

INFERMIERE

OGGI

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

Corsi e Ricorsi

*Un'infermiera Prorettrice, la prima in Italia
Frenare il progresso non è mai conveniente*



In copertina: Vivian Malone Jones, prima statunitense afroamericana immatricolata all'Università dell'Alabama (1963) - Rights to owner

L'anno parte sotto i migliori auspici per la Professione, con la nomina a Prorettrice dell'Università di Tor Vergata della professoressa Rosaria Alvaro. Prima infermiera in Italia a ricoprire un ruolo così prestigioso in uno degli atenei che, negli ultimi anni, si è distinto di più, a livello nazionale e internazionale, nella valorizzazione accademica dell'Infermieristica.

Intanto, tra qualche settimana, gli elettori saranno chiamati alle urne per indicare il nuovo Presidente della Regione: il Lazio ha sì risanato i suoi debiti in Sanità, ma quando si parla di Salute in termini di territorio e di prossimità (punti cardine del PNRR), i progetti stentano a decollare. Se non fosse per alcune, positive realtà, dunque, verrebbe da credere che le parole degli infermieri cadano tristemente nel vuoto. È davvero così? Bisognerà rassegnarsi a non essere ascoltati dalla Politica, alla carenza di personale, al vincolo di esclusività, all'attrattiva della Professione in caduta libera?

Il futuro è tutto da scrivere, ma gli infermieri saranno sicuramente tra i protagonisti.

EDITORIALE

- 2_ Una gran bella notizia per la nostra Professione
di Maurizio Zega



- 4_ Strumenti e teorie dalla Psicologia comportamentale nella costruzione di interventi efficaci per un'aderenza degli operatori sanitari alle buone pratiche nell'*infection control*. Una Revisione della letteratura
Clara Viturale, Anna Chiara Gigi, Alessia Arcangeli
- 27_ Chirurgia della mammella nel *setting* oncologico: indagine sulle richieste di assistenza
Nicolò Panattoni, Emanuele Di Simone, Mariapaola Decrestina, Valeria Curmà, Silvia Ronchi, Giampiero Giansanti, Zacharie Mushengezi, Monica Iorio, Alessio Gargano, Francesco Caldarola, Elisa Croce, Fabrizio Petrone
- 32_ JBI Best Practice. L'efficacia degli interventi per ridurre lo stress e/o il *burnout* nel dipartimento di emergenza
- ### DAL CECRI
- 36_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 37_ Estratto della Linea Guida per la gestione integrata del Trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva
- 47_ Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI
- 49_ Al Congresso nazionale SIDMI premiati ricercatore e progetto CECRI



DALL'ORDINE

- 50_** Zega: "L'Ordine ha bisogno di ognuno di voi. Punteremo sempre più su ricerca e corsi ECM per tutti"
- 51_** L'OPI consegue la certificazione ISO 37001 contro la corruzione
- 52_** Approvato il Bilancio preventivo

DALLA FNOPI

- 56_** Al Forum Risk di Arezzo il documento finale degli Stati Generali della Professione
- 57_** Il docufilm del Congresso itinerante in esclusiva su RaiPlay

DALLA REGIONE

- 58_** Convegno sulla salute mentale "Il Natale non è come un film"
- 59_** Rosaria Alvaro Prorettrice all'Università di Tor Vergata

OPI DI BIBLIOTECA

- 60_** Storie esemplari in pandemia per ricordare e ringraziare chi si è preso cura degli altri

PILLOLE LEGALI

- 61_** La Corte costituzionale si è pronunciata sulla legittimità costituzionale dell'obbligo vaccinale

64_ LA VIGNETTA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXII - N. 4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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, Nataschia Mazzitelli, Maria Grazia
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,
Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

Stampa
Idealgraf S.r.l.
via Sicilia 6 - 06012 Città di Castello (PG)
tel. 075/8511613
Progetto grafico e impaginazione: Ars Media Group srl
Copertina: Ars Media Group srl
ph. credits: freepick.com
Finito di stampare: gennaio 2023
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 gran bella notizia per la nostra Professione

di Maurizio Zega



La nostra professione non attrae: è una certezza. E il danno di questa situazione è evidente: continua la carenza di infermieri



Ci piace iniziare questo editoriale con la notizia, recente, che la nostra collega Rosaria Alvaro, Professoressa Ordinaria presso l'Università di Tor Vergata, è diventata Prorettore di quell'ateneo.

Auguri e congratulazioni a lei!

Ma non è solo il riconoscimento alla persona che ce la rende una bella notizia. È che una collega, in posizione di vertice nell'organizzazione di un grande ateneo, significa che l'autonomia scientifica della nostra disciplina di studio, non solo si è consolidata sul piano teorico, ma, da esso, sta passando - com'è ovvio e giusto - anche su quello operativo.

Un processo evolutivo che è nelle cose stesse: resistere a questa evoluzione sarebbe come voler fermare l'acqua con le mani, non c'è *lobby* che tenga.

Stanno però in aperto - e verrebbe da dire schizofrenico - contrasto con questa significativa notizia i dati che riguardano la "attrattività" della nostra professione: a dispetto del fatto che essa si faccia sempre più spazio anche nei ruoli apicali delle università, ancora una volta, i posti messi a bando per le lauree in Infermieristica non vengono tutti coperti, visto che i partecipanti sono meno dei posti.

La nostra professione non attrae: è una certezza. E il danno di questa situazione è evidente: continua la carenza di infermieri. Perdipiù, c'è un obiettivo pericolo di abbassamento dei livelli qualitativi, non potendo effettuare un'opportuna selezione.



Quel che occorre è un vero e proprio cambio di paradigma nella gestione del Servizio Sanitario: in mancanza di disponibilità finanziarie adeguate, si dovranno recuperare risorse attraverso un più efficace processo di programmazione e razionalizzazione della spesa



Né migliori notizie sembrano arrivare dal fronte delle risorse che la legge finanziaria prevede per la Sanità.

Rispetto al 2022, la crescita è limitata (2,1 per cento) ed è destinata in gran parte a compensare gli aumenti legati al caro energia (1,4 miliardi sono vincolati a tale obiettivo). Mentre il rapporto fra la spesa sanitaria e il Pil è previsto in progressiva discesa, fino a portarsi, già dal 2024, su livelli inferiori a quelli precedenti la crisi Covid.

Se si pensa all'andamento demografico per il quale già oggi il nostro Paese è caratterizzato da una quota di popolazione anziana superiore alla media europea, la situazione appare davvero preoccupante...

Quel che occorre è un vero e proprio cambio di paradigma nella gestione complessiva del Servizio Sanitario: in mancanza di disponibilità finanziarie adeguate, si dovranno recuperare risorse attraverso un più efficace processo di programmazione e razionalizzazione della spesa. È, in sostanza, quanto si prevedeva nel PNRR, con l'allocatione delle risorse nella direzione di una sanità territoriale proattiva, in grado di rispondere alla domanda di assistenza socio-sanitaria prevalente e perciò anche capace di contribuire alla sostenibilità finanziaria del sistema.

Nel prossimo febbraio, nel Lazio si voterà per il rinnovo della Amministrazione Regionale, che - com'è noto - ha rilevanti competenze proprio in Sanità. Noi vorremo parlare con i candidati alla presidenza che inviteremo a confrontarsi con l'Ordine nelle prossime settimane.

A loro, fin da subito, qualche suggerimento.

“

A febbraio, nel Lazio, si voterà per il rinnovo della Amministrazione Regionale, che ha rilevanti competenze proprio in Sanità. Noi vorremo parlare con i candidati alla presidenza che inviteremo a confrontarsi con l'Ordine

”

Per quanto riguarda la carenza di Infermieri, nell'immediato si aprono solo due possibili soluzioni. La prima è che si può ricorrere a personale infermieristico proveniente dall'estero, con i rischi sulla qualità della formazione professionale degli infermieri che sono ben noti.

È una possibile "soluzione", ma quando si considera che, in Europa, gli Infermieri formati in Italia sono richiestissimi (e molti colleghi, legittimamente, ascoltano queste sirene andando a lavorare dove sono più considerati e meglio pagati), viene un po' da digrignare i denti per il fatto che si sia costretti a ricorrervi.

Oppure, si può cominciare a ragionare su un diverso utilizzo del personale di supporto, ma non con brutale semplicismo (quasi criminale, vista la natura dei problemi trattati!), attraverso improbabili e impraticabili promozioni sul campo. Chi pensa in questi termini, o è un pericoloso ignorante oppure è in cerca di scaricabarile per evitare di assumersi la responsabilità che gli compete.

Un primo passo su un diverso utilizzo delle risorse degli Operatori di supporto deve transitare dal passaggio della loro formazione all'ambito sanitario: attualmente, la figura dell'OSS non è vigilata dal Ministero della Salute, perché formata a livello regionale dall'Assessorato alla formazione.

Come si può pensare di affidargli la cura della persona senza uno specifico controllo del settore sanitario? Passi precisi in questa direzione rientrano nelle competenze regionali.

Altra misura che si può, e si deve chiedere, alla Regione è intervenire sui Lea infermieristici, con la definizione della specialità infermieristica per poter codificare le prestazioni.

Questa misura significherebbe, oltre che una razionalizzazione dei costi, quanto meno un segnale verso quella riforma complessiva del Sistema Sanitario che resta indispensabile anche oltre l'emergenza.

E ancora: è tempo di abolire quella norma sulla esclusività che riguarda gli Infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di una normativa statale, ma niente impedisce alla Regione, come già accade, di sollecitare il legislatore nazionale a provvedere; tanto più che, come ben noto, nell'incalzare della recente pandemia, lo stesso ha provveduto a derogare alla norma.

Magari la crisi pandemica sarà pure (forse) superata, ma non lo sarà di certo a breve quella sempre più urgente domanda di salute su base territoriale che deriva dalla nostra situazione demografica ed epidemiologica.

Liberare le energie dei colleghi del SSN dal vincolo di esclusività significherebbe, da una parte, alleviare l'angoscioso problema della carenza cronica di assistenza infermieristica, dall'altra, la possibilità, per loro, di avere un guadagno extra. Tenuto conto che gli infermieri italiani hanno la retribuzione più bassa d'Europa, non ci sembra di chiedere troppo.

Ecco: se dal mondo politico si avranno almeno dei segnali nella giusta direzione, allora almeno avremo qualcosa da raccontare alla nostra comunità professionale, che non sia solo l'ennesimo appello al senso di responsabilità di fronte alle emergenze.

Perché la Professione, comunque, cresce nella sua indispensabilità reale nel sistema complessivo della Sanità; cresce e può e sa dire la sua, con le proprie competenze scientifiche e professionali. E la nomina della Professoressa Rosaria Alvaro ne è la prova. Corsi e ricorsi: la Storia insegna che frenare il progresso non è mai conveniente.

Non per altro, ma per l'interesse del cittadino, è ora che ci si ascolti.



Strumenti e teorie dalla Psicologia comportamentale nella costruzione di interventi efficaci per un'aderenza concreta degli operatori sanitari alle buone pratiche nell'*infection control*. Una Revisione della letteratura

Tools and theories from behavioural Psychology in the construction of effective interventions for a concrete adherence of health professionals to good practice in infection control. A literature Review

Parole chiave

operatori sanitari, strategie per promuovere il cambiamento del comportamento, aderenza alle buone pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Keywords

healthcare workers, strategies to increase/promote change behaviour, compliance to the best practice of infection prevention and control

Clara Viturale, RN, Fondazione Policlinico Campus Biomedico di Roma

Anna Chiara Gigi, RN, Ospedale San Matteo degli Infermi di Spoleto, Usl Umbria 2

Alessia Arcangeli, RN, MSN, referente regione Lazio ANIPIO

ABSTRACT INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza e l'aumento della resistenza agli antimicrobici dei microorganismi hanno messo la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) in prima linea nelle iniziative per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure; la *compliance* a programmi di prevenzione e control-

lo delle infezioni e l'adesione alle buone pratiche, come l'igiene delle mani (che è alla base della buona riuscita di queste iniziative). Per cambiare i comportamenti di IPC degli operatori sanitari sono, però, necessarie strategie efficaci. L'obiettivo di questa Revisione della letteratura è individuare quali sono i principali strumenti e teorie derivanti dalla Psicologia compor-

tamentale e il loro utilizzo nella costruzione di interventi efficaci per un'aderenza concreta degli operatori sanitari alle buone pratiche nell'*infection control*.

MATERIALI E METODI

La Revisione è stata svolta nel periodo gennaio/febbraio 2021, utilizzando Medline e CINAHL come

database.

In base al problema di ricerca è stata costruita la stringa di ricerca, con le seguenti parole chiave: *healthcare worker**, *strategies to increase/promote change behaviour*, *compliance to the best practice of infection prevention and control*.

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

RISULTATI

Gli articoli inclusi in questo lavoro sono stati 14: due descrivono le Teorie comportamentali e cultura dell'organizzazione; quattro presentano i determinanti del comportamento e la codifica attraverso il *Theoretical Domains Framework*; quattro esplorano la *compliance* nell'igiene delle mani e l'applicazione del *Theoretical Domains Framework* per identificare ostacoli e facilitatori all'adesione ai programmi di igiene mani e quattro descrivono l'utilizzo delle tecniche del comportamento nella progettazione di interventi educativi nei progetti di adesione all'igiene mani.

CONCLUSIONI

Dalla Revisione della letteratura è emerso che **l'utilizzo di strumenti derivanti dalla Psicologia comportamentale sono utili per esplorare il comportamento degli operatori sanitari rispetto all'adesione ai programmi di IPC**, soprattutto nella pratica dell'igiene delle mani.

ABSTRACT BACKGROUND

Healthcare associated infections and antimicrobial resistance have put infection prevention and control (IPC) at the forefront of initiatives to improve the quality and safety of care; compliance with infection prevention and control

programmes and adherence to good practices, such as hand hygiene, is the basis for successful implementation of these initiatives; effective strategies are needed to change healthcare workers' IPC behaviours.

The aim of the literature review is to identify the main tools and theories derived from behavioural psychology and their use in building effective interventions for effective adherence of healthcare workers to good practices in infection control.

MATERIAL AND METHODS

The Review was conducted in January/February 2021, using Medline and CINAHL as databases. On the basis of the search problem the search string was constructed, with the following keywords: healthcare worker, strategies to increase/promote change behaviour, compliance to the best practice of infection prevention and control. The selection of studies was carried out using the guidelines of the PRISMA statement 2009.*

RESULTS

There were 14 articles included in this paper: two articles described Behavioural Theories and Organisational Culture, four presented Behavioural Determinants and coding using the Theoretical Domains Framework, four explored hand hygiene compliance and the application of the Theoretical Domains Framework to identify barriers and facilitators to adherence to hand hygiene programmes, and four described the use of behaviour techniques in the design of educational interventions in hand hygiene adherence projects.

CONCLUSIONS

The literature review showed that the use of tools derived from

behavioural psychology are useful for exploring the behaviour of healthcare workers with regard to adherence to infectious risk prevention and control (IPC) programmes, especially in hand hygiene practice.

INTRODUZIONE

Le infezioni correlate all'assistenza e l'aumento della resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi hanno messo la prevenzione e il controllo delle infezioni (IPC) in prima linea nelle iniziative per migliorare la qualità e la sicurezza delle cure; la *compliance* a programmi di prevenzione e controllo delle infezioni e l'adesione alle buone pratiche, come l'igiene delle mani (che è alla base della buona riuscita di queste iniziative). Per cambiare i comportamenti di IPC degli operatori sanitari, però, sono necessarie strategie efficaci (1). Poiché gli infermieri sono in prima linea nella cura dei pazienti, migliorare il loro comportamento in relazione all'igiene delle mani e aumentare i tassi di *compliance* della stessa ha un grande impatto sulla riduzione della trasmissione dei patogeni e sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (2).

Negli ultimi decenni, ci sono state varie iniziative che hanno cercato di affrontare questi bassi tassi di adesione all'igiene delle mani, con risultati contrastanti. Molte iniziative in tal senso, per esempio, hanno successo nel produrre cambiamenti a breve termine e spesso non sortiscono effetti a lungo termine (3).

Molti interventi di igiene delle mani, introdotti in contesti ospedalieri, si rivolgono a diverse figure professionali; tuttavia, è stato dimostrato che i tassi di adesioni all'igiene delle mani variano tra

le diverse professioni sanitarie. Ad esempio, gli infermieri hanno i tassi di *compliance* più alti rispetto agli altri operatori sanitari (3). Inoltre, gli operatori sanitari possono rispondere in modo diverso allo stesso intervento e ciò suggerisce che una strategia “unica per tutti” per l’educazione e il miglioramento della qualità potrebbe non essere la strategia migliore (2).

Le strategie di progresso, fino ad oggi, si sono in gran parte incentrate su un approccio multimodale che, in genere, comprende: fornitura di acqua e sapone e/o frizione delle mani a base di soluzione alcolica al punto di cura, formazione e istruzione, promemoria, supporto amministrativo e monitoraggio e *feedback* dell’adesione all’igiene mani (4,5).

Tuttavia, l’igiene delle mani è

sempre più riconosciuta come un comportamento complesso, con numerosi fattori che possono favorirne od ostacolarne l’adesione da parte degli operatori sanitari (2,6). In letteratura è possibile identificare diversi modelli teorici, elaborati nel corso degli anni, che hanno tentato di spiegare il cambiamento del comportamento: alcuni sono stati formulati a partire dall’idea che le cognizioni (conoscenze, credenze, valori) possano essere le principali determinanti delle azioni messe in atto dagli individui (orientamento socio-cognitivo), mentre altri hanno enfatizzato il ruolo del livello ambientale e approfondito l’analisi del rapporto tra contesto e modi di fare. Pertanto, il cambiamento comportamentale è stato studiato attraverso l’analisi delle tre dimensioni fondamentali che possono incidere sui processi di cambiamento: comportamento, cognizione e contesto (7).

Ma i modelli teorici, che sono stati elaborati considerando solo una delle tre dimensioni o solo alcune relazioni o aspetti considerati centrali, non colgono le relazioni reciproche e circolari tra livello cognitivo, comportamentale e ambientale; mentre quelli che considerano livelli differenti, rappresentano la complessità dei processi di cambiamento (7).

L’igiene delle mani è un comportamento complesso, ma le teorie del cambiamento del comportamento (che offrono strumenti promettenti per migliorare i tassi di compliance all’igiene delle mani) sono spesso ignorate quando si cerca di cambiare la modalità di adesione all’igiene delle mani. Attraverso strumenti per l’analisi del comportamento si possono prevedere “fattori ostacolanti” (le barriere) e “fattori facilitanti” (i facilitatori) all’adesione dell’igiene delle mani e costruire interventi basati sulle

teorie del cambiamento del comportamento che portano ad una maggiore compliance (8).

L’obiettivo di questa Revisione della letteratura è individuare quali sono i principali strumenti e teorie derivanti dalla Psicologia comportamentale e il loro utilizzo nella costruzione di interventi efficaci per un’aderenza concreta degli operatori sanitari alle buone pratiche nell’*infection control*.

MATERIALI E METODI

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

Essa è stata condotta sulle banche dati Medline e CINAHL, nel periodo compreso tra gennaio/febbraio 2021.

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

P (*Population*): *healthcare workers*
I (*Intervention*): *strategies to increase/ promote change behaviour*
C (*Control*):

O (*Outcome*): *compliance to the best practice of infection prevention and control*

In questo studio non è stato preso in considerazione il Gruppo di controllo (C). (Figura 1)

Sono stati considerati solo gli articoli pubblicati dal 2010 al 2021 e pubblicazioni in lingua inglese e tutte le tipologie di studio.

Si sono ricercate anche fonti relative alla “letteratura grigia”.

La stringa di ricerca utilizzata è stata la seguente: (*Health personnel [MeSH] OR Patient care team [MeSH] OR clinician* OR consultant* OR doctor* OR nurse* OR physician* OR paramedic* OR health professional* OR healthcare professional* OR health care professional* OR health personnel OR healthcare personnel*

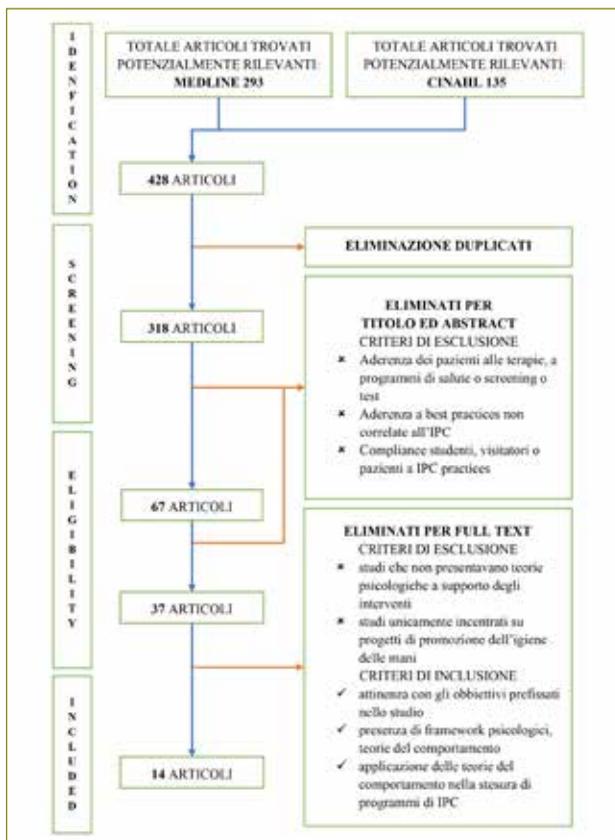


Figura 1

OR health worker* OR healthcare worker* OR health care worker* OR health provider* OR healthcare provider*) AND (infection control OR infection control [MH] OR healthcare associated infection* OR cross infections [MH] OR Cross Infection* OR Healthcare Associated Infection* OR Hospital Infection* OR infection control practice* OR IPC practice*) AND (“Guideline Adherence”[Mesh] OR adherence OR non-adherence OR complian* OR adhesion OR observance OR non complian*)) AND (“behavior therapy”[MeSH Terms] OR “behavior change*” OR “behaviour change*” OR “behavioral change*” OR “behavioural change*” OR “behavior modification*” OR “behavior change model” OR “Applied Behavior Analysis” OR “Organizational Behavior Management” OR “behavioural science” OR “motivation”).

Come strumento per gestire la bibliografia ricercata è stato utilizzato Zotero. La selezione degli studi è stata svolta attraverso l'utilizzo delle linee guida del PRISMA statement 2009.

Sono stati esclusi gli studi che riguardavano:

- Aderenza dei pazienti alle terapie, a programmi di salute o *screening* o test
- Aderenza a *best practices* non correlate all'IPC
- *Compliance* studenti, visitatori o pazienti a IPC *practices*
- Studi che non presentavano teorie psicologiche a supporto degli interventi
- Studi unicamente incentrati su progetti di promozione dell'igiene delle mani.

Sono stati inclusi gli studi che presentavano:

- presenza di *framework* psicologici
- Teorie del comportamento
- applicazione delle Teorie del comportamento nella stesura di programmi di IPC.

La popolazione di riferimento è stata quella composta dagli operatori sanitari.

Le variabili indagate sono state l'aderenza degli operatori sanitari alle pratiche di *infection control* in relazione all'utilizzo di strumenti o teoriche del comportamento nella stesura di programmi di IPC.

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

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

RISULTATI

La ricerca bibliografica ha prodotto 428 articoli. Dopo l'esclusione dei duplicati sono stati sottoposti alla lettura 318 articoli; di questi, 67 sono risultati essere eleggibili. Dopo la lettura del *full text*: 14 sono stati inclusi e 37 no, perché non hanno soddisfatto tutti i criteri (vedi Prisma).

Dall'esame dei 14 *full text* inclusi nella revisione sono emersi quattro temi principali:

- Teorie comportamentali e Cultura dell'organizzazione, presentate in due articoli, entrambe *Review*;
- determinanti del comportamento e la codifica attraverso il *Theoretical Domains Framework*, illustrati in quattro studi tra cui una *Revisione* sistematica;
- la *compliance* nell'igiene delle mani e l'applicazione del *Theoretical Domains Framework* per identificare ostacoli e facilitatori all'adesione ai programmi di igiene mani, descritto in quattro studi, tra cui due *Revisioni* sistematiche;

- Tecniche del comportamento nella progettazione di interventi educativi nei progetti di adesione all'igiene mani, presentate in quattro studi, tra cui una *Revisione* sistematica e uno studio controllato randomizzato.

Teorie comportamentali e cultura dell'organizzazione

Nel primo studio, una *Review* di Jaffar, vengono presentate tre diverse teorie comportamentali che pongono delle riflessioni su come l'applicazione di queste, nella promozione dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, aiuti a costruire interventi per motivare il percorso del cambiamento individuale (7). I modelli presi in esame da questo studio sono: il *Transtheoretical Model* (TTM) del cambiamento del comportamento sanitario, il *Model of Motivational Design* di John Keller (ARCS) e la *Theory of Planned Behavior* (TPB).

Il TTM, noto anche come TDM di Prochaska, contempla cinque fasi, così articolate: pre-contemplazione (nessuna intenzione di cambiare comportamento), contemplazione (una persona sta iniziando a studiare il cambiamento in un prossimo futuro), preparazione (la persona sta programmando di cambiare presto), azione (la persona si impegna nel cambiamento di comportamento) e fase di mantenimento (uno stato di cambiamento di comportamento).

Ogni fase è collegata alla fase precedente e a quella successiva. Dopo la fase di pre-contemplazione, l'operatore passa a quella di contemplazione, dove comprende i rischi e i benefici dell'igiene delle mani, di conseguenza, esplora le opzioni e le diverse strategie di igiene delle mani prima di passare dalla preparazione all'azione.

Una volta impostata un'azione, il monitoraggio continuo e il *feedback* possono migliorare ulterior-

mente la *compliance* e il mantenimento nel tempo.

Attraverso la TTM è possibile, pertanto, personalizzare l'intervento per accompagnare l'operatore nel suo percorso di cambiamento dalla pre-contemplazione all'azione e mantenimento.

L'altro modello preso in considerazione è il *Theory of Planned Behavior* (TPB). Tale modello è importante poiché, rispetto al TTM, fornisce un fattore aggiuntivo, inerente l'intenzione di mettere in atto un comportamento e al controllo percepito su di esso, che, in questo caso, è la *compliance* all'igiene delle mani.

Gli autori evidenziano come gli esseri umani tendono più facilmente a cambiare il proprio comportamento se il verificarsi di un cambiamento del comportamento è preceduto dall'intenzione di mettere in atto la modifica dello stesso e se ne hanno il pieno controllo.

L'intenzione è, a sua volta, influenzata da molteplici fattori, tra cui l'atteggiamento, le norme soggettive e il controllo del comportamento.

L'atteggiamento è influenzato da fattori estrinseci (le norme sociali) ed intrinseci (l'esigenza di autoprotezione). Il cambiamento di atteggiamento potrebbe essere realizzato influenzando le norme estrinseche o sociali e, secondo gli autori, tale cambiamento nel comportamento si instaura nel momento in cui si ottiene la stessa influenza delle norme sociali che portano l'esecuzione dell'igiene delle mani prima di mangiare, in contesti di tipo assistenziali, ad esempio prima o dopo di toccare il paziente.

La norma intrinseca (cioè, quella rivolta a suscitare nell'operatore sanitario una coscienza di autoprotezione) porta l'operatore ad una maggiore adesione all'igiene delle

mani; perché vi si instaura un pensiero rivolto alla sua componente emotiva, che lo spinge ad eseguire l'igiene delle mani nei momenti opportuni, indipendentemente dal fatto che le mani siano visibilmente sporche o meno.

È importante progettare interventi specifici basati sulle forze trainanti della *compliance*: per gli individui intrinsecamente motivati, gli atteggiamenti e le convinzioni sono strumenti sufficienti. D'altra parte, per influenzare il comportamento degli individui estrinsecamente motivati è più importante utilizzare le norme soggettive.

Il *Model of Motivational Design* di John Keller è un approccio basato sul *problem-solving*. Tale modello teorizza la promozione e sostegno della motivazione attraverso quattro passi: attenzione, rilevanza, fiducia e soddisfazione.

Il primo passo è l'attenzione: questo aspetto può essere aumentato stimolando, negli operatori sanitari, la percezione del problema, l'adesione a programmi di igiene delle mani, coinvolgendoli e sviluppando una varietà di esperienze di apprendimento (diversi esempi, modelli, esercizi e presentazioni).

Il secondo è la rilevanza: attraverso l'uso di video o altre strategie, si evidenzia l'importanza dell'intervento o del comportamento, per aumentare la motivazione; lo scopo di far comprendere l'importanza di eseguire una corretta igiene delle mani come elemento essenziale per prevenire le infezioni correlate all'assistenza e garantire la qualità e la sicurezza delle cure.

Il terzo è la fiducia, costruire la fiducia negli operatori sanitari in se stessi, imprimere la convinzione di essere in grado di cambiare e di aderire all'igiene delle mani, attraverso il monitoraggio e il *feedback*. L'ultimo passo, la soddisfazione, è legato alla motivazione: è

importante costruire un senso di ricompensa, realizzazione e soddisfazione e questo può avvenire tramite il cambiamento organizzativo e culturale (1) attraverso l'impegno del *Management*, e il sostegno dei *leader senior* (7).

Gli autori sostengono che questo modello, se applicato in tutte le sue fasi, contribuisce al miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani (7).

