

# INFERMIERE

OGGI

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

## L'Infermiere del futuro



# SOMMARIO

numero 1/2023 - Gennaio/Marzo



*Primo numero del 2023 e già diversi traguardi da condividere.*

*Al netto di quelli presentati all'Assemblea degli iscritti, vanno citati l'accordo tra Cecri e Resi University di Dublino, e la nascita del Cersi, il Centro di Eccellenza voluto dalla Federazione nazionale, che sarà a "traino" laziale, data la provenienza geografica degli esperti e degli atenei coinvolti.*

*Questo, mentre la Fnopi pubblica la "Consensus Conference": un importante passo avanti verso l'evoluzione della Professione, che immagina l'Infermiere del futuro. E mentre il neo presidente della Regione Lazio, con delega alla Sanità, Francesco Rocca, parla di tavoli di concertazione con gli Ordini professionali, di degenza infermieristica e di dirigenza assistenziale.*

*Tra le novità che ci riguardano, invece, la rubrica Commentary, al Cochrane, con la pubblicazione di contenuti dal noto database, e le strisce di Massimo D'Urso, che succede a Gianni Bitetti, dal 2009 ideatore delle vignette che hanno accompagnato la nostra comunicazione.*

## EDITORIALE

- 2\_ L'Infermiere del futuro  
di Maurizio Zega



- 4\_ Indagine sulle conoscenze infermieristiche del sistema di monitoraggio invasivo della Pressione Arteriosa in Unità di Terapia Intensiva  
Stefano Proietti, Francesca Angeletti, Claudia Lorenzetti, Simone Carelli
- 15\_ Telenursing al paziente pediatrico affetto da patologia cronica. Un'indagine conoscitiva  
Daniele Pandolfi, Elena Bellini
- 23\_ JBI Best Practice. L'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver informali di persone affette da demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale

## DAL CECRI

- 27\_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 28\_ Estratto della Linea Guida per gestione integrata del Trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva
- 38\_ COMMENTARY al COCHRANE
- 40\_ Nasce a "trazione laziale" il CERSI Il Centro di Eccellenza per la Ricerca voluto dalla Federazione nazionale



**41\_** Accordo tra Centro d'Eccellenza e RCSI University di Dublino

## **DALL'ORDINE**

**42\_** Assemblea degli iscritti

**44\_** La biblioteca digitale e di sede dell'OPI

**45\_** Il bilancio

## **DALLA FNOPI**

**47\_** Giornata del personale sanitario e sociosanitario  
Le professioni la celebrano "INSIEME"

**48\_** Il futuro della professione in un  
"Documento di consenso"

## **DALLA REGIONE**

**50\_** Le elezioni incoronano Rocca  
La nuova Giunta e il nuovo Consiglio

## **OPI DI BIBLIOTECA**

**51\_** Quarta edizione del "Manuale"  
per l'infermiere degli anni Duemila

**52\_** L'altra possibilità di un infermiere  
sopravvissuto al COVID-19

## **PILLOLE LEGALI**

**53\_** Le competenze  
specifiche dell'infermiere

**56\_ LA VIGNETTA**

# INFERMIERE

**OGGI**



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
dell'Opi di Roma  
Anno XXXII - N. 1 - GENNAIO-MARZO 2023  
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma  
n. 90 del 09/02/1990

**Direzione - Redazione - Amministrazione**  
Viale degli Ammiragli, 67 - 00136 Roma  
Tel. 06.37511597 - Fax 06.45437034

**Direttore responsabile**  
Maurizio Zega

**Segreteria di redazione**  
Gabriele Caggianelli, Claudia Lorenzetti, Desirée Rubei,  
Alessandro Stievano, Carlo Turci

**Comitato di redazione**  
Giuseppe Amici, Lorella Calafato, Giuseppe Esposito,  
Emanuele Lisanti, Natascia Mazzitelli, Maria Grazia  
Montalbano, Barbara Porcelli, Francesco Scerbo,  
Silvia Sferazza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

**Editing e coordinamento giornalistico**  
Tiziana Mercurio

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

## L'Infermiere del futuro

di Maurizio Zega

Il nuovo presidente della Regione Lazio si è riservato la delega alla Sanità, annunciando di volerla "mettere la faccia". Si tratta di un segnale di attenzione e di assunzione di responsabilità che non va sottovalutato. Con lui, nell'incontro avuto a gennaio all'Ordine, si è parlato dei molti - a volte drammatici - problemi del Servizio Sanitario Regionale dal nostro punto di vista: dall'eterna carenza di organico (che ammonta ormai a cifre da far paura) alla scarsa attrattività della professione, al sostegno ai Corsi di Laurea e, ancora, di una più razionale e seria formazione degli operatori socio-assistenziali.

Ma anche di aggressioni: abbiamo chiesto che gli infermieri possano essere assimilati a pubblici ufficiali, certo non per lo status, ma solo per la certezza della pena per gli aggressori.

Questo, anche se l'elenco dei problemi occuperebbe tutto lo spazio che abbiamo sulla rivista. E forse neanche basterebbe...

Allora prendiamo atto della disponibilità manifestataci da Rocca, che ha parlato di tavoli di concertazione con gli Ordini professionali, di degenza infermieristica e anche di dirigenza assistenziale, come già accade in altre Regioni: l'importante sarà partire con il piede giusto, cercando sinergie per la Sanità del futuro, a breve e a lungo termine.

Intanto, la Federazione nazionale ha pubblicato il "Documento di consenso", condiviso dagli specialisti della salute italiani. Si tratta di un importante passo avanti nella marcia verso l'evoluzione della nostra professione, che rovescia il paradigma attuale. Invitiamo caldamente tutti a leggerlo in modo critico, al link: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/ITA-FNOPI-Consensus-2023.pdf>, a cominciare dalla qualità scientifica del suo "panel di Giuria", largamente composto da esperti di primo piano, provenienti da ogni settore del mondo sanitario.

Le riforme da effettuare nell'Ordinamento sanitario dipendono, in misura decisiva, dalla revisione dell'assetto formativo infermieristico: sono due aspetti inscindibilmente legati e non si può ragionare del primo senza considerare il secondo.

Sono anni che noi chiediamo tali cambiamenti: da sempre chiediamo che la Laurea Magistrale esca da quella sorta di "limbo" in cui è attualmente collocata, confinandone gli esiti in settori come quelli organizzativi ovvero della ricerca scientifica (dove si può parlare relativamente di "nicchia"), per passare finalmente all'acquisizione di conoscenze e competenze per specifiche aree cliniche.

E non ci sarà riforma della Sanità pubblica in Italia senza che questa esigenza venga soddisfatta: il futuro della professione infermieristica si disegna ora. E tutti noi abbiamo l'obbligo morale di parteciparvi, esprimendo un proprio pensiero, anche critico, sull'Infermieristica dei prossimi 20 anni.

“

*Il nuovo presidente della Regione, Rocca, ha parlato di tavoli di concertazione con gli Ordini professionali, di degenza infermieristica e anche di dirigenza assistenziale: sarà importante partire con il piede giusto, cercando sinergie per la sanità del futuro, a breve e a lungo termine”*

”

“

*La FNOPI ha pubblicato il 'Documento di consenso': si tratta di un importante passo avanti nella marcia verso l'evoluzione della nostra professione e tutti noi abbiamo l'obbligo morale di parteciparvi, esprimendo un proprio pensiero, anche critico, sull'Infermieristica dei prossimi 20 anni*

”

“

*Il futuro della professione infermieristica si disegna ora, e tutti noi abbiamo l'obbligo morale di parteciparvi, esprimendo un proprio pensiero*

”

Stiamo parlando di sei aree cliniche, che erano previste già da un Decreto Ministeriale, fin dal 1994: l'area delle cure primarie e sanità pubbliche, neonatologica e pediatrica, della salute mentale e dipendenze, intensiva e dell'emergenza, medica e chirurgica.

Gli Infermieri queste competenze se le sono faticosamente conquistate nei fatti e nell'indifferenza del sistema giuridico e contrattuale, ed è ora che vengano istituzionalizzate.

Siamo una "professione resiliente": da sempre ci facciamo carico della costante "emergenza" e, con la scusa di questa emergenza, non si è voluto mai realizzare ciò che il Decreto annunciava.

Ora, l'attualità, l'evidenza dei pericoli che corre il Servizio Sanitario Nazionale e il robusto consenso di tutti, o quasi, gli uomini di scienza creano le condizioni per realizzare l'Infermiere del futuro.

Ed è su questi temi che incalzeremo anche la Regione: a partire, per esempio, dalla figura e dal ruolo di un nuovo operatore di supporto dell'Infermiere, formato e gestito dagli infermieri, da inserire nei *setting* assistenziali.

E intanto, arriva qualche buona notizia: è stata introdotta nel Codice penale l'aggravante specifica per le aggressioni agli operatori sanitari nell'esercizio delle loro funzioni: è già un passo avanti.

Il Governo ha anche cancellato con decreto - era ora! - il vincolo di esclusività per gli infermieri dipendenti dal SSN, riconoscendo, nei fatti, l'autonomia e la dignità della Professione, e liberando energie che daranno il loro contributo alla drammatica carenza di personale come è già avvenuto con il COVID-19.

Insomma, qualcosa si muove: noi dovremo accompagnare questo processo con una presa di coscienza e maturazione da parte della nostra Professione, che ha avuto tutte le ragioni per rivendicare la propria specificità, non sufficientemente riconosciuta.

L'Infermiere del futuro, infatti, sarà decisamente diverso da quello attuale: un professionista che, vedendosi riconosciute competenze di area clinica, potrà legittimamente aspirare a percorsi di carriera che avranno, inevitabilmente, pure consistenti ricadute economiche.

Ma questa ridefinizione dei ruoli sanitari comporterà anche un prezzo, come sempre accade nei processi di sviluppo e di crescita: pensiamo alle maggiori responsabilità. Ma è tutto il processo, per così dire, di "stratificazione" delle competenze professionali e non solo di quelle nostre, che comporterà una mentalità e un atteggiamento più consono e consapevole.

I processi di specializzazione - in qualsiasi attività si svolgano - rischiano sempre di provocare contraccolpi psicologici negli stessi loro agenti, che siamo noi.

Oggi come mai prima è necessaria la tua partecipazione: scrivi il tuo pensiero, vieni all'Ordine e parliamone insieme: è la nostra professione, ed abbiamo non solo il diritto ma il DOVERE di dare un contributo. Grazie.

# Indagine sulle conoscenze infermieristiche del sistema di monitoraggio invasivo della Pressione Arteriosa in Unità di Terapia Intensiva

## *Survey of nursing knowledge of invasive blood pressure monitoring system in the Intensive Care Unit*

**Stefano Proietti**, Infermiere, Asl RM2, Ospedale Sandro Pertini, Roma

**Francesca Angelelli**, Infermiera, Fondazione Policlinico Universitario "A.Gemelli" IRCCS, Roma

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

**Simone Carelli**, Dirigente Medico, Fondazione Policlinico Universitario "A.Gemelli" IRCCS, Roma

### Parole chiave

conoscenze, monitoraggio invasivo della pressione arteriosa, terapia intensiva, infermieri

### Keywords

knowledge, invasive arterial pressure monitoring, intensive care, nurses

### ABSTRACT INTRODUZIONE

Nei reparti di Terapia Intensiva, gli infermieri si occupano della gestione dei sistemi invasivi di monitoraggio dei parametri emodinamici, in particolare della pressione arteriosa sistemica (PA).

Nel 2001, McGhee validò uno strumento di valutazione della conoscenza degli infermieri sul monitoraggio invasivo della pressione arteriosa in Area critica.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare il livello di conoscenza del sistema di monitoraggio invasivo della pressione arteriosa tra gli infermieri di Terapia Intensiva.

