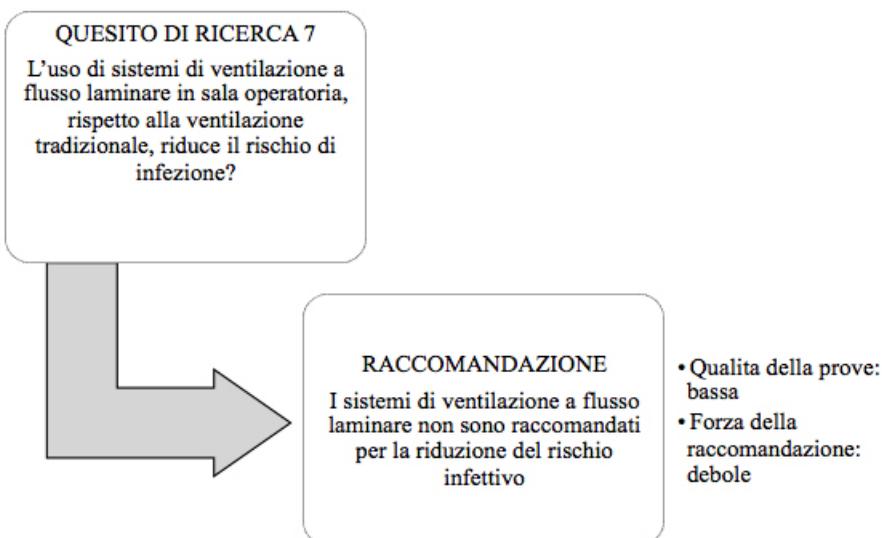


Quesito di ricerca 7: *sistemi di ventilazione a flusso laminare*

La ventilazione della sala operatoria rientra tra i fattori estrinseci che possono influenzare l'incidenza di ISC.

La contaminazione intraoperatoria della ferita può infatti avvenire oltre che in modo diretto (es. per contatto con presidi non sterili) anche indirettamente a opera di agenti microbici aerodispersi. Mentre i sistemi di ventilazione tradizionale determinano un moto d'aria turbolento e il movimento irregolare delle particelle sospese, nella ventilazione a flusso laminare (FL) l'aria fluisce in modo unidirezionale trasportando aerosol e particelle aerodisperse al di fuori della sala operatoria, così potenzialmente riducendo il rischio di ISC.

La maggior parte dei dati derivano da Registri nazionali e le evidenze sono pertanto costituite da studi osservazionali di grandi dimensioni che però non offrono confronti tra metodiche.

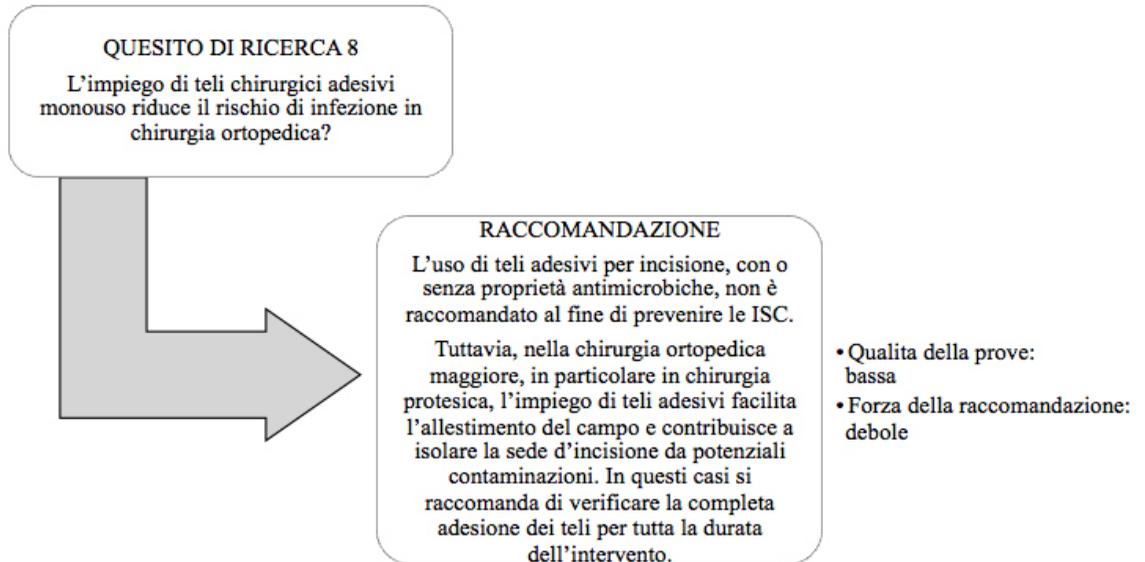




Quesito di ricerca 8: *teli adesivi*

Razionale: nell'ambito dei teli chirurgici, quelli adesivi per incisione, siano essi semplici o impregnati di agente batteriostatico (generalmente, uno iodoforo), vengono applicati sulla cute del paziente al termine della preparazione del sito chirurgico, in modo tale che il bisturi attraversi assieme la cute e il telo stesso.

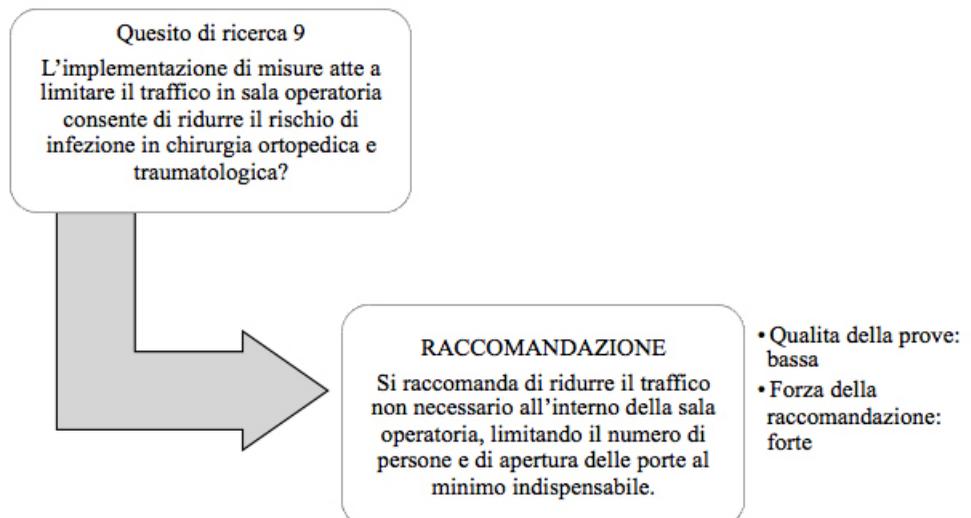
È opinione comune che questo tipo di teli possa ridurre la contaminazione della ferita da parte dei microrganismi che colonizzano la cute circostante il sito chirurgico, riducendo così il rischio di ISC. In realtà già nel 2007 una Revisione Cochrane sull'efficacia di questo tipo di teli nella prevenzione delle ISC aveva concluso che non c'era evidenza sulla loro reale efficacia [24].



Quesito di ricerca 9: *traffico in sala operatoria*

Il traffico in sala operatoria, inteso come numero di persone presenti al suo interno e di aperture delle porte nel corso di un intervento, rientra tra i fattori estrinseci che possono incidere sul tasso di ISC. La principale fonte di contaminazione ambientale di una sala operatoria è di fatto costituita dalle persone [25].

La limitazione del numero di persone e dei loro movimenti nella sala operatoria è finalizzata a ridurre lo spargimento di patogeni dalla cute del team chirurgico e, al contempo, la contaminazione aerea quale risultato dell'ingresso di aria dall'esterno [26]



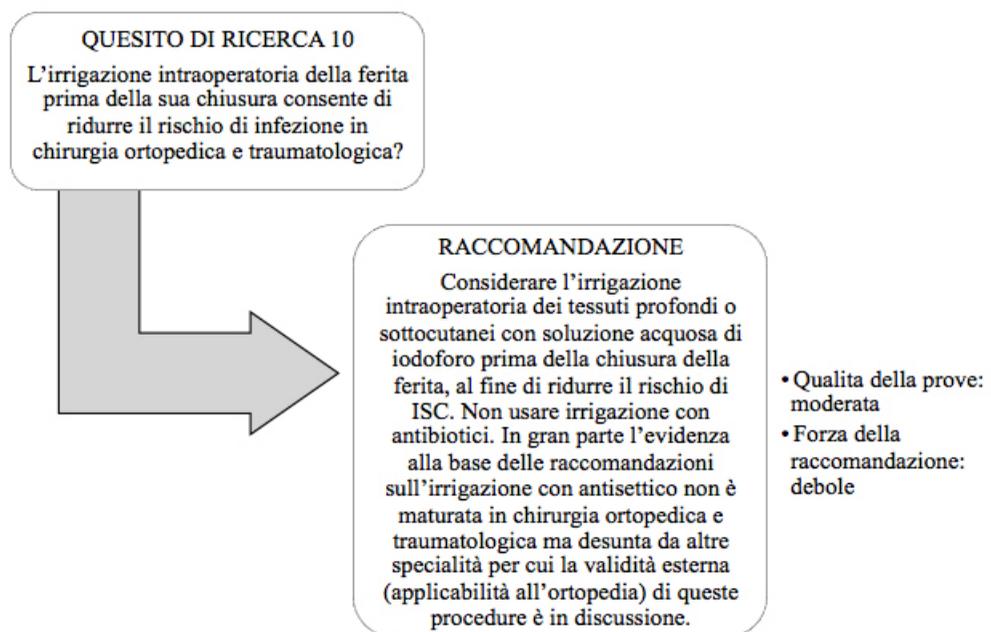


Quesito di ricerca 10: irrigazione della ferita

Razionale: l'irrigazione intraoperatoria della ferita viene comunemente praticata al termine della procedura chirurgica, poco prima della chiusura, nell'intento di ridurre il rischio di ISC.

Oltre a esercitare un'azione di rimozione meccanica di detriti e fluidi organici e di possibili contaminanti, è opinione diffusa che il flusso di liquido possa anche agire da antibatterico locale se addizionato di antisettico o di antibiotico.

WHO e CDC invitano a considerare l'irrigazione intraoperatoria dei tessuti profondi o sottocutanei con soluzioni acquose a base di iodoforo, particolarmente nelle ferite chirurgiche pulite e pulito-contaminate, al fine di ridurre il rischio di ISC [14, 15]. WHO [15], CDC [2], SHEA [16] e NICE [17] sconsigliano, inoltre, l'irrigazione con antibiotici per la prevenzione delle ISC, in quanto non supportata da evidenza e, soprattutto, in considerazione del rischio non necessario di contribuire con tale pratica alla comparsa di antibiotico-resistenza.



Referenze

1. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le Professioni sanitarie. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017).
2. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HIC-PAC). May 2017. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/ssi/index.html> (accessed September 2017).
3. Guyatt G, Oxman AD, Aki EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction - GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94.
4. Guyatt G.H, Oxman A.D, Kunz R, et al. GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008;336(7652):1049-1051.
5. Guyatt G.H, Oxman A.D, Kunz R, et al, GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336(7651):995-998.
6. Guyatt G.H, Oxman A.D, Vist G.E, et al, GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924-926.
7. Schünemann H.J, Oxman A.D, Brozek J, et al, GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ* 2008;336(7653):1106-1110.
8. Liu Z, Norman G, Iheozor-Ejiofor Z, et al, Nasal decontamination for the prevention of surgical site infection in *Staphylococcus aureus* carriers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 May 18;5:CD012462.
9. Garibaldi R. Prevention of intraoperative wound contamination with chlorhexidine shower and scrub. *J Hosp Infect* 1988;11 (Suppl B):5-9.
10. Tanner J, Norrie P, Melen K, Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*



2011:CD004122.

