

INFERMIERE

OGGI

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

PARTECIPAZIONE

FORMAZIONE

IDENTITÀ

ORGANIZZAZIONE

Cambiamo il futuro, oggi
STATI GENERALI
DELLA PROFESSIONE
INFERMIERISTICA

Se non ora quando?



"Pace": è il grido che impone la triste vicenda del conflitto in Ucraina. Come se non fosse bastato il COVID-19...

E gli infermieri italiani, impegnati anche su tale "fronte", non hanno fatto mancare il loro sostegno alle popolazioni e ai colleghi provenienti dai teatri di guerra.

Di violenza si è parlato anche il 12 marzo: di quella sugli operatori sanitari, con la Prima Giornata dedicata a questo tema. Intanto, la Professione, mentre si colloca al centro della sanità del futuro, risulta sempre meno attrattiva, e il numero degli operatori sanitari resta insufficiente: nel Lazio, la media è di 15 pazienti per ogni infermiere.

Quindi?

Il Consiglio nazionale della Fnopi ha lanciato gli Stati Generali della Professione Infermieristica: una consultazione pubblica e trasparente rivolta ai 450 mila iscritti agli Ordini, chiamati ad esprimersi sui temi più importanti che li riguardano.

Partecipare è fondamentale perché significa contribuire a che l'infermiere italiano possa indicare la via alle Istituzioni per guidare il cambiamento dell'attuale sistema Salute.

EDITORIALE

2_ Disegnare il futuro di Maurizio Zega



4_ L'infermiere e la teleassistenza Una Revisione narrativa della letteratura di Luigi Apuzzo, Daniele Pandolfi, Lorena Martini

15_ Utilizzo dei diari in Terapia Intensiva Pediatrica Una Revisione narrativa della letteratura di Vincenza Sansone, Federica Calcani, Orsola Gawronski

25_ Vissuto delle infermiere di Ginecologia e Ostetricia nella relazione assistenziale con le pazienti transculturali affette da incontinenza urinaria: uno studio fenomenologico di suor Jacinta Kilonzo

36_ JBI Best Practice. L'efficacia degli interventi sulla prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

DAL CECRI

40_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

41_ Estratto della Linea Guida "Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità"



49_ Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI

51_ Gennaro Rocco nella *Hall of fame* dell'Infermieristica internazionale

52_ “*Women in Health*”, progetto CECRI protagonista all'Ambasciata britannica

DALL'ORDINE

53_ Assemblea annuale degli iscritti 2022

55_ Il bilancio

57_ Infermieri per la pace. Sostegno alle popolazioni colpite e ai colleghi provenienti dall'Ucraina

58_ Il 12 marzo celebrata la Prima Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari

59_ Aggressioni agli infermieri di Roma
Zega: “Non passiamo da eroi a martiri!”

DALLA FNOPI

60_ Arrivano gli Stati Generali dell'Infermieristica
Gli iscritti a confronto sul futuro della Professione

OPI DI BIBLIOTECA

61_ “Contaminazioni” tra professionisti per intercettare nuovi spunti operativi

PILLOLE LEGALI

62_ *Green pass* e lavoro. Il nuovo Decreto Legge approvato dal Governo e pubblicato in Gazzetta Ufficiale

64_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXII - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2022
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, Nataschia 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: aprile 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

Disegnare il futuro

di Maurizio Zega

“
Il contributo della
professione
infermieristica
al progresso scientifico
in ambito sanitario è di
fondamentale importanza

”

“
Nel Lazio, la media
è di 15 pazienti per
ogni infermiere.
Ma si sa: dove mancano
gli infermieri, manca
la salute

”

Il fondatore e attuale Direttore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma, Gennaro Rocco, riceverà il premio "International Nurse Researcher Hall of Fame 2022" da Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing per "l'impatto significativo che la sua opera e la sua ricerca ha dato alla professione infermieristica in Italia e nel mondo".

Ci piace aprire questo numero di Infermiere Oggi rendendo il tributo che spetta al nostro collega, e, soprattutto, al nostro già presidente del Collegio IPASVI di Roma. Il giusto riconoscimento al Dottor Rocco deve essere un'occasione di riflessione non solo sul molto che si è fatto, anche grazie a lui e a colleghi come lui, ma anche del molto che abbiamo ancora di fronte: la ricerca infermieristica è al cuore della nostra attenzione come Ordine di Roma e, con crescente evidenza, dimostra come il contributo della Professione al progresso scientifico in ambito sanitario sia di fondamentale importanza. Soltanto chi è incapace di leggere i segni dei tempi può ancora non essersene accorto: altrove, come proprio il riconoscimento attribuito al fondatore del CECRI dimostra, la consapevolezza di ciò è ben più matura e diffusa.

Attualmente, la nostra professione vive un momento che si vorrebbe definire bivalente: da una parte, il suo ruolo risulta obiettivamente esaltato dalla programmazione teorica della riforma sanitaria, a partire dal PNRR: quando si è trattato di dimostrare all'Europa la serietà e la conformità all'evidenza scientifica di una riforma sanitaria, non si è potuto fare a meno di collocare l'infermiere nel posto che gli spetta, al centro del sistema di sanità territoriale e proattiva.

Quando però si è trattato di passare dalle parole ai fatti, dagli enunciati alle articolazioni concrete, l'alto riconoscimento teorico è sembrato sciogliersi come neve al sole.

Paiono prevalere logiche legate a visioni totalmente screditate proprio dall'evidenza statistica, epidemiologica, insomma scientifica.

Da noi, a quanto pare - complice anche il farraginoso ordinamento giuridico che vede affastellarsi le più diverse competenze legali, con il risultato di un sostanziale immobilismo - si deve ancora fare i conti con resistenze corporative che verrebbe da definire quasi ridicole, se non fosse che, a causa di esse, a rimetterci sia la cittadinanza, se non il diritto stesso alla salute.

Ecco, a quanto pare, la nostra professione, mentre la si colloca al centro della sanità del futuro, risulta sempre meno attrattiva: quando parliamo di questo problema, ci sentiamo dire, con pensosi scuotimenti di capo, che quella della carenza di infermieri è un problema antico e che, per questo, "non fa più notizia". A lume di buonsenso, per la verità, si comprende benissimo lo scarso entusiasmo dei giovani ad intraprendere una professione che comporta, intanto, un notevole rischio sanitario (come la pandemia ha dimostrato), che è malpagata come sa l'intero universo, che non consente avanzamenti di carriera sul piano della competenza clinica e per accedere alla quale, per giunta, si deve anche studiare per anni.

“

Gli Stati Generali della Professione Infermieristica sono una consultazione pubblica e trasparente rivolta a tutti i 456.000 colleghi, chiamati ad esprimere la loro posizione su importanti temi, per arrivare a una piattaforma condivisa che ridisegni la professione infermieristica in Italia e per guidare il cambiamento dell'attuale sistema

”

Eppure, anche qui l'evidenza è palmare.

Ancora una volta lo ricordiamo senza commenti, se ce ne fosse bisogno: a ogni paziente in più, rispetto a uno standard medio di 6 per professionista, esiste un rischio aumentato di mortalità del 5-7% (ma in alcuni servizi, come le Terapie Intensive o l'assistenza pediatrica, il rapporto diminuisce a 4 e anche a 2 pazienti per infermiere). Dal nostro osservatorio di Ordine di Roma, ricordiamo che, nel Lazio, la media è di 15 pazienti per ogni infermiere. Dove mancano gli infermieri, manca la salute.

E allora?

Il Consiglio Nazionale della FNOPI, cogliendo a nostro avviso il senso del momento storico che stiamo attraversando, ha deliberato di dar vita agli Stati Generali della Professione Infermieristica, iniziativa rivolta a tutti gli iscritti all'Albo nazionale.

Il 28 marzo è partita una consultazione pubblica e trasparente rivolta a tutti i 456.000 colleghi italiani: siamo chiamati ad esprimere la nostra posizione sui temi più importanti per la Professione.

Si vuole arrivare, con questo, a una piattaforma condivisa che ridisegni la professione infermieristica in Italia, e ciò indipendentemente dalle diverse posizioni politiche e dalla personale posizione lavorativa: vogliamo e dobbiamo guidare il cambiamento dell'attuale sistema e intendiamo farlo attraverso modalità basate su una ferma e forte volontà di proporre una dialettica istituzionale concreta ed efficace.

E questo, sia detto non per inciso ma con tutta l'evidenza del caso, è anche il compito di un Ordine Professionale, Ente sussidiario dello Stato.

Partecipare attivamente agli Stati Generali significa contribuire a che l'infermiere italiano, in prima persona, possa indicare alle Istituzioni le condizioni irrinunciabili per rendere concreto quel diritto alla salute che spesso è solo una enunciazione teorica.

Il mio invito a tutti colleghi a partecipare non è formale: collegatevi al sito <http://statigenerali.fnopi.it/> per delineare il nostro futuro.

È ora, è adesso il momento in cui si decide il futuro della nostra professione, almeno per i prossimi 25 anni: per rispondere in modo esaustivo ai bisogni di salute e assistenza delle persone, si deve ridisegnare la professione infermieristica nel nostro Paese, anche - e forse soprattutto - attraverso la modifica delle norme primarie e dei percorsi formativi universitari e di specializzazione.

Se non ora, quando?



L'infermiere e la teleassistenza

Una Revisione narrativa della letteratura

The nurse and remote assistance *A narrative Review of the literature*

Luigi Apuzzo, UOS Fabbisogni, Standard e Modelli Organizzativi delle professioni Sanitarie, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGE.NA.S., Roma, Italia

Daniele Pandolfi, UOS Fabbisogni, Standard e Modelli Organizzativi delle professioni Sanitarie, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGE.NA.S., Roma, Italia

Lorena Martini, Dirigente Responsabile UOS Fabbisogni, Standard e Modelli organizzativi delle professioni sanitarie, Dirigente ad interim UOC Formazione ECM, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGE.NA.S., Roma, Italia

Parole chiave

teleassistenza, telenursing, PNRR, tele-home care, Telehealth, Telecare

Keywords

tele-assistance, telenursing, PNRR, tele-home care, Telehealth, Telecare

ABSTRACT INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19 ha interessato in maniera significativa l'Italia.

I suoi effetti, infatti, sono stati più che mai negativi su un Paese con condizioni di fragilità (gli over 65 rappresentano il 23,5% della popolazione) e con un eccesso di mortalità, rispetto al livello atteso, di 61 mila individui nei soli over 80. I Paesi europei hanno risposto con Piani di Ripresa e Resilienza, prevedendo di rafforzare la presa in carico a domicilio con prestazioni *telehealth*.

OBIETTIVI

Lo scopo di questa Revisione narrativa è quello di valutare il contributo della teleassistenza sugli *outcomes* di salute degli assistiti.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una ricerca della letteratura su banche dati (PubMed, Cochrane Library, Scopus) di studi RCT o di Revisioni sistematiche della letteratura, ricercando studi in lingua italiana o in lingua inglese, pubblicati negli ultimi 10 anni, *full text*, che avessero interventi di assistenza di *telenursing/teleassistenza*, in popolazioni adulte di età maggiore ai 18 anni.

RISULTATI

Sono stati analizzati 16 *full text*, provenienti da vari Paesi, su varie patologie croniche.

Sono emersi risultati in favore degli interventi in *telenursing* in varie patologie, con diminuzione di emoglobina glicata, significativamente nel tempo, nei pazienti con

diabete mellito ($8,3 \pm 0,6\%$ pre vs. $7,8 \pm 1\%$ post, $p=0,03$), diminuzione delle cadute nei pazienti con Parkinson (da 99 a 3 cadute in tre mesi), miglioramento della qualità della vita nei pazienti con scompenso cardiaco ($p<0,001$).

DISCUSSIONE

I risultati sono positivi e significativi statisticamente in molti studi analizzati, per diverse patologie e in diversi *setting* di vari Paesi nel mondo.

Negli studi di questa Revisione narrativa gli interventi e le patologie sono eterogenei.

CONCLUSIONI

Gli interventi infermieristici in modalità di *telenursing/teleassistenza* possono rappresentare una modalità innovativa per la presa in carico

della popolazione fragile presso il proprio domicilio.

Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per comprenderne meglio le potenzialità.

ABSTRACT INTRODUCTION

The COVID-19 pandemic has significantly affected Italy. The effects of the pandemic, indeed, were negative on a Country with fragile conditions (the population over 65s is 23.5% of the total population) and with an excess of mortality compared to the expected level, of 61 thousand individuals in the over 80s. European countries have responded with Recovery and Resilience Plans, where it is planned to strengthen home care with telehealth services.

OBJECTIVES

The purpose of this narrative review is to evaluate the contribution of tele-assistance on the health outcomes of the patients

MATERIAL AND METHODS

A literature research was carried out on databases (Pubmed, Cochrane Library, Scopus), RCT studies, case-report or systematic Reviews of the literature searching for studies in Italian or English, published in the last 10 years, full text, who had telenursing/teleassistance assistance interventions, in adult populations (over 18s).

RESULTS

Were analyzed 16 full texts from various countries on various chronic diseases. Results emerged in favor of telenursing interventions in various pathologies with a significant decrease in glycosylated hemoglobin HbA1c over time in patients with diabetes mellitus ($8.3 \pm 0.6\%$ pre vs. $7.8 \pm 1\%$ post, $p = 0.03$), decrease in falls in patients with Parkinson's (from

99 falls to 3 falls in three months), improvement in QoL in patients with heart failure ($p < 0.001$).

DISCUSSION

The results are positive and statistically significant in many studies analyzed, for different pathologies and in different settings of different countries around the world. Interventions and pathologies are heterogeneous in the studies of this narrative Review.

CONCLUSIONS

Telenursing/teleassistance can represent an innovative way to take care of the fragile population at home. However, more research is needed to better understand its potential.

INTRODUZIONE

La pandemia da COVID-19, dichiarata nel marzo 2020 (1), ha interessato in maniera significativa il nostro Paese (2) rendendo ancora più evidente il valore della salute - pubblico, universale, fondamentale -, con rilevanza macro-economica dei sistemi sanitari pubblici.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta *outcome* sanitari adeguati nel loro complesso, soprattutto in relazione a una spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo (PIL) della popolazione, inferiore rispetto alla media UE (3), portando a una delle aspettative di vita più alte nel mondo, al quarto posto, dietro solo a Giappone, Svizzera e Spagna, con una media di vita pari a 83.6 anni (4).

Con l'invecchiamento della popolazione, si rappresenta una situazione di cronicità e di multimorbilità, con un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali quotidiane e sulla qualità della vita in generale (5).

Secondo il Rapporto dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (6),

in Italia, nel 2019, circa 7 milioni di ultra sessantacinquenni (ovvero, più di un anziano su due), presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. Tra le persone con età maggiore di 85 anni, la quota raggiunge i due terzi (il 69% tra le donne, 60% tra gli uomini), con i cosiddetti "giovani anziani" (età compresa tra i 65 e i 74 anni) che presentano percentuali ugualmente elevate (48,5% tra le donne e il 39,6% tra gli uomini).

Tra le patologie più frequenti, tra una lista di 22, e senza distinzione di genere, capofila è l'artrosi (presente nel 47,6% dei casi); quindi, l'ipertensione (47% dei casi), le patologie lombari (31,5%) e cervicali (28,7%), le malattie cardiache (19,3% dei casi) e il diabete mellito (16,8%) (6).

Anche tra i soggetti più giovani (65 anni) vi è la presenza, nel 43,2% della popolazione, di almeno una patologia cronica grave come l'ictus, presenza di una patologia tumorale, Alzheimer/demenza, malattia cardiaca, diabete mellito, parkinsonismo, malattia respiratoria cronica (tra cui la bronco pneumopatia cronico ostruttiva BPCO) (6).

La percentuale sale al 48,1% nelle persone tra i 75-84 anni, rappresentando uno svantaggio delle regioni appartenenti al Sud della penisola rispetto al Nord.

Gli effetti della pandemia sono stati chiaramente negativi su un Paese con così dichiarate condizioni di fragilità (dove la popolazione over 65, rappresenta il 23,5% della totale residente), con un eccesso di mortalità rispetto al livello atteso, di 61 mila individui nei soli over 80 (6). Per far fronte alle conseguenze, anche di natura sanitaria dovute alla pandemia, tuttora in corso, l'Unione Europea ha risposto alla crisi pandemica con il programma Next Generation EU-NGEU (7), che prevede una serie di iniziative: (i) investimenti e riforme per accelerare la

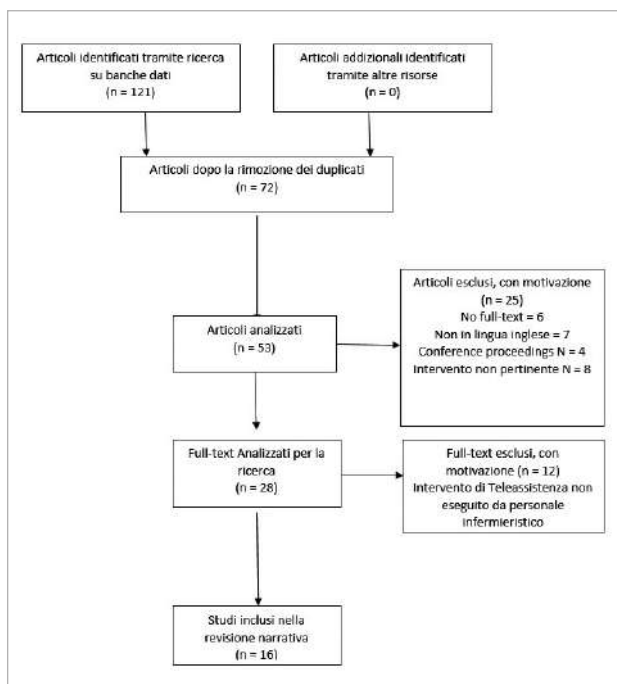


Figura 1 - Flow-chart della ricerca

transizione ecologica e digitale; (ii) migliorare la formazione dei lavoratori; (iii) maggiore equità di genere, territoriale e generazionale.

Ai Paesi, tramite il *Recovery and Resilience Facility-RRF*, è stato richiesto il licenziamento di un pacchetto di investimenti e riforme, che, in Italia, prende il nome di **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza-PNRR** (8), articolato in sei Missioni e 16 Componenti

Le sei Missioni del Piano sono: (i) digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura; (ii) rivoluzione verde, transizione ecologica; (iii) infrastrutture per una mobilità sostenibile; (iv) istruzione e ricerca; (v) inclusione e coesione; (vi) salute.

Nello specifico, la missione inerente la salute stanziava complessivamente 18,5 miliardi (15,6 miliardi dal Dispositivo RRF e 2,9 dal Fondo), con l'obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il miglioramento dei servizi sanitari

sul territorio permette di rispondere ai bisogni delle persone con disabilità, favorendo un accesso realmente universale alla sanità pubblica. In ambito sociosanitario, si affianca una componente di riforma, volta alla non autosufficienza, con l'obiettivo primario di offrire risposte ai problemi degli anziani. Affronta in maniera coordinata i diversi bisogni che scaturiscono dalle conseguenze dell'invecchiamento, ai fini di un approccio che offra le migliori condizioni per mantenere o riguadagnare la massima autonomia in un contesto il più possibile de-istituzionalizzato; rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari, sviluppando la telemedicina, superando la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio, con incremento e sviluppo di soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare (Investimento 1.2: **“Casa come primo luogo di cura e telemedicina”**), con *target* europei del PNRR per il quarto quadrimestre del 2023 di avere almeno un progetto di telemedicina per regione o provincia autonoma, e con almeno 200 mila persone assistite con la telemedicina entro il 2025.

I servizi di assistenza telematica da remoto sono di diversa natura, e tra essi trovano allocazione: (i) tele-assistenza, (ii) tele-consulento, (iii) tele-monitoraggio, (iv) tele-refertazione, (v) tele-riabilitazione (9,10).

La teleassistenza è un atto professionale di pertinenza della relativa professione sanitaria, tra cui gli infermieri, e si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/caregiver per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di dati, referti o immagini.

Il professionista che svolge attività di teleassistenza può anche utilizzare idonee *“app”* per somministrare questionari, condividere immagini o video tutorial su attività specifiche.

Lo scopo della teleassistenza è quello di agevolare il corretto svolgimento di attività assistenziali, eseguibili prevalentemente a domicilio (10).

OBIETTIVI

Lo scopo di questa Revisione narrativa è quello di valutare il contributo della teleassistenza (o *telenursing*) con prestazioni infermieristiche di varia natura (interventi di *telecoaching*, educazione sanitaria, consulenza nutrizionale e farmacologica, promemoria su terapie e appuntamenti, pianificazione del *follow-up*, di rilevazione valutazioni dei parametri, dei segni e dei sintomi e decidono se considerare il trasferimento del paziente ai servizi di emergenza o specialistici), su vari *outcome* di salute delle persone assistite (tassi di ospedalizzazione, visite al Pronto Soccorso, riacutizzazioni delle malattie croniche, numero medio di ricoveri e della durata media dei giorni di degenza, qualità della vita, mortalità).

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una ricerca della letteratura, tra il mese di settembre 2021 e gennaio 2022, sulle banche dati Pubmed (1973-2022), Cochrane Library (1944-2022), Scopus (1960-2022), di studi RCT o di Revisioni sistematiche della letteratura, ricercando studi in lingua italiana o in lingua inglese, pubblicati negli ultimi 10 anni, che avessero interventi di assistenza telematica da remoto svolti da personale infermieristico (*telenursing*/teleassistenza), in popolazioni adulte di età maggiore

Banca dati	Stringa di ricerca
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("digital Nursing") OR TITLE-ABS-KEY ("telenursing") AND TITLE-ABS-KEY (stroke) OR TITLE-ABS-KEY (heart AND failure) OR TITLE-ABS-KEY (copd) OR TITLE-ABS-KEY (oncological) OR AND TITLE-ABS-KEY (diabetes AND mellitus))
Pubmed	((("Telenursing"[Mesh] AND ("Telenursing/education"[Mesh] OR "Telenursing/ethics"[Mesh] OR "Telenursing/instrumentation"[Mesh] OR "Telenursing/methods"[Mesh] OR "Telenursing/organization and administration"[Mesh] OR "Telenursing/standards"[Mesh] OR "Telenursing/statistics and numerical data"[Mesh])) AND "Heart Failure"[Mesh]
	((("Telenursing"[Mesh] AND ("Telenursing/education"[Mesh] OR "Telenursing/ethics"[Mesh] OR "Telenursing/instrumentation"[Mesh] OR "Telenursing/methods"[Mesh] OR "Telenursing/organization and administration"[Mesh] OR "Telenursing/standards"[Mesh] OR "Telenursing/statistics and numerical data"[Mesh])) AND "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive"[Mesh]
	((("Telenursing"[Majr] AND ("Telenursing/education"[Majr] OR "Telenursing/ethics"[Majr] OR "Telenursing/instrumentation"[Majr] OR "Telenursing/methods"[Majr] OR "Telenursing/organization and administration"[Majr] OR "Telenursing/standards"[Majr] OR "Telenursing/statistics and numerical data"[Majr])) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh])
Cochrane Library	#1 MeSH descriptor: [Telenursing] explode all trees AND #2 MeSH descriptor: [Stroke] explode all trees OR #3 MeSH descriptor: [Heart Failure] explode all trees OR #4 MeSH descriptor: [Pulmonary Disease, Chronic Obstructive] explode all trees #5 MeSH descriptor: [Parkinsonian Disorders] explode all trees #6 MeSH descriptor: [Diabetes Mellitus] explode all trees}

Tabella 1 - Stringhe di ricerca utilizzate

ai 18 anni, e affette da patologie croniche come l'insufficienza cardiaca, neurologiche, oncologiche, respiratorie, diabete mellito. Nella Tabella 1 è mostrata la modalità di svolgimento della ricerca, sulle varie banche analizzate, con le relative stringhe di ricerca.

RISULTATI

La ricerca così condotta ha portato a 112 studi primari/Review, che, dopo una prima lettura dei titoli, ha portato a una stratificazione di 28 studi, di cui sono stati letti gli abstract.

Infine, nella nostra Revisione, sono stati inseriti 16 studi, così suddivisi: 4 in ambito cardiologico (11-14), 3 in ambito diabetologico (15-17), 1 in ambito pneumologico (18), 1 in ambito neurologico (Parkinson) (19), 2 in ambito neurovascolare (stroke) (20, 21), 1 in ambito oncologico (22), 2 in ambito della multimorbilità (23, 24), 2 in ambito

COVID-19 (25, 26).

Nella figura 1 è riportata la *flow chart* della nostra ricerca. Il totale dei pazienti o *caregiver* trattati dagli studi primari, nei quali trova spazio anche un *case report* (19), è di 1359 soggetti.

Incluse nella nostra Revisione, due Revisioni della letteratura (13, 17), per un totale di 4756 soggetti che vanno ad aggiungersi a quelli degli studi primari, per un totale globale di 6115 pazienti.

Gli studi sono stati condotti in differenti Paesi: sei in Italia (11, 15, 18, 20, 21 e 26), uno in Svezia (12), uno in Giappone (14), uno in Grecia (16), due in Iran (22, 23), uno in Francia (25), uno in Egitto (27).

In un *case-report* (19), il paziente affetto da malattia di Parkinson, attraverso interventi di *telenursing* ha riportato una notevole riduzione del numero di cadute (da 99 a 3 cadute in tre mesi).

Programmi domiciliari di *telenur-*

sing sono risultati fattibili ed efficaci anche in studi che hanno applicato il metodo a pazienti post-ictus (sia nei pazienti subacuti che in quelli cronici post-ictus), migliorando il loro recupero e mantenendo i benefici raggiunti durante la riabilitazione ospedaliera, mostrando una riduzione significativa dei sintomi ($p < 0,0000$) dopo il programma di teleassistenza, e un miglioramento di tutti i parametri della componente fisica (PCS) dello SF-12 della qualità della vita alla fine del programma di 3 mesi ($p < 0,0001$) (20).

Nei pazienti con scompenso cardiaco, la qualità della vita (QoL) è aumentata significativamente dopo l'intervento educativo, utilizzando il *telenursing* ($p < 0,001$) (11).

Uno studio italiano di Bernocchi et al. (25) ha mostrato una significativa riduzione dei sintomi nei pazienti COVID-19 ($p < 0,0000$) dopo il programma di teleassistenza, consistito in un programma di *telecoaching* e teleassistenza specialistica durato 3 mesi.

In un altro studio italiano (18), i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) nel gruppo teleassistenza, dove l'intervento era svolto da infermieri presenti alla *nurse station* 40 ore a settimana (8 ore per giorno su 5 giorni la settimana), per ricezione e valutazione dati e contatti diretti telefonici (con attivazione, se necessario, dello pneumologo), hanno mostrato la probabilità significativamente più alta da riacutizzazioni e da ulteriore ammissione al Pronto Soccorso ($p = 0,003$).

In uno studio greco (16), i pazienti nel gruppo di teleassistenza (con infermiere presente telefonicamente con interventi di educazione sanitaria e di conduzione di stili di vita salutari), la glicemia è diminuita significativamente alla fine dello studio in tutte le misurazioni prede-

finite, rispetto al controllo: mattina ($93,18 \pm 13,30$ mg/dl vs $105,17 \pm 13,74$ mg/dl, $p < 0,005$), pre-prandiale ($114,76 \pm 9,54$ mg/dl vs $120,84 \pm 4,05$ mg/dl, $p < 0,005$), post-prandiale ($193,35 \pm 25,36$ mg/dl vs. $207,84 \pm 18,80$ mg/dl, $p < 0,005$), e l'HbA1c è diminuita, significativamente nel tempo, nel gruppo d'intervento ($8,3 \pm 0,6\%$ pre vs. $7,8 \pm 1\%$ post, $p = 0,03$) e sono riportati meno omissioni di misurazioni della glicemia rispetto al gruppo di controllo.

Per una visualizzazione completa dei risultati presentati da ogni singolo studio analizzato e inserito in questa Revisione, è possibile consultare la Tabella 2.

DISCUSSIONE

La possibilità di assistere al proprio domicilio le persone, soprattutto quelle in condizioni di maggiore fragilità, può comportare una serie di vantaggi come già comprovato in letteratura: riduzione dei tassi di mortalità (27), dei costi legati all'assistenza (28), degli accessi impropri al Pronto Soccorso (29), dell'antibiotico-resistenza (30), delle infezioni correlate alla assistenza (31), nonché il miglioramento della qualità della vita in generale (32) e quello della qualità percepita anche nel fine vita (33).

La necessità di assistere le persone al proprio domicilio è uno degli obiettivi del nostro PNRR, dove viene indicato come la propria casa "sia il primo luogo di cura".

L'obiettivo del nostro SSN è quello della presa in carico domiciliare di almeno il 10% della popolazione over 65 anni (8).

Altro importante obiettivo generato dalla realizzazione e approvazione del Piano di Ripresa e Resilienza del nostro Paese, è la presa in carico, nel corso di questi anni, di almeno 200 mila persone con sistema di assistenza da remoto telematica-telemedicina, di cui fa

parte la teleassistenza (8).

Gli infermieri hanno un ruolo principale nel soddisfacimento di questi obiettivi, e la teleassistenza, nelle sue varie forme e dalla letteratura analizzata, si mostra in grado di affrontare questa sfida, generando migliori *outcomes* di salute, come migliore gestione della glicemia (15-17), migliori rapporti infermieri/assistiti (12), miglioramento della qualità vita (20, 26), diminuzione della mortalità (23), riduzione del numero di ricoveri (18, 24), riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso (18, 23), miglioramento del *self-care* (13), miglioramento della componente psicologica (15, 21), miglioramento della sintomatologia (20, 25).

L'assistenza erogata tramite servizi di telemedicina e teleassistenza deve però basarsi su evidenze scientifiche: la valutazione della possibilità di assistere le persone in modalità da remoto deve essere eseguita scrupolosamente per ogni singolo caso, tenendo conto anche della orografia territoriale, della stratificazione dei bisogni socio-sanitari, della possibilità di avvalersi di un valido e formato familiare/caregiver, e necessita delle adeguate e opportune tecnologie *hardware* e *software*.

La formazione del personale e degli assistiti non costituirà un mero atto formale e obbligatorio, ma sarà necessario per ottenere gli outcomes e la sicurezza dei processi desiderati.

I programmi di teleassistenza dovranno, via via, essere inseriti nei già esistenti Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), o bisognerà crearne di nuovi, quando questi non esistenti.

La responsabilità dei servizi offerti e dei risultati resta in capo ai singoli professionisti, che valuteranno, di volta in volta, la possibilità di

continuare a fornire l'assistenza da remoto o se si necessita di una revisione della modalità di assistenza in presenza (9).

LIMITI DELLO STUDIO

I limiti della nostra Revisione narrativa è la presenza di studi che hanno interventi eterogenei tra loro, sono svolti in Paesi differenti e hanno diversi disegni di studio. Inoltre, questa Revisione comprende solo gli articoli per i quali fosse possibile l'accesso ai *full text* dei contenuti.

CONCLUSIONI

Assistere le persone al proprio domicilio con strumentazioni tecnologiche all'avanguardia, come quelle della teleassistenza, è un obiettivo oramai conclamato, che il nostro SSN e i professionisti sanitari che vi operano devono raggiungere.

I progetti di teleassistenza devono essere ufficialmente strutturati e condivisi nelle strutture sanitarie, prevedendo responsabilità in capo ai singoli professionisti e formazione sia degli stessi che degli assistiti. **La teleassistenza si mostra un valido modello organizzativo per la presa in carico domiciliare delle persone assistite.**

Le realtà nelle quali sono stati già progettati servizi di teleassistenza sono ancora poche.

Ma, paradossalmente, la pandemia, con il conseguente aumento di attività da remoto per contenere il contagio, può dare una spinta alla loro implementazione.

Ovviamente, nuovi studi e nuovi progetti saranno necessari per comprendere appieno le potenzialità dell'assistenza infermieristica fornita in modalità telematica.