### MATERIALI E METODI

L'indagine conoscitiva è stata condotta nel mese di dicembre 2021 sul personale di Terapia Intensiva di un policlinico universitario di Roma. A ciascun partecipante è stato somministrato un questionario di 18 domande a risposta multipla, già validato negli Stati Uniti per lo stesso scopo.

Le domande del questionario coprivano tre aree di contenuto:

- l'area 1 riguardante la fisiologia della pressione arteriosa e le caratteristiche del profilo d'onda normale;
- l'area 2 riguardante gli aspetti

tecnici, relativi al monitoraggio della pressione arteriosa;

- l'area 3 riguardante l'interpretazione e applicazione del profilo d'onda della pressione arteriosa e dei dati ad essa correlati per identificare condizioni fisiopatologiche e per monitorare le eventuali complicanze.

È stato valutato il numero totale di risposte esatte ottenute per questionario e per singola area di contenuto. Ciascuna domanda è stata poi valutata per indice di difficoltà e indice di discriminazione.

### RISULTATI

Venticinque infermieri hanno rispo-

sto al questionario. Nessun infermiere ha ottenuto il punteggio minimo di superamento del questionario (12/18). La media di risposte esatte è stata di 5.5 (30.66%).

Il campione ha ottenuto punteggi medi superiori nelle aree di contenuto 1 e 2 rispetto all'area 3 (32.57% e 34.40 vs. 25.33%). Non sono state osservate differenze statisticamente significative in termini di percentuali di risposte totali o per aree di contenuto comparando sottogruppi con differente età anagrafica o differente anzianità di servizio. L'analisi delle singole domande del questionario ha evidenziato che 9 hanno ottenuto un indice di difficoltà "alto", 9 domande hanno ottenuto un indice di difficoltà "medio" e nessuna ha ottenuto un indice di difficoltà "basso". Relativamente all'indice di discriminazione sulle capacità del campione studiato, 11 domande sono risultate "inadeguate", 3 domande sono risultate "adeguate" e 4 domande sono risultate "eccellenti".

### CONCLUSIONI

La nostra indagine suggerisce che la conoscenza del personale di Terapia Intensiva, in merito al sistema di monitoraggio invasivo della pressione arteriosa, sia ottimizzabile.

A tale scopo, in questo contesto potrebbero essere promossi corsi di formazione sugli ambiti emersi quali carenti: fisiologia della pressione arteriosa, fisiopatologia delle condizioni critiche che impattano sulla pressione arteriosa, aspetti tecnici relativi al corretto monitoraggio della pressione arteriosa in condizioni fisiologiche e patologiche.

### ABSTRACT BACKGROUND

*In Intensive Care wards, nurses are responsible for the management of systems for invasive monitoring of haemodynamic parameters, in*

*particular systemic arterial pressure (BP). In 2001, McGhee validated a tool for evaluating nurses knowledges about invasive monitoring of arterial pressure in intensive care area. The present study aimed to evaluate the knowledge levels of the invasive monitoring system of arterial pressure among intensive care unit nurses.*

### MATERIAL AND METHODS

*The survey was conducted in december 2021, among Intensive Care Unit nurses of a University Hospital in Rome. Each participant was given an 18-question multiple-choice questionnaire, already validated in the United States for the same purpose. The questions in the questionnaire covered three content areas:*

- area 1 concerning the physiology of blood pressure and the characteristics of the normal wave profile;
- area 2 concerning the technical aspects related to blood pressure monitoring;
- area 3 concerning the interpretation and application of the blood pressure wave profile and related data to identify pathophysiological conditions and to monitor any complications. The total number of correct answers obtained per questionnaire and per single content area was evaluated. Each question was then evaluated by difficulty index and discrimination index.

### RESULTS

*Twenty-five nurses answered the questionnaire. None of them achieved the passing score on the questionnaire (12/18). The median number of correct answers was 5.5 (30.66%). The study cohort obtained the best results in content areas 1 and 2 as compared to area 3 (32.57% e 34.40 vs. 25.33%). No statistically significant diffe-*

*rences were seen in terms of percentage of total correct answers and correct answers for each area comparing groups differing for age or length of service. Analyzing each question separately, 9 questions obtained a «high» difficulty index, 9 questions obtained a «medium» difficulty index and none of the questions obtained a «low» difficulty index. The discriminating index was «inadequate» for 11 questions, «adequate» for 3 questions and «excellent» for 4 questions.*

### CONCLUSIONS

*Our investigation suggests that intensive care unit staff's knowledge of the invasive blood pressure monitoring system is optimizable. For this purpose, in this context, training courses could be promoted on areas that have emerged as deficient: physiology of blood pressure, pathophysiology of critical conditions that impact blood pressure, technical aspects relating to the correct monitoring of blood pressure in physiological and pathological conditions.*

### INTRODUZIONE

Il reparto di Terapia Intensiva svolge un ruolo cruciale nell'assistenza dei pazienti critici, che necessitano di un monitoraggio continuo e costante dei parametri vitali (PV) e che spesso sono sottoposti a procedure ad alta intensità.

La rilevazione continua dei PV permette di acquisire tempestivamente le variazioni delle condizioni cliniche nei pazienti già compromessi [1]. Gli infermieri di Terapia Intensiva rilevano e monitorano i parametri emodinamici, come la pressione arteriosa sistemica (PA).

La PA è un indice emodinamico di base spesso utilizzato per guidare gli interventi clinici, specialmente nei pazienti critici [2].

Per il monitoraggio della PA si possono usare tecniche invasive o in-cruente.

La modalità non invasiva, che è la rilevazione attraverso il posizionamento di un bracciale nella parte superiore del braccio, è generalmente utilizzata nei pazienti in cui vi è una minor frequenza di rilevazione della PA nell'arco della giornata e che presentano una minore criticità. La modalità invasiva, invece, viene utilizzata in quei pazienti in cui la condizione clinica richiede un monitoraggio continuo e costante dei valori della PA [1].

La rilevazione della PA cruenta viene realizzata attraverso il posizionamento di un catetere arterioso [1] connesso ad un sistema sigillato composto da: tubi di pressione, rubinetti, trasduttore di pressione [3], monitor, una sacca pressurizzata, e una sacca con la soluzione per l'irrigazione [4].

I cateteri arteriosi periferici sono utilizzati in almeno il 70% di pazienti critici ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI) [5] o gestiti nelle sale operatorie [6,7].

Annualmente, vengono utilizzati quasi 8 milioni di cateteri arteriosi periferici negli Stati Uniti e 2,5 milioni in Europa [8]. L'uso dei cateteri arteriosi periferici sta aumentando, specie nelle Unità di Terapia Intensiva [9].

L'infermiere, per assicurare la sicurezza e l'efficacia delle cure, deve garantire che il sistema di monitoraggio invasivo della pressione arteriosa sia impostato e mantenuto correttamente pervio e privo di bolle d'aria e controllare che il rubinetto del trasduttore sia posizionato all'altezza dell'atrio prima che il sistema sia utilizzato per effettuare la misurazione della pressione. Questo punto di reperi è indicato come asse flebostatico, ed è necessario per stabilire il punto zero di riferimento per assicurare il corretto fun-

zionamento del sistema a pressione atmosferica [4]. È inoltre necessario eseguire il Test dell'onda quadra per verificare la risposta dinamica del trasduttore, la frequenza naturale e il coefficiente di attenuazione [10]. Tenuto conto delle basi fisiologiche del profilo d'onda arterioso e delle comuni caratteristiche tecniche di tutti i metodi di monitoraggio emodinamico, l'utilizzo inappropriato del sistema catetere-tubi e l'errata interpretazione dei profili d'onda e dei dati potrebbero falsare la determinazione del quadro emodinamico di un paziente. Pertanto, **al fine di evitare diagnosi errate e gestioni scorrette, gli infermieri di Terapia Intensiva devono padroneggiare i dispositivi di monitoraggio emodinamico e avere una solida conoscenza degli indici fisiologici correntemente misurati** [2].

Uno studio australiano condotto sugli eventi avversi registrati nelle Unità di Terapia Intensiva, ha riportato 7525 segnalazioni, il 5% delle quali relative al monitoraggio invasivo della pressione arteriosa. Di queste, 1/6 circa era legato all'inserimento dei cateteri e 2/3 all'utilizzo e alla manutenzione delle linee. Il 15% dei pazienti coinvolti ha subito gravi eventi avversi [11]. L'università di Seattle ha condotto uno studio sulle conoscenze degli infermieri di area critica relativamente al monitoraggio della pressione arteriosa [2]. Un questionario di 18 domande, appositamente formulato, fu sottoposto a 68 infermieri. Nessuno dei partecipanti allo studio superò il questionario, con un numero medio di risposte esatte di 6.6.

Da ciò emerse che le conoscenze inerenti al monitoraggio emodinamico tra gli infermieri di Area critica non erano soddisfacenti.

## **MATERIALI E METODI**

L'obiettivo di questo studio è stato

quello di valutare il livello di conoscenza sul monitoraggio della pressione arteriosa tra gli infermieri di Terapia Intensiva.

Prima di iniziare lo studio per valutare lo stato dell'arte in merito alle conoscenze sul monitoraggio della PA tra gli infermieri di Terapia Intensiva è stata eseguita una Revisione della letteratura sulla banca dati biomedica Pubmed.

Sono state ricercate nel titolo, nell'abstract, nel testo dell'articolo e nei record del database le parole chiave "knowledge", "invasive arterial pressure monitoring", "intensive care", "nurses", utilizzando gli operatori booleani "and" e "or".

Il limite temporale della ricerca è stato il mese di novembre 2021.

Per la realizzazione dell'indagine conoscitiva, abbiamo utilizzato un questionario presente in letteratura validato e già utilizzato per lo stesso scopo dall'università di Washington, Seattle [2].

Il questionario, in lingua inglese, è stato tradotto in italiano in maniera indipendente da due operatori sanitari medici (uno esterno allo studio con conoscenza di lingua inglese, l'altro con conoscenza della lingua inglese e con *expertise* in materia di anestesia e rianimazione).

Le due versioni tradotte sono state confrontate e sintetizzate in un questionario definitivo, dopo discussione e confronto congiunto.

Il questionario finale (**Figura 1**) includeva una prima parte relativa ad informazioni demografiche sul soggetto compilatore (età, sesso, anzianità di servizio) e 18 domande riguardanti l'argomento in oggetto, di cui due con risposta "vero" o "falso" e 16 a risposta multipla.

In accordo con lo studio-pilota del questionario, le domande sono state classificate in tre aree relativamente ai contenuti:

- l'area 1 riguardante la fisiologia della PA e le caratteristiche del pro-

filo d'onda normale (domande 1, 3, 5, 6, 8, 13 e 15);

- l'area 2 riguardante gli aspetti tecnici relativi al monitoraggio della pressione arteriosa (domande 2, 4, 10, 11 e 12);

- l'area 3 riguardante l'interpretazione e applicazione del profilo d'onda della PA e dei dati ad essa correlati per identificare condizioni fisiopatologiche e per monitorare le eventuali complicanze (domande 7, 9, 14, 16, 17 e 18).

Inoltre, le domande sono state classificate in tre livelli di conoscenze:

- il livello 1 riguardante conoscenza e comprensione (domande 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 e 11);

- il livello 2 riguardante applicazione e analisi (domande 7, 9, 12, 13, 14 e 15);

- il livello 3 riguardante sintesi e valutazione (domande 10, 16, 17 e 18).

L'indagine conoscitiva è stata condotta durante il mese di dicembre 2021, attraverso la somministrazione del questionario al personale infermieristico del reparto di Rianimazione di un Policlinico universitario di Roma.