11. Shi D, Yai Y, Yu W, Comparison on preoperative hair removal methods for the reduction of surgical site infection: a meta-analysis. *J Clin Nurs* 2016 [Epub ahead of print].
12. Kowalski T.J, Kothari S.N, Mathiason M.A, et al, Impact of hair removal on surgical site infection rates: a prospective randomized noninferiority trial. *J Am Coll Surg*. 2016;223(5):704-711.
13. Parvizi J, Gehrke T, Chen A.F, Proceedings of the International Consensus on Periprosthetic Joint Infections. *Bone Joint J* 2013;95-B:1450-14542.
14. World Health Organization (WHO), Global guidelines on the prevention of surgical site infection, November 2016. <http://who.int/gpsc/ssi-prevention-guidelines/en/>(accessed September 2017).
15. Anderson D.J, Podgorny K, Bernos-Torres S.I, et al, Strategies to Prevent Surgical Site Infections in Acute Care Hospitals: 2014 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35:S66-S88.
16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Surgical site infections: prevention and treatment. Clinical Guideline CG74, October 2008, last update February 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74> (accessed September 2017).
17. Ata A, Lee J, Bestle S.L, Desemone J, et al, Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients. *Arch Surg* 2010;145(9):858-64.
18. Jämsen E, Nevalainen P, Kalliovalkama J, et al, Preoperative hyperglycemia predicts infected total knee replacement. *Eur J Intern Med* 2010;21(3):196-201.
19. Richards J.E, Hutchinson J, Mukherjee K, et al, Stress hyperglycemia and surgical site infection in stable nondiabetic adults with orthopedic injuries. *J Trauma Acute Care Surg* 2014;76(4):1070-5.
20. Classen D.C, Evans R.S, Pestotnik S.L, et al, The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *N Engl J Med* 1992;326:281-286.
21. Van Kasteren M.E, Manniën J, Ott A, et al, Antibiotic prophylaxis and the risk of surgical site infections following total hip arthroplasty: timely administration is the most important factor. *Clin Infect Dis* 2007 Apr 1;44(7):921-7.
22. Stefánsdóttir A, Robertsson O, W-Dahl A, et al, Inadequate timing of prophylactic antibiotics in orthopedic Surgery. We can do better *ActaOrthop* 2009 Dec;80(6):633-8.
23. Webster J, Alghamdi A.A, Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection. *Cochrane Database SystRev* 2007;(4):CD006353.
24. Parvizi J, Shoat N, Gehrke T, Prevention of periprosthetic joint infection. *Bone Joint J* 2017;99-B(Suppl 4B):3-10.
25. Ritter M.A, Eitzen H, French M.L, et al, The operating room environment as affected by people and the surgical face mask. *Clin Orthop Relat Res* 1975 Sep;(111):147-50.



DAL COCHRANE

Accordo di co-pubblicazione tra OPI di Roma e John Wiley Ltd

Nell'ottica di favorire una diffusione capillare delle migliori evidenze scientifiche è stato siglato un accordo tra l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma (OPI Roma) editore della rivista Infermiere Oggi e la John Wiley & Sons, Ltd. ("Wiley").

L'accordo prevede la pubblicazione di contenuti estratti dal Cochrane Database of Systematic Reviews nella rivista Infermiere Oggi, oltre che sul sito web dell'Ordine: <https://opi.roma.it/infermiere-oggi/>. Nello specifico, l'accordo di co-pubblicazione consente di pubblicare revisioni sistematiche Cochrane di interesse infermieristico attraverso tre diverse forme editoriali: 1, versione breve della revisione sistematica Cochrane; 2, versione breve accompa-

gnata da un commento originale; 3, una traduzione italiana della versione breve.

Inoltre, l'accordo prevede una collaborazione fra il centro Cochrane italiano e i curatori di Infermiere Oggi.

La Cochrane Collaboration è un network internazionale costituito da più di 38.000 collaboratori avente lo scopo di raccogliere, sintetizzare e divulgare le evidenze scientifiche accurate e aggiornate sugli effetti degli interventi sanitari.

La Cochrane Library è il principale prodotto della Cochrane il cui obiettivo precipuo è divulgare le evidenze scientifiche sostenendo un processo decisionale informato atto a migliorare gli esiti sanitari.





Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Studio, finanziato dal CECRI, sul modello infermieristico di *Primary nursing* pubblicato sulla rivista BioMed Central

Esplorare il modello infermieristico del *Primary Nursing* è stato il focus di quest'articolo.

Tutto è stato realizzato attraverso la validazione di uno strumento con il metodo Delphi.

Lo studio, di Antonello Cocchieri, Giorgio Magon, Manuela Cavalletti, Elena Cristofori e Maurizio Zega, è stato pubblicato su BMC Nursing, rivista infermieristica *peer-review* pubblicata da BioMed Central, e rientra nel progetto finanziato dal CECRI dal titolo: "Implementazione e valutazione del modello organizzativo *Primary Nursing*".

Lo scopo di questa ricerca è stato di validare una *check-list* per conoscere le loro opinioni. Questo perché, sebbene le *check-list* di *Primary Nursing* rappresentino un valido strumento per sviluppare, implementare e valutare tale modello infermieristico, esse non sono così frequentemente citate in letteratura.

I dati sono stati raccolti utilizzando un questionario strutturato da luglio 2020 a gennaio 2021. Per ottenerli, gli autori hanno utilizzato il metodo Delphi, con una lista preliminare di domande inviata a tre esperti per conoscerne le opinioni rispetto agli indici descritti nell'*abstract*.

I loro commenti sono stati utilizzati in una prima versione di *check-list* (che includeva 19 *item* riguardanti le caratteristiche del modello infermieristico di *Primary Nursing*), che, dopo la valutazione, è stata modificata. Costituita da soli 17 *item*, è stata poi rinviata agli esperti. Tra la prima e seconda versione della *check-list*, i risultati dimostrano che la misurazione della *compliance* in *Primary Nursing* dovrebbe essere implementata per fornire un *feedback* continuo agli operatori sanitari.

Ovvero, che il monitoraggio continuo, integrato nelle normali attività infermieristiche, è utile per il miglio-

ramento della qualità delle cure.

Future ricerche potrebbero concentrarsi sulla comparazione dei risultati tra le *check-list* e gli *outcomes* infermieristici.

L'articolo è disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00712-1>

Due gli *outcome* prodotti per il progetto CECRI di sviluppo di un Piano di Dimissione Infermieristica

È arrivato al Report finale il progetto di ricerca del Polo 2 del CECRI responsabile, Gennaro Rocco dal titolo: "La dimissione ospedaliera del paziente anziano con patologia cronica: sviluppo di un piano di dimissione infermieristica", a cura di Maria Grazia de Marinis, Michela Piredda e Gabriella Facchinetti, approvato nel 2019 dal Centro di Eccellenza dell'Ordine capitolino.

Lo scopo di questo studio è stato quello di elaborare un piano standard di dimissione infermieristica che avrebbe potuto aiutare gli infermieri italiani a valutare i bisogni dei pazienti anziani con patologie croniche al momento della dimissione e migliorare la continuità assistenziale.

Il raggiungimento del primo obiettivo di questo progetto ha previsto la validazione in italiano del *Patient Continuity of Care Questionnaire* (PCCQ) che si usa tra i pazienti anziani con malattie croniche, testandone le proprietà psicometriche.

Esso è stato tradotto, adattato al contesto italiano e completato da 236 anziani ricoverati con malattie croniche al momento della dimissione attraverso uno studio di validazione multicentrico trasversale. I risultati sono stati pubblicati, nel 2021, sull'*European Journal of Ageing* con il titolo: "*Information before discharge in geriatric patients in Italy: cultural adaptation and validation of the Patient Continuity of Care Questionnaire*", a cura di: Facchinetti G, Piredda M, Ausili D et al, Eur J Ageing 18, 99-107 (2021). <http://dx.doi.org/10.1007/s10433-020-00576-5>

Il secondo obiettivo del progetto è stato raggiunto



attraverso uno studio qualitativo multicentrico che ha esplorato le esperienze di dimissione ospedaliera di pazienti anziani con malattie croniche al momento della dimissione.

Tra marzo 2017 e ottobre 2019, a tale scopo, sono state condotte interviste semi-strutturate a anziani con malattie croniche dimessi da due ospedali universitari italiani.

I risultati sono stati pubblicati sul *Journal of Advanced Nursing* a firma di: Facchinetti G, Albanesi B, Piredda M, Marchetti A, Ausili D, Ianni A, Di Mauro S, De Marinis M.G, con il titolo: “*The light at the end of the tunnel. Discharge experience of older patients with chronic diseases: A multi-centre qualitative study*”. *J Adv Nurs*. 2021 May;77(5):2417-2428. doi: 10.1111/jan.14790. Epub 2021 Feb 16.

Dal testo “La luce in fondo al tunnel. Esperienza di dimissione di pazienti anziani con malattie croniche: uno studio multicentrico qualitativo” s’apprende che i pazienti più anziani con malattie croniche sono quelli che richiedono una pianificazione della dimissione di qualità, con una visione di cura centrata sul paziente. Gli operatori sanitari dovrebbero intervenire in modo più approfondito nel processo di dimissione, bilanciando la percezione dei propri bisogni da parte dei pazienti con le priorità organizzative e il desiderio di tornare a casa, con quello di non essere abbandonati. Lasciare l’ospedale, per le persone anziane, è caratterizzato da sentimenti conflittuali, che hanno bisogno di informazioni e supporto da parte degli operatori sanitari, specie se sono instaurati rapporti di fiducia e continuità. Per gli infermieri comprendere l’esperienza della dimissione è essenziale per stimolare i pazienti più anziani con malattie croniche, considerando che la dimissione dall’ospedale non è una fine del *point of care*, ma una fase del processo di transizione assistenziale. Gli infermieri dovranno rendere i propri pazienti idonei per la dimissione, preparandoli a gestire la loro condizione cronica a casa.

Lo studio CECRI, dunque, ha già portato risultati importanti, producendo articoli scientifici pubblicati su riviste internazionali di settore con notevole *impact factor*.



Studio internazionale sulla “Conoscenza, atteggiamento e comportamento sugli errori terapeutici nelle Unità di Terapia Intensiva” pubblicato sull’*European Review for Medical and Pharmacological*

Sciences

Sull’*European Review for Medical and Pharmacological Sciences* (Rivista Europea di Scienze Mediche e Farmacologiche, Impact Factor: 3.507) è stato pubblicato l’articolo: “Confronto tra 12 Paesi sui punteggi di conoscenza, atteggiamento e comportamento sugli errori terapeutici nelle Unità di Terapia Intensiva: uno studio internazionale”, a firma dei colleghi: Giannetta, Dionisi, Stievano, Eltaybani, Abdelgawad, Katigri, Azadboni, López-Soto, Morales-Cané, Ali, Urban, Shrestha, Christensen, Voutilainen, Vaajoki, Hamdan, Rubicini, Rivera Pizarro, Liquori, Cassar, Trapani, Rocco, Orsi, Di Simone e Di Muzio.

Indicizzato in PubMed all’indirizzo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34919221/>

Il lavoro ha voluto esplorare il grado di accordo degli infermieri delle Unità di Terapia Intensiva che lavorano su una serie di strategie di prevenzione degli errori terapeutici, esaminando i possibili predittori della conoscenza, dell’atteggiamento e del comportamento dei professionisti sanitari.

Utilizzando un questionario sugli errori terapeutici e eseguendo un’analisi statistica descrittiva per le caratteristiche socio-demografiche del campione e tre regressioni logistiche multiple, l’indagine, condotta per mezzo di uno studio osservazionale, internazionale e trasversale (che ha coinvolto Iran, Malta, Spagna, Pakistan, Nepal, Qatar, Ecuador, Australia, Finlandia, Italia, Egitto e Giordania), ha permesso di raccogliere dati sulle conoscenze e le attitudini dei colleghi ovunque nel mondo.

Il campione internazionale, infatti, è stato composto da 1383 infermieri, di cui 478 (34,6%) uomini e 900 (65,1%) donne, con un’età media di 35,61 anni.

Le statistiche descrittive condotte sul campione internazionale mostrano un grado medio-alto di accordo tra i partecipanti riguardo ad alcune strategie preventive dell’errore terapeutico.

Inoltre, i risultati dello studio mostrano una forte relazione tra atteggiamenti positivi degli infermieri e comportamenti corretti e/o adeguate conoscenze, nonché tra adeguate conoscenze e comportamenti corretti ($p < 0,01$).

Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per esplorare il problema dell’errore terapeutico relativo al *background* culturale degli infermieri, nonché valutare somiglianze e disparità tra gli infermieri che operano a livello internazionale.

