

INFERMIERE

OGGI

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



*Una silenziosa
vita al servizio
della salute*



*Una silenziosa
vita al servizio
della salute*

Assieme all'indicibile tristezza che si accompagna alla sua recente scomparsa, a chi, come noi, l'ha conosciuta bene, pensando a Ausilia Pulimeno viene in mente il motto antico "Nomen Omen".

Gli antenati della Città eterna, infatti, sostenevano che nel nome delle persone fosse indicato il loro destino.

"Ausilia", appunto, dalla parola latina "auxilium": "aiuto, soccorso"...

Dopo il giusto momento delle lacrime, dunque, ricorderemo che Lia ci ha lasciato una traccia da seguire per curare, vigilare, confortare e assistere gli altri.

Pensando a lei saremo orgogliosi di seguirne la scia, orgogliosi di essere infermieri e, per chi non lo fosse, semplicemente orgogliosi di fare il proprio lavoro e di vivere la propria vita al meglio delle proprie possibilità...

Ed è con immenso orgoglio e gratitudine che le dedichiamo questo numero della rivista.

Una rivista in cui ha creduto sin dalle origini, certa che, anche attraverso di essa, la comunità professionale potesse sentirsi coesa e incamminata verso i medesimi obiettivi futuri.

Per essere accanto a tutti, sempre.

Buon viaggio, Lia.

EDITORIALE

- 2_** Una silenziosa vita al servizio della salute
di Maurizio Zega



- 4_** Potenzialità del Telenursing nel contesto della schizofrenia
Una Revisione della letteratura
di Marta Firera, Ione Moriconi
- 11_** Catetere Venoso Centrale in Pronto Soccorso
Indagine conoscitiva in contesto pediatrico
di Veronica Righi, Luca Adriani, Francesca Maria Meloni, Matteo Amicucci, Giuliana D'Elpidio
- 18_** JBI Best Practice. Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico

DAL CECRI

- 22_** Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 23_** Estratto della Linea Guida "Assistenza psicosociale dei malati oncologici"
- 34_** Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI
- 38_** Entro il 30 agosto attivo il bando della Fondazione "Insieme per Vita agli Anni" per progetti di ricerca
- 39_** Giornata Internazionale dell'Infermiere
In Piazza del Popolo, un 12 maggio da incorniciare



DALL'ORDINE

42_ La Professione piange Ausilia Pulimeno

44_ Tutto pronto per il taglio del nastro della nuova sede in viale degli Ammiragli

46_ Convegno SIDMI LAZIO: confronto sul Management post pandemia

DALLA FNOPI

47_ Infermieri, primo Rapporto sulle violenze Sono 125 mila i casi sommersi in un anno

48_ Stati Generali della professione Verso una sintesi dei primi dati raccolti

49_ Si è concluso il Congresso nazionale itinerante. Il Ministro Speranza: "La vostra professione fondamentale nella Sanità del futuro"

DALLA REGIONE

50_ Verso il Forum Risk di Arezzo. Evento a Tor Vergata sugli scenari sanitari post pandemia

OPI DI BIBLIOTECA

51_ L'uomo narra storie Le narrazioni plasmano il modo del prendersi cura

PILLOLE LEGALI

53_ Il nuovo CCNL del personale comparto sanità Triennio 2019 - 2021

56_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2022
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990

Direzione - Redazione - Amministrazione
Viale degli Ammiragli, 67 - 00136 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, Natascia Mazzitelli, Maria Grazia
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,
Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Una silenziosa vita al servizio della salute

di Maurizio Zega

“

Sarebbe impossibile per Infermiere Oggi non aprire questa rivista con un ricordo, senza retorica, di Ausilia Pulimeno

”

“

L'impegno nella Scienza Infermieristica non è solo trasmissione di sapere, ma anche ricerca di soluzioni nuove al bisogno sanitario

”

È morta Ausilia Pulimeno.

Sarebbe impossibile per Infermiere Oggi, organo dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, non aprire questa rivista con un suo ricordo.

Ma noi lo vogliamo fare senza retorica, non con espressioni di circostanza, bensì, traendo spunto da quanto ha realizzato nella sua vita, per riflettere sul presente e sul futuro della nostra Professione.

Parte del Consiglio direttivo dell'Ipsavi fino dal 1993, Lia ha vissuto in prima persona le molte rivoluzioni che, da allora, hanno interessato l'esercizio della nostra Professione, fino a ricoprirne - com'è noto - il vertice, in qualità di presidente del Collegio Ipsavi prima e dell'OPI di Roma poi.

Ma è stata anche fra gli ideatori e poi fra gli amministratori del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI).

Alla base della "invenzione" del CECRI ci fu la consapevolezza della maturità professionale dell'Infermiere moderno, che prende in carico il paziente, definisce la diagnosi infermieristica, vigila sull'aderenza terapeutica, sulla somministrazione e gli effetti dei farmaci, sulla congruità complessiva delle cure prestate al paziente, dilatando il concetto di cura e di relazione alla luce dell'esperienza e della ricerca scientifica: questo, svolgendo attività sotto la propria diretta responsabilità.

Ausilia Pulimeno aveva certamente quelle capacità organizzative e manageriali che, in qualche misura, caratterizzano da sempre la nostra Professione, ma la sua attività non si è limitata certo a questo campo. Infatti, è stata docente nei Corsi di Laurea in Infermieristica e in quelli di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche. L'eco della sua attività in ateneo l'abbiamo percepita tutti nelle molte testimonianze di gratitudine espresse dai colleghi, già suoi allievi all'atto della scomparsa.

Ed ecco un secondo motivo di riflessione che possiamo trarre: l'impegno nella Scienza Infermieristica non è solo trasmissione del sapere, ma anche ricerca di soluzioni nuove al bisogno sanitario.

E qui, dobbiamo dire certo senza soddisfazione, la politica sembra faticare a comprendere - esattamente, ahimè -, come faticava una ventina di anni fa: al mutare della domanda sanitaria, dovuta all'oggettività epidemiologica (ci riferiamo, in primo luogo, all'evoluzione demografica dei Paesi sviluppati e alla relativa domanda di assistenza sanitaria), gli *stakeholder* del sistema sanitario pubblico hanno saputo sempre e soltanto - o quasi - opporre una risposta economica, o per meglio dire, finanziaria, dapprima allargando e poi, come conseguenza delle crisi, restringendo fin quasi all'asfissia i cordoni della borsa.

Ma non è questa la strada, non può essere questa!



Impressiona davvero che, a distanza di 20 anni, gli eterni allarmi sul “buco infermieri” (come si legge su un quotidiano di 18 anni fa) siano sempre quelli del titolo di quel quotidiano. “Più soldi”, e siccome i soldi obiettivamente scarseggiano, oggi metterla su questo tono equivale quasi ad un lavarsene le mani, ad una rinuncia alla soluzione del problema. E, mai sia, alla rinuncia del Servizio sanitario pubblico!

Questo non era certamente allora l’avviso di Lia Pulimeno, fondatrice del CECRI, docente e studiosa di Infermieristica, impegnata in ogni sua attività a comprendere l’evoluzione della risposta sanitaria: come non lo è, oggi, il nostro. Eppure già allora quasi 20 anni fa il presidente del Collegio Ispasvi di Roma, l’amico Gennaro Rocco, di recente insignito del premio “International Nurse Researcher Hall of Fame 2022”, spiegava alla politica il nocciolo del problema: il sistema universitario, vale a dire quello della formazione scientifica e delle sue ricadute, che non si può trattare alla stregua di una qualunque formazione professionale di basso profilo tecnico.

Oggi siamo ancora qui a ripeterlo.

Tuttora, infatti, sfugge che i dati oggettivi (carenza di organico, scarsa attrattività della professione, il fatto che per ogni sei studenti in Medicina esista un insegnante, mentre per gli studenti di Scienze Infermieristiche ne esiste uno ogni 1350 studenti, l’ingabbiamento di carriera di un Infermiere, a dispetto di tutte le formazioni specialistiche che possa aver conseguito a spese sue, un aspetto particolarmente demotivante per un giovane) gridano la necessità di una grande riforma strutturale, di una nuova, moderna risposta alla domanda di salute.

Leggiamo in un giornale di 20 anni fa a proposito della nostra Professione: “il mestiere che nessuno vuole fare”. E gli tutti a stupirsi: ma come? Siete i nostri eroi! Lasciamo perdere...

Ora il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro appena firmato ha riconosciuto, effettivamente, la specificità infermieristica e di ciò va dato adito al Governo, nella persona del Ministro della Salute.

Ma le parti sociali hanno comunque mancato di cogliere la possibilità di “rovesciare il paradigma”: sotto questo aspetto, resta la sensazione di un’occasione perduta.

Ecco, ancora Lia, grande cultrice di storia della nostra Professione, perché riflettere sulla storia, conoscere lo sviluppo dei fatti non è, come credono gli sciocchi, perdere tempo sul passato, ma è riflettere sul futuro.

Forse, i nostri governanti senza memoria dovrebbero studiare anche loro meglio il passato per evitare di rispondere nello stesso modo automatico e pedestre.

Senza memoria non c’è prospettiva, ma congelamento del presente, “pannicelli caldi” emergenziali, stasi, e alla fine declino: quello che non vogliamo, e di certo non la risposta che merita la salute dei cittadini.

Nel rispetto però del ricordo di Lia, del significato della sua luminosa vita professionale, mentre le rivolgiamo il nostro ultimo, grato saluto, ci ostiniamo a riaffermare che un’altra strada è possibile, che ci sono segni, semi di speranza che la lezione implacabile dei fatti (a cominciare dalla pandemia) possa infine far breccia nel pachidermico sistema di governo della sanità pubblica, nella quale continuiamo a voler credere.

Ed è con questo irriducibile ottimismo, permeato non di illusioni ma di maturità culturale e scientifica, che salutiamo la nostra prima presidente dell’Ordine, la nostra amica e maestra Ausilia Pulimeno. Ciao Lia.

“
Il CCNL, appena firmato, riconosce la specificità infermieristica, ma i dati oggettivi gridano la necessità di una grande riforma strutturale, per una più moderna risposta alla domanda di salute

”

Potenzialità del *Telenursing* nel contesto della schizofrenia Una Revisione della letteratura

Potential of Telenursing in the context of schizophrenia. A literature Review

Marta Firera, Infermiera, Centro Dialisi "Iblea medica", Ragusa

Ione Moriconi, Dirigente, Resp.le Nazionale Servizi Socio-Sanitari, Coop. Sociale Onlus "Nuova Sair"; Docente a.c. Università Sapienza di Roma

Parole chiave

Telenursing, telemedicina, COVID-19, assistenza a distanza, schizofrenia, pazienti schizofrenici

Keywords

Telenursing, telemedicine, COVID-19, remote assistance, schizophrenia, schizophrenic patients

ABSTRACT INTRODUZIONE

Al recente scoppio della pandemia da COVID-19, il *Telenursing* si è mostrata la soluzione ottimale, visto che lo stesso Servizio Sanitario Nazionale è stato "costretto" a cambiare il suo modo di fornire le cure (un modo sempre sicuro ed efficace), per tutelare il personale sanitario e i pazienti dal contagio.

Lo scopo di questo lavoro è quello di esaminare i benefici e i limiti del *Telenursing* nei pazienti schizofrenici assistiti a domicilio, poiché proprio loro necessitano di un contesto "base-sicuro" entro cui lavorare e entro cui esprimersi senza il timore di essere giudicati o incompresi.

MATERIALI E METODI

Nel mese di dicembre 2021 è stata

effettuata una Revisione della letteratura utilizzando i database PubMed, CINAHL e *Google Scholar*.

Al termine del processo di *screening*, sono stati selezionati 12 articoli; articoli che riportavano l'importanza e i benefici di questa nuova pratica infermieristica assistenziale applicata a pazienti con disturbi dello spettro della schizofrenia.

RISULTATI

Degli articoli selezionati, ne sono stati inclusi quattro. Nonostante sia emerso che la letteratura sull'argomento trattato sia ancora limitata, ciò ha permesso di mettere a confronto diversi contesti sanitari di varie aree geografiche (Stati Uniti, Inghilterra, Italia) riguardo l'assistenza infermieristica a distanza nei pazienti schizofrenici.

CONCLUSIONI

I risultati di questo studio sottolineano l'importanza, per gli infermieri, di possedere un altissimo livello di empatia e di capacità comunicative, ma anche quello di comprendere la natura, i benefici e soprattutto le conseguenze dell'uso di queste piattaforme, in particolare nell'applicare questa nuova metodologia alla relazione con i pazienti schizofrenici.

ABSTRACT BACKGROUND

Telenursing proved to be the optimal solution to the recent outbreak of the COVID-19 pandemic, in which the NHS was forced to change the way it provides care in a safe and effective way to protect staff and patients from contagion. The purpose of this work is to

examine the benefits and limits of telenursing in home-assisted schizophrenic patients as these patients require a “secure-base” context within which to work, within which to express themselves without fear of being judged or misunderstood.

MATERIAL AND METHODS

In december 2021, a literature Review was carried out using the Pubmed, CINAHL and Google Scholar databases. At the end of the screening process, twelve articles were selected; articles reporting the importance and benefits of this new nursing care practice applied to patients with schizophrenia spectrum disorders.

RESULTS

Of these selected articles, four have been included. Despite it, emerged that the literature on the subject is still limited, this allows us to compare different health contexts of various geographical areas (United States, England, Italy) regarding remote nursing care in schizophrenic patients.

CONCLUSIONS

The results of this study underline the importance, for nurses, of having a very high level of empathy, communication skills but also that of understanding the nature, benefits and above all the consequences of using these platforms, in particular by applying this new methodology to the relationship with schizophrenic patients.

INTRODUZIONE

Il Telenursing si è mostrata la soluzione ottimale al recente scoppio della pandemia da COVID-19, un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale è stato costretto a cambiare il modo di fornire le cure (sempre sicuro ed efficace) per tutelare il personale sanitario e i pazienti dal contagio. (1)

Infatti, come espresso nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il mondo delle telecomunicazioni e la loro applicazione in diversi contesti sanitari, educativi e didattici, sempre più ampio, ha potuto rivelare tutte le sue qualità, perché ha permesso di continuare ad assicurare ai pazienti una terapia, un supporto e, soprattutto, l'assistenza infermieristica. (2)

Questo **incremento dell'uso delle tecnologie nel sistema sanitario** è stato importante anche per il mondo della ricerca che, soprattutto negli ultimi due anni, si è concentrata proprio sulla *tele-health* e sui suoi diversi contesti applicativi. (3)

Il *Telenursing*, con l'avvento della pandemia da COVID-19, è stato pensato ed impostato per la creazione di una relazione assistenziale con l'obiettivo di svilupparlo proprio sui rapporti interpersonali tra personale sanitario e paziente, affinché si possa contare, anche a distanza, sugli effetti positivi della fiducia e del rispetto reciproco. (4)

Del resto, i pazienti psichiatrici necessitano di un contesto “base-sicura” entro cui lavorare e entro cui esprimersi, senza il timore di essere giudicati o incompresi, restando nel proprio *habitat* quotidiano.

E, ad ogni modo, **l'infermiere, a distanza, adempie ai suoi doveri così come avrebbe fatto in presenza.**

Sarebbe auspicabile, quindi, preparare gli infermieri all'utilizzo di questa pratica infermieristica a distanza, adottando gli approcci della Psicologia dinamica alle loro relazioni con i pazienti, migliorando non solo la *compliance* di questi ultimi,

ma anche il benessere psicofisico di chi lavora a contatto con la vita, con le relazioni, e in sintesi, con le *helping profession*. (5)

Questo studio si è posto l'obiettivo di esaminare i benefici e i limiti del *Telenursing* nei pazienti schizofrenici assistiti a domicilio. (Figura 1)

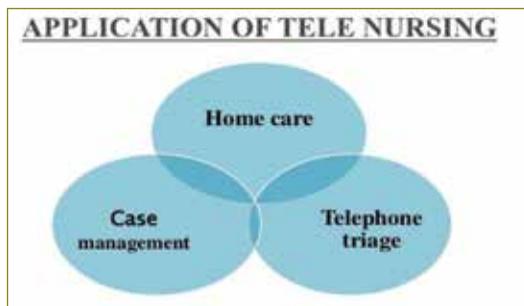


Figura 1

MATERIALI E METODI

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

La Revisione è stata condotta sulle seguenti banche dati PubMed, CINAHL, *Google Scholar*, nel mese di dicembre 2021.

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

P (Population): *schizophrenic patients*

I (Intervention): *Telenursing*

C (Control): *usual care*

O (Outcome): *therapeutic adherence, limitations and clinical benefits.*

L'unico filtro utilizzato è stato quello temporale: infatti, sono stati considerati solo gli articoli pubblicati dal 2010 al 2020.

Si è scelto di far partire la ricerca dal 2010 poiché è stato applicato un programma di *follow-up* sistematico e gestione dell'assistenza telefonica su persone con schizofrenia che hanno ricevuto settimanalmente la *Telephone Intervention Problem Solving* (TIPS), per almeno tre mesi dopo la dimissione in

ospedale, mostrando una riduzione delle ospedalizzazioni ripetute e della durata media di degenza e riuscendo anche a stabilire una relazione con l'infermiere.

Sono state prese in considerazione solo pubblicazioni in lingua inglese. Non si sono ricercate fonti di "letteratura grigia", in quanto non considerate di primaria importanza.

La stringa di ricerca utilizzata è stata la seguente: (*Telenursing OR telemedicine OR Telehealth OR Telenursing COVID-19 OR monitoring telephone*) AND (*Telenursing intervention OR Telenursing practices schizophrenia OR healthcare OR psychiatry*)

La selezione degli studi è stata svolta attraverso l'utilizzo delle linee guida del PRISMA statement 2009. (6)

Sono stati esclusi gli studi che ri-

guardavano:

- aderenza dei pazienti COVID-19 alle terapie
- teleassistenza in Terapia Intensiva
- teleassistenza per ridurre l'ospedalizzazione per insufficienza cardiaca
- informatica di teleassistenza

Nella Revisione sono stati inclusi: una Revisione della letteratura, un *randomized controlled trial*, un *experimental study* e una *systematic Review and meta-analysis*.

Le variabili che vengono indagate sono i benefici di questa nuova pratica assistenziale a pazienti con disturbo dello spettro della schizofrenia e anche l'aderenza, da parte degli infermieri, a questo nuovo approccio assistenziale. (Figura 2)

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 54 articoli.

Dopo l'esclusione dei duplicati, sono stati sottoposti alla lettura 21 articoli; di questi, 17 sono eleggibili; 4 sono stati inclusi in questa Revisione per essere analizzati con un approccio narrativo e 17 esclusi perché non hanno soddisfatto tutti i criteri.

I quattro inclusi nella Revisione sono stati:

- Insieme anche durante il *lockdown*: l'esperienza dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche durante l'emergenza da COVID-19 in Emilia Romagna.
- Effetto del *follow-up* telefonico sull'adesione a un regime terapeutico per il diabete: effetto del *follow-up* telefonico sull'aderenza
- Studio randomizzato di monitoraggio, *feedback* e gestione dell'assistenza telefonica per migliorare il trattamento della depressione nelle cure primarie
- Somministrazione di test neuropsicologici in videoconferenza: una Revisione sistematica e una meta-analisi.

1. Insieme anche durante il lockdown: l'esperienza dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche durante l'emergenza da COVID-19 in Emilia Romagna. (4)

Il punto di vista degli utenti del CSM di Parma, a cui è stato somministrato un questionario che si prefiggeva l'obiettivo di valutare il grado di soddisfazione dei percorsi di cura svolti in rete, mostra un grado di soddisfazione inaspettato. Gli utenti hanno detto di "sentirsi sicuri e soddisfatti" delle cure ricevute a distanza. Una piccola percentuale (25%) ha espresso un giudizio negativo sulla tele-medicina, ma più per mancanza di un'adeguata rete internet. (4)

Da ciò si può dedurre che sarebbe auspicabile iniziare dei percorsi educativi volti ad informare meglio gli utenti sulle possibilità offerte dal *Telenursing* per l'accesso alle cure.

2. Effetto del follow-up telefonico sull'adesione a un regime terapeutico per il diabete

In merito all'efficacia, un *follow-up* telefonico guidato da un infermiere risulta idoneo a migliorare la *compliance*, l'autostima e il senso di autoefficacia dei pazienti ai diversi trattamenti. (7)

3. Studio randomizzato di monitoraggio, feedback e gestione dell'assistenza telefonica per migliorare il trattamento della depressione nelle cure primarie (8)

Un programma di *follow-up* sistematico e gestione dell'assistenza telefonica, condotto su persone con schizofrenia che hanno ricevuto settimanalmente la TIPS, per almeno tre mesi dopo la dimissione in ospedale, ha mostrato una riduzione delle *revolving doors* e della durata media di degenza, riuscendo anche a stabilire una relazione

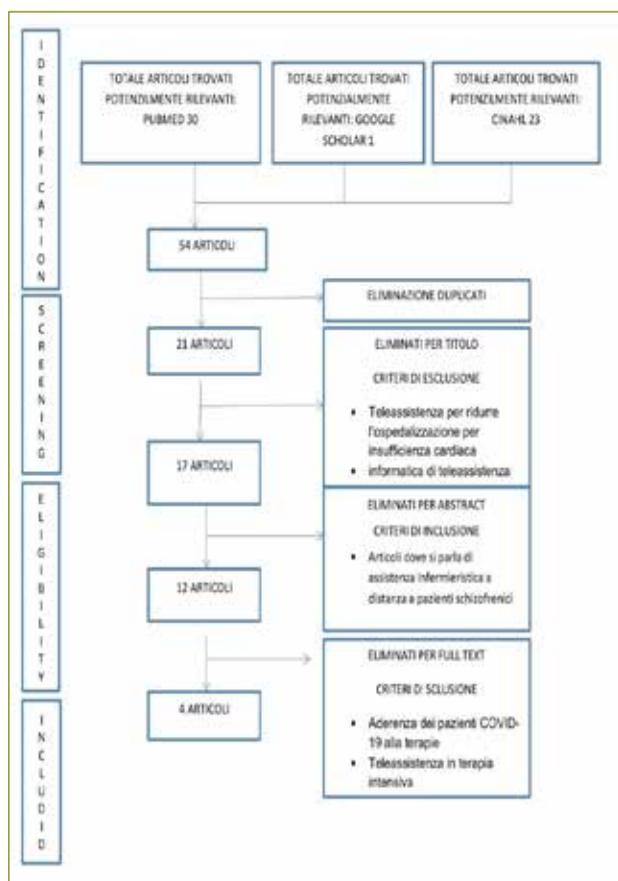


Figura 2

con l'infermiere.

4. Somministrazione di test neuropsicologici in videoconferenza: una Revisione sistematica e una meta-analisi (9)

Lo studio ha dimostrato l'uguaglianza, nella somministrazione di misure neuropsicologiche, tra *screening* in loco e in videoconferenza per i disturbi psichiatrici e neurocognitivi in aree rurali, urbane e ambienti sanitari culturalmente diversificati

DISCUSSIONE

Il punto di vista degli utenti del CSM di Parma, a cui, nel 2020, è stato

somministrato un questionario che si prefiggeva l'obiettivo di valutare il grado di soddisfazione dei percorsi di cura svolti in rete, mediante un questionario di 16 *item* su scala likert a 5 punti, mostra un grado di soddisfazione inaspettato: gli utenti hanno espresso di sentirsi "sicuri e soddisfatti" delle cure ricevute a distanza. Una piccola percentuale (25%) ha espresso un giudizio negativo rispetto la tele-medicina, ma più per mancanza di un'adeguata rete internet. (4)

Dunque, **sarebbe auspicabile iniziare dei percorsi educativi volti ad informare meglio gli utenti sulle possibilità offerte dal Tele-nursing per l'accesso alle cure.**

Sono stati raccolti 150 questionari da utenti del Centro di Salute Mentale (CSM) di Parma, in cura da più di sei mesi e di età media di 49 anni. (10)

Per circa il 50% degli intervistati, la modalità principale di assistenza è stata svolta a distanza, mentre per l'altra metà vi sono stati anche sporadici contatti in presenza e a domicilio.