Data la natura dello studio, non è stato eseguito un calcolo formale

del campione, che è stato, dunque, di convenienza. Tra gli infermieri prestanti servizio nel reparto in questione, in 25 hanno espresso il consenso verbale alla partecipazione all'indagine. La loro identità rimarrà anonima per il gruppo di ricerca.

L'Unità operativa di Rianimazione in cui è stata svolta l'indagine è costituita da 19 posti letto di Terapia Intensiva, per i quali viene routinariamente utilizzato un sistema di monitoraggio invasivo della pressione arteriosa come parte del monitoraggio multiparametrico del paziente.

#### Analisi statistica

Le caratteristiche demografiche dei soggetti compilatori sono state riportate come frequenza e percentuale del campione totale (n=25).

Il numero di risposte esatte alle domande, per ciascun questionario, è stato riportato come percentuale sul totale delle 18 domande.

La tendenza centrale della percentuale di risposte esatte per questionario, quindi, è stata valutata con la determinazione di media, moda e mediana dei risultati e la dispersione con l'identificazione di *range* e deviazione standard (DS). Le stesse misure sono state utilizzate per valutare le risposte esatte per sottogruppi relativi alle tre aree di contenuto e ai tre livelli di conoscenza. È stata poi eseguita un'analisi sull'affidabilità del questionario.

Dunque, è stato determinato il tasso di risposte esatte a ciascuna domanda come frequenza e percentuale dell'intero campione oggetto dello studio. Ciascuna domanda è stata poi valutata per indice di difficoltà e indice di discriminazione [12].

Una volta ordinati in ordine decrescente i punteggi totali del questionario per tutti i partecipanti, il campione è stato suddiviso in tre gruppi uguali in base ai punteggi

alti, intermedi e bassi.

Prendendo in considerazione solo i gruppi con i punteggi alti (H) e bassi (L), l'indice di difficoltà (*difficulty index*= $H+L/N \times 100$ ) è risultata la proporzione tra i soggetti che hanno risposto correttamente alla domanda rispetto al totale in entrambi i gruppi con punteggi più alti e più bassi.

Generalmente, un indice tra il 30 e il 70% è considerato "accettabile" o "medio", mentre un indice superiore al 70% è considerato "troppo facile", mentre un indice sotto al 30% "troppo difficile".

L'indice di discriminazione (*discrimination index*= $H-Lx2/N$ ) è il potere di discriminazione di ciascuna domanda tra soggetti con punteggi più alti e più bassi ed ha un valore tra 0 e 1. Di solito, un indice di discriminazione tra 0.20 e 0.35 è considerato "buono", sopra a 0.35, "eccellente" e sotto 0.20, "scarso". Le percentuali di risposta tra sottogruppi del campione, suddivisi per differente fascia di età o di anzianità di servizio, sono state comparate usando il test di U-Mann Whitney. È stato considerato un livello di significatività statistica per valori di  $p < 0.05$ .

Il programma di statistica utilizzato è stato NCSS 10.

#### RISULTATI

Sono 25 gli infermieri che hanno risposto al questionario. La maggior parte dei soggetti compilatori è risultata essere di sesso femminile (n=16; 64%). L'età dei partecipanti è stata tra i 20 e i 30 anni in 14 casi (56%), tra i 30 e i 40 anni (*range* 30- 40) in 8 casi (32%) e oltre 40 anni nei restanti (12%). L'anzianità di servizio è stata inferiore a un anno in tre casi (12%), tra uno e cinque anni in 11 casi (44%), tra cinque e 15 anni in nove casi (36%) e superiore a 15 anni in due (8%). (Tabella 1)

Caratteristiche campione	Totale (n=25)
Sesso	
Femmine	16 (64%)
Maschi	9 (36%)
Età	
20-30 anni	14 (56%)
30-40 anni	8 (32%)
Oltre 40 anni	3 (12%)
Anzianità di servizio	
Meno di 1 anno	3 (12%)
Tra 1 e 5 anni	11 (44%)
Tra 5 e 15 anni	9 (36%)
Oltre 15 anni	2 (8%)

Tabella 1 - Caratteristiche del campione

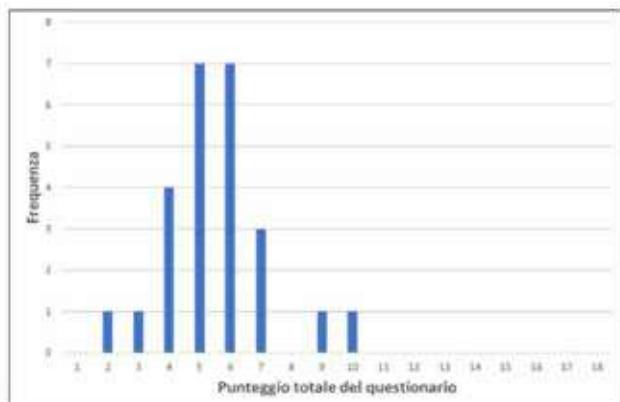


Grafico 1 - Distribuzione delle frequenze di risposte esatte totali per questionario

Misura statistica	Punteggio totale %	Punteggio per area di contenuto %			Punteggio per livello di conoscenza %		
		1	2	3	1	2	3
Media	30,66	32,57	34,40	25,33	39,00	26,00	21,00
Mediana	27,77	28,57	40,00	16,67	37,50	16,67	25,00
Moda	33,33	28,57	40,00	16,67	37,50	16,67	25,00
DS	9,50	14,59	16,85	11,90	14,57	15,27	18,65

Legenda: Il punteggio totale è riportato come percentuale di risposte corrette sul totale delle 18 domande del questionario, mentre i punteggi per singola area o livello sono riportati come percentuale sul totale delle domande del questionario appartenenti all'area o al livello di riferimento.

DS: deviazione standard.

**Arete di contenuto:** 1 indica la fisiologia della pressione arteriosa e i criteri del profilo d'onda della pressione arteriosa normale; 2 indica gli aspetti tecnici del monitoraggio della pressione arteriosa; 3 indica l'interpretazione e l'applicazione del profilo d'onda della pressione arteriosa e dei dati ad essa correlati per identificare le condizioni fisiopatologiche e monitorare le complicanze.

**Livelli di conoscenza:** 1 indica conoscenza e comprensione; 2 indica applicazione e analisi; 3 indica sintesi e valutazione.

Tabella 2 - Punteggio dei questionari totale e per sottogruppi di area contenute e livello di conoscenza

In accordo con lo studio-pilota, per valutare le conoscenze degli infermieri di Area critica sul monitoraggio della PA, è stato richiesto un minimo di 12 risposte esatte (66.7%) su 18, per considerare il questionario come "superato". Purtroppo, nessun infermiere ha ottenuto il punteggio minimo di superamento del questionario. Il maggior numero di risposte esatte per questionario è stato di 10 (n=1), mentre quello minimo è sta-

to di 2 (n=1), con una media di 5.5 (range, 2-10). (Grafico 1)

I punteggi totali, suddivisi per aree di contenuto e livelli di conoscenza, sono riportati nella **Tabella 2**.

Lo score totale medio di risposte esatte al questionario nel campione studiato è stato del 30,66% (range, 11.11-55.55).

I dati relativi ai punteggi percentuali per sottogruppi hanno evidenziato che il campione ha ottenuto punteggi medi superiori nelle aree di contenuto 1 e 2 rispetto all'area 3 (32.57% e 34.40% vs. 25.33%).

1: 64% di risposte esatte); i fattori di smorzamento (domanda 2: 80% di risposte esatte), la pressione pulsata (domanda 3: 60% di risposte esatte), la definizione della PA media (domanda 5: 48% di risposte esatte), la PA media come indice-guida del trattamento (domanda 7: 88% di risposte esatte) e il test di risposta dinamica come "Migliore indice per la corretta interpretazione del profilo d'onda" (domanda 10: 52% di risposte esatte).

Le domande che hanno ottenuto il minor numero di risposte esatte riguardano la resistenza del sistema arterioso (domanda 6: 0% di risposte esatte), i passaggi del test di risposta dinamica (domanda 11: 8% di risposte esatte), la lettura della pressione dopo azzeramento e livellamento del sistema (domanda 12: 8% di risposte esatte), l'onda pressoria riflessa (domanda 15: 4% di risposte esatte), il riconoscimento di coaguli nel catetere come potenziali complicazioni nel sistema di monitoraggio (domanda 16: 8% di risposte esatte) e la fisiopatologia della pressione arteriosa (domanda 18: 4% di risposte esatte).

**(Tabella 3)**

L'analisi delle singole domande del questionario ha evidenziato che nove domande hanno ottenuto un indice di difficoltà "alto" ("difficile"; domande: 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17 e 18), e nove un indice di difficoltà "medio" (domande: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10 e 13). Nessuna domanda ha ottenuto un indice di difficoltà "basso" ("facile").

Relativamente all'indice di discriminazione sulle capacità del campione studiato, 11 domande sono risultate "inadeguate" ("scarso"; domande: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 18), tre domande "adeguate" ("buono"; domande: 11, 12, e 17) e in quattro sono risultate "eccellenti" a tale scopo (domande: 1, 5, 10 e 13).

**(Tabella 3)**

Domanda	Risposte esatte, %	Area contenuto	Area Conoscenze	Difficoltà	Discriminazione
1	64	1	1	Medio	Eccellente
2	80	2	1	Medio	Scarso
3	60	1	1	Medio	Scarso
4	24	2	1	Medio	Scarso
5	48	1	1	Medio	Eccellente
6	0	1	1	Difficile	Scarso
7	88	3	2	Medio	Scarso
8	28	1	1	Medio	Scarso
9	16	3	2	Difficile	Scarso
10	52	2	3	Medio	Eccellente
11	8	2	1	Difficile	Buono
12	8	2	2	Difficile	Buono
13	24	1	2	Medio	Eccellente
14	16	3	2	Difficile	Scarso
15	4	1	2	Difficile	Scarso
16	8	3	3	Difficile	Scarso
17	20	3	3	Difficile	Buono
18	4	3	3	Difficile	Scarso

**Area di contenuto:** 1 indica la fisiologia della pressione arteriosa e i criteri del profilo d'onda della pressione arteriosa normale; 2 indica gli aspetti tecnici del monitoraggio della pressione arteriosa; 3 indica l'interpretazione e l'applicazione del profilo d'onda della pressione arteriosa e dei dati ad essa correlati per identificare le condizioni fisiopatologiche e monitorare le complicanze.

**Livelli di conoscenza:** 1 indica conoscenza e comprensione; 2 indica applicazione e analisi; 3 indica sintesi e valutazione.

**Indice di difficoltà:** difficile < 30%, medio tra 30 e 70%, facile >70%

**Indice di discriminazione:** scarso <0.2, buono tra 0.20 e 0.35, eccellente >0.35

Tabella 3 - Analisi delle domande del questionario

Infine, comparando sottogruppi del nostro campione con differente età anagrafica o differente anzianità di servizio, non sono state osservate differenze statisticamente significative in termini di percentuali di risposte totali o per aree di contenuto o per livelli di conoscenza.

Le domande che hanno ottenuto il maggior numero di risposte esatte riguardano la conoscenza del profilo d'onda della PA (domanda 1: 64% di risposte esatte); i fattori di smorzamento (domanda 2: 80% di risposte esatte), la pressione pulsata (domanda 3: 60% di risposte esatte), la definizione della pressione arteriosa media (domanda 5: 48% di risposte esatte), la PA media come indice-guida del trattamento (domanda 7: 88% di risposte esatte) e il test

di risposta dinamica come "Migliore indice per la corretta interpretazione del profilo d'onda" (domanda 10: 52% di risposte esatte).