Assemblea straordinaria degli iscritti all'OPI di Roma

In tanti per la presentazione e l'approvazione della Relazione programmatica 2022 e del Bilancio preventivo. In arrivo una nuova sede, la certificazione anticorruzione e un orientamento delle risorse sempre più a favore della ricerca. Il presidente Zega: "L'Ordine ha bisogno dell'apporto di tutti gli iscritti. È la nostra casa e questo è un momento di rilancio".

Assemblea Straordinaria degli Iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, mercoledì 17 novembre 2021, presso l'hotel NH Villa Carpegna.

Un'assemblea molto partecipata dal punto di vista dell'affluenza: tanti, infatti, quelli che hanno assicurato la loro presenza per l'approvazione della relazione del presidente sulla programmazione delle attività del 2022 e del Bilancio preventivo.

Diversi gli argomenti all'ordine del giorno, per un appuntamento che il presidente **Maurizio Zega** e tutto il Consiglio direttivo hanno voluto affinché le politiche future della Professione potessero discutersi in un clima di confronto e trasparenza.

"L'Ordine è la casa di tutti - ha chiosato Zega - e serve l'apporto degli iscritti e delle loro idee per portare avanti progetti concreti a favore della collettività. Negli incontri con le Istituzioni di ogni livello desidero portare loro il pensiero di ognuno di voi. Siamo oltre 35 mila e dobbiamo cerca-

re di parlare lo stesso linguaggio: quello della Scienza!".

I conti in ordine, presentati dal tesoriere **Francesco Scerbo**, hanno consentito all'OPI di Roma di far fronte ai nuovi compiti determinati dalla Legge 3, con l'**allargamento delle presenze in sede**, per le due nuove Commissioni d'Albo (Infermieri e Infermieri pediatrici).

L'attenta revisione degli appalti e degli acquisti ha consentito un risparmio annuale di quasi 100 mila euro, ovvero il 5% del Bilancio complessivo.

Sarà ora possibile il trasferimento dell'OPI Roma in una **nuova sede** più grande, in via degli Ammiragli (metro Cipro), a pochi passi da viale Giulio Cesare, con una diversa sistemazione dei locali: il tutto, peraltro, con una notevole decurtazione sull'affitto (programmato a 12 anni), rispetto a quello attuale di 4.000 euro mensili.

E si è anche potenziata la **comunicazione** dell'Ordine sulla stampa e sui **social**.

Di particolare significato, sul piano della qualità dell'organizzazione, è l'arrivo previsto, dopo la certificazione UNI ISO 9001, anche di quella **ISO 37001**, cosiddetta "Anticorruzione", per cui è già stata avviata con successo la fase di audit.

"Perché ogni azione condotta da questo Ordine, da questo Consiglio direttivo, è fatta in totale trasparenza - spiega il presidente Zega - e i flussi di denaro seguono procedure corrette e tracciabili. Oggi l'OPI di Roma può investire sempre di più sull'**incremento dei servizi**, soprattutto quelli legati all'**informatizzazione** e all'**assistenza legale**".

La tassa d'iscrizione deve essere pagata non



da sinistra: il tesoriere Scerbo, il presidente Zega, la segretaria Mazzitelli e il vice presidente Turci

“Ogni azione condotta da questo Ordine, da questo Consiglio direttivo è fatta in totale trasparenza e i flussi di denaro seguono procedure corrette e tracciabili”.

Già dal secondo anno di università, gli studenti approfondiscono il concetto di “ricerca” presso l'Ordine.

A maggio/giugno 2022, il consueto evento annuale CECRI, con studiosi e ricercatori da tutto il mondo.

solo per esercitare la professione, ma anche per garantire stabilità agli obiettivi programmatici.

“Pagare tutti, per pagare meno” resta uno slogan attuale, valido anche nella fondata possibilità che, per il 2022, la tassa possa essere elevata di qualche euro, da devolvere alla FNOPI, la Federazione che riunisce tutti gli Ordini infermieristici provinciali.

“Va in ogni modo, considerato - ha aggiunto Zega - che, grazie al contenimento delle spese, la tassa dell'OPI di Roma è fra le più basse d'Italia. Da parte nostra, possiamo garantire che non è stato sottratto un solo euro alla ricerca, anzi”.

E infatti, c'è una crescita degli investimenti **sull'offerta formativa per gli iscritti**, e si continua a sostenere i gruppi di lavoro che, tra gli altri argomenti, si sono interessati all'Infermieristica di territorio, con la figura dell'**Infermiere di Famiglia e di Comunità**, richiesta con urgenza dall'evoluzione demografica in corso.

La cooperazione interna e la capacità di interazione di tutti i soggetti coinvolti (tra uffici, direzione, Consiglieri e Commissari) ha consentito, malgrado il lungo periodo legato alla pandemia da COVID-19, di continuare a contribuire alla **formazione ECM**, con la speranza di poter presto riprendere i **corsi itineranti** nelle Aziende sanitarie, e senza dimenticare che, di concerto con la **Biblioteca** di sede, sono stati avviati dei seminari con i Corsi di Laurea in Infermieristica.

Già dal secondo anno di università, infatti, gli studenti approfondiscono il concetto di “ricerca” presso l'OPI: una “iniziazione” che segue lo sviluppo naturale della professione alla luce del progresso scientifico.

Diversi passi avanti sono stati fatti anche sulla **libera professione**: grazie alla volontà dell'Ordine di Roma, importanti seminari di approfondimento sull'argomento sono stati tenuti presso i CdL in Infermieristica.

La **ricerca** e la **formazione** restano quindi i capisaldi dell'attuale dirigenza, nonché elementi essenziali contemplati nel Bilancio del prossimo anno, che troveranno la loro naturale risoluzione nel consueto evento annuale **CECRI** (il Centro di Eccellenza, fiore all'occhiello dell'OPI di Roma) previsto per maggio/giugno 2022.

Per l'occasione, studiosi e ricercatori da tutto il mondo, assieme al **board** internazionale, interloqueranno con quelli di casa nostra per parlare di iniziative e progetti legati all'Infermieristica del futuro.



Il bilancio



All'Assemblea straordinaria, il tesoriere, **Francesco Scerbo**, ha fatto il punto sulla situazione patrimoniale e i bilanci dell'Ordine, convalidati dal presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Silvio Ascione**.

Il documento contabile è stato approvato all'unanimità.

Ecco la tabella di sintesi.

1. Preventivo finanziario gestionale

Entrate

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	€ 2.398.445,02	
AVANZO DI CASSA PRESUNTO		€ 1.789.954,52
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI		
ENTRATE CONTRIBUTIVE		
Quote iscrizioni	€ 2.457.000,00	€ 2.510.000,00
Quote nuovi iscritti	€ 70.000,00	€ 70.000,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00	€ 90.000,00
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 2.617.000,00	€ 2.670.000,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGG.TO PROFESSIONALI		
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTO	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI		
Rilascio tessere	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -
TOTALE QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PA	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI		
Trasferimento corrente		
TOTALE TRASFERIMENTI CORRENTI		
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		
Vendita pubblicazioni		
TOTALE ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI		
Interessi attivi	€ 250,00	€ 250,00
TOTALE REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	€ 250,00	€ 250,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI		
Recuperi e rimborsi	€ 3.000,00	€ 3.000,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI	€ 3.000,00	€ 3.000,00
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI		
Entrate varie	€ 8.000,00	€ 8.000,00
TOTALE ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 8.000,00	€ 8.000,00
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 2.628.250,00	€ 2.681.250,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE		
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
Alienazione immobili		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
Vendita mobili ed arredi		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
RISCOSSIONE DI CREDITI		
Depositi cauzionali		
TOTALE RISCOSSIONE DI CREDITI		
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
Trasferimento		
TOTALE TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
ASSUNZIONE DI MUTUI		
Assunzione mutuo		
TOTALE ASSUNZIONE DI MUTUI		
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
Assunzione debito finanziario		
TOTALE ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE		
TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI DI GIRO		
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO		
Ritenute erariali	€ 250.000,00	€ 250.000,00
Ritenute Previdenziali	€ 70.000,00	€ 70.000,00
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 22.500,00
Iva su split payment	€ 120.000,00	€ 120.000,00
TOTALE ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 462.500,00
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 460.000,00	€ 462.500,00
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 3.088.250,00	€ 3.143.750,00
Utilizzo avanzo di amministrazione	€ 902.394,00	
Utilizzo avanzo di cassa		€ 949.981,00
TOTALE GENERALE	€ 3.990.644,00	€ 4.093.731,00

Uscite

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO I - USCITE CORRENTI		
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE		
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti	€ 19.200,00	€ 19.200,00
Gettoni riunioni Commissioni di Albo	€ 15.680,00	€ 15.680,00
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari	€ 10.000,00	€ 10.000,00
Rimborsi spese	€ 25.000,00	€ 25.000,00
Gettoni e indennità attività Organi Direttivi e di controllo	€ 144.255,00	€ 144.255,00
Gettoni e indennità attività Commissioni di Albo	€ 54.592,00	€ 54.592,00
Assicurazioni organi statutari	€ 14.000,00	€ 14.000,00
Assemblea annuale	€ 15.000,00	€ 17.953,00
TOTALE USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	€ 297.727,00	€ 300.680,00

ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO			
Stipendi e oneri riflessi	€	286.900,00	€ 285.028,00
Assicurazioni personale	€	8.000,00	€ 8.000,00
Fondo incentivazione	€	98.000,00	€ 98.000,00
Corsi di formazione	€	5.000,00	€ 5.000,00
Lavoro temporaneo	€	70.000,00	€ 81.388,00
TOTALE ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO	€	467.900,00	€ 477.416,00
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI			
Compenso per la riscossione	€	70.000,00	€ 73.703,00
Servizi legali	€	80.000,00	€ 88.088,00
Servizi contabili e fiscali	€	42.000,00	€ 41.994,00
Servizi vari e comunicazione	€	25.000,00	€ 27.023,00
Servizi informatici	€	80.000,00	€ 91.513,00
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€	25.000,00	€ 25.000,00
Acquisto tessere distintivi bolli	€	5.000,00	€ 5.220,00
Trasloco	€	23.000,00	€ 23.000,00
TOTALE USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	€	350.000,00	€ 375.541,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI			
Affitto luce riscaldamento condominio approvvigionamenti	€	147.500,00	€ 153.046,00
Cancelleria e stampati	€	25.000,00	€ 27.570,00
Spese postali e telefoniche	€	20.000,00	€ 21.321,00
Spese di pulizia	€	30.000,00	€ 29.722,00
Spese bancarie e di c/c postali	€	2.000,00	€ 2.000,00
Spese varie	€	3.000,00	€ 3.000,00
Archiviazione e gestione documenti	€	12.000,00	€ 12.523,00
TOTALE USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	€	239.500,00	€ 249.182,00
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI			
Aggiornamenti professionali e ricerca	€	500.000,00	€ 584.985,00
Rivista "Infermiere oggi"	€	40.000,00	€ 40.000,00
Biblioteca	€	110.000,00	€ 110.000,00
Promozione immagine (pubblicità)	€	10.000,00	€ 10.000,00
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€	100.000,00	€ 100.000,00
Spese di rappresentanza	€	3.000,00	€ 3.000,00
Quote spettanti Federazione	€	722.000,00	€ 709.000,00
Progetto qualità Ordine e anticorruzione e trasparenza	€	15.000,00	€ 15.000,00
Ufficio Stampa	€	30.000,00	€ 28.872,00
Iniziative di solidarietà	€	20.000,00	€ 20.000,00
Posta elettronica certificata	€	36.600,00	€ 36.600,00
Spese elezioni Organi Direttivi	€	-	€ -
TOTALE USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	€	1.586.600,00	€ 1.657.457,00
TRASFERIMENTI PASSIVI			
Trasferimento passivo			
TOTALE TRASFERIMENTI PASSIVI			
ONERI FINANZIARI			
Interessi passivi			
TOTALE ONERI FINANZIARI			
ONERI TRIBUTARI			
Inps Irap e altri tributi	€	100.000,00	€ 101.216,00
Nettezza urbana	€	6.000,00	€ 6.000,00
TOTALE ONERI TRIBUTARI	€	106.000,00	€ 107.216,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI			
Rimborsi vari	€	5.000,00	€ 5.000,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMP.VE DI ENTRATE CORRENTI	€	5.000,00	€ 5.000,00

USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI			
Fondo spese impreviste	€	152.635,00	€ 152.635,00
TOTALE USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€	152.635,00	€ 152.635,00
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO			
Trattamento di fine rapporto	€	20.000,00	€ -
TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	€	20.000,00	€ -
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI			
Rimborso quote esattoria			
TOTALE ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI			
TOTALE USCITE CORRENTI	€	3.225.362,00	€ 3.325.127,00
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE			
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI			
Acquisto immobili			€ -
Ristrutturazione sede	€	205.095,00	€ 205.095,00
TOTALE ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI	€	205.095,00	€ 205.095,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE			
Acquisto mobili e arredi	€	50.600,00	€ 50.600,00
Programmi e attrezzature	€	49.587,00	€ 49.587,00
TOTALE ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€	100.187,00	€ 100.187,00
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI			
Depositi cauzionali			
TOTALE CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI			
RIMBORSI DI MUTUI			
Rimborso di mutuo			
TOTALE RIMBORSI DI MUTUI			
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE			
Rimborso di anticipazione passiva			
TOTALE RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE			
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI			
Estinzione debito			
TOTALE ESTINZIONE DEBITI DIVERSI			
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE			
Accantonamento per spese future			
TOTALE ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE			
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI			
Accantonamento per ripristino investimenti			
TOTALE ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI			
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€	305.282,00	€ 305.282,00
TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO			
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO			
Ritenute fiscali	€	250.000,00	€ 251.949,00
Ritenute Previdenziali	€	70.000,00	€ 67.931,00
Altre partite di giro	€	20.000,00	€ 26.656,00
IVA Split Payment	€	120.000,00	€ 116.786,00
TOTALE USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€	460.000,00	€ 463.322,00
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€	460.000,00	€ 463.322,00
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€	3.990.644,00	€ 4.093.731,00
TOTALE GENERALE	€	3.990.644,00	€ 4.093.731,00

Accreditamento Anticorruzione per segnalare condotte illecite

Giuseppe Amici

Adempiendo agli obblighi prescritti dalla normativa delle Pubbliche Amministrazioni e per dotarsi di uno strumento sicuro, sul sito dell'Ordine è stata predisposta una piattaforma informatica open source che consente di segnalare a una figura interna (l'RPC) comportamenti impropri.

La Legge n. 179 del 2017 introduce nuove e importanti tutele per coloro che segnalano condotte illecite (c.d. *whistleblowing*) di cui sono venuti a conoscenza all'interno dell'ambiente di lavoro, e ha obbligato le pubbliche amministrazioni ad utilizzare modalità anche informatiche e strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione, di modo che questi possa agire senza il timore di subire conseguenze pregiudizievoli.

Allo scopo di adempiere agli obblighi prescritti dalla normativa riguardante la prevenzione dei reati corruttivi nelle Pubbliche Amministrazioni (tra cui rientrano gli Ordini Professionali) ed al fine di dotarsi di uno strumento sicuro per le segnalazioni, sul sito istituzionale dell'Ordine è stata predisposta una piattaforma informatica *open source*, attivata nell'ambito del progetto WhistleblowingPA promosso da Transparency International Italia e il Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali, realizzata tramite il software GlobaLeaks.

Tale Piattaforma consente ai dipendenti, ai componenti dell'organo elettivo, ai collaboratori, ai consulenti, ai fornitori e ai cittadini a qualsiasi titolo, di segnalare a una figura interna identificabile nel Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) eventuali comportamenti impropri commessi nel contesto di riferimento dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma quali corruzione, abusi di potere, discriminazioni etc.

La Piattaforma, conformemente agli obblighi di legge, assicura la riservatezza del "segnalante" (c.d. *whistleblower*), consentendogli di attivare una funzione di dialogo crittografata con il RPC, che è tenuto al segreto d'ufficio nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del Codice di Procedura Penale. Inoltre, la segnalazione è sottratta all'accesso agli

atti previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241 del 1990 e successive modificazioni.

Il presidente, **Maurizio Zega**, e tutti i componenti del Consiglio direttivo, in linea con la *policy* anticorruptiva adottata, con l'introduzione della Piattaforma WhistleblowingPA, si prefiggono di promuovere e sviluppare, tra i propri *stakeholder*, una maggiore consapevolezza e attenzione ai temi della trasparenza e dell'*accountability* delle istituzioni verso i cittadini, consolidando le basi del Sistema di Gestione Anticorruzione dell'Ordine, oramai pronto a ricevere il massimo riconoscimento con la certificazione ISO 37001:2016, che potrebbe essere conseguita già nei primi mesi del 2022.

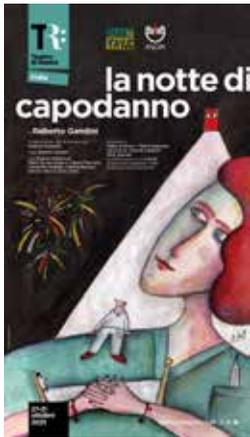
La Piattaforma WhistleblowingPA è disponibile sulla homepage del sito (<https://opi.roma.it>) e nella pagina "Altri contenuti - Corruzione/ Piattaforma digitale sicura per la segnalazione di illeciti e irregolarità" nella sezione Amministrazione Trasparente.

L'utilizzo della Piattaforma:

- consente al "*whistleblower*" di inviare la segnalazione attraverso la compilazione di un questionario, anche in forma anonima;
- permette al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) di ricevere la segnalazione e gestirla garantendo la confidenzialità del segnalante;
- garantisce il dialogo tra il segnalante, al quale è assegnato un codice numerico univoco, e l'RPC per richieste di chiarimenti o approfondimenti, quindi senza la necessità di fornire contatti personali;
- acconsente l'invio della segnalazione da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'Ordine che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

Per maggiori informazioni sulle procedure di *whistleblowing* interne all'OPI di Roma è possibile consultare le pagine dedicate al Sistema di Gestione per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (<https://opi.roma.it/sistema-di-gestione-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza/>), dove sarà possibile consultare anche il Manuale e la Politica anticorruzione, il Codice Etico e il Sistema Disciplinare adottati dall'Ordine.

Con “La notte di Capodanno” Le storie degli infermieri a teatro



È andato in scena, in prima nazionale, al Teatro India di Roma, dal 27 al 31 ottobre 2021, lo spettacolo “La notte di Capodanno”, con la regia di Roberto Gandini (collaborazione alla drammaturgia, Roberto Scarpetti).

Una produzione Teatro di Roma-Teatro Nazionale, Laboratorio teatrale integrato Piero Gabrielli, in collaborazione con la Federazione nazionale Infermieri FNOPI. Lo spettacolo è stato quindi replicato, al cospetto dei presidenti di tutti gli OPI d'Italia, il 16 dicembre al termine della tappa romana del Congresso nazionale “Ovunque per il bene di tutti”.

Si tratta di una pièce teatrale sul vissuto quotidiano dell'infermiere nata dal percorso progettuale “L'arte di curare e di raccontare” avviato già nel 2019, che ha visto diversi momenti di studio e di riflessione sul tema, grazie ad un costante confronto tra “veri infermieri” e un gruppo di attori che man mano hanno assorbito le loro storie, le loro gestualità, i modi di dire, per una immedesimazione quanto più realistica.

Sul palco: Roberto Baldassari, Maria Teresa Campus, Cosimo Frascella, Simonetta Graziano Martina Masaro, Simone Salucci, Giulia Tetta.

Le storie degli infermieri sono particolari, perché svolgono una delle professioni che più intreccia, ogni giorno, il vissuto personale con quello altrui. Le vite dei

professionisti sanitari si intrecciano, ogni giorno, con le vite di chi assistono e sono destinate a cambiare per sempre sia il curante che il curato. A volte impercettibilmente, a volte evidentemente.

Proprio per questo, è stato sempre motivo di rammarico per gli operatori del nostro SSN vedersi rappresentati – al cinema, come in tv e al teatro – in ruoli marcatamente tipizzati, quasi caricaturali, come delle moderne maschere della commedia dell'Arte.

Da queste premesse, è nata la collaborazione tra l'Ordine degli Infermieri e un'istituzione culturale come il Teatro di Roma.

Un altro modo di raccontare gli infermieri, la Sanità, le gioie e le frustrazioni fuori e dentro le corsie... era possibile!

“In questi tre anni è accaduto l'inimmaginabile - ha spiegato il regista Gandini -. La pandemia ha imposto a infermieri e medici di essere continuamente alla ribalta in questa immane tragedia. È cambiata così la percezione nei riguardi degli infermieri anche se per un troppo breve momento. Così, nella fase preparatoria dello spettacolo, ci siamo chiesti, fra le tante opzioni possibili, quali fossero le storie da raccontare. Quelle legate all'attualità, in continuo divenire, o quelle del passato con le sue storie di abnegazione e di resilienza? Abbiamo deciso di non raccontare né l'attualità né il tempo passato, affidandoci invece a un tempo simbolico, in cui le storie raccolte dagli infermieri diventano delle allegorie, che passano di mano in mano, da un paziente a un infermiere, da un attore a uno spettatore. Un'atmosfera surreale in cui può apparire persino Florence Nightingale, l'inventrice dell'infermieristica moderna, per dare un consiglio a una giovane collega. La Notte di Capodanno diventa così la notte della transizione, in cui le cose vecchie non sono poi così vecchie e quelle nuove sono ancora troppo nuove”.

Lo spettacolo ha ricevuto un ottimo riscontro in termini di presenze e di critica e si appresta, da Roma, a fare il giro del Paese.





Polizza assicurativa Obbligatoria per legge, tutela gli infermieri per soli 22 euro l'anno

La Polizza dedicata ai professionisti sanitari copre anche la somministrazione vaccinale anti COVID-19

È obbligatoria per legge ed è stata pensata per tutti gli infermieri.

La Polizza assicurativa dedicata ai professionisti sanitari (secondo il DI 138/2011, convertito nella L. 148/2011: "A tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale"; L. 24/2017: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", art. 10, comma 3: "Ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave"), resa disponibile a questo scopo da gennaio 2019 dalla FNOPI, come risultato di due gare europee per l'identificazione del broker e della compagnia assicuratrice, copre anche la somministrazione vaccinale anti COVID-19.

Si tratta di un'unica soluzione, accessibile per tutti gli Iscritti all'Albo degli Infermieri e/o Infermieri Pediatrici, attraverso l'apposita area dedicata sul sito ufficiale della Federazione (www.fnopi.it), a tutela della:

- attività svolta in regime di dipendenza per conto del SSN;
- attività svolta presso Strutture Sanitarie o Sociosanitarie private;
- attività svolta in regime di libera professione;
- attività svolta per il tramite di cooperative.

La Polizza in convenzione contiene tutte le coperture obbligatorie previste dalla Legge 24/2017, e, distintamente dalla polizza proposta, anche eventuali altre tutele, come quella legale, identificate dal broker e

liberamente messe a disposizione per quanti interessati. Su base volontaria, può essere sottoscritta singolarmente o in aggiunta alla polizza di RC Professionale e assicura le spese legali e di giustizia in caso di procedimento penale nell'ambito dell'attività professionale svolta (delitti colposi o contravvenzioni, compresi i procedimenti penali derivanti da violazione delle norme di cui al D.Lgs 81/2008 e successive modifiche di leggi collegate in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro).

I punti di forza della polizza proposta sono:

- apertura del sinistro fin dalla ricezione di comunicazione ex Art. 13 L. 24/2017 (c.d. legge "Gelli") da parte dell'Azienda di appartenenza;
- retroattività illimitata;
- postuma decennale;
- massimale pari a 5.000.000 di euro;
- coperti anche danni di natura patrimoniale legati ad ambiti amministrativi e gestionali;
- nessuna franchigia e/o scoperto.

Per ottenere un preventivo e la relativa attivazione della polizza si potrà accedere, tramite l'apposita piattaforma informatica dal portale www.marsh-professionisti.it/infermieri

Inoltre, per gli infermieri è prevista una consulenza tramite un numero verde (800.433.980/da cellulare 0341-287278) erogata da professionisti del settore assicurativo (lun-ven, 9-13 e 14-17), assieme alla mail dedicata: fnopi.marshmorganti@morgantibrokers.it

Unipol Sai, fra le maggiori compagnie assicurative nazionali, propone l'assicurazione al prezzo annuale attualmente più basso sul mercato (22 euro) per coprire la responsabilità civile professionale, quella patrimoniale, quella civile per colpa grave e quella per danno erariale.