Il secondo studio - una *Review* - esamina l'interrelazione tra la Cultura dell'organizzazione e l'attitudine degli operatori sanitari al cambio di comportamento, e come da questa derivino tutti quei determinanti ambientali (condizioni di lavoro, stress) che incidono sulla adesione all'igiene delle mani (1). L'articolo valuta la teoria della Cultura dell'organizzazione (OC) all'interno delle strutture sanitarie e identifica come i vari elementi sembrano avere un impatto sul comportamento relativo all'IPC.

Gli elementi che caratterizzano l'OC sono: il ruolo della *leadership*; l'organizzazione ed i diversi ruoli; l'implementazione di team multidisciplinari; la presenza di un numero adeguato di persone ben addestrate; l'aderenza alle politiche aziendali; la soddisfazione professionale, l'innovazione, la comunicazione ed il monitoraggio delle *performance*. Lo studio, tra i suoi risultati, cita numerosi articoli che correlano l'OC allo sviluppo di iniziative IPC più efficaci, come, ad esempio, uno studio condotto nel Regno Unito, a cura di Visser R.H.S, Heling G.W.J, Burgersdijk R.C.W et al., in 61 ospedali per acuti, dove la proporzione del personale che lavorava in un team era inversamente proporzionale al tasso di mortalità.

Un ulteriore studio, di Saizy-Callaert S, Causse R, Fuhman C et alia, ha dimostrato come l'approc-

cio multidisciplinare abbia portato ad una riduzione di prescrizioni antibiotiche inappropriate, con la conseguente riduzione di infezioni causate da Enterobacteriaceae produttrici di betalattamasi. Quindi, nonostante la scarsità di studi ben progettati, emerge il fatto che iniziative di cambiamento dell'OC possano avere un impatto positivo sulle pratiche IPC, come, ad esempio, nell'igiene delle mani (1,9).

Determinanti del comportamento e la codifica attraverso il Theoretical Domains Framework

Il *Theoretical Domains Framework* (TDF) è un modello di cambiamento del comportamento e rappresenta un insieme concordato di costrutti teorici-chiave che possono essere usati per identificare tutte (piuttosto che un sottoinsieme) le possibili barriere e facilitatori di comportamenti degli operatori sanitari, come l'igiene delle mani.

Il TDF è stato sviluppato, congiuntamente, da teorici della Psicologia della salute, ricercatori di servizi sanitari e psicologi della salute allo scopo di rendere le Teorie di cambio del comportamento più accessibili ai ricercatori. Il TDF integra 33 diverse teorie di Psicologia sanitaria, comportamentale e sociale in 128 costrutti (componenti delle Teorie), che sono suddivisi in 14 domini (macroaree che contengono più componenti delle teorie).

Il TDF è stato già usato per identificare, con successo, i determinanti di una vasta gamma di comportamenti professionali sanitari, compresa l'igiene delle mani con gli infermieri. È stato utilizzato per codificare ed esaminare i determinanti del comportamento della non *compliance* all'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta in *real time* (10).

L'osservazione, infatti, una volta vista la non *compliance* da parte dell'operatore sanitario all'igie-

ne delle mani, forniva subito un *feedback*, interrogando l'operatore circa i determinanti che lo avevano condotto a non eseguire l'igiene delle mani. Dei 570 *feedback*, sono state codificate 207 risposte all'interno del TDF. Tre domini hanno rappresentato più di 3/4 delle spiegazioni circa i determinanti che influiscono sulla mancata *compliance* all'igiene delle mani.

In percentuale, il dominio più comunemente codificato era "Memoria/Attenzione/Decisione" (42%) seguito da "Conoscenza" (26%) e poi "Contesto lavorativo/Risorse" (9%). All'interno del dominio "Memoria/Attenzione/Decisione", sono stati identificati 3 temi: memoria, consapevolezza/concentrazione e distrazione.

All'interno del dominio "Conoscenza", è stata analizzata la mancanza di conoscenza delle regole, del protocollo o delle indicazioni che regolano l'igiene delle mani. Le indicazioni delle occasioni specifiche all'igiene delle mani che sono emerse come carenti sono: dopo la rimozione dei guanti, prima/dopo e tra contatti con i pazienti, dopo il contatto con una superficie potenzialmente contaminata.

All'interno del dominio "Contesto lavorativo/Risorse" sono stati identificati due temi significativi:

- 1) carico di lavoro: l'operatore sanitario ha riferito di essere troppo occupato o non aveva il tempo per effettuare l'igiene delle mani;
- 2) mancanza di risorse: l'igiene delle mani non è stata effettuata a causa della mancanza di un detergente alcolico per le mani, di sapone o altro.

Lo studio di Janet E. Squires si è rivolto alla sola categoria dei medici per identificare i determinanti comportamentali che possono avere un impatto sull'osservanza dell'igiene delle mani.

Attraverso interviste semi-strutturate, due membri del team addestrati all'analisi qualitativa, utilizzando l'analisi del contenuto tematico, hanno codificato indipendentemente le trascrizioni nei 14 domini del TDF, incontrandosi frequentemente per rivedere la loro codifica e cercare il consenso. Nove dei 14 domini teorici del TDF sono stati identificati come "rilevanti per l'osservanza dell'igiene delle mani da parte del medico" e sono: conoscenza; abilità; consapevolezza delle capacità; credenze sulle conseguenze; obiettivi; memoria, attenzione, decisione; contesto ambientale e risorse; ruolo sociale e identità professionale; influenze sociali (3).

Nella revisione di Anita Huis viene illustrato come, utilizzando i determinanti del comportamento, sia possibile costruire strategie di miglioramento che conducano ad una buona adesione ai programmi di igiene mani. Sono stati esaminati 41 studi. I fattori determinanti più frequentemente riportati sono: la conoscenza, la consapevolezza, il controllo di sé e delle proprie azioni, e la promozione del comportamento desiderato; alcuni hanno affrontato come determinanti del comportamento l'influenza sociale, l'atteggiamento, l'autoefficacia e l'intenzione. Tredici studi ne hanno usato uno controllato per misurare l'esito delle strategie di miglioramento sul comportamento di adesione all'igiene delle mani correlate al numero di determinanti considerati per la pianificazione dell'intervento. L'aumento dell'efficacia nel cambio del comportamento (adesione all'igiene delle mani) risulta strettamente correlato al numero di determinanti (da uno a cinque) presi in considerazione per la pianificazione dell'intervento (11).

Lo scopo dello studio di Madeline Sands (12) è quello di utilizzare

l'approccio *Behaviour Centred Design* (BCD) per identificare i determinanti che influenzano la *compliance* dell'igiene delle mani degli infermieri nelle Unità ospedaliere di cure intensive e acute; riconosce ciò che lo motiva e ostacola nel praticare l'igiene delle mani, al fine di aiutare a sviluppare strategie di successo che cercano di migliorare la *compliance* degli infermieri all'igiene delle mani.

Il BCD è un approccio generale per progettare e valutare gli interventi volti a modificare il comportamento mediante un modello teorico per il cambiamento dei comportamenti. La teoria del cambiamento del BCD incorpora concetti come la Teoria dell'apprendimento del rinforzo, l'evoluzione del controllo del comportamento, la struttura evoluta della motivazione umana, e la struttura del comportamento.

Il comportamento si modifica o manifesta in funzione al contesto in cui ha luogo, per questo motivo, i *setting* comportamentali sono situazioni in cui le persone hanno appreso cosa aspettarsi dall'ambiente e dai comportamenti degli altri.

Ogni *setting* ha uno scopo, un luogo designato, un insieme di oggetti e una serie di comportamenti prescritti. Pertanto, ogni persona, che entra in un *setting*, si aspetta che anche gli altri partecipanti abbiano un comportamento conforme al luogo e al ruolo che vi ricoprono.

Il BCD è associato a una lista di controllo dei fattori che determinano il comportamento umano, che può essere usata per dirigere le indagini empiriche prima della progettazione di interventi di salute pubblica.

Questa lista di controllo include determinanti ambientali (come gli oggetti di scena) e le infrastrutture che supportano l'esecuzione del comportamento, così come le caratteristiche psicologiche e i tratti

personali. Lo scopo della ricerca di questo studio è quello di valutare le credenze degli individui, le percezioni, comportamenti e la struttura dell'ambiente stesso che possono aiutare o ostacolare l'efficacia del programma. In genere, tale ricerca implica un significativo lavoro sul campo nel contesto pertinente: nel caso di questo studio, la capacità del team di ricerca di ottenere una visione completa dei fattori associati alla *compliance* dell'igiene delle mani è stata limitata dalla logistica dell'accesso agli ospedali. Così, è stato somministrato un sondaggio a un gran numero di infermieri con una varietà di esperienze in tutti gli Stati Uniti, guadagnando in ampiezza ciò che mancava in termini di profondità dell'indagine. Questo sondaggio ha cercato di valutare il potenziale del cambiamento comportamentale, concentrandosi sui cinque fattori che potrebbero essere determinanti dell'adesione all'igiene delle mani: motivazione, abitudine, ruoli, impostazione del comportamento e norme.

Le domande del sondaggio (che attingono a vari concetti e strumenti di misurazione da campi come la Sociologia e la Psicologia) sono progettate per misurare il grado in cui questi fattori influenzano la *compliance* all'igiene delle mani riportata.

Nel fare ciò, è stato sviluppato un nuovo questionario utilizzando tecniche come le vignette e l'indice di abitudine auto-riferita che non sono stati comunemente o coerentemente utilizzati nei questionari riferiti all'igiene delle mani. I risultati evidenziano come gli infermieri erano più propensi a praticare l'igiene delle mani all'uscita dalla stanza di un paziente piuttosto che all'entrata, e quando la procedura era percepita come "molto rischiosa", come detergere e medicare

una ferita. In particolare, il 90,7% degli infermieri intervistati ha riferito di essere propenso a praticare l'igiene delle mani all'uscita dalla stanza di un paziente dopo aver deterso e medicato la ferita del piede diabetico.

Per quanto riguarda le aspettative empiriche, gli intervistati ritenevano che la maggior parte degli infermieri praticasse l'igiene delle mani prima di entrare nella stanza del paziente, quando uscivano, dopo avergli preso i segni vitali e dopo aver medicato la ferita di un paziente.

Per quanto riguarda le convinzioni personali, invece, la maggior parte degli intervistati ha affermato che l'igiene delle mani dovrebbe essere sempre praticata: l'81,7% ha detto che "*dovrebbe essere sempre praticata prima di entrare nella stanza del paziente*", il 90,4% quando si esce dalla stanza del paziente, il 75,6% dopo aver preso i parametri vitali del paziente, e il 98,7% dopo aver pulito la ferita di un paziente.

La compliance nell'igiene delle mani e applicazione del Theoretical Domains Framework per identificare ostacoli e facilitatori all'adesione ai programmi di igiene mani

Nella Revisione sistematica di letteratura qualitativa di Maura P. Smiddy, due ricercatori hanno analizzato i dati in modo indipendente, leggendoli ripetutamente, identificando e codificando i temi ricorrenti man mano che emergevano. I due *core concept* che influiscono sulla *compliance* degli operatori sanitari alle linee guida per l'igiene delle mani sono: fattori motivazionali (influenze sociali, urgenza nella cura del paziente, autoprotezione e uso di stimoli visivi) e fattori sociali, attinenti alla percezione dell'ambiente lavorativo (9). Riguardo l'influenza sociale, è emerso che i medici junior e gli studenti di Me-

dicina erano influenzati dal personale medico senior e, allo stesso modo, gli studenti infermieri erano influenzati dalle pratiche del personale qualificato.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza gli operatori sanitari riferiscono che l'adesione al comportamento di igiene delle mani passava in secondo piano rispetto alla cura tempestiva del paziente e l'auto-protezione è emersa come una motivazione costante strettamente collegata alla percezione del rischio di contaminazione (ad esempio, maneggiando liquidi biologici o in presenza di infezioni conclamate) e la necessità di proteggersi dal rischio si estendeva alla protezione dei membri della famiglia. In un certo numero di studi è stato menzionato come "utile" l'uso di stimoli visivi, dove, per esso, non si intende solo poster ed insegne, ma anche dispenser di soluzione alcolica ben visibili presso il punto di cura/assistenza. **Gli stimoli, infatti, innescando la memoria, l'attenzione e i processi decisionali conducono al comportamento.**

Gli aspetti dell'ambiente di lavoro che hanno influenzato l'adesione degli operatori sanitari alle linee guida sull'igiene delle mani sono: le risorse, la conoscenza, l'informazione e la cultura. Relativamente alle risorse, gli autori hanno analizzato come il carico di lavoro e la carenza di personale sia un problema rilevante: la carenza di personale, infatti, è collegata a un'osservanza subottimale dell'igiene delle mani e può determinare un incremento delle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Di contro, un accesso fruibile ai prodotti per l'igiene delle mani, presso i punti di assistenza, porta ad un incremento di adesione all'igiene delle mani, mentre, al contrario, la mancanza di prodotti per l'igiene contribuisce alla non aderenza. Nell'ambito

della conoscenza da parte degli operatori sanitari del modo appropriato di eseguire l'igiene delle mani, è emerso che alcuni non ne avevano la corretta comprensione dell'importanza: ad esempio, l'uso dei guanti veniva percepito come sufficiente e sostitutivo dell'igiene delle mani, ed era carente anche nella conoscenza delle linee guida. In numerosi degli studi presi in esame dalla Revisione, la cultura dell'organizzazione dell'ospedale è emersa come fondamentale e frequentemente collegata alla sicurezza del paziente. Infatti, dove c'era una cultura di supporto, è stato osservato un aumento della *compliance* all'igiene delle mani; mentre, laddove c'era una mancanza di impegno organizzativo, gli operatori sanitari si sentivano impossibilitati a correggere la scarsa aderenza (9).

Nell'ambito dell'IPC, dalla ricerca è emersa una sola una Revisione sistematica della letteratura (13) che valuta l'efficacia e la sostenibilità degli interventi per cambiare il comportamento e le barriere ed i facilitatori del cambiamento di comportamento (riguardo l'IPC). Sette, su 21 degli studi considerati, nella Revisione hanno valutato gli interventi, che possono essere classificati in tre gruppi principali: l'igiene delle mani, l'IPC in chirurgia e l'uso della tecnologia per cambiare il comportamento.

Nessuno studio ha documentato approcci psicologici come parte dello sviluppo dell'intervento, e solo due includevano elementi di *social marketing*. Eppure, le campagne di *social marketing* sono incentrate sul cliente e basate su caratteristiche di comprensione delle esperienze del pubblico-*target*; analisi dei comportamenti attuali e formulazione di comportamenti futuri desiderati; considerazione di ciò che può competere con il tem-

po e l'attenzione delle persone; e lo sviluppo di un approccio che è focalizzato, ma evita, la dipendenza da un metodo di cambiamento del comportamento. Per questo, gli approcci di *marketing* sono sempre più utilizzati nell'assistenza sanitaria: migliorano la diffusione delle informazioni al personale sanitario e promuovono il cambiamento di comportamento.

Dei sette studi, tutti hanno valutato l'efficacia dell'intervento nel suscitare cambiamento di comportamento, ridurre gli esiti dell'infezione o entrambi gli *outcome*; cinque hanno valutato la sostenibilità (l'efficacia nel tempo) degli interventi. I restanti 14 studi presi in considerazione sono esplorativi. Da questi sono emersi quattro temi principali in relazione a percezioni degli operatori sanitari sui facilitatori e sugli ostacoli al cambiare il comportamento IPC: effetto della società e della cultura; comportamento e la razionalità; la percezione dell'efficacia e della sicurezza nella pratica e le prospettive sulle migliori pratiche (13).

Lo studio qualitativo di Kathryn Lambe, seppur basato su un piccolo campione con interviste semi-strutturate, ha indagato barriere e i facilitatori nell'adesione al comportamento dell'igiene mani in Terapia Intensiva, per identificare interventi specifici per promuovere la *compliance* nell'igiene delle mani (14). Le interviste semi-strutturate sono state svolte seguendo una scheda sviluppata secondo il COM-B model: *capability* (C), *opportunity* (O), *motivation* (M), *behaviour* (B); per la codifica e l'analisi delle risposte è stato utilizzato il TDF model;

I risultati della ricerca sono stati presentati seguendo il COM-B model:

- *Capability*: l'84.6% dei partecipanti afferma che la conoscenza è

importante per la compliance all'igiene delle mani; il 92,6% afferma di aver ricevuto il giusto training (*skill*) riguardo l'igiene delle mani, ma il 57,7% riporta la necessità di interventi di *top-up training*. I medici e gli infermieri intervistati hanno espresso diversi livelli di fiducia nella loro capacità di mettere in atto comportamenti di igiene mani appropriati. Solo l'11,5% degli intervistati ha riportato di avere un controllo sul comportamento di adesione all'igiene mani e di ricordarsi a livello conscio di praticarla (dominio della TDF "*memoria, attenzione, decisione*"); il 42,3% al contrario ammette di dimenticare a volte di praticare l'igiene mani (i fattori che hanno spiegato questo fenomeno appartengono ai domini della TDF "*memoria, attenzione, decisione*");

- *Opportunity*: l'80,8% degli intervistati riferisce di essere influenzato dalle norme sociali e che, per il 100%, influiscono sull'igiene delle mani i fattori che appartengono al dominio della TDF "Contesto lavorativo/Risorse".

- *Motivation*: alla sfera motivazionale appartengono molteplici domini. "Consapevolezza del proprio ruolo sociale e identità" (53,9%), "Intenzionalità e ottimismo" (0%), "Obiettivo o Goal (15,4%)" "conoscenza delle conseguenze del proprio agire" (73,1%), "Rinforzo" (46,2) "Emozioni" (26,9%).

Questo studio ha dimostrato che brevi interviste con il personale dell'ICU, fondate su un'appropriata Teoria del Cambiamento Comportamentale, possono fornire una comprensione approfondita del comportamento dell'igiene delle mani che può integrarsi con i dati raccolti con altri metodi (per esempio, l'osservazione diretta considerata il metodo "*gold standard*" per misurare la conformità all'igiene delle mani). Questa comprensione

può essere applicata alla progettazione di interventi teoricamente validi che sono adeguatamente adattati alle esigenze di una specifica Unità, e che avranno una maggiore probabilità di successo (14).

Lo studio di Smith et al (J.D. Smith, 2019) è stato condotto presso strutture di lungo degenza ed è stato costruito in due fasi denominate: fase 1 (in cui sono stati arruolati 10 operatori per 10 lungodegenze) e fase 2 (in cui sono stati arruolati 10 operatori per 70 lungodegenze).

Scopo dello studio è stato comprendere le barriere (intese come ostacoli) e i facilitatori (intesi come elementi che favoriscono) nell'adesione all'igiene mani (8). Nella fase 1 è stata condotta un'indagine per valutare il panorama delle barriere e dei facilitatori all'osservanza dell'igiene delle mani nelle case di cura a lungo degenza. La fase 2 ha utilizzato i dati raccolti dal sondaggio della fase 1 e da una Revisione della letteratura su barriere e facilitatori per selezionare le domande e formare il questionario della fase 2. Lo sviluppo del questionario ha incluso l'uso del TDF, per categorizzare in "domini" le voci che affrontavano le barriere e i facilitatori dell'osservanza dell'igiene delle mani. Nella fase 1, dall'analisi qualitativa, è emerso che i facilitatori appartenevano ai domini: "Convinzioni sulle conseguenze", "Convinzioni sul ruolo sociale e professionale", la "Convinzione riguardo le proprie capacità", "Influenze e norme sociali", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse" e "Capacità". Le barriere appartenevano ai "domini": "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse" per risorse si intende "risorse umane" correlate al tempo e carico di lavoro, "risorse ambientali" intese come mancanza di forniture; "Attenzione, memoria e decisione":

quasi la metà delle risposte del tema "attenzione, memoria e processi decisionali" erano collegate a situazioni di emergenza. Il restante metà è stato attribuito a distrazioni e dimenticanze. "Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi": i danni alla pelle, irritazioni cutanee, erano la preoccupazione predominante dei partecipanti che ha agito come una barriera all'igiene delle mani. I suggerimenti-chiave degli operatori sanitari per sostenere l'igiene delle mani comprendono: risorse ambientali (prodotti per la cura e l'igiene delle mani, dispositivi adatti in luoghi idonei), e di personale aggiuntivo, conoscenza/formazione (relativi alla trasmissione delle infezioni) e attenzione, memoria e processi decisionali (necessari per l'igiene delle mani). Dall'analisi quantitativa è emerso che le "barriere" e i "facilitatori" nell'adesione all'igiene delle mani appartenevano per lo più ai domini della TDF: "Ruolo e identità sociale/professionale", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse", e "Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi". Dall'analisi quantitativa della Fase 2 è emerso che le "barriere" e i "facilitatori" nell'adesione dell'igiene delle mani appartenevano per lo più ai domini della TDF: "Ruolo e identità sociale/professionale", "Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse": quest'ultimo tema è stato analizzato sia come contesto lavorativo (inteso come organizzazione del lavoro) che come risorse umane ed ambientali (8).

Tecniche del comportamento nella predisposizione di interventi educativi nei progetti di adesione all'igiene mani

Una recente Revisione sistematica di Madeline Sands identifica l'efficacia delle tecniche del cam-

biamiento del comportamento, utilizzate nei recenti interventi di igiene rivolti agli infermieri di ospedali di Paesi ad alto reddito, che hanno come scopo l'incremento dell'adesione all'igiene delle mani (2). In questa Revisione sono stati adottati elementi dell'approccio dell'analisi dei componenti dell'intervento (ICA) e creato modelli logici per categorizzare e analizzare gli interventi rivolti agli infermieri usando la tassonomia delle *Behaviour change technique* (BCT), sviluppata da Michie et al., ampiamente utilizzata tra i ricercatori e professionisti, per le sue etichette standardizzate, le definizioni chiare e gli esempi, per categorizzare e analizzare le componenti dell'intervento. La tassonomia include 93 BCT (tecniche) raggruppate nei seguenti 16 gruppi: obiettivi e pianificazione, *feedback* e monitoraggio, sostegno sociale, formazione della conoscenza, conseguenze naturali, confronto del comportamento, associazioni, ripetizione e sostituzione, confronto dei risultati, ricompensa e minaccia, regolazione, antecedenti, identità, conseguenze programmate, fiducia in se stessi, apprendimento nascosto.

Gli autori hanno analizzato sette studi, dai quali i ricercatori, attraverso la tassonomia delle BCT, hanno identificato le tecniche comportamentali utilizzate negli interventi descritti negli studi.

Le tecniche comportamentali più utilizzate sono: Obiettivi e pianificazione (per raggiungere fini specifici) codificato 21 volte in sei studi, confronto del comportamento (tra coetanei o rispetto ad un ideale) 14 volte in otto interventi, *feedback* e monitoraggio (osservazione e restituzione di *feedback* sul comportamento o sui risultati) 14 volte in nove interventi, e formazione della conoscenza 12 volte in sette interventi (2).

Uno studio di Thomas von Lenger-

ke del 2019, condotto in Germania, esplora come sessioni di formazione e *feedback* conformi agli approcci psicologici dell'*Health Action Process Approach* (HAPA) e *Transtheoretical Model of Change* (TTM) (gruppo di intervento denominato "*Tailoring-arm*") siano più efficaci nel migliorare l'adesione all'igiene delle mani di medici ed infermieri e nella riduzione delle infezioni ospedaliere rispetto agli interventi del progetto locale "Campagna Mani Pulite" ("*Aktion Saubere Hände*", ASH- gruppo di controllo denominato "*Ash-arm*") (15).

Lo studio RCT PSYGIENE (*Psychological optimized hand hygiene promotion*) è stato costruito con due gruppi paralleli di *cluster* (Unità operative di Terapia Intensiva e di trapianti di cellule staminali) randomizzati: 6 reparti nel "*Tailoring-arm*" e 6 reparti del "*Ash-arm*". L'HAPA descrive la conformità su un *continuum* a tappe, dallo sviluppo della motivazione per un dato comportamento alla pianificazione, implementazione e routinizzazione del comportamento.

Così, il modello TTM si qualifica come una Teoria del comportamento a fasi, permettendo, a chi la applica, di differenziare gli operatori sanitari in termini di esperienza nell'igiene delle mani e stadio comportamentale.

Come determinanti comportamentali, l'HAPA specifica: la percezione del rischio, le aspettative di risultato, le aspettative di autoefficacia, le intenzioni di obiettivo, la pianificazione dell'azione e del coping, il controllo dell'azione, le risorse e le "barriere" esterne (sia percepite che effettive).

Rispetto alla *Theory of Planned Behavior*, che è il quadro psicologico più spesso utilizzato negli studi sull'igiene delle mani, le differenze sono tre: 1) l'HAPA include la per-

cezione del rischio (che sembra essenziale quando bisogna sensibilizzare gli operatori sanitari ad essere conformi a comportamenti come l'igiene delle mani);

2) l'HAPA include il concetto di intenzioni di attuazione (con strategie individuali di quando, dove e come comportarsi, pianificazione dell'azione) e strategie per affrontare le ricadute (pianificazione del *coping*);

3) l'HAPA include il controllo dell'azione, una strategia autoregolativa in cui il comportamento in corso viene valutato continuamente (e, nel migliore dei casi, automaticamente) rispetto agli standard comportamentali (ad esempio, la conoscenza delle linee-guida).

Questi ultimi due concetti permettono di identificare l'igiene delle mani non solo come un comportamento deliberato e un problema di scarsa motivazione, ma anche come un'abitudine.

Gli effetti degli interventi su misura HAPA, utilizzati nel PSYGIENE-trial sull'osservanza dell'igiene delle mani, sono stati valutati dall'osservazione diretta di esterni (cioè, non dei Reparti coinvolti nello studio) e secondo le raccomandazioni dell'OMS, calcolate per numero di adesione su osservazioni effettuate. Sono stati misurati come *outcome* anche il consumo di soluzione alcolica e il calcolo dell'incidenza delle infezioni da MDRO. Nel "*Tailoring-arm*", dal 2013 al 2015, la diminuzione delle infezioni è stato dello 0.497 per 1000 giorni di degenza/paziente ed è stata significativa ($p=0.015$).

L'aumento della *compliance* nell'igiene delle mani, tra il 2013 e il 2015, è stata significativamente maggiore nel "*Tailoring*" che nell'"*ASH-arm*" ($p=0.005$), ergo in linea con la suddetta differenza tra i bracci della sperimentazione nella riduzione delle infezioni da MDRO

nello stesso periodo. L'utilizzo della soluzione alcolica è rimasto stabile nel braccio "Tailoring" e si rileva una diminuzione delle infezioni, mentre nel braccio "ASH", dal 2013 al 2015, il valore p (per l'aumento) è stato di 0,058, senza comportare una diminuzione delle infezioni da MDRO (15).

La *Systematic Review* di J.A. Srigley, del 2015, si è posta l'obiettivo di determinare l'efficacia degli interventi basati sulle Teorie psicologiche del cambiamento di comportamento per migliorare l'adesione all'igiene delle mani degli operatori sanitari e di descrivere quali *framework* di riferimento siano stati utilizzati per attuarli (6). Sette studi hanno soddisfatto i criteri di ammissibilità: di questi, quattro hanno affrontato l'obiettivo primario, valutando interventi basati su *framework* psicologici, e tre predittivi del comportamento nell'igiene delle mani hanno raggiunto l'obiettivo secondario. Gli studi differiscono tra loro per tipologia, intervento e risultati, per cui sono stati analizzati e vengono presentati singolarmente.

Nello studio di Fuller et al. è stato utilizzato il TDF per identificare i "domini" comportamentali associati all'igiene delle mani. I partecipanti all'RCT sono stati osservati praticare una scarsa igiene delle mani ed è stato chiesto di fornire una spiegazione, che è stata codificata e categorizzata attraverso il TDF. La maggior parte delle spiegazioni auto-riferite per l'inosservanza sono risultate legate ai "domini" memoria/attenzione/decisione (42%): dimenticanza di eseguire l'igiene delle mani, vuoti di concentrazione e l'essere distratti da interruzioni, e conoscenza (26%) intesa come non consapevolezza del fatto che la pratica dell'igiene delle mani era necessaria. Gli *outcome* considerati per valutare

l'esito dell'intervento sono stati: adesione all'igiene delle mani, approvvigionamento del sapone liquido e della soluzione alcolica da parte delle UO, tasso di infezioni da MRSA nelle stesse.

Lo studio ha dimostrato un aumento significativo dell'igiene delle mani in entrambi i tipi di Reparto, con miglioramenti del 10 e 13% nelle UTI e del 13 e 18% nelle UO. Un aumento significativo del 30% nell'approvvigionamento di sapone liquido è stato osservato anche nelle UTI, ma non c'è stato alcun cambiamento significativo nell'approvvigionamento di soluzione alcolica nei Reparti. A causa delle difficoltà nella raccolta dei dati e nello *screening* di MRSA non è stato possibile trarre conclusioni sull'effetto dell'intervento sulle infezioni nosocomiali (10).

Harne-Britner et al hanno condotto uno studio controllato pre-post-intervento (intervento educativo e rinforzo positivo)(12). I partecipanti al gruppo di controllo hanno ricevuto un'istruzione completando un modulo di autoapprendimento sul lavaggio delle mani, mentre i gruppi di intervento hanno completato lo stesso modulo, ricevendo anche un rinforzo positivo (un sistema di adesivi-ricompensa) o informazioni sui rischi del mancato rispetto dell'igiene delle mani. Sono stati misurati la conformità all'igiene delle mani e i tassi di infezioni nosocomiali delle Unità. L'intervento ha portato un aumento del 15,5% della adesione dell'igiene delle mani tra il gruppo del rinforzo positivo durante il primo mese ($P=0.039$), ma questo effetto non è stato sostenuto per tutto il periodo dell'intervento. Dopo sei mesi, infatti, non c'erano differenze significative nell'osservanza dell'igiene delle mani o nei tassi di infezioni nosocomiali tra i gruppi.