Quasi il 67% dei contatti telefonici o per mail, o per videochiamate, sono avvenuti per iniziativa dell'operatore e senza appuntamento, mentre il 40% delle altre chiamate è stato fatto da parte degli utenti.

Il campione, dunque, risulta ricco e variegato perché prevede chiamate effettuate sia da parte del sistema sanitario che da parte dell'utenza. (4)

In entrambi i casi, la maggior parte dei pazienti (quasi il 75%) ha dichiarato di essersi sentito "soddisfatto" della comunicazione e delle cure ricevute a distanza, anche perché ha sentito di creare un rapporto di continuità con l'operatore, che ha potuto garantire ai loro bisogni delle risposte concrete e che si è adeguato ai mezzi tecnologici a loro disposizione. (3)

È importante notare come il 25% dei pazienti (che non hanno potuto usufruire del servizio, per diverse ragioni) abbia espresso un giudizio negativo rispetto alla tele-medicina, ma, soprattutto per mancanza di una tecnologia adeguata e di rete internet.

Nel caso dei pazienti schizofrenici, si è potuto constatare che la TIPS apportava miglorie nella qualità di vita solo quando questi avevano già stabilito una relazione con il proprio infermiere di fiducia, sperimentando, nei casi di schizofrenia conclamata, tempi più brevi di remissione e una maggior sopravvivenza alla vita di comunità. (8)

Simone G. E e colleghi, inoltre, hanno confrontato il trattamento TIPS con il trattamento tradizionale. (8)

Lo studio è stato condotto su 302 persone sotto cura con antidepressivi: la *telehealth* infermieristica consisteva in dieci chiamate (di sei minuti) in non più di quattro mesi.

Durante queste chiamate, gli operatori hanno potuto fornire supporto emotivo e interventi di tipo comportamentale per la depressione. (Tabella 1)

Al termine di questa ricerca, è emersa una riduzione delle ospedalizzazioni.

Anna Cantagallo, nel testo "Teriabilizzazione ausili", proprio in merito alla TIC (tecnologie informatiche e della comunicazione), scrive che gli studi svolti nel campo hanno validato le ipotesi iniziali, riportando ottimi risultati, sia dal punto di vista del trattamento che della riabilitazione fatta attraverso vie telematiche. (11)

I disturbi, infatti, nei suoi studi hanno subito dei miglioramenti, anche dal punto di vista sintomatologico e della presa di cura di sé. Ergo, proprio nell'organizzazione della vita quotidiana del paziente, che è sembrato attivo nella funzione terapeutica, propenso a continuare le

TABELLA 1. Caratteristiche delle persone con schizofrenia (N= 20)

	Sperimentale		Controllo	
	n	%	n	%
Sexo				
Femmina	6	60	5	50
Maschio	4	40	5	50
Cerna				
caucasico	7	70	5	50
Adroamericano	3	30	4	40
asiatico	0		1	10
Stato civile				
Separare	7	70	8	80
Sposato	1	10	1	10
Divorziato	2	20	1	10
Sistemazioni abitative				
Con famiglia	4	40	5	50
con badante	3	30	3	30
Solo	3	30	2	20
farmaci				
atipici	9	90	9	90
Antidepressivi	4	40	4	40
antiparkinsoniano	3	30	3	30
Anti ansia	2	20	2	20
personale	2	20	1	10

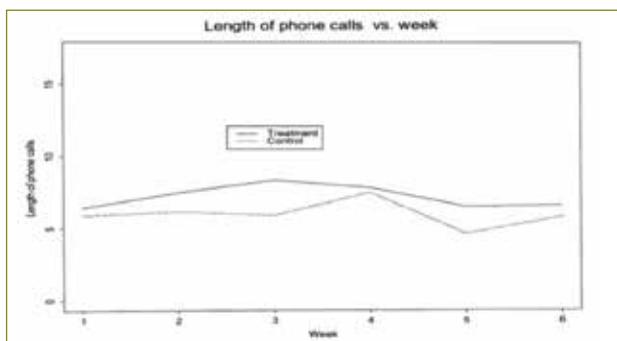


Tabella 1 - Caratteristiche delle persone con schizofrenia

sedute e con una buona *compliance*, relativa anche alla famiglia.

Tuttavia, purtroppo **sono ancora pochi gli studi che possono effettivamente dimostrare la validità dell'uso delle discipline mediche e cliniche a distanza**, anche se si è potuto osservare un serio miglioramento rivolto all'accessibilità dei pazienti e in merito al proseguimento delle cure, con un risparmio, conseguente, sui tempi e sui costi.

CONCLUSIONI

Studi successivi, allora, potrebbero concentrarsi proprio sugli effetti del modello TIPS su pazienti schizofrenici e sui diversi livelli di competenza degli operatori coinvolti, così da comprendere se anche le competenze di questi ultimi possano essere considerate come una "variabile predittiva" del buon funzionamento dell'intervento e del monitoraggio dei pazienti.

Sulla base di questa Revisione della letteratura è possibile concludere che la *telehealth* e, nello specifico, il *Telenursing*, proprio in tal senso, ha mostrato il suo chiaro potenziale nell'aumentare l'accesso dei pazienti ai servizi sanitari e di cura della salute mentale, migliorando, inoltre, l'incontro tra il paziente e chi fornisce le cure primarie (dunque, con gli specialisti), offrendo supporto e monitoraggio continuo anche a pazienti in condizioni croniche o impossibilitati a raggiungere, con semplicità, cliniche e ospedali. Ciò ha favorito una migliore organizzazione sanitaria anche dal punto di vista economico e produttivo, perché è stato massimizzato l'uso di figure specialistiche, riducendo, al contempo, le spese sanitarie, senza la necessità di duplicare la copertura del personale medico ed infermieristico in più località.

Il paziente, pertanto, diventa colui il quale, per primo, riesce a gestire le cure che gli servono per tenere sotto controllo la propria patologia, soprattutto in riferimento ai disturbi cronici.

In estrema sintesi, dunque, **il Telenursing permette ai pazienti una partecipazione più attiva alle cure e, quindi, un miglioramento nell'aderenza del trattamento, che implica, assieme, un tasso maggiore di successo e gestione della patologia cronica.**

TABELLA SINOTTICA ARTICOLI REVISIONE DELLA LETTERATURA

1. **Insieme anche durante il lockdown: l'esperienza dei dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche durante l'emergenza COVID-19 in Emilia Romagna.** (4)

Obiettivo: valutare il grado di soddisfazione dei percorsi di cura svolti in rete

Disegno: Revisione della letteratura

Strumenti e metodi: questionario somministrato a utenti del CSM di Parma

Risultati: gli utenti hanno espresso di sentirsi "sicuri e soddisfatti" delle cure ricevute a distanza. Una piccola percentuale (25%) ha espresso un giudizio negativo rispetto alla telemedicina, ma più per mancanza di un'adeguata rete internet.

Conclusioni: sarebbe auspicabile iniziare dei percorsi educativi volti ad informare meglio gli utenti sulle possibilità offerte dal *Telenursing* per l'accesso alle cure.

2. **Effect of telephone follow-up on adherence to a diabetes therapeutic regimen.** (7)

Obiettivo: determinare se un servizio di *follow-up* telefonico infermiere potrebbe migliorare il livello di aderenza a un regime terapeutico per il diabete

co per il diabete

Disegno: *randomized controlled Trial*

Strumenti e metodi: un totale di 61 pazienti ha partecipato a un programma di auto-cura del diabete di 3 giorni presso la *Iranian Diabetes Society*. Sono stati assegnati, in modo casuale, a uno dei gruppi sperimentali o di controllo. Al gruppo sperimentale è stato applicato un programma di *follow-up* telefonico per 3 mesi, due volte a settimana per il primo mese e settimanalmente per il secondo e terzo mese. Gli strumenti di raccolta dati includevano una scheda tecnica per registrare il livello di emoglobina glicosilata (HbA1c) e un questionario. I dati sono stati raccolti al basale e dopo 12 settimane.

Risultati: c'erano differenze significative tra il gruppo di controllo e quello sperimentale nell'aderenza a una dieta per diabetici, con esercizio fisico, cura dei piedi, monitoraggio della glicemia e assunzione di farmaci. Inoltre, i livelli di HbA1c differivano significativamente tra i due gruppi dopo 3 mesi.

Conclusioni: un *follow-up* telefonico condotto dall'infermiere è stato efficace nel migliorare il livello di aderenza a un regime terapeutico per il diabete, in modo tale che il livello di HbA1c diminuisse.

3. **Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care** (8)

Disegno: studio randomizzato

Obiettivo: testare l'efficacia di due programmi per migliorare il trattamento della depressione acuta nelle cure primarie.

Strumenti e metodi: i pazienti sono stati assegnati in modo casuale a continuare le cure abituali o a uno dei due interventi: solo

feedback e *feedback* più gestione dell'assistenza. Il *feedback* comprendeva solo *feedback* e raccomandazioni basate su algoritmi ai medici sulla base dei dati dei registri computerizzati della farmacia e delle visite. Il *feedback*, più la gestione dell'assistenza, includevano un *follow-up* sistematico per telefono, sofisticate raccomandazioni terapeutiche e il supporto pratico da parte di un responsabile dell'assistenza. Le interviste in cieco per telefono, 3 e 6 mesi dopo la prescrizione iniziale, includevano una scala di depressione di 20 voci dalla lista di controllo dei sintomi di Hopkins e l'intervista clinica strutturata per l'attuale modulo di depressione DSM-IV.

Le visite, le prescrizioni di antidepressivi e l'uso generale dell'assistenza sanitaria sono stati valutati da registri computerizzati.

Risultati: rispetto alle cure usuali, solo il *feedback* non ha avuto effetti significativi sul trattamento ricevuto o sugli esiti dei pazienti.

I pazienti che ricevevano *feedback*, più la gestione dell'assistenza,

avevano una maggiore probabilità di ricevere sia dosi almeno moderate di antidepressivi (*odds ratio* 1,99, intervallo di confidenza al 95% da 1,23 a 3,22), sia un miglioramento del 50% nei punteggi della depressione sulla lista di controllo dei sintomi (2,22, 1,31 a 3,75), punteggi medi di depressione più bassi nella lista di controllo dei sintomi al *follow-up* e una minore probabilità di depressione maggiore al *follow-up* (0,46; 0,24-0,86).

Il costo incrementale del *feedback*, più la gestione dell'assistenza, era di circa \$80 (*pound* 50) per paziente.

Conclusioni: il monitoraggio e il *feedback* ai medici non hanno prodotto benefici significativi per i pazienti in cure primarie che iniziano il trattamento antidepressivo. Un programma di *follow-up* sistematico e di gestione dell'assistenza per telefono, tuttavia, ha migliorato significativamente i risultati a costi modesti.

4. *Neuropsychological Test*

Administration by Videoconference: a systematic Review and meta-analysis. (9)

Obiettivo: valutare l'effetto della somministrazione di videoconferenza sui test neurocognitivi degli adulti.

Disegno: Revisione sistematica

Risultati: le analisi specifiche dei test hanno indicato che le attività mediate verbalmente, tra cui l'estensione delle cifre, la fluidità verbale e l'apprendimento delle liste, non sono state influenzate dall'amministrazione della videoconferenza.

Conclusioni: la variabilità negli studi precedenti indica la necessità di ulteriori indagini sui compiti motori dipendenti.

Si raccomanda lo sviluppo di migliori pratiche cliniche per condurre valutazioni neuropsicologiche tramite videoconferenza e sostenere strutture di rimborso che consentano ai consumatori di beneficiare del maggiore accesso, convenienza e risparmio sui costi offerti dalla valutazione remota.





Bibliografia

1. Come ripensare il Sistema Sanitario dopo questa pandemia [Internet]. Quotidianosanita.it. [cited 2022 Jun 6]. Available from: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84802
2. Nextgenerationitalia #. PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA [Internet]. Governo.it. [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>
3. Peck A, Changing the face of standard nursing practice through telehealth and Telenursing. Nurs Adm Q. 2005 Oct-Dec;29(4):339-43. doi: 10.1097/00006216-200510000-00008. PMID: 16260998.
4. Ferri M, Insieme anche durante il lockdown L'esperienza dei dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche durante l'emergenza COVID-19 in Emilia-Romagna. Sestante [Internet]. 2020 Jul;V(10):1-2. Available from: <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dsm/sestante/anno-2020>
5. Poletti P, Vian F, Zanotti R, Introduzione alla metodologia del processo di nursing, un approccio italiano, Milano, Summa, 1991.
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al, Linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi: il PRISMA Statement. Evidence 2015; 7(6): e1000114.
7. Nesari M, Zakerimoghadam M, Rajab A, Bassampour S, Faghihzadeh S, Effect of telephone follow-up on adherence to a diabetes therapeutic regimen. Jpn J Nurs Sci. 2010 Dec;7(2):121-8. doi: 10.1111/j.1742-7924.2010.00146.x. PMID: 21092015
8. Simone G.E, VonKorff M, Rutter C, Wagner E, Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ. 2000 Feb 26;320(7234):550-4. doi: 10.1136/bmj.320.7234.550. PMID: 10688563; PMCID: PMC27299
9. Brearly T.W, Shura R.D, Martindale S.L, Lazowski R.A, Luxton D.D, Shenal B.V, Rowland J.A, Neuropsychological Test Administration by Videoconference: A Systematic Review and Meta-Analysis. Neuropsychol Rev. 2017 Jun;27(2):174-186. doi: 10.1007/s11065-017-9349-1. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28623461.
10. Kord Z, Fereidouni Z, Mirzaee M.S et al, Telenursing home care and COVID-19: a qualitative studyBMJ Supportive & Palliative Care Published Online First: 29 June 2021. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003001
11. Cantagallo A, Teleriabilitazione e ausili. La tecnologia in aiuto alla persona con disturbi neuropsicologici. Milano: Franco Angeli; 2014

Catetere Venoso Centrale in Pronto Soccorso Indagine conoscitiva in contesto pediatrico

Central Venous Catheter in Emergency Department. Knowledge investigation in the pediatric context

Veronica Righi, Infermiera, Dipartimento Emergenza Accettazione e Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Luca Adriani, Infermiere Pediatrico, Dipartimento Emergenza Accettazione e Pediatria Generale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Francesca Maria Meloni, Tutor Universitario, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica, Polo Didattico "Pier Giorgio Frassati"-Università degli Studi di Roma Tor Vergata

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

Giuliana D'Elpidio, Direttrice, CdL in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica, Polo Didattico "Pier Giorgio Frassati"-Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Parole chiave

Catetere Venoso Centrale, Dipartimento Emergenza, paziente pediatrico, infermieri

Keywords

Central Venous Catheter, Emergency Department, pediatric patient, nurses

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il Catetere Venoso Centrale (CVC) è essenziale per la gestione di molte condizioni croniche, ragion per cui può capitare che pazienti pediatrici affetti da patologie come quelle oncologiche, con CVC già posizionato, possano accedere in Pronto Soccorso (PS) a causa di eventi acuti. Ad oggi, non ci sono molti studi circa l'utilizzo del CVC in PS pediatrico.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di indagare l'effettivo utilizzo del CVC in diversi PS pediatrici d'Italia, per poi andare a conoscere l'opinione degli infermieri in merito alla gestione di tale dispositivo.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale multicentrico. L'indagine è stata condotta attraverso l'elaborazione di un questionario che è stato poi somministrato online servendosi della piattaforma di *Google Forms*.

nario che è stato poi somministrato online servendosi della piattaforma di *Google Forms*.

RISULTATI

Allo studio hanno partecipato 70 infermieri, appartenenti a 13 diverse strutture, di cui solo 4 utilizzano il CVC in PS pediatrico.

Sono emersi diversi aspetti positivi nella gestione del CVC in PS, come la riduzione del carico di lavoro in termini di tempo (55%) e numero

di operatori necessari per eseguire determinate procedure (57%). Inoltre, dallo studio si è evidenziato che l'utilizzo del CVC aumenta la compliance (72%) e riduce il dolore (81%) del paziente pediatrico.

CONCLUSIONI

Questo studio ha voluto sottolineare l'incertezza ancora presente sulla gestione di un dispositivo così delicato come il CVC.

L'auspicio è che, anche grazie a esso, si possa migliorare la gestione dei pazienti pediatrici portatori di CVC che si recano in Pronto Soccorso.

ABSTRACT BACKGROUND

The Central Venous Catheter (CVC) is essential for the management of many chronic conditions, which is why it may happen that pediatric patients suffering from diseases such as oncological ones, with CVC already in place, can access the Emergency Department (PS) due to acute events. To date, there are not many studies on the use of CVC in pediatric PS. The aim was

to investigate the actual use of the CVC in various pediatric PS in Italy, and then get to know the opinion of nurses on the management of this device.

MATERIAL AND METHODS

A multi-center cross-sectional observational study was conducted. The survey was conducted through the development of a questionnaire, which was then administered online using the Google Forms platform.

RESULTS

To this study participated 70 nurses from 13 different facilities, of which only 4 use the CVC in pediatric PS. Several positive aspects emerged in the management of CVC in PS, such as the reduction of the workload in terms of time (55%) and the number of operators required to perform certain procedures (57%). Furthermore, the study showed that the use of CVC increases compliance (72%) and reduces pain (81%) of the pediatric patient.

CONCLUSIONI

This study wanted to underline the uncertainty still present on the management of such a delicate device as the CVC. The hope is that this study will improve the management of pediatric patients with CVC who go to the emergency room.

INTRODUZIONE

Il Catetere Venoso Centrale (CVC) è essenziale per la gestione di molte condizioni acute e croniche nei pazienti pediatrici, in quanto consente l'infusione di soluzioni e farmaci in condizioni di maggiore sicurezza¹; permette di eseguire procedure speciali come la dialisi² e, infine, è indicato per tutti i pazienti con scarso patrimonio venoso periferico e/o che necessitano di frequenti e protratte punture venose per infusioni e/o prelievi.¹ I pazienti pediatrici (affetti da patologie come quelle oncologiche, metaboliche, patologie dell'apparato gastrointestinale, neurologiche e neurodegenerative), che hanno un CVC già posizionato, possono recarsi in Pronto Soccorso (PS) a causa di eventi acuti.² In questi pazienti, posizionare un Catetere Venoso Periferico (CVP), sebbene sia una procedura relativamente meno invasiva, può provocare ansia, disagio e dolore.³ Alcuni, infatti, classificano il dolore provocato dalla puntura venosa periferica, richiesta per l'esecuzione di esami ematici e somministrazione di terapia, come "dolore massimo", superato solo da quello correlato alla malattia di base.^{4,5} Secondo la definizione dell'*International Association for the Study of Pain*, il dolore è: "Un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole, associata a un danno tissutale effettivo o potenziale", inoltre afferma che: "Il dolore è sempre soggettivo ed è importante, specialmente nei



primi anni di vita, saperlo gestire in modo proattivo.⁶

Pertanto, l'esperienza di un bambino durante procedure mediche dolorose gioca probabilmente un ruolo significativo nel plasmare la risposta al dolore di quell'individuo in eventi futuri.

I primi insulti dolorosi, perciò, potrebbero avere effetti negativi duraturi sullo sviluppo neuronale, sulla soglia del dolore e sulla sensibilità, sulle strategie di *coping*, sull'emozionalità e sulla percezione del dolore.⁷

I bambini con una storia di esperienze mediche negative mostrano un'elevata ansia prima della venipuntura e sono angosciati e non collaboranti.⁸

La paura di questa procedura può innescare una risposta anatomica con conseguente vasocostrizione e ulteriore difficoltà di accesso venoso.

Il dolore provato durante il posizionamento di una cannula venosa periferica ha, quindi, sia componenti somatiche che psicologiche.⁹ Pertanto, nella popolazione pediatrica, ottenere un accesso venoso periferico può essere difficile e richiedere tempo, a causa di molteplici potenziali problemi, tra cui: l'età del bambino, vene più piccole e meno visibili, mancanza di collaborazione del paziente e, da qui, la necessità di più operatori durante la procedura.

La frequente necessità di tentativi multipli e sforzi prolungati nei pazienti pediatrici suggerisce che potrebbero subire ritardi importanti nell'avvio di interventi salvavita.¹⁰ Nella popolazione pediatrica, infatti, sono necessari in media 2,35 tentativi per posizionare un CVP.¹¹ Nel tempo, la difficoltà nel reperire un accesso venoso periferico, diventa un ulteriore fattore di stress per il paziente, aggravando la malattia cronica, sia fisicamente che

mentalmente. Come i bambini, anche i loro genitori, soffrono stress e disagio durante la procedura di inserimento di un CVP.¹²

Proprio per poter affrontare questa problematica, i CVC sono indicati nei pazienti con accesso periferico limitato o difficile, compresi quelli che richiedono frequenti prelievi di sangue.