Un'unica soluzione, quindi, per oltre 445 mila professionisti (di cui almeno 385 mila in attività), a tutela di qualunque forma di attività lavorativa.

E anche i pensionati possono stare tranquilli...



dalla FNOPI

Marsh

MORGANTI
INSURANCE BROKERS



Dedicato a tutti gli infermieri / Federazione Nazionale Professioni Infermieristiche

La polizza che tutela la tua professione

a soli 22€ l'anno!



*Ti ricordiamo che la Polizza
è obbligatoria per legge.*

RC professionale Responsabilità Sanitaria

CONDIZIONI

Polizza di responsabilità civile professionale per il personale appartenente alle professioni infermieristiche. Un'unica soluzione assicurativa per tutelare l'infermiere nello svolgimento di tutte le sue attività, in qualunque forma svolte (dipendente SSN, dipendente Enti Privati, libera professione, cooperative ecc...)

PUNTI DI FORZA

Possibilità di aprire il sinistro già alla prima comunicazione dell'azienda di appartenenza sulla base della L. 24/2017 (c.d. "Legge Gelfi").

- Massimale € 5.000.000
- Postuma decennale
- Retroattività illimitata
- Assicuratore: UnipoSai Assicurazioni S.p.A

Tutela Legale

CONDIZIONI

Assicurazione delle spese legali e di giustizia in caso di procedimento penale nell'ambito dell'attività professionale infermieristica svolta.

PUNTI DI FORZA

- Possibilità di scegliere tra tre distinti massimali per sinistro (€ 5.000 / € 10.000 / € 20.000)
- Nessun limite di sinistri denunciabili per anno
- Premio lordo annuo a partire da € 8,00
- Assicuratore: OAS S.p.A

La presente attività ha finalità di marketing e non impegna il broker o l'assicuratore per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nei Set Informativi e sottoscritte dalle parti. Leggere attentamente il Set Informativo.

Preventivo & Attivazione Online
ATTIVALE SUBITO QUI:

RC Professionale:

www.marsh-professionisti.it/fnopi/

Tutela Legale:

www.marsh-professionisti.it/infermieri

NURSE HELP DESK



Per un supporto qualificato:

numero verde: 800.433980

Da cellulare: 0341.287278

e-mail: fnopi.marshmorganti@morgantibrokers.it



dalla FNOPI

Le Professioni socio-sanitarie: fermezza contro chi si oppone alla vaccinazione anti-COVID

Le Federazioni sanitarie e il CNOAS (oltre 1,5 milioni di iscritti) disapprovano il comportamento di chi si oppone alla vaccinazione anti COVID-19.

No ai professionisti socio-sanitari che utilizzano i social media o altri canali di comunicazione “per divulgare ideologie antiscientifiche, intervenendo senza adeguata cognizione di causa in merito alle evidenze e ad una conoscenza oggettiva dei fenomeni di cui discute”.

No al conflitto deontologico di chi: “non orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività, soprattutto se riferito a soggetti fragili; non promuove la cultura della salute, ba-

sata sulle evidenze scientifiche; non riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione accreditata; nella comunicazione non agisce con sobrietà, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; non tutela il decoro personale e non salvaguarda il prestigio della professione e della comunità scientifica”.

Le Federazioni sanitarie (FNOPI, FNOMCeO, FNOPO, FNOVI, FNO TSRM e PSTRP, FNCF, ONB, CNOP) insieme al CNOAS (per un totale di oltre 1,5 milioni di iscritti), disapprovano il comportamento di chi si oppone alla vaccinazione contro il COVID-19 e, in un documento congiuntamente sottoscritto, sottolineano la necessità di: “*agire con particolare fermezza e rigore disciplinare, qualora i comportamenti dei professionisti sanitari risultassero non in linea con i propri Codici etici e deontologici, e in particolare quando finalizzati a orientare l'opinione pubblica verso convincimenti non basati su presupposti scientifici o in netto contrasto con la tutela della salute individuale e collettiva, particolarmente se gli stessi si fondassero sull'utilizzo strumentale del ruolo di professionista sanitario*”.

Le Federazioni degli Ordini delle Professioni Sanitarie e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali si sono riunite a un tavolo interfederativo per affrontare il tema delle violazioni deontologiche da parte degli iscritti e configurate da comportamenti manifestamente antiscientifici, rispetto alla pandemia da SARS-CoV-2 ed al ruolo dei vaccini antivirali, quale patrimonio culturale e valoriale condiviso.

Il loro ruolo, come dichiarato proprio nel documento sottoscritto, è: “*tutelare gli interessi pubblici garantiti dall'ordinamento e connessi all'esercizio professionale, e la responsabilità del ruolo di garanzia della tutela della salute in capo all'esercente una professione socio-sanitaria alla luce dell'articolo 32 della Costituzione sulla tutela della salute*”.

Per questo, rivendicano la titolarità a promuovere e assicurare l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della relativa funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva.

Il documento sottoscritto è all'indirizzo: www.fno-pi.it/wp-content/uploads/2021/10/Position-Statement-sui-comportamenti-antiscientifici-e-docx-revisione-cnoas-2-buono.pdf



“La Professione infermieristica è quella del futuro”

Al teatro Ambra Jovinelli, l'evento conclusivo per il 2021 del Congresso itinerante della Federazione ha messo a confronto il Ministro della Salute e tutti i presidenti degli OPI d'Italia.

Talk anche con politici, scienziati e Regioni.

Focus su: PNRR, Case di Comunità, IFeC, ovvero le nuove frontiere della sanità territoriale.

G iornata conclusiva, il 16 dicembre scorso, a Roma, dell'edizione 2021 del Congresso itinerante, “Ovunque per il bene di tutti”, della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

“Gli infermieri italiani ci sono sempre: vi ringrazio come ministro, ma anche come cittadino!” ha detto **Roberto Speranza** in apertura.

Il Ministro della Salute, ospite dell'evento, ha sottolineato che i risultati raggiunti durante il COVID-19 sono il segnale di un grande Servizio Sanitario Nazionale, che tiene specie durante le emergenze. Ma che, per crescere, necessita di risorse e riforme. “La politica dei tagli è definitivamente finita perché tutto ciò che si spende in sanità si trasforma in qualità della vita per le persone - ha spiegato -. Ma servono anche le riforme, e queste toccano la vostra professionalità, perché l'Infermieristica è il futuro. Tutti i nuovi modelli che stiamo disegnando vi vedono protagonisti: assisten-

za domiciliare, Case e Ospedali di Comunità. Ognuno di questi mette al centro la figura dell'infermiere, che sarà, perciò, la più prossima al cittadino”.

Risorsa fondamentale e ruolo-chiave, dunque, per i professionisti della salute non solo nella pandemia, ma per un modello futuro di Sanità, con un'assistenza di prossimità “a casa” delle persone, soprattutto di quelle più fragili e bisognose.

Questo, in estrema sintesi, il concetto che ha caratterizzato l'intervento di istituzioni e parlamentari per la Giornata. “Bisogna lavorare insieme - ha proseguito Speranza - per capire come competenze e formazione possano essere sviluppate al meglio, affinché questa crisi non si sprechi, non imparando nulla per migliorarci”.

“Per realizzare un nuovo modello sanitario - ha detto la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** - è necessaria una rete territoriale capillare, con un approccio proattivo, che assicuri anche minor rischio di sviluppo, riaccutizzazione e progressione delle condizioni croniche e una riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata. Per questo, sarà necessario, tra l'altro, personale sanitario specializzato e formato, con compensi e possibilità di carriera adeguati, in numero sufficiente alle esigenze. In ciò, l'infermiere è il naturale ‘collettore’ sia tra le professioni che tra le professioni e i cittadini”.

Già da domani, allora, un infermiere potrà assumere il ruolo di *case manager* e gli ospedali resteranno davvero luoghi di elezione delle acuzie e dei casi gravi, riducendo le liste d'attesa, tagliando i ricoveri impropri e le spese inutili?

“In queste settimane - le ha fatto eco **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma, Ordine ospitante della tappa - il Servizio sanitario pubblico deve confrontarsi con le opportunità offerte dal PNRR che vanno tutte, inequivocabilmente, nella direzione di una sanità multi professionale e di prossimità. Un disegno che altrettanto chiaramente riposa sul ruolo chiave della professione infermieristica. L'auspicio è che le amministrazioni regionali sappiano cogliere l'occasione mostrandosene all'altezza, e il nostro Congresso in giro per l'Italia ha potuto cogliere, su questo aspetto, luci ed ombre.

Nelle sessioni itineranti abbiamo vissuto sul serio quella prossimità che è caratteristica primaria della nostra professione, illustrando i casi concreti di buone pratiche infermieristiche. Si è trattato sempre di un momento di ascolto e di proposta assai proficuo”.

“L'assistenza si basa su due parole chiave - ha detto **Silvio Brusaferrò**, presidente dell'Istituto superiore di Sanità -: rete, intendendo il rapporto continuo tra servizi sanitari e sociali; comunità, che è il fattore por-





dalla FNOPI



tante parlando di salute". "Dobbiamo porre una particolare attenzione ai contenuti assistenziali come la cronicità, dobbiamo rispondere ai bisogni delle persone integrandoci tra colleghi, con gli altri e con i servizi sociali. E nella professionalizzazione ci sono elementi che non dobbiamo perdere: la scienza, che deve essere la risposta alle esigenze, e la relazione che significa il rapporto tra persone, saperle gestire, aiutare. Tutto questo - ha concluso Brusaferrò - si ottiene lavorando assieme".

La valorizzazione della figura infermieristica l'ha sottolineata il coordinatore della Commissione salute delle regioni e assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Raffaele Donini**: "Se le professioni sanitarie, e per primi gli infermieri, sono la spina dorsale del siste-

ma, questo si dimostra nei fatti non nelle parole. In Emilia-Romagna lo abbiamo fatto: col direttore assistenziale in staff alla direzione generale, con un rapporto paritetico con le altre professioni dell'Infermiere di Famiglia e Comunità. Ora serve chi 'insegni' agli infermieri con qualità e cognizione: servono docenti infermieri che rappresentino l'esperienza della formazione. C'è chi parla e chi fa le cose: credo che le Regioni possano essere quelle che le cose le fanno". "È vero - ha detto **Carlo Della Rocca**, presidente Conferenza Permanente Facoltà Medicina e Chirurgia - mancano drammaticamente gli infermieri. Ma l'università non si tira indietro. I tempi di adattamento della formazione non sono immediati, ma, con il giusto coordinamento col Ssn e le Regioni (perché molte Aziende finora non hanno accettato di formare chi poi dopo la laurea veniva gettato subito in pasto all'assistenza Covid), siamo pronti a investire in preparazione e in docenze infermieristiche. Ma dobbiamo farlo in base a linee guida precise, dobbiamo farlo e lo stiamo facendo assieme ai Ministeri competenti, dobbiamo farlo per garantire la qualità della formazione".

Mancano gli infermieri e **Domenico Mantoan**, direttore generale dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali/Agenas, lo ha spiegato chiaramente: "Ce ne vogliono almeno 17.130 per le Terapie Intensive e sub-intensive negli ospedali, da poco più di 27 mila a quasi 34 mila per l'assistenza territoriale ed è anche necessario tenere conto, nella programmazione, che tra il 2021 e il 2027 andranno in pensione oltre 36 mila infermieri".

Per Mantoan, fondamentale è il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità che "opera con tutti i cittadini, sani e malati", ha detto, e "a livello ambulatoriale come collettore ed educatore dei cittadini, a livello domiciliare per valutare i bisogni del singolo e della famiglia e organizzare l'erogazione dell'assistenza, a livello comunitario con attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti sociosanitari, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali".

Inoltre, per lui, svolge anche un ruolo di consulenza, monitoraggio e garanzia della continuità assistenziale nelle strutture residenziali e sociosanitarie. E di IFeC, per il direttore di Agenas, ne servono uno ogni 2.000-3.000 abitanti: tra i 20 e i 30 mila, quindi.

"Ho visto ovunque in tutta Italia infermieri operare per il bene di tutti, come è il titolo, davvero significativo, di questo Congresso - ha detto nel suo saluto **Francesco Paolo Figliuolo**, Commissario straordinario Covid -. E non solo. Li ho visti sempre pronti e solerti a portare le loro competenze per il bene collettivo della

Sarà necessario personale sanitario specializzato e formato, con compensi e possibilità di carriera adeguati, in numero sufficiente alle esigenze.