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

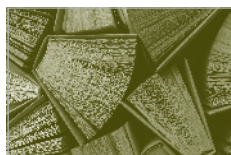
Titolo	Disegno dello studio	N. participant i	Intervento	Risultati
Scompenso Cardiaco				
Gusdal et al. 2018	Studio di intervento senza gruppo di controllo	8 pazienti e 8 caregiver	<i>Family Health Conversation (FamHC)</i> per famiglie e pazienti con scompenso cardiaco condotte telefonicamente da infermieri ogni 2 settimane con interviste semistrutturate e questionari.	Le FamHC hanno migliorato le relazioni e le relazioni infermiere-famiglia e ha fornito agli infermieri nuove conoscenze sulle famiglie. Sono considerate fattibili sia dalle famiglie che dagli infermieri. Da preferire meno FamHC per infermiere e dalla durata più breve, supportando l'intervento con l'aggiunta di videochiamata. Gli infermieri hanno apprezzato il concentrarsi interamente sulla conversazione senza la necessità di eseguire controlli di routine legati alla malattia.
Immanuel Tonapa et al. 2021	Revisione della letteratura e metanalisi	12 RCT (7 USA, 3 Cina, 1 Germania, 1 Brasile) per un totale di 1938 pazienti	Intervento di <i>telecoaching</i> infermieristico per pazienti con scompenso cardiaco e con <i>follow up</i> dai 3 mesi ai 12 mesi.	Il <i>telecoaching</i> condotto dall'infermiere ha migliorato significativamente il comportamento di auto-cura dei pazienti (SMD=.84, 95% CI [0,45-1,24], p <0,001) e la qualità della vita (SMD= 0,23, IC 95% [0,06-0,39], p=.007). Ulteriori ricerche devono costruire prove per l'intervento di <i>telecoaching</i> guidato dall'infermiere, compresa la comprensione dei meccanismi di azione (ad esempio: frequenza, componenti).
Mizukawa 2019	Studio randomizzato o controllato	59	Interventi educativi, per pazienti con scompenso cardiaco, eseguiti da un infermiere su autogestione e telemonitoraggio con invio di dati alla nurse station da parte degli assistiti.	Il punteggio della qualità della vita è migliorato nella <i>Collaborative Management (CM)</i> rispetto alla <i>Usual Care (UC)</i> a 18 e 24 mesi (P <0,05). Non ci sono state differenze significative tra i 3 gruppi nell'autoefficacia e nella cura di sé. Tuttavia, solo il gruppo CM ha avuto cambiamenti significativi nell'autoefficacia e nella cura di sé (P <0,01). I tassi di ricovero ospedaliero erano elevati nei gruppi UC (11/19; 57,9%) rispetto ai gruppi SM (5/20; 27,8%) e CM (4/20; 20,0%). Il tasso di sopravvivenza libera da riammissione differiva significativamente tra i gruppi CM e UC (P=0,020)
Iavazzo & Cocchia 2011	Studio di intervento senza gruppo di controllo	50	Teleassistenza (educazione dettagliata sui trattamenti farmacologici e di altro tipo e su come comportarsi in caso di complicanze) a pazienti con scompenso cardiaco	Il <i>Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCQ)</i> è stato compilato ogni 2 settimane per 3 volte. I 23 item del questionario riguardavano le limitazioni fisiche, la valutazione dei sintomi, la cura e la conoscenza di sé, la qualità della vita percepita e lo stato sociale. I risultati dello studio hanno mostrato un miglioramento complessivo della qualità di vita del campione di pazienti, più evidente nei maschi rispetto alle femmine.
Post stroke				
Bernocchi et al. 2016	Studio di intervento senza gruppo di controllo	23	Telesorveglianza infermieristica, telemonitoraggio e riabilitazione domiciliare a pazienti post ictus	Il programma domiciliare è stato fattibile ed efficace sia nei pazienti subacuti che in quelli cronici post-ictus, migliorando il loro recupero e mantenendo i benefici raggiunti durante la riabilitazione ospedaliera, mostrando una riduzione significativa dei sintomi (p<0,0000) dopo il programma di teleassistenza, tutti i parametri della componente fisica (PCS) dello SF-12 della qualità della vita sono migliorati in modo significativo alla fine del programma di 3 mesi (p<0,0001). I componenti MCS non sono cambiati in modo significativo (soprattutto nei pazienti over 70 aa, p=0,0367)
Goudarzian et al. 2018	Studio randomizzato o controllato	152	Intervento a caregiver di pazienti colpiti da ictus, di 32 sedute di consulenza telefonica, con informazioni sui sintomi di ipoglicemia, ipertensione, ipotensione, cura della cute, dieta, medicazioni, gestione della posizione del paziente.	Gli autori riportano un miglioramento dei punteggi medi di ansia per il gruppo di intervento, statisticamente significativo (p = 0,001), ma la differenza della media della depressione dopo l'intervento non era significativa (p = 0,70).

Patologia Respiratoria Cronica				
Vitacca et al. 2009	Studio randomizzato o controllato	240	Teleassistenza a pazienti affetti da BPCO (pulsossimetro in dotazione degli assistiti con invio wireless di dati alla nurse-station). Infermiere presente 40 ore settimana (8 ore per giorno su 5 giorni la settimana), per ricezione e valutazione dati e contatti diretti telefonici, con attivazione, se necessario, dello pneumologo.	<p>Il gruppo di pazienti che ha ricevuto TeleAssistenza ha avuto significativamente meno ricoveri (-36%, $p < 0,01$), meno chiamate urgenti ai medici di famiglia (-65%, $p < 0,0001$) e riadmissioni della malattia (-71%, $p < 0,002$).</p> <p>Il costo complessivo medio, per ciascun paziente, in teleassistenza è stato inferiore del 33% rispetto a quelli in cure standard.</p> <p>I problemi dei pazienti e dei caregiver erano stati risolti dagli infermieri nel 63% dei casi, e dall'infermiere e pneumologo insieme nel 37% dei casi.</p> <p>Il numero di ricoveri al Pronto Soccorso al mese non era significativamente differente tra i due gruppi ($0,07 \pm 0,20$ e $0,10 \pm 0,17$ per il gruppo TA e i controlli, rispettivamente), mentre la probabilità di evitare ulteriori ricoveri al PS era maggiore nel gruppo TA ($p = 0,0012$) rispetto ai controlli. La mortalità era più alta ma non statisticamente differente nei controlli (23 decessi, 23%) rispetto al gruppo TA (21 decessi, 18%; $p = 0,241$).</p> <p>I pazienti con BPCO nel gruppo TA ($p < 0,0001$) hanno mostrato la probabilità significativamente più alta di rimanere liberi da riadmissioni e da ulteriore ammissione al PS ($p = 0,003$).</p>
Patologia Diabetica				
Petrelli et al. 2020	Studio Mixed method senza gruppo di controllo	20	Assistenza fornita da remoto a pazienti con diabete con microinfusore (con invio di dati alla nurse-station) nel periodo pandemico.	<p>L'applicazione di protocolli di teleassistenza ha rappresentato misure preventive in grado di evitare il peggioramento della malattia e sostegno psicologico al paziente nel periodo di lockdown.</p> <p>Le visite virtuali strutturate consentono la persistenza e il miglioramento del controllo glicemico in situazioni in cui la visita ambulatoriale non è fattibile.</p> <p>(La coorte di studio ha dato un risultato medio sull'indagine Patients Assessment Chronic Illness Care Questionnaire PACIC a 26 voci di $3,34 \pm 1,14$.)</p>
Kotsani et al. 2018	Studio randomizzato o controllato	94	Pazienti con diabete mellito tipo 1. Interventi di Telenursing (un infermiere specializzato ha avuto un contatto settimanale via telefono motivando i pazienti a misurare frequentemente la glicemia e ad adottare un migliore stile di vita).	<p>Nel Gr Intervento, la glicemia è diminuita significativamente alla fine dello studio in tutte le misurazioni predefinite, rispetto al controllo: mattina ($93,18 \pm 13,30$ mg/dl vs $105,17 \pm 13,74$ mg/dl, $p < 0,005$), pre-prandiale ($114,76 \pm 9,54$ mg/dl vs $120,84 \pm 4,05$ mg/dl, $p < 0,005$), post-prandiale ($193,35 \pm 25,36$ mg/dl vs $207,84 \pm 18,80$ mg/dl, $p < 0,005$) e iHbA1c è diminuita significativamente nel tempo nel gruppo d'intervento ($8,3 \pm 0,6\%$ pre vs $7,8 \pm 1\%$ post, $p = 0,03$) e sono riportati meno omissioni di misurazioni della glicemia rispetto al gruppo di controllo.</p>
Yang et al. 2019	Revisione sistematica e metanalisi	17 studi (3 USA, 3 Iran, 2 Grecia, 1 Australia, Belgio, Egitto, Danimarca, Turchia)	Intervento telefonico infermieristico per pazienti con diabete mellito tipo 1 (chiamate telefoniche automatizzate e follow-up telefonico infermieristico, coaching infermieristico, sms di reminder, videoconferenze mensili con un intervento di coaching infermieristico e comunicazione sincrona o asincrona web)	<p>Il periodo di intervento variava da 3 a 18 mesi. La meta-analisi riporta che l'uso del telenursing (rispetto allo standard care) è stato associato a una riduzione significativa nei livelli di HbA1c, dello 0,68% (IC 95%: 0,33-1,03, $p = 0,0001$; I² = 95%).</p> <p>Per l'esito secondario, la glicemia a digiuno era -0,19% (IC 95%: 0,20-1,01, $p = 0,003$).</p> <p>Non significativi le riduzioni dell'indice di massa corporea (BMI) era -0,25% (IC 95%: da -0,81 a 0,32%, $p = 0,39$) e del colesterolo totale -0,09% (IC 95%: da -0,03 a 0,21, $p = 0,12$).</p>
Multicomorbidità				
Liang et al. 2021	Studio randomizzato o controllato	200	Presenza in carico infermieristica per monitoraggio e consulto per pazienti e caregiver con varie patologie croniche. Follow-up: 6 mesi dalla dimissione. Interventi di educazione sanitaria, consulenza nutrizionale e farmacologica, promemoria su terapie e appuntamenti.	<p>L'intervento ha rilevato i cambiamenti clinici dei pazienti in anticipo con una gestione tempestiva e adeguata, riducendo le visite al PS e la mortalità, migliorando la qualità della vita dei pazienti, rafforzando la cura dei pazienti con malattie croniche multiple.</p> <p>Otto pazienti (8%) nel gruppo di intervento e 19 (19%) nel gruppo di controllo erano deceduti e la differenza era significativa (odds ratio [OR] = 0,371, intervallo di confidenza al 95% [CI] = 0,154-0,892, $p = 0,027$).</p> <p>L'analisi di sopravvivenza di Kaplan-Meier ha indicato che i pazienti nel gruppo di intervento avevano un tempo di sopravvivenza significativamente più lungo rispetto a quelli nel CG (log-rank $p = 0,025$).</p>

			<p>pianificazione del follow-up.</p> <p>Rilevazione parametri con attivazione alert se fuori range, con infermieri che eseguivano valutazione dei sintomi e decidevano se considerare il trasferimento del paziente ai servizi di emergenza o specialistici.</p> <p>Monitoraggio e sorveglianza a distanza 24h.</p>	<p>Il tasso di riammissione era del 44% nel gruppo di intervento e del 41% nel gruppo di controllo e la differenza non era significativa (OR = 1.131, IC 95% = 0,645–1,981, p = 0.668).</p> <p>Il 12% dei pazienti gruppo di intervento e il 26% dei pazienti del gruppo di controllo, hanno avuto visite al Pronto Soccorso e la differenza era statisticamente significativa (OR=0,388, IC 95%=0,183–0,822, p=0,013).</p>
Tchalla et al. 2012	Studio di coorte prospettico longitudinale	194	<p>Intervento per pazienti con multimorbilità: percorso luminoso di 1.5 metri installato accanto al letto, che si accende automaticamente quando la persona mette piede per terra (durante la notte per mangiare o urinare), fornendo una visibilità migliore mostrando la via da percorrere e migliorando lo stato di coscienza su dove ci si trovi.</p> <p>Sistema di teleassistenza fornito da un'équipe (geriatra ricercatore, associato di ricerca clinica, infermieri e assistenti sociali), con teleassistenza telefonica h24 e un braccialetto elettronico.</p>	<p>77 anziani sono caduti a casa (40,5%); nel gruppo intervento 29 (30,9%) e 48 nel gruppo di controllo (50%).</p> <p>L'uso del percorso luminoso abbinato alla teleassistenza era significativamente associato con la riduzione delle cadute a casa, <i>odds ratio</i> = 0,33 95%CI [0,17-0,65] (p = 0,0012).</p> <p>C'era anche una maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione post-caduta tra i gruppi di intervento con <i>odds ratio</i>=0,30 95%CI [0,12–0,74] (p = 0,0091).</p> <p>Questo studio ha dimostrato che dotare cinque anziani di questo percorso luminoso abbinato alla teleassistenza può evitare la caduta di una persona anziana (<i>number needed to treat</i> NNT=5).</p> <p>In termini di sicurezza, il percorso luminoso abbinato alla teleassistenza non è stato associato ad alcun apparente grave avverso evento nel gruppo esposto.</p> <p>L'accettabilità del materiale era molto buona, con un tasso di accettazione del 97,3%.</p>
Covid 19				
Raesi et al. 2021	Studio randomizzato o controllato	120	Formazione erogata tramite <i>telenursing</i> per pazienti con COVID-19	<p>Un mese dopo l'intervento educativo infermieristico, i risultati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in termini di percezioni di salute generale, funzionamento sociale, salute mentale, dolore corporeo, vitalità, limitazioni di ruolo dovute a problemi fisici e limitazioni di ruolo dovute ai problemi emotivi (p<0.001), indicando un significativo miglioramento del punteggio medio di QoL nel gruppo di intervento.</p> <p>Il confronto del punteggio complessivo di QoL dei pazienti, prima e dopo l'intervento, nei gruppi di intervento e di controllo, mostra che la QoL dei pazienti COVID-19 è aumentata significativamente dopo l'intervento educativo utilizzando il <i>telenursing</i> (p<0.001).</p>
Bernocchi et al. 2021	Studio di intervento senza gruppo di controllo	130	Teleassistenza e teleconsulto specialistico di 3 mesi (con monitoraggio dei segni vitali e dei sintomi) a pazienti con COVID-19	C'è stata una riduzione significativa dei sintomi dopo il programma di teleassistenza (p < 0,0000), con soddisfazione del programma molto alta.
Patologia Oncologica				
Ebrahimabadi M, Rafiei F. & Nejat N. 2021	Studio randomizzato o controllato	60	Intervento infermieristico di supporto telefonico per 2 mesi (due telefonate a settimana da 15 a 30 min) in trattamento chemioterapico	<p>Il punteggio medio delle dimensioni e degli <i>supportive care needs</i> SCNs totali nel gruppo di intervento erano significativamente inferiori al gruppo di controllo, dopo l'intervento (p<0,05).</p> <p>Nello specifico, vi sono stati miglioramenti in tutte e 5 le dimensioni: Sistema sanitario e informativo HIS (F = 9,801, P = 0,003), psicologica (F = 4,835, P = 0,032), attività fisica e attività quotidiane (F = 4,816, P = 0,032), cura e supporto del paziente (F = 6,636, P = 0,013) e sessualità (F = 11,933, P = 0,001).</p>

Parkinson				
Mancini et al. 2020	Case report	1	Telenursing (contatti telefonici) a paziente con Parkinson	Attraverso il telenursing, il paziente ha riportato una notevole riduzione del numero di cadute (da 99 a 3 in tre mesi). Presumibilmente, è dovuto dall'attenuazione dell'ansia per le cadute.
Malattie neuromuscolari rare				
Martínez O. et al. 2021	RCT	73	Skype Software. Il programma di teleassistenza psicosociale consisteva in cinque blocchi: psicoeducazione, rilassamento, reazioni emotive, credenze irrazionali e problem solving, che sono stati affrontati in 7 sessioni condotte da uno psicologo.	<p>Per il grado di disabilità dei partecipanti, i risultati mostrano l'esistenza di differenze tra le valutazioni pre e post intervento. In primo luogo, per quanto riguarda i partecipanti al gruppo sperimentale che non avevano alcun grado di disabilità (n=5), e quelli con lieve grado di disabilità (n=10), il confronto tra le mediane dei punteggi del pre-test rispetto a quelli ottenuti nel post-test di questi sottogruppi hanno mostrato che nessun cambiamento statisticamente significativo ($p > 0,05$) si è verificato per una qualsiasi delle variabili di QoL.</p> <p>I partecipanti al gruppo sperimentale con un grado moderato di disabilità (n=18) hanno ottenuto differenze statisticamente significative tra le misure pre-test e post-test per diverse variabili associate a QoL: nella variabile psicosociale della <i>Sickness Impact Profile</i> (SIP) per l'interazione sociale ($Z = -2,057$, $p = 0,040$), così come in alcune variabili misurate con il questionario SF-36, come la variabile fisica del ruolo fisico ($Z = -2,584$, $p = 0,010$); nella variabile psicosociale del ruolo emotivo ($Z = -2,066$, $p = 0,039$); e nella variabile vitalità ($Z = -2,069$, $p = 0,039$). Per quanto riguarda i punteggi medi in queste variabili, erano $25,55 \pm 19,84$ nel tempo pre-test e $18,61 \pm 18,21$ nel tempo post-test per la variabile di interazione sociale.</p> <p>Nel caso della variabile "ruolo-fisico", il punteggio medio nel pre-test era $18,05 \pm 32,99$ e $43,05 \pm 42,70$ nel post-test. Nella variabile "ruolo emozionale", la media era $51,85 \pm 48,80$ nella misura pre-test, ottenendo un valore post-test di $75,92 \pm 42,48$. La variabile "vitalità" ha ottenuto un punteggio medio di $38,94 \pm 20,66$ per la misurazione pre-test, mentre per la misura post-test ha raggiunto il valore di $45,00 \pm 17,23$.</p> <p>Tenendo conto dei partecipanti al gruppo sperimentale con un grado di disabilità grave (n = 7), i risultati ottenuti hanno mostrato l'esistenza di differenze statisticamente significative per la variabile psicosociale del funzionamento sociale dell'SF-36 ($Z = 2,236$, $p = 0,025$). Considerando i punteggi medi su questa variabile, la misurazione pre-test ha raggiunto un punteggio di $39,28 \pm 24,39$, essendo $48,21 \pm 22,16$ per il post-test misurazione.</p> <p>Per quanto riguarda il gruppo di controllo, i partecipanti che non hanno mostrato alcun grado di invalidità (n=8) non hanno prodotto alcune differenze statisticamente significative ($p > 0,05$) tra pre e misure post-test.</p> <p>I partecipanti al gruppo di controllo con un lieve grado di disabilità (n = 16) hanno mostrato differenze statisticamente significative tra le misurazioni pre-test e post-test per il variabile di mobilità del SIP ($Z = 2,070$, $p = 0,038$). Il punteggio medio nel pre-test era $21,87 \pm 18,47$, mentre $18,22 \pm 18,05$ nel post-test. In relazione al campione dei partecipanti al gruppo di controllo con un grado di disabilità moderata (n = 8), l'estratto dati dopo le differenze di mediane tra pre e post misure di prova hanno mostrato l'esistenza di statisticamente significative differenze in due delle variabili fisiche riguardanti QoL: nella cura del corpo e movimento del questionario SIP ($Z = 2,217$, $p = 0,027$) e nella variabile di funzionamento fisico dell'SF-36 ($Z = 2,041$, $p = 0,041$).</p> <p>Per quanto riguarda i punteggi medi, il corpo la variabile cura e movimento ha ottenuto un punteggio di $29,34 \pm 18,11$ nella misurazione pre-test e $20,10 \pm 19,15$ nel post-test.</p> <p>Per la variabile funzionamento fisico, il punteggio medio soddisfatto il valore di $13,75 \pm 12,17$ nel pre-test e $25,62 \pm 25,69$ nel post-test.</p>

Tabella 2 - Caratteristiche degli studi inclusi nella Revisione



Bibliografia

1. Ministero della Salute, L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara il coronavirus pandemia. In: L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara il coronavirus pandemia (salute.gov.it) (consultato in data 11-gen-2022)
2. Ministero della Salute, Covid-19. Situazione in Italia. In: Covid-19 - Situazione in Italia (salute.gov.it) (consultato in data 05-gen-2022)
3. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), "Health at a Glance: Europe 2020 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE". In: 82129230-en.pdf (oecd-ilibrary.org), 2022. (consultato in data 05-gen-2022)
4. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), "Life expectancy at birth by sex, 2019 (or nearest year)", in Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, 2021. In: <https://doi.org/10.1787/315ce57c-en>. (consultato in data 07-gen-2022)
5. Van Rijckevorsel-Scheele J, Willems R, Roelofs P, Koppelaar E, Gobbens R, Goumans M, Effects of health care interventions on quality of life among frail elderly: a systematized Review. *Clinical interventions in aging*. 2019; 14:643–658. <https://doi.org/10.2147/CIA.S190425>
6. Istituto Nazionale di Statistica, Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019. Editor: Istituto Nazionale di Statistica; 2021. In: Report-anziani-2019.pdf (istat.it). (consultato in data 08-gen-2022)
7. Commissione Europea, Piano di Ripresa per l'Europa. In: Piano per la ripresa dell'Europa | Commissione europea (consultato in data 09-gen-2022)
8. Piano Nazionale di Ripresa E Resilienza, in: PNRR_0.pdf (governo.it) (consultato in data 09-gen-2022)
9. Ministero della Salute, Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina. Accordo Stato-Regioni del 17/12/2020. In: Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Repertorio atto n. 215/CSR (statoregioni.it). (consultato in data 20-dic-2021).
10. Ministero della Salute, Indicazioni Nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di Teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie del 9 aprile 2021. In: p-1-csr-atto-rep-n-231-18nov2021.pdf (statoregioni.it). (consultato in data 20-dic-2021).
11. Iavazzo F, Cocchia P, Qualità di vita nella persona con scompenso cardiaco: ruolo del telenursing [Quality of life in people with heart failure: role of telenursing]. *Professioni Infermieristiche*. 2011 Oct-Dec;64(4):207-12. Italian.
12. Gusdal A.K, Josefsson K, Adolfsson E.T, Martin L, Family Health Conversations Conducted by Telephone in Heart Failure Nursing Care: a Feasibility Study. *SAGE Open Nursing*. 2018;4.
13. Imanuel Tonapa S, Inayati A, Sithichoksakulchai S, Daryanti Saragih I, Efendi F, Chou F.H, Outcomes of nurse-led tele-coaching intervention for patients with heart failure: a systematic Review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Clinical Nursing*. John Wiley and Sons Inc; 2021.
14. Mizukawa M, Moriyama M, Yamamoto H, Rahman M, Naka M, Kitagawa Tet al, Nurse-led collaborative management using telemonitoring improves quality of life and prevention of rehospitalization in patients with heart failure a pilot study. *International Heart Journal*. 2019; 60(6):1293–302.
15. Petrelli F, Cangelosi G, Scuri S, Pantanetti P, Lavorgna F, Faldetta F et al, Diabetes and technology: a pilot study on the management of patients with insulin pumps during the COVID-19 pandemic. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020 Nov 1;169.
16. Kotsani K, Antonopoulou V, Kountouri A, Grammatiki M, Rapti E, Karras S et al, The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2018 Apr 1; 80:29-35.
17. Yang S, Jiang Q, Li H, The role of telenursing in the management of diabetes: a systematic Review and meta-analysis. Vol. 36, *Public Health Nursing*. Blackwell Publishing Inc.; 2019. pp. 575-86.
18. Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, Fracchia C, Spanevello A, Balbi B et al, Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *European Respiratory Journal*. 2009 Feb;33(2):411–8.
19. Mancini F, Van Halteren A.D, Carta T, Thomas S, Bloem B.R, Darweesh S.K.L, Personalized care management for persons with Parkinson's disease: a telenursing solution. *Clinical Parkinsonism & Related Disorders*. 2020; 3:100070.
20. Bernocchi P, Vanoglio F, Baratti D, Morini R, Rocchi S, Luisa A, Scalvini S, Home-based telesurveillance and rehabilitation after stroke: a real-life study. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2016 apr; 23(2):106-15.
21. Goudarzian M, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Delbari A, Biglarian A, Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2018;23(4):248–52.
22. Ebrahimabadi M, Rafiei F, Nejat N, Can telenursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. *Supportive Care in Cancer*. 2021 Oct 1; 29(10):5865–72.
23. Liang H.Y, Hann Lin L, Yu Chang C, Mei Wu F, Yu S, Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Scholarship*. 2021 Mar 1;53(2):161-70.
24. Tchalla A.E, Lachal F, Cardinaud N, Saulnier I, Bhalla D, Roquejoffre A et al, Efficacy of simple home-based technologies combined with a monitoring assistive center in decreasing falls in a frail elderly population (results of the Esoppe study). *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012 Nov;55(3):683-9.
25. Bernocchi P, Bonometti F, Serlini M, Assoni G, Zanardini M, Pasotti E et al, Telehealth and Telecare: a Real-Life Integrated Experience in the COVID-19 Pandemic. *Telemedicine and e-Health*. 2021 aug 16.

26. Raesi R, Shaye Z.A, Saghari S, Sheikh Beig Goharrizi M.A, Raei M, Hushmandi K, The impact of education through nurse-led telephone follow-up (telenursing) on the quality of life of COVID-19 patients. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2021 dec 1; 96(1).
27. Malik A.H, Malik S.S, Aronow W.S, MAGIC (Meta-analysis And oriGinal Investigation in Cardiology) investigators. Effect of home-based follow-up intervention on readmissions and mortality in heart failure patients: a meta-analysis. *Future Cardiol*. 2019 sep; 15(5):377-386. doi: 10.2217/fca-2018-0061. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31502879.
28. Vilà A, Villegas E, Cruanyes J, Delgado R, Sabaté R.A, Ortega J, Araguás C, Humet C, Program for the Care of Patients with Multimorbidity. Cost-effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. 2015 may; 63(5):1017-24. doi: 10.1111/jgs.13396. Epub 2015 May 4. PMID: 25940863.
29. Belleri G, Guida Alla Riforma del Servizio Sanitario in Lombardia e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria. 25 luglio 2021.
30. World Health Organization, Antimicrobial resistance and primary health care (No. WHO/HIS/SDS/2018.56). In: WHO-HIS-SDS-2018.56-eng.pdf. World Health Organization; 2018. (Consultato in data 18-dic-2021).
31. Ricchizzi E, Morsillo F, Buttazzi R, Pan A, Gagliotti C, Morandi M & Moro M.L, Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto nazionale. Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto nazionale-Agenzia sanitaria e sociale regionale (regione.emilia-romagna.it); 2013. (Consultato il 20 novembre 2021).
32. Kim E.Y, Yeom H.E, Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *J Clin Nurs*. 2016 Jun;25(11-12):1683-92. doi: 10.1111/jocn.13188. Epub 2016 Feb 22. PMID: 26898819.
33. Mendez J.L, Yinger K, Bhatia V, Home-Based palliative care and its influence on quality of life in patients with a life-limiting condition. *Home Health Now*. 2020 Sep/Oct;38(5):261-267. doi: 10.1097/NHH.0000000000000901. PMID: 32889994.

Utilizzo dei diari in Terapia Intensiva Pediatrica Una Revisione narrativa della letteratura

Use of diaries in Pediatric Intensive Care Unit A narrative literature Review

Vincenza Sansone, PhD candidate, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Infermiera pediatrica, Unità Operativa Complessa di Oncoematologia Pediatrica, Dipartimento di Oncologia, AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Federica Cancani, Coordinatore infermieristico, Unità Operativa Complessa Area Rossa, DEA, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Orsola Gawronski, Coordinatore infermieristico, Struttura per lo Sviluppo Professioni Sanitarie, la Formazione continua e la Ricerca, Direzione Sanitaria, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Parole chiave

Terapia Intensiva Pediatrica, diari, narrazione, family centred care, Revisione narrativa

Keywords

Pediatric Intensive Care unit, diary, narration, family centred care, narrative Review

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il ricovero in Terapia Intensiva espone pazienti e famiglie alla *Post Intensive Care Syndrome* (PICS), un peggioramento nello stato di salute fisico, cognitivo o mentale dopo una patologia critica.

È stato dimostrato che il diario narrativo, condiviso tra familiari e operatori per raccontare in modo informale la degenza in Terapia Intensiva, migliora lo stato di ansia e depressione, riducendo la PICS nei familiari e nei pazienti adulti.

Poche sono le esperienze sull'utilizzo del diario in ambito intensivo pediatrico.

OBIETTIVI

Condurre una Revisione della letteratura per descrivere modalità

e finalità dell'utilizzo del diario di Terapia Intensiva Pediatrica (TIP).

MATERIALI E METODI

Nel mese di dicembre 2021, è stata effettuata una Revisione narrativa (dal 2001 al 2021) attraverso le seguenti banche dati: CINAHL, Embase, Pubmed, Scopus, Web of Science e Google Scholar.

Quattro studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

RISULTATI

Dei quattro studi inclusi, tre sono stati realizzati in Europa e uno negli USA. I due studi di implementazione hanno previsto un periodo di formazione per il personale e linee guida per indirizzare i familiari alla scrittura.

In nord Europa, il diario di TIP è conosciuto e utilizzato, a differenza della realtà italiana.

Il diario proposto è un quaderno su cui narrare in maniera informale gli eventi intercorsi durante la degenza. Questo aiuta i genitori e i bambini ad attribuire un significato alla loro esperienza e veicola la comunicazione della famiglia con il personale sanitario.

Nessuno studio ha investigato, con un *follow up*, l'impatto del diario sulla PICS-pediatric.

CONCLUSIONI

Il diario di Terapia Intensiva Pediatrica è uno strumento fattibile, coinvolge i genitori nell'assistenza e migliora la comunicazione. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per valutarne l'effetto sugli

outcome delle cure intensive nei bambini e nelle famiglie, nonché l'impatto lavorativo ed emotivo che potrebbe avere sul personale sanitario delle TIP.

ABSTRACT INTRODUCTION

Hospitalization in the Intensive Care Unit exposes patients and families to the Post Intensive Care Syndrome (PICS), a deterioration in physical, cognitive or mental health after a critical illness.

The Intensive Care Unit diary is a shared tool between family members and healthcare providers used to write about the time spent in Intensive Care Unit with an informal language.

This tool improves anxiety and depression, reducing the PICS in family members and adult patients, but there are few experiences about the use of the diary in the pediatric intensive setting.

OBJECTIVE

To provide a literature review to describe the methods and purposes of the Pediatric Intensive Care Unit (PICU) diary.

MATERIAL AND METHODS

In december 2021, a narrative Review was conducted through the following databases (from 2010 to 2021): CINAHL, Embase, Pubmed, Scopus, Web of Science and Google Scholar.

Four studies met the inclusion criteria.

RESULTS

The included studies were four, three were performed in Europe and one in the USA. Two implementation studies included a training time for staff and guidelines to help family members in writing. In northern Europe, the PICU diary is known and used.

In Italy this tool is not widely deve-

loped. The proposed diary is a notebook on which to informally narrate the events that occurred during hospital stay. The diary helps parents and children to give meaning to their experience and conveys the family's communication with healthcare providers. No follow-up study has investigated the impact of the diary on PICS-pediatric.

CONCLUSIONS

The Pediatric Intensive Care Unit diary is a feasible tool, it involves parents in care and improves communication.

Further studies are needed to investigate the effect of the diary on post-intensive care outcomes in children and families and the impact on staff job-routine and emotions.

INTRODUZIONE

Le patologie e gli incidenti che possono causare un episodio critico nell'infanzia si caratterizzano per la perdita rapida delle riserve fisiologiche del bambino e dell'adolescente e possono causare una importante morbilità che potrebbe necessitare di una degenza in Terapia Intensiva Pediatrica (TIP).

Il ricovero in TIP rappresenta un episodio traumatico che impatta sul benessere fisico, psichico e sociale non solo dei bambini/adolescenti ma anche delle loro famiglie.