Le domande che hanno ottenuto il minor numero di risposte esatte riguardano la resistenza del sistema arterioso (domanda 6: 0% di risposte esatte), i passaggi del test di risposta dinamica (domanda 11: 8% di risposte esatte), la lettura della pressione dopo azzeramento e livellamento del sistema (domanda 12: 8% di risposte esatte), l'onda pressoria riflessa (domanda 15: 4% di risposte esatte), il riconoscimento di coaguli nel catetere come potenziali complicazioni nel sistema di monitoraggio (domanda 16: 8% di risposte esatte) e la fisiopatologia della PA (domanda 18: 4% di rispo-

ste esatte). (Tabella 3)

L'analisi delle singole domande del questionario ha evidenziato che nove domande hanno ottenuto un indice di difficoltà "alto" ("difficile"; domande: 6, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17 e 18), e nove un indice di difficoltà "medio" (domande: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10 e 13). Nessuna domanda ha ottenuto un indice di difficoltà "basso" ("facile").

Relativamente all'indice di discriminazione sulle capacità del campione studiato, 11 domande sono risultate "inadeguate" ("scarso"; domande: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 18), tre domande "adeguate" ("buono"; domande: 11, 12, e 17) e in quattro sono risultate "eccellenti" a tale scopo (domande: 1, 5, 10 e 13).

(Tabella 3)

Infine, comparando sottogruppi del nostro campione con differente età anagrafica o differente anzianità di servizio, non sono state osservate differenze statisticamente significative in termini di percentuali di risposte totali o per aree di contenuto o per livelli di conoscenza.

## DISCUSSIONE

L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare il livello di conoscenza degli infermieri di area critica relativamente al monitoraggio della PA.

L'unico strumento validato allo scopo è stato il questionario realizzato e pubblicato da McGhee e collaboratori nel 2001 [2].

Per realizzare il nostro studio, abbiamo utilizzato lo strumento proposto dallo studio-pilota di McGhee, così da avere anche un campione adatto con cui poter poi comparare i nostri risultati.

Similmente allo studio-pilota, nel nostro, nessun infermiere ha ottenuto il punteggio minimo di superamento del questionario. Il numero medio di risposte esatte è stato di 5.5, mentre, nel campione studia-

to, lo *score* totale medio di risposte esatte totali al questionario è stato del 30,66%.

I dati relativi ai punteggi percentuali per sottogruppi ha evidenziato che il campione ha ottenuto punteggi medi superiori nelle aree di contenuto 1 e 2, rispetto all'area 3 (32.57% e 34.40% vs. 25.33), e per il livello di conoscenza 1, rispetto al 2 e 3 (39% vs. 26% e 21%).

Le domande che hanno ottenuto il maggior numero di risposte esatte riguardano la conoscenza del profilo d'onda della pressione arteriosa, i fattori di smorzamento, la pressione pulsata, la definizione della PA media, la PA media come indice guida del trattamento e il test di risposta dinamica come migliore indice per la corretta interpretazione del profilo d'onda.

Le domande che hanno ottenuto il minor numero di risposte esatte riguardano la resistenza del sistema arterioso, i passaggi del test di risposta dinamica, la lettura della pressione dopo azzeramento e livellamento del sistema, l'onda pressoria riflessa, il riconoscimento di coaguli nel catetere come potenziali complicazioni nel sistema di monitoraggio e la fisiopatologia della PA.

Quindi, riassumendo, **dal nostro studio è emerso che gli infermieri di Area critica hanno una maggiore conoscenza della fisiologia della pressione arteriosa e del profilo d'onda normale così come degli aspetti tecnici del monitoraggio della PA.**

Comparando sottogruppi del nostro campione con differente età anagrafica o differente anzianità di servizio, non sono state osservate differenze statisticamente significative in termini di percentuali di risposte totali o per aree di contenuto, o per livelli di conoscenza.

Resta un aspetto d'interesse, già

evidenziato dallo studio-pilota, che è quello legato alla discrepanza di risposte per domande attinenti.

Ad esempio, il 52% dei partecipanti ha identificato correttamente il test di risposta dinamica come procedura ideale per assicurare una corretta interpretazione del profilo d'onda (domanda 10), ma solo l'8% dei partecipanti ha saputo riconoscere i passaggi corretti di tale procedura (domanda 11).

Il test di risposta dinamica è cruciale nella validazione dell'affidabilità del sistema di monitoraggio e nell'assicurare un'accurata riproduzione del profilo d'onda della PA. Allo stesso modo, l'88% dei partecipanti ha correttamente identificato la PA media come miglior parametro nella guida al trattamento del paziente critico (domanda 7), ma solo il 48% dei partecipanti conosce i principali fattori determinanti la PA media (domanda 5). La PA media è influenzata da vari fattori, quali la gittata cardiaca o le resistenze vascolari e, pertanto, nella gestione emodinamica del paziente, è fondamentale conoscere le correlazioni esistenti tra questi fattori.

Come nello studio-pilota, anche nella nostra indagine conoscitiva è emersa una carenza di conoscenze su alcuni aspetti del monitoraggio della PA e su diversi altri rimandi base del monitoraggio emodinamico.

La risposta di McGhee fu quella di pubblicare, nel 2002, un articolo istruttivo per il personale infermieristico, in cui venivano discussi la fisiologia della PA, i fattori fisiologici e fisiopatologici che influenzano la PA, il profilo d'onda della stessa e la sua interpretazione nelle situazioni cliniche più comunemente incontrate in Area critica [13].

In un altro studio sulle conoscenze infermieristiche del monitoraggio della PA, condotto nel 2011, furono valutati infermieri senior

relativamente all'interpretazione del profilo d'onda della PA, alla morfologia del profilo d'onda e agli aspetti tecnici sempre inerenti al monitoraggio della PA.

Anche in questo studio, il punteggio mediano ottenuto nei questionari è stato inferiore al 40%, con punteggi più alti per le domande su fisiologia e interpretazione del profilo d'onda (38-57%) e punteggi più bassi per le domande sugli aspetti tecnici relativi al monitoraggio della PA (2-28%) [14].

## CONCLUSIONI

La nostra indagine sulle conoscenze del monitoraggio della PA, da parte di infermieri di Area critica, così come i pochi dati presenti in letteratura, evidenziano che la formazione infermieristica in Area critica gioverebbe della frequentazione di Corsi di perfezionamento e di aggiornamento sull'argomento. In particolare, gli aspetti sui quali occorrerebbe implementare la formazione, come emerso anche dalla letteratura, sono quelli inerenti alla fisiologia della PA, la fisiopatologia delle condizioni critiche che impattano sulla stessa e gli aspetti tecnici relativi al corretto monitoraggio della PA in condizioni fisiologiche e patologiche [2, 14].

## LIMITI DELLO STUDIO

I limiti della nostra indagine sono inerenti al breve arco temporale in cui è stata effettuata la *survey*, alla ridotta numerosità campionaria (ristretta, peraltro, ad una sola struttura ospedaliera) ed al campionamento di convenienza.

Indubbiamente, sarebbe auspicabile poter estendere il sondaggio ad un maggior numero di strutture sanitarie su tutto il territorio italiano, così da poter identificare eventuali punti di forza e/o di debolezza tra differenti organismi e differenti regioni.

### Questionario sul monitoraggio della pressione arteriosa

Unità Operativa.....

Sesso: Maschio  Femmina

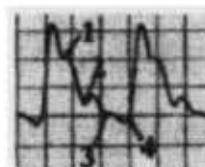
Quanti anni ha? Tra i 20 ed i 30  Tra i 30 ed i 40  Più di 40

Da quanto tempo lavora come infermiere in terapia intensiva?

Meno di 1 anno  Tra 1 e 5 anni  Tra 5 e 15 anni  Più di 15 anni

1. In quale punto del profilo d'onda della pressione arteriosa è più appropriato misurare la pressione diastolica?

A) 1  
B) 2  
C) 3  
D) 4



2. Il profilo d'onda della pressione arteriosa può essere smorzato da:

A) Tubi corti e tubi rigidi ad alta pressione  
B) Tubi a foro largo  
C) Connessione molto salda  
D) **Tubo lungo e bolle d'aria**

3. Il monitoraggio diretto e il monitoraggio indiretto della pressione arteriosa misurano lo stesso fenomeno: la pressione pulsata

A) **Vero**  
B) Falso

4. Per monitorare correttamente la pressione arteriosa, il sistema di monitoraggio dovrebbe essere livellato e azzerato a:

A) Giunzione tra la linea passante per il quarto spazio intercostale all'altezza dello sterno e la linea ascellare media  
B) **Giunzione tra la linea passante per il quarto spazio intercostale all'altezza dello sterno e il punto medio della linea passante antero-posteriormente per il torace**  
C) Giunzione tra la linea passante per l'angolo di Louis e la linea ascellare media  
D) Punta del catetere arterioso

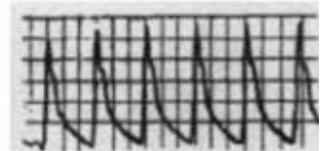
5. La pressione arteriosa media (MAP) è il prodotto della gittata cardiaca (CO) per la resistenza vascolare sistemica (SVR) come espresso dall'equazione:  $MAP = CO \times SVR$

A) **Vero**  
B) Falso

6. La resistenza al flusso sanguigno attraverso il sistema arterioso è determinata primariamente da:

A) Viscosità del sangue  
B) Gradiente pressorio tra l'aorta e le arterie periferiche  
C) **Raggio delle arteriole**  
D) Lunghezza del letto vascolare

7. Nel paziente critico emodinamicamente instabile, le decisioni terapeutiche sono guidate al meglio da:
- A) Pressione sistolica e diastolica, perché riflettono i cambiamenti pressori durante il ciclo cardiaco
  - B) Pressione sistolica, perché riflette la perfusione dei tessuti
  - C) Pressione diastolica, perché riflette la pressione a riposo del sistema arterioso
  - D) **Pressione arteriosa media, perché rappresenta l'indice emodinamico più solido**
8. La pressione pulsata è un indicatore clinico indiretto di:
- A) Resistenza vascolare polmonare
  - B) Resistenza vascolare sistemica
  - C) Pressione arteriosa media
  - D) **Gittata sistolica**
9. Il monitor mostra il profilo d'onda a destra. Questo profilo d'onda può essere interpretato come:
- A) Normale profilo d'onda misurato nell'arteria femorale
  - B) Normale profilo d'onda misurato nell'arteria radiale
  - C) **Profilo d'onda in un paziente con aterosclerosi**
  - D) Profilo d'onda in un paziente con shock cardiogeno



10. Per aiutare nella corretta interpretazione del precedente profilo d'onda l'azione più appropriata sarebbe:
- A) **Valutare le caratteristiche della risposta dinamica del sistema di monitoraggio**
  - B) Livellare e azzerare nuovamente il sistema di monitoraggio
  - C) Lavare il sistema con 2 ml di NaCl 0.9%
  - D) Riposizionare l'estremità incannulata
11. I passaggi corretti per valutare le caratteristiche della risposta dinamica di un sistema di monitoraggio diretto della pressione includono:
- A) Valutazione della risposta al flush rapido o test dell'onda quadra, osservando il numero e l'ampiezza delle onde di oscillazione
  - B) **Calcolo del rapporto di ampiezza tra due oscillazioni dopo il flush rapido e la frequenza naturale del sistema**
  - C) Livellare e confermare che un flush rapido produce una pressione leggibile come maggiore di 200 mmHg
  - D) Livellare e confermare che il profilo d'onda ritorna allo zero basale quando si apre l'interfaccia aria-liquido
12. Durante il monitoraggio diretto della pressione arteriosa, le letture di pressione di un sistema correttamente livellato e azzerato sono appropriatamente registrate da:
- A) I valori calcolati e digitalmente mostrati dal monitor
  - B) Il profilo d'onda con una chiara incisura dicrota
  - C) **Un fermo immagine di un grafico a strisce registrato al termine dell'espirazione**
  - D) Un grafico a strisce registrato con il paziente in posizione supina