Mayer et al. hanno condotto uno

studio di 6 anni: durante il primo è stato implementato un intervento basato sulla *Theory of Planned Behaviour* (TPB), mentre, nei 5 anni successivi, è stato aggiunto il rinforzo positivo (ricompense e campagne motivazionali). La *compliance* all'igiene delle mani, nei gruppi sperimentali, è aumentata significativamente rispetto ai controlli ($P < 0,001$) dopo l'intervento iniziale del TPB.

Con l'introduzione del rinforzo positivo, i tassi di adesione all'igiene delle mani (compresi tra il 28% e il 68%), alla fine dello studio, erano tra il 59% e 81%, ma non è stato riportato nessun cambiamento significativo nei tassi di infezione.

Pontivivo et al. hanno testato un intervento basato sul *Transtheoretical Model of Change* (TTM) e il *Pathman awareness-to adherence model*.

Dopo l'implementazione dell'intervento, i tassi di adesione all'igiene delle mani erano significativamente maggiori tra gli infermieri ($P < 0,001$) e il personale medico ($P < 0,001$).

È stata osservata anche una riduzione non significativa nei tassi di batteriemia da *S.aureus*.

O'Boyle et al. hanno confrontato gli infermieri "conformi" e "non conformi" all'igiene delle mani, in quattro ospedali universitari negli Stati Uniti, utilizzando la TPB.

I partecipanti hanno compilato un questionario basato sulla teoria e sono stati poi osservati per due ore o 10 opportunità di igiene delle mani. Mentre il modello è riuscito a prevedere con successo l'intenzione di lavarsi le mani (correlata all'igiene delle mani dichiarata), la correlazione tra l'igiene delle mani dichiarata e osservata era bassa ($P < 0,05$).

Eiamsitrakoon et al. hanno condotto uno studio somministrando una *survey* basata sul TPB e i costrutti del TTM. C'era una debole, ma

significativa correlazione positiva tra i punteggi totali della prima e l'osservanza dell'igiene delle mani ($P=0,02$), e una correlazione più forte con la *compliance* all'igiene delle mani auto-riferita ($P<0,001$). Inoltre, l'adesione all'igiene delle mani dichiarata e osservata tendeva ad aumentare con gli stadi più alti del TTM. Per esempio, la conformità all'igiene delle mani auto-riferita era più bassa per gli individui nella fase di pre-contemplazione rispetto a quelli nella fase di mantenimento (64,7% vs 84,4%, $P = 0,01$); allo stesso modo, la conformità osservata era più bassa tra partecipanti in pre-contemplazione rispetto a quelli in mantenimento (11,1% vs 28,4%, $P = 0,04$).

Lo studio quasi sperimentale di Anucha Apisarnthanara et al. del 2015 ha avuto lo scopo di valutare gli interventi basati sul comportamento per migliorare l'igiene delle mani tra gli operatori sanitari (16). È stato costruito un questionario di autovalutazione basato sul TTM valutazioni pre (P1) e post-intervento (P2). Sono state coinvolte sei Unità di Terapia Intensiva (125 operatori sanitari, suddivisi in 3 gruppi di intervento educativo, denominati S1-S2-S3: S1-intervento formativo classico; S2-intervento formativo intensivo e S3-intervento formativo intensivo e incremento delle postazioni per l'igiene delle mani con soluzione alcolica in punti-chiave dell'Unità Operativa). Nelle Unità di Terapie Intensive dove è stato applicato l'intervento formativo S2 e S3 c'è stato un aumento dell'adesione all'igiene delle mani. Non c'è stato alcun cambiamento nell'aderenza all'igiene delle mani osservata nel gruppo S1 per P1 rispetto a P2 (68% vs 71%, $P=.84$). Per il gruppo S2, l'aderenza complessiva all'igiene delle mani osservata è aumentata

dal 65% (P1) all'85% (P2) ($P=.02$), mentre per il gruppo S3 l'aderenza osservata è aumentata dal 66% (P1) al 95% (P2) ($P=.005$). Inoltre, il *self report* basale degli operatori sanitari, circa l'aderenza all'igiene delle mani secondo le fasi dell'impegno comportamentale (TTM), ha rivelato una distribuzione delle fasi dalla Contemplazione all'Azione su tutte e sei le Unità. Lo studio dell'aderenza all'igiene delle mani, rapportato per stadio della TTM di impegno rispetto alla fase dello studio, ha rivelato differenze significative. Il miglioramento dell'aderenza all'igiene delle mani (definito come maggiore aderenza osservata durante P2 rispetto a P1), si è verificato tra gli operatori sanitari che hanno riportato livelli basali di impegno verso l'igiene delle mani al P1 in S2 (21% vs 84%; $P<.001$) e S3 (24% vs 89%; $P<.001$); così come gli operatori sanitari che hanno riportato a livello basale di impegno le fasi di azione e mantenimento di igiene delle mani in S3 (78% vs 96%; $P<.001$).

Tali risultati suggeriscono che gli interventi di igiene mani, se costruiti tenendo conto della fase o stadio in cui si trova l'operatore, potrebbero mostrarsi efficaci nell'ottenere un'aderenza sostenibile nel tempo.

Da una prospettiva qualitativa, i sei motivi dichiarati più importanti dagli operatori sanitari per la mancata osservanza dei cinque momenti dell'igiene delle mani sono stati: avere fretta/condizioni di emergenza del paziente (48%); essere occupato/troppi pazienti (16,8%); carenza di gel alcolico nella mia unità (12%); indossare guanti, non contatto diretto con i pazienti (4,8%); effetto collaterale del sapone/detergente (4,8%); perdere tempo (4%) e percepire le mani come pulite (2,4%) (16).

DISCUSSIONE

Dalla Revisione è emerso che strumenti derivanti dalla Psicologia comportamentale, come la TDF, possono essere utili nel determinare quali siano gli elementi che favoriscono l'adesione a programmi di IPC, in particolare nell'igiene delle mani.

Attraverso la TDF, infatti, è possibile categorizzare questi elementi, domini, che possono essere intesi come "facilitatori" (e cioè agevolare l'adesione all'igiene delle mani), o "barriere", intese come ostacoli all'adesione dell'igiene delle mani. Conoscere questi domini risulta fondamentale per costruire interventi educativi mirati a superare quelle barriere che non permettono l'adesione al giusto comportamento e, al contempo, utilizzare quelli che vengono identificati come facilitatori, cioè punti di forza per la costruzione dell'intervento educativo (10).

Dagli studi analizzati, che trattano principalmente il tema dell'adesione all'igiene delle mani, tra i 14 domini che costituiscono la TDF, emergono come predominanti i seguenti: "Conoscenza", "Memoria/Attenzione/ Decisione", "Contesto lavorativo e ambientale/Risorse". Nell'ambito del dominio "Conoscenza" vengono identificati come "ostacoli" all'adesione dell'igiene delle mani: la mancata conoscenza di protocolli, la consapevolezza, quella delle proprie azioni e capacità, come del proprio ruolo professionale e conoscenza delle conseguenze del proprio agire.

L'aumento della conoscenza risulta fondamentale per aumentare la consapevolezza su se stessi e sulle proprie azioni (3, 10, 11, 14).

In merito all'adesione all'igiene delle mani, il comportamento è spesso un atteggiamento di auto-protezione verso di sé, la famiglia

o i propri cari (9) e, quindi, messo in atto solo per ridurre il rischio di infettarsi o di essere veicolo di infezione. Anche in questo caso, la formazione ed educazione improntata sul meccanismo di trasmissione delle infezioni correlate all'assistenza incide sia sui comportamenti dell'igiene delle mani sia sulla corretta adesione ai programmi di IPC (8,13).

Il tema dell'autoprotezione e della consapevolezza di sé, delle proprie capacità e del proprio agire, fanno parte della sfera motivazionale dell'individuo. Indagarne i perché è necessario sia per implementare un programma di promozione del comportamento desiderato, sia per implementare un programma per modificare un comportamento scorretto. Ad esempio, gli studi di Sands, Lambe e di Smith riportano che gli operatori sanitari non eseguono l'igiene delle mani secondo i cinque momenti dell'OMS o che prediligono eseguire l'igiene delle mani dopo aver prestato assistenza al paziente piuttosto che prima. Quest'ultimo aspetto potrebbe essere legato al fatto che l'operatore si senta "sporco" dopo aver prestato assistenza e che l'atteggiamento di autoprotezione lo porti ad eseguire l'igiene delle mani. Perciò, anche indagare le motivazioni che spingono un operatore ad eseguire o meno l'igiene delle mani è utile per costruire un intervento di modifica del comportamento (8, 12, 14). Al dominio delle "motivazioni" si riconduce anche il tema del "rinforzo positivo" emerso in due degli studi presi in esame, come strumento per promuovere l'igiene delle mani, con risultati discordanti. Nella Revisione sistematica di J.A Srigley vengono esaminati tre studi: nel primo, dopo aver interrotto l'erogazione del rinforzo, la percentuale degli operatori che aderivano all'igiene delle mani tor-

nava ad essere la stessa di prima; nel secondo, l'uso del rinforzo, associato alla TPB, ha portato un aumento nella *compliance* dell'igiene delle mani; nel terzo, l'uso del rinforzo è stato associato alle teorie del *goal-setting and control* (6).

È probabile che, nel secondo e terzo caso, il rinforzo sia stato efficace come strumento perché associato ad interventi basati o costruiti su Teorie del comportamento; nel primo caso, invece, la sola erogazione del rinforzo non è stato sufficiente a promuovere il cambiamento.

Nell'ambito del dominio "Memoria/Attenzione/Decisione" si pone l'accento sul controllo che l'operatore ha sul comportamento dell'igiene delle mani. Viene indagato, infatti, il problema della dimenticanza nel praticarla, il concetto di attenzione e decisione come capacità dell'operatore di discernere e dare la giusta priorità all'atto dell'igiene delle mani (questo aspetto è difficile da mantenere in situazioni di emergenza o, ad esempio, quando ci sono più situazioni importanti concomitanti che richiedano l'attenzione- 3, 8, 10, 14).

Dimenticare di praticare l'igiene delle mani, la scarsa attenzione (come vuoti di concentrazione o essere distratti da interruzioni) o l'impossibilità ad eseguirla sono correlati al dominio "Contesto lavorativo/ambientale e le Risorse" (3, 6, 8, 11).

Il concetto di contesto lavorativo è molto ampio e fa riferimento sia al carico di lavoro sia al contesto sociale, ovvero l'influenza dovuta alle azioni degli altri operatori. È emerso soprattutto dagli studi qualitativi presenti nella Revisione come il carico di lavoro (inteso come numero operatori/numero di pazienti assistiti, quando insufficiente), ma anche come complessità dell'assistenza erogata, se, in modo par-

ticolare, di pazienti critici, siano di ostacolo all'adesione dell'igiene delle mani.

La mancanza di tempo o situazioni di emergenza con un carico di lavoro eccessivo o complesso portano gli operatori sanitari a privilegiare e considerare sufficiente il solo utilizzo del guanto. Dello stesso dominio fa parte anche il concetto di risorsa, intesa sia come risorsa del personale che risorsa di tipo materiale.

Così come si può trovare una correlazione tra contesto lavorativo/risorse umane, esiste altrettanto tra contesto ambientale/risorse materiali. Infatti, anche il *setting* assistenziale viene definito dagli operatori come "importante nel promuovere l'igiene delle mani". Laddove non sono presenti *dispenser* di soluzione alcolica o punti per la detersione con acqua e sapone delle mani è facile ipotizzare che sia più difficile aderire all'igiene delle mani. La presenza fisica dei *dispenser* o punti di detersione, oltre ad essere necessari, sono stimoli visivi che innescano la memoria, l'attenzione, i processi decisionali e quindi i comportamenti.

Dalla Revisione della letteratura sono emerse le principali teorie descritte negli studi presi in considerazione ed i risultati della loro applicazione in diversi *setting*, in diversi contesti assistenziali, in riferimento agli operatori sanitari in generale, ma anche nello specifico al solo personale medico e/o infermieristico; dall'analisi dei risultati è emerso come queste possano determinare un aumento della *compliance* all'igiene delle mani. Il cambiamento è uno dei comportamenti più difficili da raggiungere, pertanto, è necessario utilizzare diverse strategie e modalità per raggiungere l'obiettivo desiderato.

Nel suo studio, Pitter descrive due delle teorie che emergono negli interventi descritti dagli studi ana-

lizzati: la *Transtheoretical Model of Health Behavior Change* (TTM) e la *Theory of Planned Behavior* (TPB) che potrebbero essere usate per guidare il cambiamento e mantenerlo nel tempo; la TPB è usata per esaminare l'intenzione di cambiare il comportamento e, negli studi esaminati, è sempre associata ad altre teorie come la TTM per promuovere un cambiamento (Pittet, 2013).

Nella Revisione sistematica di J.A. Srigley, la TPB è presente in diversi studi descritti. Tra questi, dove viene implementata come unico strumento non conduce al risultato atteso, mentre, in associazione con il rinforzo o con la TTM, ha portato ad un aumento della *compliance* dell'igiene delle mani (6).

Nello studio di Thomas von Lengerke la TTM viene associata all'*Health Action Process Approach* (HAPA), anch'essa una teoria che si basa sullo sviluppo della motivazione per un dato comportamento in un *continuum* a tappe che comprendono pianificazione, implementazione e routinizzazione del comportamento. La TTM ha lo scopo di far sì che il comportamento desiderato venga mantenuto, l'HAPA che sia considerato routinario. Nel caso dell'igiene delle mani, è emerso dalla letteratura l'importanza che tale comportamento diventi solito e quindi non soggetto alla memoria dell'operatore, all'osservanza di una norma, o a motivazioni personali (ad esempio, l'autoprotezione), perché tutti questi elementi possono essere di ostacolo ad una corretta e duratura adesione all'igiene delle mani (15).

Rispetto all'obiettivo della ricerca, gli articoli emersi dalla Revisione della letteratura trattano principalmente l'utilizzo di strumenti derivanti la Psicologia comportamentale in relazione all'implementazione della pratica di igiene delle mani

come strategia di IPC, ma non delle altre buone pratiche correlate alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Tra gli studi esaminati le Revisioni sistematiche hanno comunque tutte evidenziato limiti interni, dovuti al campione troppo piccolo o alla mancanza di campione di controllo come, ad esempio, nella Revisione di Anita Huis (11); in quella di R. Edwards sono stati inclusi, invece, studi non robusti o non adeguati (13).

Alcuni studi presi in considerazione sono o monocentrici (come quello di Thomas Von Lengerke) o hanno reclutato personale medico e/o infermieristico (campione di convenienza) rendendo poco generalizzabili i risultati (14, 15).

Anche gli studi qualitativi presi in considerazione nella Revisione hanno dei limiti che possono aver influenzato l'esito della ricerca, ad esempio nello studio di J.D. Smith è stato chiesto ai partecipanti di descrivere le ragioni di quando fanno o non fanno rispetto all'igiene delle mani, il che potrebbe essere influenzato da distorsioni del ricordo (oppure gli intervistati possono aver sentito qualche pressione a fornire risposte socialmente desiderabili, 8, 14).

Ulteriori ricerche dovrebbero indagare l'utilizzo delle strategie derivanti dalla Psicologia comportamentale per la promozione delle buone pratiche relative alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, attraverso studi validi dal punto di vista metodologico come, ad esempio, *trial* randomizzati.

CONCLUSIONI

Dalla Revisione della letteratura è emerso come **l'utilizzo di strumenti dalla Psicologia comportamentale siano utili per esplorare il comportamento degli operatori sanitari riguardo**

l'adesione ai programmi di prevenzione e controllo del rischio infettivo (IPC). Il cambiamento del comportamento viene descritto in letteratura come un processo molto complesso e graduale ed influenzato da molteplici fattori.

Comprendere quali sono gli elementi che ostacolano e/o che facilitano la *compliance* ai programmi di IPC è essenziale per poter costruire interventi educativi mirati a superare gli ostacoli che impediscono il cambio del comportamento ed implementare ed utilizzare gli elementi che invece ne favoriscono lo sviluppo (13).

La *Theoretical Domains Framework* (TDF) viene utilizzata per determinare i fattori che influenzano un comportamento allo scopo di costruire un intervento di successo che porti il cambiamento del comportamento esistente (7). Questo tipo di analisi attraverso la TDF, pertanto, dovrebbe essere implementata nel gruppo di cui si vuole modificare o promuovere un comportamento desiderato per costruire un intervento su misura.

Dalla letteratura emerge che il setting di cura, il ruolo professionale, il contesto lavorativo ed ambientale, ma anche le norme sociali e culturali, influiscono sul comportamento dell'individuo: pertanto, tutti questi fattori dovrebbero essere indagati.

Un elemento importante emerso è l'importanza del contesto lavorativo ed ambientale correlato alla cultura dell'organizzazione. In questo caso, per "cultura" si intende l'atmosfera contestuale all'interno della quale un comportamento si manifesta o non si manifesta.

Il contesto, quindi, può facilitare o inibire un comportamento di IPC. Pertanto, un'organizzazione la cui cultura è sensibile ai temi *dell'infection control* promuoverà tutte quelle strategie utili all'implemen-

tazione di programmi di IPC (1). La *Transtheoretical Model of Change* è utile per guidare e accompagnare l'operatore sanitario attraverso il percorso di cambiamento, sia perché permette di esaminare la fase iniziale in cui si trova l'operatore all'inizio del processo, sia perché, senza forzature, permette l'evoluzione del comportamento fino al raggiungimento del comportamento desiderato e al suo mantenimento (7). **Il tema del mantenimento del comportamento è essenziale per quanto riguarda l'aderenza ai programmi di IPC,**

perché solo con una concreta e duratura adesione ai programmi di IPC si percorre la giusta strada per diminuire le infezioni correlate all'assistenza, aumentare la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza erogata.

Dalla Revisione emerge che il tema dell'utilizzo delle teorie derivanti dalla Psicologia comportamentale, per esplorare e attuare un cambiamento nel comportamento degli operatori, è relativamente recente. In particolare, sono emersi principalmente studi dedicati all'igiene delle mani, sicuramente cardi-

ne in ogni strategia di IPC, sono carenti gli studi centrati su altre buone pratiche correlate all'*infection control*.

Questo permette di fare una riflessione circa le possibili potenzialità della ricerca infermieristica in questo ambito, dove gli strumenti della Psicologia comportamentale possono assumere un ruolo fondamentale nel promuovere ed indagare i comportamenti degli operatori sanitari riguardo le buone pratiche dei programmi di IPC e per costruire interventi che producano cambiamenti reali e duraturi nel tempo.

TABELLA SINOTTICA ARTICOLI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

1. S. De Bono, G. Heling, M.A. Borg, "*Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions*", *Journal of Hospital Infection* 86 (2014) 1-6

Obiettivo

Esaminare l'interrelazione tra la cultura dell'organizzazione (OC) ed i comportamenti dei professionisti sanitari; determinare se e come l'OC può avere un impatto sulla compliance alle pratiche di IPC; evidenziare come potenziando gli interventi OC possano migliorare le pratiche di IPC all'interno degli ospedali.

Disegno

Revisione

Strumenti e metodi

Revisione della letteratura svolta comprendendo articoli che trattano di *Infection Prevention Control* (IPC) e pubblicazioni incentrate sul cambiamento del comportamento e cambiamento organizzativo.

Risultati

L'articolo valuta la teoria dell'OC all'interno delle strutture sanitarie e identifica come i vari elementi sembrano avere un impatto sul comportamento relativo all'IPC.

Nonostante la scarsità di studi ben progettati, emerge che iniziative di cambiamento dell'OC possono avere un impatto positivo sulle pratiche IPC, come, ad esempio, nell'igiene delle mani.

Conclusioni

Il cambiamento dell'OC sembra essere un obiettivo promettente, anche se impegnativo, per promuovere campagne di miglioramento riguardo l'adesione a programmi di IPC sia dal punto di vista teorico che in base ai risultati dei pochi studi disponibili. Tuttavia, sono necessari più dati e informazioni per identificare strategie efficaci in grado di suscitare un cambiamento efficace e duraturo.

2. J.A. Al-Tawfiq & D.Pittet, "*Improving Hand Hygiene Compliance in Healthcare Settings Using Behavior Change Theories: Reflections*." *Teaching and Learning in Medicine*, 25:4, 374-382 2013

Obiettivo

Esaminare l'applicazione di teorie comportamentali nella promozione dell'igiene delle mani presso gli operatori sanitari. L'articolo presenta il *Transtheoretical Model* (TTM) del cambiamento del comportamento sanitario, il *Model of Motivational Design* di John Keller (ARCS) e la Teoria del Comportamento Pianificato (TPB).

Disegno

Articolo scientifico

Strumenti e metodi

Articolo compilativo

Risultati

Vengono presentati e discussi l'applicazione delle teorie del cambiamento comportamentale nella promozione di programmi per l'igiene delle mani. Vengono esaminati il *Transtheoretical Model of health behavior change* (TTM), John Keller's (ARCS) *Model of Motivational Design*, e *The Theory of Planned behavior* (TPB).

Conclusioni

È importante promuovere interventi educativi che utilizzino il TTM ed il modello ARCS integrando il TPB; grazie al TTM, infatti, si accresce la consapevolezza del bisogno di aderire all'igiene delle mani e attraverso il modello ARCS si mantiene alta la motivazione a aderire nel tempo alla pratica di igiene delle mani.

3. M.Sands, A.M. Aiken, O.Cumming, R.Aunger, "The effect of behavioural interventions targeting hand hygiene practices among nurses in high-income hospital settings: a systematic review". *Public Health Reviews* (2020) 41:29

Obiettivo

Identificare l'efficacia delle tecniche del comportamento utilizzate negli interventi di igiene rivolti agli infermieri, di ospedali di paesi ad alto reddito, che hanno come scopo aumentare l'adesione all'igiene delle mani.

Disegno

Revisione sistematica

Strumenti e metodi

Analisi degli studi seguendo il modello dell'Analisi dei Componenti di Intervento (ICA).

Creazione di modelli logici per ogni intervento attraverso le tecniche del cambiamento del comportamento (BCT) per categorizzare e analizzare i componenti dell'intervento.

Analisi degli interventi in due fasi: estrazione dei dati la *check list* dell'*Effective Practice and Organization of Care* (EPOC), ed inferenza delle BCT, che hanno costituito le varie attività in questi complessi interventi.

Risultati

Le tecniche comportamenti più utilizzate di frequente negli studi all'interno degli interventi sono: obiettivi e pianificazione (per raggiungere fini specifici), confronto del comportamento (tra coetanei o rispetto ad un ideale) e *feedback* e monitoraggio.

Conclusioni

Gli interventi che impiegano le teorie del cambiamento del comportamento devono utilizzare le BCT più appropriate riguardo il tipo di comportamento da promuovere; gli studi hanno indicato che gli interventi di igiene mani di successo derivano da approcci poliedrici che combinano educazione, promemoria, *feedback* e, in alcuni casi, accesso alla soluzione alcolica e l'inclusione del supporto amministrativo.

4. A.Huis, T.Van Achterberg, M.de Bruin, R.Groll, L.Schoonhoven and M. Hulscher "A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach". *Implementation Science* 2012, 7:92

Obiettivo

Descrivere le strategie di miglioramento frequentemente usate e i relativi determinanti del cambiamento del comportamento che conducono ad una buona adesione ai programmi di igiene mani.

Disegno

Revisione sistematica

Strumenti e metodi

Sono state estratte le caratteristiche dello studio utilizzando la lista di controllo EPOC per la raccolta dei dati, compresi gli obiettivi dello studio, l'impostazione, disegno dello studio, popolazione target, misure di risultato, descrizione dell'intervento, analisi e risultati.

È stata usata la tassonomia delle tecniche di cambiamento del comportamento (BCT) per identificare i determinanti.

Risultati

Sono stati esaminati 41 studi. I fattori determinanti l'adesione all'igiene delle mani più frequentemente riportati sono la conoscenza, la consapevolezza, il controllo sulle proprie azioni, e la promozione del comportamento; alcuni studi menzionano come determinanti del comportamento l'influenza sociale, l'atteggiamento, l'autoefficacia e l'intenzione.

Tredici studi hanno usato un disegno controllato per misurare gli effetti delle strategie di miglioramento dell'igiene delle mani sul comportamento igiene mani: l'efficacia delle strategie variava sostanzialmente a seconda che nell'intervento venissero presi in considerazione uno o più determinanti del comportamento.

Conclusioni

Affrontare un solo fattore determinante (come la conoscenza, la consapevolezza, il controllo dell'azione e la promozione) non è sufficiente per cambiare il comportamento dell'igiene mani, hanno fornito risultati migliori i programmi che implementano combinazioni di diversi fattori determinanti come l'influenza sociale, l'atteggiamento, l'autoefficacia o l'intenzione.

Attualmente, la maggior parte delle strategie si concentra sull'individuo e sull'organizzazione, mentre le strategie dirette al gruppo o al team sono raramente utilizzate; l'inclusione di strategie dirette al gruppo potrebbe portare a risultati promettenti.

5. R.Edwards, E.Charani, N.Sevdalis, B.Alexandrou, E.Sibley, D.Mullett, H.P. Loveday, L.N.Drumright, A. Holmes, "Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: a systematic review", *Lancet Infect Dis* 2012; 12: 318–29

Obiettivo

Valutare l'efficacia e la sostenibilità degli interventi per cambiare il comportamento relativo all'adesione dei programmi di IPC. Valutare attraverso l'analisi della letteratura le barriere e i facilitatori del cambiamento di comportamento.

Disegno

Revisione sistematica

Strumenti e metodi

Per l'analisi degli studi sono stati utilizzati gli strumenti CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) dallo strumento *Cochrane risk of bias* e dallo strumento del modello EPOC (*Effective Practice and Organization of Care*). Gli interventi di cambiamento del comportamento non sono tipicamente conformi ai disegni di studio randomizzati e controllati, per cui sono stati sviluppati criteri per la valutazione applicabili a tutti i disegni presenti nello studio.

Risultati

Sette su ventuno degli studi considerati nella revisione hanno valutato gli interventi che possono essere classificati in tre gruppi principali: l'igiene delle mani, l'IPC in chirurgia e l'uso della tecnologia per cambiare il comportamento. Nessuno studio ha documentato approcci psicologici come parte dello sviluppo dell'intervento, e solo due includevano elementi di *social marketing*. Dei sette studi tutti hanno valutato l'efficacia dell'intervento nel suscitare cambiamento di comportamento, ridurre gli esiti dell'infezione o entrambi gli *outcomes*; cinque hanno valutato la sostenibilità (l'efficacia nel tempo) degli interventi.

I restanti 14 studi presi in considerazione dalla revisione sono studi esplorativi da questi sono emersi quattro temi principali in relazione a percezioni degli operatori sanitari sui facilitatori e sugli ostacoli al cambiare il comportamento IPC: effetto della società e della cultura; comportamento e la razionalità; la percezione dell'efficacia e della sicurezza nella pratica; e la conoscenza delle buone pratiche.

Conclusioni

Approcci multimodali possono essere efficaci nel modificare il comportamento degli operatori sanitari e ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA): è determinante conoscere quali sono le barriere e i facilitatori che influiscono il cambiamento del comportamento, i fattori culturali e sociali e considerare l'utilizzo di teorie psicologiche per comprendere tali dinamiche e costruire programmi/interventi educativi.

6. T.Von Lengerke, E.Ebadi, B.Schock, C.Krauth, K.Lange, J.T.Stahmeyer and I.F.Chaberny, "Impact of psychologically tailored hand hygiene interventions on nosocomial infections with multidrug-resistant organisms: results of the cluster randomized controlled trial PSYGIENE". *Antimicrobial Resistance and Infection Control* (2019) 8:56

Obiettivo

Dimostrare che interventi basati su teoriche comportamentali come "Health Action Process Approach" (HAPA) e *Transtheoretical Model of Change* siano più efficaci degli interventi educativi del progetto locale: "Campagna Mani Pulite" ("Aktion Saubere Hände", ASH).

Disegno

Trial randomizzato controllato (RCT)

Strumenti e metodi

Lo studio ha esaminato se le sessioni di formazione ed il *feedback* progettate in base all' "Health Action Process Approach" (HAPA) e *Transtherotetical Model of Change* ("TAILORING-arm") fossero più efficaci nel migliorare l'adesione all'igiene delle mani di medici e infermieri e nella riduzione delle infezioni ospedaliere rispetto ai rispettivi interventi del progetto locale: "Campagna Mani Pulite" ("Aktion Saubere Hände",ASH; "ASH-arm")

Due gruppi paralleli di *cluster* (Unità operative di Terapia Intensiva e di trapianti di cellule staminali) randomizzati: 6 reparti nel "TAILORING-arm"; 6 reparti del "ASH-arm".

Osservazione diretta (da parte di osservatori esterni) dell'adesione all'igiene mani secondo le raccomandazioni dell'OMS (calcolate per numero di adesione su osservazioni effettuate), calcolo della soluzione alcolica utilizzata in ml per paziente; calcolo dell'incidenza delle infezioni da MDRO.