Inoltre, il CVC, nonostante gli innumerevoli vantaggi a cui è associato, presenta anche diversi rischi: tra le complicanze tardive a esso legate, quella più frequente è l'infezione.¹³ Tale dispositivo, infatti, mette i pazienti a rischio di ingresso di agenti patogeni nel flusso sanguigno, con la possibilità che questi si possano diffondere e provocare l'insorgenza di sepsi. Tuttavia, sebbene l'infezione sia una preoccupazione onnipresente in qualsiasi paziente con catetere venoso centrale a permanenza, le complicanze potenzialmente gravi del cateterismo vascolare periferico, rimangono sottovalutate.¹⁴

Tra i pazienti ospedalizzati, i CVC rappresentano un rischio maggiore di infezione rispetto ai CVP. Ma l'enorme numero di CVP attualmente utilizzati nella pratica clinica può provocare un numero crescente di complicanze correlate al CVP, come flebite, trombosi e batteriemia. **I cateteri periferici possono essere una delle cause più frequenti di batteriemia nosocomiale in alcuni ospedali e suggeriscono la necessità di introdurre programmi di sorveglianza prospettica.** Il tasso di infezione specifico del dispositivo CVP è risultato essere simile a quello definito per i CVC. I CVP, inseriti in PS, causano il maggior numero di episodi di infezione: ciò, probabilmente, è dovuto al fatto che qui i CVP vengono utilizzati in modo eccessivo e spesso inseriti in condizioni di scarsa igiene.¹⁵

La complicità infettiva correlata all'utilizzo del CVC può essere ridotta attraverso l'aderenza del personale alle linee guida, con aggiornamenti periodici.¹⁶ Pertanto, **diviene sempre più importante che gli operatori coinvolti nel percorso di cura abbiano competenze specifiche, in un'interazione ed evoluzione continua, ed agiscano con professionalità, garantendo prestazioni basate su evidenze scientifiche.** L'infermiere può esaminare in modo proattivo i fattori relativi alla gestione di un CVC, per garantire comfort e sicurezza del paziente, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e l'implementazione di raccomandazioni comportamentali indicate dal *bundle* del Gruppo Accessi Venosi Centrali a Lungo Termine (GAVE-CeLT).¹⁷

Alla luce di questi dati, si è ritenuto opportuno condurre uno studio multicentrico per indagare l'effettivo utilizzo del CVC in diversi PS Pediatrici d'Italia; con l'obiettivo di esplorare l'opinione degli infermieri di PS riguardo l'utilizzo del dispositivo, al fine di garantire maggior sicurezza al paziente pediatrico con CVC, che affrisce per eventi acuti al PS.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale multicentrico. **Strumento per la raccolta dati** Per attuare l'indagine è stato somministrato un questionario creato ad hoc, visto che in letteratura non è stato recepito uno strumento validato coerente con il quesito di ricerca. Il questionario è stato validato per fattibilità e contenuto attraverso una piccola fase pilota che si è condotta facendo testare le domande ad un gruppo ristretto di infermieri, che hanno valutato il costruito di ogni domanda e le

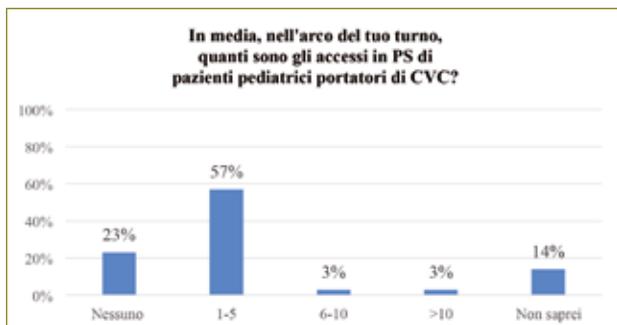


Grafico 1 - Accessi in PS di pazienti pediatrici portatori di CVC

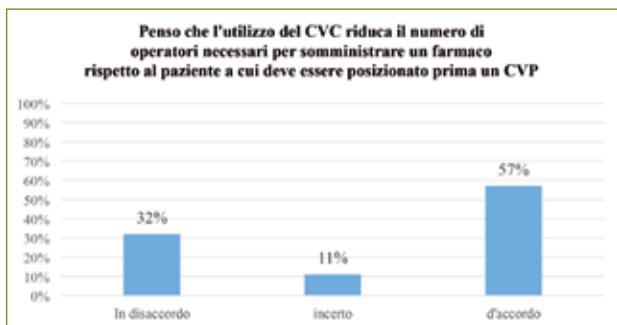


Grafico 2 - Riduzione del numero di operatori per somministrare un farmaco

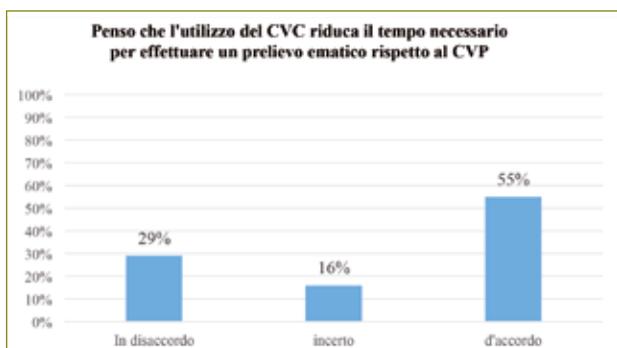


Grafico 3 - Riduzione del tempo necessario per eseguire un prelievo ematico

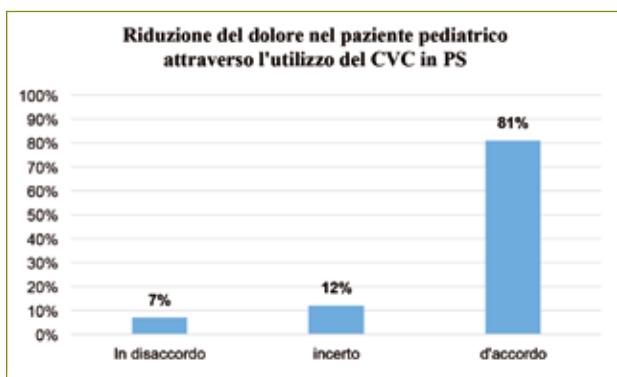


Grafico 4 - Riduzione del dolore nel paziente pediatrico attraverso l'utilizzo del CVC in PS

relative risposte in termini di consistenza in relazione all'obiettivo dello studio. Il questionario prevedeva un totale di 31 *item* ed era suddiviso in due parti principali: la prima, anagrafica, dove venivano definite le informazioni di carattere generale: sesso, età, titolo di studio, anni di esperienza (sia nell'Unità di PS ma anche in altre Unità operative) e informazioni sul centro ospedaliero di appartenenza (regione in cui si trova, nome dell'ospedale, tipologia di PS, orario del turno di lavoro e infine il numero approssimativo di accessi in PS di pazienti portatori di CVC). La seconda, esplorativa, incentrata sull'obiettivo dello studio, composta da domande a risposta dicotomica, multipla, singola, a tendina e domande a scala Likert.

La somministrazione dei questionari è stata fatta servendosi della piattaforma di *Google Forms*.

Tutti i dati ottenuti, in forma anonima e aggregata, sono stati inseriti all'interno di un database su *Microsoft Excel*, da cui è stata successivamente effettuata l'analisi statistica descrittiva.

Popolazione e setting

L'indagine è stata effettuata presso le unità di PS Pediatrico di vari ospedali d'Italia.

Il questionario, somministrato online, era rivolto agli infermieri e coordinatori afferenti alle Unità Operative designate. La somministrazione è avvenuta nei mesi di dicembre 2020/gennaio 2021.

Allo studio, condotto previa approvazione della Direzione sanitaria, si sono sottoposti 70 infermieri, di cui 53 femmine (77%) e 17 maschi (23%). Durante tutte le sue fasi, si è garantito il rispetto dell'anonimato degli operatori.

RISULTATI

Descrizione del campione

Il 57% degli infermieri ha indicato che, in media, nell'arco di un turno, accedono in PS da 1 a 5 pazienti portatori di CVC. (Grafico 1)

Tra questi, l'89% presenta patologie oncologiche e, a seguire, metaboliche e neurodegenerative.

Gli infermieri partecipanti all'indagine appartengono a 13 diverse strutture, di cui solo quattro utilizzano il CVC in PS pediatrico, rappresentando il 40% del campione.

Analisi dei dati

Il 57% degli infermieri sostiene che l'utilizzo del CVC in PS pediatrico possa ridurre il numero di operatori necessari per somministrare un farmaco rispetto al paziente a cui deve essere prima posizionato un accesso venoso periferico. (Grafico 2)

Dal grafico 3 si evince che il 55% degli infermieri partecipanti allo studio sostiene che l'utilizzo del CVC può ridurre il tempo necessario per eseguire un prelievo ematico rispetto alla classica venipuntura.

L'81% degli infermieri ha indicato che l'utilizzo del CVC in PS possa andare a ridurre notevolmente il dolore nel paziente pediatrico. (Grafico 4)

Inoltre, il 72% dei partecipanti ha dichiarato che l'utilizzo del CVC in PS pediatrico aumenterebbe la *compliance* del paziente. (Grafico 5)

Analisi del campione

Tra gli infermieri che utilizzano già il dispositivo, l'86% si sente sicuro nella gestione dello stesso e il 93% riesce a garantire l'asepsi durante le diverse procedure relative al CVC. Tra le procedure maggiormente eseguite sul CVC, è stato indicato per il 96% il prelievo ematico, all'89% la somministrazione di farmaci/idratazione e a seguire la proce-

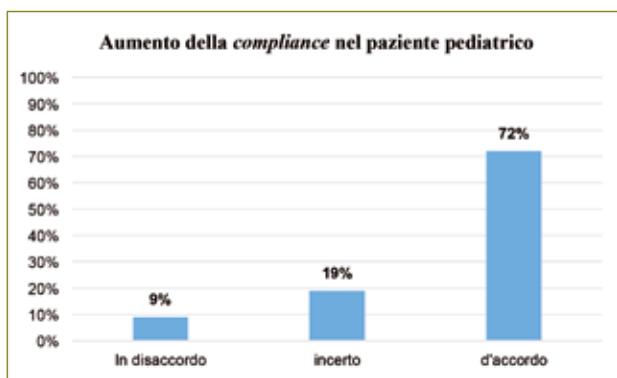


Grafico 5 - Aumento della compliance nel paziente pediatrico

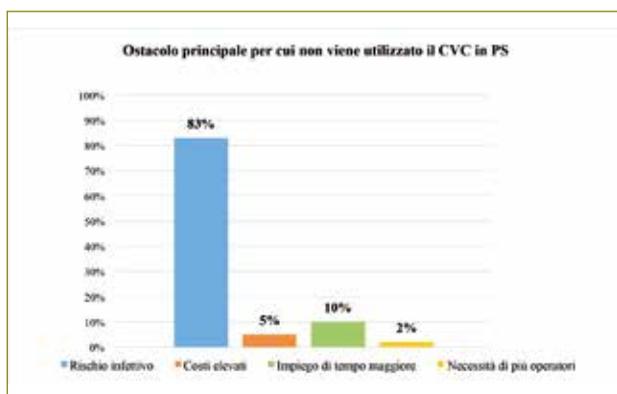


Grafico 6 - Ostacolo principale per cui non viene utilizzato il CVC in PS

dura di trasfusione.

Gli infermieri che non utilizzano il CVC in PS pediatrico hanno indicato come motivo principale per cui questo non viene gestito, il rischio infettivo per l'83% (grafico 6). Nonostante questo dato, il 62% degli stessi ha indicato che, se utilizzasse il CVC, riuscirebbe a garantire l'asepsi durante le diverse procedure relative allo stesso.

DISCUSSIONE

Ad oggi, non ci sono molti studi circa l'utilizzo del CVC in PS pediatrico, a causa della diffusione ancora troppo "recente" dei dispositivi centrali a lungo termine. Questo, può indurre a pensare che il PS, che per eccellenza accoglie pazienti in acuto, sia esente dall'assistenza a bambini con

tali dispositivi.

Ciò ha causato la mancanza di studi letterari in merito che ne possano indicare vantaggi e svantaggi nell'uso in PS. Non essendo un dispositivo esente da rischi e non essendoci studi scientifici che ne indichino il beneficio, molti ospedali pediatrici in PS scelgono, dunque, di non utilizzarlo.

L'idea del presente elaborato nasce dall'evidente mancanza di risultati e studi scientifici su tale argomento. L'obiettivo era quello di indagare in letteratura i vantaggi e gli svantaggi del CVC, evidenziando: quali siano le indicazioni al posizionamento di questo, la principale complicanza legata al dispositivo e le varie tecniche di prevenzione.

I vari risultati ottenuti sono stati poi confrontati con gli aspetti positivi e negativi legati all'utilizzo del CVP in ambito pediatrico.

Dalla ricerca si è evidenziato che, nei pazienti pediatrici con CVC già posizionato, che si recano in PS a causa di eventi acuti, posizionare un CVP, sebbene sia una procedura relativamente meno invasiva, può provocare ansia, disagio e dolore. Ottenere un CVP nei pazienti pediatrici, già di per sé, risulta essere difficile e richiede tempo a causa di molteplici potenziali problemi (tra cui l'età del bambino, vene più piccole e meno visibili, mancanza di collaborazione del paziente) e quindi la necessità di più operatori durante la procedura.

Nei pazienti pediatrici con CVC già posizionato, oltre a tutti questi fattori sempre presenti, vi è l'alterazione delle strutture vascolari correlata alla patologia di base. La frequente necessità di tentativi multipli e sforzi prolungati nei pazienti pediatrici che afferiscono in PS, suggerisce che

potrebbero esserci ritardi importanti nell'avvio di interventi salvavita, oltre che insulti dolorosi continui.

Nel tempo, la difficoltà nel reperire un CVP, diventa un ulteriore fattore di stress per il paziente, aggravando la malattia di base sia fisicamente che mentalmente.¹⁰

In virtù dei risultati ottenuti dall'analisi della letteratura, non essendoci articoli specifici sull'utilizzo del CVC in PS pediatrico, è stato condotto uno studio osservazionale trasversale, con una tipologia di organizzazione multicentrica. L'obiettivo era quello di indagare l'effettivo utilizzo del CVC in diversi centri di PS pediatrici di Italia, per poi andare a conoscere l'opinione degli infermieri di PS, riguardo l'utilizzo del dispositivo, andando a valutare il loro grado di accordo/disaccordo.

Gli infermieri partecipanti sono stati 70, appartenenti a 13 diverse strutture, di cui solo 4 utilizzano il CVC in PS pediatrico. Più della metà di questi ha indicato che, in media, nell'arco di un turno, accedono in PS da 1 a 5 pazienti portatori di CVC. Tra questi, la maggior parte presenta patologie oncologiche, a seguire metaboliche e neurodegenerative. Ciò indica che l'utilizzo del dispositivo andrebbe a ridurre ansia e dolore a molti bambini che soffrono già a causa della loro patologia di base.

Tra gli infermieri che utilizzano già il dispositivo è emerso che, a loro parere, il CVC possa andare a ridurre il carico lavorativo in termini di tempo (55%) e numero di operatori necessari per eseguire determinate procedure (57%), come si è evidenziato anche dalla ricerca effettuata in letteratura.

Tutti gli infermieri inclusi nello



studio dichiarano che l'utilizzo del CVC ridurrebbe il dolore nel paziente pediatrico (81%) e aumenterebbe la sua collaborazione (72%); tale beneficio non si riscontra nella procedura di venipuntura per prelievo e somministrazione endovenosa.

CONCLUSIONI

Questo studio ha voluto sottolineare l'incertezza ancora presente sulla gestione di un dispositivo così delicato come il CVC.

In essa, **l'infermiere ha un ruolo centrale, in quanto solo**

la conoscenza può permettere l'evoluzione e il progresso continuo, così da diffondere le buone pratiche per garantire la sicurezza del paziente, fornendo una chiave di risposta ad un problema che porta all'insorgenza di molteplici sofferenze per i pazienti pediatrici.

L'auspicio è che la ricerca bibliografica e lo studio possano essere un punto di partenza per riuscire ad implementare le evidenze scientifiche nella pratica clinica, cercando di ottimizzare l'erogazione dell'assistenza in-

fermieristica specifica nei pazienti pediatrici portatori di CVC, che si recano in PS.

LIMITI E SVILUPPI FUTURI

Tale studio presenta delle limitazioni in merito al campionamento, pertanto non è possibile pensare ad una riproducibilità.

Tuttavia, essendo il campione distribuito sull'intero territorio nazionale, anche se non in modo omogeneo, ci permette di avere informazioni in merito alle abitudini degli operatori nelle diverse realtà esplorate, motivando, così, la comunità scientifica ad approfondire l'argomento.

Infatti, il passo successivo alla presente indagine, sarebbe quello di effettuare uno studio randomizzato controllato sui pazienti portatori di CVC che si recano in PS, andando ad effettuare un *follow-up* a breve-medio termine sullo sviluppo di eventuali complicanze (es. sviluppo di infezioni del lume).

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



Bibliografia

1. Ares G, Hunter C.J, Central venous access in children: indications, devices, and risks. *Curr Opin Pediatr*. 2017 Jun; 29(3):340-346.
2. Mandel-Shorer N, Tzvi-Behr S, Harvey E, Revel-Vilk S, Central venous catheter-related venous thrombosis in children with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Thromb Res*. 2018 Dec; 172:150-157.
3. Timsit J.F, Baleine J, Bernard L, Calvino-Gunther S, Darmon M, Dellamonica J, Desruennes E, Leone M, Lepape A, Leroy O, Lucet JC, Merchaoui Z, Mimos O, Missot B, Parienti J.J, Quenot J.P, Roch A, Schmidt M, Slama M, Souweine B, Zahar JR, Zingg W, Bodet-Contentin L, Maxime V, Expert consensus-based clinical practice guidelines management of intravascular catheters in the Intensive Care Unit. *Ann Intensive Care*. 2020 Sep 7; 10(1):118.
4. Alexander T, Blatt J, Skinner A.C, Jhaveri R, Jobson M, Freeman K, Outcome of Pediatric Gastroenterology Outpatients With Fever and Central Line. *Pediatr Emerg Care*. 2016 Nov; 32(11):746-750.
5. D'Arrigo S, Sandroni C, Cacciola S, Dell'Anna A.M, Pittiruti M, Annetta M.G, Colosimo C, Antonelli M, Are Peripherally Inserted Central Catheters Suitable for Cardiac Output Assessment With Transpulmonary Thermodilution? *Crit Care Med*. 2019 Oct; 47(10):1356-1361.
6. Milford K, von Delft D, Majola N, Cox S, Long-term vascular access in differently resourced settings: a review of indications, devices, techniques, and complications. *Pediatr Surg Int*. 2020 May; 36(5):551-62.
7. Spagrud L.J, von Baeyer C.L, Ali K, Mpofu C, Fennell LP, Friesen K et al, Pain, Distress, and Adult-Child Interaction During Venipuncture in Pediatric Oncology: An Examination of Three Types of Venous Access. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008 Aug; 36(2):173-84.
8. Kennedy R.M, Luhmann J, Zempsky W.T, Clinical Implications of Unmanaged Needle-Insertion Pain and Distress in Children. *Pediatrics*. 2008 Nov; 122(3):130-133.
9. Young K.D, Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine*. 2005 Feb; 45(2):160-171.
10. Cohen L.L, Behavioral Approaches to Anxiety and Pain Management for Pediatric Venous Access. *Pediatrics*. 2008 Nov; 122(3):134-139.
11. Shivashankar A, Nalini K.B, Rath P, The Role of Nonpharmacological Methods in Attenuation of Pain Due to Peripheral Venous Cannulation: A Randomized Controlled Study. *Anesth Essays Res*. 2018; 12(1):7-10.
12. Reigart J.R, Chamberlain K.H, Eldridge D, O'Brien E.S, Freeland K.D, Larsen P et al, Peripheral Intravenous Access in Pediatric Inpatients. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012 May; 51(5):468-472.
13. Pade K.H, Johnson L, Nager A.L, An Analysis of Intravenous Catheter Placement Among Patients in a Pediatric Emergency Department: *Pediatric Emergency Care*. 2016 Mar; 32(3):142-148.
14. Ares G, Hunter C.J, Central venous access in children: indications, devices, and risks. *Current Opinion in Pediatrics*. 2017 Jun; 29(3):340-346.
15. Pujol M, Hornero A, Saballs M, Argerich M.J, Verdaguer R, Císnal M et al, Clinical epidemiology and outcomes of peripheral venous catheter-related bloodstream infections at a university-affiliated hospital. *Journal of Hospital Infection*. 2007 Sept; 67(1):22-29.
16. Cellini M, Bergadano A, Crocoli A, Badino C, Carraro F, Sidro L, Botta D, Pancaldi A, Pitta F, Rossetti F, Cesaro S, Linee guida per la gestione del catetere venoso centrale nel paziente pediatrico con patologia oncoematologica [Internet]. AIEOP; 2020 [citato 3 aprile 2020]. Available from: <https://www.aieop.org/web/linee-guida-per-la-gestione-del-catetere-venoso-centrale-nel-paziente-pediatrico-con-patologia-oncoematologica/>
17. Associazione Italiana di Oncologia Medica, Working Group Nursing. Linee di indirizzo per la gestione degli accessi vascolari centrali a medio e lungo termine nel paziente oncologico [Internet]. A.I.O.M; 2018 [citato 7 dicembre 2020]. Available at: <https://www.nursetimes.org/a-i-o-m-linee-dindirizo-per-la-gestione-degli-accessi-vascolari-centrali-a-medio-e-lungo-termine-nel-paziente-oncologico/64735>.

Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico

Raccomandazioni*

- Gli operatori sanitari, le strutture sanitarie pubbliche e i responsabili delle politiche sanitarie dovrebbero essere consapevoli dell'etnia e del suo impatto sulla salute delle popolazioni con culture e lingue diverse. **(Grado A)**
- La formazione sulle diverse culture per il personale sanitario potrebbe essere considerata parte integrante del tirocinio pratico al fine di migliorare l'assistenza, e fornire servizi di interpretariato e traduzione. **(Grado B)**
- Le future politiche sanitarie dovrebbero facilitare l'accesso alle strutture sanitarie e ai servizi di pronto intervento. **(Grado A)**
- Le campagne di sensibilizzazione pubblica dovrebbero essere valutate per verificare la loro efficacia tra le popolazioni con culture e lingue diverse. **(Grado B)**

*Please refer to: JBI's Grades of Recommendation

Fonte delle informazioni

Questo documento rappresenta una traduzione del foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel JBI EBP Database.¹ La versione originale del foglio informativo sulle migliori pratiche rappresenta una sintesi della revisione sistematica pubblicata nel 2016 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.²

Background

A livello mondiale, la sindrome coronarica acuta è una delle principali cause di mortalità e di morbilità il cui sintomo più comune è il dolore toracico. I tassi di sopravvivenza possono essere notevolmente migliorati qualora i pazienti richiedano cure mediche entro un'ora dalla comparsa dei sintomi e i professionisti intervengano in maniera appropriata. L'insorgenza del dolore toracico, la sua gravità e la necessità di un trattamento tempestivo possono essere percepiti in modo differente da persone appartenenti a differenti etnie. Queste differenti percezioni potrebbero ritardare la richiesta di cure mediche e peggiorare le strategie di adattamento in risposta al dolore toracico. Il ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico è un fenomeno molto studiato nella popolazione generale; tuttavia, tale fenomeno risulta poco studiato nei diversi gruppi etnici. L'elaborazione di linee guida e la sensibilizzazione pubblica consentiranno di affrontare questa lacuna e migliorare i risultati degli interventi sulla salute di pazienti affetti da dolore toracico appartenenti ad etnie diverse.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è di presentare le migliori evidenze disponibili per stabilire se esiste un'associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico.

Tipi di intervento

Sono stati inclusi pazienti di diversa estrazione etnica che si presentavano con dolore toracico al dipartimento di accettazione ed emergenza (DEA) e riferivano un ritardo tra la comparsa dei sintomi e l'arrivo in ospedale. Gli studi sono stati esclusi se trattavano altri tipi di popolazioni o popolazioni indigene. I

risultati riportati hanno incluso studi che valutavano il ritardo di accesso alle cure, misurato come l'intervallo tra l'insorgenza dei sintomi e l'arrivo al dipartimento di emergenza. Il tempo è stato misurato come una variabile continua (in ore) o come variabile discreta (categorie di tempo es. >1, >4 e >6 ore).

Qualità della ricerca

Sono stati inclusi 10 studi di tipo quantitativo osservazionale, di cui 5 studi prospettici di coorte e 5 studi trasversali retrospettivi, gli studi inclusi sono stati valutati in modo indipendente da due revisori. La qualità metodologica è stata valutata utilizzando il JBI critical appraisal checklist e gli studi sono stati inclusi se avevano uno score compreso tra il 66,7% e l'88,9%. I dati degli studi inclusi sono stati estratti utilizzando gli strumenti JBI.

Risultati

Gli studi di questa revisione provengono da diverse nazioni, di cui 7 dagli Stati Uniti, 2 dal Regno Unito e uno studio dal Canada. Sono stati rappresentati 7 diversi gruppi etnici, per un totale di 1.511.382 partecipanti di etnia caucasica/bianca, nera, ispanica, asiatica, asiatica meridionale, sud-est asiatica e cinese. Otto studi hanno incluso dati raccolti a livello nazionale da grandi database e grandi ospedali universitari. Negli studi erano presenti variazioni nella classificazione delle etnie, alcuni legati alle diverse classificazioni utilizzate dagli operatori sanitari, altri classificati per paese di origine o in base al cognome. Gli outcome sono stati riportati in due modi diversi, come variabile continua (in ore) e come variabile discreta (categorie di tempo). Non è stato possibile eseguire le metanalisi a causa dell'eterogeneità nella misurazione degli outcome.

Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico

Ritardo nell'accesso alle cure nel dolore toracico

L'associazione tra etnia e tempo impiegato per curare il dolore toracico è stata misurata come tempo in ore (in 7 studi) da 1,90 a 3,10 ore. Gli altri tre studi hanno riportato ritardi da < 1 a 24 ore. Le conclusioni di 9 studi hanno riportato una differenza statisticamente significativa ($P < 0,05$) nel ritardo tra gruppi etnici e il gruppo di maggioranza (caucasico).