Grazie ai progressi della Medicina, della tecnologia e nell'assistenza infermieristica, la maggioranza dei bambini ricoverati in TIP riesce a sopravvivere.¹

Nonostante ciò, la sopravvivenza a patologie critiche o a lesioni gravi nell'infanzia espone il bambino o l'adolescente a una vasta serie di patologie secondarie, trattamenti medici e procedure, traumi che hanno un importante impatto sugli outcome di salute psico-fisica-so-

ciale.² Ad oggi, le conoscenze sugli outcome e sulle esperienze successive al superamento dell'evento critico del bambino/adolescente sono scarse, ma pare giocare un ruolo fondamentale l'assenza di ricordi del periodo di degenza legato alla sedazione necessaria in TIP.³

Dalla letteratura emerge come ci siano problemi di salute residui nella maggioranza dei bambini dimessi da una TIP, sia a breve che a lungo termine.⁴

Le ricerche finora condotte in questo campo si sono focalizzate su un aspetto monodimensionale della sopravvivenza del bambino, analizzando singolarmente la sfera fisiologica, psicologica o sociale.⁴⁻⁶

La popolazione pediatrica è stata definita ad alto rischio di sviluppare la *Post-Intensive Care Syndrome* (PICS), ovvero una nuova o peggiorata invalidità nello stato di salute fisico, cognitivo o mentale dopo una patologia critica e che persiste dopo l'ospedalizzazione con cure intensive.^{7,8} La PICS riduce la qualità di vita nell'8% dei bambini dimessi dalla TIP.⁹

Dagli studi qualitativi che hanno esplorato il fenomeno dei bambini sopravvissuti ad un evento critico emergono disturbi biografici e di disallineamento tra il sé stesso "normale", precedente al ricovero, e il cambiamento di sé nel post-ricovero.

Inoltre, i bambini riportano l'esperienza della trasformazione nel rapporto con il proprio stato fisico e della propria identità, soprattutto nel superare le avversità con cui si scontrano, come disabilità acquisite o patologie croniche.¹⁰

Per alcuni bambini/adolescenti, ciò sfocia nella necessità di esplorare le storie di altre persone (soprattutto, i genitori) per recuperare le immagini mancanti del loro tempo passato, incoscienti, in TIP.¹⁰

Tuttavia, la letteratura pubblicata

fino ad oggi non riesce a fornire una comprensione completa e contestualizzata di come i sopravvissuti alla TIP ricostruiscono i ricordi e affrontino il raggiungimento di un nuovo benessere psicosociale a lungo termine.⁶

Inoltre, le traiettorie psicosociali dei bambini dimessi dopo malattie gravi e il loro evolversi nel tempo non sono chiari.¹⁰

Le storie di bambini/adolescenti sopravvissuti al ricovero in TIP, raccolte in un periodo compreso tra 6 e 20 mesi post dimissione, evidenziano come i costrutti e le dinamiche sviluppate colleghino intrinsecamente il vissuto biografico e quello sociale. Il racconto dell'esperienza in TIP è in primo piano in ogni storia raccontata dai sopravvissuti: sono presenti elementi di descrizione positiva nella maggior parte delle storie, come la speranza di essere "normali", ricorrente in molti racconti.¹¹

È stato dimostrato come tenere un diario di Terapia Intensiva (TI) sia utile a pazienti adulti e ai loro familiari, durante la degenza in TI e nel post-dimissione. I diari di TI sono scritti da *caregiver* e professionisti sanitari che assistono il paziente.

La scrittura dei diari di TI avviene in modo informale e rappresenta un report non clinico della degenza fornito da chi assiste il paziente (familiari e professionisti). La rilettura dei diari di TI nel post dimissione aiuta i pazienti adulti a riempire i *gap* di memoria causati dal ricovero, dando coerenza ai ricordi e una spiegazione alla loro esperienza.¹²

Una recente Revisione sistematica della letteratura condotta sull'argomento descrive come, nella popolazione adulta, l'utilizzo del diario di TI è associato a un miglioramento dell'ansia e della depressione nei pazienti dopo la dimissione dalla TI, e ad una riduzione della *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) dei loro familiari.¹³

Tuttavia, poche e recenti sono le esperienze di diari di TIP condivisi tra professionisti e *caregiver* di bambini/adolescenti e, alla luce delle nostre conoscenze attuali, non è ancora stata condotta una Revisione narrativa della letteratura che sintetizzi le esperienze in questo campo.

L'obiettivo del presente studio è fornire una Revisione narrativa della letteratura presente sull'utilizzo dei diari in TIP, descrivendo le finalità e le modalità con cui viene utilizzato tale strumento.

MATERIALI E METODI

È stata effettuata una Revisione narrativa della letteratura.

Questa metodologia è stata scelta perchè consente di includere una domanda di ricerca specifica e una sintesi completa di tutti gli studi sull'argomento.¹⁴

Per la conduzione e il *reporting* del presente articolo è stata utilizzata la *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA), uno strumento per il *critical appraisal* di Revisioni non sistematiche della letteratura.¹⁵

La ricerca è stata condotta nel mese di dicembre 2021, utilizzando i seguenti database: CINAHL, Embase, Pubmed, Scopus, Web of Science e Google scholar.

Sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca: (PICU OR "PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT" OR SURVIVOR OR "PEDIATRIC CRITICAL CARE") AND DIAR* oppure (PICU OR "PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT" OR SURVIVOR OR "PEDIATRIC CRITICAL CARE") AND DIAR* AND ("PSYCHOLOGICAL SUPPORT" OR "QUALITY OF LIFE" OR "PICS-P" OR PTSD OR ANXIETY OR DEPRESSION OR "FAMILY CENTRED CARE").

Sono stati inclusi gli studi primari (ovvero, riportanti ricerche originali) qualitativi e quantitativi, pubblicati su riviste *peer-reviewed*, in

lingua inglese o italiana, pubblicati tra il 2001 e il 2021, che avessero come *focus* l'utilizzo dei diari narrativi scritti da professionisti sanitari e *caregiver* durante il ricovero in una TIP di un bambino/adolescente.

Sono stati esclusi gli articoli sulla popolazione adulta e/o condotti in contesti non intensivi.

Lo *screening* dei risultati è stato eseguito da due autori separatamente. I titoli e gli *abstract* emersi dalla ricerca sono stati letti; quelli non rispondenti ai criteri di inclusione esclusi. I *full text* degli articoli, i cui titoli e *abstract* corrispondevano ai criteri di inclusione, sono stati letti. I conflitti sono stati risolti con la richiesta di parere da parte di un terzo autore.

Gli articoli che corrispondevano ai criteri di inclusione sono stati analizzati. I due revisori hanno estratto indipendentemente i dati utilizzando una tabella pre-progettata.

Una *hand-searching* delle referenze degli articoli inclusi è stata condotta per la ricerca di ulteriori fonti da analizzare. Le fasi della ricerca sono nella Figura 1.

È stata condotta un'analisi descrittiva dello strumento diario in TIP e una sintesi dei risultati per ciascuno studio.

Le variabili descrittive da compilare hanno incluso: l'anno di pubblicazione, il Paese di origine, il metodo e l'obiettivo dello studio. Da ciascuno studio sono stati estratti i seguenti dati: numero di famiglie/bambini coinvolti, tipologia di pazienti inclusi (fascia di età, intubati/non intubati), criteri di esclusione ed inclusione dello studio, presenza dell'analisi dei contenuti dei diari, presenza di un *follow-up*, principali risultati.

La sintesi dei risultati è presentata nella Tabella 1.

L'analisi descrittiva dello strumento è sintetizzata in Tabella 2.

RISULTATI

Dalla Revisione della letteratura

sono emersi 3858 articoli. Dopo la procedura di screening e di eliminazione dei duplicati, sono stati analizzati 13 *full-text*. Quattro articoli rispondevano ai criteri di inclusione e di esclusione e sono stati inclusi nella presente Revisione narrativa. Tre studi sono stati condotti in Europa, uno negli Stati Uniti; tutti gli studi sono stati prodotti negli ultimi 4 anni.¹⁶⁻¹⁹

Due studi hanno un disegno qualitativo, uno di essi adotta un approccio esplorativo tramite la conduzione di interviste semi-strutturate; un altro, invece, analizza i contenuti dei diari di TIP con un approccio narrativo interpretativo.^{16,19}

Gli altri due studi hanno un approccio quantitativo osservazionale: uno studio pilota di implementazione e una *survey* online.^{17,18}

La popolazione coinvolta negli studi varia da un minimo di 5 bambini e famiglie ad un massimo di 21.

Le TIP hanno offerto il diario a famiglie con bambini da 0-18 anni per studi di implementazione o di analisi dei contenuti.^{17,19}

Mikkelsen (2018), invece, ha coinvolto famiglie con bambini in età scolare (5-15 anni), ed è l'unico studio che ha previsto una rilettura dei contenuti dei diari da parte dei bambini.

Il criterio di esclusione comune a tutti gli studi era la non conoscenza della lingua madre.

I criteri di inclusione per avere il diario erano differenti: il 67% delle TIP anglosassoni ha offerto il diario a tutte le famiglie, il 33% dopo 24 ore di ricovero.¹⁸ Negli altri studi, invece, il criterio tempistico di inclusione variava da 48 a 72 ore di ricovero.^{16,17,19}

Uno studio ha escluso i bambini non intubati durante la degenza.¹⁹

I maggiori operatori nella compilazione dei diari sono stati i genitori,

sia nello studio anglosassone che in quello italiano^{18,19}, mentre nello studio danese hanno scritto maggiormente gli infermieri.¹⁶

Uno studio ha descritto i contenuti dei diari, dividendoli per categorie (messaggi di supporto, eventi che riguardano il ricovero, ecc.), un altro invece ha effettuato l'analisi tematica di tutti i contenuti dei diari.^{17,19}

Il diario di TIP è descritto come uno strumento fattibile, ma nessuno studio ha indagato se e come questo strumento potrebbe influenzare il recupero psico-sociale del bambino e della famiglia.¹⁶⁻¹⁹

Implementazione

Gli studi che hanno descritto l'implementazione del diario in TIP in una realtà in cui non era utilizzato in precedenza sono due.^{17,19}

In entrambi gli studi sono state prodotte delle linee guida generali da dare ai genitori ed è stato attuato un programma di formazione volto al personale. In uno studio sono stati organizzati due incontri virtuali di due ore,¹⁹ nell'altro, invece, sono state organizzate sessioni informative e formazione online della durata di due mesi.¹⁷

La scrittura, in entrambi i casi, era incoraggiata ma volontaria per professionisti e familiari: al momento dell'arruolamento veniva richiesta la firma di un consenso informato scritto.

Nello studio statunitense, al fine di informare tutto il personale coinvolto nell'assistenza, fuori dalla stanza del paziente veniva apposto un cartello per segnalare che il bambino era arruolato e aveva il diario di TIP. Sulla copertina del diario, invece, era segnalata la volontà o meno di poter scattare foto del bambino durante la degenza.¹⁷

Il diario è stato restituito ai bambini e alle famiglie alla dimissione nei due studi previa fotocopia dei contenuti.

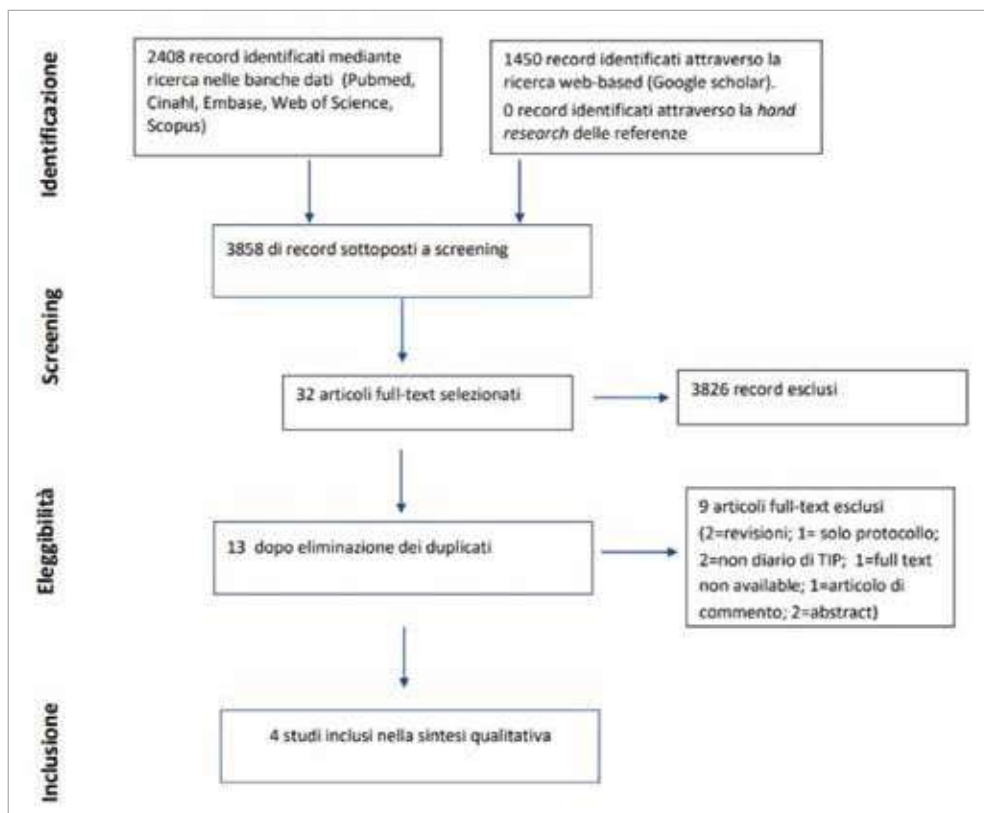


Figura 1 - Diagramma di flusso del processo di selezione degli articoli secondo il PRISMA Statement 2009

Autore e anno	Paese/ Setting	Metodo/ disegno di studio	Obiettivo	N° soggetti coinvolti	Fascia di età I/NI	Criteri di esclusione	Criteri di inclusione	Analisi dei contenuti dei diari	Linee guida, formazione e follow up	Risultati
Mikkelsen G. (2018)	TIP multidisciplinare di 6 posti letto in un ospedale terziario della Danimarca	Studio qualitativo, disegno esplorativo. Interviste semi strutturate. Analisi tematica delle interviste.	Esplorare l'esperienza di bambini e famiglie nell'utilizzare il diario di terapia intensiva pediatrica dopo la dimissione e il suo ruolo nel processo di guarigione da un ricovero in TIP.	5 bambini e famiglie	5-14 anni. I/NI	Caregiver non in grado di leggere e scrivere in danese.	Bambini e famiglie ricoverati per almeno 3 giorni e con un diario scritto per loro durante la degenza in TIP.	No	Linee guida con informazioni sullo scopo del diario. Interviste dai 4 ai 6 mesi post dimissione.	4 interviste. Tre temi principali emersi: (i) valore per l'intera famiglia, (ii) creazione di ricordi, (iii) importanza delle immagini. I diari sono stati utilizzati dopo la dimissione come supporto per i bambini e per le famiglie e hanno svolto un ruolo nel rendere significativa l'esperienza in TIP fornendo spiegazioni e coerenza. Il diario di TIP può fungere da catalizzatore per il processo di coping dell'unità familiare. I ricordi dei bambini sono caratterizzati da un senso di irrealtà.
Herrup EA, Wieczorek B, Kudchadkar SR. (2018)	TIP di un Ospedale universitario degli Stati Uniti	Studio pilota osservazionale	Valutare la fattibilità e le percezioni della famiglia sull'utilizzo del diario di TIP.	21 famiglie	Neonati-18 anni. I/NI	Caregiver non in grado di leggere e scrivere in inglese.	Bambini e famiglie con almeno 3 giorni di ricovero, almeno un membro della famiglia di lingua inglese. Inclusi anche bambini con danni neurologici, patologie psichiatriche e disturbi visivi.	Sì, attraverso un'analisi descrittiva dei contenuti.	Follow up: 2 settimane dopo la dimissione dalla TIP. Formazione: programma di educazione per il personale attraverso sezioni di formazione on-line e con materiale scritto. Linee guida: scritte per le famiglie.	L'implementazione dei diari in TIP è fattibile, il consenso è stato del 95%. 12 delle 20 famiglie hanno completato l'indagine di follow up.
Lynch F, Endacott R, Latour JM. (2020)	Regno Unito e Irlanda.	Sondaggio elettronico con questionario on line (Survey Monkey).	Valutare incidenza e uso dei diari in UK e Irlanda.	30 TIP	Non riportato	-	TIP del Regno Unito e Irlanda	No	No follow-up. Non sono descritte linee guida.	Il 43% (=13) delle TIP offre il diario, il 57% (=17) non offre il diario. 5 TIP hanno interrotto l'implementazione del diario perché preoccupati per possibili implicazioni legali, professionali e vincoli finanziari.

Sansone V, et al. (2021)	TIP di 6 posti letto di un ospedale pediatrico terziario italiano	Studio qualitativo con approccio narrativo e interpretativo per analizzare i contenuti dei diari di TIP (metodo di Braun e Clarke)	Esplorare i contenuti dei diari narrativi di TIP scritti da operatori sanitari, caregiver, parenti o altri visitatori di bambini durante il ricovero in TIP.	13 bambini e famiglie	0-18 anni. I.	Caregiver non in grado di leggere e scrivere in italiano.	Bambini sedati e ventilati meccanicamente da almeno 48 ore.	Sì, attraverso un'analisi tematica dei contenuti dei diari di TIP.	Formazione del personale: sì, con due incontri virtuali di 2 ore. Linee guida: sì, scritte per i genitori e inserite nel diario.	13 diari di TIP sono stati completati da genitori (45%) e operatori sanitari (25%). Sono emersi tre temi principali: "Sostegno sociale e spirituale", "Emozioni, sentimenti e disagio del caregiver" e "Vita in TIP". I diari in TIP supportano la relazione e la comunicazione tra la famiglia e il team; forniscono un resoconto informale delle emozioni e dei bisogni dei genitori. Il supporto sociale e spirituale sono elementi-chiave segnalati dai genitori per affrontare il ricovero in TIP.
--------------------------	---	--	--	-----------------------	---------------	---	---	--	---	---

Tabella 1 - Sintesi delle risorse incluse nella Revisione narrativa
*Legenda. TIP: Terapia Intensiva Pediatrica; I/NI: intubati/non intubati

Autore	Il diario di TIP	Consenso informato	Collocazione del diario	Fotografie	Disegni
Lynch F, Endacott R, Latour JM. (2020)	-	Consenso formale nel 7% delle TIP coinvolte, verbale nel 79%.	Non specificato.	Sì, nel 94% delle TIP.	Sì, anche stickers.
Herrup EA, Wieczorek B, Kudchadkar SR. (2018)	Raccoglitore a tre anelli, copertina rigida, fogli a righe.	Sì, scritto.	Posto letto o postazione infermieristica. Si segnala il posto letto se il bambino ha il diario di TIP.	Sì.	Sì.
Mikkelsen G. (2018)	Raccoglitore A5, contiene informazioni generali su procedure e attrezzature della TIP.	Sì, scritto.	Posto letto del bambino.	Sì, anche dello staff.	Sì.
Sansone V, et al. (2021)	Quaderno con fogli a righe e copertina rigida su cui è apposta un'etichetta con il nome del bambino	Sì, scritto.	Posto letto del bambino.	No. Allegate foto personali ma non del ricovero.	Sì.

Tabella 2 - Confronto tra le principali caratteristiche dei diari di TIP nei diversi contesti

Anche nella *survey* anglosassone si riporta che tutte le TIP, eccetto una, alla dimissione hanno restituito il diario alla famiglia.¹⁸

Diffusione e utilizzo del diario nelle TIP

Nella *survey* condotta in UK e Irlanda,

il diario di TIP è descritto come uno strumento conosciuto e diffuso a livello nazionale, utilizzato dal 43% delle TIP.¹⁸

Anche lo studio di Mikkelsen (2018) condotto in Danimarca descrive il diario di TIP come uno strumento consolidato e utilizzato

da 10 anni nell'Unità operativa in oggetto, ma non fa riferimento ad altre realtà nazionali o estere.

Lo studio condotto negli USA descrive l'implementazione dello strumento in una realtà in cui non era mai stato utilizzato e non riporta dati riguardo l'utilizzo del

diario di TIP in altri contesti nazionali.¹⁷

Dal canto suo, lo studio condotto in Italia descrive la mancanza di altre esperienze nazionali di implementazione del diario di TIP e, addirittura, scarse nelle TI dell'adulto.¹⁹

Tra le problematiche che possono ostacolare la diffusione e l'utilizzo del diario in TIP descritte e analizzate da Lynch, Endacott and Latour (2020) in UK e Irlanda c'è il timore di possibili implicazioni legali espresso da cinque TIP e la preoccupazione per le implicazioni professionali segnalato da quattro TIP.

Herrup, Wiecezorek and Kudchadkar (2018) riportano, tra le difficoltà all'implementazione, la carenza di tempo durante una giornata di lavoro impegnativa, segnalata dagli infermieri ad un membro del *research team* attraverso un *feedback* verbale.

Anche nella *survey* di Lynch, Endacott and Latour (2020) emerge che una TIP ha sospeso l'utilizzo dei diari a causa di mancanza di tempo lamentata dal personale.

Caratteristiche del diario in TIP

Non è stata trovata una definizione univoca di "diario di TIP".

È stato presentato come un registro giornaliero scritto da infermieri e famiglia del bambino.¹⁶

Nei diversi contesti ha assunto le forme di un quaderno o di un raccoglitore con anelli della misura A5. Sulla copertina veniva apposta la dicitura "Diario di..." per distinguere quelli dei diversi bambini.

Veniva collocato al posto letto per consentire a visitatori e personale (infermieri, medici, fisioterapisti, *play-specialist*, ecc.) di poter scrivere. All'interno del diario, solitamente, era inserito un foglio contenente le linee guida o indicazioni per scrivere: si consigliava di inserire la data e la firma dopo ogni messaggio scritto, in alcuni casi, ai genitori

si diceva di utilizzare la formula della lettera rivolta al proprio figlio. Agli operatori sanitari si consigliava di non utilizzare il gergo medico, ma un linguaggio semplice e informale.

Il diario di TIP non era una ripetizione della cartella medica, quindi non andavano riportati gli episodi clinici in modo scientifico o informazioni sulla patologia. Gli episodi interscorsi durante la degenza erano descritti con stile narrativo e confidenziale.

Agli operatori sanitari era chiesto di incoraggiare la scrittura del diario, che era su base volontaria e il consenso alla partecipazione poteva essere revocato in qualsiasi momento.^{16,17,19}

In uno studio è stata data la possibilità alla famiglia di allegare lettere, messaggi, foto inviate da amici e parenti.

Inoltre, anche il paziente era invitato, nel momento in cui era cosciente, a disegnare o scrivere sul diario.¹⁹

Follow-up

Lo studio di Mikkelsen (2018) è il primo che ha presentato i risultati di un *follow-up* dai 4 ai 6 mesi, dopo la dimissione dalla TIP, che consisteva in interviste fatte a bambini e famiglie dopo la rilettura dei contenuti dei diari di TIP.

Herrup, Wiecezorek and Kudchadkar (2018), invece, hanno effettuato un *follow-up survey* dopo due settimane dalla dimissione dalla TIP. L'obiettivo era intervistare i genitori sulla percezione della loro esperienza con il diario: il 75% delle famiglie coinvolte ha dichiarato di aver utilizzato o riletto il diario dopo la dimissione e tutti hanno espresso pareri positivi sull'implementazione.

Nel *follow-up* era chiesto ai genitori di fornire alcuni suggerimenti su come migliorare l'implementazione: le famiglie hanno espresso il desiderio di una maggiore partecipazione del personale sanitario e di spe-

rimentare una versione elettronica. Lynch, Endacott and Latour (2020) hanno riportato che, sebbene nessuna TIP anglosassone effettuasse un *follow up*, due TIP richiedevano ai genitori in dimissione di dare un *feedback* formale riguardo la loro esperienza di utilizzo del diario di TIP.

Attribuire significato al diario di TIP

Gli studi hanno descritto il significato che professionisti, genitori e bambini hanno attribuito al diario.

Lynch, Endacott and Latour (2020) hanno esplorato questa tematica investigando il punto di vista dei professionisti, che (94%) hanno affermato che il diario di TIP ha rappresentato un modo per coinvolgere i familiari nell'assistenza, per colmare il vuoto di memoria causato dal ricovero e dalla sedazione nei bambini, per spiegare cosa sia successo e infine per migliorare la comunicazione tra famiglie e professionisti.

Dall'analisi tematica condotta da Sansone et al. (2021) è emerso che il diario è stato uno strumento di comunicazione e di vicinanza tra i genitori e il bambino incosciente intubato. Il diario consentiva ai genitori di esprimere i loro sentimenti di dolore, paura, angoscia. Medici e infermieri invece lo utilizzavano per incoraggiare il paziente alla ripresa, raccontando episodi avvenuti in assenza dei genitori.

In tal modo, il diario di TIP diventava uno anche strumento di comunicazione e di coinvolgimento con i genitori.

Mikkelsen (2018) lo ha descritto come strumento utile per ricostruire l'esperienza di TIP in modo appropriato all'età e allo sviluppo del bambino. Infatti, la rilettura, in chiave positiva, degli episodi descritti nel diario ha aiutato i bambini a rielaborare in modo meno trauma-

tico l'esperienza in TIP, colmando i vuoti di memoria e attribuendo un significato al ricovero. L'utilizzo delle fotografie personali è stato d'aiuto al bambino per dare un senso di realtà alla rilettura degli episodi riportati nel diario. Il diario di TIP è stato utilizzato per spiegare il percorso del bambino in TIP agli altri membri della famiglia, in particolare ai fratelli, come ripreso successivamente nello studio statunitense.¹⁷ La rilettura del diario, a distanza di tempo, ha permesso inoltre ai genitori di rievocare emozioni represses.¹⁶

DISCUSSIONE

Dalla Revisione narrativa condotta emerge che l'utilizzo dei diari in TIP rappresenta una tematica che solo di recente ha catturato l'attenzione della comunità scientifica.

L'implementazione del diario di TIP è affidata alla singola realtà in cui si svolge lo studio.

Non esistono documenti di consensus che ne raccomandino o indirizzino l'utilizzo. Ciò si sta, invece,

sviluppando per le TI dell'adulto, al punto che, in alcune Paesi, esistono linee-guida nazionali che delincono e uniformano le modalità di implementazione del diario di TI.^{20,21}

Talvolta, non viene fornita una definizione specifica di diario di TIP, ma è riportata la descrizione dello strumento fatta negli studi degli adulti e anche la descrizione dell'utilizzo non è sempre chiara ed univoca. Ad esempio, non è chiaro se sia presente o meno una figura che stimoli operatori e famiglie al suo utilizzo, così com'è consigliata nelle linee-guida sull'implementazione dei diari di TI dell'adulto.²¹

La diffusione del diario nelle TIP resta scarsa o scarsamente documentata. Mikkelsen (2018) riporta che nell'Unità operativa coinvolta nello studio, il diario era utilizzato da 10 anni, nessun documento però ne ha descritto l'utilizzo in precedenza. Al contrario, l'utilizzo nelle TI dell'adulto è documentato da circa 40 anni, tanto che la comunità scientifica si è occupata non solo della

sua implementazione, ma anche dei benefici che questo strumento ha sugli *outcome* da TI del paziente e della famiglia, ovvero la riduzione di ansia, stress e depressione.^{12,13,22}

Sebbene si siano studiati gli effetti del ricovero in TIP per bambini e famiglie, dimostrando che la popolazione pediatrica sia particolarmente a rischio di PICS, non sono presenti in letteratura esperienze che indagano l'effetto del diario di TIP sulla PICS-*pediatric* attraverso un *follow-up* mirato.^{4,6,23}

Il diario proposto nelle TIP è uno strumento cartaceo.

Nelle TI è stata sperimentata una forma digitale che verosimilmente sarebbe molto apprezzata dagli adolescenti.²⁴

Infatti, un diario digitale, come consigliato da alcuni genitori nei *follow-up*, garantirebbe un accesso al diario costante (non solo quando i genitori sono al letto del bambino) e consentirebbe l'utilizzo simultaneo di operatori e familiari.

Inoltre, la rilettura del diario elettronico potrebbe essere una modalità di approccio più semplice e nota per gli adolescenti, vicina alla sempre più attiva realtà digitale in cui questa generazione sta crescendo, nonché anche in seguito alla pandemia da Sars-Cov 2 (didattica a distanza, *social media*, ecc.).^{25,26}

Il significato attribuito al diario di TI è quello di strumento atto a ricordare il ricovero, aiutando i pazienti adulti a superare il *gap* di memoria dovuto all'utilizzo dei farmaci sedativi necessari nei lunghi periodi di cure intensive.²² Tanto per i bambini quanto per le famiglie il diario ha la funzione di aiutare a mettere assieme i ricordi.

Inoltre, sembrerebbe essere una potenziale fonte di comunicazione tra le famiglie e il personale sanitario: pertanto, è da investigare quanto sia in grado di migliorare la relazione e il rapporto di fidu-



cia in un'ottica di *Family Centred Care*.^{27,28}

Le famiglie stesse esprimono il desiderio di una maggiore partecipazione del personale e di avere foto dello stesso per poter abbinare i volti agli scritti e mantenerne il ricordo nel tempo.

Questo potrebbe però non essere di facile attuazione viste le norme a tutela della *privacy* degli operatori durante il turno di lavoro e della non predisposizione di tutti alla condivisione della propria immagine.

Il presente studio presenta numerosi limiti: primo fra tutti, il fatto che si tratta di una Revisione della letteratura su un argomento relativamente nuovo e in fase di sviluppo, pertanto gli studi *peer review* presenti in letteratura sull'argomento sono solo 4. Inoltre, si è scelto di condurre una Revisione narrativa della letteratura, non valutando la qualità degli studi. Ulteriori limiti sono rappresentati dalle ridotte dimensioni dei campioni analizzati e dal fatto che nessuno studio presente in letteratura abbia preso in esame il punto di vista dei professionisti sanitari che sono au-

tori dei diari di TIP.

La letteratura dell'adulto, invece, ha descritto come il diario in TI influenzi il coinvolgimento emotivo degli operatori, rendendoli maggiormente vicini alle dinamiche personali e familiari dell'assistito.^{20,29}

Infine, nessuno studio presente ha investigato l'utilizzo del diario nelle famiglie di bambini deceduti in TIP, nell'adulto, infatti, sono descritte esperienze in cui il diario funge da supporto nell'elaborazione del lutto da parte della famiglia.³⁰

CONCLUSIONI

Il diario di TIP è da ritenersi uno strumento fattibile.

Esistono nazioni in cui sembra una realtà consolidata (anche se non documentata) e altre in cui il suo utilizzo è solo agli inizi.

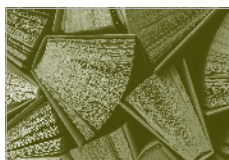
Sebbene il diario abbia raggiunto un alto tasso di consenso nelle TIP dove è stato proposto, in alcune realtà, il suo utilizzo è stato interrotto per motivi legali o professionali. Tali affermazioni meriterebbero maggiori approfondimenti.

Il diario di TIP coinvolge pazienti di

età da 0 a 18 e le loro famiglie. Pertanto, è uno strumento che necessita di una esplicitazione chiara di chi sia il destinatario, affinché l'approccio ad esso, i contenuti ed il linguaggio utilizzato sia adatto all'età del paziente a cui è rivolto. Ulteriori studi sono necessari per descriverne e uniformare l'implementazione a livello nazionale e internazionale. I pochi studi di implementazione fino ad oggi condotti sono incoraggianti per continuare ed incrementarne l'utilizzo.

È, però, necessario approfondire la sua eventuale influenza sugli *outcome* da TIP per i bambini e le famiglie. Senza dimenticare che un altro ambito importante da investigare è in che modo il diario di TIP impatti sulla routine di lavoro e/o influenzi l'assistenza infermieristica e medica in termini di coinvolgimento emotivo.

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



Bibliografia

1. Gasper E.A, Richardson J, A Textbook of Children's and Young People's Nursing; Churchill Livingstone/Elsevier: London, 2012.
2. Manning, J.C, Redsell, S.A, Latour J.M, Should out of Sight Mean out of Mind? Challenging the Role of Paediatric Intensive Care in Understanding and Supporting Children and Families Following Childhood Critical Illness: Guest Editorial. *Nurs Crit Care*. 2016 Sep; 21(5), 262–4. doi:10.1111/nicc.12253.
3. Dow B.L, Kenardy J.A, Le Brocq R.M, Long D.A, The Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in School-Aged Children and Adolescents Following Pediatric Intensive Care Unit Admission. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013 Nov; 23(9): 614–9. doi:10.1089/cap.2013.0044.
4. Ong C, Lee J.H, Leow M.K.S, Puthuchery Z.A, Functional Outcomes and Physical Impairments in Pediatric Critical Care Survivors: A Scoping Review. *Pediatr. Crit. Care Med*. 2016 May; 17(5):e247–e259. doi:10.1097/PCC.0000000000000706.
5. Carnevale F.A, The Experience of Critically Ill Children: Narratives of Unmaking. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997 Feb; 13 (1): 49–52. doi:10.1016/S0964-3397(97)80733-1.
6. Rennick J.E, Dougherty G, Chambers C, Strempler R, Childerhose J.E, Stack D.M, Harrison D, Campbell-Yeo M, Dryden-Palmer K, Zhang X, Hutchison J, Children's Psychological and Behavioral Responses Following Pediatric Intensive Care Unit Hospitalization: The Caring Intensively Study. *BMC Pediatr*. 2014 Oct 26; 14(1): 276. doi:10.1186/1471-2431-14-276.