Risultati

La diminuzione dal 2013 al 2015 nel "TAILORING-arm" dello 0.497 infezioni per 1000 giorni di degenza paziente è stata significativa ($p = 0.015$.) Il p-value nell'interazione del periodo (2015 vs. 2013) con il "trial arm"- (Tailoring vs. ASH) è stato 0.076. L'aumento della compliance nell'igiene delle mani e uso della soluzione alcolica tra il 2013 e il 2015 è stata significativamente più grande nel "Tailoring"- che nell' "ASH"-arm ($p = 0.005$), in linea con la suddetta differenza tra i bracci della sperimentazione anche la riduzione delle infezioni da MDRO dal 2013 al 2015.

L'utilizzo della soluzione alcolica è rimasto quasi stabile nel braccio "Tailoring" (dove c'è stata comunque una diminuzione delle infezioni), invece nel braccio "ASH" dal 2013 al 2015 il valore p per l'aumento è stato di 0,058, (senza comportare una diminuzione delle infezioni da MDRO).

Conclusioni

Gli interventi psicologicamente personalizzati possono non solo portare ad aumenti più sostenibili nell'osservanza dell'igiene delle mani, ma anche ad una diminuzione significativa delle infezioni da MDRO nelle Unità di Terapia Intensiva e Unità di trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Ulteriori ricerche dovrebbero esaminare le estensioni sociopsicologiche e ambientali di interventi psicologicamente su misura, il loro rapporto costo-efficacia, per migliorare l'osservanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari e, in ultima analisi, per prevenire le infezioni ospedaliere.

7. K.Lambe, S.Lydon, C.Madden, J.McSharry, R.Marshall, R.Boylan, A.Hehir, M.Byrne, O.Tujjar and P.O'Connor, "Understanding hand hygiene behaviour in the intensive care unit to inform interventions: an interview study". BMC Health Services Research (2020) 20:353

Obiettivo

Comprendere le barriere e i facilitatori nell'adesione al comportamento dell'igiene mani (HH) in Terapia Intensiva al fine di identificare interventi specifici per promuovere la compliance nel HH attraverso il *COM-B model*: *capability* (C), *opportunity* (O), *motivation* (M), *behaviour* (B); *theoretical domains framework* (TDF).

Disegno

Studio Qualitativo

Strumenti e metodi

Interviste semi-strutturate utilizzando una scheda sviluppata secondo il *COM-B model*; il *TDF model* è stato utilizzato in seguito per la codifica e l'analisi delle risposte.

Risultati

I risultati della ricerca sono presentati seguendo il *COM-B model*: *CAPABILITY* L'84,6% dei partecipanti afferma che la conoscenza è importante per la compliance all' HH. IL 92,6% afferma di aver ricevuto il giusto *training* (*skill*) riguardo l'HH ma il 57,7% riporta la necessità di interventi di *top-up training*.

I medici e gli infermieri intervistati hanno espresso diversi livelli di fiducia nella loro capacità di mettere in atto comportamenti HH appropriati (61,5%). Solo l'11,5% degli intervistati ha riportato di avere un controllo sul comportamento di adesione all'HH e di ricordarsi a livello conscio di praticarla. Il 42,3%, al contrario, ammette di dimenticare a volte di praticare l'HH (memoria, attenzione).

Opportunity

L'80.8% degli intervistati riferisce di essere influenzato dalle norme sociali, e per il 100% influisce sull'HH il contesto lavorativo e le risorse.

Motivation

Alla sfera motivazionale appartengono molteplici domini, la consapevolezza del proprio ruolo sociale e identità

(53,9%) intenzionalità e ottimismo (0%), l'obiettivo o goal (15,4%) la conoscenza delle conseguenze del proprio agire (73,1%), rinforzo (46,2) le emozioni (26,9%).

Conclusioni

Questo studio ha dimostrato che brevi interviste con il personale dell'ICU, fondate su un'appropriata Teoria del Cambiamento Comportamentale, possono fornire una comprensione approfondita del comportamento igiene mani che può integrarsi con i dati raccolti con altri metodi (per esempio l'osservazione diretta considerata il metodo "gold standard" per misurare la conformità all'igiene delle mani). Questa comprensione può essere applicata alla progettazione di interventi teoricamente validi che sono adeguatamente adattati alle esigenze di una di una specifica Unità, e che avranno una maggiore probabilità di successo.

8. J.D. Smith, K.M. Corace, T.K. MacDonald, L.R. Fabrigar, A. Saedi, A. Chaplin, S. MacFarlane, D. Valickis, G.E. Garber, "Application of the Theoretical Domains Framework to identify factors that influence hand hygiene compliance in long-term care" *Journal of Hospital Infection* 101 (2019) 393-398

Obiettivo

Comprendere le barriere e i facilitatori nell'adesione al comportamento dell'igiene mani (HH) attraverso il *Theoretical Domains Framework* (TDF) in una lungo degenza.

Disegno

Studio Qualitativo

Strumenti e metodi

Per comprendere quali sono le barriere e i facilitatori della *compliance* all'igiene delle mani per gli operatori sanitari è stato somministrato un questionario a quelli di lungodegenze in Ontario (Canada); il questionario è stato strutturato utilizzando il *Theoretical Domains Framework* (TDF).

È stata condotta un'indagine di fase 1 per valutare il panorama delle barriere e dei facilitatori all'osservanza dell'igiene delle mani nelle case di cura a lungo degenza. La fase 2 ha utilizzato i dati raccolti dal sondaggio della fase 1 e una Revisione della letteratura pubblicata per selezionare le domande per formare il questionario della fase 2.

Fase 1: questionario costruito secondo i 14 domini del TDF che possono influenzare il cambio del comportamento a risposta chiusa, scala a cinque punti di tipo Likert, e 3 risposte a domande aperte per identificare eventuali barriere o facilitatori non emersi dal test. Inoltre, è stata aggiunta una parte di analisi demografica.

Fase 2: il questionario è stato costruito rivedendo i temi importanti identificati dall'analisi dell'indagine della fase 1 e usando le 30 domande esistenti dell'indagine e aggiungendo domande a risposta chiusa basate su temi importanti identificati dalle domande a risposta aperta (della fase 1) che non erano già presenti.

Risultati

Le barriere identificate dal questionario secondo i domini del TDF sono: "contesto lavorativo e risorse" (si intende risorse umane correlate al tempo e carico di lavoro, risorse ambientali intese come mancanza di forniture) Come facilitatori sono stati identificati: "Convinzioni sulle conseguenze", "Convinzioni sul ruolo sociale e professionale", la "Convinzione riguardo le proprie capacità", "Influenze e norme sociali".

Nella fase 1, dall'analisi qualitativa è emerso che i facilitatori appartenevano ai domini:

"Convinzioni sulle conseguenze", "Convinzioni sul ruolo sociale e professionale", la "Convinzione riguardo le proprie capacità", "Influenze e norme sociali", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse" e "Capacità".

Le barriere appartenevano ai domini: "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse" per risorse si intende risorse umane correlate al tempo e carico di lavoro, risorse ambientali intese come mancanza di forniture;

"Attenzione, memoria e decisione" quasi la metà delle risposte del tema attenzione, memoria e processi decisionali erano collegate a situazioni di emergenza. Il restante metà è stato attribuito a distrazioni e dimenticanze.

"Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi": i danni alla pelle, irritazioni cutanee, erano la preoccupazione predominante dei partecipanti che ha agito come una barriera all'igiene delle mani. I suggerimenti chiave degli operatori sanitari per sostenere l'igiene delle mani comprendono: risorse ambientali (prodotti per la cura e l'igiene delle mani, dispositivi per eseguire l'igiene delle mani in luoghi idonei), e di personale aggiuntivo, conoscenza/formazione (relativi alla trasmissione delle infezioni), e attenzione, memoria e processi decisionali (necessari per l'igiene delle mani. Dall'analisi quantitativa è emerso che le barriere e i facilitatori nell'adesione dell'igiene delle mani appartenevano per lo più ai domini della TDF: "Ruolo e identità sociale/professionale", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse", e "Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi".

Dall'analisi quantitativa della Fase 2 è emerso che le barriere e i facilitatori nell'adesione dell'igiene delle mani appartenevano per lo più ai domini della TDF: "Ruolo e identità sociale/professionale", "Convinzioni sulle conseguenze negative per se stessi", "Contesto lavorativo/ambientale e Risorse", quest'ultimo tema è stato analizzato sia come contesto lavorativo inteso come organizzazione del lavoro che come risorse umane ed ambientali.

Conclusioni

Ci sono diverse barriere che influiscono sulla compliance dell'igiene delle mani negli operatori sanitari delle lungo degenze; l'uso di strumenti di teorie del cambiamento comportamentale come il TDF sono utili per identificare queste barriere e costruire interventi mirati per promuovere l'igiene delle mani.

Secondo i risultati dell'indagine, sia nella fase 1 che nella 2, le barriere identificate nelle case di cura a lungo termine sono le stesse riportate nella letteratura per le strutture per acuti; il dominio del contesto lavorativo e delle risorse (tempo/carico di lavoro e forniture) rappresenta la barriera dominante.

I facilitatori comprendono le credenze sulle conseguenze del proprio comportamento (la conoscenza della diffusione di organismi a pazienti/residenti o a loro stessi) e sul loro ruolo sociale/professionale come operatori sanitari. Nonostante la somiglianza di barriere e facilitatori visti dalla letteratura pubblicata in ambienti di acuti, è probabile che gli interventi debbano essere adattati a selezionare strategie di miglioramento dell'igiene delle mani specifiche dell'ambiente sanitario.

9. M.P.Smiddy, R.O' Connell, A. Sile, A. Creedon, "Systematic qualitative literature review of health care workers' compliance with hand hygiene guidelines". American Journal of Infection Control 43 (2015) 269-74.

Obiettivo

Esaminare i fattori che contribuiscono alla compliance degli operatori sanitari alle linee guida per l'igiene delle mani.

Disegno

Revisione sistematica di studi qualitativi

Strumenti e metodi

Due ricercatori hanno analizzato i dati in modo indipendente leggendoli ripetutamente, identificando e codificando i temi ricorrenti man mano che emergevano. *Software* di gestione dei dati qualitativi NVivo10.

Risultati

Sono state identificati fattori motivazionali e attinenti alla percezione dell'ambiente lavorativo come i due *core concept* che influiscono la *compliance* degli operatori sanitari alle linee guida per l'igiene delle mani.

I fattori motivazionali includono le influenze sociali, la complessità della cura del paziente, l'autoprotezione e l'uso di spunti. Le percezioni dell'ambiente di lavoro includono risorse, conoscenza, informazione e cultura organizzativa.

Conclusioni

L'uso di un *framework* concettuale contribuisce a costruire una conoscenza cumulativa dell'argomento oggetto di studio. In questa Revisione, esaminando sistematicamente la letteratura qualitativa su questo argomento, suggeriamo che è necessario esplorare ulteriormente le teorie che sostengono che l'ambiente di lavoro e la motivazione influenzano l'osservanza delle linee guida sull'igiene delle mani.

10. J.A. Srigley, K. Corace, D.P. Hargadon, D. Yu, T. MacDonald, L. Fabrigar, G. Garber, "Applying psychological frameworks of behaviour change to improve healthcare worker hand hygiene: a systematic review". Journal of Hospital Infection 91 (2015) 202 e 210

Obiettivo

Esaminare l'efficacia degli interventi basati sulle teorie psicologiche del cambiamento di comportamento per migliorare la conformità all'igiene delle mani degli operatori sanitari; determinare quali quadri di riferimento sono stati utilizzati per determinare l'osservanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

Disegno

Revisione sistematica

Strumenti e metodi

Vedi Tabella Dedicata

11. C.Fuller, S.Besser, J.Savage, J.McAteer, S.Stone, S.Michie, "Application of a theoretical framework for behavior change to hospital workers' real-time explanations for noncompliance with hand hygiene guidelines".

American Journal of Infection Control 42 (2014) 106-10

Obiettivo

Esaminare i determinanti del comportamento della non *compliance* all'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta.

Disegno

Studio Trasversale, condotto all'interno di uno studio controllato randomizzato a grappolo di un intervento di igiene delle mani, *Feedback Intervention Trial*.

Strumenti e metodi

Gli operatori sanitari sono stati osservati ed è stato richiesto loro, in *real time*, i motivi della non *compliance* all'igiene delle mani. I risultati sono stati codificati con l'utilizzo del *Theory Domains Framework* (TDF).

Risultati

Tre domini hanno rappresentato più di 3/4 delle spiegazioni circa i determinanti la non *compliance* all'igiene delle mani. Quello più comunemente codificato è stato: "Memoria/Attenzione/Consapevolezza" (42%), seguito da: "Conoscenza" (26%) e da: "Contesto lavorativo, Risorse" (9%).

Conclusioni

Molti interventi per migliorare l'igiene delle mani si sono basati sul presupposto che igienizzare le mani sia un comportamento cosciente e razionale. I dati dello studio, tuttavia, suggeriscono che gli interventi dovrebbero tener conto della natura dinamica del ruolo degli operatori sanitari, che può essere caratterizzato da molteplici richieste, che richiedono la prioritizzazione dei compiti, che a sua volta mette a dura prova la loro attenzione. La mancanza di conoscenza è apparsa come la seconda ragione principale per non conformità, in particolare in relazione alla necessità dell'igiene delle mani dopo aver toccato superfici ambientali o quando si indossano i guanti.

Il fatto che gli operatori sanitari hanno riferito di essere confusi su quando igienizzare le mani nonostante la presenza di linee guida semplici e ampiamente disponibili, come i "5 momenti per l'igiene delle mani" dell'OMS, suggerisce che la formazione del personale non è sempre stata efficace.

Una spiegazione alternativa è che, sebbene le linee guida siano semplici e facili da imparare, tradurre in un ambiente di lavoro è più difficile. Il lavoro degli operatori sanitari tra i vari compiti è complesso e la corretta identificazione dei momenti di igiene delle mani possono essere impegnativi.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che interventi efficaci per l'igiene delle mani dovrebbero concentrarsi su processi automatici e associativi, garantire una buona conoscenza, consentendo così agli operatori sanitari di identificare le indicazioni per l'igiene delle mani e di rendere l'igiene delle mani richiesta un comportamento di routine.

12. J.E.Squires, S.Linklater, J.M.Grimshaw, I.D.Graham, K. Sullivan, N.Bruce, K.Gartke, A.Karovitch, V.Roth, K. Stockton, J.Trickett, J.Worthington, K.N.Suh, "Factors That Influence Physician Hand Hygiene Compliance". *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 35, No. 12 (2014), pp. 1511-1520

Obiettivo

Identificare i determinanti comportamentali, sia le barriere che i fattori abilitanti, che possono avere un impatto sull'osservanza dell'igiene delle mani da parte dei medici.

Disegno

Studio Descrittivo Qualitativo

Strumenti e metodi

Interviste semi-strutturate. Due membri del team addestrati all'analisi qualitativa, utilizzando l'analisi del contenuto tematico, hanno codificato indipendentemente le trascrizioni nei 14 domini TDF, incontrandosi frequentemente per rivedere la loro codifica.

Risultati

Nove dei 14 domini teorici TDF sono stati identificati come rilevanti per l'osservanza dell'igiene delle mani da parte del medico: conoscenza; abilità; credenze sulle capacità; credenze sulle conseguenze; obiettivi; memoria, attenzione e processi decisionali; contesto ambientale e risorse; ruolo sociale e identità professionale; influenze sociali.

Conclusioni

Questo studio qualitativo ha dimostrato l'utilità dell'uso di teorie psicologiche comunemente utilizzate nella traduzione della conoscenza e nella psicologia della salute per esplorare i determinanti della conformità all'igiene delle mani. I risultati permettono di comprendere i processi di cambiamento del comportamento dei medici in

relazione alla pratica dell'igiene delle mani e dovrebbero essere utilizzati per costruire la progettazione di future strategie di intervento per migliorare questo comportamento.

13. A. Apisarnthanara; T. Eiamsitrakoon, L. M. Mundy, "Interventions to Improve Hand Hygiene Adherence Among Intensive Care Unit Healthcare Workers in Thailand". *Infection control & hospital epidemiology* maggio 2015, vol. 36, n. 5.

Obiettivo

Valutare gli interventi basati sul comportamento per migliorare l'igiene delle mani tra gli operatori sanitari in un istituto thailandese.

Disegno

Studio Quasi Sperimentale

Strumenti e metodi

Questionario di autovalutazione basato sul *Transtheoretical Model of Health Behavior Change*.

Interventi educativi: S1-intervento formativo classico; S2-intervento formativo rinforzato; S3-intervento formativo rinforzato e incremento delle postazioni per l'igiene delle mani con soluzione alcolica in punti chiave della Unità operativa.

Risultati

Il risultato principale di questo studio è stato il miglioramento dell'impegno osservato tra gli operatori sanitari dell'unità di terapia intensiva nelle unità randomizzate agli interventi S2 ed S3. Non c'è stato alcun cambiamento nell'aderenza all'igiene delle mani (HH) osservata nell'intervento S1 rispetto al pre-post-intervento (68% vs 71%, $P = .84$). Per il gruppo S2 gruppo, l'aderenza complessiva all'HH osservata è aumentata dal 65% all'85% ($P = .02$), mentre per il gruppo S3 l'aderenza osservata è aumentata dal 66% al 95% ($P = .005$).

Inoltre, il *self report* basale degli operatori sanitari circa l'aderenza all'HH secondo le fasi dell'impegno comportamentale (TTM) ha rivelato una distribuzione delle fasi dalla Contemplazione all'Azione su tutte e 6 le Unità coinvolte nello studio. Tali risultati suggeriscono che gli interventi di HH per stadi possono essere una potenziale strategia per promuovere interventi su misura per promuovere una aderenza all'HH sostenibile nel tempo.

I risultati suggeriscono che un intervento educativo di routine senza ulteriore intensificazione degli sforzi potrebbe non migliorare l'aderenza degli operatori sanitari all'HH.

Conclusioni

I risultati suggeriscono che un intervento mirato di promozione di adesione all'HH, usando valutazioni comportamentali basate sulla TTM, può migliorare la compliance ai 5 momenti dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari in unità di terapia intensiva e in generale tra gli operatori sanitari.

14. M. Sands, "Determinants of hand hygiene compliance among nurses in US hospitals: A formative research study". *PLoS ONE*, aprile 2020, 1-29

Obiettivo

Identificare i determinanti del comportamento che influiscono sulla *compliance* all'igiene delle mani da parte degli infermieri nelle Unità ospedaliere di cure intensive e acute.

Disegno

Formative Reserch

Strumenti e metodi

Somministrazione di un questionario con l'obiettivo di valutare il potenziale del cambiamento comportamentale, concentrandosi sui cinque fattori che sono potenziali determinanti dell'adesione all'igiene delle mani: motivazione, abitudine, ruoli, impostazione del comportamento, e norme.

Per la strutturazione del questionario e la codifica dei risultati è stato utilizzato il *Behaviour Centred Design* (BCD), approccio generale pratico per progettare e valutare gli interventi volti a modificare il comportamento mediante un modello teorico per il cambiamento dei comportamenti.

Risultati

Si evidenzia come gli infermieri fossero più propensi a praticare l'igiene delle mani all'uscita dalla stanza di un paziente piuttosto che all'entrata, e quando la procedura era percepita come molto rischiosa, come detergere e medicare una ferita. Per quanto riguarda le convinzioni personali, la maggior parte degli intervistati ha affermato che l'igiene delle mani dovrebbe essere sempre praticata: l'81,7% prima di entrare nella stanza del paziente;

il 90,4% quando si esce dalla stanza del paziente; il 75,6% dopo aver preso i parametri vitali del paziente, e il 98,7% dopo aver pulito la ferita di un paziente.

Conclusioni

Dalla ricerca emerge che ruolo e status professionale, norme sociali, il contesto lavorativo e le risorse, come l'autoprotezione, influenza gli infermieri nell'adesione all'igiene delle mani.



1. De Bono S, Heling G, Borg M.A, Organizational culture and its implications for infection prevention and control in healthcare institutions. *J Hosp Infect.* gennaio 2014;86(1):1–6.
2. Sands M, Aiken A.M, Cumming O, Aunger R, The effect of behavioural interventions targeting hand hygiene practices among nurses in high-income hospital settings: a systematic review. *Public Health Rev.* 7 dicembre 2020;41(1):29.
3. Squires J.E, Linklater S, Grimshaw J.M, Graham I.D, Sullivan K, Bruce N et al, Understanding practice: factors that influence physician hand hygiene compliance. *Infect Control Hosp Epidemiol.* dicembre 2014;35(12):1511–20.
4. WHO, Improving infection prevention and control at the health facility: Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programme. Geneva WHO; 2018.
5. Arcangeli A, Gigi A, Viturale C, L'innovazione tecnologica può modificare i comportamenti del personale sanitario rispetto alle pratiche di infection control? Una Revisione della letteratura. 2021;4,23.
6. Srigley J.A, K.C, Applying psychological frameworks of behaviour change to improve healthcare worker hand hygiene:a systematic review. *Journal of Hospital Infection.* 2015;202–10.
7. Al-Tawfiq J.A, Pittet D, Improving hand hygiene compliance in healthcare settings using behavior change theories: reflections. *Teach Learn Med.* 2013;25(4):374–82.
8. Smith J.D, Corace K.M, MacDonald T.K, Fabrigar L.R, Saedi A, Chaplin A et al, Application of the Theoretical Domains Framework to identify factors that influence hand hygiene compliance in long-term care. *J Hosp Infect.* aprile 2019;101(4):393–8.
9. Smiddy M.P, Murphy O.M, Savage E, Browne J.P, The influence of observational hand hygiene auditing on consultant doctors' hand hygiene behaviors: A qualitative study. *Am J Infect Control.* luglio 2019;47(7):798-803.e1.
10. Fuller M.S.C, S.B, Application of a theoretical framework for behavior change to hospital workers' real-time explanations for noncompliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control.* 2014;106–10.
11. Huis A, Van Achterberg T, De Bruin M, Grol R, Schoonhoven L, Hulscher M, A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. *Implement Sci IS.* 14 settembre 2012;7:92.
12. Sands M, Aunger R, Determinants of hand hygiene compliance among nurses in US hospitals: a formative research study. *PLoS One.* 2020;15(4):e0230573.
13. Edwards R, Charani E, Sevdalis N, Alexandrou B, Sibley E, Mullett D et al, Optimisation of infection prevention and control in acute health care by use of behaviour change: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* aprile 2012;12(4):318–29.
14. Lambe K, Lydon S, Madden C, McSharry J, Marshall R, Boylan R et al, Understanding hand hygiene behaviour in the intensive care unit to inform interventions: an interview study. *BMC Health Serv Res.* 25 aprile 2020;20(1):353.
15. Von Lengerke T, Ebadi E, Schock B, Krauth C, Lange K, Stahmeyer J.T et al, Impact of psychologically tailored hand hygiene interventions on nosocomial infections with multidrug-resistant organisms: results of the cluster-randomized controlled trial PSYGIENE. *Antimicrob Resist Infect Control.* 2019;8:56.
16. Apisarnthanara A, Thanee M, Eiamsitrakoon M & Mundy L.M, M.P, Behavior-Based Interventions to Improve Hand Hygiene Adherence Among Intensive Care Unit Healthcare Workers in Thailand, *infection control & hospital epidemiology.* 2015.

Chirurgia della mammella nel setting oncologico: indagine sulle richieste di assistenza

Breast surgery in the oncology setting: a calls light for care study

Nicolò Panattoni, Emanuele Di Simone, Mariapaola Decrestina, Valeria Curmà, Silvia Ronchi, Giampiero Giansanti, Zacharie Mushengezi, Monica Iorio, Alessio Gargano, Francesco Caldarola, Elisa Croce e Fabrizio Petrone, UOC Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenziale e della Ricerca, IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri, Roma

Parole chiave

assistenza infermieristica, richiesta di assistenza, campanelli

Keywords

nursing care, call light for care, bells

ABSTRACT INTRODUZIONE

Misurare e analizzare le principali cause che determinano la richiesta di assistenza da parte del paziente, potrebbe identificare e orientare eventuali interventi assistenziali e/o organizzativi per ridurre e/o prevenire le chiamate al personale infermieristico.

La letteratura sul tema, inoltre, sottolinea quanto gli esiti di tali richieste influenzino fattori come la sicurezza delle cure e del paziente stesso, incrementando la *patient satisfaction*.

OBBIETTIVO

L'obiettivo di questo studio-pilota è di quantificare e analizzare le cause di chiamata per la richiesta di assistenza infermieristica dei pazienti degenti presso una Unità di Chirurgia senologica, specializzata nel trattamento di patologie oncologiche.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio-pilota presso una Unità senologica per il trattamento chirurgico di patologie oncologiche. Attraverso la compilazione della "Scheda di Segnalazione Chiamata" costruita *ad hoc*, è stato effettuato un rapido tracciamento delle cause di richiesta di assistenza.

RISULTATI

Sono state analizzate un totale di 2.561 richieste di assistenza, effettuate durante 205 turni di lavoro (mattina, pomeriggio e notte).

La causa più frequente di chiamata è riconducibile alla necessità di mobilitazione nel letto, seguito da quella di assistenza per il raggiungimento degli effetti personali.

Nello specifico, il dolore è stato tra le cause di bisogno assistenziale nel 11,63% (n=298); le richieste relative al raggiungimento di og-

getti per il 20,73% (n=531); bisogno di eliminazione nel 17,02% (n=436); necessità relative al cambio di posizione nel letto 24,09% (n=617); nausea e vomito post operatorio sono state riscontrate nel 5,89% (n=151); infine, quelle relative ad "altri bisogni" sono risultate essere il 20,62% (n=528). Le variabili indagate, per ciascun turno di lavoro, sono state, rispettivamente: turno mattina - TM - 32,29% (n=827); turno pomeriggio - TP - 35,06% (n=898); turno notte - TN - 32,64% (n=836).

CONCLUSIONI

Un'organizzazione dell'assistenza che preveda controlli routinari, ad intervalli di tempo regolari, dei pazienti, potrebbe contribuire alla riduzione del numero globale delle richieste di assistenza e delle *mised care*, incrementando la soddisfazione e la sicurezza dei pazienti.

ABSTRACT BACKGROUND

Measuring and analyzing the main drivers of patient calls for care could identify and guide possible nursing or organizational interventions to reduce or prevent calls to nursing staff. The literature on the topic also emphasizes how much the outcomes of such calls influence factors such as the safety of care and the patient himself and increase patient satisfaction.

MATERIAL AND METHODS

A single-centre observational pilot study was conducted at a surgical unit for the treatment of breast oncologic pathology.

Through the compilation of the purpose-built Call Report Form, rapid tracking of the causes of requests for care was carried out.

RESULTS

A total of 2.561 calls for assistance were analyzed, made during the 205 observed shifts (morning, afternoon and night).

The most frequent cause of call was attributable to the need for mobilization in bed, followed by the need for assistance in reaching personal belongings.

Specifically, the pain was among the causes of the need for assistance in 11.63% (n=298), requests relating to the achievement of objects for 20.73% (n=531), need for elimination in 17.02% (n=436), needs relating to the change of position in bed 24.09% (n=617), postoperative nausea and vomiting were found in 5.89% (n=151), finally, those relating to other needs were 20.62% (n=528). The variables investigated, for each work shift, were respectively: morning shift - TM - 32.29% (n=827), afternoon shift - TP - 35.06% (n=898), night shift - TN - 32.64% (n=836).

CONCLUSIONS

A care organization that provides routine checks at regular intervals of patients could contribute to the reduction of the overall number of care requests and missed care, increasing patient satisfaction and safety.

INTRODUZIONE E OBIETTIVI

Le richieste di assistenza e le cause che ne determinano il ricorso da parte dei pazienti, possono rappresentare un utile indicatore per eventuali interventi assistenziali e/o organizzativi del personale infermieristico (1).

La letteratura sul tema, inoltre, sottolinea quanto gli esiti di tali richieste influenzino fattori come la sicurezza delle cure e del paziente stesso, incrementando la *patient satisfaction* (2).

Il modello delle 4 P (*Pain, Potty, Possession, Position*) riassume le principali cause di chiamata al personale di assistenza ovvero: dolore, bisogno di eliminazione, oggetti personali non raggiungibili in autonomia (acqua, cellulare, occhiali, ecc.) e necessità di cambiare posizione nel letto (3).

Sebbene tale modello risulti essere quello principalmente utilizzato, potrebbero essere motivo di chiamata anche altre cause, specifiche per i diversi *setting* di studio come quello chirurgico. Per esempio, problemi durante la somministrazione di terapia endovena o *Post operative Nausea and Vomiting* (PONV) (4-6).

Inoltre, nello scenario italiano (7), **la richiesta di assistenza mediante chiamata, sembrerebbe essere tra le principali cause di interruzione durante le attività infermieristiche (38%) compromettendo la sicurezza del paziente soprattutto durante le fasi di gestione della terapia**

farmacologica (8).

L'obiettivo del presente studio-pilota è quello di quantificare e analizzare le cause di chiamata per la richiesta di assistenza infermieristica dei pazienti degenti presso una Unità di Chirurgia senologica specializzata nel trattamento di patologie oncologiche.

STRUMENTI E METODI

È stato condotto uno studio-pilota da giugno a settembre 2022, presso una Unità chirurgica per il trattamento di patologia oncologica della mammella (chirurgia senologica e plastica e ricostruttiva). L'attività ospedaliera è di tipo *week surgery*, pertanto, le rilevazioni iniziano dal turno mattina (TM) del lunedì e terminano alla fine del TM del venerdì.

Inoltre, le rilevazioni sono state sospese dal 12 agosto al 21, e riprese dal 22 agosto, per riduzione dell'attività chirurgica nel periodo estivo.