Fattori associati a un ritardo più lungo

Il ritardo più lungo è stato associato a fattori socioculturali, barriere culturali e linguistiche, differenze nella percezione e riconoscimento dei sintomi, differenze di comportamento, mancata richiesta dell'ambulanza con un rischio maggiore di sviluppare complicanze.

Conclusioni

Esiste un significativo ritardo nella richiesta di cure tra i diversi gruppi etnici appartenenti alla popolazione di colore, agli ispanici, agli asiatici, alle etnie dell'Asia meridionale, del sud-est asiatico e ai cinesi rispetto alla popolazione caucasica/bianca in tre diverse nazioni (Stati Uniti, Regno Unito e Canada).

Implicazioni per la pratica

Questo foglio informativo ha evidenziato che esiste un'associazione tra etnia e ritardo nel richiedere le cure mediche per il dolore toracico. Per questa ragione, gli operatori, le organizzazioni sanitarie e i responsabili politici dovrebbero essere informati sulle priorità delle popolazioni con culture e lingue diverse, garantendo la formazione di competenze culturali e servizi di interpretariato e traduzione. Queste strategie dovrebbero essere regolamentate e inserite nella pratica clinica per migliorare l'assistenza a queste popolazioni. Altri problemi potrebbero riguardare l'accessibilità ai servizi, facendo attenzione all'ubicazione del servizio sanitario offerto e alla disponibilità di servizi medici di emergenza. Dovrebbero essere definite campagne di sensibilizzazione tra le popolazioni con culture e lingue diverse. Le linee guida sulla sindrome coronarica acuta e i protocolli ospedalieri dovrebbero evidenziare questo problema relativo al ritardo di richiesta di cure tra le comunità, anche le raccomandazioni di buone pratiche cliniche dovrebbero essere prendere in considerazione questi aspetti ed integrare strategie per indirizzare queste popolazioni verso un corretto e tempestivo utilizzo dei servizi sanitari.

Figura 1: L'associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure nel dolore toracico

Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico

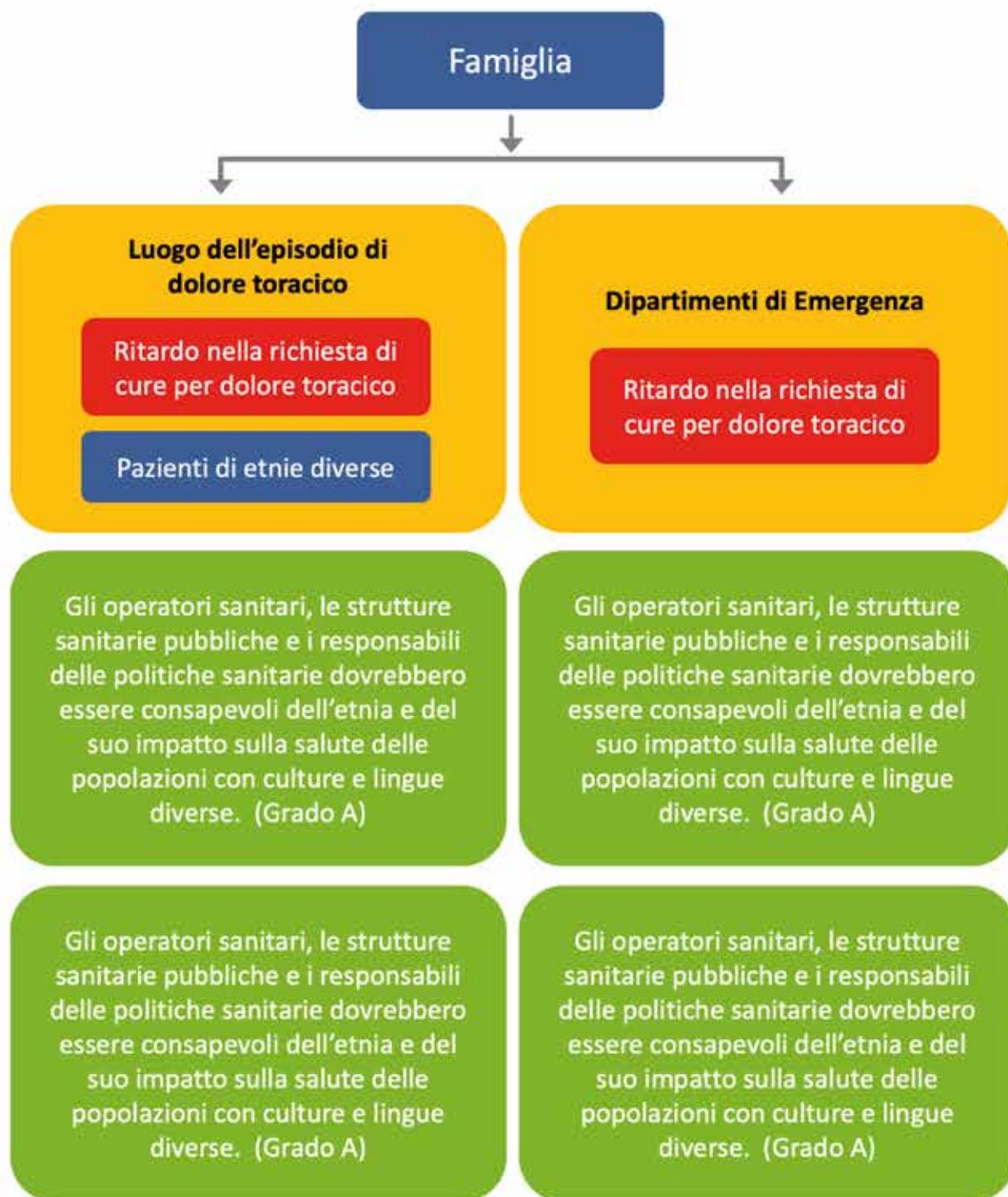


Figura 1: L'associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure nel dolore toracico

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

Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico

Bibliografia

1. Wechkunanukul K, Grantham H, Damarell R, Clark R. [Best Practice Information Sheets]. The association between ethnicity and delay in seeking medical care for chest pain. JBI EBP Database. 2018; 20(1):1-4.
2. Wechkunanukul K, Grantham H, Damarell R, Clark R. The association between ethnicity and delay in seeking medical care for chest pain: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(7):208-235.

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,

Gabriele Caggianelli,

Jacopo Fiorini,

Silvia Sferrazza,

Pampoorickel Kusumam,

Daniela D'Angelo

a: Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accettone@gmail.com

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

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

c: Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

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

e-mail: silviasferrazza15@gmail.com

e: Casa di Cura Matermisericordiae, Rome, Italy

e-mail: fiorkus@hotmail.com

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

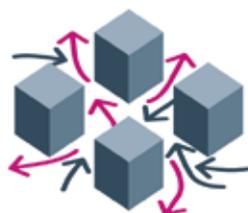
e-mail: dangelo76@hotmail.it

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



CECRI Evidence-based
practice group for
Nursing Scholarship

A JBI Affiliated Group



Centre of Excellence
for Nursing Scholarship

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Wechkunanukul K, Grantham H, Damarell R, Clark R. [Best Practice Information Sheets]. Associazione tra etnia e ritardo nella richiesta di cure mediche in presenza di dolore toracico. Accettone R, Caggianelli G, Fiorini J, Sferazza S, Kusumam P, D'Angelo D, tradotto. JBI EBP Database. 2022;1(1):1-4. (pubblicazione originale 2018)



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

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

© JBI 2022. JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

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



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Daniela D'Angelo (Direttore), Roberto Accettone, Gabriele Caggianelli, Jacopo Fiorini, suor Fiorella Pampoorickal Kusumam, Silvia Sferrazza

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 “Assistenza psicosociale dei malati oncologici”

(Roma, 12 giugno 2020)

INTRODUZIONE

La diagnosi di tumore e le sue conseguenze possono avere un forte impatto negativo sulla vita dei malati e delle loro famiglie, ben oltre i sintomi fisici sui quali generalmente si concentra l'attenzione di chi ha in cura i pazienti. La malattia, infatti, può influire su una vasta gamma di aspetti psicologici, emozionali, sociali, culturali e spirituali della salute. Circa il 20% delle persone con tumore risulta affetto da depressione, il 10% da ansia, e fino al 52% sviluppa disagio psicologico [1, 2]. Il carico per il paziente è ulteriormente appesantito da necessità pratiche e da bisogni di tipo informativo [3, 4]. La presenza di tutti questi bisogni psicosociali può limitare notevolmente l'individuo nelle sue attività, costituendo quindi anche un problema di natura sociale ed economico, può ostacolare la capacità di affrontare la malattia, e ridurre la compliance terapeutica [5]. Questi aspetti sono così rilevanti che alcuni autori suggeriscono di considerare il tumore una malattia biopsicosociale [6].

L'assistenza psicosociale è ormai considerata, in effetti, una componente essenziale di un trattamento oncologico ottimale: essa si pone l'obiettivo di alleviare il distress emozionale e di promuovere il benessere, e pertanto è elemento chiave di qualsiasi strategia volta a migliorare la qualità di vita delle persone con tumore [7]. Eppure, nonostante questa diffusa consapevolezza, e l'esistenza in vari paesi di linee guida che raccomandano interventi psicosociali basati sull'evidenza in Oncologia, molti pazienti che beneficerebbero di questi interventi in realtà non li ricevono [7]. Ancora oggi, i bisogni psicosociali spesso non vengono rilevati, e quindi non trattati in modo opportuno. Molti pazienti affermano ancora, ad esempio, di non essere sufficientemente informati circa la loro patologia per poter partecipare attivamente al processo decisionale [3, 8]. Anche ove i servizi di supporto sono presenti, spesso i malati ne ignorano la disponibilità. Queste

carenze sono particolarmente gravi per cittadini più vulnerabili (economicamente svantaggiati, con bassa scolarità, appartenenti a minoranze culturali, ecc.) [9]. Il report 2014 della *International Psycho-Oncology Society* (IPOS), in occasione del trentennale dell'Associazione, conclude che, nonostante gli enormi progressi ottenuti dalla sua fondazione nel 1984, rimanga ancora tanto da fare affinché l'assistenza psicosociale sia davvero integrata nella pratica oncologica [10].

Tra i passi che occorre compiere in questo campo, l'IPOS indica l'importanza di sviluppare linee guida sull'assistenza psicosociale in oncologia a livello locale, che tengano cioè in considerazione gli aspetti specifici dei singoli Paesi [10]. Inoltre, affinché l'attenzione agli aspetti psicosociali sia sistematicamente incorporata nel piano d'assistenza, l'IPOS rileva la necessità che la psico-oncologia si avvalga di elementi oggettivi e misurabili, e non sull'intuizione dei clinici come tradizionalmente accadeva, per comprendere i bisogni e attivare gli interventi necessari.

Ciò implica l'esecuzione dello *screening* psicosociale con strumenti standardizzati e la tempestiva gestione dei bisogni secondo la miglior pratica, con un approccio definito “la scienza del prendersi cura” [11].

L'emergere di un nuovo interesse verso questo campo riflette la crescente consapevolezza della popolazione e dei professionisti riguardo al potenziale danno che la mancata attenzione alle cure psicosociali ha nei riguardi della terapia complessiva del tumore e sulla qualità di vita dei malati. Obiettivo principale delle cure psicosociali è quello di riconoscere e trattare gli effetti che la diagnosi e il trattamento dei tumori hanno sullo stato mentale, la qualità di vita e il benessere emotivo dei pazienti, i loro familiari e *caregiver*.

Oltre a migliorare il benessere emotivo e la salute mentale, le cure psicosociali hanno dimostrato di produrre una migliore gestione dei sintomi correlati alla malattia e gli effetti avversi del trattamento, come il



dolore e la *fatigue* [12-15].

Molti degli interventi raccomandati non richiedono l'attivazione di nuovi servizi o la creazione di nuove infrastrutture, con la necessità di risorse aggiuntive. Esse costituiscono pertanto un'importante base dalla quale partire per migliorare gli *outcome* clinici, essendo prevalentemente raccomandate modifiche dei comportamenti. Sarebbe importante che i pazienti e i loro familiari fossero informati dell'esistenza di standard di cure psicosociali e della loro applicazione nella struttura nella quale vengono curati.

OBIETTIVI DELLA LG

Questo documento, prodotto da un *panel* multidisciplinare comprendente oncologi, psichiatri, psicologi, metodologi, infermieri e rappresentanti di associazioni di pazienti, riporta raccomandazioni su come:

- fornire informazioni ai pazienti, familiari/*caregiver*, in tutte le fasi della malattia e garantire una corretta comunicazione tra medico e paziente;
- effettuare lo *screening* del *distress* in pazienti con tumore e garantire la gestione ottimale dei problemi psicologici connessi alla malattia;
- valutare i bisogni psicosociali e assicurare l'attivazione del supporto;
- garantire l'accesso alle cure per pazienti di lingua e cultura diverse;

RISULTATI

Quesito di ricerca 1: *Nei pazienti con tumore, è indicato un supporto informativo fornito da personale infermieristico del reparto?*

L'importanza del ruolo dell'infermiere in ambito psicosociale è evidenziata da una revisione sistematica Cochrane su 30 RCT, comprendenti 5155 pazienti, dedicata a valutare gli effetti di interventi psicosociali (non strettamente di tipo informativo) per migliorare la qualità di vita di pazienti con recente diagnosi di tumore, rispetto alla standard care [16].

Limiti: Possibili limiti relativi alle caratteristiche dei soggetti inclusi, in particolare dovuti a differenze nei criteri di esclusione tra gli studi. Inoltre, le evidenze sul ruolo dell'infermiere derivano da due trial randomizzati, entrambi condotti negli USA su pazienti con tumore al seno, che potrebbe ridurre la generalizzabilità dei risultati.

Una Revisione sistematica sempre della Cochrane [17] ha valutato l'*effectiveness* di interventi effettuati da *Specialist Nurse*, sulla qualità della vita di pazienti con tumore della mammella.

Gli infermieri specializzati accompagnano il paziente durante tutto il percorso di cura fornendogli informazioni direttamente o interpretando i suoi bisogni durante il colloquio con l'oncologo.

Limiti: La mancanza di un effetto complessivo a causa dell'elevata eterogeneità tra gli studi, in termini di interventi attuati, misure di *outcome*, stadi della malattia e metodi di *reporting* dei risultati statistici, rende la revisione di difficile valutazione. Inoltre, nessuno dei cinque *trial* è stato giudicato di alta qualità.

Sono state rilevate criticità in merito alla mancanza di dettagli sulla popolazione in studio, sulle ragioni del *dropout* osservato, sulle caratteristiche della popolazione inclusa nelle analisi e non ottenimento del consenso informato a ricevere il supporto offerto dall'intervento prima della randomizzazione.

Bilancio beneficio/danno: Gli studi, sebbene presentino diversi limiti, evidenziano un possibile effetto positivo quando l'infermiere riveste il ruolo di referente per rispondere ai bisogni informativi dei pazienti. Non sono state riportate prove su possibili danni causati dall'intervento. Il *panel* ritiene pertanto il rapporto rischio-beneficio favorevole.

- assistere le famiglie nell'ultima fase di vita del paziente;

- assicurare le cure di supporto ai sopravvissuti al tumore;

- attuare modelli organizzativi che garantiscano l'integrazione tra assistenza psicosociale e oncologica.

DESTINATARI

In considerazione della rilevanza del tema, l'AIOM ha deciso di realizzare le prime linee guida italiane per il miglioramento dello stato psicosociale delle persone con tumore, progettate per fornire ai professionisti dell'area oncologica le informazioni più recenti sulle implicazioni psicologiche e psicopatologiche delle persone ammalate di tumore e dei loro familiari, e sulle modalità di gestione di tali implicazioni.

GRUPPO DI LAVORO

A cura dell'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) in collaborazione con SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia).

METODOLOGIA

La descrizione completa della metodologia applicata alle LG AIOM e la modalità di formulazione del quesito clinico sono reperibili sul sito www.aiom.it.



QUESITO 1. Nei pazienti con tumore, è indicato un supporto informativo fornito da personale infermieristico del reparto?

RACCOMANDAZIONE 1

Nei pazienti con tumore, un supporto informativo fornito da personale infermieristico del reparto dovrebbe essere preso in considerazione per tutto il percorso di cura

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 2: È indicato attuare in reparto un servizio per garantire che tutti i pazienti con tumore che lo desiderano possano ricevere le informazioni e il relativo supporto di cui hanno bisogno?

Sono stati sviluppati in diversi Paesi modelli di servizi di informazione e supporto, sia in ospedale, sia sul territorio. Ne è un esempio quello attivato nel 1999 dal Macmillan Cancer Relief [18], costituito da centri dislocati sul territorio nazionale, alcuni all'interno degli ospedali, con personale qualificato, dove i pazienti possono ricevere informazioni sui vari aspetti concernenti la patologia ed i servizi disponibili, oltre che ottenere supporto psicologico, partecipare a gruppi di sostegno e sottoporsi a terapie complementari. Il modello è stato gradualmente esteso ad oltre 60 centri, in Gran Bretagna e Australia [19]. Un'altra esperienza descritta in letteratura è relativa a un centro australiano di informazione e supporto situato in un grande ospedale oncologico, gestito da un infermiere specializzato con competenze in psicologia e comunicazione, coadiuvato da volontari [21]. Lo staff del centro, operativo dal 2003, indirizza i pazienti alle risorse di informazione, e se necessario li invia ad altre figure di un team multidisciplinare.

Anche in Italia è stato realizzato un modello organizzativo presso centri oncologici ospedalieri, che prevede la realizzazione di un Punto di Informazione e Supporto (PIS) per pazienti e familiari, con materiale informativo selezionato e la gestione del processo informativo da parte di personale infermieristico addestrato.

Limiti: L'unico *trial* reperito presenta importanti limiti metodologici, tra i quali non aver considerato la complessità dell'intervento e introdotto i necessari correttivi prima di attuare lo studio randomizzando 38 centri. Pur se nell'analisi per *protocollo* risulta un miglioramento della quota di pazienti con *distress* psicologico, non è chiaro se il risultato favorevole sia conseguenza di un reale effetto del PIS. Un altro limite è il non aver considerato, in fase di pianificazione del dimensionamento dello studio, l'effetto della variazione *intracluster*, che ha causato una riduzione della potenza statistica.

Bilancio beneficio/danno: Sebbene lo studio presenti diversi limiti, il *panel* ritiene che una modalità strutturata di fornire informazioni da parte dell'infermiere potrebbe contribuire a soddisfare il bisogno informativo dei pazienti tenendo conto delle loro aspettative e selezionando fonti affidabili. Pertanto, il bilancio rischio/beneficio dell'attuazione dell'intervento appare favorevole.

QUESITO 2. È indicato attuare in reparto un servizio per garantire che tutti i pazienti con tumore che lo desiderano possano ricevere le informazioni e il relativo supporto di cui hanno bisogno?

RACCOMANDAZIONE 2

Nei pazienti con tumore, un Punto di Informazione e Supporto nel reparto potrebbe essere preso in considerazione

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 3: È indicato consegnare al paziente con tumore una lista di possibili domande fin dalle prime visite?

Le Question Prompt List (QPL), ampiamente utilizzate nei Paesi anglosassoni, sono un elenco di possibili domande che il paziente può porre al medico, selezionate dall'analisi dei contenuti di visite mediche o dal lavoro di *focus groups*. Vengono generalmente consegnate al paziente prima della visita, per consentirgli di identificare le questioni di interesse da affrontare durante il colloquio. Diversi studi ne hanno analizzato gli effetti, riassunti in tre revisioni specificamente dedicate all'utilizzo in Oncologia [19-21]. La revisione sistematica di Brandes et al [20] ha incluso studi con disegno



randomizzato o non randomizzato ma controllato, che misuravano l'*effectiveness* di interventi comprendenti una QPL, su outcome psicologici (ansia, depressione, soddisfazione, *distress*), cognitivi (ricordo delle informazioni) o di comunicazione (es. numero di domande poste, lunghezza della visita).

Limiti: Manca una misura dell'effetto complessivo, a causa delle differenze nelle caratteristiche degli interventi e nelle misure di outcome utilizzate negli studi. Viene segnalata anche la possibile presenza di *publication bias*. Tra i criteri di validità non soddisfatti figurano più frequentemente quello relativo all'analisi secondo Intention-To-Treat (13/16 studi) e quello relativo all'*allocation concealment* (8/16 studi). Si rileva che nessuno degli studi di valutazione dell'effetto è stato condotto in Italia, il che potrebbe limitare la trasferibilità dei risultati al contesto italiano.

Bilancio beneficio/danno: Il *panel* ritiene che il rapporto sia favorevole quando la lista di domande viene proposta al paziente dal medico incoraggiandone l'utilizzo durante le visite successive. Ciò dovrebbe consentire di limitare il possibile rischio di aumento dell'ansia e favorire la comunicazione medico-paziente.

QUESITO 3. È indicato consegnare al paziente con tumore una lista di possibili domande fin dalle prime visite?

RACCOMANDAZIONE 3

Una lista di possibili domande dovrebbe essere consegnata ai pazienti con tumore durante le prime visite e il suo utilizzo incoraggiato dall'oncologo

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 4: È indicato l'utilizzo di strumenti volti a favorire il coinvolgimento dei pazienti con tumore nel processo decisionale (*Decision Aids*) durante le fasi cruciali del percorso di cura?

La crescente disponibilità di nuovi test e alternative di cura rende difficile per il paziente scegliere le più adeguate ai propri bisogni. Al fine di superare queste difficoltà, i ricercatori hanno indagato modalità volte a rendere i pazienti abili a partecipare al processo decisionale (*decision-making*). Uno degli approcci utilizzati sono i *Decision Aids* (DAs), definiti come *tool evidence-based* che supportano i pazienti rendendo esplicite le loro decisioni, e aiutandoli a chiarire la congruenza tra le decisioni e i valori personali. Differiscono dal materiale educativo sulla salute in quanto rendono esplicite le decisioni da prendere, fornendo un *focus* specifico personalizzato e dettagliato su opzioni e trattamenti. I DAs possono essere di diversi tipi, con differenti livelli di complessità (brochure, strumenti di rappresentazione visiva "*visual board*", software, materiale audiovisivo, ecc.).

Limiti: Gli autori riportano variabilità tra gli studi inclusi nella revisione. In molti casi, il rischio di *bias* relativamente al *blinding* e al *selective reporting* è stato valutato come "*unclear*". Sottolineano, inoltre, che le conclusioni della revisione sono limitate da una potenza inadeguata a rilevare importanti differenze tra i sottogruppi circa l'*effectiveness*, e dall'ampia variabilità in termini di contesto decisionale, elementi dei *Decision Aids*, caratteristiche del confronto (*usual care*), *outcome* e procedure di valutazione. Infine, il numero ridotto di studi per la maggior parte degli *outcome* non ha consentito di verificare il *publication bias*.

Bilancio beneficio/danno: Le due Revisioni evidenziano possibili benefici senza riportare prove sui danni potenziali. Sebbene gli studi inclusi presentino diversi problemi metodologici che richiedono ulteriori ricerche, il bilancio beneficio/danno appare favorevole.

QUESITO 4. È indicato l'utilizzo di strumenti volti a favorire il coinvolgimento dei pazienti con tumore nel processo decisionale (*Decision Aids*) durante le fasi cruciali del percorso di cura?

RACCOMANDAZIONE 4

Strumenti volti a favorire il coinvolgimento dei pazienti con tumore nel processo decisionale (*Decision Aids*) potrebbero essere presi in considerazione durante le fasi cruciali

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove moderata



Quesito di ricerca 5: *E' indicato offrire ai pazienti interventi formativi in materia di comunicazione per favorire la loro partecipazione attiva durante il colloquio con i professionisti sanitari?*

Una Revisione sistematica [24] ha esaminato gli effetti di interventi formativi in materia di comunicazione rivolti a pazienti (*Patient Communication Training Programs*) in diversi contesti.