7. Needham D.M, Davidson J, Cohen H, Hopkins R.O, Weinert C, Wunsch H, Zawistowski C, Bemis-Dougherty A, Berney S.C, Bienvenu O.J, Brady S.L, Brodsky M.B, Denehy L, Elliott D, Flatley C, Harabin A.L, Jones C, Louis D, Meltzer W, Muldoon S.R, Palmer J.B, Perme C, Robinson M, Schmidt D.M, Scruth E, Spill G.R, Storey C.P, Render M, Votto J, Harvey M.A, Improving Long-Term Outcomes after Discharge from Intensive Care Unit: Report from a Stakeholders' Conference. *Crit Care Med.* 2012 Feb; 40(2): 502–9. doi:10.1097/CCM.0b013e318232da75.
8. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, Taito S, Nakamura K, Unoki T, Kawai Y, Kenmotsu Y, Saito M, Yamakawa K, Nishida O, Post intensive Care Syndrome: Its Pathophysiology, Prevention, and Future Directions. *Acute Med Surg.* 2019 Apr 25;6 (3): 233–246. doi:10.1002/ams2.415.
9. Ekim A, The Post-Intensive Care Syndrome in Children. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2020 Mar; 43(1): 15–21. doi:10.1080/24694193.2018.1520323. Epub 2018 Sep 25.
10. Manning J.C, Hemingway P, Redsell S.A, Longterm Psychosocial Impact Reported by Childhood Critical Illness Survivors: A Systematic Review. *Nurs Crit Care.* 2014 May, 19(3):145-56. doi: 10.1111/nicc.12049. Epub 2013 Oct 23.
11. Manning J.C, Hemingway P, Redsell S.A, Stories of Survival: Children's Narratives of Psychosocial Well-Being Following Paediatric Critical Illness or Injury. *J Child Health Care.* 2017 Sep;21(3): 236–52. doi:10.1177/1367493517717078.
12. Ewens B, Chapman R, Tulloch A, Hendricks J, M, ICU Survivors' Utilisation of Diaries Post Discharge: a qualitative descriptive study. *Aust Crit Care.* 2014 Feb; 27 (1): 28–35. doi:10.1016/j.aucc.2013.07.001.
13. McLroy P.A, King R.S, Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Ramanan M, The Effect of ICU Diaries on Psychological Outcomes and Quality of Life of Survivors of Critical Illness and Their Relatives: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med.* 2019 Feb; 47 (2): 273–9. doi:10.1097/CCM.0000000000003547.
14. Higgins J.P.T, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M.J, Welch V.A, Cochrane Collaboration. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*; 2020.
15. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S, SANRA-A Scale for the Quality Assessment of Narrative Review Articles. *Res. Integr. Peer Rev.* 2019 Mar 26; 4(1): 5. doi:10.1186/s41073-019-0064-8.
16. Mikkelsen G, The Meaning of Personal Diaries to Children and Families in the Paediatric Intensive Care Unit: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018 Apr; 45: 25–30. doi:10.1016/j.iccn.2017.10.001.
17. Herrup E.A, Wieczorek B, Kudchadkar S.R, Feasibility and Perceptions of PICU Diaries. *Pediatr Crit Care Med.* 2019 Feb; 20(2):e83-e90. doi: 10.1097/PCC.0000000000001814.
18. Lynch F, Endacott R, Latour J.M, Patient Diaries: Survey of Paediatric Intensive Care Units in the United Kingdom and Ireland. *Nurs Crit Care.* 2020 Jan; 25(1): 31–6. doi:10.1111/nicc.12472.
19. Sansone V, Cancani F, Gagliardi C, Satta T, Cecchetti C, de Ranieri C, Di Nardo M, Rossi A, Dall'Oglio I, Alvaro R, Tiozzo E, Gawronski O, Narrative Diaries in the Paediatric Intensive Care Unit: a thematic analysis. *Nurs Crit Care* 2021. Jul 13. doi: 10.1111/nicc.12680. Epub ahead of print
20. Holme A.N, Halvorsen K, Eskerud R.S, Lind R, Storli S.L, Gjengedal E, Moi A.L, Nurses' Experiences of ICU Diaries Following Implementation of National Recommendations for Diaries in Intensive Care Units: a quality improvement project. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020 Aug; 59:102828. doi:10.1016/j.iccn.2020.102828.
21. Rogan J, Zielke M, Drumright K, Boehm L.M, Institutional Challenges and Solutions to Evidence-Based, Patient-Centered Practice: Implementing ICU Diaries. *Crit Care Nurse.* 2020 Oct; 40(5): 47–56. doi:10.4037/ccn2020111.
22. Barreto B.B, Luz M, Rios M.N. de O, Lopes A.A, Gusmao-Flores D, The Impact of Intensive Care Unit Diaries on Patients' and Relatives' Outcomes: a systematic Review and meta-analysis. *Crit Care.* 2019 Dec; 23(1): 411. doi:10.1186/s13054-019-2678-0.
23. Stremier R, Haddad S, Pullenayegum E, Parshuram C, Psychological Outcomes in Parents of Critically Ill Hospitalized Children. *J Pediatr Nurs.* 2017 May-Jun; 34: 36-43. doi:10.1016/j.pedn.2017.01.012.
24. Scruth E.A, Oveisi N, Liu V, Innovation and Technology: Electronic Intensive Care Unit Diaries. *AACN Adv Crit Care.* 2017 Summer; 28 (2):191-199. doi:10.4037/aacnacc2017471.
25. Shah J, Das P, Muthiah N, Milanaik R, New Age Technology and Social Media: Adolescent Psychosocial Implications and the Need for Protective Measures. *Curr Opin Pediatr.* 2019 Feb; 31(1):148–156. doi:10.1097/MOP.0000000000000714.
26. Mohan A, Sen P, Shah C, Jain E, Jain S, Prevalence and risk factor assessment of Digital Eye Strain among children using online E-Learning during the COVID-19 pandemic: Digital Eye Strain among Kids (DESK Study-1). *Indian J Ophthalmol.* 2021 Jan; 69(1): 140. doi:10.4103/ijo.IJO_2535_20.
27. Meert K.L, Clark J, Eggly S, Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Jun; 60(3): 761–772. doi:10.1016/j.pcl.2013.02.011.
28. Hill C, Knaf K.A, Santacroce S.J, Family-Centered Care from the perspective of parents of children cared for in a Pediatric Intensive Care Unit: an integrative Review. *J Pediatr Nurs.* 2018 Jul-Aug; 41: 22–33. doi:10.1016/j.pedn.2017.11.007.
29. Flinterud S.I, Moi A.L, Gjengedal E, Narvestad Grenager L, Muri A.K, Ellingsen S, The Creation of Meaning-Intensive Care nurses' experiences of conducting Nurse-Led Follow-up on Intensive Care Units. *Intensive Crit Care Nurs.* 2019 Aug; 53:30–36. doi:10.1016/j.iccn.2019.03.009.
30. Johansson M, Wåhlin I, Magnusson L, Runeson I, Hanson E, Family members' experiences with Intensive Care Unit Diaries when the patient does not survive. *Scand J Caring Sci.* 2018 Mar; 32(1): 233–240. doi:10.1111/scs.12454.

Vissuto delle infermiere di Ginecologia e Ostetricia nella relazione assistenziale con le pazienti transculturali affette da incontinenza urinaria: uno studio fenomenologico

An experience of Gynecology and Obstetrics nurses in the care relationship of the transcultural patients affected by urinary incontinence: a phenomenological study

suor **Jacinta Kilonzo**, Istituto Figlie di San Camillo, Roma

Parole chiave

incontinenza urinaria, Nursing transculturale, barriere, interventi infermieristici, pazienti straniere, infermieri

Keywords

urinary incontinence, transcultural Nursing, barriers, nursing interventions, foreign patients, nurses

ABSTRACT INTRODUZIONE

In ambito infermieristico, la presenza degli stranieri impone lo sviluppo di metodi e piani assistenziali personalizzati, che tengano conto delle diverse culture e religioni.

A tal riguardo e ai fini scientifici, si è ritenuto utile indagare il vissuto e gli stati d'animo degli infermieri con un focus su quelli che assistono pazienti affette da incontinenza urinaria, ricoverate in un reparto di Ginecologia ed Ostetricia, al fine di comprendere meglio le principali barriere, i più efficaci interventi

infermieristici e il livello di conoscenza ed applicazione del *Nursing* transculturale.

MATERIALI E METODI

Il disegno di ricerca è uno studio di tipo qualitativo fenomenologico. Il campione è costituito da 11 infermiere del reparto di Ginecologia e Ostetricia di un ospedale di Roma.

Per l'analisi delle esperienze di vita, il ricercatore ha seguito i dettami della ricerca fenomenologica secondo il metodo di Amedeo Giorgi.

RISULTATI

Dall'analisi delle interviste è emerso quanto, con le pazienti straniere, per superare le barriere linguistiche, si ricorra sempre più spesso ad un **mediatore culturale o ad un traduttore** (73%), o, in loro assenza, alla comunicazione non verbale. Le infermiere riferiscono di aver provato dispiacere e frustrazione e, talvolta, un senso di impotenza (70%) e di aver avuto un atteggiamento maggiormente comprensivo e soccorrevole rispetto alle pazienti ordinarie (63%).

Risulta poco conosciuto ed applicato il *Nursing* transculturale (90%).

CONCLUSIONI

Le principali barriere che impediscono una comune relazione interpersonale tra paziente straniera con incontinenza urinaria e infermiere sono rappresentate da quella linguistica e dal credo religioso.

Gli interventi infermieristici che devono essere attivati con priorità sono: il servizio di interpretariato, la formazione transculturale, l'educazione sanitaria, l'individuazione del caregiver, l'utilizzo di video tutorial sugli esercizi pelvici e la presenza di facilitatori.

Pertanto, si ritiene indispensabile promuovere, nelle strutture sanitarie, la pianificazione di attività formative sul Nursing transculturale per gli infermieri che si prendono cura delle pazienti straniere con incontinenza urinaria.

ABSTRACT INTRODUCTION

Indeed, the increased number of the foreigners requires the development of personalized methods and care plans that take into account the different cultures and religions. With regard to these aspects, it was considered useful, for scientific purposes, to investigate the experience and moods of nurses who care for patients with urinary incontinence admitted to a Gynecology and Obstetrics ward in order to understand better the main barriers, the most effective nursing interventions and the level of knowledge as well as the application of the trans-cultural Nursing.

MATERIAL AND METHODS

The research design is a qualitative phenomenological study. The sample consists of 11 nurses of the department of Gynecology-Obstetrics of a Hospital in Rome. For the analysis of the life expe-

riences, the researcher used the Amedeo Giorgi Protocol.

RESULTS

Analysis of the interviews showed that more and more often a cultural mediator or translator (73%) is used to overcome language barriers with foreign patients or, in their absence, non-verbal communication.

Nurses report feeling regret and frustration and sometimes a sense of helplessness (70%) and a more understanding and helpful attitude than ordinary patients (63%). There is little knowledge and application of trans-cultural Nursing (90%).

CONCLUSIONS

So, with the increase of the foreign population, it is considered essential to promote the inclusion of cultural mediators in healthcare facilities and to plan training activities on trans-cultural Nursing for nurses who care for foreign patients with urinary incontinence.

INTRODUZIONE

I movimenti migratori rappresentano un fenomeno significativo nei Paesi occidentali, a causa della globalizzazione, che ha avuto ripercussioni sulla vita sociale ed economica delle popolazioni mondiali.

Infatti, se, da una parte, ha aumentato gli scambi di prodotti e di merci, dall'altra, ha contribuito a aumentare il divario tra i Paesi ricchi e quelli poveri. Tali dinamiche hanno spinto molti gruppi etnici ad emigrare per trovare condizioni di vita migliori, tese ad assicurare aspetti sociali, culturali ed economici accettabili. Secondo le stime della Caritas, sono 200 milioni le persone che hanno scelto di migrare in un altro Paese e il fenomeno riguarderebbe addirittura circa il 3% della popolazione mondiale.¹

Si emigra soprattutto per motivi di lavoro verso i Paesi industrializzati,

ed i settori maggiormente coinvolti sono: l'agricoltura, il manifatturiero e quello dei servizi, che non richiedono una forza-lavoro particolarmente specializzata. Va evidenziato, tuttavia, come, nel corso del 2020 e del 2021, si sia assistito ad una diminuzione, seppur lieve, del numero degli stranieri in Italia, per effetto sia della flessione dei flussi di ingresso che per le acquisizioni di cittadinanza.²

In totale, al 1° gennaio 2021, gli stranieri erano 5.756.000 (il 10% della popolazione), 167 mila unità in meno rispetto alla stessa data del 2020 (-2,8%).³ Secondo i dati Istat, al 1° gennaio 2022, gli stranieri residenti in Italia sono scesi a 5.171.894 (di cui 2.524.644 maschi e 2.647.250 femmine), confermando il trend in discesa del 2020 e 2021.

Nel 2020, il numero dei residenti stranieri ha registrato un calo annuo più consistente degli ultimi 20 anni (-26.400 e -0,5%, rispetto al 2019).⁴ L'emergenza pandemica di SARS-COV-2, inoltre, ha senza dubbio contribuito alla diminuzione di ingressi di stranieri sul territorio italiano. Infatti, la necessità di contenere il contagio ha provocato una del tutto imprevedibile e rilevante contrazione dei movimenti di persone a livello mondiale. Tuttavia, è plausibile aspettarsi che le migrazioni riprendano, anzi che aumentino, e non solo a causa della ritrovata libertà di circolazione, ma soprattutto perché i limiti imposti alle attività produttive in tutto il mondo (per fermare la diffusione del virus) hanno provocato una profonda crisi economica, che rischia di colpire più duramente molti Paesi già fragili, da cui, tradizionalmente, ha origine la gran parte dei flussi migratori. È, pertanto, ipotizzabile che molte persone si muoveranno alla ricerca di condizioni di vita e di opportunità economiche migliori, proprio a

causa degli effetti devastanti della pandemia.

È il caso, ad esempio, dei migranti dalla Tunisia: come già avvenuto nel 2020, anche nel 2021, moltissime persone originarie di questo Paese hanno raggiunto l'Italia, in seguito al notevole peggioramento della situazione socio-politica in patria.

In base ai dati del Ministero dell'Interno⁵, 14 mila, dei 59 mila migranti sbarcati nel corso del 2021, sono di origine tunisina.

Il rapporto tra i generi nella popolazione straniera è sostanzialmente equilibrato, con un leggero sbilanciamento a favore delle donne (51,9%), anche se la percentuale varia molto in funzione della cittadinanza di origine: ad esempio, le donne rappresentano l'81% della popolazione russa in Italia, mentre costituiscono il 4,8% dei residenti maliani.

L'età media della popolazione straniera residente in Italia è di circa 35 anni (rispetto agli italiani che hanno una età media di circa 46).

In linea con la popolazione italiana, sono soprattutto gli uomini ad avere un'età media più giovane, circa 33 anni rispetto ai 37 delle donne.

Un quinto degli stranieri residenti ha meno di 18 anni (quasi l'11% della popolazione totale tra 0 e 17 anni), il 37% circa meno di 40 anni, solo il 5,5% ne ha più di 65.

Dei poco più di **5 milioni di cittadini stranieri residenti in Italia**, circa 2,5 milioni sono europei (di cui 1,5 milioni proveniente da Paesi UE); 1,1 milioni provengono dagli Stati africani (21,9%, soprattutto dai Paesi dell'Africa settentrionale e occidentale) e 1,1 milioni dall'Asia (21,3%).

Il continente americano conta circa 369 mila residenti in Italia (7,4%), provenienti in prevalenza dal centro-sud America (7,4%).⁶

Tale fenomeno, nonostante abbia avuto la flessione sopra evidenziata, continua ad impattare sui servizi sa-

nitari occidentali, che sono chiamati a "ritarare" la loro offerta di salute e predisporre nuovi percorsi assistenziali capaci di garantire la presa in carico di pazienti con culture diverse, per assicurare loro dialogo, confronto e interazione.

La presenza degli immigrati ha variato il tessuto sociale, condizionando la domanda di salute e determinando una società multietnica e multiculturale. **È sempre più probabile, oggi, per un infermiere trovarsi ad assistere pazienti con un background culturale differente.**

Spesso queste persone portano con sé culture, tradizioni e religioni che gli impongono uno stile di vita diverso da quello della popolazione autoctona e ciò richiede l'introduzione di modelli assistenziali che, necessariamente, tengano conto del confronto con storie, aspettative, espressioni e percezioni di bisogni differenti dai pazienti fin qui assistiti.

È necessario tenere conto che *"i mutamenti intervenuti nel contesto sociale si riflettono inevitabilmente sul sistema sanitario, che è chiamato ad affrontare bisogni sanitari sempre più complessi e a proporre soluzioni organizzative e assistenziali innovative"*.⁷

In questo nuovo contesto si sente sempre più parlare di **Nursing transculturale**⁸ come modello assistenziale in grado di rispondere ai bisogni di assistenza della persona con una concezione ed un approccio olistico che tenga conto delle specifiche identità culturali, della storia personale e delle aspettative di ciascuno. *"L'immagine dell'uomo come essere che non può essere separato dal suo background culturale e dalla propria struttura sociale è il principio di base. Per fornire delle prestazioni di qualità è opportuno, pertanto, nella consapevolezza che l'infermiere esplicita la propria abilità professionale indistintamente dalla razza e dalla na-*

zionalità, conoscere a sufficienza la cultura, usi e tradizioni dei pazienti, in particolare prestando attenzione alle peculiarità della singola cultura in relazione ad alcuni bisogni come comunicazione, igiene ed alimentazione. In questo modo, si possono comprendere le reticenze e l'imbarazzo dei pazienti alle domande degli operatori, sapere come affrontare un argomento difficile come la cura igienica del corpo o come soddisfare il bisogno di alimentazione rispettando i loro usi o affrontare il problema della morte e del trattamento della salma. Questa teoria non considera la comprensione del mondo culturale del paziente solo come premessa per l'intervento, ma come guida per ogni sua fase di attuazione e decisione".⁹

Gli infermieri, dunque, sono chiamati a conoscere, rispettare e restituire dignità nell'erogazione dell'assistenza a tutti, secondo i diversi usi e costumi, senza violare o discriminare nessuno, in coerenza con quanto stabilito dall'art. 3 del Codice Deontologico Professionale e nel pieno rispetto dell'art. 3 della Costituzione Italiana che sancisce rispetto, comprensione e accettazione di ogni cultura.

Dalla letteratura è emerso come, in termini generali, l'assistenza transculturale possa essere considerata a tutti gli effetti "necessaria" per fornire un'assistenza capace di migliorare gli esiti infermieristici nelle pazienti straniere.¹⁰

In particolare, uno studio qualitativo¹¹ realizzato a Taiwan nel 2018 ha fornito elementi tali da dimostrare come non sia sufficiente per l'infermiere basare la propria assistenza alle pazienti straniere esclusivamente sul proprio sapere infermieristico, ma sia altresì indispensabile, ai fini del miglioramento dell'*outcome* infermieristico, l'acquisizione della conoscenza di una "cura culturale".

L'attuale contesto assistenziale, quindi, dovrebbe tenere conto delle nuove problematiche emerse nella presa in carico di tale tipologia di pazienti.

*“Le problematiche più frequenti sono quelle legate alla comunicazione con i pazienti stranieri, e quelle legate all'aumento del carico di lavoro dovuto alla presenza di pazienti stranieri. Gli infermieri hanno risposto alle difficoltà più con competenze umane che con abilità specifiche, e tendono a delegare il problema al servizio di Mediazione Culturale. Questo nuovo problema ha un impatto molto alto sugli infermieri. Le difficoltà emerse non sono diminuite nel tempo, questo a causa della mancanza di una politica adeguata all'interno delle strutture sanitarie negli ultimi anni, ad eccezione di un piccolo miglioramento sulla formazione accademica. Tuttavia l'attuale formazione accademica non fornisce soluzioni utili nel percorso quotidiano”.*¹²

Riguardo a questi aspetti si è ritenuto utile ai fini scientifici indagare il vissuto e gli stati d'animo degli infermieri che assistono pazienti stranieri ed, in particolare, pazienti affette da incontinenza urinaria ricoverate in un reparto di Ginecologia ed Ostetricia, con lo scopo di dare un fattivo contributo allo sviluppo di un campo assistenziale, nello specifico quello transculturale, in continua evoluzione.

Conoscere le esperienze di vita professionale delle infermiere può anche rappresentare un valido test per comprendere meglio quanto la presa in carico infermieristica delle pazienti straniere con incontinenza urinaria sia compatibile (in termini di bisogni ed interventi infermieristici) con le evidenze scientifiche presenti in letteratura che hanno fatto emergere, tra i principali bisogni di questa tipologia di pazienti, la comunicazione¹³ con gli infermieri,

la corretta condotta alimentare¹⁴, l'igiene personale¹⁵, il superamento del disagio sociale¹⁶ e, tra i più efficaci interventi infermieristici, il servizio di interpretariato¹⁷, la formazione transculturale¹⁸, l'educazione sanitaria¹⁹, l'individuazione del caregiver²⁰, l'utilizzo di video tutoria²¹ e la presenza di facilitatori²². *“Sull'esempio di Madeleine Leininger, teorica e antropologa americana fondatrice della teoria del Nursing transculturale, per poter erogare un'assistenza efficace la professione infermieristica dovrebbe approfondire le tematiche legate ai soggetti immigrati, considerando come punti deboli o forti del processo assistenziale diversi elementi, tra cui quelli etnico culturali, relazionali, linguistici, valoriali, giuridici, organizzativo strutturali di ogni specifica cultura”.*²³ La prospettiva professionale deve essere tesa, pertanto, all'acquisizione di basi consolidate di Infermieristica transculturale, per poter permettere all'infermiere una giusta presa in carico del paziente straniero attraverso la corretta pianificazione ed erogazione di un'assistenza culturalmente appropriata. *“Partendo da questa consapevolezza, abbiamo diversi canali di approfondimento nel Nursing transculturale come: la migliore comprensione e l'inizio di una vera assistenza individualizzata tra l'infermiere e il paziente dove si crei una dimensione comunicativa nella quale il dialogo rappresenti il percorso ideale di un'ermeneutica, che consenta una più idonea comprensione della situazione, in cui l'approccio interculturale infermieristico, con persone provenienti da contesti altri, ne rappresenti un valido banco di prova. Infatti, fornire le conoscenze per erogare un'assistenza infermieristica culturalmente adeguata nella società multiculturale contemporanea, dove l'infermiere deve fornire un'assistenza*

*contestualizzata all'ambiente e alle situazioni sociali sempre mutevoli, diventa prioritario per esperire quell'assistenza vicina alle ragioni dell'altro”.*⁷

Alla luce di queste considerazioni, per attivare concretamente un processo ermeneutico, per comprendere meglio i punti deboli e forti dell'assistenza infermieristica prestata alle pazienti straniere con incontinenza urinaria, si è ritenuto necessario partire dal punto di vista degli infermieri, andando a raccogliere le loro esperienze, gli stati d'animo (insomma, il loro vissuto) durante l'assistenza prestata a tali pazienti straniere ricoverate in ospedale. Lo scopo ultimo, infatti, è proprio quello di **comprendere l'esperienza professionale così com'è realmente vissuta nella vita quotidiana e non in un ambiente artificiale.**

OBIETTIVI

Lo scopo di questo studio è quello di indagare e analizzare i vissuti e gli stati d'animo degli infermieri che si prendono carico delle pazienti straniere con incontinenza urinaria ricoverate in Ginecologia Ostetricia per meglio identificare le variabili che possono facilitare o ostacolare gli operatori sanitari nella percezione e risoluzione dei bisogni d'assistenza transculturale. Inoltre, tenuto conto che gli stranieri possono portare con sé condizioni di salute, culture e approcci relazionali diversi rispetto alla popolazione ordinaria, uno studio accurato sui vissuti degli infermieri che li assistono può fornire un valido contributo alla pianificazione di un'assistenza infermieristica migliore. Rispetto all'obiettivo prefissato, la ricerca intende rispondere ai seguenti quesiti riguardanti l'assistenza alle pazienti straniere con incontinenza urinaria:

1. quali sono le principali barriere che impediscono una normale re-

lazione interpersonale tra paziente straniera con incontinenza urinaria e infermiere?

2. Quali sono gli interventi infermieristici da attivare con priorità nella presa in carico infermieristica della paziente straniera con incontinenza urinaria?

3. Il personale infermieristico conosce il *Nursing* transculturale e lo applica alle pazienti straniere con incontinenza urinaria?

MATERIALI E METODI

Il disegno di ricerca utilizzato per raggiungere lo scopo precedentemente richiamato è uno studio di tipo qualitativo fenomenologico.²⁴⁻²⁵⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻³³

In particolare, si sono seguiti i dettagli della ricerca fenomenologica secondo il metodo di Giorgi²⁹ che è stato considerato capace di rispondere all'esigenza, propria della fenomenologia, di accedere alla sfera del vissuto personale degli infermieri.

In questo modo, si è voluto dare voce agli infermieri riguardo le proprie esperienze di vita professionale e "dare un senso"³⁰ a quelle esperienze, interpretandone in termini scientifici i significati professionali. Tale approccio è prettamente di tipo induttivo, in quanto basato su una modalità di ricerca che riguarda lo studio del particolare per arrivare a confermare un postulato oppure a modificarlo³¹.

Questa tipologia di ricerca è prettamente interpretativa e segue i canoni dell'ermeneutica, visto che il fine è rappresentato dal riuscire a comprendere le relazioni degli infermieri con i pazienti stranieri attraverso i significati che gli stessi operatori sanitari assegnano alle loro esperienze di vita professionale. **Gli infermieri, dunque, in qualità di co-ricercatori diventano i veri punti di riferimento per lo svolgimento dell'indagine** che

darà priorità, quale importante connotazione, ad una verità soggettiva piuttosto che a quella oggettiva.

La ricerca fenomenologica, infatti, assegna un'importanza particolare alla qualità nella scelta del campione (piuttosto che alla quantità), facendo comunque attenzione all'omogeneità di quello selezionato.

Ciò ha consentito al ricercatore di coinvolgere nella ricerca un numero esiguo di infermieri che avevano comunque in comune, quale punto di forza per la ricerca stessa, la consapevolezza dell'importanza dell'argomento e un'esperienza importante sul campo relativamente all'assistenza a pazienti straniere.

La raccolta dati si è svolta nel periodo di gennaio 2022, presso il reparto di Ginecologia e Ostetricia di una struttura sanitaria ubicata in un contesto territoriale, quello di Roma est, caratterizzato da una numerosa comunità multietnica prevalentemente costituita da bangladesi, filippini, marocchini, cinesi, oltre che da nomadi che trovano rifugio presso i campi di via dei Gordiani e di via Salviati.

Prima di iniziare l'attività di raccolta dati, si è provveduto ad acquisire l'autorizzazione necessaria da parte del Direttore Sanitario dell'Ospedale, del Direttore e del Coordinatore infermieristico della UOC di Ginecologia Ostetricia e agli stessi è stato presentato l'obiettivo della ricerca, al fine di ottenere la collaborazione dei professionisti arruolati e concordare gli orari e le modalità di accesso all'unità operativa.

Tutti gli infermieri arruolati sono stati adeguatamente informati riguardo lo scopo dello studio e le modalità di raccolta e trattamento dei dati.

È stato ribadito che la partecipazione allo studio era del tutto volontaria e che potevano rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento.

"Von Eckartsberg³² ha dimostrato

che sono richiesti 4 passaggi generali per realizzare una ricerca fenomenologico-esistenziale che includono: 1) la formulazione di una domanda (in cui il ricercatore delinea il fulcro dell'indagine), 2) Il momento di generazione dei dati (in cui il co-ricercatore da una descrizione della sua esperienza), 3) L'analisi dei dati (in cui il ricercatore legge i dati forniti dal co-ricercatore e svela il significato della sua esperienza), e 4) La presentazione dei risultati (il ricercatore presenta i risultati della ricerca in pubblico)".

Pertanto, per l'indagine è stata effettuata un'intervista semi-strutturata, composta da 12 quesiti orientativi, enunciati coerentemente con la letteratura scientifica e le domande di ricerca. A seguire, ecco le domande che hanno costituito l'intervista semi-strutturata.

1. Quando si è trovata ad assistere pazienti straniere con incontinenza urinaria è riuscita ad attivare una relazione d'aiuto mirata all'incontinenza, oppure ha trovato difficoltà che hanno impedito o comunque ostacolato la relazione?

2. Come ha vissuto interiormente e professionalmente la relazione con questa tipologia di pazienti? Quali sensazioni ha provato?

3. Parlare una lingua differente, o il diverso credo religioso, o le condizioni sociali e culturali o cos'altro ha maggiormente caratterizzato l'approccio assistenziale con questa tipologia di pazienti? Mi racconti.

4. Secondo lei, qual è l'aspetto prioritario che ha dovuto affrontare per un corretto approccio con la paziente, tra i tanti che ricorda?

5. Per meglio assistere la paziente straniera con incontinenza urinaria ha tenuto conto di modelli teorici specifici? Oppure ha utilizzato il modello assistenziale che viene adottato in reparto di consuetudine per tutte le pazienti?

6. Le pazienti straniere con le quali

si è confrontata e di cui si è presa carico riuscivano ad esporle i propri problemi legati all'incontinenza? Se no, per quali motivi?

7. Secondo Lei, i suoi colleghi e il personale medico, durante l'assistenza alla paziente straniera con incontinenza urinaria, hanno tenuto conto dei diversi aspetti culturali e delle loro potenziali ricadute negative in termini assistenziali?

8. Sinteticamente e con parole Sue, può dirmi cosa s'intende per *Nursing* transculturale?

9. Dell'esperienza che ha vissuto in reparto, con tale tipologia di pazienti, cosa le resta, cosa ha conservato?

10. Ha mai avuto la sensazione che una paziente straniera con incontinenza urinaria le nascondesse particolari importanti della propria condizione clinica per motivi legati al credo religioso di appartenenza, oppure al fatto che continuasse a condividere elementi identitari, provenienti dalla cultura del Paese di origine, tali da impedirle di aprirsi con il personale infermieristico?

11. Secondo Lei, per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica alle pazienti straniere con incontinenza urinaria cosa bisognerebbe fare?

12. Lei pensa che l'assistenza infermieristica che viene prestata a questa tipologia di pazienti debba essere diversa rispetto a quella prestata a tutte le altre pazienti?

Le interviste sono state condotte personalmente da chi ha elaborato il lavoro di ricerca, compatibilmente con la disponibilità di ciascun infermiere arruolato. Con la raccolta dati ci si è limitati ad ottenere le sole informazioni necessarie per rispondere ai quesiti di ricerca, in coerenza con quanto progettato nello studio. Il ricercatore, in questo modo, è riuscito ad intavolare un discorso con gli infermieri intervistati, consentendogli di raccontarsi in tutta libertà, senza intrusioni o interruzioni che

potessero alterare le risposte.

Quando ritenuto necessario, e tenuto conto delle risposte già ottenute, proprio per evitare sovrapposizioni di qualsiasi genere che avrebbero potuto condizionare gli intervistati, il ricercatore ha modificato l'ordine delle domande o le ha semplificate, al fine di assecondare le argomentazioni ritenute più interessanti dagli intervistati e con lo scopo *"di penetrare il mondo della vita del partecipante che è considerato il vero esperto sul tema della ricerca e, per questo motivo, libero di spaziare, di introdurre argomenti cui il ricercatore non aveva precedentemente pensato"*.²⁵

Il ricercatore, durante l'intervista semi strutturata, ha formulato domande aperte agli infermieri, con le quali ha chiesto di raccontare la propria esperienza e il proprio vissuto in riferimento alla relazione con le pazienti straniere con incontinenza urinaria instaurata in ospedale. Durante l'intervista, il ricercatore si è dimostrato accogliente per facilitare le risposte e neutrale per non condizionarle.