Questa è una Unità operativa che si distingue da un punto di vista organizzativo: 12 posti letto base destinati alla chirurgia senologica e 10 posti letto base dedicati alle attività di chirurgia plastica e ricostruttiva.

Attraverso la compilazione della Scheda di Segnalazione Chiamata (cartacea) costruita *ad hoc*, non avendo reperito in letteratura un idoneo e validato strumento per gli obiettivi dello studio precedentemente esposti, la strategia di raccolta dati ha consentito un rapido tracciamento della causa di richiesta di assistenza.

Attraverso un sistema a biffatura, l'operatore, che ha risposto alla richiesta di assistenza da parte del paziente degente, ha documentato, sull'apposita scheda cartacea di raccolta dati, la causa della chiamata.

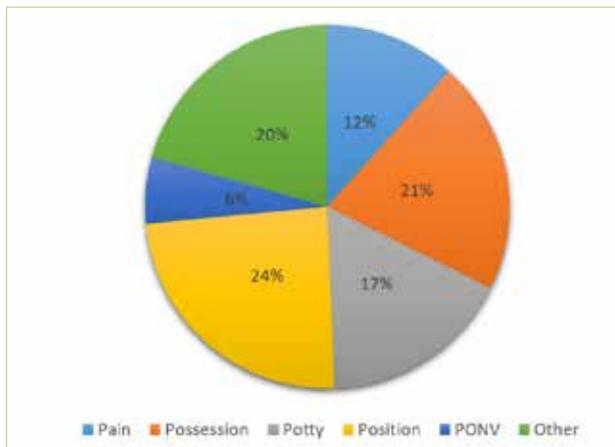


Figura 1

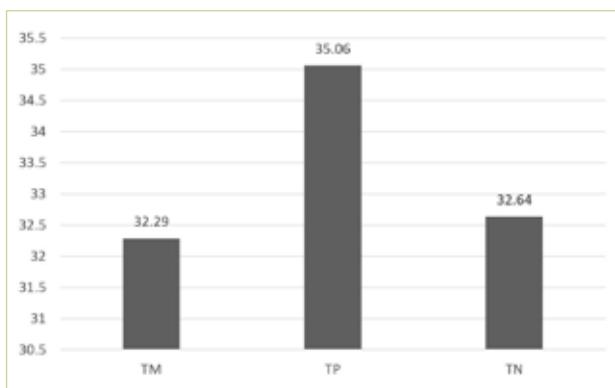


Figura 2

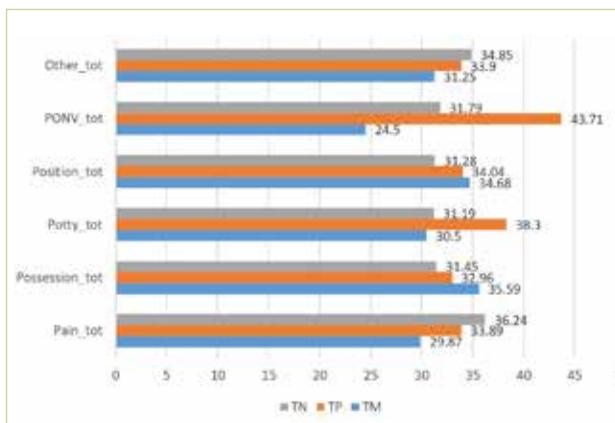


Figura 3

Per tali ragioni, tutto il personale sanitario afferente all'Unità operativa coinvolta è stato adeguatamente informato e invitato a collaborare allo studio che, in considerazione delle modalità di

compilazione dello strumento, non ha subito aggravamenti nelle attività professionali quotidiane.

Il reclutamento del personale sanitario è stato effettuato previa presentazione dello studio, delle modalità progettuali e dei suoi obiettivi.

La tipologia delle osservazioni e la strategia di raccolta dati non rendeva necessari eventuali criteri di inclusione o esclusione dal progetto di ricerca.

I dati raccolti (che sono stati trattati in forma aggregata e appositamente codificata) non consentono di identificare il contributo del personale coinvolto nella raccolta, né tantomeno del paziente che ha effettuato la richiesta di assistenza. Non sono state indagate variabili sociodemografiche di infermieri e/o pazienti partecipanti.

Lo studio ha ricevuto l'approvazione della Direzione Sanitaria, della Direzione Scientifica, della Direzione delle Professioni Sanitarie e del Responsabile Assistenziale del Dipartimento di Clinica e Ricerca Oncologica, e in seguito, presa d'atto da parte del Comitato Etico Centrale IRCCS Lazio (Registro Sperimentazioni n.1722/22 del 21/06/2022).

Come già detto, lo strumento di raccolta dati - Scheda di Segnalazione Chiamata - è stato ideato per quantificare e analizzare le più frequenti cause di chiamata per la richiesta di assistenza, reperite in letteratura (3), di seguito riportate:

- dolore;
- richiesta oggetti non raggiungibili;
- bisogno di eliminazione/cure igieniche;
- mobilitazione nel letto;
- nausea e/o vomito post operatorio;
- altro (per es. richiesta assistenza durante terapia endovenosa o per il cambio di indumenti).

Al termine di ogni turno assisten-

ziale, sono state raccolte le schede di rilevazione e, in seguito, collezionati i rispettivi dati in un foglio di calcolo.

Tutte le informazioni raccolte sono state analizzate attraverso statistiche descrittive e inferenziali e, per ciascuna causa di chiamata, sono state analizzate le differenze di frequenza (*ANOVA-Test di Friedman*), mediante l'utilizzo del software statistico SPSS® v.26.

Per i test di verifica delle ipotesi è stato considerato statisticamente significativo un *p-value* ≤ 0.05.

RISULTATI

Come anticipato, lo studio è stato condotto all'interno di una Unità operativa, con indice di rotazione medio di 2,95 (SD ±0,53), che si distingue esclusivamente, da un punto di vista organizzativo, in Chirurgia senologica (Ch. Sen.) e in Chirurgia plastica e ricostruttiva (Ch. PL).

Rispettivamente con 12 posti letto base (PLB) e 10 PLB, le due organizzazioni si differenziano - nel periodo osservato - per tasso di occupazione (Ch. Sen. 47,44 SD ± 3,72; Ch. PL 35,8 SD ± 10,57), degenza media (Ch. Sen. 2,72; Ch. PL 2,42), numero complessivo di ricoveri (Ch. Sen. 169; Ch. PL 97) e di dimissioni (Ch. Sen. 166; Ch. PL 99). Complessivamente, sono state analizzate un totale di 2.561 richieste di assistenza, effettuate durante i 205 turni di lavoro osservati (mattina, pomeriggio e notte). Le richieste mostrano le frequenze percentuali relative alle cause di richiesta di assistenza effettuate nei turni osservati. (Figura 1)

Il dolore - *pain* - è stato tra le cause di bisogno assistenziale nel 11,63% (n=298), le richieste relative al raggiungimento di oggetti - *possession* - per il 20,73% (n=531), quelle relative ai bisogni di eliminazione - *potty* - nel

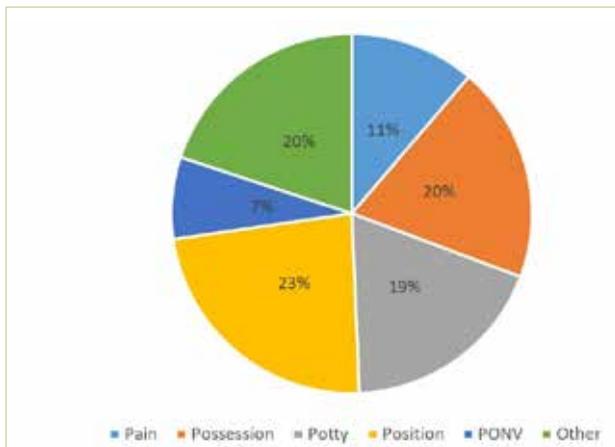


Figura 4

17,02% (n=436), necessità relative al cambio di posizione nel letto - *position* - 24,09% (n=617), nausea e vomito post operatorio - PONV - sono state riscontrate nel 5,89% (n=151) e infine quelle relative ad "altri bisogni" - *other* - sono risultate essere il 20,62% (n=528).

Nelle Figure 2 e 3, le variabili sono riportate per ciascun turno di lavoro; le richieste di assistenza sono state rispettivamente: turno mattina - TM - 32,29% (n=827), turno pomeriggio - TP - 35,06% (n=898), turno notte - TN - 32,64% (n=836).

	TM*	TP*	TN*	P-value
Pain	1,82	2,02	2,16	0,091
Possession	1,89	2,05	2,06	0,492
Potty	1,75	2,25	2,00	0,012
Position	1,93	2,12	1,94	0,403
PONV	1,89	2,10	2,01	0,331
Other	1,75	2,07	2,17	0,030

* *Rango medio*

Tabella 1

Per quanto attiene le analisi inferenziali, sono state analizzate le differenze di frequenza, per ciascuna causa di chiamata, mediante ANOVA- *Test di Friedman*. Come già riportato, è stato considerato statisticamente significativo un $p\text{-value} \leq 0.05$. I risultati ottenuti mostrano l'assenza di differenze statisticamente significative tra i tre turni, ad eccezione delle variabili *potty* e *other*. (Tabella 1)

DISCUSSIONE

I dati ottenuti hanno consentito di quantificare e analizzare le più frequenti cause di richiesta di assistenza. Sebbene lo studio sia stato condotto in una Unità chirurgica, le richieste di assistenza relative al dolore post-operatorio, non sono tra le principali cause di chiamata del personale infermieristico come descritto in letteratura (9).

Infatti, come riportato in Figura 1, la causa più frequente di chiamata è riconducibile alla necessità di mobilitazione nel letto - *position* - (24,09%; n=617) seguito dalla necessità di assistenza per il raggiungimento degli effetti personali - *possession* - (20,73%; n=531). La variabile "altri bisogni" - *other* - rappresenta il 20,62% delle cause di chiamate (n=528)

riconducibile il più delle volte a richieste di assistenza per le infusioni endovenose (allarmi pompe infusionali computerizzate, termine dell'infusione endovenosa, segnalazione al personale infermieristico di problematiche relative alla terapia infusione o al catetere venoso).

Le attività di lavoro distribuite nei tre turni sono legate sostan-

zialmente al volume di attività della sala operatoria, quindi, nel turno di mattina: accettazione del paziente, preparazione all'intervento chirurgico, trasporto del paziente al blocco operatorio; nel turno di pomeriggio: rientro in reparto del paziente dal blocco operatorio, assistenza al paziente nel post-operatorio; nel turno di notte: assistenza al paziente nel post-operatorio, sorveglianza e attività di gestione dell'Unità.

Relativamente alle cause di chiamata, durante i turni di pomeriggio, si sono registrate il numero più alto di richieste di assistenza (35,06%; n=898) come di seguito riportato: *Position* (23,39%; TP_n=210), *Other* (19,93%; TP_n=179), principalmente relativo alla richiesta di assistenza per la terapia infusione post-operatoria, *Possession* (19,49%; TP_n=175), *Potty* (18,60%; TP_n=167), *Pain* (11,25%; TP_n=101) e *PONV* (7,35%; TP_n=66). (Figura 4)

È importante sottolineare come le attività infermieristiche e di supporto, durante il turno pomeridiano, siano orientate principalmente ai bisogni assistenziali post-operatori del paziente; i cambi di posizione nel letto (molte pazienti subiscono interventi chirurgici bilateralmente, la terapia endovenosa post operatoria) per le motivazioni cliniche di recupero dell'equilibrio idro-elettrolitico ma anche la segnalazione di eventuali problematiche al catetere venoso periferico, la necessità di utilizzare oggetti personali - telefono cellulare per contattare i familiari, occhiali, caricabatterie... e non per ultimo (sebbene, tra i meno frequenti) il dolore e la PONV che, come riportato più avanti, non risultano, significativamente differenti rispetto al turno di mattina e di notte.

Infatti, come si evince nella Tabella 1, le variabili *Potty* e *Other* risul-

tano le uniche significativamente differenti tra i tre turni (rispettivamente $p=0.012$ e $p=0.030$).

La variabile "other"- altri bisogni - veniva riportata quando il motivo della richiesta di assistenza non era riconducibile alle altre variabili specificate nello strumento cartaceo di raccolta dati.

Proprio per questo motivo, sebbene non sempre specificate e comunque non sottoposte ad analisi, le richieste di assistenza per la terapia endovenosa e l'assistenza per il cambio di indumenti, sono state le principali.

È importante sottolineare come, a differenza di altri studi (6,9), in cui si riscontrava tra le principali cause di richiesta di assistenza, quelle relative a eliminazione (potty) e dolore (pain), i risultati del nostro studio osservazionale non sono affatto sovrapponibili. Infatti, come riportato nelle sezioni precedenti, la necessità di assistenza all'eliminazione (potty) rappresenta solo il 17,02%, mentre quello re-

lativo al dolore (pain), l'11.64%. Inoltre, contrariamente allo studio di William 2014 (9), in cui queste variabili, complessivamente, erano superiori al 60%, dai nostri dati risultano inferiori al 30%.

In letteratura è dimostrato che la mancata tempestività nella risposta alla richiesta di assistenza attraverso l'utilizzo del campanello influenzi negativamente i livelli di patient satisfaction (10).

Non solo: il ricorso alle chiamate acustiche di assistenza risultano essere tra le principali cause di interruzione del lavoro infermieristico (7) con ripercussioni negative anche sulla sicurezza delle cure, come ad esempio nella gestione infermieristica della terapia farmacologica (8).

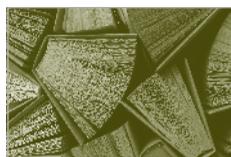
CONCLUSIONI

Lo studio e i suoi risultati, sebbene si tratti di un pilota e con limitazioni relative al ristretto numero di "casi" analizzati, offre comunque

uno spunto di riflessione sul management infermieristico dei pazienti post-operatori.

Come suggerito da altri autori (2,11) **un'organizzazione del lavoro assistenziale che preveda controlli routinari ad intervalli di tempo regolari dei pazienti, potrebbe contribuire alla riduzione del numero globale delle richieste di assistenza e delle missed care (12,13) e ad incrementare la soddisfazione e la sicurezza dei pazienti (2).** Inoltre, potrebbe rappresentare una *baseline* di confronto nel caso in cui venissero attuate modifiche nell'ambito organizzativo che potrebbero, in qualche modo, influenzare le richieste di assistenza.

Gli autori desiderano ringraziare gli Operatori Socio Sanitari: Giuseppe Crescenzi e Loredana Spigarelli Marini per la loro preziosa collaborazione.



Bibliografia e Sitografia

1. Bayram A, Özşaban A, Longhini J, Palese A, Nurse manager intentional rounding and outcomes: Findings of a systematic review. J Adv Nurs. 2022 May 24.
2. Althobaiti S.W, Impact of the use of the 4Ps in hourly rounds on reductions in patient falls in wards. Journal of Contemporary Scientific Research (ISSN (Online) 2209-0142) 2019;3(7):1-7.
3. Woodard J.L, Effects of Rounding on Patient Satisfaction and Patient Safety on a Medical-Surgical Unit. Clinical Nurse Specialist 2009 July-August;23(4):200-206.
4. Shaikh S.I, Nagarekha D, Hegade G, Marutheesh M, Postoperative nausea and vomiting: A simple yet complex problem. Anesth Essays Res 2016;10(3):388-396.
5. Temple-Oberle C, Shea-Budgell M.A, Tan M, Semple J.L, Schrag C, Barreto M, et al, Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations. Plast Reconstr Surg 2017 -05;139(5):1056e-1071e.
6. Tzeng H, Yin C, Predicting patient satisfaction with nurses' call light responsiveness in 4 US hospitals. J Nurs Adm 2010 -10;40(10):440-447.
7. D'antonio S, Bagnasco A, Bonetti L, Sasso L, Work interruption: indagine in due reparti chirurgici di un ospedale ligure sulle interruzioni a cui gli infermieri sono sottoposti durante le attività assistenziali. Prof Inferm 2014;67(4).
8. Di Simone E, Di Muzio M, Dionisi S, Giannetta N, Di Muzio F, De Gennaro L, et al, Infodemiological patterns in searching medication errors: relationship with risk management and shift work. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2019 -06;23(12):5522-5529.
9. Williams D.B, Improving Staff Responsiveness to Patient-Initiated Call Lights. 2014.
10. Kalman M, Getting back to basics: hourly nursing rounds to decrease patient falls and call light usage and increase patient satisfaction. Proc Sigma Theta Tau Int (Virginia Henderson Library) 2008.
11. Jenko M, Panjwani Y, Buck H.G, Intentional Rounding with Certified Nursing Assistants in Long-Term Care: A Pilot Project. J Gerontol Nurs 2019 -06-01;45(6):15-21.
12. Kalisch B.J, Tschannen D, Lee K.H, Missed nursing care, staffing, and patient falls. J Nurs Care Qual 2012 Jan-Mar;27(1):6-12.
13. Manderscheid A, The Call Light Challenge: A Triple Win for Students, Patients, and Nursing Staff. Nurse Educ. 2022 Nov-Dec 01;47(6):E135.

L'efficacia degli interventi per ridurre lo stress e/o il burnout nel dipartimento di emergenza

Raccomandazioni*

- Interventi centrati sull'individuo, compresi gli interventi educativi e gli interventi basati sulla mindfulness come strategia per ridurre lo stress lavoro correlato in pronto soccorso. **(Grado A)**
- Interventi organizzativi come l'implementazione di cambiamenti che promuovono la sicurezza e il benessere per ridurre lo stress del personale del dipartimento di emergenza attraverso risorse adeguate e stakeholder di supporto rilevanti. **(Grado B)**

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

Fonte di informazione

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 2020 su una JBI Evidence Synthesis.²

Background

Lo stress lavorativo è definito come la risposta emotiva derivante dal disallineamento delle aspettative lavorative/pressioni e la conoscenza, capacità e abilità di coping.[1] A causa delle condizioni lavorative del pronto soccorso, gli operatori sanitari hanno maggiori probabilità di sperimentare lo stress e il burnout che a sua volta può portare a scarse prestazioni, aumento dell'assenteismo e diminuzione della produttività. Questi effetti, a loro volta, possono avere un impatto negativo sul benessere del personale, sul senso di solidarietà e umore del personale, sulla sicurezza e sugli outcome di salute. Gli interventi per promuovere il benessere del personale includono strategie organizzative e interventi individuali. Gli interventi organizzativi comportano la modifica delle politiche e delle procedure sul posto di lavoro per ridurre lo stress-lavoro correlato. Al contrario, strategie individuali mirate come la terapia cognitivo comportamentale, il mindfulness e l'educazione promuovono la tolleranza dell'individuo, la resilienza, la capacità di comunicazione e/o capacità di coping.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è quello di presentare le migliori evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi per migliorare lo stress lavorativo e/o il burnout dei lavoratori in Pronto Soccorso.

Tipi di intervento

Nella revisione sono stati presi in considerazione gli studi che hanno valutato l'efficacia degli interventi sul posto di lavoro volti a migliorare o ridurre lo stress lavoro correlato in Pronto Soccorso (PS). Gli interventi includevano strategie organizzative come cambiamenti nelle risorse umane, nell'ambiente di lavoro, sulle competenze professionali, sul carico di lavoro e/o durata del turno o interventi individuali incentrati sulla mindfulness, su interventi cognitivo-comportamentali, farmaci/farmaci omeopatici, cambiamenti nello stile di vita (dieta/esercizio) e programmi educativi.

Qualità della ricerca

La revisione includeva quattro studi randomizzati controllati, otto studi quasi sperimentali e due studi quasi sperimentali mix method. Tutti gli studi sono stati valutati criticamente da due revisori indipendenti utilizzando gli strumenti di valutazione critica del JBI e tutti e 14 gli studi sono stati inclusi a prescindere dalla qualità metodologica. La maggior parte degli studi erano di qualità medio-alta. Sono stati estratti solo dati quantitativi da ciascuno degli studi inclusi utilizzando uno strumento JBI standardizzato di estrazione dei dati.

L'efficacia degli interventi per ridurre lo stress e/o il burnout nel dipartimento di emergenza

Risultati

Tutti gli studi sono stati pubblicati tra il 2011 ed il 2019. Gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti (n=4), Europa (n=4), Australia (n=2), Asia (n=2), Medio Oriente (n=1) e Africa (n=1).

I partecipanti erano infermieri, medici, personale sanitario dell'area di Emergenza (Pronto Soccorso), personale amministrativo e personale tecnico dell'area di emergenza.

Dieci dei 14 studi condotti in questa revisione hanno riguardato interventi su individui ed i rimanenti quattro studi si sono occupati di interventi sull'organizzazione. I risultati riportati hanno riguardato: lo stress, il burn out, una combinazione di entrambi, la depressione, la fatica e l'ansia.

Interventi centrati sugli individui

Su dieci studi centrati sulle persone, sono stati valutati sei (n=6) studi basati su interventi formativi individuali e quattro (n=4) su strategie basate sulla mindfulness.

Sebbene gli interventi variassero in termini di durata, modalità ed effettuazione le analisi post hoc dei livelli pre e post stress hanno mostrato che gli interventi formativi erano consistentemente associati con livelli di stress ridotti in base alle misurazioni effettuate con la Maslach Burnout Inventory (MBI) e con le scale Professional Quality of Life (ProQOL). Gli interventi formativi includevano seminari di gruppo interattivi con risorse multimediali quali, ad esempio, dispense e DVD (sessioni singole). Inoltre, includevano formazione condotta da psicologi per la promozione della salute mentale della durata di 12 settimane, training autogeno con autoipnosi due volte a settimana per 16 settimane, programmi di educazione al benessere due volte a settimana che trattavano stress, dieta ed esercizi fisici, abuso di sostanze, la malpractice e la mortalità dei pazienti, programmi di educazione al benessere due volte a settimana incentrati sulla gestione dei conflitti e sulla formazione alle abilità comunicative. Tre su quattro degli studi condotti su strategie basate sulla Mindfulness hanno riportato una riduzione significativa dei livelli di stress.

La pratica della Mindfulness è stata implementata con sessioni brevi di meditazione guidata, da ripetersi dopo ogni turno di 12 ore. Anche workshop settimanali di mindfulness con strategie che prevedevano 4 minuti di pausa nelle consegne mattutine oppure sessioni settimanali di 30 minuti riducevano significativamente lo stress. Due studi su interventi di mindfulness sono stati raggruppati in un modello di metanalisi. Entrambi gli studi hanno utilizzato la scala dello stress percepito per la valutazione dello stress. Il raggruppamento dei risultati non ha dimostrato significatività statistica tra i gruppi che hanno praticato la mindfulness ed il gruppo di controllo (differenza media standard -0.32; 95%CI (-0.84, 0.20) eterogeneità: $\chi^2 = 0.01$, $p = 0.93$, $I^2 = 0\%$).

Interventi centrati sull'organizzazione

Sono stati considerati eleggibili per la revisione soltanto un numero limitato di studi centrati sull'organizzazione (n=4). I risultati sono stati contraddittori poiché vanno da nessun effetto ad un miglioramento non significativo del livello di stress o burnout. È stato riscontrato, inoltre, che interventi quali l'implementazione di cambiamenti per la sicurezza e il benessere che hanno coinvolto i dipendenti nei processi di presa di decisione ed il miglioramento della comunicazione con il personale dirigente hanno significativamente migliorato i livelli di stress.

Condizioni di lavoro modificate, compresa la telemedicina per consentire ai professionisti senior dell'area medica di lavorare da casa durante i fine settimana, hanno significativamente ridotto l'esaurimento emotivo. Anche lo status di realizzazione personale e quello di depersonalizzazione miglioravano ma non in maniera statisticamente significativa.

Conclusioni

Le evidenze sullo stress occupazionale riguardanti gli interventi individuali sul personale nei dipartimenti di emergenza, sebbene non così intensi, dimostrano che le strategie educative e di Mindfulness sono piuttosto efficaci. Il coinvolgimento del personale nei processi organizzativi che migliorano la sicurezza sul lavoro e il benessere appaiono efficaci, come anche il coinvolgimento del team nelle attività. Le riunioni multiprofessionali potrebbero incrementare i livelli di stress. Gli interventi individuali educativi possono potenzialmente ridurre lo stress e il burn out. Gli interventi organizzativi dovrebbero essere approfonditi con ulteriori studi per valutare l'efficacia di queste strategie.

Implicazione per la pratica clinica

Gli interventi individuali che includono attività formative e di mindfulness potrebbero ridurre potenzialmente i livelli di stress nello staff dei reparti di emergenza e diminuire lo stress lavoro-correlato. Gli interventi organizzativi come l'implementazione di cambiamenti che promuovano la sicurezza e il benessere del personale, il coinvolgimento dello staff nei processi di presa di decisione con il management hanno la potenzialità di ridurre lo stress, ma è importante riconoscere e intervenire sul burnout durante le riunioni multiprofessionali.

POPOLAZIONE

Professionisti sanitari che lavorano nel dipartimento di emergenza

INTERVENTI

Ogni intervento progettato per ridurre lo stress occupazionale e il burnout acuto e cronico

OUTCOME

Misure di stress occupazionale e burnout percepite e/o biologiche

INTERVENTI EFFICACI

FOCALIZZATI SULLA PERSONA



SESSIONE I EDUCATIVA

- ▶ Seminari di gruppo interattivi
- ▶ Brochure e DVDs
- ▶ Training promosso e condotto da psicologi
- ▶ Training autogenico con auto-ipnosi
- ▶ Programmi di benessere educativo che interessano lo stress, la dieta e l'esercizio, l'abuso di sostanze, la malpractice, la mortalità dei pazienti, il management dei conflitti e il training per le skill comunicative.

TRAINING SULLA MINDFULNESS

- ▶ Breve meditazione guidata
- ▶ Workshops sulla mindfulness
- ▶ '4 minuti di pausa' durante la consegna mattutina
- ▶ Sessioni di 30-minuti di rilassamento



FOCALIZZATI SULL'ORGANIZZAZIONE



- ▶ Migliorare il benessere locale per implementare il beneficio e la sostenibilità
- ▶ Coinvolgere il personale nei processi di decision-making per i cambiamenti nell'aumentare il benessere e la sicurezza
- ▶ Migliorare la comunicazione con il management
- ▶ Cambiare le condizioni di lavoro (e.g. includere la telemedicina per permettere agli educatori di lavorare anche a domicilio)
- ▶ Attività per il team che eliminano e migliorano i flussi educativi
- ▶ Coordinamento per il team attraverso un 'Training all'interno di progetti imprenditoriali'



RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

INTERVENTI CENTRATI SULLA PERSONA

Interventi centrati sulla persona, che includono interventi educativi e sulla mindfulness, dovrebbero essere considerati come una strategia per ridurre lo stress occupazionale tra lo staff dei dipartimenti di emergenza.

(Grado A)

INTERVENTI ORGANIZZATIVI DIRETTI

Interventi organizzativi diretti, come cambiamenti che favoriscono l'implementazione la sicurezza e il benessere dello staff per alleviare lo stress nei dipartimenti di emergenza, potrebbero essere considerati se l'organizzazione ha risorse adeguate e un supporto rilevante da parte degli stakeholder.

(Grado B)

L'efficacia degli interventi per ridurre lo stress e/o il burnout nel dipartimento di emergenza

Bibliografia

1. Soumya. [Best Practice Information Sheets] Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout. JBI EBP Database. 2020 [Updated 2022]; 22 (5):1-4.
2. Xu H, Kynoch K, Tuckett A, Eley R. Effectiveness of interventions to reduce emergency department staff occupational stress and/or burnout. JBI Evidence Synthesis. 2020;18(6):1156-88.

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.



CECRI Evidence-based
practice group for
Nursing Scholarship

A JBI Centre of Excellence



Centre of Excellence
for Nursing Scholarship

Come citare questo foglio informativo:

Soumya. [Best Practice Information Sheets] L'efficacia degli interventi per ridurre lo stress e/o il burnout nel dipartimento di emergenza. Accettone R¹, Caggianelli G², Fiorini J³, Sferrazza S⁴, Kusumam P⁵, Stievano A⁶, D'Angelo D⁷, tradotto. JBI EBP Database 2022; 1(5):1-4 LOTE (pubblicazione originale 2020)

1 Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accttone@gmail.com

2 Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni- Addolorata, Rome, Italy

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

3 Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

4 Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Rome, Italy

e-mail: silviasferrazza15@gmail.com

5 Casa di Cura Matermisericordiae, Rome, Italy

e-mail: fiorkus@hotmail.com

6 CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Rome, Italy

e-mail: alessandro.stievano@gmail.com

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

e-mail: dangelo76@hotmail.it



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

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

Copyright © 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 Accettono, 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 per gestione integrata del trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva

Le raccomandazioni di seguito illustrate rappresentano la versione finale di quelle cliniche nel pre-ospedaliero che hanno completato l'intero processo previsto dal Manuale metodologico per la produzione di linee guida dell'ISS, inclusa la consultazione pubblica e la revisione esterna indipendente.

n.b. In considerazione dell'elevato numero di raccomandazioni sviluppate nel setting pre-ospedaliero, in questo estratto vengono presentate 11 raccomandazioni afferenti ai primi 6 PICO.

DEFINIZIONE

Si definisce trauma maggiore una condizione che determini una o più lesioni di cui almeno una sia in grado di determinare un rischio immediato o potenziale per la sopravvivenza o per un'invalidità grave.