L'auspicio è che le amministrazioni regionali sappiano cogliere l'occasione mostrandose all'altezza.

Francesco Paolo Figliuolo: "Ho visto ovunque, in Italia, infermieri operare per il bene di tutti. Li ho visti sempre pronti e solerti a portare le loro competenze per la collettività e di questo vi ringrazio".

salute e di questo vi ringrazio non da Commissario straordinario, ma da cittadino italiano: siete preziosi nell'ambito delle professioni sanitarie! Oggi, grazie a voi e a chi opera accanto a voi, la campagna vaccinale ha raggiunto quasi il 90 per cento del suo obiettivo. Non basta ancora: stiamo operando con le terze dosi e voi siete ancora lì, in prima linea. Ed è partito anche un altro tassello importante della campagna vaccinale, quello della vaccinazione ai bambini, per la quale è ancora più importante la vostra presenza, il vostro sorriso, la vostra competenza e gentilezza, che ho toccato con mano anche durante le somministrazioni a cui mi sono sottoposto".

Saluti e parole di apprezzamento sono pervenuti anche dalla seconda e terza carica dello Stato: la presidente del Senato, **Maria Elisabetta Alberti Casellati** e il presidente della Camera, **Roberto Fico**.

Il sindaco di Roma, **Roberto Gualtieri**, come primo rappresentante della città ospitante, ha infine detto: "Grazie alla vostra categoria per il lavoro durissimo, difficilissimo e preziosissimo che state svolgendo in questa lotta contro il Covid: senza il vostro aiuto non ce l'avremmo mai fatta! Siete una risorsa indispen-

sabile e il vostro è un servizio per tutta la comunità anche per disegnare nuove risposte al bisogno di assistenza di prossimità delle nostre comunità. Questo non solo nella pandemia e per la pandemia, ma anche per tutte le patologie croniche e i pazienti fragili e per realizzare, come la vostra capacità insegna, una sanità sempre più a misura di territorio e dei cittadini". La giornata è stata coordinata sul palco dalla conduttrice Rai, **Arianna Ciampoli**, e dal direttore de "La Stampa", **Massimo Giannini**.

Al dibattito finale su "Legge di Bilancio e carenza infermieristica" hanno preso parte i parlamentari: **Maria Teresa Bellucci**, commissione Affari Sociali Camera dei Deputati; **Rossana Boldi**, vicepresidente commissione Affari sociali della Camera dei Deputati; **Elena Carnevali**, commissione Affari Sociali Camera dei Deputati; **Manuela Gagliardi**, commissione Ambiente Camera dei Deputati; **Andrea Mandelli**, vicepresidente Camera dei Deputati; **Roberto Novelli**, commissione Affari Sociali Camera dei Deputati; **Elisa Pirro**, commissione Igiene e Sanità del Senato e **Luca Rizzo Nervo**, commissione Affari Sociali Camera dei Deputati.

In Breve

Inaugurato in Sardegna il primo Museo di arte filatelica infermieristica

Il 12 novembre, in apertura della tappa in Sardegna del Congresso nazionale itinerante della FNOPI, nella location di Casa Fenu, nel Comune di Villamassargia, è stato inaugurato il primo "Museo Internazionale dell'Arte Filatelica Infermieristica", che intende documentare il percorso e l'impatto storico, grafico e culturale dei francobolli emessi e dedicati in tutti i continenti alla pratica infermieristica e ai suoi protagonisti.

Fra tutti i temi toccati, il gesto assistenziale, universalmente riconosciuto per distinguere l'identità infermieristica da altre azioni di cura di altri professionisti della salute, è il più presente tra gli oltre 1.600 francobolli dedicati al Nursing.

Qui, la Professione è sintetizzata nella sua accezione più alta e completa possibile: un elaborato culturale e materiale, realizzato e reso disponibile solo con originali tra buste, cartoline e annulli.

Le emissioni rappresentano la considerazione, l'attenzione, il riconoscimento e l'approfondimento di uno Stato, di una comunità, per un'idea e per ricordare e/o celebrare avvenimenti speciali, soprattutto in questi tempi di lotta alla pandemia, dove non si può non evidenziare che "assistere e curare" è sempre un avvenimento speciale.

Il Museo filatelico infermieristico documenta l'evoluzione e lo status quo, la narrazione e la suggestione, la modernità e la dimensione della Professione infermieristica attraverso l'autorevolezza di immagini e istantanee di opere d'arte racchiuse in pochi centimetri.

Raccolte in Sardegna, queste speciali "tessere" comporranno il mosaico più ampio della testimonianza globale dell'evoluzione della cura e della pratica infermieristica negli ultimi 150 anni. Una sfida d'impatto culturale e di respiro internazionale, con la prospettiva che questo posto produca stimoli intellettuali continui, rivolgendosi al pubblico, ai collezionisti, alle comunità locali, alle istituzioni e ai professionisti infermieri e sanitari.

Info: museo@nursingphilately.com





dalla FNOPI

Dal Lazio nuovi modelli di Infermieristica di Famiglia e Comunità



Alla fine di ottobre 2021, il Congresso itinerante della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) ha toccato Umbria e Lazio.

Una quinta tappa per un evento speciale, che ha sempre rispettato la normativa anti-COVID e evitato gli assembramenti, con i componenti del Comitato centrale della Federazione in viaggio per varie località, che si concluderà il prossimo 12 maggio in Sicilia, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere.

In ogni luogo, oltre all'ovvio confronto con le istituzioni (esponenti della politica locale e assessori regionali alla Sanità), presentate le buone pratiche e le eccellenze della Professione.

Professione che, soprattutto sul territorio, ha accettato di affrontare l'assistenza (pandemia compresa) vicino ai cittadini e con l'unico scopo di riuscire a soddisfare i diversi bisogni di salute.

Secondo le stime FNOPI, nel Lazio (regione sotto piano di rientro e quindi con ogni possibilità di assunzione o reintegro bloccata) la carenza di infermieri sfiora le 7

mila unità e, dal 2009 al 2019, si è perso il 13,5% di infermieri.

Eppure, gli esempi virtuosi di professionalità degli infermieri sono indiscussi e proprio questi, in rappresentanza di tutta la categoria, sono stati premiati dalla FNOPI durante la tappa di fine 2021 del Congresso.

A **Frosinone**, per esempio, è previsto l'inserimento degli studenti del III Anno del CdL e laureandi in Infermieristica nelle équipes anti-COVID previste nelle scuole di primo grado e nei servizi educativi, come tirocinio clinico formativo in affiancamento al personale infermieristico scolastico, per coadiuvare il personale nell'attuazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

Presso l'**Asl Roma 6** (territorio di competenza: da Anzio ai Castelli romani), l'Infermiere di Famiglia e Comunità prende in carico la popolazione più fragili affetta da patologie che vanno dal BPCO allo Scompenso Cardiaco dal diabete all'ipertensione.

Lo fa in collaborazione con i medici di base, e l'intervento, in un anno, ha migliorato la qualità di vita delle persone, favorendo l'aderenza terapeutica e riuscendo a far registrare una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso, rispetto all'anno prima. Ciò, perché l'utilizzo appropriato dei servizi sanitari, per mezzo di un giusto approccio dell'autogestione in potenziali *setting* di rischio, riduce l'ospedalizzazione.

A **Latina** è stato presentato un sistema per valutare il livello di complessità del paziente in ambito palliativo, per poter distribuire al meglio i carichi di lavoro rapportati alle specifiche necessità assistenziali.

All'Asl Roma 4 (territorio di competenza: confini Nord-Est di Roma fino ai margini costieri della provincia di Viterbo) sono state studiate le situazioni di cronicità per una migliore presa in carico delle persone.

Per i programmi di educazione sanitaria, i risultati sono di successo nel 100% dei casi: per le persone assistite dall'IFeC, in un anno, gli accessi impropri al Pronto Soccorso si sono ridotti del 50%, così come i ricoveri e le giornate di degenza. E, assieme, sono migliorati gli indicatori della qualità di vita e quelli relativi ad ansia e depressione.

All'ospedale pediatrico **Bambino Gesù** di Roma, l'ospedalizzazione domiciliare dei bimbi oncematologici ha permesso di allargare le offerte di cura, portando la qualità dell'assistenza della struttura direttamente a domicilio, con vantaggi sia per i piccoli pazienti che per i loro genitori.

Il progetto prevede due medici; un Coordinatore infermieristico, che coordina le Unità infermieristiche e pianifica tutte le attività, e gli infermieri, che mettono in atto quanto organizzato.

Secondo le stime FNOPI, nel Lazio la carenza di infermieri sfiora le 7 mila unità e, dal 2009 al 2019, si è perso il 13,5% di infermieri.



dalla FNOPI



I progetti regionali premiati nella tappa

Il tempo di formazione è tempo di cura

Il progetto è frutto di un protocollo d'intesa tra il Ministero dell'Istruzione-USR Lazio, Provveditorato di Frosinone, Università di Tor Vergata, OPI e ASL di Frosinone e prevede l'inserimento degli studenti di Infermieristica del III anno e laureandi nelle équipes AntiCovid previste nelle scuole di primo grado, come tirocinio clinico formativo, in affiancamento al personale infermieristico scolastico previsto per coadiuvare il personale nell'attuazione delle misure di prevenzione e controllo dell'infezione da virus SARS-CoV-2 nelle scuole e servizi educativi sotto la supervisione delle Direzioni Didattiche della sede universitaria di appartenenza. In relazione alle azioni già intraprese dalla FNOPI nell'ambito dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità, il progetto sperimentale vede un coinvolgimento diretto dei CdL in Infermieristica nell'implementazione della figura dell'Infermiere scolastico nelle strutture di primo grado.

Infermiere di Famiglia e Comunità nella ASL Roma 6: assistenza territoriale diffusa

L'invecchiamento della popolazione ha condotto ad un costante *trend* di crescita delle patologie croniche, scenario che richiede, alla Sanità Pubblica, l'individuazione di aree di intervento specifiche e tese a proteggere i cittadini più fragili.

Il cambio del paradigma sanitario, però, vede come protagonista l'assistenza territoriale.

L'ASL Roma 6, con l'implementazione del Servizio dell'Infermerie di Famiglia e di Comunità, ha scelto di iniziare un percorso sperimentale orientato alla presa

in carico della popolazione più fragile affetta da patologie croniche: BPCO, scompenso cardiaco, patologia diabetica e ipertensione.

Le attività dei professionisti infermieri, che lavorano in sinergia con i Medici di Medicina Generale, sono orientate ad un "*Engagement proattivo*" delle persone secondo il modello del *Chronic Care Model* e con meccanismi di *Case Management*. Le azioni messe in campo, attraverso interventi di promozione della salute, prevengono, ritardano e intercettano precocemente il peggioramento dello stato di salute/fragilità delle persone.

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è la Cartella infermieristica, che permette l'analisi dei modelli funzionali (M. Gordon), l'individuazione delle diagnosi infermieristiche e del bisogno di riferimento. Ne segue la definizione degli obiettivi assistenziali e la stesura del Piano di Assistenza Individuale.

Ad un anno dall'implementazione del servizio presso il Distretto Sanitario 3, nella ASL Roma 6, rispetto agli obiettivi prefissati, si rileva che gli interventi di promozione alla salute hanno migliorato la qualità di vita delle persone, favorito l'aderenza terapeutica, registrato una riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso rispetto all'anno precedente, l'utilizzo appropriato dei servizi sanitari e ridotto, attraverso l'approccio del *self-management*, potenziali situazioni di rischio. Questi risultati nel medio-lungo termine generano *input* di economicità nel sistema salute.

Visti i risultati ottenuti nella fase sperimentale, la volontà Aziendale ha favorito l'implementazione del Servizio anche presso il Distretto Sanitario 2.

Indice di Complessità Assistenziale nelle cure palliative

Le cure palliative hanno lo scopo di alleviare i sintomi senza curare la malattia di base.

L'infermiere offre la sua assistenza al fine di prevenire ed alleviare la sofferenza, così da garantire la migliore

qualità di vita per il paziente e per la sua famiglia. Si è pensato di introdurre un sistema per valutare il livello di complessità del paziente alla presa in carico infermieristica, in ambito palliativo, per poter distribuire al meglio i carichi di lavoro rapportati alle specifiche necessità assistenziali. Lo studio osservazionale, da dicembre 2018 a maggio 2021, ha monitorato 145 pazienti ricoverati in regime domiciliare presso l' "Unità di Cure Palliative-Hospice San Marco" di Latina.