13. Nel paziente normovolemico, in respiro spontaneo, il profilo d'onda della pressione arteriosa mostrerà:
- A) **Una piccola riduzione della pressione sistolica durante l'inspirazione**
  - B) Un piccolo aumento della pressione sistolica durante l'inspirazione
  - C) Una deflessione verso l'alto del profilo d'onda basale durante l'inspirazione
  - D) Una lenta salita sistolica
14. Nel paziente ipovolemico, ventilato con pressione positiva, il profilo d'onda arteriosa mostrerà:
- A) Una riduzione della pressione sistolica durante l'inspirazione
  - B) **Un aumento della pressione sistolica durante l'inspirazione**
  - C) Una deflessione verso l'alto del profilo d'onda durante l'espirazione
  - D) Una più marcata tacca dicrotica
15. Nel soggetto sano, l'onda pressoria riflessa
- A) **Segnala un aumento della pressione sistolica in periferia**
  - B) Può essere eliminata correggendo livellamento e azzeramento
  - C) Può essere eliminata ottimizzando le caratteristiche di risposta dinamica
  - D) Non modifica la lettura della pressione arteriosa
16. Il monitor mostra il profilo d'onda a destra. La più appropriata sequenza di azioni sarebbe di valutare il paziente per la presenza di segni di ipotensione e poi:
- 
- A) Flush rapido del sistema per 2-3 secondi, livellare e azzerare
  - B) Flush rapido del sistema per 8-10 secondi, livellare e azzerare
  - C) **Riposizionare l'estremità incannulata e tentare di aspirare sangue dal catetere**
  - D) Riposizionare l'estremità incannulata e flush rapido del sistema per 2-3 secondi
17. Quando si monitora la pressione sanguigna di un paziente vasodilatato utilizzando una linea arteriosa radiale e un bracciale cuffiato, la migliore valutazione dello stato del paziente tiene conto di:
- A) **La lettura della pressione arteriosa diretta può essere inferiore della pressione del bracciale**
  - B) La lettura della pressione arteriosa diretta può essere più alta della pressione del bracciale
  - C) La lettura della pressione arteriosa diretta dovrebbe essere identica a quella del bracciale
  - D) Sarebbe meglio considerare le letture di pressione più elevate
18. Una pressione sanguigna di 102/63/70 è ottenuta da una linea arteriosa radiale di un paziente febbrile, farmacologicamente vasocostritto. Questi valori:
- A) Indicano un'adeguata perfusione tissutale periferica e che la dose dei farmaci vasocostrittori può essere diminuito
  - B) Indica una insufficiente perfusione tissutale periferica e che la dose dei farmaci vasocostrittori dovrebbe essere aumentata
  - C) Indica una adeguata perfusione tissutale periferica se tali valori sono simili a quelli normali del paziente
  - D) **Sono parametri inadeguati di perfusione tissutale periferica**

Figura 1 - Questionario sul monitoraggio della PA



## Bibliografia

1. Gravante F, Lombardi A, Gagliardi A, Pucci A, Latina R, Dressings and Securement Devices of Peripheral Arterial Catheters in Intensive Care Units and Operating Theaters. A Systematic Review. *Dimens Crit Care Nurs.* 2020 Sep/Oct;39(5):242-250. doi: 10.1097/DCC.0000000000000433.
2. McGhee B.H, Woods S.L, Critical care nurses' knowledge of arterial pressure monitoring. *Am J Crit Care.* 2001 Jan;10(1):43-51.
3. Nesci M, Lucchini A, Iacobelli L, Asnagli M, Vascular catheter positioning and maintenance. *Minerva Anestesiol.* 2002 May;68(5):492-8.
4. Woods S, Froelicher E, Motzer S, Bridges E, Cardiac nursing. 2009. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
5. Hadaway L, Short peripheral intravenous catheters and infections. *J Infus Nurs.* 2012. Jul-Aug;35(4):230-40. doi: 10.1097/NAN.0b013e31825af099.
6. Angus D, Shorr A, White A, Dremsizov T, Schmitz R, Kelley M, (COMPACCS), Critical care delivery in the United States: distribution of services and compliance with Leapfrog recommendation. *Crit Care Med.* 2006 Apr;34(4):1016-24. doi: 10.1097/01.CCM.0000206105.05626.15.
7. Gowardman J, Lipman J, Rickard C, Assessment of peripheral arterial catheters as a source of sepsis in the critically ill: a narrative review. *J Hosp Infect.* 2010 May;75(1):12-8. doi: 10.1016/j.jhin.2010.01.005.
8. Scheer B, Perel A, Pfeiffer U, Clinical review: complications and risk factors of peripheral arterial catheters used for haemodynamic monitoring in anaesthesia and intensive care medicine. *Crit Care.* 2002 Jun;6(3):199-204. doi: 10.1186/cc1489.
9. Garretson S, Haemodynamic monitoring: arterial catheters. *Nurs Stand.* 2005 Apr 13-19;19(31):55-64; quiz 66. doi: 10.7748/ns2005.04.19.31.55.c3843.
10. Cousins T.R, O' Donnell J, Arterial cannulation: a critical review. *AANA J.* 2004 Aug;72(4):267-71.
11. Durie M, Beckmann U, Gillies D, Incidents relating to arterial cannulation as identified in 7.525 reports submitted to the Australian incident monitoring study (AIMS-ICU). *Anaesth Intensive Care.* 2002 Feb;30(1):60-5. doi: 10.1177/0310057X0203000111.
12. Mehta G, Mokhasi V, Item Analysis of Multiple Choice Questions-An Assessment of the Assessment. *Int J Health Sci Res.*2014; 4(7):197-202.
13. McGhee B, Bridges M., Monitoring arterial blood pressure: what you may not know. *Crit Care Nurse.* 2002 Apr;22(2):60-4, 66-70, 73 passim.
14. Christensen M, Barnes A, Intra-arterial waveform analysis: a study of senior nurse knowledge in a general Intensive Care Unit. *J Clin Nurs.* 2013 Jun;22(11-12):1783-5. doi: 10.1111/jocn.12113.

# Telenursing al paziente pediatrico affetto da patologia cronica Un'indagine conoscitiva

## *Telenursing to the pediatric patient with a chronic pathology. A study survey*

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

**Elena Bellini**, Infermiera pediatrica presso Coop. Sociale L'iride, Padova

### Parole chiave

teleassistenza, telenursing, PNRR, tele-home care, telehealth, pediatria

### Keywords

teleassistance, telenursing, PNRR, tele-home care, telehealth, pediatrics

### ABSTRACT INTRODUZIONE

Ad oggi, le malattie croniche affliggono circa il 40% della popolazione italiana compresi individui d'età pediatrica (0-18 anni).

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si propone di essere più inclusivo verso tutte le situazioni di cronicità e di fragilità attraverso l'implementazione dei servizi sanitari digitali: non a caso, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si identifica proprio nella teleassistenza uno strumento potenzialmente utile allo scopo.

Il principale obiettivo di quest'indagine è stato quello di descrivere le opinioni di genitori e figli in tema di teleassistenza a minori affetti da una patologia cronica, anche per valutarne l'accessibilità attraverso l'analisi dei supporti a disposizione delle famiglie.

### MATERIALI E METODI

È stato scelto un campione pediat-

trico di età compresa tra 6 e 14 anni affetto da una delle seguenti patologie: asma, diabete, epilessia, sovrappeso/obesità.

Tutta la popolazione è stata sottoposta, su base volontaria, ad intervista tramite un questionario scritto e anonimo dal 20 giugno 2022 al 9 settembre 2022.

### RISULTATI

In totale, sono stati raccolti 106 questionari in una popolazione di nazionalità prevalentemente italiana (82,1%).

Il 100% degli intervistati possiede un dispositivo adatto allo scopo e, tra questi, quello maggiormente utilizzato dal minore è lo *smartphone* (66%). Sono emersi risultati in favore del *telenursing* nelle patologie considerate: i genitori pensano che i servizi in teleassistenza potrebbero essere utili al monitoraggio clinico del figlio/a (87,7%) e sarebbero favorevoli ad eseguire alcuni controlli di *follow up* in digitale (83%).

### CONCLUSIONI

Il *telenursing* rappresenta una modalità nuova di approccio al piccolo paziente.

È importante che il passaggio dell'assistenza avvenga gradualmente, con il consenso delle famiglie e sia effettuato da personale che abbia abilità comunicative specifiche.

### ABSTRACT BACKGROUND

*Chronic diseases currently affect about 40% of the Italian population including individuals of pediatric age (0-18 years).*

*The National Health Service (NHS) aims to be more inclusive towards all chronic and frail situations through the implementation of digital health services. In the National Recovery and Resilience Plan (PNRR), teleassistance is identified as a potentially useful tool for this purpose.*

*The main objective of this survey is to describe the opinions of paren-*

*ts and children on the subject of teleassistance in minors suffering from a chronic disease and to evaluate its accessibility through the analysis of the supports available to families.*

### **MATERIAL AND METHODS**

*A pediatric sample aged between 6 and 14 years affected by one of the following pathologies was chosen: asthma, diabetes, epilepsy, overweight/obesity. The entire population was subjected, on a voluntary basis, to an interview via a written and anonymous questionnaire from 20 June 2022 to 9 September 2022.*

### **RESULTS**

*A total of 106 questionnaires were collected in a population of predominantly Italian nationality (82.1%). 100% of the interviewees have a device suitable for the purpose and among these the most used by the minor is the smartphone at 66%. Results have emerged in favor of telenursing in the pathologies considered: parents (87.7%) think that remote assistance services could be useful for the clinical monitoring of the child and would be favorable to perform some digital follow-up checks (83%).*

### **DISCUSSION**

*The results are positive and encouraging; most families are in favor of embracing the digital changes in assistance, however there are still some doubts.*

### **CONCLUSIONS**

*Telenursing represents a new way of approaching the pediatric patient; it is important that the transition of assistance takes place gradually, with the consent of the families and is carried out by personnel who have specific communication skills.*

### **INTRODUZIONE**

Ad oggi, le malattie croniche affliggono circa il 40% della popolazione italiana (1). Una percentuale che comprende anche molte condizioni che riguardano la fascia d'età pediatrica (0-18 anni). Il numero di bambini che versano in condizioni croniche, con complessità mediche di diverso livello, rappresenta circa il 10% della popolazione di età compresa tra lo zero e i 14 anni.

L'1,6% soffre di due o più malattie croniche (2). Ad esempio, l'aumento di sovrappeso/obesità in bambini e adolescenti è allarmante per il rischio di precoce comparsa di malattie croniche non trasmissibili (MCNT) in età adulta.

I dati mostrano che i bambini in sovrappeso sono il 20,4% e gli obesi sono il 9,4% (compresi i bambini gravemente obesi, che sono il 2,4%). Negli anni, la percentuale di bambini in sovrappeso è diminuita (da 23,4% nel biennio 2008-2009 a 20,4% nel 2019), mentre l'obesità è rimasta sostanzialmente stabile in tutte le Regioni (9,3% nel 2016 e 9,4% nel 2019) (3).

Si tratta spesso di patologie ad alta complessità assistenziale, che necessitano valutazioni specialistiche e la cui gestione richiede molteplici controlli effettuati in centri d'eccellenza lontani dal domicilio del piccolo paziente e, pertanto, scomodi, tanto più se, alla patologia, si correla anche una disabilità di vario grado.

Nel 2020, l'emergenza pandemica da Sars-Cov2, da un lato, ha confermato il valore fondamentale della salute e dell'universalità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), mentre, dall'altro, ha evidenziato delle criticità di natura strutturale ed organizzativa dello stesso (4), facendo sentire queste famiglie ancora più lontane e sole nella gestione della malattia.