Limiti: 28 dei 32 studi inclusi (88%) sono stati condotti negli Stati Uniti, e nessuno in Italia, rendendo limitata la generalizzabilità degli esiti nel contesto italiano. La Revisione non riporta dati complessivi ma solo le frequenze rilevate nei singoli studi.

Bilancio beneficio/danno: La letteratura evidenzia che la formazione per pazienti in materia di comunicazione potrebbe costituire una modalità efficace per migliorare la loro partecipazione complessiva alla visita e influenzare alcuni comportamenti comunicativi. Nonostante non siano note la dimensione dell'effetto, la generalizzabilità dei risultati al contesto italiano, né prove sui possibili danni, il *panel* ritiene che il rapporto beneficio/ danno appare comunque favorevole.

QUESITO 5. E' indicato offrire ai pazienti interventi formativi in materia di comunicazione per favorire la loro partecipazione attiva durante il colloquio con i professionisti sanitari?

RACCOMANDAZIONE 5

Interventi formativi rivolti ai pazienti potrebbero essere offerti per favorire la loro partecipazione attiva nella comunicazione con i professionisti sanitari

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 6: *È indicata per gli oncologi la frequenza di corsi strutturati per migliorare le competenze comunicative?*

Una revisione Cochrane [25] ha valutato l'efficacia del CST nel modificare i comportamenti dei professionisti sanitari che operano in Oncologia, e nel migliorare sia il benessere dei professionisti stessi, sia lo stato di salute e la soddisfazione dei pazienti.

Limiti: Tutti gli studi inclusi nella revisione sono considerati a basso rischio di "overall bias", in quanto 3 dei 6 criteri valutati (generazione della lista di randomizzazione, *allocation concealment*, *blinding* della valutazione degli *outcome*, *attrition bias*, *reporting bias*, e altri *bias*) erano ritenuti a basso rischio.

Bilancio beneficio/danno: Gli studi non hanno evidenziato potenziali danni, a fronte di evidenti benefici. Sebbene, non sia possibile determinare se l'effetto del CST perduri nel tempo, se sia necessaria una sessione di consolidamento, e quali tipi di programmi funzionino meglio, il *panel* ritiene il bilancio favorevole.

QUESITO 6. È indicata per gli oncologi la frequenza di corsi strutturati per migliorare le competenze comunicative?

RACCOMANDAZIONE 6

Tutti gli oncologi dovrebbero frequentare un corso strutturato secondo le evidenze scientifiche disponibili, di almeno 3 giorni, per migliorare le competenze comunicative

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 7: *Nei pazienti con tumore è indicato l'utilizzo di un intervento di screening per il distress?*

Una recente Revisione della Cochrane [26] ha esaminato l'*effectiveness* e la sicurezza dello *screening* del *well being* psicosociale e dei bisogni assistenziali delle persone con tumore, ed esplorato le caratteristiche degli interventi che possono favorire l'*effectiveness*.

Limiti: La Revisione non fornisce indicazioni sulla qualità degli studi inclusi, e non riassume quantitativamente gli



effetti, in quanto, secondo gli autori, i risultati degli studi individuali erano difficilmente valutabili, con un rischio elevato di *confirmatory bias* (tendenza a confermare una convinzione già acquisita).

Bilancio beneficio-danno: Il *panel* ritiene che pur essendo gli effetti positivi di incerta entità, mancando la misura degli effetti negativi il rapporto è giudicato favorevole.

QUESITO 7. Nei pazienti con tumore è indicato l'utilizzo di un intervento di screening per il distress?

RACCOMANDAZIONE 7

Nei pazienti con tumore lo screening per il distress psicologico dovrebbe essere preso in considerazione e secondo il livello di distress dovrebbero essere attuati differenti programmi di gestione

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 8: *Nei pazienti con tumore che manifestano distress conseguente e/o concomitante la malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia non farmacologica, ovvero basata su interventi psicosociali e psicologici?*

Un'ampia Revisione sistematica e metanalisi del 2018 [34] ha valutato l'effetto che interventi psicologici hanno avuto sui livelli di ansia e *distress* di pazienti oncologici, analizzando inoltre le caratteristiche del campione e degli interventi che ne hanno influenzato l'efficacia (*effectiveness*). Sono stati considerati interventi psicologici o terapie supportive volte a migliorare ansia o *distress*, erogati da qualsiasi professionista.

Limiti: Gli RCT analizzati presentano una grande eterogeneità in termini di tipologia dell'intervento, di strumenti e di popolazione, ma non è stato possibile effettuare alcuna stratificazione, nel valutare l'interazione tra i diversi interventi psicosociali e le caratteristiche specifiche dei pazienti. Gli autori sottolineano inoltre che il basso tasso di risposta alla richiesta dei dati anonimizzati dei pazienti ai responsabili scientifici (36% dei *trial* indentificati) può aver limitato la generalizzabilità dei risultati. A tale proposito puntualizzano, tuttavia, di non aver riscontrato differenze tra gli *effect size* dei *trial* inclusi e non inclusi, pertanto i 22 studi analizzati possono essere considerati un campione rappresentativo. Infine, la valutazione della qualità, effettuata con il "*risk of bias assessment tool*" della Cochrane Library, ha evidenziato alcuni *bias* negli RCT inclusi, con carenza di informazioni sull'aderenza agli interventi psicosociali e sulla potenziale contaminazione nel gruppo di controllo, aspetti che possono influenzare l'effetto dell'intervento e l'effetto dei moderatori.

Bilancio beneficio/danno: Sulla base delle evidenze scientifiche analizzate, tenuto conto delle limitazioni rilevate, il *panel* considera il bilancio favorevole all'utilizzo di interventi non farmacologici nei pazienti con tumore che manifestano *distress*.

QUESITO 8. Nei pazienti con tumore che manifestano distress conseguente e/o concomitante la malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia non farmacologica, ovvero basata su interventi psicosociali e psicologici?

RACCOMANDAZIONE 8

Interventi non farmacologici volti a ridurre il distress connesso alla malattia oncologica dovrebbero essere mirati e offerti ai pazienti che hanno maggiore probabilità di beneficiarne

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove alta

Quesito di ricerca 9: *Nei pazienti con tumore che manifestano disturbi depressivi conseguenti e/o concomitanti la malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia non farmacologica, ovvero basata su interventi psicosociali e psicologici?*

Una Revisione sistematica e metanalisi [35] ha valutato gli effetti di interventi di tipo farmacologico o psicologico rivolti a pazienti oncologici con depressione maggiore o sintomi depressivi.



Limiti: Per 3 su 9 studi, l'*allocation concealment* risultava adeguatamente descritto in 3 *paper*. Il *blinding* dei partecipanti e dei clinici non era possibile nella maggior parte degli studi, dovuto alla natura degli interventi.

Le popolazioni incluse nei *trial* esaminati sono diverse, comprendenti pazienti con depressione maggiore o con sintomi depressivi, il che può limitare le conclusioni.

Inoltre, gli studi su interventi psicologici non riportano dati su eventuali eventi avversi.

Una metanalisi del 2019 [17] ha valutato se interventi non farmacologici fossero in grado di ridurre i sintomi depressivi in pazienti con tumore della mammella.

Limiti: La metanalisi prende in considerazione *trial* condotti su pazienti con tumore mammario, pertanto i risultati non sono necessariamente validi per i pazienti con differenti sedi di tumore. Non si è tenuto conto del tempo trascorso dalla diagnosi di tumore, è ciò potrebbe aumentare l'eterogeneità del campione. In aggiunta, i sintomi depressivi sono stati valutati con strumenti e modalità diverse, con possibili ricadute sul corretto inquadramento del disturbo depressivo (che può variare per caratteristiche e grado d'intensità dei sintomi), nonché sulla possibilità di individuare il tipo di intervento psicoterapeutico più appropriato.

Gli studi considerati non includevano un *follow-up* dopo il trattamento, pertanto non si hanno dati certi sulla durata dell'effetto, sui sintomi depressivi nel breve e lungo termine.

Bilancio beneficio/danno: Sulla base delle evidenze scientifiche analizzate, tenendo conto delle limitazioni rilevate, il *panel* considera il bilancio favorevole all'utilizzo di interventi non farmacologici nei pazienti con tumore che manifestano disturbi depressivi.

QUESITO 9. Nei pazienti con tumore che manifestano disturbi depressivi conseguenti e/o concomitanti la malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia non farmacologica, ovvero basata su interventi psicosociali e psicologici?

RACCOMANDAZIONE 9

Nei pazienti con tumore, interventi non farmacologici volti a ridurre i disturbi depressivi connessi alla malattia oncologica dovrebbero essere presi in considerazione per i pazienti che hanno maggiore probabilità di beneficiarne

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 10: *Nei pazienti con tumore che manifestano disturbi depressivi conseguenti e/o concomitanti alla malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia psicofarmacologica?*

Una Revisione Cochrane del 2018 [36] ha valutato l'efficacia, la tollerabilità e l'accettabilità degli antidepressivi per il trattamento dei sintomi depressivi in pazienti adulti con tumore di qualsiasi tipo e stadio.

Limiti: Nessuno dei *trial* ha riportato dati di *follow-up*, oltre alle 12 settimane. Gli studi inclusi presentavano un rischio di *bias* non chiaro o elevato, a causa di inadeguato *reporting*, imprecisione per la bassa numerosità del campione e ampi intervalli di confidenza, e inconsistenza dovuta a eterogeneità statistica o clinica.

Si evidenzia anche che alcuni degli studi considerati sono sponsorizzati dall'industria farmaceutica; in tre di essi, inoltre, il ruolo dello sponsor non è dettagliato, comportando un elevato rischio di *bias*.

Bilancio beneficio/danno: Pur tenendo conto della bassa qualità degli studi presentati, dovuta per lo più a ridotta numerosità del campione, eterogeneità statistica o clinica elevata, il *panel* si esprime in modo favorevole rispetto alla necessità di valutare l'utilizzo di terapia psicofarmacologica come opzione terapeutica nei pazienti con tumore che presentano disturbi depressivi.

QUESITO 10. Nei pazienti con tumore che manifestano disturbi depressivi conseguenti e/o concomitanti alla malattia in atto, è indicato l'uso di una terapia psicofarmacologica?

RACCOMANDAZIONE 10

Nei pazienti con tumore che presentano disturbi depressivi, interventi farmacologici potrebbero essere considerati come opzione terapeutica

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove bassa



Quesito di ricerca 11: È indicata nelle oncologie la rilevazione sistematica dei bisogni psicosociali dei pazienti con tumore e conseguente attivazione di una modalità strutturata per rispondere alle loro necessità?

Il Cancer Journey Action Group della Canadian Partnership Against Cancer (CPAC) e la Association of Psychosocial Oncology (CAPO) hanno effettuato una Revisione sistematica della letteratura [37] volta a formulare raccomandazioni sulla valutazione routinaria dei bisogni psicosociali e di supportive care, considerando anche la letteratura terziaria.

Limiti: Si rileva eterogeneità dei disegni di studio, degli *outcome* di interesse e degli approcci utilizzati per la rilevazione dei bisogni (da interviste semistrutturate a questionari autosomministrati).

Una revisione sistematica [38] ha esaminato l'*effectiveness* di interventi volti a ridurre i bisogni non soddisfatti rilevati dai pazienti con tumore.

Limiti: Solo un *trial* risulta a basso rischio di *bias* per *performance* e *detection (blinding)*. La maggior parte degli studi inclusi appare di moderata qualità: in solo 4 dei 7 RCT viene menzionato l'*allocation concealment* e sono riportati accuratamente i *missing data*.

Bilancio beneficio/danno: Le evidenze disponibili sugli effetti degli interventi forniscono risultati misti.

La valutazione sistematica dei bisogni psicosociali ha un impatto modesto sulla comunicazione e sembra poter migliorare la qualità della vita. Tuttavia, non è chiaro quali processi assistenziali o interventi clinici successivi alla rilevazione dei bisogni abbiano generato gli esiti.

L'*effectiveness* rimane incerta, tuttavia il *panel* considera il bilancio positivo, alla luce delle difficoltà di valutare interventi complessi nell'ambito psicosociale, della plausibilità del loro funzionamento e dell'assenza di danni riportati.

QUESITO 11. È indicata nelle oncologie la rilevazione sistematica dei bisogni psicosociali dei pazienti con tumore e conseguente attivazione di una modalità strutturata per rispondere alle loro necessità?

RACCOMANDAZIONE 11

Nei pazienti con tumore lo screening dei bisogni psicosociali potrebbe essere preso in considerazione nella pratica clinica

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove moderata

Quesito di ricerca 12: Nei pazienti con tumore di lingua e cultura diversa, è indicata la presenza di mediatori culturali e/o interpreti per migliorare la comunicazione tra *équipe* curante e pazienti?

Una Revisione sistematica del 2016 [39] ha valutato l'utilizzo di servizi linguistici per pazienti in cura palliativa con limitata padronanza della lingua inglese. Gli *outcome* considerati comprendevano: discussione sugli obiettivi assistenziali, gestione dei sintomi e discussione della prognosi. In assenza di un interprete professionista, i malati e le loro famiglie mostravano infatti una comprensione inadeguata circa la diagnosi e la prognosi rilevata durante le conversazioni sugli obiettivi assistenziali, e la gestione dei sintomi era peggiore.

La Revisione di Silva et al [39] concorda con le conclusioni riportate in letteratura non esclusivamente oncologica, che sottolineano l'utilità degli interpreti professionisti nel migliorare l'assistenza e rispetto ad interpreti *ad hoc* o alla mancanza di interpreti [40-42]. Sempre in accordo con i suggerimenti di Silva et al, si ribadisce in letteratura la necessità di formazione per i clinici e gli interpreti stessi, al fine di favorire la loro collaborazione e aumentare la fiducia nell'accuratezza della traduzione delle informazioni [43].

Limiti: L'eterogeneità in termini del disegno di studio, interventi e *outcome* esaminati hanno reso impossibile l'analisi quantitativa dei risultati e il calcolo di correlazioni statistiche. Non è stato incluso nessun RCT, gli studi erano per lo più monocentrici e con campioni relativamente piccoli. Molti studi non hanno controllato per confondenti (quali etnia o stato socioeconomico).

Inoltre, solo due *paper* riportavano il tipo di *training* ricevuto dall'interprete, che può influenzare i risultati. Gli studi inclusi sono stati condotti in *setting* anglosassoni, e limitati a pazienti in cure palliative.

Bilancio beneficio/danno: Gli studi, sebbene presentino diversi limiti in termini metodologici, evidenziano un possibile effetto positivo quando il mediatore e l'interprete acquisiscono una "competenza culturale", insieme a una conoscenza adeguata della terminologia medica ed una preparazione psicologica a gestire situazioni emotivamen-



te molto complesse. Non sono state riportate prove su possibili danni causati dall'intervento. Il *panel* ritiene il rapporto rischio-beneficio favorevole.

QUESITO 12. Nei pazienti con tumore di lingua e cultura diversa, è indicata la presenza di mediatori culturali e/o interpreti per migliorare la comunicazione tra equipe curante e pazienti?

RACCOMANDAZIONE 12

Per migliorare l'assistenza ai pazienti di lingua e cultura diverse si dovrebbe attivare la presenza di mediatori culturali o di interpreti con una "competenza culturale"

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 13: Nei pazienti con tumore, di lingua e cultura diversa, sono indicati interventi di educazione per migliorare la competenza culturale dei professionisti sanitari, per migliorare la comunicazione?

Una Revisione Cochrane del 2014 [44] ha valutato gli effetti di interventi di educazione sulla competenza culturale per professionisti sanitari, considerando gli effetti su pazienti affetti da varie patologie (tra cui tumore), professionisti sanitari e organizzazione. Sono stati considerati RCT e *trial* controllati.

Limiti: Non è stato possibile effettuare la metanalisi degli studi inclusi, pertanto non è nota una misura complessiva dell'effetto. I risultati potrebbero non essere generalizzabili, in quanto nessuno degli studi è stato condotto in Italia, i professionisti inclusi sono prevalentemente medici che operano nel territorio e i pazienti coinvolti sono affetti da varie patologie.

Bilancio beneficio/danno: Gli studi attuati hanno molti limiti metodologici, anche se i risultati sembrano rilevare un possibile effetto positivo del *training* in materia di competenza culturale, soprattutto nel favorire il coinvolgimento dei pazienti stranieri. È necessario pertanto attuare ulteriori studi con un maggiore rigore metodologico, per verificare se è presente un reale effetto positivo del *training*.

Considerati tutti gli aspetti, il *panel* ritiene il bilancio rischio/beneficio incerto.

QUESITO 13. Nei pazienti con tumore, di lingua e cultura diversa, sono indicati interventi di educazione per migliorare la competenza culturale dei professionisti sanitari, per migliorare la comunicazione?

RACCOMANDAZIONE 2

Nei pazienti con tumore, un Punto di Informazione e Supporto nel reparto potrebbe essere preso in considerazione

Raccomandazione positiva debole, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 14: Nelle famiglie di pazienti con tumore in fase avanzata di malattia, sono indicati interventi di supporto psicosociale?

Una Revisione Cochrane [45] ha misurato l'effetto di interventi di supporto.

Nessun effetto statisticamente significativo è stato riscontrato in termini di *coping* con il ruolo di *caregiver*, né sulla qualità della vita, si sono osservate differenze significative a favore dell'intervento al *follow-up* in termini di riduzione di sintomi d'ansia, ma non per sintomi depressivi.

Limiti: I metodi degli studi inclusi non sono stati riportati in modo chiaro e completo; pertanto, il rischio di *bias* non è chiaro. Inoltre, nessuno degli studi aveva l'obiettivo di indagare gli esiti avversi degli interventi.

Infine, tra gli 11 studi inclusi uno riguardava *caregiver* di pazienti senza diagnosi di tumore.

Successivamente a questa Revisione, uno studio controllato e randomizzato [46] su un campione di 160 *caregiver* di pazienti con aspettativa di vita <6 mesi ha valutato un intervento con terapia esistenziale comportamentale verso l'usuale approccio. Non sono stati riportati effetti avversi dell'intervento.

Limiti: Uno dei limiti riportati riguarda l'eterogeneità del campione e la condizione di *caregiving*: la metà dei pazienti è deceduta durante il ricovero (media dieci giorni) in cure palliative, modificando la condizione della maggior parte



dei partecipanti da *caregiver* a famigliari in lutto. Nei gruppi potevano interagire famigliari in diverse situazioni di caregiving e di lutto con risultati non controllabili.

Infine, uno studio randomizzato [13] ha determinato l'effetto dell'avvio precoce vs tardivo di un intervento di cure palliative rivolto a familiari *caregiver* di pazienti oncologici con recente diagnosi di malattia in stadio avanzato, per comprendere quale sia il momento migliore per intervenire in aiuto alle famiglie.

Limiti: Vengono indicati le dimensioni ridotte del campione (dovute a difficoltà di arruolamento e probabilmente a dropout legati all'ingravescenza della malattia), l'appartenenza di tutti i partecipanti alla stessa area rurale, lontani dal luogo di cura, e l'alto livello di istruzione (almeno il Diploma di maturità), il che può limitare la generalizzabilità dei risultati. Le stime della potenza del campione sono state condotte solo sui pazienti e non sui *caregiver* reclutati, con un potenziale *bias* di selezione. Inoltre, poiché non è stato scelto un *outcome* primario, è possibile che vi sia un incremento dell'errore di tipo I.

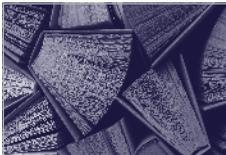
Bilancio beneficio/danno: Gli studi non riportano danni conseguenti l'attuazione degli interventi di supporto valutati, a fronte di potenziali benefici. Pertanto, il *panel* ritiene il bilancio favorevole agli interventi.

QUESITO 14. Nelle famiglie di pazienti con tumore in fase avanzata di malattia, sono indicati interventi di supporto psicosociale?

RACCOMANDAZIONE 14

I famigliari di pazienti con diagnosi di tumore avanzato dovrebbero poter ricevere interventi di supporto

Raccomandazione positiva forte, qualità delle prove alta



Referenze

1. Pitman A, Suleman S, Hyde N et al, Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018;361:k1415.
2. National Comprehensive Cancer Network (NCCN): NCCN Guidelines for Supportive Care: Distress Management, Version 2.2018-February 23, 2018- <http://www.nccn.org>
3. Harrison D, What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer*. 2009;17:1117–28.
4. Howell D, Mayo S, Currie S et al, Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO); Cancer Journey Action Group of the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer*. 2012;20(12):3343-54.
5. Passalacqua R, Caminiti C, Campione F et al, Prospective, multicenter, randomized trial of a new organizational modality for providing information and support to cancer patients. *J Clin Oncol*. 2009;27(11):1794-9.
6. Bultz B.D, Carlson L.E, Emotional distress: the sixth vital sign—future directions in cancer care. *Psychooncology*. 2006;15(2):93-5.
7. Jacobsen P.B, Lee M, Integrating Psychosocial Care Into Routine Cancer Care. *Cancer Control*. 2015;22(4):442-9.
8. Fletcher C, Flight I, Chapman J et al, The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2017;100(3):383-410.
9. Australian Government, cancer Australia. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. 2003. Available from: https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/pca-1-clinical-practice-guidelines-for-psycho-social-care-of-adults-with-cancer_504af02682bdf.pdf
10. Bultz B.D, Travado L, Jacobsen P.B et al, 2014 President's plenary international psycho-oncology society: moving toward cancer care for the whole patient. *Psychooncology*. 2015 Dec;24(12):1587-93.
11. Bultz B.D, Lessons learned from the science of caring: Extending the reach of psychosocial oncology: The International Psycho-Oncology Society 2016 Sutherland Award Lecture. *Psychooncology*. 2017;26(6):721-3.
12. Andrykowski M.A, Manne S.L, Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med*. 2006;32:93-7.
13. Kangas M, Bovbjerg D.H, Montgomery G.H, Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychol Bull*. 2008;134:700-41.
14. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30:539-47.