Le interviste sono terminate quando gli infermieri non avevano più nulla da raccontare. Sono state realizzate compatibilmente con la disponibilità degli infermieri arruolati e in contesti ambientali che hanno garantito privacy e assenza di interruzioni esterne.

Tutte le interviste sono state registrate per procedere, successivamente, alla relativa trascrizione delle risposte e all'analisi finale.

Al termine del processo di riscrittura, tutte le interviste sono state distrutte, i dati reperibili sono disponibili in forma anonima e allegata ai fini dell'analisi dei dati per l'elaborazione della ricerca.

Terminata la fase dell'intervista e della trascrizione dei contenuti, il ricercatore ha iniziato l'attività di analisi delle esperienze di vita de-

gli infermieri: tale fase ha richiesto l'interpretazione di ciò che i soggetti intervistati hanno raccontato e, non avendo a disposizione numeri (come nella ricerca quantitativa), è stato fatto lo sforzo di riportare nel modo più fedele possibile le esperienze raccolte.

Il ricercatore ha letto le trascrizioni per intero, al fine di realizzare una panoramica e di farsi un'idea rispetto ai contenuti delle risposte degli infermieri. A seguire, ha individuato le unità di testo³⁰ significative per la ricerca rilevate all'interno delle trascrizioni. Questa attività, quindi, ha comportato l'individuazione di parole e/o proposizioni che assumevano rilevanza rispetto alla domanda di ricerca. Le unità di testo rilevate sono state accorpate in maniera omogenea e analizzate per poterle trasformare in linguaggio scientifico e essere utilizzate ai fini della ricerca.

RISULTATI

Sono state intervistate 11 infermiere, con un'età media di 47 anni e, all'incirca, al lavoro da 21 anni.

Per quanto concerne il percorso formativo, 5 infermiere hanno conseguito il Diploma in una scuola regionale, 8 hanno conseguito un Diploma universitario o una Laurea triennale, nessuna la laurea magistrale, nessuna un Master di I livello o uno di II livello. Inoltre, nessuna delle infermiere che ha partecipato allo studio ha svolto un corso per l'assistenza a pazienti straniere.

Sono state escluse dallo studio le infermiere che avevano meno di 12 mesi di esperienza lavorativa presso un Reparto ginecologico ostetrico e quelle che hanno dichiarato di non aver mai assistito pazienti straniere con incontinenza urinaria o di non provare interesse per l'argomento trattato.

A seguire, gli esiti dell'analisi delle trascrizioni raggruppati in maniera omogenea.

Lingua, credo religioso e pudore sono delle barriere

Le infermiere riferiscono di essere sempre riuscite a superare la barriera linguistica utilizzando espedienti quali il contributo di pazienti connazionali presenti in stanza, per tradurre i dialoghi tra infermiere e paziente oppure aver usufruito di colleghe o altro personale sanitario presente in ospedale che parlava la stessa lingua della paziente o di essersi rivolti a un interprete e/o un mediatore culturale e, in casi estremi, di aver utilizzato la comunicazione non verbale.

In quest'ultimo caso, un'infermiera ha riferito (intervista n.2) che *"nella maggior parte delle volte riusciamo a comunicare con la paziente attraverso gesti, riuscendo a capirle. Quindi, facilmente riusciamo a spiegare alla paziente il problema dell'incontinenza"*. Un'altra infermiera ha affermato di essersi creata un piccolo dizionario, soprattutto per le pazienti del Bangladesh, sul proprio cellulare per riuscire a comprendere almeno le parole-chiave. Le infermiere ritengono che l'approccio assistenziale con queste pazienti sia reso maggiormente difficoltoso dalle barriere linguistiche e dal credo religioso. Spesso le pazienti, soprattutto in età avanzata, provano disagio nello scoprirsi davanti al personale sanitario di sesso maschile e durante la visita medica, per pudore, tendono a coprirsi e a non farsi visitare dal medico. Le infermiere si dimostrano consapevoli del fatto che la barriera linguistica, il credo religioso e le condizioni sociali e culturali, sommate, determinano un'importante criticità assistenziale. In particolare, un'infermiera ha riferito (intervista n.8) come tale tipologia di pazienti *"tenda comunque a coprirsi, a non farsi visitare, a non farsi aiutare a causa di valori e principi religiosi che impongono loro riservatezza e pudore"*.

Dalle interviste è emerso anche come le pazienti straniere con incontinenza urinaria facciano fatica ad esprimere i loro problemi legati all'incontinenza a causa del pudore, della vergogna e della riservatezza da far ricondurre alla loro cultura ed al loro credo religioso.

In modo unanime, le infermiere riconoscono l'importanza di ricorrere ad interpreti e alla comunicazione non verbale, al fine di minimizzare il rischio di inefficacia dell'assistenza erogata generata dalle barriere linguistiche e culturali.

La relazione d'aiuto deve essere subito attivata

Le intervistate ritengono che l'approccio assistenziale iniziale debba essere finalizzato all'attivazione della relazione interpersonale con la paziente che deve essere caratterizzata soprattutto dal rilascio di informazioni riguardo gli interventi infermieristici che verranno adottati. Alcune infermiere hanno posto in evidenza l'importanza di mettere subito a proprio agio la paziente, attivando la relazione d'aiuto, superando le barriere culturali e linguistiche attraverso la disponibilità e vicinanza.

A tal proposito, un'infermiera ha dichiarato (intervista n.1) che *"la cosa migliore è farsi capire subito, la paziente deve sapere cosa stiamo facendo e cosa sarà fatto in seguito per assisterla al meglio"*.

Il vissuto professionale impatta sullo stato emotivo delle infermiere

Le infermiere raccontano che, durante la relazione con le pazienti straniere con incontinenza urinaria, hanno provato spesso dispiacere e frustrazione ed a volte un senso di impotenza riconducibile alle barriere culturali che rendono difficoltoso l'intervento infermieristico.

In particolare, un'infermiera ha riferito di provare compassione e di aver avuto un atteggiamento mag-

giormente comprensivo e soccorrevo rispetto alle pazienti ordinarie. Al contrario, alcune altre, hanno raccontato di non aver avuto un vissuto interiore diverso rispetto a quello provato con pazienti autoctone. Un'infermiera ha messo in evidenza (intervista n.8) come *"il fatto di non riuscire ad essere completamente di aiuto porta a creare nuovi espedienti per relazionarsi con questo tipo di paziente, quindi a cercare di correggere anche il proprio modo convenzionale di dare assistenza consapevoli comunque che in qualche modo è necessario cambiare"*. Le infermiere hanno riferito anche valutazioni di complessiva gratificazione ed interesse rispetto al vissuto esperienziale con le pazienti straniere affette da incontinenza urinaria, ma, al contempo, la relazione viene percepita anche come frustrante e stressante. Nello specifico, un'infermiera ha risposto (intervista n.4) affermando che *"sicuramente assistere queste pazienti è una ricchezza culturale ma nello stesso tempo conservo anche un po' di frustrazione a non riuscire a volte a comunicare in maniera efficace con loro"*.

Il modello assistenziale scelto non prevede il Nursing transculturale

Per quanto attiene il modello assistenziale adottato con le pazienti incontinenti straniere, le infermiere intervistate hanno raccontato di avere come riferimento quello che, di consueto, viene applicato alle pazienti autoctone, nonostante riconoscano l'importanza degli aspetti culturali.

Le infermiere, parlando del Nursing transculturale, non citano mai Madeleine Leininger quale promotrice ed antesignana dello stesso e non identificano il Nursing transculturale come una branca dell'assistenza infermieristica. Non mancano, comunque, di descriverlo come un approccio relazionale teso ad adattare l'intervento infermieristico alle

credenze culturali e ai modi di vita delle pazienti straniere.

Un'infermiera a tal proposito (intervista n.11) ha dichiarato: "il Nursing transculturale è un modo di prendersi cure della paziente straniera tenendo conto della sua cultura e del suo credo religioso".

Le pazienti per pudore tendono a nascondere informazioni cliniche

Le infermiere, raccontando il proprio vissuto con questa tipologia di pazienti, hanno confermato di aver avuto spesso la sensazione che venissero nascosti particolari importanti della condizione clinica per motivi legati al credo religioso di appartenenza, oppure associati al fatto che le stesse continuassero a condividere elementi identitari, provenienti dalla cultura del Paese di origine, tali da impedire di aprirsi con il personale infermieristico. In particolare, un'infermiera ha raccontato (intervista n.6) di aver vissuto esperienze durante le quali la paziente straniera musulmana "ha un riservo, un pudore che la porta a dichiarare soltanto lo stretto necessario ed a volte a nascondere sintomi importanti per difendere la propria riservatezza, soprattutto con il personale sanitario maschile".

Gli interventi infermieristici per le pazienti straniere sono specifici

Gli interventi che le infermiere intervistate ritengono utili per migliorare la qualità dell'assistenza delle pazienti straniere incontinenti riguardano la formazione specifica sull'assistenza transculturale, il ricorso al mediatore culturale, l'utilizzo di video *tutorial* dedicati agli esercizi pelvici e l'attivazione di una efficace relazione interpersonale tra infermiera e paziente. Le infermiere hanno riferito che l'assistenza infermieristica prestata alle pazienti straniere con incontinenza urinaria dovrebbe essere specifica, personalizzata e soprattutto tenere conto degli aspetti culturali. In particolare, un'infermiera (intervista n.8) ha rilevato che: "la gestione della

paziente straniera potrebbe essere inserita all'interno dei programmi di aggiornamento che si fanno in ospedale. Potrebbero essere inseriti anche corsi di formazione di lingua inglese e sulla capacità di approcciarsi comunque ad un paziente straniero".

DISCUSSIONE

Scopo dello studio era descrivere il vissuto delle infermiere durante l'assistenza prestata alle pazienti incontinenti straniere in ospedale.

Dalle interviste è emersa subito una conferma riguardo a quanto presente in letteratura scientifica sugli interventi infermieristici.

Infatti, le infermiere dell'ospedale in oggetto hanno riferito di utilizzare proprio quelli riportati in letteratura, quali: il servizio di interpretariato¹⁷, la formazione transculturale¹⁸, l'educazione sanitaria¹⁹, l'individuazione del *caregiver*²⁰, l'utilizzo di video *tutorial* sugli esercizi pelvici²¹ e la presenza di facilitatori²².

Dalle interviste è emerso che le principali barriere che impediscono una normale relazione interpersonale, con la paziente straniera con incontinenza urinaria, sono rappresentate dalla barriera linguistica e dal credo religioso.

Di particolare interesse risulta essere quanto venuto fuori in termini di sensazioni e stati d'animo provati dalle infermiere durante la relazione con le pazienti straniere: da una parte, dispiacere, frustrazione ed un senso di impotenza di fronte alle barriere culturali e dall'altra la messa in evidenza di come la relazione con le pazienti straniere rappresenti comunque e sempre un arricchimento professionale. Un ulteriore aspetto degno di nota è riferito al pudore, vergogna e riservatezza riconducibile alla cultura ed al credo religioso di alcune pazienti straniere che rappresentano un ostacolo al rilascio di importanti informazioni cliniche e che, talvolta, impediscono anche una corretta

esecuzione della visita medica.

Di rilievo la conferma pervenuta dall'analisi delle interviste rispetto **alla relazione di cura²⁴ ritenuta fondamentale dalle infermiere nell'agire professionale**, dove ascolto e dialogo rappresentano gli interventi fondamentali per mettere a proprio agio le pazienti straniere che presentano le barriere sopra richiamate, barriere che impediscono la corretta erogazione dell'assistenza. Tale constatazione conferma quanto evidenziato da tre recenti Revisioni sistematiche (una del 2020³⁶, una del 2019³⁸ e una del 2017³⁹) che dimostrano come non sia possibile raggiungere l'obiettivo della qualità dell'assistenza infermieristica con un approccio che non tenga conto delle differenze culturali degli assistiti.

Dalle interviste, però, è venuto fuori chiaramente come le infermiere riescano ad attivare la relazione d'aiuto nonostante le barriere culturali, linguistiche e religiose, anche se ciò avviene con non poche difficoltà dovute al fatto che le stesse operatrici sanitarie non hanno acquisito una competenza specifica rispetto al Nursing transculturale.

Infatti, sebbene la letteratura¹⁸⁻³⁶ dimostri **l'importanza della formazione transculturale nel migliorare le competenze infermieristiche per meglio comprendere usi e costumi delle pazienti straniere e superare il pregiudizio razziale**, questo studio non può evidenziare una carente conoscenza da parte delle infermiere intervistate riguardo al Nursing transculturale.

In tal senso, dalle interviste si riscontra come le infermiere non sottolineino mai l'importanza del Nursing transculturale⁹ ed evitino di citare Madeleine Leininger, anche se è possibile rilevare, per tutte le intervistate, un'elevata consapevolezza rispetto a quanto i bisogni infermieristici siano fortemente con-

dizionati dalle credenze culturali e dai diversi modi di vita delle pazienti straniere con incontinenza urinaria. Va comunque evidenziato come le infermiere non manchino di cercare nell'immediatezza della presa in carico l'attivazione della relazione infermiere-paziente e come tale approccio assistenziale consenta una migliore gestione dell'insicurezza che caratterizza le pazienti straniere con barriere culturali³⁵. La presenza di pazienti straniere con incontinenza urinaria impone al personale infermieristico dei reparti di Ginecologia ed Ostetricia lo sviluppo di competenze sul *Nursing* transculturale.

La Leininger afferma: *“Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è l'umanizzazione dell'assistenza: l'assistenza è l'essenza dell'infermieristica, ne è il cuore e l'anima e rappresenta quello che di più la gente cerca nell'infermiere e nei servizi sanitari”*.

La teoria della Leininger pone le sue radici nella disciplina antropologica, considerando il *Nursing* transculturale come una sintesi di Antropologia e *Nursing* e si basa sulle interazioni esistenti fra i concetti, le teorie, la ricerca, l'esercizio della professione infermieristica, l'identità culturale e l'assistenza sanitaria. L'originalità delle idee della Leinin-

ger sta nell'enfatizzare il concetto di cura in chiave antropologica, indirizzando così il *Nursing* da una tradizionale prospettiva monoculturale ad una dimensione multiculturale.⁹ *“L'incontro fra culture necessita dell'adozione di un approccio pluralista rispetto ai valori e alle pratiche sociali che si radicano nella vita quotidiana. In particolare tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel sistema sanitario, gli infermieri possono essere considerati una delle figure che agiscono in prima linea con persone straniere”*.⁷

In conclusione, è opportuno ricordare che l'indagine è stata svolta in un solo reparto di Ginecologia ed Ostetricia di un solo ospedale, pertanto non è possibile generalizzarne gli esiti.

Sarebbe consigliabile estendere lo studio su una scala più larga, coinvolgendo un maggior campione di infermiere arruolate in più Unità Operative di diverse strutture sanitarie, al fine di rafforzare le evidenze emerse da questa ricerca qualitativa.

CONCLUSIONI

Le principali barriere che impediscono una normale relazione interpersonale tra paziente straniera con incontinenza urinaria e infermiere sono rappresentate dalla barriera linguistica e dal credo religioso.

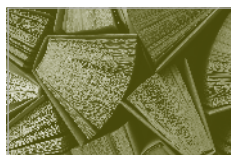
La formazione specifica sull'as-

sistenza transculturale, il ricorso al mediatore culturale, l'utilizzo di video *tutorial* dedicati agli esercizi pelvici e l'attivazione di un'efficace relazione interpersonale tra infermiere e paziente rappresentano i principali interventi infermieristici. Il personale infermieristico necessita di approfondimenti formativi sul *Nursing* transculturale⁸.

L'esperienza raccolta in questo studio può essere utilizzata per promuovere ulteriori ricerche, al fine di favorire la diffusione e la conoscenza del *Nursing* transculturale.

Per la Leininger: *“L'incontro tra infermiere e paziente va al di là dell'incontro tra due persone: è invece il concretizzarsi di un incontro tra diverse visioni del mondo che possono produrre fraintendimenti, rigidità, rabbia e frustrazione. Questa teoria incoraggia infermieri e assistiti a trovare uno spazio per la comprensione reciproca per esaminare i fattori che influenzano il loro modo di dare e ricevere assistenza con il fine di ottenere persone soddisfatte dell'assistenza ricevuta e infermieri orientati ed efficaci nel rapporto con l'altro e nell'instaurare una relazione d'aiuto a chi è culturalmente diverso”*.⁹

L'autrice dichiara l'assenza di conflitto di interesse e di non aver ricevuto alcun finanziamento.



Bibliografia

1. Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier statistico 2008. XVIII Rapporto. Aree di origine, presenze, inserimento, lavoro, territorio (pp. 15-25).
2. Fondazione ISMU, Ventisettesimo Rapporto sulle migrazioni. 2021.
3. ISTAT. 2022.
4. Centro Studi e Ricerche IDOS. Elaborazioni su dati Onu, Eurostat, Ministero dell'Interno, Istat, Miur, Unhcr, Banca Mondiale, Infocamere, Mef, Ministero della Giustizia, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
5. Dati del Cruscotto Statistico Giornaliero aggiornati al 15 novembre 2021. https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2021-11/cruscotto_statistico_giornaliero_15-11-2021.pdf (ultimo accesso: 15 novembre 2021).
6. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica. <https://www.epicentro.iss.it/migranti/numeri-italia> (ultimo accesso : 17 febbraio 2022).
7. Bertolazzi A, Stievano A, Nursing Transculturale. Franco Angeli, 2013.
8. Madeleine L, McFarland M.R, Infermieristica transculturale. Casa Editrice Ambrosiana 2004.
9. Marra S.L, Fortugno G, Emigrazione e disagio psichico un orientamento per operatori sanitari. 2020.
10. Lundin C, Hadziabdic E, Hjelm K, Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018. Jun 5; 18(1):23. doi: 10.1186/s12914-018-0157-3. PMID: 29866163; PMCID: PMC5987383.
11. Lin M.H, Wu C.Y, Hsu H.C, Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2019. Feb; 45:6-11. doi: 10.1016/j.apnr.2018.11.001. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30683253.
12. Manara D.F, Isernia I, Buzzetti S, Assistenza infermieristica interculturale: analisi delle variazioni nella percezione delle problematiche relazionali con i pazienti stranieri [Intercultural nursing: analysis of changes in the perception of relational problems with foreign patients]. *Prof Inferm*. 2013. Jul-Sep;66(3):143-50. Italian doi: 10.7429/pi.2013.663143. PMID: 24083494.
13. Lundin C, Hadziabdic E, Hjelm K, Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018. Jun 5;18(1):23. doi: 10.1186/s12914-018-0157-3. PMID: 29866163; PMCID: PMC5987383.
14. Sampsel C.M, Harlow S.D, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I, Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2002. Dec; 100(6):1230-8. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02241-x. PMID: 12468167.
15. Mselle L.T, Kofi T.W, Living with constant leaking of urine and odour: thematic analysis of socio-cultural experiences of women affected by obstetric fistula in rural Tanzania. *BMC Womens Health*. 2015. Nov 24; 15:107. doi: 10.1186/s12905-015-0267-1. PMID: 26603842; PMCID: PMC4658753.
16. Willis-Gray M.G, Sandoval J.S, Maynor J, Bosworth H.B, Siddiqui N.Y, Barriers to urinary incontinence care seeking in White, Black, and Latina women. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2015 Mar-Apr; 21(2):83-6. doi: 10.1097/SPV.000000000000100. PMID: 25185610; PMCID: PMC4886712.
17. Lundin C, Hadziabdic E, Hjelm K, Language interpretation conditions and boundaries in multilingual and multicultural emergency healthcare. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018. Jun 5; 18(1):23. doi: 10.1186/s12914-018-0157-3. PMID: 29866163; PMCID: PMC5987383.
18. Lin M.H, Wu C.Y, Hsu H.C, Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Appl Nurs Res*. 2019. Feb; 45:6-11. doi: 10.1016/j.apnr.2018.11.001. Epub 2018 Nov 7. PMID: 30683253.
19. Sampsel C.M, Harlow S.D, Skurnick J, Brubaker L, Bondarenko I, Urinary incontinence predictors and life impact in ethnically diverse perimenopausal women. *Obstet Gynecol*. 2002. Dec; 100(6):1230-8. doi: 10.1016/s0029-7844(02)02241-x. PMID: 12468167.
20. Degrie L, Gastmans C, Mahieu L, Dierckx de Casterlé B, Denier Y, "How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic Review of qualitative research". *BMC Med Ethics*. 2017. Jan 19;18(1):2. doi: 10.1186/s12910-016-0163-8. PMID: 28103849; PMCID: PMC5244561
21. Miller J.M, Hawthorne K.M, Park L, Tolbert M, Bies K, Garcia C, Misiunas R, Newhouse W, Smith A.R, Self-Perceived Improvement in Bladder Health after viewing a novel tutorial on knack use: a randomized controlled trial pilot study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2020. Oct; 29(10):1319-1327. doi: 10.1089/jwh.2018.7606. Epub 2019 Dec 3. PMID: 31800360; PMCID: PMC7583334.
22. Rycroft-Malone J, Seers K, Eldh A.C, Cox K, Crichton N, Harvey G, Hawkes C, Kitson A, McCormack B, McMullan C, Mockford C, Niessen T, Slater P, Titchen A, van der Zijpp T, Wallin L, A realist process evaluation within the Facilitating Implementation of Research Evidence (FIRE) cluster randomised controlled international trial: an exemplar. *Implement Sci*. 2018. Nov 16;13(1):138. doi: 10.1186/s13012-018-0811-0. PMID: 30442165; PMCID: PMC6238283.
23. Marra S.L, Fortugno G, Emigrazione e disagio psichico un orientamento per operatori sanitari. 2020.
24. Sasso L, Bagnasco A, Ghirotto L, La ricerca qualitativa una risorsa per i professionisti della salute. Casa Editrice EDRA. 2015.
25. Flowers J.A, Larkin P, Analisi fenomenologica interpretativa: metodo di teoria e ricerca. Il fabbro, Londra saggio. 2009.
26. Shaw R.L, Perché uso analisi fenomenologica interpretativa in Psicologia di salute? Aggiornamento di Psicologia di salute, 10,

- 48-52. 2001.
27. Smith J.A, Osborn M, *Analisi fenomenologica Interpretativa. Psicologia Qualitativa: Una Guida Pratica di Metodi di Ricerca.* Londra: Saggio 2003.
28. Spiegelberg H, *The Phenomenological Movement: A Historical Introduction.* Springer, 1971.
29. Giorgi A, *Phenomenology and psychological research.* Pittsburgh: Duquesne University Press, 1985.
30. Larkin M, Eatough V, Osborn M, *Interpretative phenomenological analysis and embodied, active, situated cognition.* First Published May 11, 2011. Other <https://doi.org/10.1177/0959354310377544>
31. McBurney D.H, White T.L & altri, *Metodologia della ricerca in psicologia.* Il Mulino, 2008.
32. Von Eckartsberg R, *Existential-phenomenological research.* In Valle R. (Ed.), *Phenomenological inquiry in psychology: Existential and transpersonal dimensions* (pp. 21–61). Plenum Press. 1998 https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0125-5_2.
33. Cohen M.Z, Kahn D.L, Steever R, *Hermeneutic Phenomenological Research: a practical guide for nurse researchers.* 2000, Sage Publications (CA).
34. FNOPI, *Codice Deontologico, art. 3-“Relazione di cura”.* 2019.
35. Luiking M.L, Heckemann B, Ali P, Dekker-Van Doorn C, Ghosh S, Kydd A, Watson R, Patel H, *Migrants' Healthcare Experience: a meta-ethnography Review of the literature.* *J Nurs Scholarsh.* 2019. Jan; 51(1):58-67. doi: 10.1111/jnu.12442. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30390377.
36. Kanengoni B, Andajani-Sutjahjo S, Holroyd E, *Improving health equity among the African ethnic minority through health system strengthening: a narrative Review of the New Zealand healthcare system.* *Int J Equity Health.* 2020. Feb 6;19(1):21. doi: 10.1186/s12939-020-1125-9. PMID: 32028955; PMCID: PMC7006202.
37. Çaglar S, Bilgili N, *Transcultural Nursing Care in Turkey.* *Florence Nightingale. J Nurs.* 2020. Mar 6;28(1):110-123. doi: 10.5152/FNJN.2020.18008. PMID: 34263190; PMCID: PMC7968462.
38. Luiking M.L, Heckemann B, Ali P, Dekker-Van Doorn C, Ghosh S, Kydd A, Watson R, Patel H, *Migrants' Healthcare Experience: a meta-ethnography Review of the literature.* *J Nurs Scholarsh.* 2019. Jan 51(1):58-67. doi: 10.1111/jnu.12442. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30390377.
39. Degrie L, Gastmans C, Mahieu L, Dierckx de Casterlé B, Denier Y, *“How do ethnic minority patients experience the intercultural care encounter in hospitals? A systematic Review of qualitative research”.* *BMC Med Ethics.* 2017. Jan 19;18(1):2. doi: 10.1186/s12910-016-0163-8. PMID: 28103849; PMCID: PMC5244561.

L'efficacia degli interventi sulla prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

Raccomandazioni*

- Per raggiungere una significativa riduzione delle cadute negli adulti residenti nelle strutture per anziani, sono raccomandati interventi complessi di prevenzione delle cadute. Questi interventi complessi dovrebbero essere:
- Multifattoriali (ad es. esercizio fisico, revisione dei farmaci, integrazione vitaminica), erogati da un team multidisciplinare
- Multilivello (residenziale, strutturale e/o livello organizzativo)
- Attuati con risorse aggiuntive, quali maggior personale infermieristico, consulenti e fisioterapisti. **(Grado B)**
- Le strutture e le organizzazioni di assistenza per gli anziani dovrebbero attuare interventi complessi e sostenibili per la prevenzione delle cadute capaci di individuare come le risorse siano allocate. **(Grado B)**

*Per una definizione dei gradi di raccomandazione del JBI visita: <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 2018 su JBI e Implementation Reports.

Background

Nelle strutture residenziali (RSA) per anziani si verificano 13 cadute ogni 1.000 giorni di degenza, con la metà di tutti i residenti che hanno avuto una caduta nei 12 mesi successivi all'ingresso in struttura¹. Le lesioni cutanee si verificano nel 25% e nel 30% delle cadute e possono causare una perdita di autostima e autonomia, una ridotta qualità della vita e una sofferenza significativa. In diversi trial clinici sono stati analizzati diverse tipologie d'intervento, dalla singola strategia (ad es. esercizio fisico, modifica della terapia, integrazione vitaminica) fino ad approcci multifattoriali forniti da uno staff multidisciplinare. Ovviamente, la capacità di affrontare queste complesse problematiche richiede la collaborazione tra dirigenti, personale e ricercatori, solo in questo modo, infatti, si possono ottenere cambiamenti all'interno di un'organizzazione. I ricercatori e il personale sanitario stanno valutando quanto gli interventi complessi e multilivello siano efficaci nel ridurre le cadute nelle RSA. Per interventi complessi di prevenzione delle cadute s'intendono i programmi organizzati su più livelli (organizzativo, strutturale).

Il livello organizzativo comprende gli interventi che coinvolgono la gestione dei cambiamenti organizzativi e della pratica clinica al fine di ottenere un impatto sull'assistenza dei pazienti; gli interventi strutturali sono invece rivolti al personale della RSA, mentre gli interventi che coinvolgono i pazienti ricoverati sono classificati come interventi a livello locale. Tuttavia, non ci sono evidenze a supporto dell'efficacia di questi approcci organizzativi multilivello nella prevenzione delle cadute, queste incertezze sull'efficacia degli interventi complessi e multilivello sono principalmente imputabili alla variazione dei criteri di inclusione degli studi e agli esiti considerati.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi per prevenire le cadute nei pazienti ricoverati nelle strutture residenziali a livello organizzativo e strutturale.

Tipi di intervento

Sono stati presi in considerazione studi in cui gli interventi miravano a dei cambiamenti su due o più livelli organizzativi. Tutti i tipi di intervento hanno incluso un team multidisciplinare per il miglioramento della qualità o interventi multifattoriali di prevenzione delle cadute. Alcuni esempi di interventi a livello organizzativo hanno incluso cambiamenti di gestione delle cadute o di prevenzione delle cadute, modifiche ambientali come audit e interventi correttivi; quelli a livello strutturale includono formazione del personale, modifica nell'assegnazione del personale e feedback mensile sulle cadute. Gli interventi residenziali prevedevano la valutazione del rischio caduta, programmi di esercizi, modifiche della terapia e fornitura di presidi per la mobilizzazione o protettori dell'anca. I partecipanti erano tutti residenti delle strutture RSA.

Qualità della ricerca

Gli studi inclusi (n=12) sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando gli strumenti di valutazione critica JBI per i trial randomizzati (RCT) e i trial quasi-sperimentali. Sette RCT e cinque studi quasi sperimentali (due con gruppi di controllo) sono stati valutati criticamente e sono stati inclusi in una sintesi narrativa. Il gruppo dei sette RCT di qualità accettabile, sono stati raggruppati in sette metanalisi con effetti random, la certezza delle prove variava da moderata a bassa. I non-RCT (considerati di qualità moderata), non sono stati inclusi nella metanalisi.

L'efficacia degli interventi sulla prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

Risultati

Tutti gli studi inclusi hanno effettuato una comparazione di un intervento complesso con:

- Un comparatore passivo come le cure abituali (confronto passivo);
- Un comparatore attivo come un altro intervento, variazione dell'intervento stesso;
- Assenza di comparatore.

Gli studi sono stati condotti in sette paesi, Stati Uniti (n=5), Regno Unito (n=2), Australia (n=1), Nuova Zelanda (n=1), Canada (n=1), Germania (n=1) e Svezia (n=1). L'età media dei partecipanti (residenti in RSA) riportata era > 80 anni, gli studi includevano tra 1 e 112 strutture RSA. Sono stati valutati tre esiti: efficacia di interventi multipli sul tasso di cadute; efficacia degli interventi multipli sui pazienti a rischio di caduta; efficacia degli interventi multipli su lesioni e tasso di lesioni gravi. Tre studi hanno esaminato gli interventi di prevenzione delle cadute a due livelli; due erano rivolti a livelli residenti e di struttura, mentre un terzo includeva i livelli di struttura e organizzazione. Nove studi prevedevano interventi a tutti e tre i livelli (residenziale, strutturale e organizzativo).

Efficacia degli interventi multilivello sul tasso di cadute

In cinque RCT, sono stati esaminati i tassi di caduta per interventi complessi, tre riguardano interventi a livello organizzativo, strutturale e residenziale, e due solo a livello residenziale e strutturale. Una metanalisi che includeva tutti e cinque gli studi non ha mostrato differenze significative nei tassi di caduta tra i gruppi di intervento e di controllo, con un'eterogeneità del 64%.

Un risultato simile è stato trovato quando sono stati separati gli interventi a due livelli dagli interventi a tre livelli: nessuno dei due ha avuto un effetto significativo sui tassi di caduta (rispettivamente, MD = -2,20, 95% CI -6,13, 1,73; I² = 64% e MD = -0,56, 95% CI -4,02, 2,90; I² = 76%). Tuttavia, in un'analisi di sensibilità, tre studi che hanno effettuato interventi a due o tre livelli con risorse aggiuntive (tra cui personale infermieristico aggiuntivo per eseguire valutazioni del rischio di caduta, consulenza personale sulle cadute per le persone residenti da parte di personale esterno e fisioterapisti extra durante e dopo il periodo di intervento), sono risultati efficaci (MD = -2,26; 95% CI -3,72, -0,80; p=0,002) e l'eterogeneità si è ridotta significativamente (I² = 5%).

In riferimento agli studi non-RCT, in quattro studi su cinque non sono stati trovati cambiamenti significativi nei tassi di caduta tra il basale e il follow-up. Mentre l'unico studio pilota ha riportato una riduzione del tasso di cadute; tuttavia, gli autori hanno ritenuto che questo studio fosse di bassa qualità.