Il livello di complessità è stato rilevato attraverso un questionario di 10 domande, costruito appositamente e compilato da colleghi infermieri dell'Hospice domiciliare al momento del primo accesso infermieristico. L'utilizzo dell'ICA, come strumento per l'identificazione del carico assistenziale, si è dimostrato efficace per individuare i reali bisogni dell'assistito correlati al suo livello di complessità, per poter pianificare un'assistenza che comprenda interventi mirati ed appropriati al fine del miglioramento della qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Lo strumento può essere utile per individuare il carico di lavoro infermieristico, così da realizzare una programmazione più efficace in termini di continuità assistenziale.

Oncoematologia pediatrica: ospedalizzazione domiciliare

Il dipartimento di Oncoematologia dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, oltre a due Day Hospital e ambulatori, dispone di 77 posti letto (di cui 13 di trapianto emopoietico e terapie cellulari).

Nel 2020, sono stati presi in carico circa 500 pazienti, effettuati 170 trapianti (33 autologhi) e eseguite circa 400 nuove diagnosi. Per far fronte a questa sempre crescente richiesta di assistenza in ambito oncoematologico, dal 2017, è stato attivato il progetto di Ospedalizzazione Domiciliare (OD), con l'obiettivo di organizzare le cure dei piccoli pazienti presso il domicilio,

in alternativa al ricovero ospedaliero.

Vengono presi in carico tutti i pazienti oncoematologici a casa o in quelle di accoglienza, che necessitano di controlli ematici, trattamenti e assistenza specialistica differibile sul territorio o che sono in fase terminale. Il progetto prevede: due medici che verificano quali pazienti possano partecipare all'OD; un Coordinatore infermieristico che coordina le Unità infermieristiche e pianifica tutte le attività, gli infermieri che mettono in atto le attività.

L'attivazione del progetto OD, fino a adesso, ha permesso di assistere quasi 900 pazienti direttamente al proprio domicilio, riducendo più di 10 mila accessi in ospedale ed è risultato vincente anche durante la pandemia da COVID-19.

Tale progetto ha permesso di allargare le offerte di cura dell'ospedale romano, portando la qualità dell'assistenza della struttura direttamente al domicilio delle persone, con vantaggi positivi per i piccoli pazienti e per i loro genitori.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nelle cronicità: analisi descrittiva nella popolazione presa in carico nella Asl Roma 4

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) è un professionista specializzato che opera sul territorio, vicino alle famiglie e alla comunità, orientato alla gestione proattiva della salute in risposta ai bisogni identificati. Il progetto si è posto gli obiettivi di:

1. rendere le famiglie e la comunità responsabili del mantenimento della loro salute attraverso interventi educativi per lo sviluppo del *self-care*;
2. mantenere il più possibile la persona nel suo domicilio o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione;
3. sviluppare un'assistenza qualitativamente elevata basata sulle migliori evidenze disponibili, sulla valutazione continua degli esiti assistenziali e sulla ricerca.

Lo studio è stato condotto attraverso un'analisi descrittiva osservazionale, svoltasi da novembre 2019 a novembre 2020, in due Unità di Cure Primarie di un Distretto della Asl Roma 4.

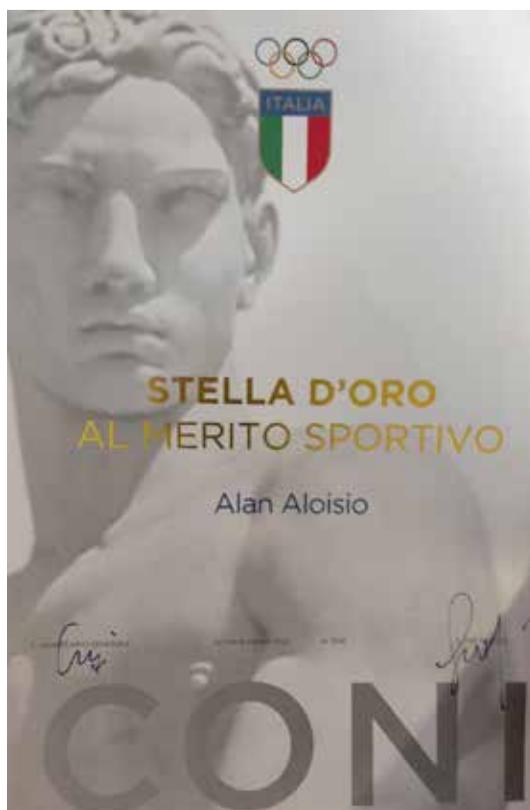
I dati sono stati raccolti dall'IFeC attraverso la Cartella infermieristica e l'utilizzo di questionari validati.

Ad un anno dall'implementazione, dall'analisi dell'IFeC nella Asl Roma 4, si evince:

- la riduzione del numero degli accessi in Pronto Soccorso e ricoveri rispetto al periodo precedente della presa in carico dell'IFeC;
- potenziamento del *self management*;
- miglioramento della qualità di vita della persona;
- dichiarato gradimento da parte dei cittadini per il servizio erogato.



Il collega Alan Aloisio, Stella d'Oro al Merito sportivo CONI



Alan Aloisio, infermiere iscritto all'OPI di Roma e in forze all'Ospedale San Giovanni della Capitale, è stato premiato con la stella d'Oro al Merito Sportivo dal Coni, per il suo impegno fuori e dentro la società Vis Nova Basket.

Dalle giovanili alla panchina della prima squadra, così come in corsia, Alan ha dimostrato di saper dare il massimo sempre in prima linea.

Il presidente del Coni, **Giovanni Malagò**, ha riconosciuto in Alan: "l'importanza e lo spesso sociale dell'impegno al servizio della collettività in questo momento caratterizzato dalla pandemia da Covid-19".

Il riconoscimento rappresenta così il tributo della comunità sportiva per l'impegno e la dedizione con cui viene onorata la propria "missione" dentro e fuori dal campo. La cerimonia di premiazione si è svolta in novembre. "Dedico questa onorificenza a tutti i miei colleghi, sempre presenti in un momento così difficile, alla mia famiglia che mi è stata sempre vicina, e ai ragazzi che alleno, che non hanno mollato mai, con grande senso di responsabilità e di sacrificio", così Aloisio.

"Ho scelto la professione di infermiere grazie a mio nonno, al quale volevo un bene dell'anima - ha spiegato -. Ci ha lasciati quando aveva 67 anni per un brutto male, quando io frequentavo il IV anno del Liceo Scientifico e, quel giorno, mi sono detto che non avrei più voluto veder soffrire le persone accanto a me. Amo il mio lavoro, anche e soprattutto in questo periodo complicato: durante il *lockdown* quanto ho imparato grazie al basket mi ha aiutato a superare la difficoltà".

La Vis Nova, nata nel 1955 a Roma all'interno del Collegio Santa Maria per iniziativa dei Padri Marianisti, si è affermata nel mondo del basket grazie ad uno straordinario vivaio, fiore all'occhiello della società: la prima squadra, infatti, quasi sempre composta da giocatori provenienti dal settore giovanile, ha scalato le vette del basket nazionale.

In Breve

Murale ricorda Luciano Quaglieri infermiere del San Filippo morto di COVID-19

Il mese scorso, è stato inaugurato il murale in ricordo di Luciano Quaglieri, infermiere dell'ospedale San Filippo Neri morto a causa del COVID-19 un anno fa, a soli 47 anni. L'opera, chiesta con una petizione da oltre 40 mila persone e realizzata da Domenico Portale e Silvia Moccia, è un ritratto gigantesco e colorato su una delle facciate della stazione San Filippo Neri della linea Roma-Viterbo. Ma è anche un omaggio al sanitario e a tutti i colleghi morti nei giorni bui della pandemia. "Lucianone", come affettuosamente veniva chiamato per via degli oltre due metri d'altezza, sempre sorridente, disponibile e affettuoso è stato in prima linea, ed è caduto a metà novembre dopo aver contratto la malattia, proprio mentre lavorava al Pronto Soccorso del nosocomio capitolino, lasciando moglie (anche lei infermiera) e figlie. Un gigante buono che curava i pazienti e proteggeva i colleghi sempre con il sorriso sulle labbra: quello stesso sorriso, incorniciato nella cuffia colorata, con cui è stato immortalato sul murale.

Il suo, come il sacrificio di altri operatori sanitari, non deve essere dimenticato, perciò quest'opera vuole essere un segno di ringraziamento nei confronti di tutti gli infermieri e i lavoratori delle strutture ospedaliere che fronteggiano le emergenze ogni giorno.





Un'infermiera raccoglie le storie di speranza di genitori con bambini curati nella TIN del San Camillo Forlanini



Grazia Cascavilla
**Come appesi ad un filo.
I guerrieri della TIN**
novembre 2021
Authorpublishers Editore
(112 pagg, 15 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

“**C**ome Appesi ad un filo. I guerrieri della TIN” più che un semplice libro, è una rilevante testimonianza di vita vissuta attraverso le parole di genitori con bambini in cura nel Reparto di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell’ospedale San Camillo Forlanini di Roma.

L’occasione per mettere insieme queste 28 rilevanti storie di dolore e di speranza è stata la Giornata Mondiale della Prematurità, in cui, ogni anno, queste coppie sono state invitate a raccontare la loro storia per dare sostegno ad altri genitori nelle stesse difficili condizioni. Dalle parole custodite dal personale infermieristico, è nato un testo pubblicato grazie all’intuizione della collega Grazia Cascavilla, infermiera specializzata presso il reparto di TIN del nosocomio capitolino, precedentemente occupata nei reparti di Chirurgia Pediatrica e Terapia Intensiva Neonatale dell’Ospedale Bambino Gesù.

Il filo rosso che lega tutte le storie del libro è la profonda riconoscenza verso il personale sanitario del Reparto di TIN del San Camillo, segno tangibile che l’ospedalità pubblica può ancora essere un’eccellenza e riuscire in un compito arduo: fornire sostegno ai pazienti e ai loro cari. Si tratta di “cure del cuore”? E sono importanti tanto quanto le cure mediche, sia per i bambini ricoverati che per i loro parenti?

Da molti anni, questa “filosofia” è stata messa in pratica dai medici e soprattutto dagli infermieri del Reparto, che oggi viene riconosciuto come un’eccellenza nelle cure ai prematuri e nel sostegno alle famiglie.

Inoltre, in questo duro periodo legato al COVID-19, per restare il più possibile vicino alle famiglie, medici e infermieri del San Camillo (arruolati volontariamente) hanno attivato anche un gruppo di “Auto-mutuo-aiuto” che si tiene online una volta a settimana, alla presenza di genitori di ex prematuri, infermiere, psicologi del Reparto TIN.

Fra le altre: “Non c’è un grazie abbastanza sentito per esprimere ciò che proviamo. Vi siete presi cura di noi non solo dal punto di vista professionale, ma con le carezze, le parole, gli sguardi d’incoraggiamento (...) Non avremmo mai pensato che un ospedale potesse somigliare così tanto ad una casa”.

Chi ha affrontato la dura realtà della nascita prematura di un figlio, ricoverato presso la struttura romana, sa che gli infermieri e le infermiere vengono chiamate zii e zie e che spesso i rapporti instaurati all’interno del Reparto durano per anni. Non a caso, sono moltissimi i bambini, che una volta cresciuti, tornano a salutare quella “grande famiglia” e che si commuovono vedendo appese al muro le loro foto, quelle di quando sono nati, assieme a quelle inviate successivamente dai genitori, in occasione dei loro compleanni.

Loro, quei piccoli esseri, sono dei veri “guerrieri”, la loro armatura è stata forgiata da abbracci, carezze, coccole e parole di speranza.

Questo libro è stato concepito con l’intento di essere uno strumento di aiuto per chi ogni giorno accompagna e percorre la difficile strada della Prematurità. Una strada piena di buche e salite, che può essere più o meno lunga, ma che sembra interminabile, affrontata

dai bambini, dai loro genitori e dagli operatori sanitari.