15. Jacobsen PB, Holland JC, Steensma DP. Caring for the whole patient: the science of psychosocial care. *J Clin Oncol.* 2012;30:1151-3.
16. Galway K, Black A, Cantwell M et al, Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD007064.
17. Cruickshank S, Kennedy C, Lockhart K et al, Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD005634.
18. Smith C, Dickens C, Edwards S, Provision of information for cancer patients: an appraisal and review. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14:282-8.
19. Maher E.J, An integrated support and information centre in a large U.K. Cancer Centre established in 1993 and replicated in more than 60 units across the United Kingdom and Australia. *Curr Oncol.* 2008;15 Suppl 2:s108.es64-7.
20. Kinnane N.A, Evaluation of a hospital-based cancer information and support centre. *Support Care Cancer.* 2012;20:287-300.
21. Passalacqua R, Caminiti C, Campione F et al, Prospective, multicenter, randomized trial of a new organizational modality for providing information and support to cancer patients. *J Clin Oncol.* 2009;27(11):1794-9.
22. O'Brien M.A, Whelan T.J, Villasis-Keever M et al, Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2009 Feb 20;27(6):974-85.
23. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al, Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Apr 12;4:CD001431.
24. D'Agostino T.A, Atkinson T.M, Latella L.E et al, Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2017 Jul;100(7):1247-1257.
25. Moore P.M, Rivera S, Bravo-Soto G.A, et al. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jul 24;7:CD003751.
26. Schouten B, Avau B, Bekkering GTE, et al. Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;3:CD012387.
27. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, et al. American Society of Clinical Oncology. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J Clin Oncol.* 2014;32(15):1605-19.
28. National Comprehensive Cancer Network (NCCN), NCCN Guidelines for Supportive Care: Distress Management, Version 2.2018 — February 23, 2018- <http://www.nccn.org>
29. Institute of Medicine (IOM). Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs. In: Adler NE, Page NEK eds. Washington D.C.: The National Academies Press.; 2008
30. National Institute for Clinical Excellence (NICE), Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer – The manual. NICE, London, 2004 www.nice.org.uk
31. Lazenby M, Tan H, Pasacrete N et al, The five steps of comprehensive psychosocial distress screening. *Curr Oncol Rep.* 2015;17(5):447.
32. Pirl W.F, Fann J.R, Greer J.A et al, Recommendations for the implementation of distress screening programs in cancer centers: report from the American Psychosocial Oncology Society (APOS), Association of Oncology Social Work (AOSW), and Oncology Nursing Society (ONS) joint task force. *Cancer.* 2014;120(19):2946-54.
33. Mitchell A.J, Screening for cancer-related distress: when is implementation successful and when is it unsuccessful? *Acta Oncol.* 2013;52(2):216-24.
34. Sanjida S, McPhail SM, Shaw J et al, Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psychooncology.* 2018;27(9):2063-76.
35. Li M, Kennedy E.B, Byrne N et al, Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology.* 2017;26(5):573-87.
36. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S et al, Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4:CD011006.
37. Howell D, Mayo S, Currie S et al, Cancer Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer.* 2012 ;20(12):3343-54.
38. Carey M, Lambert S, Smits R et al, The unfulfilled promise: a systematic review of interventions to reduce the unmet supportive care needs of cancer patients. *Support Care Cancer.* 2012;20(2):207-19.
39. Silva M.D, Genoff M, Zaballa A et al, Interpreting at the end of life: A systematic review of the impact of interpreters on the delivery of palliative care services to cancer patients with limited english proficiency. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(3):569-80.
40. Flores G, The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2005;62(3):255-99.
41. Karliner L.S, Jacobs E.A, Chen A.H et al, Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature. *Health Serv Res.* 2007 ;42(2):727-54.

42. Flores G, Abreu M, Barone C.P et al, Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med.* 2012 ;60(5):545-53.
43. Watts K.J, Meiser B, Ziliacus E et al, Perspectives of oncology nurses and oncologists regarding barriers to working with patients from a minority background: Systemic issues and working with interpreters. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(2):e12758.
44. Horvat L, Horey D, Romios P et al, Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(5):CD009405.
45. Candy B, Jones L, Drake R et al, Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(6):CD007617.
46. Fegg M.J, Brandstätter M, Kögler M et al, Existential behavioural therapy for informal caregivers of palliative patients: a randomised controlled trial. *Psychooncology.* 2013;22:2079-86.

Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Publicato su PubMed lo studio, esito di un progetto CECRI, sulla misurazione del *self-care* nelle diadi paziente/*caregiver* informale

È stato pubblicato sulla piattaforma PubMed il 22 marzo 2022, lo studio, esito di un progetto CECRI sulla "Misurazione del *self-care* nelle diadi paziente e *caregiver* informale", dal titolo: "*Patient self-care and caregiver contribution to patient self-care of chronic conditions: what is dyadic and what it is not*" ("Auto-cura del paziente e contributo del *caregiver* all'auto-cura del paziente in condizioni croniche: cosa è diadico e cosa non lo è") di Maddalena De Maria, Davide Ausili, Silvia Lorini, Ercole Vellone, Barbara Riegel e Maria Matarese. Il tema è essenziale perché sapere quali comportamenti di cura siano diadici, in condizioni croniche, è importante per adattare gli interventi atti a migliorare la cura di sé.

Il mantenimento e la gestione dell'auto-cura trarrebbero beneficio dagli interventi diadici. L'auto-cura delle condizioni croniche coinvolge sia i pazienti che i loro *caregiver* informali, ergo potrebbe essere considerata un fenomeno diadico. Questo studio mira a esplorare l'esistenza di un costrutto diadico nel mantenimento, monitoraggio e gestione dell'auto-cura nei pazienti affetti da condizioni croniche e nei loro *caregiver* informali. Per farlo, attraverso un disegno trasversale, si

sono utilizzati questionari dell'auto-cura delle malattie croniche. Studiando un campione di convenienza di 493 pazienti e *caregiver* informali (con un'età media, rispettivamente, di 76,47 e 52,76 anni), il risultato è stato che nelle scale di mantenimento del *self-care*, sono stati identificati 2 fattori correlati ($r = 0,34$, $P < .001$), indicanti la presenza di un costrutto diadico di secondo ordine. Infine, nelle scale di gestione dell'auto-cura, è stato trovato un modello a tre fattori composto da elementi sia del paziente che del *caregiver*, indicando un costrutto diadico di primo ordine.

I risultati di questo studio possono illuminare futuri sviluppi teorici e scientifici nella cura diadica delle malattie croniche, tenendo in buon conto, però, quanto emerso.



Sul JAN, studio CECRI sull'auto-cura dei pazienti con patologie croniche multiple e *caregiver* durante il COVID-19

Il JAN (Journal of Advanced Nursing) ha pubblicato uno studio descrittivo qualitativo sull' "Auto-cura dei pazienti con patologie croniche multiple e dei loro *caregiver* durante la pandemia di COVID-19" a cura di Maddalena De Maria, Federico Ferro, Ercole Vellone, Davide Ausili, Michela Luciani e Maria Matarese.

Lo studio è stato finanziato dal Centro di Eccellenza-CE-



CRI di OPI Roma, allo scopo di esplorare le esperienze di auto-cura dei pazienti con patologie croniche multiple (MCC) e i contributi dei *caregiver* all'auto-cura del paziente durante i periodi di "sconvolgimento" dell'ordinario. Per farlo, è stato utilizzato un disegno qualitativo descrittivo, con interviste semi-strutturate individuali per raccogliere dati da pazienti con MCC e *caregiver* selezionati dal set di dati di uno studio longitudinale in corso. L'analisi dei dati è stata effettuata induttivamente.

Su un totale di 16 pazienti e 25 *caregiver*, intervistati da maggio a giugno 2020 (principalmente donne, con un'età media per i pazienti di 76,25 anni e *caregiver* di 45,76 anni), i *caregiver* erano, nel 72% dei casi, figli dei pazienti. Durante la pandemia, i familiari hanno svolto un ruolo importante nel proteggere i propri cari dal rischio di contagio dalla malattia e nel garantire l'auto-cura dei pazienti con malattie croniche attraverso interventi diretti e indiretti. Dunque, per alcuni pazienti i comportamenti di mantenimento, monitoraggio e gestione dell'auto-cura sono rimasti invariati; altri li hanno intensificati e altri ancora li hanno ridotti.

Ciò evidenzia il fatto che gli eventi critici (come, appunto, la pandemia da COVID-19) possono modificare le esperienze di cura di sé dei pazienti affetti da malattie croniche e i contributi dei loro *caregiver*: i pazienti con MCC e chi se ne prende cura possono reagire in modi diversi nelle loro prestazioni e nel contributo ai comportamenti di cura di sé dei pazienti, quando la vita quotidiana ordinaria viene interrotta. Pertanto, gli infermieri dovrebbero valutare l'assistenza durante gli eventi critici, per identificare i soggetti a rischio di ridotta auto-cura e per promuovere i servizi sanitari più idonei (anche l'*e-Health*) per attuare interventi *ad hoc*.

Info: <https://doi.org/10.1111/jan.15115>



Sul Journal of Pediatric Nursing lo studio italiano: "Atteggiamenti e pratiche del monitoraggio dei parametri vitali in ambito pediatrico"

È stato pubblicato ed è disponibile online sul Journal of Pediatric Nursing (www.pediatricnursing.org) l'articolo:

"Atteggiamenti e pratiche del monitoraggio dei parametri vitali in ambito pediatrico: validità della scala Ped-V", a cura di: Orsola Gawronski, Valentina Biagioli, Immacolata Dall'Oglio, Corrado Cecchetti, Federico Ferro, Emanuela Tiozzo, Massimiliano Raponi e del Gruppo PD Scala V Group (Alessandra Querciati, Italo Ciaralli, Tommaso Renzetti, Manuel Pomponi, Daniele Gargano, Luisa Cirulli, Marco Roberti, Anna Portanova, Patrizia Bevilacqua, Anna Bergadano, Daniela Zimer-

mann, Simona Calza, Rossana Leo, Silvana Schreiber, Sara Buchini, Regina La Bianca, Laura Volta, Sara Manzoni, Francesco Morandi e Gennaro Rocco).

Lo studio - multicentrico di validità - ha sviluppato e testato psicometricamente uno strumento che ha misurato gli atteggiamenti e le pratiche sul monitoraggio dei segni vitali (VS) negli infermieri che si prendono cura dei bambini nei reparti pediatrici scala Ped-V.

La scala Ped-V è stata somministrata adattando la scala V al contesto pediatrico e somministrata ad un campione di convenienza di infermieri clinici operanti nei reparti pediatrici da gennaio a maggio 2020.

La validità di contenuto della scala Ped-V è stata valutata da un gruppo di 10 esperti. Le proprietà psicometriche della scala sono state testate attraverso l'analisi fattoriale esplorativa (EFA) e l'analisi fattoriale confermativa (CFA).

Allo studio hanno preso parte 10 ospedali italiani e sono stati compilati 640 questionari (l'87% da donne). Dai risultati è emerso che la scala Ped-V è valida e affidabile per l'uso in ambito pediatrico al fine di identificare le barriere riguardanti l'autoefficacia, le competenze e la conoscenza degli indicatori clinici del deterioramento critico degli infermieri pediatrici, l'atteggiamento verso l'accuratezza, la standardizzazione, la comunicazione ai membri senior del team e l'uso appropriato della tecnologia nel monitoraggio del VS pediatrico. Inoltre, nei bambini il deterioramento clinico può evolvere in modo più rapido rispetto agli adulti, a causa della loro ridotta capacità di compensare fisiologicamente malattie gravi; in più, la maggior parte di loro non parla o fa affidamento sui genitori per comunicare le sue condizioni di salute all'équipe sanitaria, rendendo più complessa la rilevazione del deterioramento clinico.

In Pediatria, la variazione dei *range* normali di frequenza cardiaca, respiratoria e pressione sanguigna, in base all'età del bambino, aumenta la complessità dell'interpretazione del monitoraggio.

Secondo la teoria dell'approccio ad azione ragionata (RAA), utilizzata come struttura teorica per questo studio, gli atteggiamenti, le abilità percepite e le convinzioni degli infermieri, nei confronti del monitoraggio del VS pediatrico nei reparti ospedalieri, predicono i comportamenti nei confronti di questa pratica.

Così, se le intenzioni predicono i comportamenti degli individui, tre fattori-chiave guidano il comportamento attuale di una persona, determinandone le intenzioni: atteggiamento verso un comportamento, norme percepite e comportamento percepito.

Nella teoria del cambiamento, la RAA supporta il cambiamento delle intenzioni cambiando le con-



vinzioni su un comportamento, aumentando le abilità o diminuendo le barriere. Sono stati riportati gli atteggiamenti contrastanti degli infermieri nei confronti del monitoraggio dei VS: non tutti, infatti, lo considerano un'attività rilevante nella loro pratica, anzi spesso la ritengono causa di un aumento del carico di lavoro, senza contribuire in modo significativo a un miglioramento dell'assistenza. Una percentuale rilevante di infermieri, inoltre, ritiene che venga dedicato troppo tempo al monitoraggio dei VS e che quello di routine, spesso, non sia necessario nei di pazienti pediatrici stabili. In alcuni casi, gli infermieri eseguono il monitoraggio dei VS come un'azione di routine, senza attribuirle un valore significativo; è stato riscontrato che gli infermieri eseguono le valutazioni dei VS in modi prestabiliti e che sono spesso incompleti o omessi dalle cartelle cliniche. Poiché l'interpretazione dei VS in Pediatria si basa sulla conoscenza delle soglie normali legate all'età, gli infermieri possono avere una capacità limitata nel riconoscere il deterioramento clinico di un bambino e nell'*escalation* delle cure.

Tuttavia, ad oggi, non è ancora disponibile uno strumento validato per valutare gli atteggiamenti e le pratiche degli infermieri nei confronti del monitoraggio dei VS nella popolazione di pazienti pediatrici.



Studio di ricercatori italiani pubblicato sul Journal of Cardiovascular Nursing

Lo studio sul "Ruolo del moderatore di mutualità rispetto all'associazione tra depressione e qualità della vita nelle diadi *caregiver*-sopravvissuto all'ictus" di Gianluca Pucciarelli;

Karen S. Lyons; Silvio Simeone; Christopher S. Lee; Ercole Vellone e Rosaria Alvaro è stato pubblicato sul Journal of Cardiovascular Nursing.

Lo scopo è stato quello di esaminare la qualità della vita (QOL) dei sopravvissuti all'ictus durante il primo anno post dimissione (ovviamente, non gravati da malattie preesistenti, severo deterioramento cognitivo, cancro o gravi insufficienze) e il ruolo della moderazione della mutualità (l'effetto della mutualità è noto anche come relazione positiva tra pazienti e *caregiver*) sull'associazione tra sintomi depressivi e QOL nei pazienti e gli operatori sanitari.

La depressione colpisce circa il 30% dei sopravvissuti all'ictus e circa il 40% dei *caregiver* ed è associato a una scarsa QOL per entrambi. Gli studi hanno sottolineato l'importanza della mutualità, in particolare il

rapporto tra depressione, mutualità e QOL nei sopravvissuti all'ictus e nei *caregiver*, sia a livello individuale che diadico. Nei sopravvissuti a un ictus, la mutualità non era un moderatore tra depressione e QOL ma era associato a una migliore QOL psicologica e sociale del sopravvissuto e con un maggiore miglioramento della QOL fisica del sopravvissuto col tempo.

Nei loro *caregiver*, la mutualità ha moderato i sintomi della depressione e la loro QOL (fisica, psicologica e sociale).

I risultati dello studio italiano mostrano che la mutualità è un moderatore significativo tra i sintomi depressivi e la QOL fisica, psicologica e sociale nei *caregiver*, ma non nei sopravvissuti. Cioè, quando la mutualità del *caregiver* è inferiore, i sintomi depressivi hanno un impatto maggiore sulla QOL fisica, psicologica e sociale dello stesso.

Per quanto riguarda i sopravvissuti, invece, la mutualità con il *caregiver* non sembra avere un effetto moderatore positivo sulla presenza di sintomi depressivi, ma ha un effetto protettivo sulla qualità della vita fisica, psicologica e sociale nel tempo. Questi risultati sono importanti perché illuminano le complesse interazioni tra sintomi depressivi, QOL e mutualità all'interno delle diadi sopravvissuto all'ictus-*caregiver* durante il primo anno e il ruolo saliente dell'inter-contesto personale.

La ricerca ha utilizzato un disegno longitudinale con 222 diadi (sopravvissuti all'ictus-*caregiver*) arruolate al momento della dimissione del sopravvissuto dall'ospedale, eseguendo la raccolta dati per 12 mesi.

Per quanto concerne i *caregiver* di vittime dell'ictus, si è scoperto che, quando gli operatori sanitari valutano una migliore mutualità con il sopravvissuto, l'impatto dei sintomi depressivi sulla loro QOL è minore.

Potrebbe essere utile, in futuro, comprendere il ruolo della mutualità sui risultati a lungo termine e le eventuali associazioni con un aumento della tensione assistenziale.

Importante riconoscimento per ricercatori italiani

L'articolo "Informal caregivers of people with heart failure and resilience: A convergent mixed methods study", pubblicato su JAN, Journal of Advanced Nursing, che vede tra gli autori Angela Durante, assieme agli italiani Angela Cuomo ed Ercole Vellone, è stato premiato come "Miglior articolo 2022" dall'EANS, European Academy of Nursing Science, nel corso del Congresso appena svoltosi in Lituania.

Info: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.15078>



Dedicato a tutti gli infermieri / Federazione Nazionale Professioni Infermieristiche

La polizza che tutela la tua professione

a soli 22€ l'anno!



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

RC professionale Responsabilità Sanitaria

CONDIZIONI

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

PUNTI DI FORZA

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

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

Tutela Legale

CONDIZIONI

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

PUNTI DI FORZA

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

La presente offerta ha finalità di marketing e non integra il brocher o l'assicurazione per il quale valgono le condizioni contrattuali presenti nel Set Informativo e sottoscritte dalle parti. Leggere attentamente il Set Informativo.

Preventivo & Attivazione Online
ATTIVALE SUBITO QUI:

RC Professionale:

www.marsh-professionisti.it/fnopi/

Tutela Legale:

www.marsh-professionisti.it/infermieri

NURSE HELP DESK



ASSISTENZA
TELEFONICA
PER L'INFERMIERE

Per un supporto qualificato:

numero verde: 800.433980

Da cellulare: 0341.287278

e-mail: fnopi.marshmorganti@morgantibrokers.it



Entro il 30 agosto attivo il bando della Fondazione “Insieme per Vita agli Anni” per progetti di ricerca



La Fondazione “Insieme per Vita agli Anni” bandisce un concorso per l’assegnazione di un premio per un progetto di ricerca del valore di 10mila euro, allo scopo di sostenere la persona e la qualità della sua esistenza, da realizzare individuando nuovi modelli di presa in carico globale in ogni età e mettendo a punto strategie assistenziali innovative.

Entro il 30 agosto 2022, potranno parteciparvi i candidati/e in possesso di Laurea Specialistica/Magistrale e di età non superiore a 45 anni compiuti alla data di scadenza del bando. La domanda di partecipazione al concorso dovrà essere presentata via mail all’indirizzo: direttorescientifico@ipervita.org

Alla domanda è necessario allegare: scheda dei dati anagrafici del partecipante, e, in caso si trattasse di un gruppo di ricerca, una dovrà essere compilata per ciascun componente, indicando un referente (*Principal Investigator*) a cui saranno inviate le comunicazioni relative al bando di concorso. La proposta di una copia del progetto/protocollo di ricerca (che dovrà essere redatta anche in inglese) andrà inoltrata senza indicare il nominativo/i del/i partecipante/i. La durata massima del progetto non dovrà superare i 24 mesi.

Le domande pervenute saranno valutate da una Commissione giudicatrice, composta da: Presidente, Direttore Generale e Direttore Scientifico della Fondazione stessa e da due professori di chiara fama internazionale italiani o stranieri.

La valutazione delle proposte presentate avverrà in base a: attinenza del progetto con le finalità della Fondazione; rispetto degli aspetti etico-deontologici della stessa; rilevanza, anche in termine di innovazione, del quesito di ricerca; validità del rationale scientifico; appropriatezza della bibliografia; validità del disegno di studio e dei metodi; realizzabilità delle attività descritte nella proposta di progetto e nel GANTT; congruità dei costi preventivati; la multidisciplinarietà e la possibile multi professionalità; rilevanza internazionale del progetto di ricerca; ricaduta dei risultati del progetto per la popolazione oggetto della proposta finanziata.

Il nome del/la vincitore/trice sarà reso pubblico sul sito della Fondazione, all’indirizzo: <http://www.ipervita.org/> e gli sarà data comunicazione del conferimento del premio a mezzo di e-mail della Fondazione.

L’erogazione del premio conterà in una prima quota (pari a 5mila euro) entro il primo anno di attività, dopo la presentazione di un rapporto di ricerca nel quale saranno indicate le attività svolte, e in una seconda (pari ai restanti 5mila euro) a conclusione della ricerca e dopo la pubblicazione di uno o più articoli su riviste scientifiche indicizzate e con *impact factor* e di eventuali monografie relative all’argomento trattato.

Per “Insieme per Vita agli Anni” il sistema di welfare socio-sanitario universale, solidale e sostenibile è un bene troppo prezioso che va difeso, migliorato, rilanciato con strategie coraggiose.

Il team di professionisti che lo compone ha deciso di unire competenze ed esperienze per sperimentare un approccio multidisciplinare, proiettato alla ricerca scientifica e alle collaborazioni con altre istituzioni pubbliche e private. L’obiettivo primario della Fondazione è il sostegno alla persona e alla qualità della sua esistenza, da realizzare individuando nuovi modelli di presa in carico globale ad ogni età e mettendo a punto strategie innovative e originali.

La Fondazione capitolina si propone di: costituire un Centro internazionale di Ricerca e un Centro di Documentazione per perseguire le finalità istituzionali e la diffusione delle conoscenze acquisite; elaborare e sviluppare progetti di ricerca sui vari aspetti del tema “vita agli anni” sviluppando i risultati anche attraverso il trasferimento a terzi e la realizzazione di *spin-off*; organizzare corsi di studio e di formazione, incontri, convegni, eventi scientifici e divulgativi per promuovere le conoscenze e le professionalità nel sostegno alla qualità della vita; progettare e realizzare programmi di sostegno diretti a sensibilizzare e a rafforzare l’assistenza e le occasioni per destinare il tempo a finalità attive, di crescita degli interessi e ricreative.

Info: <https://ipervita.org/bando-di-ricerca-fondazione-ipervita-2022-2023/> e info@ipervita.org

Giornata Internazionale dell'Infermiere In Piazza del Popolo Un 12 maggio da incorniciare



Giovedì 12 maggio, in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, gli infermieri di Roma e i vertici dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche capitolino si sono dati appuntamento in Piazza del Popolo.

“Educazione sanitaria e novità del PNRR in dialogo con i cittadini”, questo lo slogan pensato per il tradizionale incontro fra la Professione infermieristica e la cittadinanza romana, tornato, dunque, dopo lo stop forzato causato dalla pandemia da COVID-19.

Dalle ore 10 alle 18, l'OPI di Roma è stato presente con una struttura mobile in cui infermieri, docenti e studenti dei CdL in Scienze Infermieristiche hanno dialogato con le persone e con i tanti turisti, fornito lezioni di educazione alla salute, e prestato gratuitamente alcuni servizi quali la misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, e saturazione).

Tutto, mentre in un'attigua postazione ARES 118 personale infermieristico esperto illustrava manovre di rianimazione per adulti e bambini, e, in un'altra anco-

ra, l' AISLeC (Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee) offriva la propria competenza ai presenti.

Inoltre, grazie al volantinaggio effettuato dagli studenti, è stato distribuito tanto materiale illustrativo inerente le novità radicali che il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) prevede per la Sanità, dall'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) alla Casa di Comunità. Riforme che intendono potenziare la sanità territoriale, avvicinandola ai cittadini e evitando, così, l'ingolfamento degli ospedali.

“La prossimità al malato, non solo a quello in fase acuta, ai cronici e ai fragili, è la caratteristica specifica della professione infermieristica - ha spiegato **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma -. Infatti, non a caso, siamo noi che monitoriamo i ricoverati 24 ore al giorno negli ospedali. Ma è la prossimità la chiave della sanità del futuro; quella che non aspetta il cittadino nelle strutture nosocomiali, ma lo accompagna, dapprima a livello locale, in un'ottica di assistenza multidisciplinare, in un percorso di vigilanza e di cura a forte valenza sociale. È questo lo spirito delle riforme volute nel PNRR, al cui centro c'è proprio l'IFeC”.

All'appuntamento del 12 maggio, oltre ai cittadini, anche parlamentari e politici al gazebo dell'Ordine, tanto da poter dire che si è trattato di una “festa” partecipata, questa Giornata dell'Infermiere 2022.