Efficacia degli interventi multilivello su individui a rischio di caduta

È stata condotta una seconda metanalisi degli stessi cinque RCT in cui si è dimostrato che non

erano presenti differenze significative dopo l'intervento tra i tassi dei soggetti caduti e non caduti (OR = 0,76, 95% CI 0,42, 1,38; p=0,37), ed è stata riportata un'elevata eterogeneità tra gli studi (I² = 88%). Tuttavia, in uno studio quasi-sperimentale i risultati hanno dimostrato una riduzione del tasso di caduta (95% CI -21,85, -0,28; p=0,044), e una riduzione del tasso dei soggetti

che sono caduti una sola volta (95% CI -15,03, -0,35; p=0,040), dopo un intervento a tre livelli.

Efficacia degli interventi multilivello sui tassi di cadute con lesioni

Due degli RCT hanno riportato i tassi di cadute gravi, mentre i restanti RCT (n=2) hanno riportato i tassi di cadute molto gravi (che hanno richiesto il ricovero in ospedale, il dipartimento di emergenza o la visita medica); gli interventi esaminati hanno riguardato tutti e tre i livelli (residenziale, strutturale e organizzativo). Due metanalisi hanno trovato un'elevata eterogeneità tra gli studi inclusi (rispettivamente 78% e 77%) e nessuno dei due ha trovato una differenza significativa tra i gruppi (rispettivamente, MD = 0,57, 95% CI -1,11, 2,25; p=0,051 e MD = -0,05, 95% CI -0,24, 0,13; p=0,056). Altri due studi (quasi-sperimentali pre-post con gruppo di controllo), hanno riportato dati sulle cadute gravi e solo uno ha mostrato una riduzione significativa delle cadute gravi (RR aggiustato = 0,79, 95% CI 0,67, 0,96; p=0,022); tuttavia gli autori hanno sottolineato la presenza di fattori confondenti, pertanto, i risultati dovrebbero essere interpretati con cautela.

Conclusioni

Gli interventi complessi messi in atto per prevenire le cadute devono utilizzare un approccio multilivello. Sebbene, questa revisione sistematica non abbia trovato evidenze di una riduzione dei tassi di caduta, o della percentuale di soggetti caduti, quando gli interventi erano mirati a due dei tre livelli (in qualsiasi combinazione) e gli interventi erano stati eseguiti con le risorse già presenti. In un'analisi di sensibilità in cui sono stati analizzati tre studi che avevano utilizzato interventi complessi, a due e tre livelli, con risorse aggiuntive e con il supporto di esperti, si è trovata una significativa riduzione dei tassi di caduta con minore eterogeneità. Questi tre studi includevano interventi mirati ai soggetti residenti nelle strutture (es. programmi per l'esercizio fisico), alle strutture (ad es. formazione del personale) e alle organizzazioni (ad es. modifiche all'ambiente). Le risorse aggiuntive ed il supporto esperto durante e dopo l'intervento erano comuni a tutti gli studi e potrebbero aver consentito l'esecuzione efficiente dell'intervento senza impattare ulteriormente sulle routinarie attività del personale.

Implicazioni per la pratica

Questa sintesi dei risultati ha dimostrato che gli interventi efficaci per la prevenzione delle cadute degli anziani devono essere complessi. Tali risultati sono sovrapponibili ai risultati ottenuti per altri setting come, ad esempio, l'ospedale e i contesti comunitari. Gli autori hanno notato che gli interventi complessi multilivello intrapresi nell'ambito del RSA dove personale, competenze o risorse aggiuntive sono garantite, possono ridurre il tasso di caduta, a beneficio dei pazienti residenti. Sebbene ciò causi un problema in un settore che già deve far fronte a vincoli di risorse finanziarie e di personale, risorse aggiuntive sono necessarie per gli interventi volti ad ottenere una significativa riduzione del tasso di caduta e si raccomanda che le strutture e le organizzazioni trovino un approccio sostenibile all'implementazione di interventi complessi e con risorse per la prevenzione delle cadute al fine di migliorare gli esiti di salute.

Figura 1: Interventi complessi per la prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

L'efficacia degli interventi sulla prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

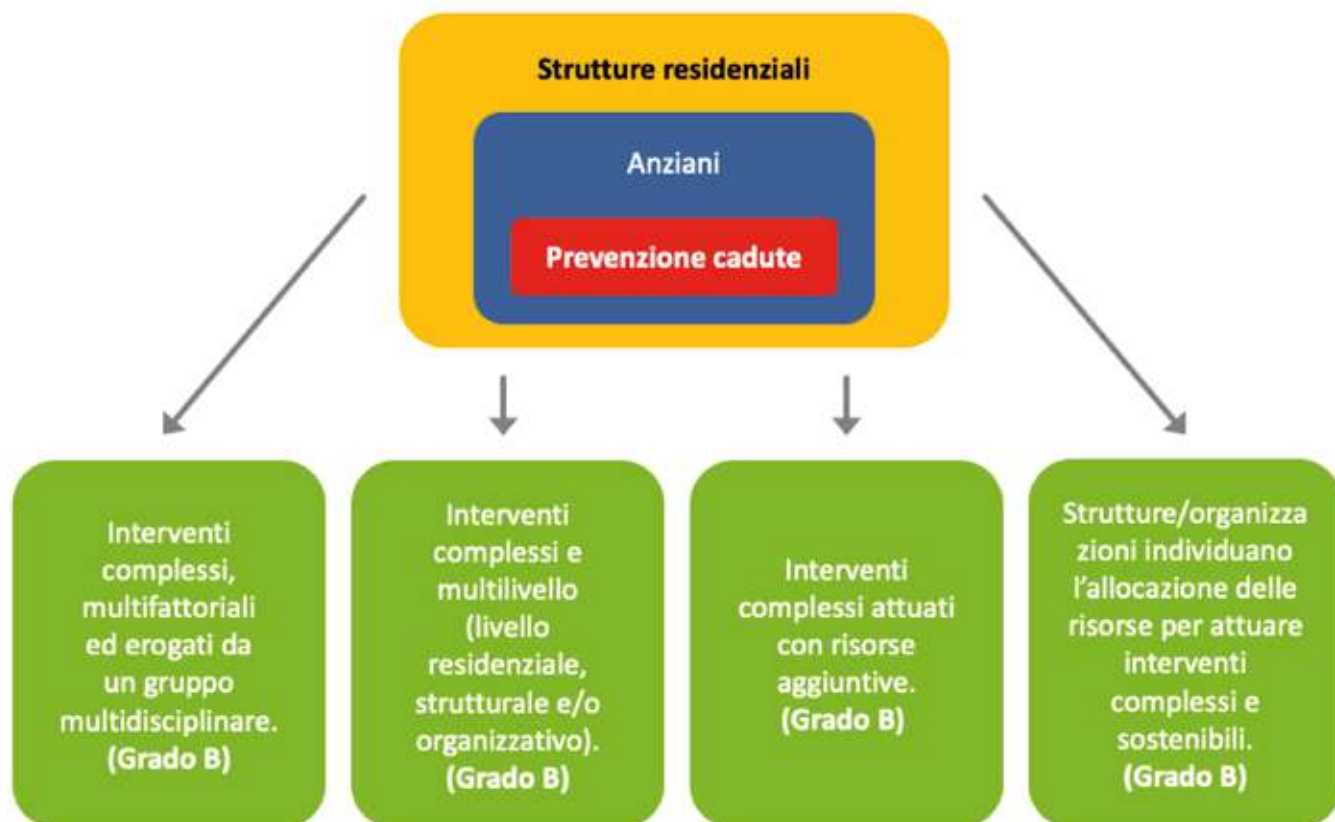


Figura 1: Interventi complessi per la prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

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

L'efficacia degli interventi sulla prevenzione delle cadute nelle strutture residenziali per anziani

Bibliografia

1. Francis-Coad J, Etherton-Beer C, Burton E, Naseri C, Hill A-M. Effectiveness of complex falls prevention interventions in residential aged care settings: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(4): 973-1002.

Autore del riassunto

Tania Marin¹

¹JBI, University of Adelaide, Adelaide, South Australia, Australia.

Ringraziamenti

Questo foglio informativo di Best Practice è stato sviluppato in collaborazione con il JBI. Questo foglio informativo è stato revisionato da alcuni candidati nominati dai Centri di Collaborazione JBI e dagli autori della revisione.

Autori traduzione italiana

Roberto Accettone^a,

Gabriele Caggianelli^b,

Jacopo Fiorini^c,

Silvia Sferazza^d,

Pampoorickel Kusuma^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: silviasferazza15@gmail.com

e: Casa di Cura Maternisericordiae, 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

How to cite this Best Practice Information Sheet:

Marin, TS. Effectiveness of complex falls prevention interventions in residential aged care settings: a best practice information sheet. Joanna Briggs Institute EBP Database. 2020; 22(6):1-5.



This Best Practice Information Sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and derived from the findings of a single systematic review published in the JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 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 © 2019 the Joanna Briggs Institute (JBI). Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

Phone: +61 8 8313 4880 Email: jbi@adelaide.edu.au | www.joannabriggs.org



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 “Diagnosi, stratificazione del rischio e continuità assistenziale delle fratture da fragilità”

(Roma, 18 ottobre 2021)

INTRODUZIONE

La fragilità ossea è uno dei principali problemi di sanità pubblica, in quanto associata all'alto rischio di fratture e alle conseguenti implicazioni in termini di mortalità, riduzione dell'autonomia e costi sanitari (1). Le alterazioni qualitative e quantitative del tessuto osseo che causano fragilità scheletrica sono definite osteoporosi (2-4).

I principali cambiamenti che possono determinare la fragilità ossea si verificano con l'avanzare dell'età e dopo la menopausa.

Negli uomini, la struttura ossea appare più forte e sembra possa tollerare carichi maggiori rispetto a quella delle donne (5).

In particolare, è stata rilevata una correlazione diretta tra massa muscolare ed ossea (6): d'altra parte, nelle donne, la densità minerale ossea è direttamente correlata col tessuto adiposo (7), presente in maggiore quantità rispetto agli uomini.

Una corretta valutazione della fragilità permette di identificare precocemente i soggetti ad alto rischio di sviluppare esiti negativi, consentendo l'implementazione tempestiva di contromisure preventive/terapeutiche.

Poiché le fratture si verificano quando il carico applicato all'osso supera la forza derivante dalle sue proprietà meccaniche, le strategie utili a ridurre le fratture dovrebbero considerare interventi mirati a ridurre i carichi applicati all'osso, nonché a mantenere o aumentare la resistenza ossea. Inoltre, ci sono diverse condizioni, come quelle infiammatorie o il trattamento con farmaci glucocorticoidi, che risultano essere molto importanti nella valutazione della fragilità ossea, in quanto riducono la forza ossea e aumentano il rischio di frattura (8,9).

È stato stimato che le fratture da fragilità siano responsabili di più di 9 milioni di fratture ogni anno in tutto il mondo (10,11) e che possano causare eventi avversi (quali l'aumentata morbosità e mortalità), contribuendo in modo rilevante alla spesa sanitaria

(9,10,12-14): per questo costituiscono un serio problema di salute pubblica.

In accordo con l'OMS (15), si definiscono fratture da fragilità “*le fratture spontanee o indotte da minimi traumi (9,11-13,16) e risultanti da forze meccaniche che normalmente non causerebbero una simile lesione (17,18)*”. Per tali, dunque, si intendono tutte quelle fratture causate da un trauma a bassa energia che derivano da una caduta dalla posizione eretta o da altezza ridotta (9, 12, 16, 19).

Il trauma da caduta è la causa di gran lunga più frequente delle fratture dello scheletro appendicolare, mentre è più difficile determinare la causa delle fratture da fragilità della colonna vertebrale.

Il fattore che maggiormente contribuisce al rischio di fratture da fragilità è la riduzione della densità minerale ossea (9, 11-13, 16).

Anche l'osteoporosi secondaria può portare a frattura da fragilità, rispettivamente per altre patologie (come l'osteogenesi imperfetta e la malattia di Paget) (12, 16, 20), oppure per assunzione di farmaci glucocorticoidi (21).

Anche se ci sono diversi termini clinici per descrivere una frattura da fragilità, l'identificazione dei casi risulta ad oggi difficile (16).

Il sintomo clinico primario è il dolore, che però risulta spesso vago e può essere facilmente attribuito ad altre condizioni patologiche riscontrate, specialmente negli anziani (22).

Pertanto, spesso, è la prevenzione secondaria, che prevede l'identificazione degli individui per il trattamento sulla base di una frattura da fragilità già verificata, l'approccio adottato più frequentemente come punto di partenza per la prevenzione della frattura (10, 16).

Può esserci una forte associazione tra fragilità e frattura da fragilità, e soprattutto tra fragilità e frattura del femore prossimale (19).

Rispetto ai soggetti più robusti, quelli più fragili hanno una massa corporea magra inferiore, sia scheletrica che mu-



scolare, correlata ad un declino della funzione fisica. In generale, il rischio di fratture da fragilità aumenta all'aumentare dell'età, a causa di debolezza muscolare, ridotta coordinazione e propensione alla caduta.

Le donne, in particolar modo dopo la menopausa, sembrano avere un rischio più alto di trauma, minore rispetto agli uomini, per i quali il rischio aumenta solo in caso di ipogonadismo.

Le fratture da fragilità vengono classificate in "minori" e "maggiori", a seconda del sito della frattura stessa (23-27).

Si considerano "minori" le fratture meno frequenti e a carico dei segmenti scheletrici a minor impatto sull'autonomia funzionale globale del paziente (mano, rotula, caviglia, piede, una sola costola, gomito), mentre si considerano maggiori (MOF) le fratture dell'omero prossimale, del polso, del femore prossimale, della colonna vertebrale (24).

Gli individui che hanno già subito una frattura da fragilità sono maggiormente a rischio di ulteriori fratture, sia nello stesso sito che in un altro sito osseo (24); inoltre, il rischio aumenta con il crescere del numero (18, 28) e della severità delle precedenti fratture (28, 29), specie nell'anno seguente (18), anche se il rischio permane fino ai 10 anni successivi alla frattura (30). L'esistenza di un periodo di rischio imminente (24) rappresenta un'opportunità per ottimizzare i benefici dei trattamenti (31) e per una gestione tempestiva della frattura.

Prevenire il ripetersi di successive fratture (prevenzione secondaria) è importante non solo per i pazienti, ma anche per il Servizio Sanitario Nazionale, in quanto garantirebbe una riduzione dei costi finanziari (32).

Al fine di ottimizzare le vie di assistenza per i pazienti ad alto rischio di rifrattura, sono fortemente consigliati, e risultano necessari a tutti i livelli di assistenza, gli approcci integrati e multidisciplinari per la prevenzione secondaria della frattura (18).

Ad oggi, i sistemi più efficaci risultano essere i modelli integrati e multidisciplinari, quali le Congestioni Ortogeriatriche, le *Fracture Unit* e le *Fracture Liaison Service* (FLS) (13,18,24), basati sul miglioramento della comunicazione tra i diversi specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con fratture da fragilità, garantendo un ambiente multidisciplinare in modo che l'assistenza sia incentrata sul paziente.

La squadra multidisciplinare della FLS (medici di base, squadra ortopediche, medici specializzati nella prevenzione delle fratture da fragilità, un assistente sociale e un infermiere specializzato) dovrebbe essere coordinato in modo da garantire la migliore gestione medica dei pazienti ricoverati con frattura, e ridurre il rischio di successive fratture (10, 13, 18, 24, 33).

OBIETTIVI DELLA LG

Attualmente, ci sono poche LG nel campo delle Fratture da Fragilità (FF), il cui impatto è importante sia per la salute che dal punto di vista della sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Pertanto, lo scopo di questo strumento è quello di sostenere gli operatori sanitari e le istituzioni nell'implementazione delle nuove raccomandazioni, per la diagnosi e la prevenzione delle fratture da fragilità (FF).

DESTINATARI

Le raccomandazioni contenute nella presente LG sono destinate agli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nella diagnosi e la prevenzione delle FF (endocrinologi, medici specialisti in medicina interna, medici di Medicina generale, ortopedici, reumatologi e infermieri, direzioni sanitarie ecc.) e a pazienti/cittadini.

GRUPPO DI LAVORO

Il documento nasce dalla collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), previa condivisione con le Società scientifiche ed Enti clinici:

- FIRMO - Fondazione Italiana Ricerca sulle Malattie
- SIOMMMS - Società Italiana dell'Osteoporosi del Metabolismo Minerale e delle Malattie dello scheletro
- SIOT - Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia
- SIE - Società Italiana di Endocrinologia
- SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
- SIMG - Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
- SIR - Società Italiana di Reumatologia
- FNOPI - Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche

La LG è stata presentata dalla SIOT e realizzata in collaborazione con l'Università di Milano-Bicocca (Centro di Ricerca Interateneo *Healthcare Research and Pharmacoepidemiology*, HRP).

METODOLOGIA

La metodologia adottata è quella prevista dal Sistema Nazionale di Linee Guida dell'ISS, che si basa sulla sintesi delle migliori evidenze disponibili in letteratura, sulla valutazione e l'interpretazione dei risultati da parte di un gruppo di esperti.

In particolare, 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://snig.iss.it/>).

La valutazione della qualità delle prove è indicata come segue (34-36):



Livello qualità	Significato	Conseguenza
Alta	Alto grado di confidenza nei risultati	È improbabile che ulteriori studi possano cambiare la nostra fiducia nella stima dell'effetto
Moderata	Discreto grado di confidenza nei risultati	È probabile che ulteriori studi possano confermare o cambiare la nostra fiducia nella stima dell'effetto
Bassa	I risultati sono poco credibili	È necessaria una ulteriore ricerca per ottenere stime affidabili sugli effetti positivi e negativi dell'intervento
Molto bassa	I dati esaminati sono totalmente inaffidabili	Non è possibile fare affidamento sulle stime dell'effetto disponibili

Significato e conseguenze della qualità delle evidenze

La forza di una raccomandazione (**forte o debole**) a **FAVORE** esprime il livello di fiducia che nutriamo nella stima che gli **effetti desiderabili** di un intervento siano superiori agli effetti avversi;

La forza di una raccomandazione (**forte o debole**) **CONTRO** esprime il livello di fiducia che nutriamo nella stima che gli **effetti avversi** di un intervento siano superiori agli effetti desiderabili.

Forza delle raccomandazioni GRADE

RISULTATI

Quesito di ricerca 1: *L'identificazione della fragilità come causa o concausa della frattura può migliorare la prognosi del paziente?* Interpretazione delle prove.

È stata realizzata una Revisione sistematica della letteratura utilizzando le banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL al 6 ottobre 2020, da cui sono stati individuati 4729 records. Tuttavia, poiché, per motivi etici, tali studi non sono realizzabili, non è stato possibile identificare articoli che confrontassero direttamente il rischio di rifrattura in pazienti fratturati con corretta diagnosi di frattura da fragilità, rispetto ai pazienti fratturati senza diagnosi di fragilità. A seguito di tali considerazioni, si è ipotizzato che per poter rispondere al quesito clinico fosse plausibile assumere come *proxy* dei pazienti correttamente diagnosticati.

QUESITO 1. L'identificazione della fragilità come causa o concausa della frattura può migliorare la prognosi del paziente?

RACCOMANDAZIONE 1

Si raccomanda l'inquadramento del paziente al fine di identificare la fragilità come causa ovvero concausa della frattura corrente

Raccomandazione forte, qualità delle prove alta

Quesito di ricerca 2: *Quali caratteristiche operative e applicabilità mostrano gli strumenti diagnostici/algoritmi di valutazione del rischio?* Interpretazione delle prove.

È stata realizzata una Revisione sistematica utilizzando le banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL dal 14 settembre 2011, per l'aggiornamento del medesimo Quesito Clinico elaborato dalla LG NICE (UK, CG146) che interessava lo strumento FRAX, al 7 dicembre 2020, da cui sono stati individuati 3441 records. La ricerca è stata realizzata impiegando le stesse banche dati, all'8 dicembre 2020, per i tool di predizione DeFRA e FRA-HS, da cui sono emersi 93 studi. Sono stati selezionati 50 studi osservazionali che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto: 47 articoli per il FRAX, 2 studi per il DeFRA, 1 studio per il FRA-HS. Sono stati valutati i



seguenti aspetti: discriminazione/calibrazione, sensibilità/specificità, area sotto la curva (AUC). È stata valutata la validità del *tool* di predizione del rischio di frattura, riportando le caratteristiche operative di sensibilità e specificità. Ciò ha permesso di determinare la capacità predittiva dell'algoritmo valutando il rischio predetto di frattura a 10 anni (maggiore osteoporotica o del femore prossimale) rispetto alle fratture realmente osservate. Aggiornando il Quesito Clinico del NICE (UK, CG146), sono state considerate diverse soglie, sia per le fratture maggiori osteoporotiche che per la frattura del femore prossimale, quali 3%, 5%, 10%, 20% e 30%. In generale, si osserva come all'aumentare del *cut-off* (dal 3% al 30%) si registri una riduzione della sensibilità ed un aumento della specificità, i cui valori delle caratteristiche operative si mostrano solitamente più elevati considerando il FRAX con BMD rispetto all'applicazione del FRAX senza BMD.

QUESITO 2. Quali caratteristiche operative e applicabilità mostrano gli strumenti diagnostici/algoritmi di valutazione del rischio?

RACCOMANDAZIONE 2

Si raccomanda l'uso degli strumenti di valutazione del rischio per una miglior definizione del rischio di frattura

Raccomandazione forte, qualità delle prove alta

Quesito di ricerca 3: *Come identificare i pazienti a rischio imminente di frattura?* Interpretazione delle prove. È stata effettuata una Revisione sistematica sulle banche dati Embase, Medline, Cochrane CENTRAL da cui sono stati individuati 35214 articoli. Attraverso una ulteriore hand search, sono stati selezionati 46 studi per rispondere al quesito di interesse. Oltre all'approccio precedente, è stata effettuata un'analisi circa il rischio di rifrattura imminente nei residenti in Lombardia con età tra i 40-90 anni, ricoverati e dimessi vivi per frattura ossea. Ogni fattore di rischio è stato analizzato e messo in relazione col rischio di rifrattura nei due anni successivi la frattura indice. Il bilancio degli effetti dipende da tutte le variabili che possono agire da modificatrici dell'effetto dell'intervento o calcolo del rischio di frattura imminente (a 2 anni). Nell'ambito delle fratture da fragilità, il bilancio è a favore dell'intervento.

QUESITO 3. Come identificare i pazienti a rischio imminente di frattura?

RACCOMANDAZIONE 3.1

Si raccomanda al personale sanitario di considerare i seguenti fattori di rischio per la predizione del rischio di frattura imminente: età avanzata, pregresse fratture da fragilità (quantificandone il numero e la sede), diabete, malattie autoimmuni (quali artrite reumatoide, artrite psoriasica, sclerodermia, sclerosi multipla, lupus eritematoso sistemico), Parkinson, malattia infiammatoria intestinale, bronco pneumopatia cronico ostruttiva, malattia renale cronica e uso di corticosteroidi; oltre che i seguenti fattori di rischio: basso BMI, storia familiare di fratture, menopausa, demenza (es. morbo di Alzheimer)

Raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa

RACCOMANDAZIONE 3.2

Si suggerisce al personale sanitario di considerare infine i seguenti fattori di rischio: genere, AIDS, grave disabilità motoria, altre malattie del connettivo, malattia vascolare periferica, blocco ormonale adiuvante

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa



Quesito di ricerca 4: *Quale strategia terapeutica, sia a breve che a lungo termine, risulta più efficace nel trattamento del paziente con frattura da fragilità?* Interpretazione delle prove.

I clinici coinvolti nel *Panel* hanno fornito un supporto, anche in termini di letteratura, che ha permesso di individuare, tramite *hand search*, una revisione sistematica, di cui si sono considerati eleggibili 13 articoli e 4 pubblicazioni relative a *clinical trial*. Inoltre, poiché la pubblicazione più recente risultava datata al 2019, è stata realizzata una revisione sistematica in letteratura utilizzando le banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL dal 2019 al 22 febbraio 2021, da cui si sono individuati 381 *records*.

Al fine di esaminare la miglior evidenza scientifica possibile, si sono considerati eleggibili i soli articoli relativi a *clinical trial* o Revisioni sistematiche (n=2).

Così, sono state individuate, in totale, 19 pubblicazioni che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto.

Gli studi analizzati per il presente Quesito Clinico hanno valutato cambiamento nella BMD rispetto al *baseline* e il rischio di frattura, a seguito di uno *switch* nella strategia terapeutica, passando da trattamento anabolico ad anti-riassorbitivo o viceversa. Il bilancio degli effetti dipende da tutte le variabili che possono agire da modificatrici dell'effetto dell'intervento.

Nell'ambito delle fratture da fragilità il bilancio è a favore di interventi che favoriscano il trattamento sequenziale da anabolico ad anti-riassorbitivo come evidenziato dalla ricerca in letteratura.

QUESITO 4. Quale strategia terapeutica, sia a breve che a lungo termine, risulta più efficace nel trattamento del paziente con frattura da fragilità?

RACCOMANDAZIONE 4

Nei pazienti a più elevato o imminente rischio di rifrattura si raccomanda di pianificare un trattamento sequenziale da anabolico ad anti-riassorbitivo

Raccomandazione forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 5: *È razionale interrompere il trattamento in un paziente ad alto rischio di rifrattura optando per la cosiddetta vacanza terapeutica per ridurre il rischio di eventi avversi?* Interpretazione delle prove.

È stata realizzata una Revisione sistematica in letteratura utilizzando le banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL al 13 novembre 2020, da cui sono stati individuati 4165 *records*. La ricerca è stata ripetuta, allargando la stringa di ricerca, al 25 novembre 2020 da cui sono emersi ulteriori 5992 studi.

Sono state selezionate 15 pubblicazioni che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto: 6 studi randomizzati controllati (RCT) e 9 osservazionali.

Gli studi individuati permettono di rispondere alle seguenti comparazioni:

- i) Aderenza al trattamento anti-fratturativo vs non aderenza
- ii) Persistenza al trattamento anti-fratturativo vs non persistenza (o discontinuità)
- iii) Trattamento anti-fratturativo continuo vs intermittente (o ciclico)

Poiché i diversi autori hanno definito l'aderenza e la persistenza in modo eterogeneo, abbiamo adottato una metodologia che consiste nell'aggregare i risultati degli studi a condizione che la definizione dell'esposizione sia omogenea.

Il bilancio degli effetti dipende da tutte le variabili che possono agire da modificatrici dell'effetto dell'intervento. Nell'ambito delle fratture da fragilità, il bilancio è a favore di interventi (217) che favoriscano la continuità del trattamento farmacologico e che evitino per quanto possibile episodi di interruzione (vacanza) terapeutica come evidenziato dalla ricerca in letteratura.



QUESITO 5. È razionale interrompere il trattamento in un paziente ad alto rischio di rifrattura optando per la cosiddetta vacanza terapeutica per ridurre il rischio di eventi avversi?

RACCOMANDAZIONE 5.1

Si suggerisce ai professionisti sanitari di monitorare e incentivare l'alta aderenza e la persistenza al trattamento anti-fratturativo nei pazienti con frattura da fragilità

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove moderata

RACCOMANDAZIONE 5.2

Nei pazienti con frattura da fragilità ad alto rischio di rifrattura, salvo che per gravi effetti avversi, si suggerisce di non interrompere il trattamento anti-fratturativo, sia esso definitivo o temporaneo

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove moderata

RACCOMANDAZIONE 5.3

Si suggerisce che la riduzione del dosaggio o la sospensione temporanea di un trattamento a lungo termine con bisfosfonati sia valutata dallo specialista solamente quando le condizioni a lungo termine siano migliorate dal trattamento farmacologico e fino a una nuova valutazione del rapporto rischio/beneficio

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 6: *È opportuno attivare modelli di clinical governance come specifici Fracture Liaison Services?* Interpretazione delle prove.

È stata condotta una revisione sistematica su Medline, Embase e Cochrane CENTRAL che ha portato a individuare 10781 articoli.

Sono state selezionate 35 pubblicazioni che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto, di cui 30 studi primari e 5 revisioni sistematiche da cui sono stati estratti ulteriori 47 studi (di cui uno studio già considerato dalla LG SIGN).

Sono stati valutati *outcome* critici fra i soggetti afferenti ad un modello di *clinical governance* e non, quali: esame della BMD, inizio del trattamento anti-osteoporotico, aderenza al trattamento anti-osteoporotico, rischio di rifrattura, mortalità e *outcome* importanti: qualità della vita.

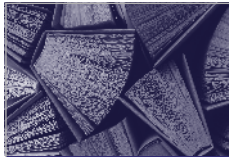
Il bilancio degli effetti dipende da tutte le variabili che possono agire da modificatrici dell'effetto dell'intervento. Nell'ambito delle fratture da fragilità il bilancio è a favore degli interventi che favoriscono la continuità assistenziale, come evidenziato dalla ricerca in letteratura: infatti, non sono stati riportati effetti indesiderabili.

QUESITO 6. È opportuno attivare modelli di clinical governance come specifici Fracture Liaison Services

RACCOMANDAZIONE 6

È fortemente raccomandato che sistemi di cura multidisciplinari, come il *Fracture Liaison Service*, garantiscano la continuità assistenziale ospedale-territorio, per una corretta gestione del paziente con frattura da fragilità

Raccomandazione forte, qualità delle prove moderata



Referenze

1. Fonseca H, Moreira-Gonçalves D, Coriolano H.J.A, Duarte J.A, Bone quality: The determinants of bone strength and fragility. *Sport Med.* 2014 Jan; 44(1):37-53.
2. Solomon DH, Johnston S.S, Boytsov N.N, McMorrow D, Lane J.M, Krohn K.D, Osteoporosis medication use after hip fracture in U.S. patients between 2002 and 2011. *J Bone Miner Res.* 2014; 29(9):1929-37.
3. Kanis J.A, Cooper C, Rizzoli R, Reginster J.Y, European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 2019; 30(1):3-44.
4. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. *World Heal Organ-Tech Rep Ser.* 1994; 843:1-129.
5. Seeman E, Pathogenesis of bone fragility in women and men. *Lancet.* 2002 May 25; 359(9320):1841-50.
6. Snow Harter C, Whalen R, Myburgh K, Arnaud S, Marcus R, Bone mineral density, muscle strength, and recreational exercise in men. *J Bone Miner Res.* 1992;7(11):1291-6.
7. Reid I.R, Plank L.D, Evans M.C, Fat mass is an important determinant of whole body bone density in premenopausal women but not in men. *J Clin Endocrinol Metab.* 1992;75(3):779-82.
8. Leali P.T, Muresu F, Melis A, Ruggiu A, Zachos A, Doria C, Skeletal fragility definition. Vol. 8, *Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism.* 2011.
9. Rebolledo B.J, Unnanuntana A, Lane J.M, A comprehensive approach to fragility fractures. *J Orthop Trauma.* 2011 Sep; 25(9):566-73.
10. Curtis E.M, Moon R.J, Harvey N.C, Cooper C, The impact of fragility fracture and approaches to osteoporosis risk assessment worldwide. *Bone.* 2017 nov 1; 104:29-38.
11. Elvey M.H, Pugh H, Schaller G, Dhotar G, Patel B, Oddy M.J, Failure in the application of fragility fracture prevention guidelines. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014; 96(5):381-5.
12. Antoniadou E, Kouzelis A, Diamantakis G, Bavelou A, Panagiotopoulos E, Characteristics and diagnostic workup of the patient at risk to sustain fragility fracture. *Injury.* 2017 dec 1; 48:S17-23.
13. Lems W.F, Dreinhöfer K.E, Bischoff-Ferrari H, Blauth M, Czerwinski E, Da Silva J, et al, EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76(5):802-10.
14. Samelson E.J, Broe K.E, Xu H, Yang L, Boyd S, Biver E, et al, Cortical and trabecular bone microarchitecture as an independent predictor of incident fracture risk in older women and men in the Bone Microarchitecture International Consortium (BoMIC): a prospective study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019 jan 1; 7(1): 34-43.
15. Raman-Wilms L, Book Review: Guidelines for Preclinical Evaluation and Clinical Trials in Osteoporosis. *Ann Pharmacother.* 1999; 33(12):1377-8.
16. Acevedo C, Stadelmann V.A, Pioletti D.P, Alliston T, Ritchie R.O, Fatigue as the missing link between bone fragility and fracture. *Nat Biomed Eng.* 2018 feb 1; 2(2):62-71.
17. Cummings S.R, Melton L.J, Osteoporosis I: Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet.* 2002 may 18; 359(9319):1761-7.
18. Tarantino U, Iolascon G, Cianferotti L, Masi L, Marcucci G, Giusti F, et al, Clinical guidelines for the prevention and treatment of osteoporosis: summary statements and recommendations from the Italian Society for Orthopaedics and Traumatology. *J Orthop Traumatol.* 2017; 18(3):3-36.
19. Pioli G, Bendini C, Pignedoli P, Giusti A, Marsh D, Orthogeriatric co-management- managing frailty as well as fragility. *Injury.* 2018 aug 1; 49(8):1398-402.
20. Unnanuntana A, Rebolledo B.J, Michael Khair M, Dicarolo E.F, Lane J.M, Diseases affecting bone quality: beyond osteoporosis. *Clin Orthop Relat Res.* 2011; 469(8):2194-206.
21. Hofbauer L.C, Hamann C, Ebeling P.R, Approach to the patient with secondary osteoporosis. *Eur J Endocrinol.* 2010; 162(6):1009-20.
22. Carpintero P, Berral F.J, Baena P, Garcia-Frasquet A, Lanchou J.L, Delayed diagnosis of fatigue fractures in the elderly. *Am J Sports Med.* 1997; 25(5):659-62.
23. Bliuc D, Nguyen N.D, Milch V.E, Nguyen T.V, Eisman J.A, Center J.R, Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture and subsequent fracture in men and women. Vol. 301, *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2009.
24. Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, Norton N, Halbout P, Cooper C, et al, Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. *Arch Osteoporos.* 2020; 15(1).
25. Center J.R, Bliuc D, Nguyen T.V, Eisman J.A, Risk of subsequent fracture after low-trauma fracture in men and women [Internet]. Vol. 297, *Journal of the American Medical Association.* 2007. Available from: www.jama.com
26. Pereira L, Bliuc D, Stanford P, Eisman J.A, Center J.R, More-than-minimal-trauma fractures are associated with low bone density: an 8-year prospective study. *Osteoporos Int.* 2017; 28(1):103-10.
27. Warriner A.H, Patkar N.M, Yun H, Delzell E, Minor, Major, Low-Trauma, and high-trauma fractures: What are the subsequent fracture risks and how do they vary? *Curr Osteoporos Rep.* 2011; 9(3):122-8.