Il trauma maggiore può essere mono-distrettuale oppure poli-distrettuale. Anche se comunemente il trauma maggiore poli-distrettuale viene definito politrauma, questo termine, più correttamente si dovrebbe riferire alla presenza di lesioni in diverse parti del corpo conseguenti ad impatti multipli¹. Il Trauma maggiore è definito come una condizione "tempo-dipendente". La distribuzione temporale dei decessi per trauma maggiore riconosce un primo picco di decessi sulla scena dell'evento che si continua con le morti che avvengono nelle prime ore dopo l'arrivo in ospedale. La percentuale di decessi si riduce progressivamente nei giorni e settimane seguenti, senza che sia più riconoscibile, come era in passato, un terzo picco di morti. Le morti tardive in Terapia Intensiva da complicanze e insufficienza multi organo sono infatti abbastanza rare².

La riduzione dei decessi cosiddetti evitabili può essere ottenuta con una particolare attenzione sulla prima parte del percorso assistenziale, sul territorio e durante il trasporto all'Ospedale, nelle fasi iniziali di assistenza in sala di emergenza e nei primi interventi di stabilizzazione.

OBIETTIVI DELLA LG

A livello italiano, l'istituzione del SIAT (Sistema Integrato per l'Assistenza al Trauma Maggiore) (2005, Consiglio Superiore di Sanità) è stata disposta dal DM 70 9/07/2015 "Sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", e regolamentata in sede di Conferenza Stato Regioni del 30/10/2017 (Linee Guida per la revisione

delle reti cliniche-le reti tempo-dipendenti) nella direzione di quanto indicato dalle evidenze internazionali sui migliori modelli organizzativi.

La Linea Guida si pone come obiettivo la risoluzione delle numerose criticità, riassumibili nei seguenti punti:

- si intuisce la presenza di esiti diversi nelle varie Regioni e all'interno delle stesse Regioni si è vista una notevole variabilità tra la percentuale di decessi (dal 14% al 42%) sulla base del livello di cure offerto nei diversi ospedali;
- nonostante quanto previsto dalle normative, i Centri Trauma sono stati identificati solo in alcune Regioni;
- non si è realizzata in molte Regioni l'integrazione tra sistema pre-ospedaliero ed ospedali;
- non sono stati creati in molti casi i servizi richiesti all'interno degli ospedali per la cura del Trauma maggiore;
- molti pazienti con Trauma maggiore vengono gestiti in ospedali privi del necessario modello organizzativo;
- nella maggioranza dei casi non esiste una rete con protocolli condivisi di trasferimento da un centro all'altro, sia per quanto riguarda la centralizzazione negli "hub" dei casi più gravi, sia per il *back transfer* dagli hub verso gli ospedali più piccoli al termine della fase acuta;
- esistono delle aree geografiche remote poco raggiungibili, distanti dai centri "hub", con ospedali dove non ci sono le competenze e le tecnologie per ottenere la stabilizzazione del paziente prima del trasferimento.

DESTINATARI

Popolazione: Tutte le vittime di Trauma Maggiore, indipendentemente dall'età.

Popolazione esclusa: ustionati gravi.

Setting: Cure extra-ospedaliere erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e dai privati accreditati.



GRUPPO DI LAVORO

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

METODOLOGIA

Questa LG è stata sviluppata secondo i processi e i metodi descritti nel manuale metodologico dell'Isti-

tuto Superiore di Sanità, basato su metodologie di produzione delle LG riconosciute in ambito internazionale, tra cui il manuale metodologico NICE, l'approccio GRADE e il GRADE Evidence-to-Decision (EtD) framework. [https://snlg.iss.it/wpcontent/uploads/2019/04/MM_v1.3.2_apr_2019.pdf]

RISULTATI

Quesito di ricerca 1: *Nei traumatizzati gli strumenti di triage pre-ospedaliero sono accurati nell'indicare un Trauma Maggiore che necessita di invio al Trauma Center?*

Quesito di ricerca 2: *Quale strumento di triage pre-ospedaliero adottare negli adulti in caso di sospetto Trauma Maggiore?*

Popolazione: Soggetti che subiscono un trauma

Test e finalità: Identificare sulla scena i soggetti traumatizzati con possibile TM (inteso come ISS > 15 o alternativamente uno dei seguenti outcome clinici critici: morte correlabile al trauma, accesso alla sala operatoria/sala di radiologia interventistica o alla Terapia Intensiva direttamente dal pronto soccorso, necessità di trasferimento ad ospedale di livello superiore) al fine di assicurare un efficace ed efficiente invio o trasferimento al TC, con riduzione dell'*overtriage/undertriage* e miglioramento degli esiti clinici.

Ruolo del test: Supportare i professionisti sanitari nello *screening* pre-ospedaliero dei soggetti con TM

Esiti attesi: Accuratezza nel predire la gravità del danno espressa in termini di:

- Identificazione successiva all'arrivo in ospedale di TM (ISS > 15) (critico)
- Mortalità intra-ospedaliera (a 30 gg) (critico)
- Mortalità precoce (entro 72 h) (critico)
- Ricovero in terapia intensiva entro 72 h (importante)
- % di pazienti trasferiti al TC dopo l'arrivo (entro 24 h) o successivamente (critico)
- Necessità di trasferimento diretto dal pronto soccorso alla sala operatoria/radiologia interventistica (critico)
- Disabilità grave (critico)

Sono stati inclusi 15 studi osservazionali 4-18 che hanno analizzato complessivamente 20 strumenti di triage. Gli studi inclusi riportano come outcome primari gli esiti diagnostici (sensibilità e specificità). La sensibilità è stata considerata in genere come l'*outcome* più importante dato che il mancato *triage* di un paziente verso il TC è associato ad esiti clinici peggiori mentre l'*overtriage* no (determinando prevalentemente effetti negativi sull'organizzazione ed efficienza dei servizi di emergenza).

In letteratura sono riportati frequentemente anche i tassi di *overtriage* (1-specificità) e *undertriage*. L'accuratezza del test nel predire la gravità del danno è stata considerata rispetto allo standard di riferimento (definito di volta in volta come ISS score >15 o esiti clinici rilevanti, come mortalità/sopravvivenza o ricovero in terapia intensiva, ad esempio). Sono stati esclusi gli studi condotti negli USA per il differente *pattern* di traumi (consistente numero di pazienti con ferite penetranti/da arma da fuoco rispetto alla situazione italiana).

QUESITO 1: Nei traumatizzati gli strumenti di triage pre-ospedaliero sono accurati nell'indicare un Trauma Maggiore che necessita di invio al Trauma Center?

RACCOMANDAZIONE 1

Per ottimizzare le possibilità di identificare correttamente i pazienti con Trauma Maggiore e stabilirne la destinazione più adeguata si raccomanda in ambito pre-ospedaliero l'utilizzo di un test di triage, integrato al giudizio clinico

Raccomandazione forte basata su una moderata qualità delle prove



QUESITO 2. Quale strumento di triage pre-ospedaliero adottare negli adulti in caso di sospetto Trauma Maggiore?

RACCOMANDAZIONE 2

Nei pazienti adulti con sospetto Trauma Maggiore è preferibile adottare lo strumento di triage TRENAU (Il Northern French Alps Trauma System) per identificare i pazienti con sospetto Trauma Maggiore (definito come ISS >15)

Raccomandazione condizionata basata su una qualità moderata delle prove

QUESITO 2. Quale strumento di triage pre-ospedaliero adottare negli adulti in caso di sospetto Trauma Maggiore?

RACCOMANDAZIONE 3

Nei pazienti adulti con sospetto Trauma Maggiore è preferibile adottare lo strumento NTS per identificare i soggetti a rischio di morte legata al trauma

Raccomandazione condizionata basata su una qualità moderata delle prove

QUESITO 2. Quale strumento di triage pre-ospedaliero adottare negli adulti in caso di sospetto Trauma Maggiore?

RACCOMANDAZIONE 4

Nei pazienti in età pediatrica è sconsigliato l'utilizzo degli strumenti di triage pre-ospedaliero identificati in letteratura scientifica per individuare i soggetti con Trauma Maggiore

Raccomandazione condizionata basata su una qualità moderata delle prove

Quesito di ricerca 3: Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti che hanno avuto un incidente traumatico, tra cui:
- Persone in grado di essere intubate senza farmaci (GCS = 3),
- Persone incapaci di mantenere pervie o proteggere le proprie vie aeree (GCS <9, <12 e <15)
- Persone che sono in grado di mantenere pervie le proprie vie aeree, ma che devono essere intubate per altri motivi (ad esempio, persone che potrebbero perdere la pervietà delle vie aeree durante il trasporto o persone che necessitano di supporto ventilatorio per la gestione di un trauma toracico o cranico)



Intervento:

- Intubazione tracheale con farmaci
- Intubazione tracheale senza l'utilizzo di farmaci
- Induzione a rapida sequenza (RSI)
- Dispositivi sopraglottici
- Intubazione chirurgica/posizionamento assistito di tubo tracheale

Confronto:

- Accessori di base per le vie aeree (come maschera a valvola, cannula naso e oro-faringea)
- Nessun intervento
- Una comparazione fra gli interventi sopra elencati

Esiti:

- Mortalità a 48 ore, 30 giorni/1 mese
- Qualità della vita (Glasgow Outcome Scale o altri score funzionali; SF-36, Functional Independence Measure (FIM), Rehabilitation Complexity Scale, SF-12, EQ5D)
- Gestione dei pazienti con lesioni cerebrali (ossigenazione, controllo dei livelli di anidride carbonica)
- Episodi di aspirazione
- Mancata intubazione o protezione delle vie aeree
- Eventi avversi (ipotensione, intubazione esofagea)
- Mortalità a 12 mesi
- Durata della degenza in ospedale
- Durata della degenza in Terapia Intensiva

Sono stati individuati 1611 *records* da cui sono stati selezionati 8 studi primari 19-34 e una 1 Revisione sistematica (Fevang 2017) dalla quale sono stati estratti 8 studi 19-34 che soddisfacevano tutti i criteri di inclusione ad eccezione del criterio temporale (2015-2020). Inoltre, sono stati considerati i dati di letteratura grigia provenienti dal Registro Traumi AREU del contesto italiano, precisamente della regione Lombardia 47.

QUESITO 3. Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

STATEMENT

È necessario garantire una adeguata ossigenazione e ventilazione nel paziente con trauma maggiore che necessita di gestione delle vie aeree sulla

QUESITO 3. Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

RACCOMANDAZIONE 5

Nel paziente con trauma incapace di ventilare e mantenere pervie le vie aeree per una adeguata ossigenazione utilizzare l'intubazione con rapida induzione dell'anestesia (RSI) come manovra definitiva per mettere in sicurezza le vie aeree e garantire ventilazione e ossigenazione

Raccomandazione forte basata su una qualità moderata delle prove bassa



QUESITO 3. Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

RACCOMANDAZIONE 6

Se l'intubazione RSI fallisce, utilizzare le manovre di base, cannule oro o nasofaringee e/o dispositivi sovraglottici fino al posizionamento di tubo tracheale o via aerea chirurgica

Raccomandazione forte basata su una qualità bassa delle prove

QUESITO 3. Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

RACCOMANDAZIONE 7

Se indicata, eseguire l'intubazione RSI, il prima possibile ed in ogni caso entro 45 minuti dalla chiamata alla centrale operativa, preferibilmente sulla scena

Raccomandazione forte basata su una qualità moderata delle prove

QUESITO 3. Quali sono gli interventi (strategie) più efficaci per la gestione delle vie aeree nei pazienti con trauma pre-ospedaliero?

NOTE

Se l'intubazione non può essere effettuata:

- Considerare un dispositivo sovraglottico se i riflessi delle vie aeree sono assenti.
- Utilizzare le manovre di base per la gestione delle vie aeree e/o dei dispositivi specifici (aspirazione, cannule oro o naso faringee, bag valve /mask) se i riflessi sono presenti o non è possibile il posizionamento di un dispositivo sovraglottico.
- Trasportare il paziente ad un Trauma Center se il tempo di trasporto stimato non è superiore a 45 minuti a partire dalla chiamata alla centrale operativa.
- Trasportare il paziente nel punto di Pronto Soccorso più vicino per una intubazione – RSI se non possibile garantire vie aeree pervie con manovre di base o con dispositivi sovraglottici o se il tempo di trasporto stimato al trauma center sia, in condizioni ottimali, superiore a 45 minuti a partire dalla chiamata alla centrale operativa



Quesito di ricerca 4: *L'utilizzo di lacci emostatici (tourniquet) pneumatici o meccanici è costo-efficace e migliora gli esiti nei pazienti traumatizzati gravi con emorragia dagli arti a rischio di vita?*

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti che hanno subito una lesione traumatica degli arti

Intervento:

- *Tourniquet* pneumatici
- *Tourniquet* meccanici

Confronto:

- Pressione diretta/ qualsiasi altra tecnica di compressione

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese
- Qualità della vita correlata alla salute
- Uso di prodotti ematici: RBCs (eritrociti); *platelets* (piastrine); plasma; crioprecipitati.
- Durata del rinvio terapia intensiva
- Eventi avversi: amputazione; paralisi; insufficienza renale; aumento emorragia/procedura per controllare l'emorragia.

Importanti:

- Mortalità a 12 mesi
- Tempo di permanenza del tourniquet e tempo per il controllo definitivo dell'emorragia
- *Patient-reported outcomes* (*benessere psicologico*). È stata effettuata una revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL. Sono stati individuati 395 *records* da cui sono stati selezionati 4 studi³⁵⁻³⁸ che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto. I 4 studi inclusi sono studi di coorte retrospettivi, che riportano dati ricavati da registri di trauma (McNickle 2019, Scerbo 2017, Smith 2018, Teixeira 2018) e da dati ricavati cartella clinica informatizzata (Smith 2018).

QUESITO 4. L'utilizzo di lacci emostatici (tourniquet) pneumatici o meccanici è costo-efficace e migliora gli esiti nei pazienti traumatizzati gravi con emorragia dagli arti a rischio di vita?

RACCOMANDAZIONE 8

Nei pazienti traumatizzati gravi con emorragia dagli arti a rischio di vita è preferibile l'utilizzo del tourniquet, se immediatamente disponibile, alla compressione diretta

Raccomandazione condizionata qualità delle prove molto bassa

Quesito di ricerca 5: *Le medicazioni emostatiche sono costo-efficaci e migliorano gli esiti nei pazienti traumatizzati gravi con emorragia dagli arti a rischio di vita?*

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti con un'emorragia dopo aver subito un trauma

Intervento:

- Concentratori (disidratanti): QuikClot; QuikClot ACS; TraumaDex; Self-expanding haemostatic polymer (SEHP).



- Agenti mucoadesivi: HemCon; HemCon ChitoFlex; HemCon ChitoGauze; Celox Gauze (CEL); RDH; mRDH; WoundStat; Super QR; Syvek Patch; Syvek NT; InstaClot; BloodStop;
- Integratori di procoagulanti: Dry fibrin sealant dressing (DFSD); TachoComb H; FastAct/SeraSeal; QuikClot Combat Gauze (X-Sponge); QuikClot Combat Gauze XTourniquet pneumatici

Confronto:

- Confronto tra concentratori, agenti mucoadesivi, integratori di procoagulanti l'uno rispetto all'altro o rispetto a medicazioni standard (senza ingredienti attivi)

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese.
- Qualità della vita correlata alla salute.
- Durata del ricovero Terapia Intensiva

Eventi avversi: ad es. ustioni cutanee, cicatrizzazione ritardata della ferita, necrosi, complicanze/difficoltà chirurgiche.

Importanti:

- Mortalità a 12 mesi
- *Patient-reported outcomes (benessere psicologico).*

QUESITO 5. Le medicazioni emostatiche sono costo-efficaci e migliorano gli esiti nei pazienti traumatizzati gravi con emorragia dagli arti a rischio di vita?

RACCOMANDAZIONE 9

Per il controllo di emorragie esterne nei pazienti traumatizzati gravi a rischio di vita, in cui per sede, non è possibile l'utilizzo del tourniquet, si raccomanda la compressione diretta e si suggerisce eventualmente l'uso aggiuntivo di medicazioni emostatiche

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa

Quesito di ricerca 6: *L'applicazione di dispositivi di compressione pelvica circonfenziali esterni non invasivi (ECD) è costo-efficace e migliora gli esiti clinici nei pazienti con sospetto di frattura pelvica in pre-ospedalizzazione?*

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti con sospetto di frattura pelvica a seguito di un evento traumatico.

Intervento:

- Dispositivi di compressione pelvica circonfenziali esterni non invasivi (EDC)

Confronto:

- Non utilizzo del dispositivo

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese.
- Volume degli emocomponenti.
- Qualità della vita relativa alla salute.
- Eventi avversi (lesioni anatomiche o fisiologiche)



Importanti:

- Mortalità a 12 mesi
- Esiti riportati dai pazienti (dolore/discomfort).
- Miglioramenti nell'emodinamica (pressione sanguigna e frequenza cardiaca)

È stata effettuata una revisione sistematica sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL. Sono stati individuati 71 record. Sono stati inclusi 6 studi osservazionali⁴⁰⁻⁴⁶ in cui l'intervento è stato effettuato in diversi setting: Dipartimento di Emergenza (ED) e pre-ospedalizzazione.

QUESITO 6. L'applicazione di dispositivi di compressione pelvica circonfenziali esterni non invasivi (ECD) è costo-efficace e migliora gli esiti clinici nei pazienti con sospetto di frattura pelvica in pre-ospedalizzazione?

RACCOMANDAZIONE 10

Nei pazienti con sospetta frattura pelvica si suggerisce l'utilizzo dell'ECD in modalità di contenzione rispetto al non posizionamento dell'ECD

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 6. L'applicazione di dispositivi di compressione pelvica circonfenziali esterni non invasivi (ECD) è costo-efficace e migliora gli esiti clinici nei pazienti con sospetto di frattura pelvica in pre-ospedalizzazione?

RACCOMANDAZIONE 11

Nei pazienti in shock emorragico e con sospetta frattura pelvica si suggerisce il posizionamento dell'ECD in modalità di compressione rispetto al non posizionamento dell'ECD

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa



1. Chiara O, Cimbanassi S: Protocolli di Gestione intraospedaliera del Trauma Maggiore. Ed. Elsevier Italia 2008, cap.1.
2. Rauf R, Matthey F, Croenlein M, et al. Changes in the temporal distribution of in-hospital mortality in severely injured patients – An analysis of the trauma register DGU. PLoS One. 2019 Feb 22;14(2):e0212095. doi: 10.1371/journal.pone.0212095. eCollection 2019.
3. Chiara O, Pitidis A, Lispi L, et al. Epidemiology of fatal trauma in Italy in 2002 using population-based registries. Eur L Trauma Emerg Surg 2010; 2:157-163
4. Cheung R, Ardolino A, Lawrence T, Bouamra O, Lecky F, Berry K, Lyttle MD, Maconochie IK. The accuracy of existing prehospital triage tools for injured children in England. An analysis using trauma registry data. Emerg Med J. 2013 Jun;30(6):476-9. doi: 10.1136/emermed-2012-201324. Epub 2012 Jun 15.
5. DO HQ, Hesselheldt R, Steinmetz J, Rasmussen LS. Is paediatric trauma severity overestimated at triage? An observational follow-up study. Acta Anaesthesiol Scand. 2014 Jan;58(1):98-105. doi: 10.1111/aas.12222. Epub 2013 Oct 30.
6. Dinh MM, Oliver M, Bein KJ, Roncal S, Byrne CM. Performance of the New South Wales Ambulance Service major trauma



- transport protocol (T1) at an inner city trauma centre. *Emerg Med Australas*. 2012 Aug;24(4):401-7. doi: 10.1111/j.1742-6723.2012.01559.x. Epub 2012 Apr 4.
7. Ocak G, Sturms LM, Hoogeveen JM, Le Cessie S, Jukema GN. Prehospital identification of major trauma patients. *Langenbecks Arch Surg*. 2009 Mar;394(2):285-92
8. Follin A, Jacqmin S, Chhor V, Bellenfant F, Robin S, Guinvarc'h A, Thomas F, Loeb T, Mantz, Pirracchio. Tree-based algorithm for prehospital triage of polytrauma patients. *Injury*. 2016 Jul;47(7):1555-61. doi: 10.1016/j.injury.2016.04.024. Epub 2016 May 3.
9. Voskens FJ, van Rein EAJ, van der Sluijs R, Houwert RM, Lichtveld RA, Verleisdonk EJ, Segers M, van Olden G, Dijkgraaf M, Leenen LPH, van Heijl M. Accuracy of Prehospital Triage in Selecting Severely Injured Trauma Patients. *JAMA Surg*. 2018 Apr 1;153(4):322-327.
10. Price CL, Brace-McDonnell SJ, Stallard N, Bleetman A, Maconochie I, Perkins GD. Performance characteristics of five triage tools for major incidents involving traumatic injuries to children. *Injury*. 2016 May;47(5):988-92. Epub 2015 Nov 10.
11. Vinjevoll OP, Uleberg O, Cole E. Evaluating the ability of a trauma team activation tool to identify severe injury: a multicentre cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2018 Aug 10;26(1):63.
12. van Laarhoven JJ, Lansink KW, van Heijl M, Lichtveld RA, Leenen LP. Accuracy of the field triage protocol in selecting severely injured patients after high energy trauma. *Injury*. 2014 May;45(5):869-73. doi: 10.1016/j.injury.2013.12.010. Epub 2014 Jan 8.
13. Bouzat P, Ageron FX, Brun J, Levrat A, Berthet M, Rancurel E, Thouret JM, Thony F, Arvieux C, Payen JF; TRENAU group. A regional trauma system to optimize the pre-hospital triage of trauma patients. *Crit Care*. 2015 Mar 18;19:111. doi:10.1186/s13054-015-0835-7.
14. Bouzat P, Legrand R, Gillois P, Ageron FX, Brun J, Savary D, Champly F, Albaladejo P, Payen JF; TRENAU Group. Prediction of intra-hospital mortality after severe trauma: which pre-hospital score is the most accurate? *Injury*. 2016 Jan;47(1):14-
15. Cassignol A, Markarian T, Cotte J, Marmin J, Nguyen C, Cardinale M, Pauly V, Kerbaul F, Meaudre E, Bobbia X. Evaluation and Comparison of Different Prehospital Triage Scores of Trauma Patients on In-Hospital Mortality. *Prehosp Emerg Care*. 2019 Jul-Aug;23(4):543-550. doi: 10.1080/10903127.2018.1549627. Epub 2019 Jan 7.
16. C. A. Sewalt, E. Venema, E. J. A. Wieggers, F. E. Lecky, S. C. E. Schuit, D. den Hartog, E. W. Steyerberg and H. F. Lingsma. Trauma models to identify major trauma and mortality in the prehospital setting. *Br J Surg*. 2019 Sep 10. doi: 10.1002/bjs.11304. [Epub ahead of print]
17. Cassignol A, Marmin J, Cotte J, Cardinale M, Bordes J, Pauly V, Kerbaul F, Demory D, Meaudre E. Correlation between field triage criteria and the injury severity score of trauma patients in a French inclusive regional trauma system. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019 Aug 5;27(1):71. doi: 10.1186/s13049-019-0652-0.
18. Llopart-Pou JA, Chico-Fernández M, Sánchez-Casado M, Salaberria-Udabe R, Carbayo-Górriz C, Guerrero-López F, González-Robledo J, Ballesteros-Sanz MÁ, Herrán-Monge R, Servià-Goixart L, León-López R, Val-Jordán E. Scoring severity in trauma: comparison of prehospital scoring systems in trauma ICU patients. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017 Jun;43(3):351-357. doi: 10.1007/s00068-016-0671-8. Epub 2016 Apr 18.
19. Al-Thani, H., A. El-Menyar and R. Latifi (2014). "Prehospital versus Emergency Room Intubation of Trauma Patients in Qatar: A-2-year Observational Study." *N Am J Med Sci* 6(1): 12-18.
20. Bendinelli, C., D. Ku, S. Nebauer, L. King Kate, J. Balogh Zsolt, I. O. <https://orcid.org>, T. Howard, M. Fitzgerald, R. Gruen and T. Evans (2018). "A tale of two cities: prehospital intubation with or without paralyzing agents for traumatic brain injury." *ANZ journal of surgery*, *** 88(5): 455-459.
21. Bernard, S. A., V. Nguyen, P. Cameron, K. Masci, M. Fitzgerald, D. J. Cooper, T. Walker, B. P. Std, P. Myles, L. Murray, David, Taylor, K. Smith, I. Patrick, J. Edington, A. Bacon, J. V. Rosenfeld and R. Judson (2010). "Prehospital rapid sequence intubation improves functional outcome for patients with severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial." *Ann Surg* 252(6): 959-965.
22. Bukur, M., S. Kurtovic, C. Berry, M. Tanios, D. R. Margulies, E. J. Ley and A. Salim (2011). "Pre-hospital intubation is associated with increased mortality after traumatic brain injury." *J Surg Res* 170(1): e117-121.
23. Chou, D., Y. Harada Megan, G. Barmparas, A. Ko, J. Ley Eric, R. Margulies Daniel and F. Alban Rodrigo (2016). "Field intubation in civilian patients with hemorrhagic shock is associated with higher mortality." *The journal of trauma and acute care surgery*, *** 80(2):278-282.
24. Davis, D. P., J. Peay, M. J. Sise, G. M. Vilke, F. Kennedy, A. B. Eastman, T. Velky and D. B. Hoyt (2005). "The impact of prehospital endotracheal intubation on outcome in moderate to severe traumatic brain injury." *J Trauma* 58(5): 933-939.
25. Eckstein, M., L. Chan, A. Schneir and R. Palmer (2000). "Effect of prehospital advanced life support on outcomes of major trauma patients." *J Trauma* 48(4): 643-648.
26. Gassler, M., M. Ruppert, R. Lefering, B. Bouillon, A. Wafaisade and D. G. U. TraumaRegister (2019). "Pre-hospital emergent intubation in trauma patients: the influence of etomidate on mortality, morbidity and healthcare resource utilization." *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 27(1): 61.
27. Haltmeier, T., E. Benjamin, S. Siboni, E. Dilektasli, K. Inaba and D. Demetriades (2017). "Prehospital intubation for isolated severe blunt traumatic brain injury: worse outcomes and higher mortality." *Eur J Trauma Emerg Surg* 43(6): 731-739.



28. Irvin, C. B., S. Szpunar, L. A. Cindrich, J. Walters and R. Sills (2010). "Should trauma patients with a Glasgow Coma Scale score of 3 be intubated prior to hospital arrival?" *Prehosp Disaster Med* 25(6): 541-546.
29. Kempema, J., D. Trust Marc, S. Ali, V. R. Brown Carlos, G. Cabanas Jose, R. Hinchey Paul and H. Brown Lawrence (2015). "Prehospital endotracheal intubation vs extraglottic airway 91 device in blunt trauma." *The American journal of emergency medicine*, *** 33(8): 1080-1083.
30. Denninghoff KR, Nuño T, Pauls Q, Yeatts SD, Silbergleit R, Palesch YY, Merck LH, Manley GT, Wright DW.": Prehospital Intubation is Associated with Favorable Outcomes and Lower Mortality in ProTECT III.": *Prehospital emergency care*. 2017 Sep-Oct;21(5):539-544.
31. Lyon Richard, M., B. Perkins Zane, D. Chatterjee, Q. Russell Malcolm, B. Perkins Zane, J.Lockey David, S. Gr Group Authors: Kent and T. Sussex Air Ambulance (2015). "Significant modification of traditional rapid sequence induction improves safety and effectiveness of pre - hospital trauma anaesthesia." *Critical care* 19: MC-PMC4391675.
32. Schauer Steven, G., F. Naylor Jason, J. Hill Guyon, A. Arana Allyson, L. Roper Jamie and D. April Michael (2018). "Association of prehospital intubation with decreased survival among pediatric trauma patients in Iraq and Afghanistan." *The American journal of emergency medicine*, *** 36(4): 657-659.
33. Shafi, S. and L. Gentilello (2005). "Pre-hospital endotracheal intubation and positive pressure ventilation is associated with hypotension and decreased survival in hypovolemic trauma patients: an analysis of the National Trauma Data Bank." *J Trauma* 59(5): 1140- 1145; discussion 1145-1147.
34. Wang, H. E., A. B. Peitzman, L. D. Cassidy, P. D. Adelson and D. M. Yealy (2004). "Out-of-hospital endotracheal intubation and outcome after traumatic brain injury." *Ann EmergMed* 44(5): 439-450
35. McNickle AG, Fraser DR, Chestovich PJ, Kuhls DA, Fildes JJ. Effect of prehospital tourniquets on resuscitation in extremity arterial trauma. *Trauma Surg Acute Care Open*.2019;4(1):e000267.
36. Scerbo MH, Holcomb JB, Taub E, et al. The trauma center is too late: Major limb trauma without a pre-hospital tourniquet has increased death from hemorrhagic shock. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017;83(6):1165–1172.
37. Smith AA, Ochoa JE, Wong S, et al. Prehospital tourniquet use in penetrating extremity trauma: Decreased blood transfusions and limb complications. *J Trauma Acute Care Surg*.2019;86(1):43–51.
38. Teixeira PGR, Brown CVR, Emigh B, et al. Civilian Prehospital Tourniquet Use Is Associated with Improved Survival in Patients with Peripheral Vascular Injury. *J Am Coll Surg*. 2018;226(5):769–776.e1
39. Kabeer, M., P. P. Venugopalan and V. C. Subhash (2019). "Pre-hospital Hemorrhagic Control Effectiveness of Axiostat® Dressing Versus Conventional Method in Acute Hemorrhage Due to Trauma." *Cureus*, 11(8): 2168-818
40. Ghaemmaghami V, Sperry J, Gunst M, et al. Effects of early use of external pelvic compression on transfusion requirements and mortality in pelvic fractures. *Am J Surg*. 2007;194(6):720 723. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.08.040
41. Fu CY, Wu YT, Liao CH, Kang SC, Wang SY, Hsu YP et al. Pelvic circumferential compression devices benefit patients with pelvic fractures who need transfers. *American Journal of Emergency Medicine*. 2013; 31(10):1432-1436
42. Hsu, S. D., C. J. Chen, Y. C. Chou, S. H. Wang and D. C. Chan (2017). "Effect of Early Pelvic Binder Use in the Emergency Management of Suspected Pelvic Trauma: A Retrospective Cohort Study." *Int J Environ Res Public Health* 14(10).
43. Agri F, Bourgeat M, Becce F, Moerenhout K, Pasquier M, Borens O, Yersin B, Demartines N and Zingg T. Association of pelvic fracture patterns, pelvic binder use and arterial angioembolization with transfusion requirements and mortality rates; a 7-year retrospective cohort study. *Agri et al. BMC Surgery* (2017) 17:104
44. Schweigkofler U, Wohlrath B, Trentzsch H, et al. Is there any benefit in the pre-hospital application of pelvic binders in patients with suspected pelvic injuries? *European Journal of Trauma and Emergency Surgery : Official Publication of the European Trauma Society*. 2019 Oct DOI: 10.1007/s00068-019- 01239-6.
45. Zingg, T., Piaget-Rossel, R., Steppacher, J. et al. Prehospital use of pelvic circumferential compression devices in a physician-based emergency medical service: A 6-year retrospective cohort study. *Sci Rep* 10, 5106 (2020)

Letteratura Grigia:

46. Registro Traumi Lombardia (AREU) <https://www.areu.lombardia.it/>



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Su PubMed l'articolo "Percezioni del personale sull'assistenza centrata sulla famiglia nelle UTIN italiane"

Publicato l'articolo "Percezioni del personale sull'assistenza centrata sulla famiglia nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale italiane: uno studio trasversale multicentrico" a cura di: Immacolata Dall'Oglio, Rachele Mascolo, Anna Portanova, Angela Ragni, Patrizia Amadio, Martina Fiori, Marco Tofani, Orsola Gawronski, Simone Piga, Gennaro Rocco, Emanuela Tiozzo e Jos M. Latour.