Con gli ospiti istituzionali si è parlato soprattutto dei problemi della sanità, sebbene tutti loro abbiano avu-



1- Con la Senatrice Parente
2/3- Piazza del Popolo
4- Con Alessio D'Amato,
assessore regionale alla
Sanità e Fabio Rampelli,
vicepresidente Camera
dei Deputati
5- Con Sandra Zampa,
responsabile Salute PD
6- Con Rodolfo Lena,
presidente Commissione
Sanità alla Regione

to parole di elogio e ampi attestati di riconoscimento della professionalità e dei valori infermieristici. “Purtroppo, malgrado la nostra buona volontà, le criticità non mancano - continua Zega -, a partire dalla grave carenza di personale, ancor più nella dimensione territoriale che si vuole costruire. Per non parlare della poca attrattività della nostra professione, che sembra condannata a non vedere riconosciuta la propria specializzazione e le possibilità di uno sviluppo adeguato”.
Fra quelli intervenuti al gazebo dell'OPI: l'Onorevole

Fabio Rampelli, vice presidente della Camera dei Deputati; la Senatrice **Annamaria Parente**, presidente della Commissione Sanità del Senato; **Sandra Zampa**, già sottosegretario alla Sanità; **Alessio D'Amato**, assessore regionale alla Sanità e **Rodolfo Lena**, presidente della Commissione Sanità della Regione Lazio. “Ringrazio tutti i politici che hanno voluto salutarci in questa Giornata - ha concluso il presidente Zega -: essere attenti all'infermiere, del resto, vuol dire essere attenti alla salute del singolo, visto che senza infermieri non c'è salute!”.



La Curiosità

I temi della Giornata sono stati i valori della Professione

Quest'anno, il tema scelto dalla Federazione nazionale per le celebrazioni della Giornata Internazionale dell'Infermiere è saldato a quello del Congresso nazionale itinerante “OVUNQUE PER IL BENE DI TUTTI-Infermieristica di prossimità per un sistema salute più giusto ed efficace”, che si è concluso proprio il 12 maggio 2022 a Palermo, dopo un anno esatto dall'avvio, a Firenze, il 12 maggio 2021.

Rispetto al *concept* di questa campagna, si è deciso di enunciare “a chiare lettere” alcuni valori propri delle professioni infermieristiche, attraverso tre diverse locandine, inviate in anteprima a tutti gli OPI provinciali.

A ciascuna *headline* viene abbinata un'immagine: vengono rappresentati degli infermieri in azione, che, sono, però, sbiaditi: vengono rappresentati come se si stessero sgretolando, per ribadire l'assoluta necessità di tale figura professionale.

Per tutte le immagini, inoltre, sono stati proposti differenti sottotitoli analitici in cui si esprime il valore aggiunto dell'infermiere in relazione alla parola scelta e alla figura abbinata.

Giornata Internazionale dell'Infermiere



OPI ROMA
Ordine delle Professioni Infermieristiche



La Professione piange Ausilia Pulimeno

La comunità infermieristica piange la prematura scomparsa di **Ausilia Maria Lucia Pulimeno**, donna e professionista esemplare, protagonista di una lunga, complessa ed esaltante carriera infermieristica, sia nel contesto assistenziale che nell'ambito della formazione.

Dopo essere stata consigliera del Collegio Ipasvi di Roma dal 1993, ne diventa vicepresidente nel 1996 (per due mandati consecutivi); dal 2014 al 2020, ha ricoperto la delicata carica di presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, l'Ordine più grande d'Italia per numero di iscritti, all'interno del quale ha sempre avuto ruoli di primo piano, essendo anche tra gli ideatori del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), di cui dirigeva il Polo dell'Istruzione.

Anche per la Federazione nazionale ha fatto parte prima del Collegio dei Revisori dei Conti, per poi diventarne vicepresidente nazionale fino al 2021.

Originaria di Corigliano d'Otranto (Lecce), infermiera, AFD, DAI, laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Ausilia (Lia, come si faceva chiamare da tutti) è stata docente al Corso di Laurea in Infermieristica, al corso di laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche e al Master presso l'Università "Sapienza" di Roma, concludendo la propria carriera professionale come dirigente dell'Area infermieristica ed ostetrica del Policlinico Umberto I di Roma.

Grande cultrice della storia della Professione, aveva condotto poderosi studi sugli albori dell'infermieristica capitolina e aveva animato il gruppo di lavoro nazionale insediato presso la FNOPI per le celebrazioni del bicentenario di Florence Nightingale.

In pieno *lockdown*, il 2 giugno del 2020, aveva rappresentato la Federazione nazionale con la sua presenza nonostante i rischi per la salute, alla cerimonia all'Altare della Patria, oltre ad essere intervenuta a tutte le riunioni organizzative dell'assistenza dell'emergenza Covid che si sono svolte alla Protezione Civile e al ministero della Salute a Roma.

Il presidente dell'OPI di Roma e consigliere nazionale della FNOPI, **Maurizio Zega**, a nome di tutti gli organi dell'Ordine, ha espresso il profondo cordoglio a tutta la famiglia, ricordando "l'amica Lia" anche sul Corriere della Sera del 21 giugno 2022, con un trafiletto scritto di suo pugno per: *"partecipare ai lettori la scomparsa di una*

persona che ha fatto molto per Roma... La città le deve molto specie perché, nel periodo pandemico, quando il sistema sanitario regionale, estremamente stressato, ha trovato nella presidente OPI Roma, Pulimeno, un punto di riferimento autorevole, fermo al 'proprio posto di combattimento', esempio e sprone per i colleghi, silenziosa e discreta combattente per la vita. Una vera professionista".

Non si contano le testimonianze di stima e affetto espresse da colleghi, studenti e ex studenti, dalle numerose autorità del mondo politico regionale e nazionale, sia social che partecipando dal vivo alla camera ardente al Policlinico Gemelli prima, e poi ai funerali celebrati nella parrocchia di Santa Bernadetta a Roma.

Nessuno si è voluto sottrarre a dare il proprio, ultimo omaggio a una "signora dell'Infermieristica italiana", che ha speso l'intera vita accanto alle persone.

"Una donna con grande senso di giustizia, dell'uguaglianza e della tradizione - ha dichiarato la presidente della FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** -, sempre attaccata alla sua famiglia, ma assolutamente attenta ai bisogni dei pazienti e delle persone e alla qualità, alla formazione, all'aggiornamento della professione. Una grande infermiera, ma soprattutto, per chiunque le sia stato vicino, una vera amica".

"Con lei e con l'Ordine degli infermieri che ha diretto abbiamo portato avanti tante iniziative, per migliorare l'assistenza e innovarne l'organizzazione. Esprimo le mie più sentite condoglianze alla famiglia, e un abbraccio a tutto l'Ordine degli infermieri". Così, l'assessore alla Sanità della Regione Lazio, **Alessio D'Amato**. "Il suo ruolo ai vertici dell'Ordine degli Infermieri, nel Lazio come a livello nazionale, mi ha dato il privilegio di conoscerla nel corso del mio impegno di consigliere regionale e presidente della commissione Salute. Per questo, abbiamo avuto modo di confrontarci schiettamente, per anni, sulla professione infermieristica che lei degnamente rappresentava a tutti i livelli e che stentava a trovare i giusti riconoscimenti dovuti. La pandemia non ci ha allontanato, anzi, ha reso ancora più presenti i suoi insegnamenti e le sue intuizioni sul presente e sul futuro del nostro sistema sociosanitario". Questa, la nota di **Rodolfo Lena**, presidente della Commissione Sanità del Consiglio Regionale del Lazio.

"Non è stata solo una stimata professionista con cui ho collaborato da presidente dell'Ordine dei Medici di Roma ma anche un'amica che, come me, condivideva l'origine salentina, apprendo quindi con estremo dolore la notizia della sua scomparsa". Queste le parole con cui **Antonio Magi**, presidente dell'OMCeO capitolino, ha voluto ricordare una "figura importante del mondo infermieristico, con cui abbiamo portato avanti il progetto dell'équipe territoriale, collaborando, nel primo periodo pandemico, per



dall'ORDINE

la tutela dei nostri iscritti medici e infermieri”.
“Mi unisco al dolore della Federazione Infermieri per la perdita di Ausilia Pulimeno che ha speso la sua intera vita per tutelare il diritto alla salute”. Su Twitter, il ministro della Salute, **Roberto Speranza**.



Al primo Congresso FNOPI



Nel 2018 con l'allora ministro Lorenzin

Il ricordo

“Ho conosciuto Lia Pulimeno nel 1979, quando all'Infermieristica c'ero arrivato per caso... A ripensarci oggi, non avrei mai creduto che quella sarebbe stata la mia strada”, così **Gennaro Rocco**, direttore scientifico del CECRI. “Eravamo entrambi molto giovani, ma alla Scuola convitto Regina Elena dell'Umberto I di Roma, scuola prestigiosissima, io ero suo allievo. Lei vi aveva studiato prima di me, cominciando la sua carriera molto, molto presto. Era già la 'Caposala didattica', la persona a cui io e il resto della classe avremmo fatto riferimento per tutto, per i prossimi tre anni. La sua direttrice credeva molto in lei e, benché appena diplomata, le aveva affidato l'incarico di formare i nuovi infermieri”.

“Io mi ero iscritto pieno di speranze, ma anche con le preoccupazioni tipiche di chi intraprendeva un nuovo percorso. All'inizio degli anni '80, gli uomini, in corsia, non medici, erano pochi e fare carriera nell'Infermieristica non era un'alternativa largamente diffusa. Avevo tanti dubbi, fugati però anche dall'intervento di Lia, dal suo esempio, dalla forza che infondeva. Mi è stata vicino, è stata il mio modello, il mio maestro. Una persona con cui sono entrato subito in sintonia; un'insegnante, che, in breve, divenne un'amica, soprattutto per la comunione d'intenti dentro e fuori l'ospedale. Non posso negare che, anche grazie a lei, l'Infermieristica mi 'fulminò sulla via di Damasco': se ho fatto tutto quello che ho fatto, lo devo in larga parte a Lia! Perché mi diceva che tutto si può raggiungere se si hanno dei valori certi di riferimento. E lei era convinta che l'Infermieristica questi valori li avesse, trovando in me un sodale deciso

a sperimentare soluzioni innovative, guardando a pratiche in uso Oltreoceano”. “Quando l'Infermieristica non aveva ancora un grande riconoscimento sociale - continua Rocco -, Lia credeva fortemente nella dignità scientifica della materia. Già dopo pochi mesi di conoscenza, mi relazionai con lei con uno spirito collaborativo impensabile fra un docente e un discente. Per fare un esempio, cominciammo a lavorare sui 'Piani di assistenza', quando in Italia si seguiva il 'mansionario': l'infermiere si limitava a eseguire dei compiti, non prendeva in carico il paziente. Per Lia non andava bene così e, incoraggiata dalla direttrice, incitava gli allievi a 'osare' di più, guardando a modelli più moderni, pionieristici. Ero orgoglioso di lavorare con lei, di tutti gli stimoli che mi dava. Ho continuato a studiare, ad approfondire, a formarmi: Lia sosteneva molto lo sviluppo della mia carriera.

Per me, non è stata solo una collega, un punto di riferimento costante per elaborare strategie e sperimentare nuovi paradigmi infermieristici, ma una partner straordinaria con cui lanciare sfide difficili, e, nei momenti di maggiore tensione, per non avvilirsi. Quando lasciai la presidenza del Collegio Ispasvi di Roma, il passaggio di testimone a lei fu una scelta naturale, condivisa da una squadra di colleghi affiatata e lungimirante su cui ho sempre potuto contare. E i fatti ci hanno dato ragione, visto come ha ricoperto quell'incarico.

Lia è stata una compagna di viaggio eccellente anche nella vita privata, dato il grande rapporto di amicizia che lega le nostre famiglie.

La vita ci ha visto accanto nella simbiosi professionale, nella mutua cooperazione, in battaglie vinte e perse, in un turbinio di emozioni che hanno reso più vivida la sua visione: che l'Infermieristica fosse una disciplina riconosciuta ovunque, dalle Università al quotidiano. E io credo che ce l'abbiamo fatta, benché la strada sia ancora lunga...”.

Tutto pronto per il taglio del nastro della nuova sede in viale degli Ammiragli

Ecco la nuova casa degli infermieri romani. Da lunedì 30 maggio, la storica sede di viale Giulio Cesare ha chiuso i battenti, a vantaggio di una più grande, moderna e funzionale.

In termini di lontananza, rispetto a quella passata, la distanza è poca, visto che questa, infatti, si trova in viale degli Ammiragli 67.

Una location facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici, e in particolare con la metropolitana (fermate di Cipro e Valle Aurelia, dove, peraltro, è disponibile anche la connessione con la linea ferroviaria di superficie FL3 Roma-Viterbo).

La nuova sede garantisce i servizi di sempre, mantenendo invariati tutti gli indirizzi (web e di Pec) e gli stessi giorni e orari di apertura (lunedì-venerdì: 8.30/12.30 e lunedì e giovedì anche 14.30-17), ma, grazie agli interni assai più ampi e al risparmio sul contratto di locazione, è già pronta ad offrire un incremento delle attività per tutti gli iscritti e un ventaglio di opportunità sempre più a portata di mano. In particolare, la biblioteca...

Altra novità di rilievo, la sala formazione da 50 po-

sti, con proiettore e schermo gigante, in modo da agevolare gli aggiornamenti e le altre attività rivolte agli iscritti.

Nuovo look anche per la reception all'ingresso, con un moderno sistema a display per gestire l'utenza in attesa.

I soffitti della nuova sede, inoltre, sono contrassegnati da richiami grafici e cromatici al simbolo dell'OPI, giocando sui colori verde e rosso e sulla forma della "fiamma".

In generale, si passa dai 440 metri quadrati di viale Giulio Cesare agli attuali 640 metri quadrati.

Tuttavia, quest'importante incremento di cubatura e di spazi non ha determinato alcun aggravio di costi per l'Ordine. Anzi. Ha generato cospicui risparmi, considerando il canone di affitto più basso, che resterà invariato almeno per i prossimi 12 anni.

Senza considerare che, se si fosse scelto di ampliare e ristrutturare la vecchia sede, si sarebbero sostenuti ulteriori costi e conseguenti aumenti di canone, difficilmente ammortizzabili nel tempo.

Questi primi mesi di rodaggio stanno servendo a "oliare" tutti i meccanismi e ottimizzare tutti i nuovi ambienti a disposizione.

Il gradimento degli utenti è già evidente, ma la vera e propria inaugurazione, con benedizione e taglio del nastro, avverrà appena dopo la pausa estiva, alla ripartenza ufficiale di tutte le principali attività residenziali, sempre nel rispetto delle normative anticontagio vigenti.





Convegno SIDMI LAZIO: confronto sul Management post pandemia

Il 22 giugno si è tenuto a Roma, nella sala Montalcini dell'Ospedale Sant'Eugenio, il convegno regionale SIDMI LAZIO, Società per la direzione e il Management delle professioni sanitarie.

Focus su "Storie di innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie": ovvero, dopo due anni di pandemia, ci si è chiesti come sia cambiato il management in ambito sanitario. L'evento è stato realizzato in collaborazione con la UOC "Assistenza alla persona" della ASL Roma 2 e con il patrocinio dell'OPI di Roma.

L'apertura dei lavori è stata affidata a **Maria Grazia Montalbano**, vicepresidente SIDMI, dirigente Professioni sanitarie e presidente della Società Lusan/Serenissima. Presente anche il presidente SIDMI, **Bruno Cavaliere**, che ha annunciato il XXVI Congresso nazionale della Società, in programma a Torino il 20 e 21 ottobre 2022. Info: <https://www.sidmi.it/iscrizione/>

Numerose le tavole rotonde che si sono succedute nel corso della mattinata, e che hanno visto come moderatori: **Carlo Turci**, vicepresidente OPI di Roma e direttore del Dipartimento Professioni Sanitarie ASL Roma 4; **Daniela Tartaglino**, direttore Direzione assistenziale Campus Bio-Medico e **Giorgio Casati**, direttore generale della ASL Roma 2.

Nella sessione pomeridiana, spazio ai poster e alla premiazione delle tre migliori buone pratiche. A presiedere la commissione scientifica SIDMI Lazio, **Alessia De Angelis**, dirigente infermieristico della ASL Roma 3. Info e approfondimenti sono disponibili sui canali social SIDMI e sul sito del coordinamento laziale all'indirizzo: <http://www.cidlazio.cloud>

A livello nazionale, poi, FNOPI e SIDMI hanno identificato in un protocollo d'intesa appena sottoscritto, le azioni da promuovere in quattro ambiti: formazione, ruolo manageriale, *staffing* ("personale giusto al posto giusto") e specializzazioni. Si punta a: il superamento delle disomogeneità nazionali, nella struttura organizzativa della dirigenza delle professioni infermieristiche, troppo spesso soggetta a "interpretazioni" e a volte negata; il rafforzamento di queste strutture e l'articolazione in diversi livelli con ambiti di dirigenza e coordinamento specifici; l'accesso degli infermieri a tutte le opportunità dirigenziali del SSN; lo sviluppo di processi formativi specifici per la dirigenza in ambito sanitario e sociosanitario con percorsi integrati con Enti accademici e imprenditoriali italiani ed esteri.

L'intero testo del protocollo è reperibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2022/04/PROTOCOLLO-D'INTESA-FNOPI-SIDMI.pdf>

In Breve

AL GEMELLI La senatrice Annamaria Parente elogia il lavoro degli infermieri

Il 13 giugno, la presidente della Commissione Sanità del Senato della Repubblica, **Annamaria Parente**, su invito del Direttore delle Professioni Sanitarie del Policlinico Gemelli e presidente OPI Roma, **Maurizio Zega**, ha visitato diversi reparti del noto nosocomio capitolino. Nell'incontro che si è svolto a margine, in Aula Magna con i Coordinatori, Parente ha parlato di "Scienza della cura" e di continuità assistenziale (tra sistema ospedaliero e territoriale), rendendo omaggio allo straordinario lavoro degli operatori sanitari, portato avanti sempre, al di là del periodo legato alla pandemia da COVID-19.



In Breve

PNRR e Missione 6 Evento Federsanità

Il 22 e il 23 giugno, presso la sala congressi "La Nuvola", si è svolto l'evento organizzato da Anci sul PNRR nei comuni e nelle città. "Missione Italia", questo il titolo della due giorni, al quale hanno preso parte anche molti esponenti della professione infermieristica. All'interno della manifestazione, precisamente il 23 giugno, infatti, Federsanità ha promosso l'incontro dal titolo: "Salute e territorio nel PNRR, la rete dell'assistenza delineata dalla Missione 6", moderato dalla presidente nazionale della Confederazione, **Tiziana Frittelli**, e alla presenza delle massime autorità sanitarie nazionali e regionali.



Infermieri, primo Rapporto sulle violenze Sono 125 mila i casi sommersi in un anno

Il 32,3% degli infermieri, pari a circa 130 mila professionisti, nell'ultimo anno, ha subito violenza durante i turni di lavoro. Ma 125 mila casi sono casi sommersi. Nel 75%, le vittime sono donne.

È quanto emerge dalla ricerca CEASE-it (*"Violence against nurses in the work place"*), conclusa ad aprile 2021 e svolta da otto università italiane (capofila, l'Università di Genova) su iniziativa della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (FNOPI).

Numeri che, in molti casi, non sono intercettati e registrati in quanto le aggressioni non vengono neppure denunciate perché ormai sono percepite e considerate, dagli stessi infermieri, come dinamiche connaturate alla professione.

Si configura così, con proporzioni vastissime, il fenomeno del "sommerso".

Ogni anno l'Inail registra 11 mila casi di violenza denunciati come infortuni sul lavoro: 5 mila sono infermieri. Un dato che rende, questa categoria, la più soggetta al fenomeno. Ma, ai numeri ufficiali, bisogna aggiungere le 125 mila vittime che non hanno denun-

ciato.

Su queste dinamiche pesa la carenza di infermieri negli organici: un'assistenza efficiente si ha con un rapporto infermiere paziente 1 a 6 ma, allo stato attuale, il rapporto è 1 a 12.

Secondo la FNOPI, in base agli standard previsti del cosiddetto DM 77/2022 (delibera 21 aprile 2022 del Consiglio dei Ministri), occorre aumentare l'attuale organico con 70 mila infermieri aggiuntivi. Con l'attuale carenza si restringe pericolosamente il tempo di cura oppure si aumenta la possibilità che l'infermiere precipiti in una condizione di *"burnout"* (33%). A ciò, bisogna aggregare il 10,8% di chi ha subito violenza che presenta danni permanenti a livello fisico o psicologico.

Per comprendere le drammatiche proporzioni del problema, è utile un raffronto: il 46% degli infermieri ha subito violenze durante l'esercizio della professione, i medici si attestano al 6%.

"Per restituire dignità all'attività professionale e per garantire la sicurezza degli infermieri durante l'orario lavorativo, spiega **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione degli infermieri - è quanto mai urgente inserire questa professione tra le categorie usuranti, mentre ora è riconosciuta soltanto la classificazione tra i 'lavori gravosi'. Lo studio descrive le caratteristiche degli episodi di violenza e individua i fattori predittivi e le cause. I correttivi di cui c'è bisogno derivano da qui. E su queste basi sarà sicuramente più immediato il lavoro dell'Osservatorio di tutte le professioni che il Ministero della Salute coordina, anche per organizzare la formazione".

"Lo studio ha dimostrato che gli infermieri conoscono i tratti e le caratteristiche di un potenziale comportamento di aggressione fisica o verbale; tuttavia per varie ragioni non riescono a intercettare e prevenire questi episodi", spiega la professoressa **Annamaria Bagnasco**, dell'Università di Genova, coordinatrice della ricerca. "Una delle concause dimostrate dallo studio - spiega - è la comunicazione inadeguata che avviene tra il personale e l'assistito e/o l'accompagnatore; tuttavia, i processi comunicativi sono ampiamente influenzati dall'ambiente di lavoro, dallo *staffing* e dal benessere dei professionisti. In questo momento, lo studio sta fornendo ulteriori dati su cui stiamo lavorando, per mettere in correlazione lo *staffing*, il benessere degli operatori e il benessere dei professionisti con gli episodi di aggressione, al fine di poter ipotizzare i fattori predittivi di questi eventi".

Sullo stesso argomento è intervenuto in numerose trasmissioni e dibattiti televisivi (da Rainews24 al Tg4) il presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**.



Stati Generali della professione Verso una sintesi dei primi dati raccolti

Gli Stati Generali della professione infermieristica, annunciati il 12 febbraio in Consiglio nazionale, proseguono il loro percorso ed entrano ora in una nuova fase, terminata quella di ascolto di tutti gli iscritti, degli OPI e dei Coordinamenti regionali e interregionali.

Dal 28 marzo (data di lancio) al 2 maggio (data di chiusura) sono stati 8.672 i contributi che singoli infermieri e infermieri pediatrici hanno caricato sulla piattaforma <https://statigenerali.fnopi.it/> rispondendo a domande tematiche sullo sviluppo nei prossimi anni della Professione.

Successivamente, è stata poi data possibilità agli Ordini provinciali di inviare, a loro volta, dei contributi, in forma associata.

Tutto il materiale raccolto verrà ora analizzato, organizzato, elaborato in specifici *position paper* che verranno sottoposti ad associazioni, sindacati, mondo scientifico e accademico, cittadini, altre professioni e *stakeholder*, per convergere in un documento definitivo, una *road-*

map di obiettivi a breve, medio e lungo termine per lo sviluppo virtuoso della professione a beneficio dei pazienti e in generale di tutta la società.

Alla consultazione on line hanno partecipato in prevalenza donne (70,5%), con un'età media di 40 anni. Le regioni che hanno risposto con maggiore entusiasmo sono state: Lombardia (assicurando il 20,4% del totale contributi pervenuti), Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna e Campania. **Dal Lazio è pervenuto il 7,6% del totale contributi su base nazionale.**

Nella "nuvola di parole" riportata in pagina, i termini più ricorrenti, tra le migliaia di risposte pervenute è un' semplificazione grafica di alcuni concetti emersi con maggiore insistenza.