L'emergenza sanitaria, che, in se-

guito, è diventata anche economica e sociale, ha spinto l'Unione Europea a incoraggiare una serie di programmi volti a promuovere il benessere futuro. Tali linee di indirizzo sono poi state esplicitate nel contesto italiano con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che si propone di affrontare in maniera sinergica tutte queste criticità (5).

Il principio generale "*casa come primo luogo di cura*", che guida la Missione 6-Salute, pone le basi per una riorganizzazione dell'offerta sanitaria, caratterizzata da un **progressivo decentramento delle cure dall'ospedale verso il territorio**.

Uno degli strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi di salute descritti nel PNRR è la Telemedicina, definita come "*una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative*", in particolare alle *Information and Communication Technologies* (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località (6).

**In questa rivoluzione, gli infermieri saranno figure fondamentali, quali professionisti della prevenzione, della cura, della riabilitazione e dell'educazione, che potranno esprimere la propria professionalità in maniera capillare sul territorio attraverso la teleassistenza, definita come un atto professionale** che si basa sull'interazione a distanza tra il professionista e il paziente/*caregiver* per mezzo di una videochiamata, alla quale si può all'occorrenza aggiungere la condivisione di referti o immagini (7).

L'attività di teleassistenza è rivolta, quindi, a tutte le persone assistite in condizioni di fragilità dovute a patologia cronica o post-acuzie, e ai loro famigliari/*caregiver*. I *setting*

possono essere diversi: cure domiciliari, ospedali e Case di comunità, residenze sanitarie assistenziali, case di riposo, case-famiglia, comunità residenziali, centri diurni e strutture protette per emarginati, strutture di accoglienza per i minori non accompagnati, istituti di formazione e quelli penitenziari (8). Secondo le linee guida ministeriali, i progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura e sono: tele-assistenza, tele-consulento, tele-monitoraggio e tele-refertazione (9).

Dall'analisi della letteratura nazionale e internazionale, emergono risultati positivi riguardo l'utilizzo della teleassistenza nella gestione di pazienti con patologie croniche (10). La possibilità di assistere a domicilio le persone implica una serie di comprovati vantaggi: riduzione dei tassi di mortalità (11), dei costi legati all'assistenza (12), degli accessi impropri al Pronto Soccorso (13), dell'antibiotico-resistenza (14), delle infezioni correlate alla assistenza (15), nonché il miglioramento della qualità della vita in generale (16) e quello della qualità percepita anche nel fine vita (17).

A questi si sommerebbero quelli derivanti dall'impiego della teleassistenza, che sono volti a migliorare la gestione ed il controllo della patologia. Ad esempio, molto efficace si è dimostrato il *telenursing* nel ridurre le cadute in soggetti con malattia di Parkinson (18), le riacutizzazioni negli affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (19) e nel migliorare le glicemie in pazienti diabetici attraverso interventi sullo stile di vita (20). Le evidenze scientifiche, che analizzano la fascia pediatrica 0-18 anni, non sono così diffuse, seppur ci sia stato un incremento di pub-

blicazioni al riguardo nel periodo di emergenza da COVID-19.

I professionisti sanitari italiani (medici specialisti in Pediatria) hanno concordato sull'utilità di alcuni servizi di *telehealth*, specie durante la pandemia, ritenendoli particolarmente adatti ai programmi educativi e ai bambini con disabilità o condizioni croniche (21), per ridurre sia gli accessi ospedalieri che l'assenza da lavoro dei genitori (22).

Genitori e *caregiver*, invece, affermando che i servizi offerti in digitale siano di qualità comparabile a quelli in presenza (23), riconoscono sì il valore potenziale della teleassistenza ma la vedono più come un complemento che un sostitutivo della visita tradizionale, utile perlopiù nei cambiamenti dello stato di salute (24). Tuttavia, emerge pure che la teleassistenza li ha aiutati a superare le barriere di accesso alle cure durante la pandemia, aumentando la soddisfazione rispetto alle stesse (25).

Alcune patologie-*target*, per lo studio, tra le patologie croniche infantili che ritroviamo maggiormente in letteratura - e che si è deciso di includere poi nell'indagine - sono: epilessia (23), asma (26) (27), obesità (28) e diabete mellito di tipo 1 (29). In tutti questi casi, gli elementi favorevoli correlati alla teleassistenza sono: la riduzione di costi di trasporto, il minor tempo perso a scuola o al lavoro, e l'ansia inferiore provata dai pazienti e dalle famiglie perché si trovano in un ambiente familiare (15).

Gli operatori sanitari, in linea generale, manifestano un atteggiamento positivo nei confronti dell'offerta di tele salute (21) (30) e delle sue possibili implicazioni nella pratica clinica, ma concordano sul fatto che, al momento, mancano linee guida che ne orientino l'utilizzo. Inoltre, sarebbe necessario miglio-

rare le abilità nella conduzione del colloquio/consulto telefonico (31).

Genitori e *caregiver*, nonostante le basse aspettative iniziali (32), si ritengono soddisfatti dei servizi proposti (31) (32) (33), ritenendoli comparabili alle visite tradizionali: soddisfazione che aumenta nei pazienti che non risiedono vicino al luogo di cura. Alcuni hanno apprezzato particolarmente il *telenursing*, che si è dimostrato uno strumento efficace per l'educazione ed il supporto di pazienti in terapia (33).

Un numero significativo di questi vorrebbe continuare con le attività in formato digitale (32) (33). Sembrano essere buone indicazioni alla pratica, comunque, mantenere il primo contatto con l'assistito di persona, valutare caso per caso l'appropriatezza del servizio in remoto (31), predisporre un'adeguata preparazione del paziente e della sua famiglia (32).

## OBIETTIVI

Lo scopo di quest'indagine conoscitiva è di descrivere l'accessibilità al servizio di teleassistenza e indagare le opinioni dei genitori e dei minori riguardo l'erogazione di prestazioni sanitarie in modalità digitale.

I minori presi in esame, di età compresa tra i 6 e 14 anni, risultano affetti da una patologia cronica tra asma/diabete/epilessia/obesità.

L'idea di elaborare quest'indagine ha origine dal desiderio e dall'interesse di introdurre uno strumento nuovo che faciliti il percorso di cura e la presa in carico di questi pazienti.

In un periodo storico in cui la realtà digitale ha avuto un'espansione rapida e senza precedenti, molti aspetti della vita e molti servizi si sono spostati nel mondo virtuale, compresa la salute.

La teleassistenza risponde a questa tendenza, affiancandosi all'as-

sistenza tradizionale, integrandola e, talvolta, sostituendola, contribuendo idealmente a ridurre le difficoltà e migliorando la qualità di vita dei pazienti.

## MATERIALI E METODI

Il campionamento è stato effettuato per convenienza ed ogni unità è composta da una diade genitore-figlio, il cui minore, di età compresa tra 6 e 14 anni, è affetto da una delle patologie tra asma, diabete, epilessia, sovrappeso/obesità.

L'arruolamento principale si è svolto presso due poliambulatori pediatrici situati a Padova e Mestre, previa approvazione scritta dei Pediatri di Libera Scelta, titolari dei dati e responsabili dell'assistenza. Il campione iniziale è stato ricavato filtrando gli assistiti presenti nel database per le patologie selezionate, ottenendo 162 potenziali partecipanti. Sono stati distribuiti in totale 157 questionari.

Per ampliare il campione, si è deciso di diffondere l'invito a compilare il *google form* attraverso un *link* pubblicato su alcuni gruppi Facebook dedicati ai genitori ("Associazione Diabete 1 in Famiglia", "il diabete infantile", "Epilessia per mamme e papà", "Bambini ed Epilessia").

Tutta la popolazione, su base volontaria, è stata sottoposta ad intervista tramite questionario scritto elaborato *ad hoc*, visto che, in letteratura, non è stato recepito uno strumento validato coerente con il quesito di ricerca. Il questionario è stato costruito con il supporto di un gruppo di esperti e, successivamente, si è passati ad una somministrazione dello stesso ad un piccolo campione (costituito da 30 unità) di rispondenti, che appartenevano alla popolazione *target*.

In questa fase, i rispondenti del

test-pilota hanno potuto dare suggerimenti su possibili migliorie e segnalare eventuali item poco chiari, ambigui o confusi. Al termine del test, il questionario è stato rivisto con il gruppo di esperti.

Prima della somministrazione, è stata preparata una breve introduzione con le finalità dello studio e una legenda del questionario. I genitori hanno firmato l'autorizzazione al trattamento dei dati.

La somministrazione è stata eseguita dal 20 giugno 2022 al 9 settembre 2022.

Il questionario, totalmente anonimo, si compone di una sezione anagrafica, 12 domande rivolte al genitore, 3 domande rivolte al minore, spazio libero per considerazioni aggiuntive e facoltative del genitore.

Gli *outcome* presi in esame sono: il parere sul servizio, le precedenti esperienze, gli eventuali vantaggi identificati, le attività possibili.

Per la raccolta e l'analisi è stato utilizzato il software Excel®.

La rappresentazione dei risultati di questo studio è stata eseguita mediante distribuzioni di frequenza o una rappresentazione grafica (torta o barre).

## RISULTATI

In totale, sono stati raccolti 106 questionari.

Il 52,8% dei soggetti sono di genere maschile e il 47,2%, femminile. La nazionalità prevalente è quella italiana (82,1%), ma sono state rilevate anche la albanese (0,9%), bengalese (2,8%), camerunese (2,8%), ecuadoriana (0,9%), filippina (0,9%), kosovara (0,9%), marocchina (0,9%), moldava (1,9%), nigeriana (3,8%), rumena (0,9%), siriana (0,9%). (**Grafico 1**)

Invece, la distribuzione per patologia è come segue: 28,3% asma, 14,2% diabete, 37,7% epilessia, 19,8% sovrappeso/obesità.

L'analisi condotta prende inizial-

mente in considerazione l'accessibilità al servizio di sanità digitale, mettendo in evidenza che il 100% degli intervistati possiede almeno un dispositivo elettronico adatto allo scopo: quello maggiormente diffuso è lo *smartphone* (99,1%), seguito dal pc (81,1%) e dal *tablet* (73,6%). Per quanto riguarda l'utilizzo da parte del minore, emerge che quello più utilizzato è lo *smartphone* (66%), il *tablet* (25,5%), il pc (7,5%) e solo lo 0,9% non ne utilizza alcuno. Il tempo medio di uso giornaliero in ore è di 1,8 durante i giorni feriali, e aumenta a 1,9 ore nel fine settimana.

Il grado di autonomia del minore percepito dal *caregiver* è di totale autonomia (36,8%), parziale autonomia (37,7%), dipendenza (25,5%). Durante l'utilizzo, il genitore afferma di essere sempre presente (32,1%) delle interviste, spesso (34,9%), solo qualche volta (23,6%) e mai (9,4%). Per quanto riguarda la finalità legata all'utilizzo, invece, si rimanda al **Grafico 2**.

Il 24,5% dei genitori riporta di aver avuto esperienze precedenti di teleassistenza, al contrario il 75,5% risponde di "no". L'87,7% ha risposto che la telemedicina e la teleassistenza potrebbero essere utili al monitoraggio clinico del figlio/a, mentre i rimanenti hanno espresso parere negativo. L'83% sarebbe favorevole ad eseguire alcuni controlli di *follow up* in modalità digitale contro il 17%. I vantaggi che gli intervistati hanno identificato nella teleassistenza sono rappresentati nel **Grafico 3**.