28. Olivieri F.M, Piodi L.P, Rinaudo L, Scanagatta P, Cesana B.M, Bone strain index in the prediction of vertebral fragility refracture. Eur Radiol Exp. 2020; 4(1).
29. Söreskog E, Ström O, Spångéus A, Åkesson KE, Borgström F, Banefelt J, et al, Risk of major osteoporotic fracture after first, second and third fracture in Swedish women aged 50 years and older. Bone. 2020 may 1; 134.
30. Sobolev B, Sheehan K.J, Kuramoto L, Guy P, Risk of second hip fracture persists for years after initial trauma. Bone. 2015 jun 1; 75:72-6.
31. Johansson H, Siggeirsdóttir K, Harvey N.C, Odén A, Gudnason V, McCloskey E, et al, Imminent risk of fracture after fracture. Osteoporos Int. 2017; 28(3): 775-80.
32. Kessous R, Weintraub A.Y, Mattan Y, Dresner-Pollak R, Brezis M, Liebergall M, et al, Improving compliance to osteoporosis workup and treatment in postmenopausal patients after a distal radius fracture. Taiwan J Obstet Gynecol. 2014; 53(2):206-9.
33. Santy-Tomlinson J, Speerin R, Hertz K, Tochon-Laruaz A.C, Van Oostwaard M, Falls and Secondary Fracture Prevention. 2018; 27-40. Available from: https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_3
34. SNLG-ISS, Sistema nazionale per le linee guida-Istituto superiore di sanità. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica [Internet]. PNLG. 2019 [cited 2022 Feb 23]. Available from: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/08/MM_v1.3.2_apr_2019.pdf
35. Alonso-Coello P, Oxman A.D, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E.A, Davoli M, et al, GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2089>
36. Alonso-Coello P, Schünemann H.J, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl E.A, Davoli M, et al, GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2016>

dalla REGIONE

In evidenza i progetti innovativi della Asl Roma 4



Spazio a un'intervista al vicepresidente OPI Roma, **Carlo Turci**, che, sul Nuovo Corriere di Roma e del Lazio (inserto di Cronache Nazionali), ha parlato di équipe itineranti e PUA (Punto Unico di Accesso) diffuso, progetto innovativo dell'Azienda sanitaria di Civitavecchia e che prende corpo nella Asl Roma 4, presso i Comuni di: Riano, Torrita Tiberina, Filacciano, Ponzano e Civitella S.Paolo. Realtà contraddistinte da una popolazione prevalentemente anziana e lontana dalle strutture sanitarie territoriali. "Il nostro scopo - spiega Turci,

direttore del Dipartimento aziendale delle Professioni sanitarie e sociali della Asl Roma 4 - è portare le cure a casa delle persone, evitando lo spostamento dei soggetti fragili". Erogare una buona assistenza permette il potenziamento dei risultati in termini di salute, oltre al contenimento dei costi.

Nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e nel PNC (Piano Nazionale Cronicità), le professioni sanitarie e sociali hanno un ampio margine di azione nelle case e negli ospedali di comunità.

E, in tal senso, l'Asl Roma 4 è in fase di grande sviluppo, specie rispetto alla figura-chiave dei modelli organizzativi sviluppati attorno al cittadino con patologie croniche nel suo ambiente di vita: l'IFeC, l'Infermiere di Famiglia e Comunità. Ora, l'assistenza vede il cittadino protagonista nella gestione della propria salute: "Équipe itineranti e PUA diffuso - continua Turci - sono una vera opportunità di sviluppo professionale. La proposta, nata da un lavoro sinergico fra Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, Distretto, Dipartimento di Prevenzione, Comune e Consorzio Valle del Tevere, coinvolge infermieri, ostetriche, fisioterapisti, dietiste, tecnici sanitari e un operatore con funzioni amministrative per le attività del CUP. I Comuni, a loro volta, hanno messo a disposizione l'assistente sociale per il PUA".

Sin dai primi giorni di attività, gli utenti che hanno avuto accesso al servizio sono stati numerosi e anziani; le prestazioni più richieste, dai prelievi alle operazioni di routine. "L'obiettivo del progetto è realizzare la Medicina di prossimità", ha concluso il vicepresidente OPI Roma.



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Strutture di lungodegenza e tasso di istituzionalizzazione negli adulti fragili in comunità: uno studio a firma italiana pubblicato sulla rivista internazionale Healthcare

Il 7 febbraio 2022, è stato pubblicato su *Healthcare* (rivista scientifica internazionale pubblicata mensilmente online da MDPI) l'articolo: "Ammissione alle strutture di lungodegenza e tasso di istituzionalizzazione negli adulti fragili residenti in comunità: uno studio di coorte longitudinale osservazionale" a cura dei ricercatori italiani: Susanna Gentili, Fabio Riccardi, Leonardo Emberti Gialloreti, Paola Scarcella, Alessandro Stievano, Maria Grazia Proietti, Gennaro Rocco e Giuseppe Liotta.

L'invecchiamento mondiale e l'aumento delle malattie croniche hanno un impatto sul sistema sanitario, generando un aumento del rischio di ricovero in strutture di assistenza a lungo termine (LTC) per gli anziani.

Questo saggio vuole valutare il tasso di ammissione alle strutture LTC per gli anziani residenti in comunità e indagare sui fattori associati a queste ammissioni. Si tratta di uno studio osservazionale di coorte longitudinale (effettuato nell'arco temporale dal 2014 al 2017), su un campione composto da 1246 anziani (664 femmine e 582 maschi, età media 76,3, $SD \pm 7,1$).

Nelle strutture LTC, il tasso di accesso era 12,5 per 1000 osservazioni/anno. La regressione lineare multivariata ha identificato la fragilità, le malattie cardiovascolari e l'incapacità di assumere farmaci e gestire denaro come predittori, appunto, del tasso di accesso alle strutture LTC.

L'analisi delle corrispondenze multiple ha identificato tre *cluster*: quelli che vivono a casa con comorbidità; coloro che vivono in strutture LTC che sono pre-fragili o fragili e quanti sono molto fragili, ma non collegato a LTC residenziale. I risultati indicano che l'accesso alle strutture LTC non è determinato da disabilità grave, grave comorbidità e livelli di fragilità più elevati, quanto, piuttosto, è correlato da disabilità moderata associata a mancanza di supporto sociale.

Pertanto, è in questo senso che le politiche di cura devono potenziare gli interventi sociali volti a integrare le cure mediche, infermieristiche e riabilitative.

Info: <https://www.mdpi.com/journal/healthcare>, "Admission to the Long Term Care Facilities and Institutionalization Rate in Community Dwelling Frail Adults: An Observational Longitudinal Cohort Study".



Il JAN pubblica studio finanziato dal CECRI sui caregiver informali di persone con insufficienza cardiaca

Sul *Journal of Advanced Nursing* è stato pubblicato lo studio a firma: Angela Durante, Younas Ahtisham, Angela Cuoco, Josiane Boyne, Bridgette Brawner, Raul Juarez-Vela, Ercole Vellone, dal titolo: "Caregiver informali di persone con insufficienza cardiaca e resilienza: uno studio di metodi misti convergenti".

Un lavoro sostenuto dalla *Heart Failure Association of European Society of Cardiology-ESC*, nella *Heart Failure Nurse Research Training Fellowship*, e dal Centro di Eccellenza-CECRI di OPI Roma.

Attraverso un approccio transnazionale multicentrico, a metodi misti convergenti, lo scopo del lavoro è stato quello di sviluppare una comprensione completa della resilienza e dei suoi fattori associati tra i caregiver informali di persone con insufficienza cardiaca. Per farlo, è stata condotta un'indagine in tre Paesi europei (Italia, Spagna e Paesi Bassi), tra febbraio 2017 e dicembre 2018. In tutto, 50 caregiver hanno partecipato a interviste faccia a faccia semistrutturate, mentre 195 operatori sanitari hanno completato la scala di resilienza Connor-Davidson, l'inventario degli oneri dei caregiver e la scala di ansia e depressione ospedaliera.

I dati sono stati analizzati utilizzando l'analisi qualitativa del contenuto, la regressione multipla e le visualizzazioni congiunte.

L'età media dei caregiver era di oltre 60 anni e i risultati quantitativi hanno mostrato che questi sperimentano ansia e depressione, indipendentemente da



un buon punteggio di resilienza e un livello moderato di carico. L'analisi di regressione ha mostrato che la resilienza era associata alla depressione del *caregiver*. Dai risultati qualitativi, sono stati generati tre fattori di inibizione della resilienza (prospettiva psicologica, stanchezza fisica e stato affettivo) e due fattori promotori (interconnessione comunitaria e attività di auto conforto). L'analisi mista ha confermato che la depressione ha ridotto la resilienza dei *caregiver*. In conclusione, i *caregiver* delle persone con insufficienza cardiaca sperimentano stress e ansia continui, con conseguente riduzione della resilienza. È necessario sforzarsi di collaborare per costruire interventi e programmi sfaccettati al fine di migliorare la resilienza degli stessi. In sintesi, la qualità del *caregiving* informale è influenzata dalla resilienza dei *caregiver*. Nessuna ricerca ha esplorato i livelli di resilienza e i suoi fattori in questa popolazione: depressione, prospettive psicologiche, stanchezza fisica e stato affettivo sono fattori che impattano negativamente sulla resilienza dei *caregiver*. Strategie personali combinate ai social e il supporto e l'appartenenza a una comunità migliorano sicuramente la resilienza dei *caregiver*. In tal senso, le Organizzazioni di assistenza sanitaria e gli ospedali potrebbero stabilire alleanze per sviluppare programmi mirati a incrementare questa capacità di adattamento di quanti si prendono cura di persone con insufficienza cardiaca.



Il JCN pubblica studio italiano sull'efficacia del modello di *Primary Nursing* sull'accuratezza della documentazione infermieristica

Il 6 marzo 2022, sul *Journal of Clinical Nursing* è apparso lo studio, finanziato dal Centro d'Eccellenza-CECRI di OPI Roma, dal titolo: "Efficacia

del modello *Primary Nursing* sull'accuratezza della documentazione infermieristica: uno studio quasi sperimentale" di Antonello Cocchieri, Manuele Cesare, Gloria Anderson, Maurizio Zega, Gianfranco Damiani, Fabio D'Agostino.

Lo scopo della ricerca (che ha aderito alla *checklist TREND*) è stato di analizzare l'effetto del modello di *Primary Nursing* sull'accuratezza della documentazione infermieristica. Il *Primary Nursing* è considerato come il modello ideale di erogazione delle cure, basato sulla relazione tra infermiere e paziente. Tuttavia, la ricerca precedente non ha esaminato la relazione tra l'assistenza infermieristica primaria e l'accuratezza della documentazione infermieristica.

Attraverso un design *pretest-posttest-follow-up*, lo

studio, condotto da agosto 2018 a febbraio 2020 in otto reparti di Chirurgia e Medicina di un ospedale universitario italiano, ha dimostrato che il modello di *Primary Nursing* mette in risalto le differenze significative nei punteggi medi per l'accuratezza della documentazione: valutazione al ricovero, diagnosi infermieristica, intervento infermieristico e accuratezza dell'esito del paziente. Non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi per l'accuratezza e la leggibilità della struttura dei record tra il test, post-test e il *follow-up*.

Per l'occasione, il *Primary Nursing* è stato attuato in quattro reparti (gruppo di studio), mentre negli altri quattro è stata praticata l'Infermieristica standard (gruppo di controllo). L'accuratezza della documentazione infermieristica è stata valutata attraverso lo strumento D-Catch: dagli otto reparti sono state selezionate, a caso, 120 documentazioni infermieristiche per ciascun punto temporale (pre-test, post-test e *follow-up*) e in ciascun gruppo. Complessivamente, sono stati valutati 720 documenti infermieristici.

È possibile affermare che il modello di *Primary Nursing* eserciti un effetto complessivamente positivo sull'accuratezza della documentazione infermieristica, e persistente nel tempo.

L'uso del *Primary Nursing*, associato a quello del processo infermieristico, ha consentito un approccio più individualizzato dei problemi, volto a migliorare la qualità dell'assistenza.

Info: <https://doi.org/10.1111/jocn.16282>



La rivista SAGE *Open Nursing* pubblica studio sull'alfabetizzazione sanitaria nelle cartelle cliniche dei pazienti ospedalieri

"L'alfabetizzazione sanitaria nelle cartelle cliniche dei pazienti ospedalieri: una Revisione sistematica" di

Elena Cristofori, Valentina Zeffiro, Rosaria Alvaro, Fabio D'Agostino, Maurizio Zega e Antonello Cocchieri, ha trovato spazio in *SAGE Open Nursing* (SON), rivista ad accesso aperto *peer-reviewed* che copre tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica e della cura del paziente nelle varie specialità infermieristiche e discipline correlate.

L'alfabetizzazione sanitaria (HL) può essere definita come "la capacità dell'individuo di comprendere ed elaborare le informazioni sulla salute", ergo un basso livello di HL può essere visto come un predittore dello stato di salute di una persona più importante dell'età, del livello di istruzione e della razza. Tuttavia, sebbene l'HL sia un importante determinante della salute, spesso è sottovalutata.



Questa Revisione sistematica ha indagato le prove su HL nell'ambito ospedaliero, attraverso un'indagine eseguita su database: PubMed, CINAHL, Scopus, Web of Science e Educational Resources Information Center, applicando le linee guida PRISMA.

La qualità degli studi inclusi è stata valutata utilizzando le linee guida *STrengthening the Reporting of OBservational Studies in Epidemiology* (STROBE) per studi trasversali.

Cinque studi hanno riportato valutazioni HL nelle cartelle cliniche dei pazienti ospedalieri e sono state utilizzate quattro strategie principali per implementare la valutazione di routine dell'HL negli ospedali: team multidisciplinari, parti interessate, formazione e monitoraggio.

Questa Revisione ha esaminato il modo in cui l'HL dei pazienti ricoverati viene registrato nelle strutture ospedaliere, perché l'HL è proprio lì scarsamente misurata.

I risultati lasciano ben intendere che la *leadership*

ospedaliera dovrebbe coinvolgere di più gli infermieri nell'implementazione della valutazione dell'HL, supportandoli nella creazione di un *dashboard* specifico per la misurazione delle prestazioni e per monitorare valutazioni efficaci dell'HL negli ospedali.

L'assistenza centrata sul paziente è fortemente correlata ai bisogni dei pazienti ed è necessario per migliorare i risultati di salute, in particolare per quelli con livelli di HL limitati. Tuttavia, la sua attuazione rimane una sfida, visto che anche questo studio evidenzia che la valutazione di routine dell'HL sia ancora sottovalutata, benchè fornisca informazioni rilevanti nella valutazione della pratica clinica.

Il prossimo passo nella ricerca potrebbe essere quello di esaminare l'implementazione delle valutazioni HL durante il ricovero, valutare l'HL vicino al periodo di dimissione e studiare l'HL come variabile modificabile. Gli studi futuri potrebbero dettagliatamente descrivere anche l'impatto degli sforzi dell'HL sulle riammissioni.

Gennaro Rocco nella *Hall of fame* dell'Infermieristica internazionale



Il fondatore e attuale Direttore scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) dell'OPI di Roma, **Gennaro Rocco**, riceverà il premio "*International Nurse Researcher Hall of Fame 2022*" da *Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* per l'impatto significativo che la sua opera e la sua ricerca ha dato alla professione infermieristica in Italia e nel mondo.

Sigma Theta Tau International gli assegnerà il prestigioso riconoscimento nell'ambito del 33° Congresso internazionale di ricerca infermieristica, che si svolgerà a Edimburgo (Scozia), dal 21 al 25 luglio 2022.

Gennaro Rocco è membro di Alpha Alpha Beta, il primo *Chapter* Italiano di Sigma fondato dalla lungimirante Prof.ssa **Loredana Sasso**, che ne è anche l'attuale presidente.

Con questo ambito riconoscimento ad uno degli iscritti a Sigma Italia viene celebrato uno degli obiettivi di Sigma: promuovere la *leadership* degli infermieri e riconoscere e divulgare l'eccellenza e l'impegno dell'Infermieristica italiana e renderla visibile nel nostro Paese e nel mondo.

La presidente Sasso si è detta "lieta di questo importante risultato raggiunto da uno dei membri del *chapter* italiano, poiché l'assegnazione del premio al Dr. Rocco rappresenta un modello di eccezionale esempio nel quale molte infermiere e infermieri italiani potranno trovare riferimento per raggiungere risultati eccellenti nello sviluppo di *leadership* di qualità, promuovere standard professionali elevati, incoraggiare il lavoro creativo e rafforzare l'impegno verso una visione innovativa della Professione".



“Women in Health”, progetto CECRI protagonista all’Ambasciata britannica

Con la relazione dell’infermiera **Maddalena De Maria**, del Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione-Università di Tor Vergata, il Centro di Eccellenza di OPI Roma è stato tra i protagonisti di “Women in Global Health”, evento voluto dall’Ambasciata britannica della Capitale, per celebrare i successi e ascoltare dalle professioniste della salute quanto è stato messo in campo in questi due anni di sfida sanitaria causata dal COVID-19.

Martedì 15 marzo, a Villa Wolkonsky, residenza del neo Ambasciatore, **Ed Llewellyn**, l’Assegnista di ricerca dell’ateneo romano è intervenuta nella sezione “Le donne in prima linea nella ricerca sanitaria”, con lo studio finanziato dal CECRI: “*The Nurse in the Mirror: gender image and stereotypes of Nursing Profession*”, per offrire una riflessione sulla donna e un excursus storico sulla Professione.

Non è un caso, infatti, se la Storia dell’assistenza infermieristica si intrecci con quella femminile, visto che in Italia, già dagli inizi del ’900 (proprio grazie all’impulso della Riforma voluta da Florence Nightingale) nacque l’esigenza di creare una moderna assistenza costituita da elementi del “gentil sesso”. Oggi, circa il 76% degli infermieri italiani è donna, anche se tale percentuale non si riflette nella redistribuzione delle cariche, perché solo il 26% delle infermiere è presidente di Ordini Professionali; il 51% quelle con ruoli accademici e il 59% quelle impegnate nel *Management in healthcare*.

Nella professione infermieristica, si percepisce ancora

una diversa opportunità di assurgere a ruoli apicali, a seconda del genere a cui si appartiene: tale “*gender gap*”, derivante anche da un preesistente stereotipo, potrebbe ridursi attivando politiche di sostegno, perseverando nell’innalzamento culturale in generale e della Professione in particolare. Non è un caso, infatti, se, negli ultimi 20 anni, proprio l’innalzamento culturale dovuto alla formazione universitaria, abbia concorso a ridurre anche la distanza tra medico e infermiere.

A discorrere sul tema, **Sue Ann Costa Clemens**, Dirigente dell’Institute for Global Health University of Siena, Visiting Professor in Global Health presso l’Università di Oxford, Dipartimento di Pediatria e **Sally Jackson**, consulente indipendente per la Salute globale. Nella seconda parte, sul tema “Pianeta sano, persone sane”, sono intervenute: **Carolyn Stephens**, professore onorario di Salute urbana, Unità di pianificazione dello sviluppo di Bartlett dell’UCL; **Nicole De Paula**, fondatrice e direttrice esecutiva di *Women Leaders for Planetary Health* e **Simona Seravesi**, consulente per la Salute globale ed ex Consigliere del G20 Sherpa Office, Ufficio del Presidente del Consiglio.

Introduzioni di **Susan Hopkins**, consulente medico capo, Agenzia per la Sicurezza sanitaria del Regno Unito e della scienziata italiana **Ilaria Capua**, Direttore di *One Health Center of Excellence, University of Florida*.

Ha condotto la giornalista del “*Guardian*”, **Angela Giuffrida**.



Assemblea annuale degli iscritti 2022

La programmazione delle attività 2022 va avanti, sempre più centrata su: offerta formativa, servizi per gli iscritti, gruppi di lavoro, comunicazione e digitalizzazione

Giovedì 10 marzo, all'hotel NH Villa Carpegna, Assemblea annuale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma.

L'OPI, guidato dal presidente, **Maurizio Zega**, ha presentato la sua relazione consuntiva 2021 che **è stata approvata all'unanimità dagli iscritti intervenuti, malgrado la presenza di un gruppo di contestatori.**

Come già accennato nella scorsa Assemblea straordinaria, la programmazione delle attività 2022 va avanti, anche se è innegabile che continui a risentire dell'infelice periodo legato alla pandemia da COVID-19. "Ma grazie alla sinergia del gruppo dirigente e al contenimento delle spese - ha detto Zega -, stiamo riuscendo a star dietro ai propositi prefissati".

L'offerta formativa e i servizi per gli iscritti, anzitutto, ma pure il sostegno ai gruppi di lavoro, la comunicazione e la digitalizzazione.

LA PANDEMIA E LO STATO VACCINALE

Riflettori ancora puntati sull'andamento del COVID-19, che, purtroppo, tra le sue vittime maggiori, annovera **gli infermieri.** Quelli **contagiati nel Lazio**, nel 2021, **sono stati l'86% totale** degli operatori sanitari regionali.

Di questi, 8.392 dipendenti da strutture pubbliche, 1.719 in quelle private.

Con la legge 3/2022, il Governo ha attribuito agli Ordini Professionali, Enti sussidiari dello Stato, l'onere del **controllo sullo stato vaccinale:** un riconoscimento istituzionale importante, ma anche una dilatazione del lavoro. Le verifiche effettuate dal personale OPI sono quotidiane: al 10 marzo 2022, su 34.482 iscritti ad OPI Roma, 31.068 sono portatori di *green pass* valido; 3.342 hanno il "semaforo rosso" sulla piattaforma (di cui 839, invece, quelli sospesi dall'Ordine).

CARENZA INFERMIERI E IL PNRR NEL LAZIO

Nel quadro complessivo di carenza organica degli infermieri sul territorio, secondo le valutazioni dell'Ordine, attualmente, nel Lazio, **mancano circa 7.000 infermieri.** Perché? I posti messi a disposizione per il Corso di Laurea triennale in Infermieristica dagli atenei regionali, per l'a.a. 2021/2022 sono stati 3.479: un numero

assolutamente insufficiente a coprire il *turnover* e le altre esigenze.

Con i fondi dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso la delibera della Giunta Regionale n.1005 del 30 dicembre 2021, i fondi necessari per la creazione dei presidi sanitari previsti sono così ripartiti:

- 118 case della comunità (per 158,5 milioni di euro)
- 35 ospedali di comunità (per 86 milioni di euro)
- 59 COT (per 20 milioni di euro)

Le strutture andranno popolate con personale infermieristico, ma, in sinergia con le università e la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria, si è già consentito che il tirocinio professionale degli studenti del III anno del CdL in Scienze Infermieristiche possa svolgersi nell'ambito dei Centri vaccinali.

Alla richiesta di istituire, nella Direzione Regionale Salute, un'Unità Operativa Complessa, a guida infermieristica per il processo di programmazione sanitaria, manca ancora una risposta definitiva.

Infatti, la Regione Lazio, a differenza di altre, non ha ancora istituito le direzioni sociosanitarie e, a tutt'oggi, incomprensibilmente, gli infermieri non sono ammessi a dirigere i Distretti.

L'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Nel 2021, gli **infermieri stranieri** entrati nell'Ordine sono 3.692 (2.011 comunitari e 1.681 non comunitari).

Gli **esami di lingua italiana** per loro sono stati: 5, comunitari; 2, non comunitari (32, promossi; 7, bocciati).

In base alla Legge 120/2020, tutte le Amministrazioni Pubbliche hanno dovuto avviare il Sistema Pubblico di Identità Digitale (SPID) e la Carta d'Identità Elettronica. L'OPI Roma, dal 1° marzo, ha attivato il nuovo portale dedicato a cui si potrà accedere solo tramite **SPID.**

Tale opportunità amplia e migliora i servizi on line, visto che, con esso, gli iscritti potranno: richiedere il certificato di iscrizione in bollo o esente da bollo; accedere ai servizi della Biblioteca on line EBSCO; comunicare o variare i propri recapiti (email/PEC/cellulare) e la variazione di residenza/domicilio; scaricare le ricevute di pagamento degli anni saldati; scaricare il pdf dei bollettini pagoPA non ancora saldati (*link* al pagamento on line); cambiare la mail per il recupero della *password* di accesso alla PEC.

GRUPPI DI LAVORO E LE COMMISSIONI

Social, Rete Referenti, Libera Professione, Società scientifiche. E poi le Commissioni di Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici dell'OPI di Roma, e le Commissioni esami Infermieri stranieri e Biblioteca: sono diverse le compagini in seno all'Ordine che supportano il lavoro del Consiglio direttivo per offrire servizi e opportunità agli iscritti e per farsi conoscere sempre meglio e di più dalle persone.

ANNO 2021	
APPUNTAMENTI con LEGALE in sede	n. 58
ATTI LEGALI - LETTERE & INTERVENTI	n. 41
CONSIGLI DIRETTIVI	n. 16
COMMISSIONI ESAMI ABILITANTI (LAUREA)	n. 61
RAPPRESENTANTI COMMISSIONI ABILITANTI DESIGNATI DALL'ORDINE	n. 119
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTE DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	n. 115
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	n. 18.998
CONVOCAZIONI EX ART. 38 E 39 DPR 221/1950	n. 15

Infermieri OPI Roma 2021	
Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici (al 31.12)	33716
Nuovi ISCRITTI	993
CANCELLATI	1106
TRASFERIMENTI IN ENTRATA	118
TRASFERIMENTI IN USCITA	90

È stata data particolare attenzione alla creazione di un **Seminario universitario** rivolto agli studenti del II anno del CdL in Infermieristica teso ad offrire gli strumenti essenziali per la ricerca bibliografica e la consultazione delle banche dati evidenziando anche l'importanza dei luoghi istituzionali, reali e digitali, deputati per la ricerca scientifica.

Il titolo scelto è stato: *"I luoghi della ricerca bibliografica infermieristica: dalla biblioteca alle banche dati online"*, le ore formative 2,30 in video-conferenza con due docenti.

LA FORMAZIONE

L'impegno al recupero delle morosità e l'opera di razionalizzazione delle risorse hanno consentito alla **tassa annuale** di restare tra le più basse d'Italia, malgrado la maggiorazione richiesta dalla Federazione nazionale. Nel corso del 2021, sono stati realizzati 4 eventi **ECM** in residenziale, gratuiti, per 244 partecipanti e un totale di 1.516 crediti formativi ECM.

Altri 7 eventi ECM, sempre gratuiti, si sono svolti in modalità *webinar* per 428 partecipanti e un totale di 2.807,6 crediti ECM. Gli ECM FAD, per un totale di 1059 partecipanti. I crediti ECM acquisiti dagli iscritti OPI Roma per corsi residenziali (1.516); *webinar* (2.807,6); corsi FAD (12.708). **Riassumendo, il totale degli ECM erogati nel 2021 è: 17.031,6.**

IL CECRI

Istruzione, Ricerca, *Management* e Pratica Clinica: sono questi i quattro Pilastri del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica che, seguendo l'andamento esponenziale degli ultimi anni, è passato dai circa 25 progetti del 2011 ai 40 del 2021.

Il fiore all'occhiello dell'OPI di Roma supporta il lavoro dei ricercatori universitari, si sta facendo apprezzare anche a livello internazionale e, a maggio, sarà protagonista di un evento ad *hoc*.

COMUNICAZIONE SOCIAL E STAMPA

"Infermiere Oggi" è la rivista istituzionale dell'Ordine: un trimestrale (4 numeri annuali) con 22 anni di vita, che, di recente, dopo un accurato *restyling* grafico, ha registrato il passaggio definitivo al digitale (la versione cartacea è, però, sempre consultabile presso la Biblio-

teca dell'Ordine, così come i libri recensiti su ciascun numero) e l'**indicizzazione** nelle banche dati CINHAI e EBSCO, con conseguente revisione delle norme editoriali e il coinvolgimento di 3 *referee* indipendenti per la *peer-review* dei contributi scientifici. **Per candidare un proprio articolo alla pubblicazione, basta inviarlo all'indirizzo: ordine@opi.roma.it**

Sulla *homepage* del portale di OPI Roma, vi è un'apposita sezione dedicata per reperire, in formato pdf, i numeri più recenti e quelli dell'archivio.

Dal 2021, **il sito dell'OPI ha registrato più di 105.300 utenti**, proseguendo anche con il progetto rivolto alle piattaforme *social network* e *broadcasting*, con una selezione dei contenuti in linea con l'intero impianto, in una sorta di crogiuolo comunicativo che allinea sito, pagina Facebook e profilo Instagram.

Il profilo **FB** ha interagito costantemente con la pubblicazione di 296 *post* e 31 video nativi a cui vanno sommati gli *embedding* dal canale youtube, che ha permesso di integrare 10 video dal progetto *podcast*.

Il canale **Youtube** ha pubblicato 38 nuovi video suddivisi tra: *repost* di interviste o approfondimenti su emittenti radio-televisive; video *podcast* con interviste a professionisti della Professione; *reporting* di eventi e/o incontri d'interesse per l'Ordine e/o per la FNOPI.

La durata delle sessioni di circa 3 minuti indica che gli utenti sono interessati agli argomenti e navigano: infatti, ogni utente visualizza in media più di 3 pagine.

Oltre alla *homepage*, le più visitate sono quelle dei servizi di PEC, seguite da quella del pagamento della tassa di iscrizione e poi dei servizi agli iscritti. La maggior parte del pubblico proviene dalla ricerca organica: ciò indica che il sito è ben posizionato sui motori di ricerca. Al 28 febbraio 2022, su **Instagram** si registra l'aumento del numero di *follower* da 1.000 a 1.362.

CERTIFICAZIONE

L'OPI ha passato l'esame annuale per la certificazione di qualità del Bureau Veritas Italia SpA, per il mantenimento dell'**ISO9001:2015**.

Parallelamente, in materia di **anticorruzione** è stato adottato un programma d'integrità conforme alle leggi nazionali delle direttive dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), riferito alla prevenzione del conflitto di interesse ed all'incompatibilità degli incarichi.