Una prima sintesi di tutti i dati inviati è stata resa durante il Laboratorio Sanità del *Forum Risk Management*, in programma a Napoli il 7 e 8 luglio, all'interno di un evento formativo a cura degli OPI della Campania.

Seguiranno ulteriori appuntamenti in tutta Italia per continuare ad affrontare le tematiche oggetto degli Stati Generali.



In Breve

Il 2 giugno a Roma le Professioni socio-sanitarie per la prima volta alla parata

Il 2 giugno è la Giornata che celebra la nascita della Repubblica Italiana, che, dopo la Seconda Guerra Mondiale, con il referendum del 1946, sancì la fine della monarchia. Quest'anno, il Paese ha festeggiato dal vivo, dopo la lunga notte del COVID e, fra i protagonisti della parata ai Fori Imperiali, anche le Professioni socio-sanitarie. Per la prima volta nella storia della Repubblica, accanto alle Forze armate, davanti al Presidente Mattarella e alle massime autorità civili e militari, ha sfilato un'altra forza, quella che rappresenta la tutela della salute, della qualità della vita, e la difesa della nostra nazione da nemici subdoli come i virus, ma anche dalle patologie che provocano ogni anno oltre 600mila decessi: le Professioni socio-sanitarie, con in testa il ministero della Salute.

I rappresentanti di oltre 1,5 milioni di professionisti (medici, odontoiatri, veterinari, infermieri, farmacisti, ostetriche, tecnici sanitari, Professioni della riabilitazione e della prevenzione, chimici, fisici, biologi, psicologi, assistenti sociali) hanno sfilato a testimonianza del loro valoroso impegno, sempre al fianco del cittadino.

"L'impegno di chi lavora per la tutela della salute è di curare e assistere tutti -spiegano i rappresentanti delle oltre 30 professioni socio-sanitarie-, prevenendo la diffusione dei virus, degli inquinanti ambientali, delle patologie e delle disabilità. Abbiamo saputo affrontare tutti i livelli di bisogni, rischi e assistenza, in tutti i momenti, in tutti i contesti. Su questo dovremo continuare a lavorare sempre più nell'ottica proattiva della prevenzione. Il futuro che ci aspetta dipende anche da noi, da quello che abbiamo fatto e da quello che continueremo a fare".



Si è concluso il Congresso nazionale itinerante.

Il Ministro Speranza: “La vostra professione fondamentale nella Sanità del futuro”

“**M**ai, come oggi, è stata più condivisa la consapevolezza di quanto sia fondamentale il contributo che gli infermieri apportano, ogni giorno, al Servizio Sanitario Nazionale con il proprio prezioso lavoro. Una professione, la vostra, che avrà un ruolo fondamentale anche nella sanità di domani e che vogliamo valorizzare per rafforzare la nostra capacità di prestare cure e assistenza”.

Così, il ministro della Salute, **Roberto Speranza**, nel suo messaggio in occasione della tappa conclusiva, al teatro Politeama Garibaldi di Palermo, del Congresso itinerante FNOPI partito, ormai un anno fa,

da Firenze, patria di Florence Nightingale, fondatrice della Scienza Infermieristica moderna.

Nella Giornata internazionale dell'Infermiere, il 12 maggio, il suo augurio arriva ai 456 mila professionisti che operano in Italia. “Nella Giornata a voi dedicata - ha scritto - desidero rivolgervi il mio personale ringraziamento per l'impegno profuso nei giorni più difficili della pandemia, oltretutto per il lavoro quotidiano, rinnovando l'impegno a sostenere la vostra professione in ogni ambito della sanità pubblica”.

Per la tappa finale, arriva la medaglia del Presidente della Repubblica

Nella Giornata internazionale dell'infermiere, è stata conferita la Medaglia del Presidente della Repubblica all'evento conclusivo del secondo Congresso nazionale itinerante FNOPI, a Palermo (la prima tappa è stata il 12 maggio del 2021 a Firenze, città Natale di Florence Nightingale, madre dell'Infermieristica moderna).

La Medaglia di Rappresentanza è un atto che rientra nella piena discrezionalità del Capo dello Stato, ed esprime l'ideale partecipazione del Presidente della Repubblica a iniziative ritenute particolarmente meritevoli.

La Medaglia, dunque, è un riconoscimento istituzionale di grande valore, che premia gli infermieri in conclusione del loro Congresso dove sono state portate in evidenza 72 *best practice* per una nuova assistenza sul territorio (tutte replicabili anche a livello nazionale) e che conferma la valenza degli obiettivi dell'iniziativa e la loro rilevanza a livello nazionale. “Si tratta di un riconoscimento dal grande significato - ha detto **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione - che onora sia la Federazione che tutti gli infermieri d'Italia che, durante la pandemia, non hanno mai fatto mancare la loro presenza, la loro assistenza e la loro

vicinanza alle persone. Come Comitato centrale della FNOPI, siamo felici di aver programmato e sostenuto l'iniziativa fin dalla sua gestazione e produrremo il massimo sforzo, insieme a tutti gli infermieri, anche per proseguire a testa alta la nostra attività: la medaglia del Capo dello Stato è uno stimolo e un incoraggiamento molto importante!”.



Verso il Forum Risk di Arezzo. Evento a Tor Vergata sugli scenari sanitari post pandemia

Prossimità, innovazione, integrazione ed eguaglianza.

Saranno questi i temi della XVII Edizione del *Forum Risk Management* di Arezzo, in programma a novembre, che, il 30 maggio scorso, presso l'Aula Fleming dell'Università degli Studi di Tor Vergata, ha visto per la prima volta svolgersi a Roma un evento di avvicinamento dal titolo: "PNRR e gestione del rischio in sanità: opportunità e prerogativa nel nuovo scenario sanitario".

Gli obiettivi formativi sono stati delineati dai Responsabili Scientifici (**Paolo Casalino** ed **Alessandro Sili**, assieme a **Fernando Capuano**, presidente nazionale della Simedet) ai dirigenti delle Professioni Sanitarie del Policlinico Tor Vergata che hanno sottolineato quanto: "la ripartenza del Servizio Sanitario Nazionale passi dalla sua riorganizzazione. La disponibilità di fondi offerti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e le tecnologie moderne sono un'opportunità da utilizzare al meglio, realizzando una compenetrazione tecnico assistenziale e manageriale per creare valore

e ridurre gli sprechi in sanità".

L'iniziativa, in pochi giorni, ha fatto registrare il tutto esaurito, con la possibilità della diretta live sui canali della Fondazione Gutenberg per la sicurezza e la qualità delle cure. Anche perché il convegno Ecm ha trattato, tra l'altro, del potenziamento dell'assistente territoriale. Durante la tavola rotonda del pomeriggio, è intervenuto il presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, **Maurizio Zega**, insieme ai rappresentanti degli altri principali Ordini professionali, che ha affrontato temi quali l'attrattiva professionale, le prospettive di carriera, lo *staffing*, mettendoli in relazione con lo scenario territoriale e con gli impegni del PNRR.

Con oltre 20 miliardi di euro (tra PNRR, React Eu e Piano Complementare), la Missione 6 offre, infatti, la concreta possibilità di trasformare l'emergenza sanitaria, nata dalla pandemia da SARS COV-2, in un vero e proprio rafforzamento e rilancio della sanità pubblica, rendendo le strutture del SSN più moderne, digitali e inclusive, garantendo equità di accesso alle cure e rafforzando la prevenzione e i servizi sul territorio con il coinvolgimento attivo e partecipativo di tutte le Professioni Sanitarie. "Il PNRR ha creato i contenitori, ma questi ultimi vanno 'abitati' e usati consapevolmente - ha detto Zega -. D'altra parte, l'esperienza pandemica ha dimostrato come diversi modelli regionali di assistenza sociosanitaria abbiano prodotto risposte molto diverse tra loro. Si è rivelata fondamentale, in Veneto ad esempio, aver storicamente puntato sul territorio anziché sui soli ospedali. Si rivelerà strategico agire su uno *staffing* adeguato, per dare sostanza a tutte le progettualità in atto e su una vera interprofessionalità nella presa in carico globale del cittadino. Il sistema meramente 'riparativo' dei nostri nosocomi non è più adatto per i Paesi dell'UE, dove la popolazione anziana è destinata ad aumentare: occorre un cambio di paradigma".

Per Fernando Capuano: "il PNRR costituisce un'occasione unica per il nostro Paese per garantire in maniera equa ed universale l'assistenza sanitaria di prossimità diffusa capillarmente su tutto il territorio nazionale insieme alle cure primarie ed intermedie, a partire dalle categorie più fragili e vulnerabili".

L'esperienza pandemica ha evidenziato l'importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali.

Per tale motivo, la Simedet propone programmi di formazione avanzata, specialistica e interprofessionale da realizzarsi con le strutture di formazione permanente sia pubbliche che private.

VERSO IL 17° FORUM

PNRR E GESTIONE DEL RISCHIO IN SANITÀ

Opportunità e prerogativa nel nuovo scenario sanitario



L'uomo narra storie Le narrazioni plasmano il modo di prendersi cura di sé e degli altri



Vincenzo Alastra (a cura)
Narrazioni che disegnano mondi
2019, Pensa MultiMedia editore
(218 pagg, 22 Euro)

Questa originale pubblicazione si propone di fare da “ponte” verso il futuro, per continuare ad animare la comunità di persone, operatori sanitari, sociali, educativi e non, sempre più interessata alla Medicina Narrativa e alla sua funzione nei diversi contesti relazionali e di cura.

Accostarsi alla narrazione, in particolare per i professionisti della Salute, dell'educazione e della formazione, significa avere la possibilità di mantenere in primo piano il fatto che le discipline e le pratiche di loro competenza si rivolgono alla persona nella sua globalità, prefiggendosi di comprenderla come tale, nell'integra complessità con la quale la si incontra e la si riconosce.

Il libro, nato da fecondi “Pensieri Circolari”, alimentati da studiosi di riferimento in diversi contesti, si propone come occasione per esplorare, interpretare e connettere il proprio e l'altrui pensare e sentire, utilizzando modalità e dispositivi metodologici non banali; per esercitare un pensiero critico e interrogante intorno al proprio operato, ai valori posti a fondamento del proprio agire e ai fini che le Organizzazioni per la salute perseguono; per ripensare in maniera rifondativa, alla luce di tutto ciò, i modi di prendersi cura degli altri e di sé. Questo desiderio di “pensare”, in un panorama scientifico e tecnologico in rapida evoluzione com'è quello attuale, si propone con particolare urgenza, chiedendo di acquisire uno sguardo profondo, di ricercare spazi per la riflessione congiunta verso una rinnovata concezione di salute.

Le storie contenute in questo volume costituiscono un potente “dispositivo” per porre in relazione le persone: attraverso di esse, le conoscenze, i pensieri, le esperienze e le emozioni degli uni entrano in contatto con quelle degli altri, in quella che si può definire “circularità relazionale” (ovvero, narrazione e ascolto danno vita a una processualità a spirale).

La vita umana è contraddistinta dai significati, cioè, la nostra vita è condizionata più dalle opinioni e dai significati che attribuiamo agli eventi che dagli stessi.

Un sistema di costruzione sociale dei significati e dei vissuti: tutto si crea e si trasforma in funzione delle interazioni e degli scambi reciproci, secondo traiettorie che, via via, possono apparire come imprevedibili, generatrici di altri mondi possibili.

Anche in tal senso, i processi narrativi e le storie che li animano si propongono come sistemi complessi che costituiscono, perciò, costrutti che ci aiutano a comprendere le pratiche di cura improntate al paradigma narrativo nei diversi contesti operativi, formativi e di promozione della salute.

Il libro esplora le varie forme in cui la *Narrative Based Medicine* può unirsi in modo complementare con la *Evidence Based Medicine*, avvalendosi del rigore scientifico e della chiarezza espositiva dei numerosi esperti del settore coinvolti.

Dietro c'è un'idea forte, quasi “rivoluzionaria”: improntare le pratiche di cura al paradigma narrativo, recuperando l'originaria e irrinunciabile dimensione relazionale della cura, senza sminuire l'aspetto tecno-scientifico della Medicina.

Partendo da un'analisi della complessità incontrata nei percorsi di cura e valutata non solo anche come opportunità, il testo (attraverso la Narrazione poetica, il Laboratorio di sguardi, immagini e parole, il *Digital storytelling*, l'Autobiografia ragionata, il Dialogo e l'Intervista narrativa) approfondisce, in modo sintetico e facilmente comprensibile, le varie modalità e tecniche con cui la narrazione di malati, *caregiver* e professionisti sanitari è utilizzata per fondare o irrobustire la relazione di cura e anche per ipotizzare di riorganizzare i sistemi di cura centrandoli sui bisogni e sulle preferenze dei vari attori in scena.

In un momento storico come quello attuale, in cui pare evidente che tanti giovani faticano a trovare significati e in cui la polarizzazione delle opinioni sembra l'unica via percorribile, la risposta resta quella che ciascuno può essere invitato ad investigare le possibili storie nella propria quotidianità, nel proprio contesto, nelle proprie relazioni educative.



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

Il nuovo CCNL del personale comparto sanità Triennio 2019 -2021

Avv. Barbara Pisa



In data 15 giugno 2022, l'Aran e le Organizzazioni e Confederazioni sindacali rappresentative del Comparto Sanità hanno sottoscritto l'ipotesi di rinnovo del CCNL - Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori - del comparto sanità.

Il nuovo contratto, in vigore per il periodo 1° gennaio 2019-31 dicembre 2021, interessa 545 mila lavoratrici e lavoratori, dipendenti di Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Numerose le novità previste dal nuovo CCNL.

Tra queste, il definitivo superamento delle vecchie categorie B/BS, C e D/DS, e l'introduzione di 5 nuove aree.

In particolare, ai sensi dell'art. 15 del nuovo CCNL, il personale viene ripartito nei successivi differenti **ruoli: sanitario, socio-sanitario, amministrativo, tecnico e professionale.**

Vengono poi istituite **cinque aree**, che corrispondono a cinque differenti livelli di conoscenze, abilità e competenze professionali:

- Area del personale di supporto
- Area degli operatori
- Area degli assistenti
- Area dei professionisti della salute e dei funzionari**
- Area del personale di elevata qualificazione

Rientrano automaticamente nell'area dei **professionisti della salute e dei funzionari** tutti i profili precedentemente ascritti alla **categoria D - livello economico Ds.**

Inoltre, si prevede che, a decorrere dal 1° gennaio 2023, per l'area dei professionisti della salute e dei funzionari sono **disapplicati** i seguenti suffissi:

- ruolo sanitario: il suffisso di "collaboratore professionale sanitario";
- ruolo sociosanitario: il suffisso di "collaboratore professionale".

A decorrere dal 1° gennaio 2023, gli **infermieri e gli infermieri pediatrici** apparterranno automaticamente **all'area dei professionisti della salute e dei funzionari**, profilo professionale del **ruolo sanitario.**

Altra importante novità riguarda il **sistema degli incarichi**, che si basa su principi di maggiore responsabilità, di impegno

realmente profuso, valorizzazione del merito e della prestazione professionale.

In particolare, vengono istituiti in tutti i ruoli **incarichi** di:

- posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- **funzione organizzativa**, per il solo personale inquadrato nell'**area dei professionisti della salute e dei funzionari**;
- **funzione professionale**, per il personale inquadrato nell'**area dei professionisti della salute e dei funzionari**, nell'area degli assistenti e nell'area degli operator. La durata degli incarichi è di cinque anni.

L'incarico di **funzione organizzativa** comporta l'assunzione di specifiche responsabilità, quali **per il personale del ruolo sanitario**: la gestione dei processi clinico assistenziali, diagnostici, riabilitativi, di prevenzione e formativi, anche di tutoraggio, connessi all'esercizio della funzione sanitaria con autonomia, conoscenze e abilità, anche elevate, atti ad organizzare e coordinare fattivamente l'attività propria e dei colleghi.

Per poter essere destinatari di un incarico di funzione organizzativa, occorre il possesso di uno dei seguenti requisiti:

- **Diploma di laurea o titolo equipollente** e almeno **cinque anni di esperienza** professionale nel profilo di appartenenza;

- per la sola **funzione di coordinamento**, che costituisce un incarico di funzione organizzativa, il possesso dei requisiti di cui all'art. 6, comma 4 e 5 della legge n. 43/2006: a) Master di primo livello in Management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza; b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza; c) in alternativa, essere in possesso del certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica.

L'incarico di **funzione professionale** viene suddiviso in tre fasce economiche:

- incarico di complessità base;
- incarichi di complessità media;
- incarichi di complessità elevata.

Il personale con incarico di **funzione professionale di base** esercita attività e funzioni connesse all'area e al profilo di appartenenza aderenti all'organizzazione della struttura aziendale di assegnazione.

Al personale appartenente **all'area dei professionisti della salute e dei funzionari** (ivi

compreso, quindi, il personale infermieristico), l'articolo 31 del CCNL prevede **l'attribuzione automatica**, per il personale neoassunto e per il personale non destinatario di un incarico di media o elevata complessità, di un **incarico di funzione professionale di complessità base**.

Il trattamento economico derivante dall'attribuzione **dell'incarico di funzione** assume la denominazione di "**Indennità di funzione**". **L'indennità di funzione**, per gli **incarichi di media ed elevata complessità**, si compone di una **parte fissa** - coincidente con il

Area	Tipologie incarichi di funzione	Complessità	Valori annui lordi per 13 mensilità	
			minimo (parte fissa)	massimo
Area dei Professionisti della salute e dei Funzionari	Organizzativa	Elevata	9.501	13.500
	Organizzativa	Media	4.000	9.500
	Professionale	Elevata	9.501	13.500
	Professionale	Media	4.000	9.500

Tabella di cui al comma 7 dell'art. 32:

valore minimo di cui alla tabella riportata al comma 7 dell'art. 32 del CCNL in esame - e di una **parte variabile**.

Tali valori sono lordi per tredici mensilità.

Il valore dell'incarico di **complessità base** è composto della **sola parte fissa**, ed è stabilita in Euro 1.000 annui, compresa la tredicesima mensilità, salva la possibilità di un incremento non superiore a 300 euro, da stabilirsi in sede di contrattazione integrativa.

Ed ancora, merita di essere menzionato l'art. 43 del nuovo CCNL che, nell'ottica di una maggiore agevolazione della **funzione genitoriale**, introduce una priorità nel concedere **l'impiego flessibile per i genitori di figli minori di anni 12** che lavorano e che sono entrambi turnisti, consentendo ai medesimi, ove non ostino particolari ragioni organizzative, lo svolgimento di turni di servizio opposti.

Viene inoltre perfezionata la norma che riconosce i festivi infrasettimanali anche al personale turnista, che potrà inoltre beneficiare dei permessi ad ore della Legge 104, effettuando una programmazione mensile delle giornate e/o degli orari di fruizione di tale permesso e comunicandola all'azienda entro il giorno 20 del mese precedente.

Queste sono solamente alcune delle importanti novità introdotte dal nuovo contratto nazionale in quanto sarebbe impossibile, in tale sede, analizzarle tutte.

È infine opportuno precisare che, per il riconoscimento di arretrati, indennità Covid e aumenti retributivi, sarà necessario attendere il via libera da parte della Ragioneria e della Corte dei Conti.



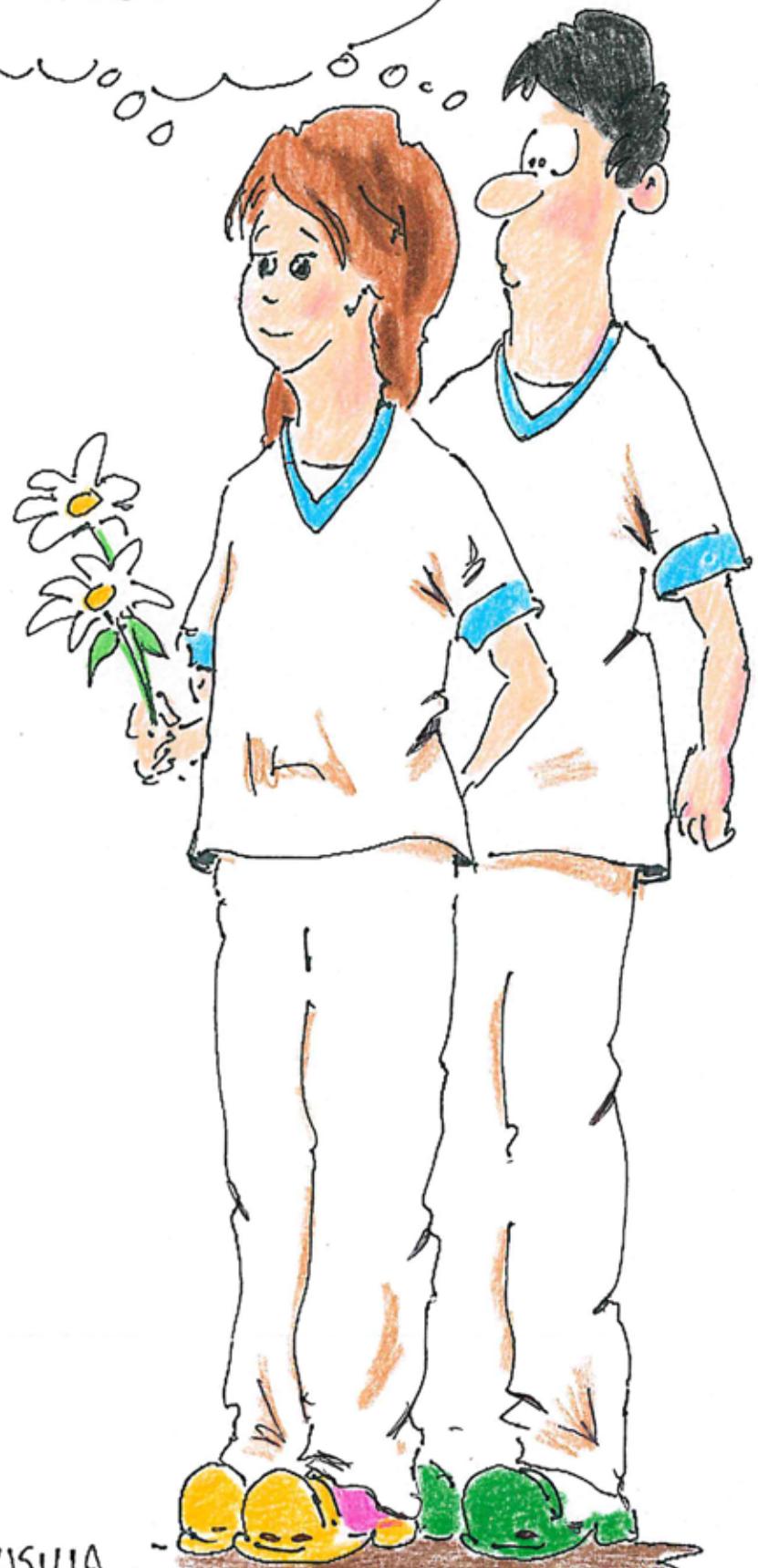
Per quesiti e problematiche di natura legale, il consulente dell'Ordine riceve, previo appuntamento telefonico, al numero 06/37511597, il **lunedì**, 9.30-11.30 e il **giovedì**, 15-17.

Info:

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

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

CIAO PRESIDENTE...



IN RICORDO DI AUSILIA...

©Bito '22

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

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

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

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

FIGURE E TABELLE

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

CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

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

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per "ad esempio"

n. per "numero"

p./pp. per "pagina/pagine"

vol./voll. per "volume/volumi"

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

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

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

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

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

Viale degli Ammiragli 67, 00136 Roma
Metro Cipro
Tel 0637511597 - Fax 0645437034
ordine@opi.roma.it



OPI ROMA

a portata di click!



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



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



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



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