Come si vede, le motivazioni principali a sostegno di ciò sono legate alla sfera organizzativa e consistono nella possibilità di ricevere assistenza in qualsiasi luogo (54,9%) e l'idea che l'accesso alla visita sia più rapido (57,1%), mentre, i vantaggi secondari sono: la riduzione degli spostamenti (per distanza

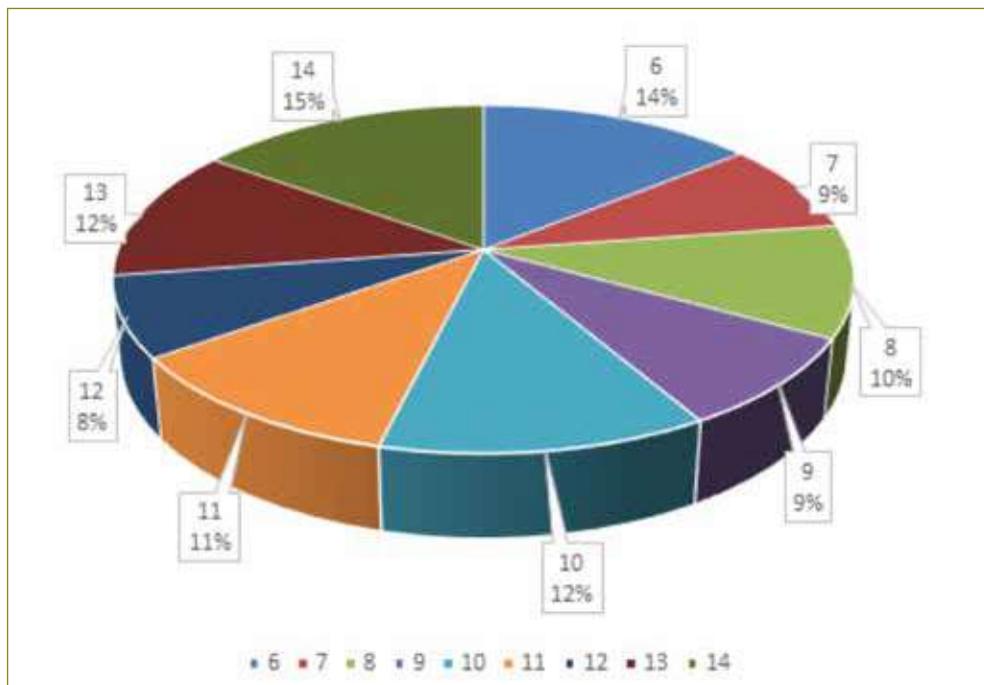


Grafico 1 - Distribuzione dei pazienti secondo l'età

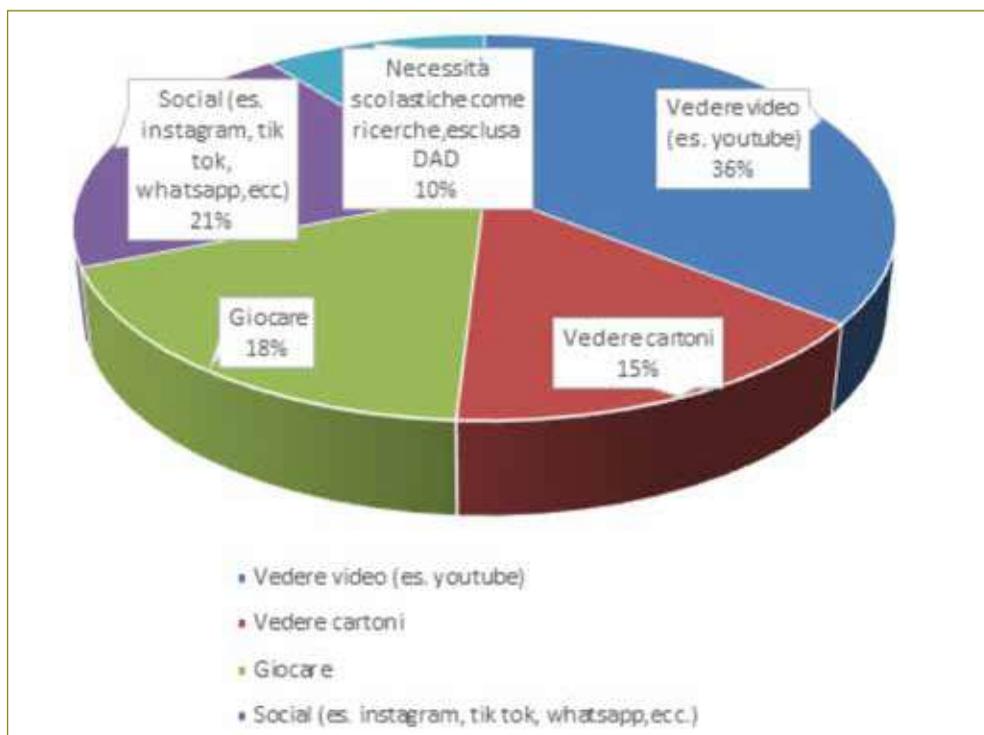


Grafico 2 - Lo scopo per cui il dispositivo è maggiormente utilizzato

25,3% o per assenza di un mezzo proprio 18,7%) e la semplificazione del processo per il minore stesso

(17,6%). Nell'indagare, invece, quali attività il genitore ritiene che possano

essere fatte attraverso la teleassistenza, quelle identificate sono: monitoraggio della terapia in corso e della sua efficacia (65,1%), verifica degli esami effettuati (60,4%), condivisione di dati clinici ed eventuali approfondimenti specialistici (49,1%), consulenza riguardo la gestione della patologia (47,2%), programmazione del percorso terapeutico futuro (42,5%), supporto al bambino/a e alla famiglia (36,8%), monitoraggio dei parametri (es. del peso) (35,8%).

Il 7,5% ritiene che la teleassistenza non permetta di eseguire alcuna attività. Per quanto attiene all'utilizzo della tecnologia, i minori intervistati riportano che questo avviene sempre sotto il controllo diretto o indiretto del genitore nella maggior parte dei casi; solo una minoranza afferma che il genitore non è mai presente (9,4%) o lo è saltuariamente (11,3%).

Di fronte alla proposta di eseguire alcune visite con un infermiere tramite PC o altro mezzo da remoto, i minori si sono espressi positivamente al 55,7%, in maniera neutrale al 35,8%, negativamente al 8,5%. Il consenso appare motivato in questo modo: il 46,2% ha risposto: "Si perché è più veloce e poi posso tornare a giocare/fare sport/fare i compiti"; il 41,5% ha risposto: "Preferisco la videochiamata così non devo andare in ospedale/ambulatorio"; il 12,3% ha risposto "altro". Infine, nello spazio libero sono emersi diversi spunti di riflessione da parte dei caregiver, sia in favore che in opposizione alla teleassistenza. Nelle considerazioni a favore, i genitori riconoscono alcune potenzialità del servizio (la velocizzazione del processo terapeutico, la riduzione dell'ansia e l'agitazione del bambino nel frequentare l'ospedale, l'utilità per i follow up di patologia). Inoltre, in periodo di lockdown la

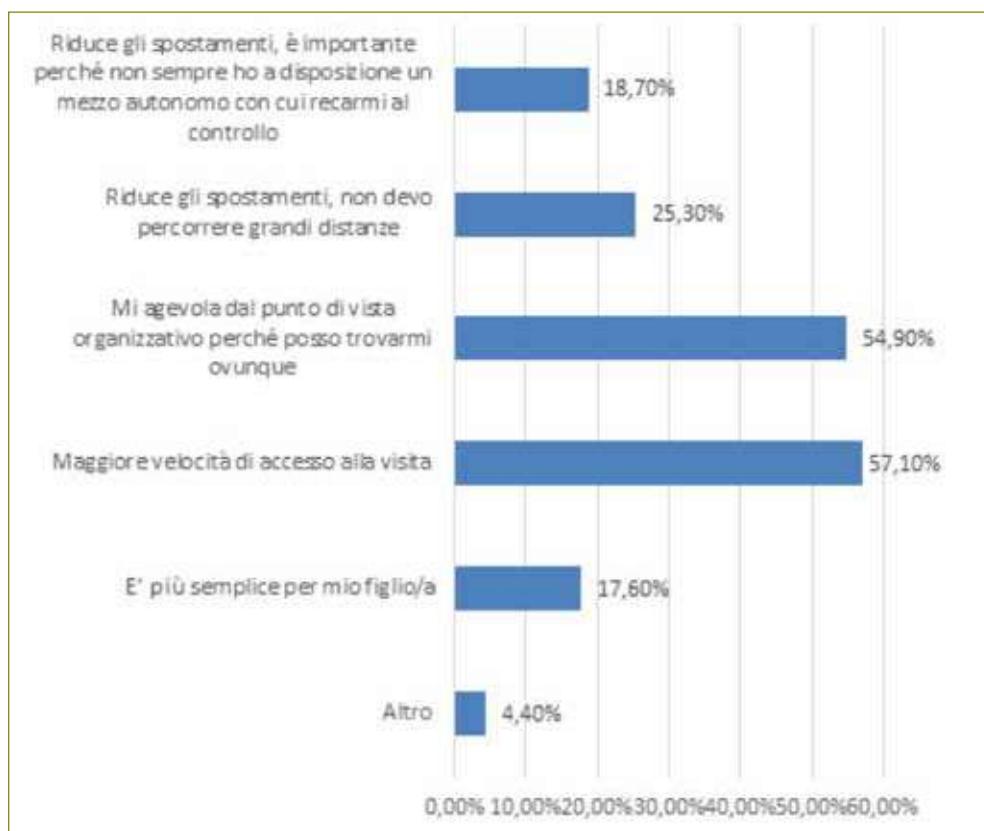


Grafico 3 - I vantaggi della teleassistenza

teleassistenza ha fatto sì che le famiglie non si sentissero completamente abbandonate nella gestione di malattie complesse e in evoluzione. Nelle considerazioni dei possibili risvolti negativi, invece, viene segnalata l'assenza del contatto umano col bambino, ritenuto fondamentale per non creare fobie verso gli operatori sanitari; il dissenso se la tele visita si sostituisce alla relazione; l'impossibilità di valutare alcuni pazienti che non riescono a interagire o sono poco collaboranti. Per molti genitori la teleassistenza viene vista più come un supporto aggiuntivo che come un'innovazione dei percorsi già esistenti.

### DISCUSSIONE

Il presente studio ha avuto come scopo quello di descrivere le opi-

nioni dei genitori e dei piccoli pazienti in tema di teleassistenza nei minori affetti da una patologia cronica tra asma, diabete, epilessia, sovrappeso/obesità.

Il primo dato di rilievo è che tutte le famiglie intervistate hanno dichiarato di essere dotate, presso il proprio domicilio, di almeno un *device* in grado di supportare la prestazione infermieristica digitale. Questo dato, trasversale nelle etnie intervistate e non di banale importanza, fa intuire il potenziale dei servizi sanitari digitali, capaci di raggiungere capillarmente la popolazione attraverso dispositivi già in uso e contribuendo a rendere la casa del paziente il "*primo luogo di cura*" (5). L'implementazione dei servizi di sanità digitale, obiettivo della M6 del PNRR (5), riconosce come figure fondamentali **gli infermieri**

che, come professionisti della salute, della cura, della riabilitazione e dell'educazione, hanno le capacità di esprimere la propria professionalità anche attraverso questo modello organizzativo.

Di rilievo la conferma emersa dall'indagine riguardo a quanto presente in letteratura scientifica sugli interventi infermieristici digitali: l'utilizzo della teleassistenza nella maggior parte dei casi è accolto favorevolmente da genitori e bambini (21, 22, 30). I genitori affermano che la teleassistenza li agevola nella gestione della patologia del figlio/a, aiutandoli a superare alcune difficoltà, migliorando l'organizzazione familiare, riducendo sia le assenze da scuola/lavoro che l'ansia del bambino e famiglia (15, 25).