Un libro che non si sarebbe potuto realizzare senza la generosità di persone che hanno aperto il loro cuore, con non poca fatica, condividendo emozioni molto intime. “Il primo sentito ringraziamento va ai genitori che hanno donato le ‘loro storie’ – spiega Cascavilla -”. Ma pure alle colleghe che hanno partecipato attivamente alla loro raccolta e a tutta l’equipe della TIN. Insieme, ogni giorno, scriviamo testimonianze meravigliose nel cuore di molte famiglie”.

Disponibile in formato e-book (senza illustrazioni) e cartaceo (con illustrazioni) su Amazon, i ricavi della vendita di questo libro saranno devoluti al Reparto di Terapia Intensiva Neonatale del San Camillo di Roma, per l’acquisto di attrezzature e strumentazioni per la cura, il monitoraggio ed il conforto dei bambini ricoverati.



Maria Francesca Tiraterra
Mio fratello ha sempre freddo
febbraio 2020
Robin Editore
(112 pagg, 12,50 Euro)

“Mio fratello ha sempre freddo” Viaggio nella tossicodipendenza

“Mio fratello ha sempre freddo” di Maria Francesca Tiraterra, formatore in ambito sanitario presso l’Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma e professore a contratto di Scienze Infermieristiche e Ostetriche all’Università “Sapienza” di Roma, è un viaggio nella relazione con il mondo della tossicodipendenza. Pubblicato per la Robin Edizioni nel marzo 2020 (quando il tempo sospeso della pandemia costringeva tutti a paralizzare la propria vita) è stato presentato giovedì 2 dicembre, alla Cappella Orsini Club della capitale, il libro è stato anche finalista al Concorso Letterario “Lettere al Sempione” 2021.

Un mondo in chiaroscuro, quello narrato da questa autrice esordiente. Il racconto del tempo sospeso dei “tossici”, spesso stigmatizzati senza possibilità di riscatto, narrato attraverso il dialogo a due voci di un fratello e una sorella, che, grazie a una grandissima ironia e all’utilizzo del dialetto romanesco, offre un viaggio emozionale nel terreno impervio dell’incomunicabilità nelle famiglie: problematica trasversale che investe ogni ceto sociale. Un testo è una fotografia senza filtri che non chiude però la porta alla speranza ed è stato già diffuso nelle scuole superiori di Molfetta come spunto di riflessione sulle devianze sociali.

“Chi cade nelle spire della dipendenza da sostanze tossiche vive un dramma esistenziale profondo che inevitabilmente coinvolge tutta la sua famiglia, la quale deve trovare la forza di imboccare, con consapevolezza, un cammino comune di rinnovata accoglienza. Il mio auspicio è che questo testo possa essere uno sprone alle istituzioni e alla società civile per il riconoscimento dei diritti degli ultimi e dei dimenticati”, ha spiegato l’autrice, Maria Francesca Tiraterra.

Un libro autobiografico, chiaro, sotto diversi aspetti “drammatico”, che narra del rapporto “difficilissimo” tra un fratello tossicodipendente e sbandato (che si divide tra strada, carcere e comunità) e una sorella che gli rimane sempre accanto. La scrittrice, infermiera, descrive in modo semplice e profondo i sentimenti, pure contrastanti, da lei vissuti: il rancore verso un ragazzo che le ha profondamente segnato l’esistenza e l’amore per un fratello, tanto grande da non permetterle mai di abbandonarlo.

Obbligo Vaccinale

L'articolo 1 del Decreto Legge n. 172/2021 ha sostituito l'art. 4 del Decreto Legge n. 44/2021 recante *“Misure urgenti per il coordinamento dell'epidemia da Covid-19, in materia di vaccinazioni anti Sars-Cov-2, di Giustizia e di concorsi”*, convertito con modificazioni dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76

Avv. Barbara Pisa



L'articolo 1 del Decreto Legge n. 172/2021, entrato in vigore in data 27.11.2021, ha introdotto le seguenti novità:

- obbligatorietà per gli operatori sanitari di sottoporsi a vaccinazione gratuita, comprensiva, a far data dal 15 dicembre 2021, della somministrazione della dose di richiamo successiva al ciclo vaccinale primario;
- gli Ordini degli esercenti le Professioni sanitarie sono i soggetti competenti ad attivare la procedura di controllo sull'assolvimento dell'obbligo vaccinale (quindi, non più le ASL);
- competenza del medico di medicina generale a certificare l'esenzione dall'obbligo vaccinale;
- l'adempimento dell'obbligo vaccinale costituisce, fino alla data del 15 giugno 2021, per i professionisti sanitari che si iscrivono per la prima volta in un Albo professionale (è requisito di iscrizione).

Gli Ordini degli esercenti le Professioni sanitarie sono chiamate a verificare che i propri iscritti abbiano assolto all'obbligo vaccinale, ex art. articolo 4 del D.L. 44/2021, convertito con modifiche dalla L. 76/2021, e che, quindi, siano in possesso delle certificazioni verdi COVID-19 comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione anti SARS-CoV-2. Tale verifica è effettuata dagli Ordini professionali territorialmente competenti per il tramite delle rispettive Federazioni nazionali che, nell'ambito della procedura di controllo, assumono la qualità di responsabili del trattamento dei dati personali e devono procedere alla **verifica** sul possesso della **certificazione verde** attraverso **Piattafor-**



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 nazionale **Digital Green Certificate**.

Se l'accesso alla Piattaforma nazionale–DGC rivela che l'**operatore sanitario NON ABBI**a effettuato la vaccinazione anti SARS-CoV-2 (prima dose) o che **NON ABBI**A EFFETTUATO, a far data dal 15 dicembre 2021, secondo le indicazioni e i termini previsti con circolare del Ministero della Salute, **quella di richiamo**:

A) l'Ordine professionale territorialmente competente deve invitare l'interessato a produrre, **entro cinque giorni dalla ricezione della richiesta**:

- o la documentazione comprovante l'effettuazione della vaccinazione;
- o l'attestazione relativa all'omissione o al differimento della stessa in ragione di un accertato pericolo per la salute in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate e attestate da un medico di medicina generale;
- o la presentazione della richiesta di vaccinazione che dovrà essere eseguita entro un termine non superiore a 20 giorni dalla ricezione dell'invito.

N.B. Nel caso in cui l'iscritto produca documentazione attestante la richiesta di vaccinazione, l'Ordine deve invitarlo a **trasmettere immediatamente, e comunque non oltre tre giorni dalla somministrazione**, la certificazione attestante l'adempimento all'obbligo vaccinale.

- **O** documentazione relativa all'insussistenza dei presupposti per l'obbligo vaccinale (esempio, caso in cui il soggetto rispetto al quale il controllo è stato effettuato non eserciti più attività qualificabili come Professioni sanitarie).

B) Decorsi inutilmente i termini innanzi richiamati e, quindi, risulti accertato il mancato adempimento dell'obbligo vaccinale (anche con riguardo alla dose di richiamo) da parte dell'iscritto,

l'Ordine professionale deve darne **comunicazione alle Federazioni nazionali competenti** e, per il personale che abbia un rapporto di lavoro dipendente, anche al datore di lavoro.

C) Se le verifiche in ordine all'assolvimento dell'obbligo vaccinale **diano esito negativo**, l'Ordine adotta **l'atto di accertamento dell'inadempimento dell'obbligo vaccinale**.

Tale atto di accertamento:

- ha **natura dichiarativa**;
- non ha natura disciplinare;
- **determina l'immediata sospensione dall'esercizio delle Professioni sanitarie**.

D) L'atto di accertamento deve essere annotato nel relativo Albo professionale.

La sospensione dall'esercizio delle Professioni sanitarie **è efficace** fino alla data del 15 giugno 2021, a meno che l'interessato non comunichi all'Ordine territoriale competente:

- il completamento del ciclo vaccinale primario;
- la somministrazione della dose di richiamo per i professionisti che hanno completato il ciclo vaccinale primario.

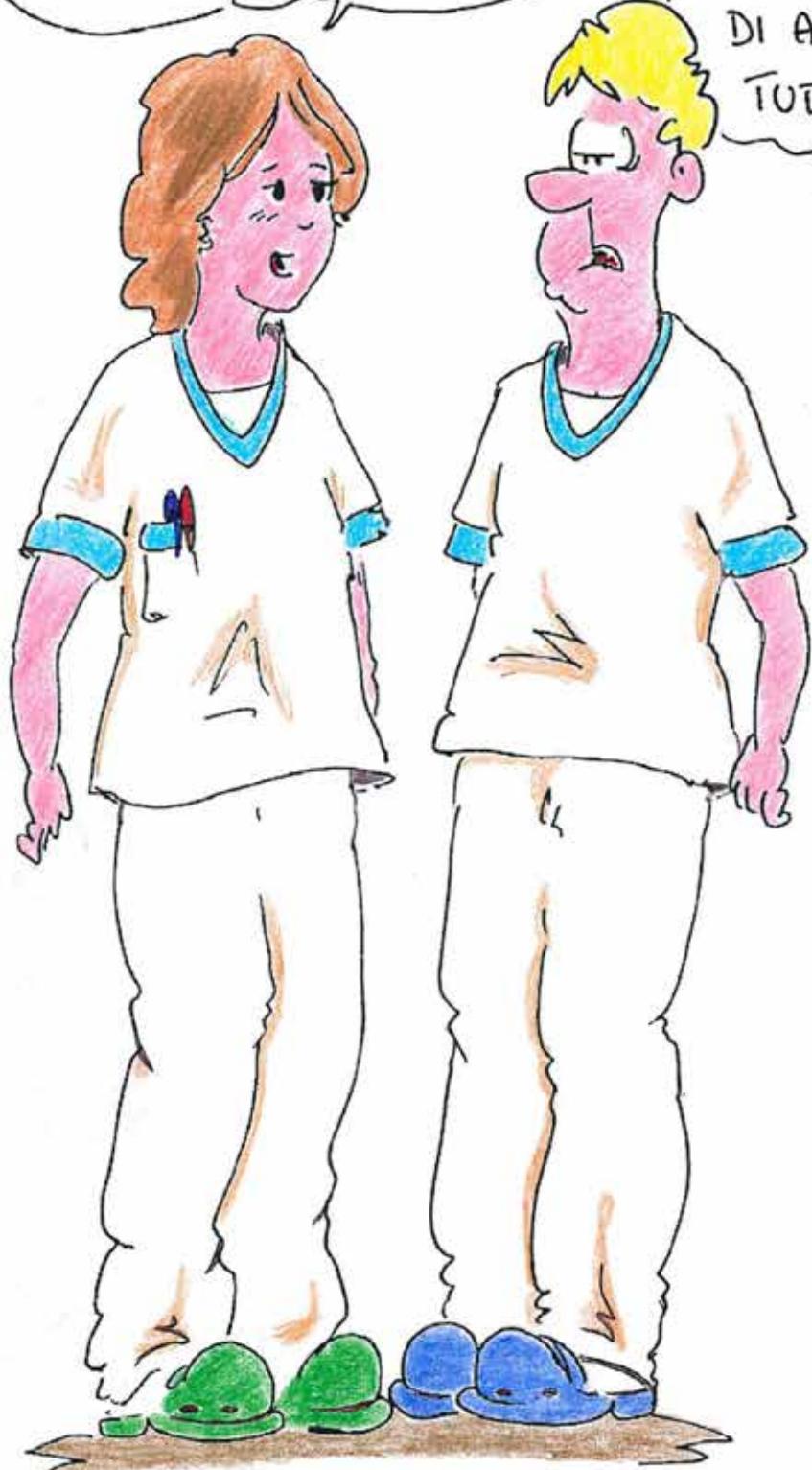
Se l'interessato ha un rapporto di lavoro dipendente, dovrà provvedere a comunicare l'assolvimento dell'obbligo vaccinale, **oltre che all'Ordine territorialmente competente, anche al datore di lavoro**.

Si ricorda che tali novità sono state introdotte con lo strumento del Decreto legge, che perde efficacia sin dall'inizio se non convertito in legge nel termine di 60 giorni dalla sua pubblicazione.

Pertanto, poiché il D.L. 172/2021 è stato pubblicato in data 26 novembre 2021, dovrà essere convertito in legge entro la data del 25 gennaio 2021.

IL NOSTRO OPI CONTA BEN
35 MILA PROFESSIONISTI...

PENSA SE DECIDESSIMO
DI ALZARE LA VOCE
TUTTI INSIEME.



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. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro 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 l gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

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

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

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



OPI ROMA
a portata di click!



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



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



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



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