Gli obiettivi dello studio sono stati: esplorare e descrivere le percezioni degli operatori sanitari italiani in Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) sul concetto di assistenza incentrata sulla famiglia (FCC) e ciò che si percepisce come effettivamente praticato e analizzare le associazioni tra i principi FCC, le caratteristiche socio-demografiche e lavorative degli operatori sanitari e le caratteristiche organizzative della UTIN. La percezione dell'FCC da parte del personale può influenzare la pratica clinica e le strategie di gestione nelle UTIN impattando sulla qualità e l'umanizzazione dell'assistenza. La FCC nelle UTIN offre vari vantaggi sia per i bambini che per i genitori, sia in termini di miglioramento della salute fisica che dello sviluppo emotivo di bambini e famiglie, perchè integra la partecipazione dei genitori alla cura e al processo decisionale relativo al trattamento e al benessere del proprio bambino e si basa su diversi principi: la condivisione di informazioni concrete e oneste, il rispetto delle peculiarità della diade famiglia-bambino e la promozione della collaborazione tra famiglia e operatori sanitari. Il personale delle stesse Unità svolge un ruolo importante nel promuovere, migliorare e mettere in pratica i principi teorici della FCC in UTIN. Per questo, le politiche ospedaliere dovrebbero incoraggiare l'FCC nelle UTIN, includendo i suoi principi nelle linee guida dell'istituto, rimuovendo le barriere contro la presenza dei cari e promuovendo l'educazione degli operatori sanitari in questo campo.

Negli ultimi decenni, la FCC è stata gradualmente introdotta nella pratica clinica ed è stata una tabella di marcia nelle UTIN per facilitare la capacità del team sanitario di lavorare con le famiglie e soddisfare le esigenze dei neonati e dei loro cari in tali complesse situazioni.

Nelle strutture di UTIN, un altro approccio fondamentale è il cosiddetto Family-Centred Developmental Care che è stato definito come: "un insieme di diversi interventi volti a ridurre lo stress dei neonati nati pretermine in UTIN". Per l'occasione di questo studio, il questionario Family-Centred Care Questionnaire-Revised (FCCQ-R) è stato adattato al *setting* di Terapia Intensiva Neonatale, pertanto, è stato sviluppato (e utilizzato in 32 UTIN italiane) il FCCQ-R@it-NICU, per studiare le caratteristiche che potrebbero influenzare la percezione del personale sulla FCC nelle UTIN. Vi hanno partecipato 921 professionisti delle TIN.

L'FCCQ-R@it-NICU è uno strumento valido e affidabile per l'utilizzo in ambito UTIN, perchè consente di comprendere la percezione del personale sulla pratica attuale e necessaria secondo il Quadro FCC, oltre che per indagare quella della FCC nelle strutture di TIN. L'FCCQ-R@it-NICU ha rivelato differenze statistiche significative nelle dimensioni "Attuale" e "Necessaria" e alcune caratteristiche demografiche sono state trovate come "prevedibili" nella pratica FCC.

La professionalità, il livello di istruzione e l'esperienza lavorativa del personale sanitario coinvolto sembrano influenzare positivamente la percezione di ciò che è richiesto per la pratica FCC all'interno delle UTIN.

L'FCCQ-R@it-NICU, appositamente sviluppato per UTIN, dunque, può essere utilizzato per migliorare la qualità dei servizi e l'umanizzazione delle cure. Dopo quasi un decennio, è arrivato il momento di avviare ulteriori ricerche sulla percezione da parte del personale di FCC nelle UTIN, specie considerando le nuove sfide globali, la recente pandemia e la disponibilità di nuovi dispositivi tecnici per aiutare le famiglie a impegnarsi nella comunicazione con i professionisti della salute (es. smartphone per videochiamate, ecc.).

Info: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36138710/>



La rivista ufficiale dell'Australian College of Nursing pubblica studio CECRI a cura di ricercatori italiani

Collegian-The Australian Journal of Nursing Practice, Scholarship and Research (rivista ufficiale dell'Australian College of Nursing, ACN) ha pubblicato: "Salute e conservazione dei vasi: sviluppo e validazione di uno strumento proattivo" di Jacopo Fiorini, Michela Piredda, Francesco Zaghini, Giulia Venturini, Sonia Colella, Fabio Conti, Andrea Dentoni e Alessandro Sili.

Finanziato dal CECRI, il progetto ha voluto dimostrare che, per preservare la qualità della salute dei vasi sanguigni, gli infermieri dovrebbero valutare, in modo proattivo, le vene dei pazienti, analizzandone i fattori relativi alle caratteristiche anatomiche e al piano di terapia endovenosa. Sebbene siano riconosciuti molti vantaggi all'approccio proattivo, infatti, non è ancora disponibile alcuno strumento per valutare le variabili relative alla qualità delle vene periferiche, nonché per identificare quei pazienti a rischio di riduzione della qualità della salute dei vasi.

A tale scopo, ovvero per sviluppare e validare uno strumento utile a valutare il rischio di riduzione della qualità dei vasi sanguigni dei pazienti che necessitano di terapia infusione, è stato condotto questo studio di sviluppo e validazione di uno strumento specifico, arruolando 280 pazienti (di età pari o superiore a 18 anni), ricoverati in ospedale per le 24-48h precedenti.

Dello strumento ("La Scala di salute e conservazione dei vasi") sono stati calcolati specificità, sensibilità, valori predittivi positivi e negativi e l'analisi delle caratteristiche di funzionamento.

L'utilizzo della "Scala", al momento del ricovero dei pazienti, consentirebbe agli infermieri di preservare, in modo proattivo, la qualità delle vene e decidere se scegliere e posizionare il dispositivo giusto o richiedere uno specialista dell'accesso vascolare (da qui è venuto fuori che quest'ultimo è ricercato soprattutto nei primi 3 giorni dal ricovero di pazienti a rischio). La nuova "Scala di salute e conservazione dei vasi" è assai specifica e riesce a identificare meglio i pazienti a rischio di riduzione della qualità dei vasi.

Info: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.02.005>



Sul Journal of Nursing Management pubblicato uno studio sui determinanti dei carichi di lavoro fisici, mentali ed emotivi sugli infermieri

Sul Journal of Nursing Management, a ottobre, è stato pubblicato l'articolo,

frutto di un progetto finanziato dal CECRI, dal titolo: "Cosa determina i carichi di lavoro fisici, mentali ed emotivi sugli infermieri? Uno studio trasversale" di: Dhurata Iziku, Maddalena de Maria, Federica Maria Pia Ferramosca, Andrea Greco, Daniela Tartaglino e Raffaella Gualandi. Visto che il carico di lavoro influenza il benessere dei dipendenti e la qualità dell'assistenza erogata, lo scopo degli autori è stato quello di identificare i determinanti dei carichi di lavoro infermieristici da un punto di vista fisico, mentale e emotivo, visto che gli studi sui predittori specifici (per ciascuna delle tre dimensioni) sono tuttora scarsi. Per farlo, si è utilizzato un disegno prospettico trasversale basato sulla teoria Job Demand-Resources, e chiedendo agli infermieri di descrivere il carico di lavoro percepito alla fine di ogni turno, per tre settimane consecutive. I dati sono stati raccolti da due ospedali accademici, in sette reparti medico-chirurgici, a fronte di 259 risposte e testato su due modelli di "regressione multivariata".

Il carico di lavoro fisico è stato previsto da tutte le variabili testate, mentre quello di lavoro mentale era determinato dalla complessità o dall'isolamento del paziente, dall'adeguatezza del personale infermieristico e dal mix di abilità e dalle attività non programmate. Il carico di lavoro emotivo, infine, è stato previsto da tutte le variabili, tranne l'adeguatezza del personale e l'istruzione delle altre persone.

I risultati hanno evidenziato che gli aspetti del paziente, dell'infermiere e del flusso di lavoro hanno influenzato il carico di lavoro del turno del professionista sanitario in modo diverso, per ciascuna dimensione specifica. Ma da questo progetto è venuto fuori che la misurazione e la definizione dei predittori del carico di lavoro sono essenziali per riconoscere i determinanti di dimensioni specifiche dello stesso: in questo modo, infatti, si facilita l'identificazione degli interventi più appropriati per migliorare il benessere degli infermieri nelle strutture sanitarie.



Nursing Open, ricercatori italiani impegnati sui "Risultati infermieristici nella gestione delle ferite"

Il 7 dicembre 2022, sul Nursing Open, è apparso l'articolo: "Risultati infermieristici nella gestione delle ferite: uno studio con metodo misto" a

cura di: Marzia Lommi, Barbara Raffaele, Maria Ymelda Tolentino Diaz, Graziella Montini, Cinzia Puleio e Barbara Porcelli, allo scopo di analizzare la gestione degli esiti delle ferite croniche e l'esperienza dei pazienti con ulcere croniche. Lo studio italiano si è svolto



in due fasi: nella prima, si sono raccolti i dati quantitativi longitudinalmente (su un campione di convenienza di 44 pazienti che si presentavano presso un ambulatorio infermieristico); nella seconda, si è provveduto a intervistare 14 pazienti del campione iniziale. I dati sono stati analizzati utilizzando il metodo fenomenologico descrittivo di Giorgi. Con l'analisi qualitativa, poi, sono stati individuati i tre temi portanti: "Assistiti da se stessi", "Assistiti dagli Operatori Sanitari" e "Qualità della vita".

I risultati hanno mostrato che i partecipanti (per lo più maschi, in condizioni di comorbilità e polifarmacoterapia) erano affetti principalmente da ulcere venose

degli arti inferiori e, a tal proposito, si è confermata un'associazione tra la loro qualità della vita (fisica e mentale) e alcuni fattori socio-demografici e clinici.

Questo documento contribuisce all'avanzamento della tematica per la comunità clinica globale, anzitutto, perché quanto emerso ha posto l'accento sul processo di cura di sé effettuato da una persona con una ferita cronica. Tale ricerca dimostra che, per le istituzioni sanitarie e politiche, dovrebbe essere una priorità fornire formazione e tecnologia adeguate agli operatori sanitari per garantire un'assistenza di alta qualità, anche e soprattutto, durante le emergenze.

Info: <https://doi.org/10.1002/nop2.1477>

Al Congresso nazionale SIDMI premiati ricercatore e progetto CECRI



Al XXVI Congresso nazionale SIDMI (Società Italiana per la Direzione e il *Management* delle Professioni Infermieristiche), che si è svolto a Torino il 20 e 21 ottobre 2022, è stato riconfermato presidente **Bruno Cavaliere**, per il mandato 2022-2026.

Le elezioni si sono svolte al termine della prima delle due giornate dedicate alla: "Leadership infermieristica: valore umano e scienza riferimento per il nostro futuro".

Il nuovo Consiglio Direttivo della Società è composto da: **Daniela Tartaglini**, vice presidente, **Enrico Ballerini**, tesoro-

riere, **Fabrizio Polverini**, segretario. Consiglieri: **Anna Maria Bona** (Lombardia), **Ivana Serra** e **Cinzia Sandroni** (Lazio), **Serenella Mennilli** (Abruzzo), **Danilo Sottile** (Sicilia), **Mirella Gubbellini** (Emilia Romagna) e **Graziella Costamagna** (Piemonte e Valle d'Aosta). Inoltre, nel nuovo coordinamento regionale del Lazio, elette: **Barbara Porcelli**, consigliere OPI Roma (coordinatore) e **Roberta Marchini**, commissaria dell'Albo Infermieri OPI Roma (vice coordinatore). A completare la terna, **Agnese Barsacchi**, vice coordinatore.

Obiettivo del Convegno è stato di dare evidenza delle dinamiche utili a comprendere come il valore umano e la Scienza nella professione infermieristica e nelle organizzazioni siano necessari e connesse l'una all'altra. Secondo il rationale del Convegno, la dirigenza infermieristica deve riflettere, discutere ed individuare orientamenti nei quali siano condivisi valori e percorsi con i professionisti e con i cittadini.

Il leader delle Professioni Infermieristiche e Sanitarie deve porsi l'obiettivo della conoscenza scientifica, della capacità di utilizzare le innovazioni tecnologiche, per sviluppare nuove *skill*, come l'essere creativo e avere il coraggio di proporre e sperimentare cambiamenti.

Al Congresso SIDMI, è stato assegnato anche il premio come "Miglior lavoro sulla *leadership* e esiti di cura", vinto dal consigliere OPI Roma **Alessandro Sili**, con lo studio multicentrico della Direzione Infermieristica del Policlinico Universitario di Tor Vergata, sostenuto dal Centro di Eccellenza-CECRI dell'Ordine capitolino. In estrema sintesi, i dati della ricerca dimostrano come la *leadership* del coordinatore influenzi il benessere degli infermieri e, soprattutto, gli esiti di cura.

Zega: “L’Ordine ha bisogno di ognuno di voi. Punteremo sempre più su ricerca e corsi ECM per tutti”

Il 21 novembre, al Centro Congressi Cavour, l’Assemblea annuale degli iscritti per parlare di PNRR e del futuro della Professione nel Lazio

Tanti colleghi, il 21 novembre scorso, al Centro Congressi Cavour per l’Assemblea annuale dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma: “Avete risposto numerosi al nostro invito a essere qui, oggi: questo mi fa piacere, perché interessarsi della professione rientra nella dimensione etica degli infermieri, ergo di tutti voi, di tutti noi. Anzi, speriamo di riuscire a essere sempre di più!”, ha esordito così, il presidente **Maurizio Zega**.

Diverse poi le riflessioni sulla situazione della Professione oggi, nel Lazio e in Italia, per la quale la prima cosa da sottolineare è che, finito il periodo dell’emergenza da Covid-19, gli infermieri siano quasi tornati nell’ombra, o comunque abbiano cominciato a essere assai meno ricordati, tanto nei contesti istituzionali,

quanto nella comunicazione di massa.

Purtroppo, a fronte della necessità di infermieri specializzati, la mancanza di attrattività della Professione continua tristemente a essere al centro delle discussioni, con tutte le conseguenze che questo comporta, a partire dalla mancanza numerica di professionisti della salute. Secondo l’ultimo Rapporto dell’Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali-Agenas, infatti, in Italia, su 1.000 abitanti, ci sono 6,2 infermieri, rispetto alla media europea che si attesta sugli 8,8. Un problema reale, questo, che non impatta solo sotto un punto di vista aritmetico. È ormai da 9 anni che non è più possibile coprire i posti messi a bando dai Corsi di Laurea in Infermieristica (quest’anno, mancano all’appello circa 2.700 matricole) e ciò comporta anche una mancata selezione *ex abrupto* degli operatori sanitari, che rischiano di essere sempre meno competenti e privi delle potenzialità necessarie per lo sviluppo della Professione nel futuro. “Insomma - continua Zega -, stiamo andando incontro anche a un importante problema di qualità che si scontra con le necessità di un Paese sempre più vecchio, con un’utenza spesso affetta da multipatologie, di cui tante degenerative”.

A questo si aggiunge il *gap* (presto incolmabile) di cui informa l’Agenas: tra il 2022 e il 2027, andranno in pensione circa 21.050 unità infermieristiche solo nel Lazio. Facendo i calcoli, cosa accadrà?

Nella nostra regione servirebbero circa 20 mila infermieri, tenendo conto, nel novero, anche di quelli da destinare all’Infermieristica di Comunità, indicata nel PNRR come quella che detiene un ruolo-chiave nella Professione immaginata per il futuro. “Quale co-

ordinatore degli OPI regionali - spiega il presidente OPI Roma -, ho tentato diversi approcci con i nostri amministratori, che però, spesso, glissano. Ho cercato di mostrare loro che lo stesso *appeal* dell’Infermieristica risente della strutturazione del percorso degli studenti, e che, a oggi, da un punto di vista clinico non c’è alcun cammino di crescita professionale. Dunque, è comprensibile che non sia attrattiva. In questa direzione, stiamo lavorando con i Ministeri della Salute e dell’Università, ma la lentezza la fa da padrone e non risponde ai numeri in negativo del periodo. Bisognerà alzare la voce, allora, per venire incontro ai bisogni di salute della cittadinanza che, evidentemente, solo nell’Infermieristica di prossimità trova una delle poche soluzioni”.



Come Ordine (cioè, un Ente sussidiario dello Stato), l'OPI non ha funzione né politica né sindacale, pertanto, per aumentare il livello di attenzione, può solo continuare a “fare pressione”, mentre, a livello regionale, ha aiutato la costituzione di gruppi di lavoro che vedono coinvolti diversi colleghi per l'attuazione del PNRR. “L'OPI, le Commissioni d'Albo e tutto il Consiglio direttivo sono attenti a quanto accade, ma contiamo sull'aiuto di tutti - ha concluso Zega -. Se ci fossero situazioni di non conformità o anche quelle degne di nota, è bene che vengano segnalate, perché è attraverso la collaborazione che possiamo far emergere e sciogliere i nodi. Ogni singolo infermiere può fare la sua parte. L'Ordine, per il 2023, vuole cercare maggiori momenti di confronto, ma,

per farlo, bisogna smettere di vivere nel ‘**nanismo professionale**’ che spesso ci ha visto protagonisti: bisogna avere infermieri sempre più organizzati, capaci di parlare con chiunque. La maggior parte dei fondi dell'Ordine, dunque, verranno indirizzati alla ricerca, ai corsi ECM e all'incremento dei gruppi di lavoro sulle materie che diventeranno i temi da sviluppare dal PNRR e che riguardano la Professione. I nostri punti deboli sono soprattutto linguaggio e standardizzazione, ovvero la ricerca di un modello organizzativo valido da far adottare ovunque. Il bilancio preventivo viene alla luce secondo i dettami dell'accreditamento della 37.001: una norma internazionale che parla di trasparenza e ci rende una casa di vetro!”.

L'OPI consegue la certificazione ISO 37001 contro la corruzione

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma è il primo Ordine Professionale ad ottenere il certificato anticorruzione, dimostrando di essere capace di prevenire i rischi corruttivi e a garantire la massima trasparenza ai propri iscritti e a tutti i suoi *stakeholder*. L'ambito traguardo è stato raggiunto a seguito di un articolato percorso iniziato da alcuni anni, e conclusosi ad agosto 2022, con le verifiche svolte direttamente in sede dall'Organismo Indipendente di Certificazione “Bureau Veritas” che, attraverso i suoi esperti, ha valutato e giudicato conforme ai requisiti della norma internazionale ISO 37001 il Sistema di Gestione per la prevenzione dei reati corruttivi e la chiarezza dell'Ordine di Roma. In particolare, il “Bureau Veritas” ha ritenuto conforme allo standard internazionale: la gestione degli Albi professionali, le pubblicazioni editoriali, le attività di informazione ed aggiornamento, la consulenza legale, la consultazione bibliografica, la progettazione ed ero-

gazione degli eventi formativi ECM (e non) e il finanziamento dei progetti di ricerca finalizzati alla crescita culturale e professionale degli utenti.

Lo stesso Organismo di certificazione assicurerà, agli iscritti e agli *stakeholder* dell'Ordine capitolino, il monitoraggio del mantenimento della soddisfazione dei requisiti anticorruzione da parte di OPI Roma nel tempo, attraverso verifiche periodiche che, se necessario, potranno svolgersi anche senza preavviso.

Il presidente **Zega**, per l'occasione, ha tenuto a precisare che: “La meta raggiunta segna un ulteriore, importante *step* nel percorso di trasparenza da tempo intrapreso dal nostro Ordine e conferma la determinazione con la quale si vuole garantire la bontà delle attività e dei servizi offerti”.

La certificazione anticorruzione ISO 37001, insieme a quella del Sistema di Gestione della Qualità a norma ISO 9001 (conseguita diversi anni fa e ancora attiva), consolida ancor di più la *policy* dell'OPI di Roma tesa a promuovere la cultura dell'integrità, dell'onestà e della conformità alle leggi.



Approvato il Bilancio preventivo

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

Ecco la tabella di sintesi del documento programmatico approvato da tutta l'Assemblea, con un solo voto contrario, non motivato.

1. Preventivo finanziario gestionale

Entrate

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO	€ 2.168.546,34	
AVANZO DI CASSA PRESUNTO		€ 1.536.988,38
TITOLO I - ENTRATE CORRENTI		
ENTRATE CONTRIBUTIVE		
Quote iscrizioni	€ 2.311.500,00	€ 2.434.000,00
Quote nuovi iscritti	€ 67.000,00	€ 67.000,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00	€ 90.000,00
TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE	€ 2.468.500,00	€ 2.591.000,00
ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGG.TO PROFESSIONALI		
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -
TOTALE ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALI	€ -	€ -
QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI		
Rilascio tessere	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -
TOTALE QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI	€ -	€ -
TRASFERIMENTI CORRENTI		
Trasferimento corrente		
TOTALE TRASFERIMENTI CORRENTI		
ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		
Vendita pubblicazioni		
TOTALE ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI		€ -
REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI		
Interessi attivi	€ 250,00	€ 250,00
TOTALE REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI	€ 250,00	€ 250,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI		
Recuperi e rimborsi	€ 10.000,00	€ 10.000,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI	€ 10.000,00	€ 10.000,00
ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI		
Entrate varie	€ 29.000,00	€ 29.000,00
TOTALE ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 29.000,00	€ 29.000,00
TOTALE ENTRATE CORRENTI	€ 2.507.750,00	€ 2.830.250,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE		
ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
Alienazione immobili		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI		
ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
Vendita mobili ed arredi		
TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
RISCOSSIONE DI CREDITI		
Depositi cauzionali		
TOTALE RISCOSSIONE DI CREDITI		
TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
Trasferimento		
TOTALE TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE		
ASSUNZIONE DI MUTUI		
Assunzione mutuo		



dall'ORDINE

TOTALE ASSUNZIONE DI MUTUI		
ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
Assunzione debito finanziario		
TOTALE ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI		
TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE		
TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO		
ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO		
Ritenute erariali	€ 200.000,00	€ 200.000,00
Ritenute Previdenziali	€ 70.000,00	€ 70.000,00
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 22.500,00
Iva su split payment	€ 150.000,00	€ 150.000,00
TOTALE ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 440.000,00	€ 442.500,00
TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	€ 440.000,00	€ 442.500,00
TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE	€ 2.947.750,00	€ 3.072.750,00
Utilizzo avanzo di amministrazione	€ 719.796,00	
Utilizzo avanzo di cassa		€ 727.978,00
TOTALE GENERALE	€ 3.667.546,00	€ 3.800.728,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO I - USCITE CORRENTI		
USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE		
Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti	€ 19.200,00	€ 19.200,00
Gettoni riunioni Commissioni di Albo	€ 15.700,00	€ 15.700,00
Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari	€ 7.500,00	€ 7.500,00
Rimborsi spese	€ 25.000,00	€ 25.000,00
Gettoni e indennità' attività Organi Direttivi e di controllo	€ 142.900,00	€ 142.900,00
Gettoni e indennità' attività Commissioni di Albo	€ 57.800,00	€ 57.800,00
Assicurazioni organi statutari	€ 18.000,00	€ 18.000,00
Assemblea annuale	€ 10.000,00	€ 11.882,00
TOTALE USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE	€ 296.100,00	€ 297.982,00
ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO		
Stipendi e oneri riflessi	€ 314.000,00	€ 308.756,00
Assicurazioni personale	€ 8.000,00	€ 8.000,00
Fondo incentivazione	€ 114.700,00	€ 114.300,00
Corsi di formazione	€ 5.000,00	€ 5.000,00
Lavoro temporaneo	€ 60.000,00	€ 64.752,00
TOTALE ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO	€ 501.700,00	€ 500.808,00
USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI		
Compenso per la riscossione	€ 53.000,00	€ 56.705,00
Servizi legali	€ 66.500,00	€ 72.583,00
Servizi contabili e fiscali	€ 35.000,00	€ 40.249,00
Servizi vari e comunicazione	€ 25.600,00	€ 34.094,00
Servizi informatici	€ 57.400,00	€ 75.528,00
Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni	€ 35.300,00	€ 39.700,00
Acquisto tessere distintivi bolli	€ 4.000,00	€ 4.000,00
TOTALE USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI	€ 276.800,00	€ 322.859,00
USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI		
Affitto luce riscaldamento condominio approvvigionamenti	€ 176.600,00	€ 176.600,00
Cancelleria e stampati	€ 20.000,00	€ 21.266,00
Spese postali e telefoniche	€ 24.400,00	€ 27.945,00
Spese di pulizia	€ 36.000,00	€ 36.919,00
Spese bancarie e di c/c postali	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Spese varie	€ 3.000,00	€ 3.000,00
Archiviazione e gestione documenti	€ 12.000,00	€ 14.709,00
TOTALE USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI	€ 274.000,00	€ 282.439,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI		
Aggiornamenti professionali e ricerca	€ 500.000,00	€ 587.718,00
Rivista "Infermiere oggi"	€ 29.100,00	€ 30.000,00
Biblioteca	€ 105.000,00	€ 105.000,00
Promozione immagine (pubblicità)	€ 15.000,00	€ 15.000,00
Commissioni di studio e gruppi di lavoro	€ 176.640,00	€ 176.640,00
Spese di rappresentanza	€ 2.000,00	€ 2.000,00
Quote spettanti Federazione	€ 603.500,00	€ 603.500,00
Progetto qualità Ordine e anticorruzione e trasparenza	€ 15.000,00	€ 18.721,00
Ufficio Stampa	€ 30.000,00	€ 28.871,00
Iniziative di solidarietà	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Posta elettronica certificata	€ 41.600,00	€ 41.600,00
Spese elezioni Organi Direttivi	€ -	€ -
TOTALE USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI	€ 1.537.840,00	€ 1.629.050,00
TRASFERIMENTI PASSIVI		
Trasferimenti passivo		
TOTALE TRASFERIMENTI PASSIVI		
ONERI FINANZIARI		
Interessi passivi		
TOTALE ONERI FINANZIARI		
ONERI TRIBUTARI		
Inps Irap e altri tributi	€ 90.000,00	€ 89.868,00
Nettezza urbana	€ 6.700,00	€ 6.700,00
TOTALE ONERI TRIBUTARI	€ 96.700,00	€ 96.568,00
POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI		
Rimborsi vari	€ 5.000,00	€ 5.000,00
TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI	€ 5.000,00	€ 5.000,00
USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI		
Fondo spese impreviste	€ 149.406,00	€ 149.406,00
TOTALE USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI	€ 149.406,00	€ 149.406,00
TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO		
Trattamento di fine rapporto	€ 20.000,00	€ -
TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO	€ 20.000,00	€ -
ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI		
Rimborso quote esattoria		
TOTALE ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI		
TOTALE USCITE CORRENTI	€ 3.157.546,00	€ 3.284.112,00

Denominazione	Previsioni di competenza	Previsioni di cassa
TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE		
ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI		
Acquisto immobili		
Ristrutturazione sede	€ 10.000,00	€ 10.000,00
TOTALE ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI	€ 10.000,00	€ 10.000,00
ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE		
Acquisto mobili e arredi	€ 20.000,00	€ 20.000,00
Programmi e attrezzature	€ 40.000,00	€ 40.000,00
TOTALE ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE	€ 60.000,00	€ 60.000,00
CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI		
Depositi cauzionali		
TOTALE CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI		
RIMBORSI DI MUTUI		
Rimborso di mutuo		
TOTALE RIMBORSI DI MUTUI		
RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE		
Rimborso di anticipazione passiva		
TOTALE RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE		
ESTINZIONE DEBITI DIVERSI		
Estinzione debito		

TOTALE ESTINZIONE DEBITI DIVERSI		
ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE		
Accantonamento per spese future		
TOTALE ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE		
ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI		
Accantonamento per ripristino investimenti		
TOTALE ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI		
TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE	€ 70.000,00	€ 70.000,00
TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO		
USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO		
Ritenute fiscali	€ 200.000,00	€ 197.806,00
Ritenute Previdenziali	€ 70.000,00	€ 66.362,00
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 28.048,00
IVA Split Payment	€ 150.000,00	€ 154.400,00
TOTALE USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO	€ 440.000,00	€ 446.616,00
TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO	€ 440.000,00	€ 446.616,00
TOTALE USCITE COMPLESSIVE	€ 3.667.546,00	€ 3.800.728,00
TOTALE GENERALE	€ 3.667.546,00	€ 3.800.728,00

In Breve

L'Ordine incontra i neo laureati

Un "benvenuto" ufficiale ai colleghi infermieri freschi di laurea, iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, il 5 dicembre 2022, nella nuova sede di viale degli Ammiragli.