Inoltre, si è intrapreso un ulteriore percorso che porterà, a giugno 2022, a conseguire un'altra ambita certificazione internazionale: la **ISO 37001** che assicurerà agli iscritti e a tutti gli *stakeholder* che i processi gestiti dall'OPI sono e saranno erogati nella più totale trasparenza. Nell'ambito del progetto **WhistleblowingPA** è inoltre possibile inviare segnalazioni di illeciti di cui si è a conoscenza in maniera anonima e sicura.

Il bilancio



Il tesoriere, Francesco Scerbo

All'assemblea annuale, 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**. I riverberi degli effetti dovuti all'emergenza sanitaria sono ancora evidenti, lasciando ridotte o sospese molte attività e comportando rilevanti risparmi in molti capitoli di spesa. Grazie a una capillare e consolidata attività di recupero delle morosità passate e alle nuove iscrizioni, l'OPI ha i conti in ordine e, pertanto, tutti i documenti contabili sono stati approvati all'unanimità. Ecco le tabelle di sintesi.

1. Rendiconto finanziario

Entrate	DESTINAZIONE DI COMPETENZA					SISTEMA DEI PREMI					SISTEMA CASSA		
	Totale	PRELIEVI	Contributi	Quote	Altre risorse	Totale	Contributi	Quote	Altre risorse	Totale Premi	Tot. Pre.		
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI													
ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI													
Quote iscrizione	€ 2.079.000,00	€ -	€ 2.079.000,00	€ 8.500.540,00	€ 563.900,00	€ 2.663.640,00	€ 15.360,00	€ 1.263.096,06	€ 792,89	€ 445.581,35	€ 758.417,69	€ 1.321.517,69	€ 1.846.501,35
Quote nuovi iscritti	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 57.300,00	€ -	€ 57.300,00	€ 2.640,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 57.300,00
Tasse iscrizioni	€ 60.000,00	€ -	€ 60.000,00	€ 65.040,00	€ -	€ 66.640,00	€ 3.960,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 66.640,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.239.000,00	€ -	€ 2.239.000,00	€ 1.843.840,00	€ 563.900,00	€ 2.267.640,00	€ 21.960,00	€ 1.263.096,06	€ 792,89	€ 445.581,35	€ 758.417,69	€ 1.321.517,69	€ 1.899.901,35
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI													
Corso di aggiornamento	€ 4.000,00	€ -	€ 4.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ 4.000,00	€ -	€ 4.000,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI													
Risorse finanziarie	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI													
Trasferimenti correnti													
Totale trasferimenti correnti													
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI													
Vendita pubblicazioni													€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi													€ -
RICEDITI E PROVENTI PATRIMONIALI													
Interessi attivi	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 239,76	€ -	€ 239,76	€ -	€ 260,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 239,76
Totale riceduti e proventi patrimoniali	€ 500,00	€ -	€ 500,00	€ 239,76	€ -	€ 239,76	€ -	€ 260,24	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 239,76
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI													
Risparmio e rimborsi	€ -	€ -	€ -	€ 2.263,00	€ -	€ 2.263,00	€ 2.263,00	€ 5.116,44	€ 1.634,21	€ 3.482,23	€ -	€ -	€ 11.745,23
Totale poste correttive e compensative uscite correnti	€ -	€ -	€ -	€ 2.263,00	€ -	€ 2.263,00	€ 2.263,00	€ 5.116,44	€ 1.634,21	€ 3.482,23	€ -	€ -	€ 11.745,23
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI													
Entrate varie	€ -	€ -	€ -	€ 38.287,96	€ -	€ 38.287,96	€ 38.287,96	€ 422,00	€ 22,82	€ 395,28	€ -	€ -	€ 38.687,96
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ -	€ -	€ -	€ 38.287,96	€ -	€ 38.287,96	€ 38.287,96	€ 422,00	€ 22,82	€ 395,28	€ -	€ -	€ 38.687,96
TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI	€ 2.239.500,00	€ -	€ 2.239.500,00	€ 1.843.783,72	€ 563.900,00	€ 2.253.300,72	€ 20.522,72	€ 1.269.124,50	€ 819,05	€ 446.542,78	€ 758.417,69	€ 1.321.517,69	€ 1.949.174,72
TITOLO II - ENTRATE ONERE CARTELLI													
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI													
Alienazione immobili													€ -
ALIENAZIONE DI IMMOBILI TECNICHE													
Vendita mobili ed arredi													€ -
Totale alienazione di immobilizzazioni tecniche													€ -
RISCOSSIONE DI CREDITI													
Riscossione d+289													
Totale riscossione di crediti													
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE													
Trasferimento													
Totale trasferimenti in conto capitale													
ASSUNZIONE DI MUTUI													
Assunzione mutui													
Totale assunzione di mutui													
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI													
Assunzione debito finanziario													
Totale assunzione di altri debiti finanziari													
TOTALE TITOLO II - ENTRATE IN CONTO CAPITALE													
TITOLO III - ENTRATE DI NATURA DI PARTITE DI GIRO													
Risultato ordinario	€ 290.000,00	€ -	€ 290.000,00	€ 180.075,50	€ 1,64	€ 189.677,20	€ 90.922,00	€ -	€ -	€ -	€ 1,64	€ -	€ 189.675,50
Risultato presidenziale	€ 70.000,00	€ -	€ 70.000,00	€ 55.891,17	€ -	€ 66.891,17	€ 14.135,83	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 55.891,17
altre partite di giro	€ 320.000,00	€ -	€ 320.000,00	€ 15.052,14	€ -	€ 18.682,14	€ 304.947,86	€ 14.560,98	€ 3,28	€ 8.430,84	€ 8.527,06	€ 8.527,06	€ 21.482,78
div. tipo Payment	€ 350.000,00	€ -	€ 350.000,00	€ 76.143,77	€ -	€ 76.143,77	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 76.143,77
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 1.030.000,00	€ -	€ 1.030.000,00	€ 331.122,58	€ 1,64	€ 326.122,58	€ 429.565,72	€ 14.692,82	€ 3,28	€ 8.432,84	€ 8.527,06	€ 8.527,06	€ 24.502,77
TOTALE TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 1.030.000,00	€ -	€ 1.030.000,00	€ 331.122,58	€ 1,64	€ 326.122,58	€ 429.565,72	€ 14.692,82	€ 3,28	€ 8.432,84	€ 8.527,06	€ 8.527,06	€ 24.502,77



dall'ORDINE

Uscite

TITOLO / Uscite / Conto

DESCRIZIONE ATTIVITÀ
Settori formativi Consiglio Direttivo e Collegio Revisioni dei Conti
Settori formativi Commissioni (di Alta)
Settori partecipazioni Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari
Rimborsi spese
Settori e indennità attività Organi Direttivi e di controllo
Settori e indennità attività Commissioni di Alta
Assicurazioni organo statutari
Assicurazione attività
Totale uscite per gli organi dell'ente

ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO

Stipendi e oneri affissi
Assicurazioni personale
Fondo incentivazione
Costi di formazione
Lavoro temporaneo
Totale oneri per il personale in servizio

USCITE PER L'ACQUIRO DI BENE E SERVIZI

Compensi per la ricezione
Servizi legali
Servizi contabili e fiscali
Servizi vari e comunicazione
Servizi informativi
Canoni di locazione, manutenzione e riparazione
Acquisto materiale d'ufficio
Totale uscite per l'acquisto di beni e servizi

USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI

Affitto loco ricambiamento contenuto appropinquamenti
Cancellerie e stampati
Spese postali e telefoniche
Spese di pulizia
Spese bancarie e di ospitalità
Spese varie
Archiviazione e gestione documenti
Totale uscite per funzionamento uffici

USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI

Aggiornamenti professionali e ricerca
Riviste "Telemanagers"
Biblioteca
Promozioni immagine (pubblicità)
Commissioni di studio e gruppi di lavoro
Spese di rappresentanza
Quote spettanti Federazione
Progetti speciali Online ISO 9000
Ufficio stampa
Indennità di sostentamento
Spese elettroniche certificata
Spese elezioni Organi Statutari
Totale uscite per prestazioni istituzionali

ONERI FINANZIARI

Interessi passivi
Totale oneri finanziari

ONERI TRIBUTARI

Imp. Imp e altri tributi
Nettessa urbana
Totale oneri tributarie

POSTE CREDITIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI

Totale uscite correntive e compensative di entrate correnti

USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALtre VOCE

Fondo spese sopravvissute
Totale uscite non classificabili in altre voci

TRATTAMENTO INFERMIE RAPPORTO

Totale trattamento di fine rapporto

ACCANTAMENTO FONDO RISCHI E ONERI

Rimborso quote esattoriale
Totale accantonamento fondo rischi e oneri

ACQUIRO DI BENE USU DUREVOLE ED IMMOBILI

Ristrutturazione sede
Totale acquisizione di beni di uso durevole ed immobili

ACQUIRO DI BENE MOBILIZZAZIONI TECNICHE

Acquisto titoli e azioni
Programmi e attrezzature
Totale acquisizione di immobilizzazioni tecniche

CONCESSI ONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI

Depositi obbligatori
Totale concessione di crediti

RIMBORSI DI MUTUI

Rimborso mutui
Totale rimborsi di mutui

RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE

Rimborso di anticipazione passiva
Totale rimborsi di anticipazioni passive

ESTINZIONE DEBITI DIVERSI

Estinzione debiti
Totale estinzione debiti diversi

ACCANTAMENTI PER SPESE FUTURE

Fondo spese elezioni
Totale accantonamenti per spese future

ACCANTAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI

Accantonamento per ripristino investimenti
Totale accantonamenti per spese future

RIORINTESSAMENTO DEI RISORSE IN UNO DEI CAPITALI

Totale riorientamento dei risorse in uno dei capitali

USCITE AVANTI NATURA DI PARTITE DI GIRO

Risorse extracontabili
Risorse previdenziali
Altre partite di giro
IVA Spese Payment
Totale uscite avanti natura di partite di giro

TOTALE UScite

TOTALE GENERALE

GESTIONE DI CONSERVAZIONE

Table with columns: Titolo, Previsioni, Variazioni, Telematica, Pagamenti, Da pagare, Totale, Incremento, Totale, Variazioni, Pagati, In eccesso, Precedi Fidej., Tot. Fig.

GESTIONE DEI RISORSE

Table with columns: Titolo, Previsioni, Variazioni, Telematica, Pagamenti, Totale, Incremento, Totale, Variazioni, Pagati, In eccesso, Precedi Fidej., Tot. Fig.

USCITE IN CASSA

Table with columns: Titolo, Previsioni, Variazioni, Telematica, Pagamenti, Totale, Incremento, Totale, Variazioni, Pagati, In eccesso, Precedi Fidej., Tot. Fig.

Infermieri per la pace Sostegno alle popolazioni colpite e ai colleghi provenienti dall'Ucraina

Tanta solidarietà e tanta vicinanza da parte dell'Ordine - ma anche di Aziende sanitarie e ospedaliere, associazioni e singoli cittadini - nei confronti della popolazione in fuga dai teatri di guerra e delle 100 infermiere iscritte all'Albo di Roma e provincia, nate in Ucraina ma in servizio nel Lazio da molti anni.

Proprio a loro, il presidente e tutti gli organi dell'OPI della Capitale hanno indirizzato un messaggio personale, recapitato via email a poche ore dallo scoppio del conflitto. *"Cara Collega - si legge nel testo - in questi momenti di forte apprensione per gli avvenimenti nel tuo Paese natio, vogliamo dimostrarti la nostra piena solidarietà attraverso un messaggio di pace. Il nostro Ordine e la nostra rivista istituzionale restano a disposizione per ascoltare la tua testimonianza e valutare iniziative comuni a sostegno della pace"*.

Già numerose le risposte e i ringraziamenti finora pervenuti. Anche durante l'assemblea annuale del 10 marzo scorso, al termine dei lavori è stato proiettato un servizio realizzato dal Tg1 sulla storia di amicizia e collaborazione professionale nata al Campus Biomedico di Roma tra una infermiera ucraina e una specializzanda russa.

Intanto, sul sito della Regione Lazio è nata "HELP

UKRAINE", una specifica area con l'obiettivo di fornire informazioni e assistenza alle popolazioni in fuga dall'Ucraina che arrivano nel Lazio (<https://www.regione.lazio.it/helpukraine>).

Ricordiamo che l'assistenza sanitaria agli stranieri privi di un permesso di soggiorno viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con un codice regionale individuale STP/ENI (Straniero Temporaneamente Presente/ Europeo Non Iscritto) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili.

Il sistema sanitario assicura nei presidi pubblici ed accreditati le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, essenziali e continuative, per malattia e infortunio.

È inoltre possibile accedere ai programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva.

Il codice STP può essere rilasciato dalle ASL, dalle Aziende ospedaliere, dai policlinici universitari e dagli IRCSS al momento della prima prestazione sanitaria di cui si usufruisce o, preventivamente, recandosi negli uffici preposti delle ASL e facendone richiesta. Lo stesso viene rilasciato a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici (non è obbligatorio essere in possesso di un documento di identità) e permette di ricevere le prestazioni sanitarie essenziali a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda la partecipazione alla spesa (*ticket*).

Esso ha validità su tutto il territorio nazionale per sei mesi ed è rinnovabile (numero verde regionale: **800 118 800**). Farmaci, presidi medici e chirurgici ed alimenti hanno poi raggiunto i confini polacchi con l'Ucraina per far fronte alle prime necessità chirurgiche e salvavita nei corridoi umanitari allestiti e fanno parte di un insieme di aiuti internazionali dei vari Paesi europei.

Anche gli infermieri di protezione civile di CIVES - Associazione Nazionale OdV hanno partecipato alle attività di controllo e preparazione, presso l'*hub* di Avezzano, per l'invio di farmaci di prima necessità in Ucraina. I vari nuclei provinciali sono stati impegnati nello stesso interporto per tutta la settimana.



Il 12 marzo celebrata la Prima Giornata contro la violenza sugli operatori sanitari

Gli infermieri sono, in assoluto, i professionisti della Salute più colpiti dagli atti di violenza sugli operatori sanitari: secondo l'INAIL, di tutte le aggressioni al personale sanitario, il 46% sono a infermieri

numeri parlano chiaro: gli infermieri sono, in assoluto, i professionisti della Salute più colpiti dagli atti di violenza sugli operatori sanitari.

L'89% è stato vittima di violenza sul lavoro e nel 58% dei casi si è trattato di violenza fisica: hanno subito violenza in generale sul posto di lavoro circa 180 mila infermieri e, per oltre 100 mila, si è trattato di un'aggressione.

La situazione poi si sta aggravando perché alla routine, durante i mesi di pandemia, si sono create situazioni di distacco familiare dovuto ai divieti di far avvicinare le persone ai ricoverati che hanno generato fortissime tensioni, a cui sono seguite, spesso, numerose aggressioni (senza dimenticare i no-vax, autori di

assalti e minacce, anche di morte).

Secondo l'INAIL, di tutte le aggressioni al personale sanitario, il 46% sono a infermieri e il 6% a medici. Non c'è da stupirsi: gli infermieri sono i professionisti più vicini agli assistiti, sono al Triage ospedaliero o si recano a domicilio, cioè, sono i primi professionisti a intercettare le persone che si rivolgono alle strutture e ai servizi sanitari. Quindi le aggressioni a infermieri sarebbero circa 5.000 in un anno (anche se spesso quelle verbali non sono neppure denunciate), ovvero: 13-14 al giorno in media. Ma le mancate denunce e gli episodi non rilevati dimostrano che il numero è sicuramente sottostimato e in realtà le violenze (verbali e fisiche) sono almeno 10-15 volte di più.

La FNOPI, con otto Università italiane, ha partecipato allo Studio nazionale multicentrico sugli episodi di violenza rivolti agli infermieri italiani sul posto di lavoro (*Violence Against nurses In The workplace CEASE-IT*), da cui è emerso che più della metà (il 54,3%) ha segnalato l'episodio, ma chi non l'ha fatto (l'altra metà dei professionisti coinvolti) si è comportato così perché, nel 67% dei casi ha ritenuto che le condizioni dell'assistito e/o del suo accompagnatore fossero causa dell'episodio, nel 20% convinto che tanto non avrebbe ricevuto nessuna risposta da parte della struttura in cui lavora, il 19% ritiene che il rischio sia una caratteristica attesa/accettata del lavoro e il 14% non lo ha fatto perché si sente in grado di gestire effi-

Le cause del fenomeno sono diverse, ma le conseguenze professionali prevalenti riguardano il "morale ridotto" (41%) e lo "stress, esaurimento emotivo, burnout" (33%)



cacemente questi episodi, senza doverli riferire. Le conseguenze, poi, ci sono sempre: il 24.8% degli infermieri che ha segnalato di aver subito violenza negli ultimi 12 mesi, riporta un danno fisico o psicologico, e per il 96.3% il danno è a livello psicologico, compromettendo spesso anche la qualità dell'assistenza. Il 10.8% dichiara che i danni fisici o psicologici hanno causato disabilità permanenti e modifiche delle responsabilità lavorative o inabilità al lavoro. Ma le conseguenze professionali prevalenti riguardano il "morale ridotto" (41%) e lo "stress, esaurimento emotivo, burnout" (33%).

Le cause del fenomeno sono diverse e includono: personale ridotto, dovuto alla carenza di organici; elevato carico di lavoro; tipologia di pazienti. I principali fattori di rischio sono negli atteggiamenti negativi dei pazienti verso gli operatori; nelle aspettative dei familiari e nei lunghi tempi di attesa nelle zone di emergenza, che portano a danni fisici, ma anche disturbi psichici, negli operatori che subiscono violenza.

La prevenzione delle violenze richiede che l'organizzazione identifichi i fattori di rischio per la sicurezza del personale e ponga in essere le strategie organizzati-

ve, strutturali e tecnologiche più opportune, diffonda una politica di "tolleranza zero" verso atti di violenza nei servizi sanitari, incoraggi il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti, a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi e faciliti il coordinamento con le Forze dell'ordine o altri oggetti che possano fornire un valido supporto per identificare le strategie per eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari.

Contro la violenza, in particolare sulle donne (quasi il 77% nella professione infermieristica) la Federazione nazionale ha anche aderito alla campagna di sensibilizzazione e di promozione della salute #LOTTOcontrolviolenza, da poco avviata da Federsanità ANCI e Asl di Viterbo.

Intanto, con la pubblicazione in Gazzetta del Decreto del ministro della Salute, di fatto, è stato istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le Professioni sanitarie e socio-sanitarie: un tassello fondamentale per il contrasto alla violenza sugli operatori. Riunione di insediamento lo scorso 11 marzo: per gli infermieri, presenti i consiglieri nazionale della FNOPI, **Carmelo Gagliano** e **Massimiliano Sciretti**.

Aggressioni agli infermieri di Roma Zega: "Non passiamo da eroi a martiri!"

Gli operatori sanitari, soprattutto negli ultimi due anni, hanno lavorato senza sosta in prima linea. Anche per questo, ha avuto una grande eco l'aggressione alla giovane infermiera del San Camillo, qualche mese fa.

Ma non si è trattato di un caso isolato.

E sempre durissima è stata la presa di posizione del presidente di OPI Roma, **Maurizio Zega**, che ha incassato numerosi interventi pubblici a sostegno. "Tutti i colleghi aggrediti - ha detto Zega - hanno la solidarietà e l'affetto dell'Ordine degli Infermieri di Roma, ma il fatto da tenere ben presente è che la sicurezza del personale sanitario è sempre messa in pericolo, con un preoccupante aumento del fenomeno. Ci sembra che l'esercizio della professione sia reso ogni giorno più difficile - ha continuato - e su questo le autorità dovrebbero interrogarsi. Così, mentre ci pestano, veniamo dimenticati dal Governo in sede di Legge finanziaria, restando con compensi peggio che ridicoli".

D'altra parte, la collega del San Camillo ha ricevuto la telefonata del Ministro della Salute, **Roberto Speranza**, che ha voluto personalmente esprimere la sua solidarietà, con parole di conforto e vicinanza, ringraziando la

collega e tutti i professionisti infermieri vittime di violenza per il loro lavoro, svolto con passione e dedizione, al servizio degli altri. Parole di vicinanza sono state espresse anche dalla presidente della Commissione Igiene e Sanità a Palazzo Madama, **Annamaria Parente** (che condannava, ritenendo "inaccettabili", gli episodi di violenza ai danni del personale sanitario dei nostri ospedali); e dalla deputata di Forza Italia, **Annagrazia Calabria** (che a tutto il personale sanitario esposto all'odio dell'anti Scienza ha mandato la sua solidarietà e un sentito ringraziamento). "Piena solidarietà", anche dal presidente della Regione Lazio, **Nicola Zingaretti**, che ha sottolineato l'emergenza di un caso non isolato; così come confermato dal presidente della commissione Salute e Politiche sociali del Lazio, **Rodolfo Lena**. Sarebbe importante e auspicabile che, alle parole, seguissero i fatti: "Dopo essere stati dichiarati 'eroi', si sta aspettando che diventiamo anche 'martiri'? - ha concluso Zega -. Il colmo è che ciò avviene mentre tutti lamentano che siamo troppo pochi, che c'è bisogno di più infermieri. Non sarebbe il caso di svegliarsi? La situazione ormai è insostenibile!".

Arrivano gli Stati Generali dell'Infermieristica

Tutti gli iscritti a confronto sul futuro della Professione

Gli Stati Generali della professione Infermieristica, annunciati il 12 febbraio scorso dal Consiglio nazionale della FNOPI, entrano nel vivo. Dal 28 marzo scorso, e fino al prossimo 2 maggio, sarà attivo il **sito web** che **consentirà di ascoltare e raccogliere il parere e le richieste di tutti gli infermieri attivi in Italia** e che vorranno partecipare alla consultazione sullo sviluppo della Professione nei prossimi anni.

Gli Stati generali della professione infermieristica si presentano, quindi, come una consultazione pubblica e trasparente rivolta a tutti i 456 mila infermieri iscritti all'Albo, che saranno chiamati ad esprimere la propria posizione. I contributi pervenuti saranno elaborati in una serie di primi posizionamenti provvisori, che saranno poi sottoposti a confronto con tutti gli organi

consultivi della FNOPI e infine con gli stakeholder esterni. Questo, per approdare a **una piattaforma condivisa che ridisegni la professione infermieristica in Italia** anche attraverso la modifica delle norme primarie e dei percorsi formativi universitari e di specializzazione.

Una proposta concreta per il Paese che diventerà il perno delle richieste e del confronto con le istituzioni e la classe politica, affinché non si penalizzi più nessun protagonista del Servizio Sanitario Nazionale e che si risponda finalmente in modo esaustivo ai bisogni di salute e assistenza delle persone.

Sul sito <http://statigenerali.fnopi.it/>, cliccando sul pulsante PARTECIPA, inseriti i dati identificativi richiesti per verificare l'iscrizione all'Albo, l'utente sarà immesso in una piattaforma di lavoro articolata in 3 macro-sezioni (Identità professionale, Organizzazione, Formazione) e potrà scegliere di rispondere a uno o più quesiti presenti in ciascuna area.

Ogni quesito è legato a un tema specifico: è richiesto a tutti i partecipanti di rispettare questo aspetto, evitando di allargare la conversazione in modo indiscriminato e non pertinente con le tematiche proposte.

Per l'area tematica IDENTITÀ PROFESSIONALE, la consultazione riguarderà i seguenti argomenti: attrattività della professione; valorizzazione economica e percorsi di carriera; dignità e cultura della Professione. Per l'area tematica ORGANIZZAZIONE, la consultazione riguarderà i seguenti argomenti: rapporto con le altre professioni e con gli OSS; appropriatezza e *skill mix*; middle e top management della Professione; problematiche e opportunità legate al mondo del lavoro (pubblico, privato, libero professionale).

Per l'area tematica FORMAZIONE, la consultazione riguarderà i seguenti argomenti: percorso formativo generalistico e specialistico; problematiche e opportunità legate alla professione in ambito accademico; limiti e opportunità dell'attuale sistema ECM.

Sarà possibile inviare contributi per tutte le aree/sottoaree che si desidera selezionare. Tutto quanto inviato sarà trattato in forma anonima e non sarà né reso pubblico singolarmente né pubblicato in forma digitale o cartacea.





“Contaminazioni” tra professionisti per intercettare nuovi spunti operativi



Vincenzo Alastra (a cura)
Crossover. Apprendere intrecciando esperienze
Casa editrice Le Matrici
(151 pagg, 25 Euro)

i

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

Per le consultazioni di libri, riviste e banche dati, la Biblioteca è aperta:

lunedì, e giovedì, 14.30-17.30 **martedì** 10.00-13.00

Per accedere è necessario prenotare un appuntamento telefonico (in orario Biblioteca) o via mail.

Info:

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

Tel. 06/37511597

e-mail: biblioteca@opi.roma.it

Crossover significa incrocio, scambio, attraversamento. In Biologia, per esempio, è il meccanismo di scambio di materiale genetico fra cromosomi che aumenta la variabilità della progenie nella riproduzione sessuata, e dunque favorisce l'evoluzione delle specie.

Alla stessa maniera, con l'intento di favorire l'evoluzione dei contesti lavorativi e dei professionisti che abitano la Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, la Rete stessa, insieme al Dipartimento di Oncologia e al Servizio Formazione della ASL Biella, sono andati a sperimentare, con il progetto denominato, appunto, “Crossover”, una particolare metodica formativa centrata sul confronto alla pari: ovvero, uno stage di pochi giorni fra professionisti pratici, accomunati dagli stessi problemi ma operanti in realtà lavorative diverse.

“Crossover”, nelle sue diverse quattro edizioni, ha attraversato gli ultimi 14 anni della vita della Rete, consentendo di perfezionare alcune prime risposte a domande ancora oggi cruciali. A quali condizioni e con quali attenzioni si può rendere una “visita aziendale” o un breve “stage” una situazione apprenditiva?

Un'opportunità, cioè, per sottoporre al proprio sguardo interrogante le pratiche professionali che si vanno a osservare, per “portarsi a casa” qualche nuovo “attrezzo” del mestiere, qualche suggestione operativa e proficui riposizionamenti mentali.

Come, allora, far emergere in questi incontri, processi e pratiche che affrontano e risolvono questioni che non si raccontano nei documenti ufficiali, nelle riunioni o nei Congressi, ma che sostanziano il valore del proprio operare nella quotidianità?

Come munirsi degli strumenti giusti al fine di rendere, questa, l'occasione per rivisitare criticamente alcuni aspetti della propria esperienza, ma anche per ricavarne le necessarie conferme, facendo in modo che, nel suo insieme, ne possa risultare una rigenerante “sosta riflessiva”? Con quali mezzi, procedure e attenzioni, accompagnare e favorire questo atteggiamento riflessivo prima, durante e dopo il breve *stage*?

L'auspicio è che si possa riflettere su alcuni interrogativi sollevati nel testo, al fine da far convergere altri studi realizzati dai diversi professionisti sanitari interessati a proseguire su tali fronti, ovvero sulla ricerca e la messa a punto di buone pratiche, per contribuire a perfezionare modelli formativi e di intervento centrati sullo scambio e l'intreccio di esperienze professionali da parte di professionisti pratici.

Introduzione di Vincenzo Alastra, per un volume che, oltre a appendice e glossario, è diviso in sette capitoli affidati a vari autori, in cui si analizzano metodologia, strumenti e risultati dell'esperienza raccontata.

Green pass e lavoro Il nuovo Decreto Legge approvato dal Governo e pubblicato in Gazzetta Ufficiale

Avv. Barbara Pisa

Sulla Gazzetta Ufficiale del 24 marzo 2022 è stato pubblicato il nuovo **Decreto Legge n. 24 del 24 marzo 2022**, che introduce le nuove disposizioni in materia di obblighi vaccinali e *green pass*, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza.

Il D.L. n. 24/2022 è entrato in vigore il 25 marzo 2022, il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Per quanto più strettamente di nostro interesse, la norma del Decreto Legge che assume maggiore rilevanza è l'articolo 8 che modifica nuovamente l'ormai noto articolo 4 del D.L. n. 44/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 76/2021, rubricato "*obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario*".

Più nello specifico, l'articolo 8 sopra richiamato introduce due novità:

- la **proroga dell'obbligo vaccinale** per tutti gli operatori sanitari sino alla data del **31 dicembre 2022**;
- la **cessazione temporanea della sospensione** dall'Albo per coloro che hanno contratto il COVID-19.

Ed infatti, il comma 1 dell'art. 4 viene così modificato: "**Fino al 31 dicembre 2022, al fine di tutelare la salute pubblica [...] gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43, per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita [...]**".

Al comma 5 dell'art. 4 viene inserito il seguente ulteriore periodo:

"In caso di intervenuta guarigione l'Ordine professionale territorialmente competente, su istanza dell'interessato, dispone la **cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita in base alle indicazioni contenute nelle circolari del Ministero della salute. La sospensione riprende efficacia automaticamente qualora l'interessato **ometta di inviare** all'Ordine professionale **il certificato di vaccinazione entro e non oltre tre giorni** dalla scadenza del predetto termine di differimento".**

Tale ultima previsione interessa tutti coloro che sono attualmente sospesi dall'Albo professionale per mancato assolvimento all'obbligo vaccinale e contraggono l'infezione da SARS-Cov-2.

Ebbene, al momento della guarigione, il sanitario potrà presentare **un'istanza al proprio Ordine di appartenenza** e chiedere, in ragione dell'avvenuta guarigione, la cessazione temporanea della sospensione, sino alla scadenza del termine in cui la vaccinazione è differita.



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.

Una volta decorso il termine entro il quale la vaccinazione è differita, il sanitario dovrà inviare entro e non oltre tre giorni dalla scadenza del predetto termine il certificato di avvenuta vaccinazione.

La mancata comunicazione dell'avvenuta vaccinazione entro il predetto termine di tre giorni comporterà la **ripresa automatica** degli effetti della sospensione, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte dell'Ordine.

Il professionista sanitario, quindi, deve essere considerato inadempiente all'obbligo vaccinale qualora non effettui la vaccinazione alla prima data utile indicata nelle circolari ministeriali.

Insomma, la sopraggiunta positività al virus SARS-CoV-2 costituisce motivo di differimento dell'obbligo vaccinale e consente, durante tale periodo, la temporanea cessazione degli effetti della sospensione dall'esercizio della professione.

Per concludere, quindi, la guarigione intervenuta in data successiva al provvedimento di sospensione dall'esercizio della professione, sebbene non determini una vera e propria revoca della sospensione, ne sospende comunque gli effetti, per tutta la durata di differimento della vaccinazione.

Una volta cessato il termine di differimento, se il sanitario non invia il certificato di vaccinazione entro il termine di tre giorni, la sospensione riprenderà automaticamente a produrre i suoi effetti, senza necessità per l'Ordine di avviare un nuovo procedimento di verifica.

Si ricorda che, sulla base delle circolari ministeriali, per il professionista sanitario non vaccinato che contrae l'infezione il differimento per la vaccinazione della dose di completamento del ciclo primario è di 90 giorni dall'infezione; per il professionista sanitario che contrae l'infezione dopo 14 giorni dalla somministrazione della prima dose di vaccino, il differimento è di 120 giorni per la somministrazione della dose booster; per il professionista sanitario che contrae l'infezione entro i 14 giorni dalla somministrazione della prima dose di vaccino, il differimento è di 90 giorni per la somministrazione della dose di completamento del ciclo primario. Infine, per il professionista sanitario che ha completato il ciclo primario di vaccinazione, il differimento è di 120 giorni per la somministrazione della dose *booster*.

Queste le novità, per il personale sanitario, introdotte con l'ultimo Decreto Legge.





MA... NON CI ACCLAMAVANO
COME "EROI" ?

FINO AL MOMENTO
IN CUI DOVEVANO
RICONOSCERLO
CON I FATTI...

"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 1 gennaio o 1 gennaio). I giorni e i mesi hanno sempre la prima lettera minuscola.

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

**Dal prossimo 30 maggio,
gli uffici dell'Ordine
si trasferiranno in
via degli Ammiragli, 67
(Metro Cipro),
con più spazi e servizi
a disposizione dell'utenza.
Ulteriori informazioni
saranno pubblicate
sul sito e sui social
dell'OPI di Roma**

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.centrodiexcellenza.eu

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

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

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