Alla cerimonia di lunedì hanno preso parte in circa 50, invitati dal Consiglio Direttivo e dalle Commissioni d'Albo dell'OPI capitolino, ma sono già previsti altri momenti come questo nei mesi in cui ci saranno diverse sessioni di laurea, per non precludere a alcuno la possibilità di parteciparvi.

La festa per i nuovi infermieri è durata circa due ore e ha avuto lo scopo di accogliere, diffondere e promuovere il senso di appartenenza alla comunità infermieristica, nonché per presentare l'Ordine, la sua composizione, i vari Organi e le attività con le quali si è invitati a interagire.

Il presidente **Zega** e il vicepresidente **Turci**, la segretaria **Mazzitelli**, il tesoriere **Scerbo**, e i presidenti delle due Commissioni d'Albo, **Casciato** (Infermieri) e **Proietti** (Infermieri Pediatrici) hanno salutato le giovani leve, donando loro un *kit* di benvenuto, che conteneva, tra l'altro, il Codice Deontologico e il Commentario, indispensabile per chi si avvicina alla professione.





dalla FNOPI

Al Forum Risk di Arezzo il documento finale degli Stati Generali della Professione

Nove mesi di lavoro in cui circa 460 mila colleghi hanno dibattuto sui temi dell'Infermieristica in Italia

Dal 22 al 25 novembre 2022, la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche-FNOPI ha partecipato, anche quest'anno, al *Forum Risk Management* di Arezzo, alla sua XVII edizione. Presente con un proprio stand (gestito in collaborazione con gli OPI della Toscana), la FNOPI, oltre a prender parte alle varie sessioni e tavoli di lavoro in programma, è stata promotrice di due eventi dedicati: il 23 novembre, con la riunione della Consulta Associazioni dei Pazienti e dei Cittadini e il 24 con il convegno: "I risultati dei primi Stati Generali della Professione infermieristica". Colleghi infermieri e cariche della Federazione hanno animato le varie iniziative, ma è con gli Stati Generali dell'Infermieristica che la FNOPI ha potuto fare il punto sulle richieste legate alla Professione in futuro. Nove mesi di lavoro in cui tutti gli infermieri iscritti agli Ordini (460 mila circa) hanno potuto dire la loro sui temi più inerenti all'Infermieristica, grazie a una piattaforma online che la Federazione ha messo a disposizione per una consultazione pubblica, aperta e trasparente.

Il risultato è stato un report, redatto da quattro gruppi di lavoro (coordinati da consiglieri nazionali FNOPI e composti dai componenti degli Ordini provinciali), illustrato a rappresentanti di Governo e Parlamento proprio per l'occasione toscana. Ora, le richieste per riorganizzare il sistema sanitario saranno inviate alle Commissioni parlamentari e ai Ministri competenti. Quello su cui le proposte si articolano è chiaro e indispensabile per assicurare il recupero dell'attrattività dell'Infermieristica, sia attraverso lo sviluppo delle possibilità di carriera, che per via di un riconoscimento formativo (e economico) all'altezza delle medie europee.

Anzitutto, la **crescita professionale** attraverso la revisione della **formazione universitaria** perché preveda specializzazioni accademiche, anche grazie alla Laurea magistrale a indirizzo clinico. Gli specialisti dovranno trovare precise collocazioni nei servizi con **contratti adeguati**, e la garanzia di infungibilità per non essere destinati altrove; potranno esercitare l'intramoenia e non avere vincoli di esclusività per non penalizzare il rapporto pubblico-privato e aumentare la disponibilità anche oltre il loro orario di lavoro. Quindi, la previsione di percorsi clinici, aumentando responsabilità, modelli di presa in carico personalizzata, sostenendo **la promozione sociale della professione** e riconoscendo, nelle équipe multiprofessionali, il ruolo infermieristico esperto, con capacità manageriali di gestione economico-finanziaria e responsabilità. L'affermazione della figura dell'**Infermiere di Famiglia** per garantire la continuità ospedale-territorio in cui deve entrare in gioco la **sanità digitale**. L'**aggiornamento professionale continuo** e la **riorganizzazione dei servizi secondo criteri di qualità** che rendano capaci gli infermieri specialisti di gestire una filiera di operatori intermedi.

In breve, **la professione infermieristica deve crescere e differenziarsi per responsabilità, competenze e percorsi di carriera e gli infermieri devono essere i responsabili della formazione delle figure di supporto**, secondo le necessità di un quadro di riferimento nazionale.





dalla FNOPI

Il docufilm del Congresso itinerante in esclusiva su RaiPlay



I docufilm “Ovunque per il bene di tutti” - prodotto dalla Federazione nazionale-FNOPI approda su RaiPlay, la piattaforma di streaming video gratuita della Rai, dove è visibile al seguente link: <https://www.raiplay.it/programmi/ovunqueperilbeneditutti>

Prodotto dalla Federazione, assieme a **Clipper media**, per la regia di **Gianluca Rame**, il racconto nasce dal Congresso itinerante che, dal 2021 al 2022, si è tenuto lungo tutta la Penisola. La FNOPI (che riunisce gli oltre 460.000 infermieri e infermieri pediatrici in Italia), infatti, ha pianificato un viaggio per disegnare il futuro della sanità, valorizzando tutti quei progetti di assistenza territoriale attivati anche a seguito della pandemia da Covid-19. “Ovunque per il bene di tutti”, perciò, raccoglie le voci dei protagonisti che hanno dato vita a idee premiate come “Eccellenze infermieristiche italiane”, da nord a sud. Al centro dell’opera, il nuovo ruolo dell’infermiere nel suo patto di vicinanza con i cittadini, nel valore etico e deontologico, oltre che clinico, della professione, e una riflessione sul concetto di prossimità, dove i cittadini, fragili e malati, non devono essere lasciati soli.

Il viaggio condotto dal documentario parte simbolicamente il 12 maggio 2021 da Firenze, per la Giornata Internazionale dell’Infermiere, e finisce un anno dopo a Palermo, ricevendo per l’occasione la medaglia di rappresentanza del Presidente della Repubblica, **Sergio Mattarella**.

“Siamo molto orgogliosi di questo lavoro e ringraziamo la RAI per la sensibilità e l’interesse all’intero progetto - spiega la presidente FNOPI **Barbara Mangiacavalli** -. Si tratta di un’iniziativa dall’alto valore simbolico, voluta dalla più importante Azienda culturale italiana, che contribuisce a restituire dignità alla professione. Il nostro documentario, per immagini e parole, dà conto delle buone pratiche per l’Infermieristica di prossimità: interventi, quindi, che avvengono nelle case, nelle scuole, nelle situazioni di emarginazione e di disagio e per le fasce più fragili della popolazione, dando così uno spaccato dell’importanza del ruolo degli infermieri che non sono presenti solo negli ospedali”.

Scopo del documentario, dunque, è anche sottolineare il cambio di paradigma dell’assistenza, con il nuovo ruolo dell’infermiere accanto ai cittadini e dare voce al valore etico e deontologico (oltre che clinico) della Professione, per riflettere sul valore che l’Infermieristica dà al concetto di prossimità, dove i cittadini non devono essere mai lasciati soli.

Convegno sulla salute mentale “Il Natale non è come un film”

È stato presentato alla Regione Lazio, in occasione di un convegno istituzionale sulla salute mentale, “Il Natale non è come un film”, cortometraggio patrocinato dall’OPI di Roma, che mette al centro il disagio psico-fisico e sociale, direttamente dalle esperienze reali di chi coglie le festività come occasioni per fare memoria e, insieme, superare traumi e abusi.



In tanti presso la sala Tirreno, il 19 dicembre scorso: amministratori del mondo sanitario, politici, medici e colleghi infermieri. Per l’occasio-

ne, l’Assessore alla Sanità, **Alessio d’Amato**, si è detto anche “pronto a distribuirlo nelle scuole”. E infatti, da lì a pochi giorni, la Regione Lazio (con un’apposita Determina) ha stabilito il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute mentale delle Asl.

Lo *short film* (salutato, oltre che da D’Amato, dal presidente OMCeO Roma, **Antonio Magi** e dal presidente della Commissione Sanità, **Rodolfo Lena**) nasce dal formarsi di una rete di contatti che ha permesso di raccogliere, condividere e selezionare diverse storie poi confluite nel progetto, nato e realizzato nell’ambito delle comunità *indoor*.

Attori e pazienti insieme per una riflessione che spazia dalla terapia dell’arte, al suo effetto catartico, fino alle chiare connessioni con una sanità diffusa. “I concetti di prossimità e proattività rappresentano il cardine del PNRR e del ruolo centrale della nostra Professione in esso - ha spiegato il presidente OPI Roma, **Maurizio Zega** -. Qui, si evidenzia nel disagio psichico, ma il concetto può essere esteso tranquillamente a tutti i bisogni sanitari della popolazione”.

Di Infermieristica di prossimità si è dibattuto lo stesso giorno con il presidente Zega; il direttore generale del Policlinico Tor Vergata, **Giuseppe Quintavalle**; il professore di Psicopatologia forense alla Sapienza di Roma, **Stefano Ferracuti**; lo psichiatra **Josè Mannu**; l’infermiere musicoterapeuta, **Marco Soricetti** e l’infermiera del Centro di Salute mentale dell’Asl Roma 4, **Mariarita Bonamano**.

L’Opera

Infermieristica e disagio psichico al centro del racconto

“Il tempo di relazione è tempo di cura”: lo spiega bene il Codice Deontologico della Professione, ed è quanto emerge da “Il Natale non è come un film”, di e con **Barbara Patarini Valenza**.

Un cortometraggio di circa 22 minuti dalla parte di chi soffre di disturbi psichici per documentare, attraverso il cinema, realtà spesso dimenticate. L’evento, voluto dall’OPI di Roma, spiega il ruolo imprescindibile dell’infermiere nel percorso di recupero in Salute mentale, narrando storie forti, raccolte anche in strutture residenziali e socio-riabilitative e riportate il più fedelmente possibile. La sceneggiatura, infatti, si basa su ricordi legati a episodi e momenti significativi della vita di chi è in riabilitazione psichiatrica, di chi ha visto mai creata - o finanche distrutta - la magia delle Feste. Racconti personali in cui la Comunità di recupero diventa un luogo di rinascita e il Natale un momento di catarsi.

In tutto, un percorso di due mesi, e un *set* vero e proprio (di 10 ore) il 23 e 24 novembre 2022. Sessioni non certo facili perché, degli otto attori, cinque sono ragazzi in rieducazione che interpretano loro stessi.

L’opera mette in luce l’indispensabilità dei percorsi di cura e degli operatori coinvolti, visto che, l’ultimo Rapporto del Ministero della Salute indica negli infermieri i professionisti sanitari più presenti e più attivi nei servizi (pubblici e convenzionati) di Salute mentale. Con un linguaggio artistico, delicatezza e senza retorica, dunque, si narra di cura, ma, senza limitarsi alla sola visione terapeutica, si finisce col “celebrare” gli infermieri romani.

Il *Nursing* narrativo affrontato per l’occasione, dunque, è anche una sfida a presentare la professione sotto un profilo intellettuale. “Quanto narrato in video non può lasciare indifferenti - conclude Patarini -. Tengo a ringraziare il presidente, **Zega**, il vicepresidente, **Turci**, e tutto l’OPI di Roma per il sostegno”.



Rosaria Alvaro Prorettrice all'Università di Tor Vergata



Rosaria Alvaro, Ordinaria di Scienze Infermieristiche generali, cliniche e pediatriche all'Università Tor Vergata di Roma, è stata nominata Prorettrice delegata alle Politiche di Innovazione sociale da **Nathan Levaldi Ghiron**, neo eletto Rettore dell'Ateneo (dopo la nomina di **Orazio Schillaci** a Ministro della Salute).

È la prima infermiera in Italia a ricoprire questa carica, formalizzata con il decreto rettorale del 9 gennaio 2023, che prevede, nell'ambito delle attività di governo dell'Università, il conferimento di specifiche deleghe di funzione in diretta collaborazione e supporto al Rettore.

Rosaria Alvaro, è professore Associato dal 2005 e dal 2018 Ordinario presso lo stesso Ateneo capitolino, dov'è presidente del CdL triennale in Infermieristica

e Magistrale di Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, ed è Coordinatore dei profili professionali di area sanitaria della Facoltà di Medicina e Chirurgia, dove il Preside di Facoltà l'ha incaricata dell'Orientamento degli studenti. Membro del Collegio dei docenti del Dottorato di Ricerca in Infermieristica e Sanità Pubblica, è presidente della Società Italiana di Scienze Infermieristiche e del Collegio dei Docenti Med/45 ed è esperto scientifico del Polo per la ricerca del CECRI-OPI di Roma.

Ha lavorato come infermiera dal 1987, prima al Sant'Eugenio di Roma (in sala operatoria, Pronto Soccorso, e presso la Scuola per Infermieri); poi, Operatore Professionale Coordinatore presso la Divisione di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Sanitaria San Camillo Forlanini di Roma e, dal 1996, Operatore Professionale Dirigente-Capo Servizi Sanitari Ausiliari presso il Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica per il Diploma Universitario di Scienze Infermieristiche a Tor Vergata. Dal 2001 al 2005, ha ricoperto l'incarico di Capo Servizi Sanitari per il supporto organizzativo alle attività clinico-assistenziali sempre a Tor Vergata. È autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali ed è membro dell'Osservatorio delle professioni sanitarie e, di recente, è stata nominata *Fellow* della prestigiosa *American Academy of Nursing* per il contributo apportato alla Professione e per i risultati raggiunti.

L'Evento

Il Congresso AIT per discutere della mobilità infermieristica nell'era post-Covid

Si è svolto a Roma, sabato 10 dicembre 2022, presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, nella Scuola Universitaria Infermieristica Armida Barelli, il XIII Congresso Nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT), dal titolo: "Mobilità infermieristiche nell'era Post-covid: salute e nuove disuguaglianze".

Per l'occasione, le diverse relazioni di esperti hanno approfondito la realtà migratoria post Covid-19 dei professionisti sanitari (in ambito europeo e italiano), focalizzandosi soprattutto sulle soluzioni per non depauperare i Paesi meno abbienti di importanti risorse professionali.

Il Congresso ha registrato la partecipazione di numerosi professionisti e studenti infermieri e vi hanno preso parte illustri studiosi di fama internazionale, come il Professore emerito di Sociologia, Università Roma Tre, **Roberto Cipriani** o l'illustre esponente d'Infermieristica Transculturale della Duchesne University (USA), **Richard Zoucha**.

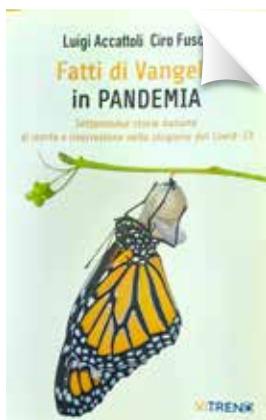
Alla fine dell'evento si è svolta anche la riunione degli iscritti all'AIT, che hanno votato, all'unanimità, il nuovo Consiglio Direttivo.

Ecco le cariche per il quadriennio 2023-2026: **Alessandro Stievano**, presidente, **Maddalena De Maria** e **Ymelda Tolentino Diaz**, vicepresidenti, **Laura Sabatino**, segretaria; **Marco Tosini**, tesoriere; consiglieri: **Elena Cristofori**, **Loredana Fabriani**, **Dhurata Ivziku**, **José Philip Vattakottayil** e **Lucia Zaino**. Revisori dei Conti: **Luigi Apuzzo**, **Sondra Badolamenti** e **Rosa Pantoja**; Revisori supplenti: **Cristina Pistacchio** e **Arianna Magon**.





Storie esemplari in pandemia per ricordare e ringraziare chi si è preso cura degli altri



Luigi Accattoli, Ciro Fusco
Fatti di Vangelo in Pandemia.
Settantadue storie italiane di morte e risurrezione nella stagione del Covid-19

Casa editrice Vita Trentina
(208 pagg, 16 Euro)



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 libro di Luigi Accattoli, vaticanista del Corriere della Sera e di Ciro Fusco, giornalista esperto in comunicazione religiosa, racconta 72 storie esemplari di pandemia, raccolte in ogni angolo del Paese - da Nord a Sud - a partire dalla fase più acuta dell'emergenza da COVID-19, da cui gli autori credono di poter ricavare e far emergere un messaggio di speranza.

Ben 72 storie di chi, un brutto giorno, è entrato in Terapia Intensiva e racconta di "essersi messo nelle mani del Signore" o confida di "esserne uscito vivo per miracolo". Ma anche di chi non ce l'ha fatta e di chi ha soccorso il prossimo.

Sarebbero anche di più di 72 gli "incontri ravvicinati con il COVID-19" raccolti dagli autori, ma questi (tanti quanto i primi discepoli di Gesù) rappresentano anche molti altri di quei "semi di bene" che anche nella pandemia "Dio continua a sminare nell'umanità", come ha detto Papa Francesco nella "Fratelli tutti".

Per le attestazioni di fede, di affidamento alla preghiera, di avvertenza della presenza di Dio da parte di chi è guarito dopo essere passato per la grande tribolazione. Per le testimonianze di chi si è speso, fino a dare la vita, nel soccorso del prossimo. Per la maniera in cui i giovani si sono occupati degli anziani, negli ospedali e a casa. Ma pure per i richiami alla conversione e alla profezia che hanno lasciato anche coloro che non ce l'hanno fatta.

Per ogni storia, per ognuna di queste vicende, dunque, viene riportata una breve narrazione e l'essenzialità delle parole che meritano la "memoria", per conservarle e custodirle per le future generazioni. Per non dimenticare.

Una raccolta molto varia, commovente e, a tratti, addirittura edificante, cominciata nei primi mesi dell'emergenza sanitaria in Trentino e che, poi, via via, si è propagata in tutt'Italia, comprendendo peraltro anche gli ultimi messaggi lasciati da chi non c'è più e da alcune testimonianze esemplari di operatori sanitari.

Questo volume concorre anche all'esigenza di "non rimuovere il ricordo quando la pandemia sarà alle nostre spalle", raccomandata dal Presidente Mattarella.

Anche l'immagine scelta per la copertina non è casuale: la figura stilizzata di un bruco che diviene farfalla rimanda simbolicamente alla rinascita; ma funge anche da richiamo della metafora dantesca, nel settimo centenario della morte del sommo Poeta italiano, che a tal riguardo scriveva: "*O superbi cristian, miseri lassi, / non v'accorgete voi che noi siam vermi / nati a formar l'angelica farfalla, / che vola a la giustizia senza schermi?*".

La Corte costituzionale si è pronunciata sulla legittimità costituzionale dell'obbligo vaccinale

Avv. Barbara Pisa

In data 30 novembre 2022, dinanzi alla Corte Costituzionale, si è svolta l'udienza pubblica in cui si è discussa la legittimità costituzionale degli artt. 4 e 4-bis del D.L. n. 44 del 1° aprile 2021, convertito dalla legge n. 76 del 28 maggio 2021, nella parte in cui imponevano l'obbligo vaccinale e prevedevano, per chi decideva di non vaccinarsi, la sospensione dal lavoro senza retribuzione.

Il 1° dicembre 2022, la Corte Costituzionale ha emanato un comunicato in cui si afferma che: ***"Sono state ritenute [...] non irragionevoli, né sproporzionate, le scelte del legislatore adottate in periodo pandemico sull'obbligo vaccinale del personale sanitario"***.

In altri termini, la Consulta ha ritenuto costituzionalmente legittima la norma che imponeva l'obbligo vaccinale e che prevedeva, quale conseguenza per chi decideva di non vaccinarsi, la sospensione dal lavoro senza alcuna retribuzione o indennità.

Ad oggi, non sono state ancora pubblicate le relative motivazioni da parte del Giudice delle Leggi, ma è possibile sin d'ora approfondire le ragioni giuridiche alla base di tale importante decisione. È necessario, anzitutto, fornire un inquadramento a partire dalle norme di rango costituzionale.

L'art. 32 della Costituzione dispone che: ***"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"***.

Pertanto, in capo al singolo individuo sembrerebbe esserci il diritto a non ***"essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"***.

Anche la legge, però, incontra un limite: quello del rispetto della persona umana.

Nel corso del tempo, tanto la dottrina quanto la giurisprudenza, anche costituzionale, si sono interrogate, a tal proposito, sulla possibilità di imporre la somministrazione obbligatoria di vaccini. Chi ritiene illegittima l'imposizione di un obbligo vaccinale collega il concetto del ***"rispetto della persona umana"***, citato nella norma appena riportata, al cd. ***"principio personalistico"***, che la stessa Costituzione scolpisce all'art. 2, secondo cui:

“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo”.

Senonché, la **Corte Costituzionale**, già in una **fondamentale sentenza del 2018**, aveva precisato che: “la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 Cost.: **se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri**; se si prevede che esso **non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili**; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria [...]. Dunque, i **valori costituzionali coinvolti** nella problematica delle vaccinazioni **sono molteplici** e implicano, **oltre alla libertà di autodeterminazione individuale** nelle scelte inerenti alle cure sanitarie e **la tutela della salute individuale e collettiva** (tutelate dall'art. 32 Cost.), anche l'interesse del minore, da perseguirsi anzitutto nell'esercizio del diritto-dovere dei genitori di adottare le condotte idonee a proteggere la salute dei figli (artt. 30 e 31 Cost.), garantendo però che tale libertà non determini scelte potenzialmente pregiudizievoli per la salute del minore (sul punto, ad esempio, ordinanza n. 262 del 2004).

Il contemperamento di questi molteplici principi lascia spazio alla discrezionalità del legislatore nella scelta delle modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive, potendo egli selezionare talora la tecnica della raccomandazione, talaltra quella dell'obbligo, nonché, nel secondo caso, calibrare variamente le misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l'effettività dell'obbligo. Questa discrezionalità deve essere esercitata **alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche**, accertate dalle autorità preposte (sentenza n. 268 del 2017), e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in materia (così, la giurisprudenza costante di questa Corte sin dalla fondamentale sentenza n. 282 del 2002”.

La decisione del legislatore del 2017, la cui scelta di rendere obbligatorie alcune vacci-





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.

nazioni era dettata dalla preoccupazione per la progressiva diminuzione della copertura vaccinale generale, era stata, dunque, considerata costituzionalmente legittima proprio in ragione dell'emergenza che tale, progressiva diminuzione aveva comportato.

La necessità di bilanciare e garantire due principi ugualmente importanti - la tutela della salute individuale e pubblica, da una parte, e la tutela della autodeterminazione dell'individuo, dall'altra - portò, dunque, a considerare costituzionalmente legittimo l'obbligo vaccinale imposto nel 2017 dal legislatore.

Pertanto, la decisione della Corte Costituzionale di ritenere legittima la norma che ha reso obbligatorio il vaccino anti Covid per il personale sanitario si pone in linea con il precedente orientamento giurisprudenziale della Corte che, come visto, già nel 2018, si era pronunciata a favore dell'obbligo vaccinale in presenza di tre condizioni: **1)** miglioramento della salute sia individuale che collettiva, **2)** conseguenze normali e tollerabili, **3)** previsione di un equo indennizzo in caso di danni ulteriori e non prevedibili.

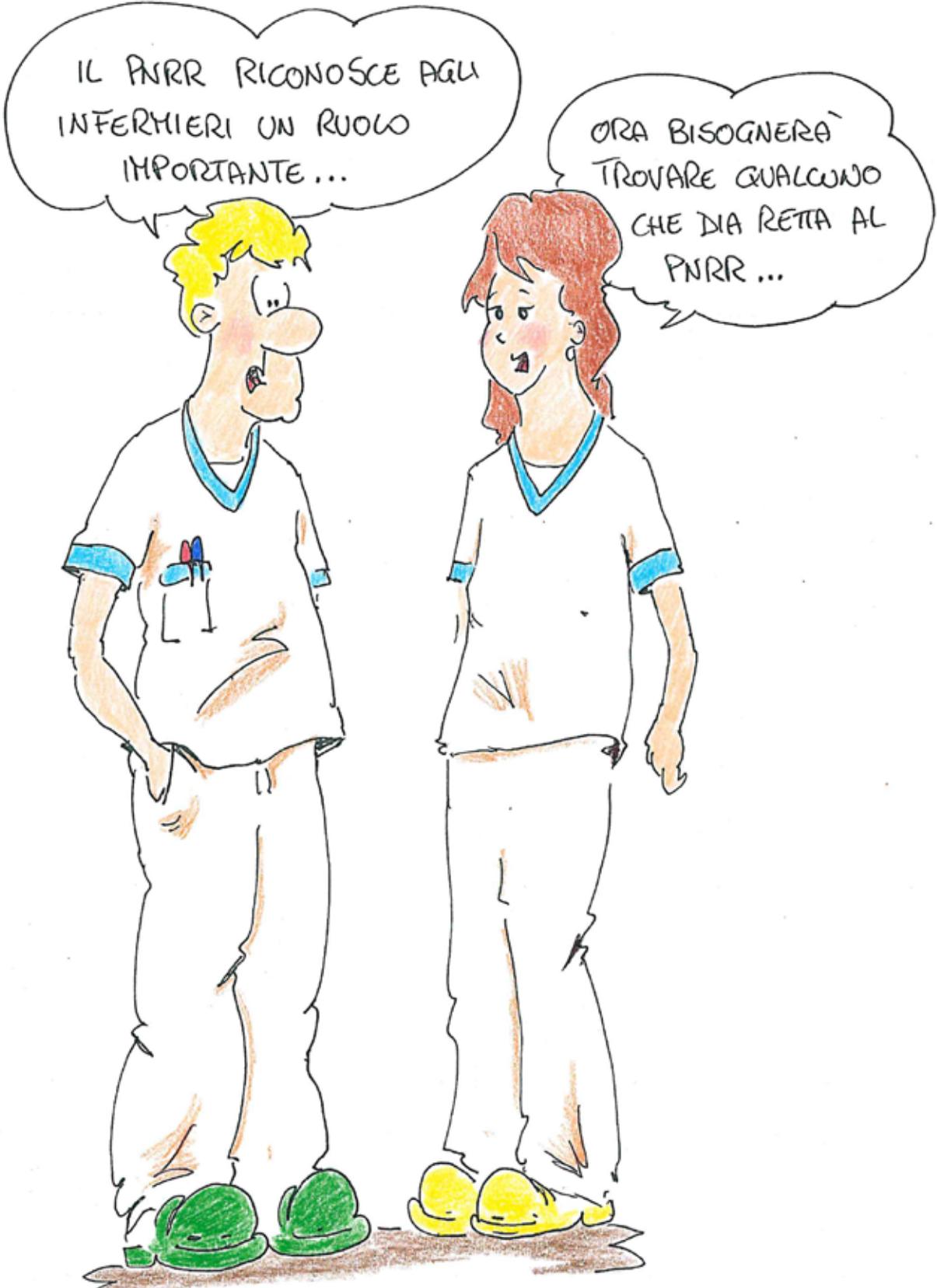
La situazione pandemica da COVID-19 è apparsa di tale gravità da portare, in una prima fase, a limitare anche il diritto di ciascuno allo spostamento all'interno dello stesso territorio nazionale.

Il personale sanitario, che, con coraggio e determinazione, ha garantito il corretto svolgimento dei servizi assistenziali di sua competenza, risultava particolarmente esposto al rischio di contagio. In ragione di ciò e al fine di tutelare sia la salute individuale che quella collettiva, il legislatore ha imposto, per legge, l'obbligo del vaccino anti Covid per tutto il personale sanitario, demandando agli Ordini professionali il dovere di controllare l'avvenuto adempimento dell'obbligo da parte dei propri iscritti.

L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma, quindi, quale Ente sussidiario, si è organizzato (anche incrementando il proprio personale) per dare attuazione ad una legge dello Stato, oggi dichiarata costituzionalmente legittima, che gli imponeva l'obbligo di controllare i propri iscritti per garantire, così come richiesto dalla legge, che non vi fosse personale infermieristico non vaccinato a contatto con persone fragili.

Infine, si ricorda che l'obbligo vaccinale per le professioni sanitarie non è più vigente dal 1° novembre 2022.





IL PNRR RICONOSCE AGLI
INFERMIERI UN RUOLO
IMPORTANTE...

ORA BISOGNERA'
TROVARE QUALCUNO
CHE DIA RETTA AL
PNRR...

“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 Raffreddati d'Italia (Ari). Evidentemente, ciò non vale per sigle ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - (ad es. Usa e non U.S.A.)

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico e una in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, viale degli Ammiragli, 67-00136 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
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)