Di particolare interesse risulta quanto emerso in termini di attività che gli intervistati ritengono maggiormente idonee: più della metà ha indicato, *in primis*, il monitoraggio della terapia in corso e della sua efficacia, quindi, la verifica degli esami effettuati. D'altro canto, sono state rilevate alcune perplessità: le principali critiche mosse dagli intervistati al modello di teleassistenza sono la mancanza del contatto tra operatore-bambino e la difficoltà di valutare situazioni complesse come, ad esempio, i pazienti incapaci di interagire.

Per quanto concerne la prima critica, questa può sicuramente costituire un elemento di difficoltà nella creazione della relazione di fiducia col piccolo paziente; potrebbe pertanto, essere opportuno valutare questo modello successivamente ai primi accessi, quando il legame con l'operatore è già stato stabilito (33). Invece, relativamente all'impossibilità di applicazione a tutti i pazienti, questa è inevitabile, tanto più nell'assistenza al bambino che, da sempre, è caratterizzata

da sfide in termini di creatività, approccio, personalizzazione dell'assistenza ed erogazione delle cure. L'alleanza terapeutica (in Pediatria più che in altri ambiti) è un elemento essenziale per il corretto proseguimento del percorso di cura e non vanno mai dimenticati i principi del *family-centered care*: coinvolgere i genitori nelle cure del bambino è molto importante, così come offrire dei servizi all'avanguardia.

**Nonostante questi primi dati incoraggianti, l'uso della teleassistenza è al momento ancora molto limitato**, così come anche le evidenze nell'età pediatrica di origine interazionale e nazionale: non viene individuata un'uniformità nella pratica assistenziale. Sarebbero, pertanto, utili ulteriori studi in tal senso.

### CONCLUSIONI

Dall'immagine che emerge da

questo studio, si può dedurre che la maggior parte delle famiglie siano favorevoli ad accogliere i cambiamenti digitali dell'assistenza; tuttavia, sono presenti incertezze da parte di alcuni genitori.

Infatti, l'assenza del contatto fisico proprio degli approcci tradizionali può destabilizzare inizialmente gli utenti e, per questo, risulta di fondamentale importanza effettuare un'adeguata educazione ed informazione sulla teleassistenza.

Anche chi presta assistenza dovrebbe essere sensibilizzato riguardo le potenziali criticità del servizio e dovrebbe possedere abilità comunicative specifiche nel proprio bagaglio di conoscenze e come tali essere possibilmente sviluppate e migliorate nel tempo.

La rivoluzione digitale in sanità è, in definitiva, accettata di buon grado dalle famiglie; il passaggio però dovrebbe essere graduale,

prevedere il consenso delle stesse e un'adeguata informazione al fine di ottenere sia *outcome* migliori che una buona soddisfazione del paziente.

### LIMITI DELLO STUDIO

Un limite della nostra indagine potrebbero essere le poche conoscenze in merito ai servizi e potenzialità della teleassistenza possedute dai genitori al momento della compilazione. Inoltre, sono state prese in esame solo quattro delle molte patologie pediatriche croniche e, in aggiunta, i dati raccolti a un numero piuttosto limitato dei partecipanti non permette la generalizzazione dei risultati.

*Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi o di aver ricevuto finanziamenti per la stesura di questo articolo.*



### Bibliografia

1. Annuario Statistico Italiano. Sanità e Salute. 2019; 123-160.
2. Ministero della Salute. (2011). Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. da [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=1655](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1655)
3. Ministero della Salute. (2022). Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2017-2022. [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=3270](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3270)
4. Apuzzo L, Martini L, Pandolfi D, La teleassistenza nell'ambito della sanità territoriale. *Monitor* 2022; 47: 29-32.
5. Ministero della Salute, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in: PNRR\_0.pdf (governo.it) (consultato in data 02-ago-2022)
6. Ministero della Salute, Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali. In: Assemblea generale del Consiglio Superiore di Sanità (salute.gov.it) (ultimo accesso: 17/08/2022); 2012.
7. Ministero della Salute, Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare. In: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (salute.gov.it); 2022.
8. Ministero della Salute, Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina. In: Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano; 2020.
9. Ministero della Salute, Linee guida ministeriali per la telemedicina. Decreto 29 aprile 2022; 2022.
10. Pandolfi D, Apuzzo L, Martini L, L'infermiere e la teleassistenza. Una Revisione narrativa della letteratura. *Infermiere Oggi*. 2022;4-14.
11. Malik A.H, Malik S.S, Aronow W.S, MAGIC (Meta-analysis And oriGinal Investigation in Cardiology) investigators. Effect of home-based follow-up intervention on readmissions and mortality in heart failure patients: a meta-analysis. *Future Cardiol*. settembre 2019;15(5):377-86.
12. Vilà A, Villegas E, Cruanyes J, Delgado R, Sabaté RA, Ortega J et al, Cost-effectiveness of a Barcelona home care program for individuals with multimorbidity. *J Am Geriatr Soc*. maggio 2015;63(5):1017-24.
13. Belleri G, Guida Alla Riforma del Servizio Sanitario in Lombardia e al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: opportunità e rischi per il futuro dell'assistenza primaria. 25 luglio 2021.

14. World Health Organization, Antimicrobial resistance and primary health care (No. WHO/HIS/SDS/2018.56). In: WHO-HIS-SDS-2018.56-eng.pdf. World Health Organization; 2018. (Consultato in data 10-ago-2022).
15. Ricchizzi E, Morsillo F, Buttazzi R, Pan A, Gagliotti C, Morandi M & Moro M.L, Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto nazionale. Studio di prevalenza europeo su infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici negli ospedali per acuti. Rapporto nazionale-Agenzia sanitaria e sociale regionale (regione.emilia-romagna.it); 2013. (Consultato il 17 agosto 2022)
16. Kim E.Y, Yeom H.E, Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *J Clin Nurs*. giugno 2016;25(11-12): 1683-92.
17. Mendez J.L, Yinger K, Bhatia V, Home-Based Palliative Care and Its Influence on Quality of Life in Patients with a Life-Limiting Condition. *Home Healthc Now*. Ottobre 2020; 38(5):261-7.
18. Mancini F, van Halteren A.D, Carta T, Thomas S, Bloem B.R, Darweesh S.K.L, Personalized care management for persons with Parkinson's disease: A telenursing solution. *Clin Park Relat Disord*. 2020;3:100070.
19. Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, Fracchia C, Spanevello A, Balbi B et al, Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *Eur Respir J*. febbraio 2009;33(2): 411-8.
20. Kotsani K, Antonopoulou V, Kountouri A, Grammatiki M, Rapti E, Karras S et al, The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. aprile 2018; 80:29-35.
21. Lubrano R, Villani A, Berrettini S, Caione P, Chiara A, Costantino A et al, Point of view of the Italians pediatric scientific societies about the pediatric care during the COVID-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting. *Ital J Pediatr*. 2 ottobre 2020; 46(1):142.
22. Mercuri E, Zampino G, Morsella A, Pane M, Onesimo R, Angioletti C et al, Contactless: a new personalised telehealth model in chronic pediatric diseases and disability during the COVID-19 era. *Ital J Pediatr*. 12 febbraio 2021; 47(1):29.
23. Gali K, Joshi S, Hueneke S, Katzenbach A, Radecki L, Calabrese T et al, Barriers, access and management of paediatric epilepsy with telehealth. *J Telemed Telecare*. Aprile 2022; 28(3): 213-23.
24. Ray K.N, Ashcraft L.E, Mehrotra A, Miller E, Kahn J.M, Family Perspectives on Telemedicine for Pediatric Subspecialty Care. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*. ottobre 2017; 23(10):852-62.
25. Murphy A, Pinkerton L.M, Bruckner E, Risser H.J, The Impact of the Novel Coronavirus Disease 2019 on Therapy Service Delivery for Children with Disabilities. *J Pediatr*. Aprile 2021; 231:168-177.e1.
26. Ferrante G, Licari A, Marseglia G.L, La Grutta S, Digital health interventions in children with asthma. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. Febbraio 2021; 51(2):212-20.
27. Davies B, Kenia P, Nagakumar P, Gupta A, Paediatric and adolescent asthma: A narrative review of telemedicine and emerging technologies for the post-COVID-19 era. *Clin Exp Allergy J Br Soc Allergy Clin Immunol*. Marzo 2021; 51(3):393-401.
28. Umamo G.R, Di Sessa A, Guarino S, Gaudino G, Marzuillo P, Miraglia Del Giudice E, Telemedicine in the COVID-19 era: taking care of children with obesity and diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 15 maggio 2021; 12(5):651-7.
29. Regelmann M.O, Conroy R, Gourgari E, Gupta A, Guttmann-Bauman I, Heksch R et al, Pediatric Endocrinology in the Time of COVID-19: Considerations for the Rapid Implementation of Telemedicine and Management of Pediatric Endocrine Conditions. *Horm Res Paediatr*. 2020; 93(6):343-50.
30. Ranjbar H, Bakhshi M, Mahdizadeh F, Glinkowski W, Iranian Clinical Nurses' and Midwives' Attitudes and Awareness Towards Telenursing and Telehealth: A cross-sectional study. *Sultan Qaboos Univ Med J*. febbraio 2021; 21(1):e50-7.
31. Lo W.B, Herbert K, Rodrigues D, Clinical effectiveness of and family experience with telephone consultation in a regional pediatric neurosurgery center in the United Kingdom. *J Neurosurg Pediatr*. 13 agosto 2021;28(4):483-9.
32. Belcher R.H, Phillips J, Virgin F, Werkhaven J, Whigham A, Wilcox L et al, Pediatric Otolaryngology Telehealth in Response to COVID-19 Pandemic: Lessons Learned and Impact on the Future Management of Pediatric Patients. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. luglio 2021;130(7):788-95.
33. Bassi M, Strati M.F, Parodi S, Lightwood S, Rebori C, Rizza F et al, Patient Satisfaction of Telemedicine in Pediatric and Young Adult Type 1 Diabetes Patients During Covid-19 Pandemic. *Front Public Health*. 2022; 10:857561.

## L'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver informali (familiari) di persone affette da demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale

### Raccomandazioni\*

- Interventi psicosociali individualizzati e multicomponenti dovrebbero essere raccomandati ai caregiver informali (familiari) di persone con demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale per migliorare gli esiti della loro salute psicologica come il sovraccarico di ruolo, distress e senso di colpa, e interazioni con il personale. **(Grado B)**

\*Fare riferimento alle [Raccomandazioni del JBI Grade](#).

### Fonte delle informazioni

Questo documento rappresenta una traduzione di un foglio informativo sulle migliori pratiche pubblicato nel database JBI EBP.<sup>1</sup> La versione originale del foglio informativo sulle migliori pratiche rappresenta un riepilogo della revisione sistematica pubblicata nel 2018 nel database JBI delle revisioni sistematiche e dei rapporti di implementazione.<sup>2</sup>

### Background

La demenza è una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra le persone anziane in tutto il mondo. Le persone con demenza generalmente richiedono un elevato livello di assistenza, spesso fornito dai membri della famiglia. Anche se la maggior parte delle persone con demenza e le loro famiglie preferiscono vivere a casa il più a lungo possibile, gli studi indicano che una significativa percentuale si sposterà in modo permanente in strutture residenziali per motivi legati alla demenza (es. peggioramento dei sintomi comportamentali e psicologici, aumento della fragilità, ulteriore declino cognitivo e funzionale) o a chi si prende cura di loro (ad es. problemi di salute, aumento del carico assistenziale). Il passaggio dal domicilio alla struttura residenziale è un momento difficile e stressante per i caregiver familiari. I caregiver possono provare un mix di emozioni, tra cui senso di colpa, dolore, solitudine, così come sollievo durante questo periodo.

Mentre alcuni studi dimostrano che i caregiver familiari sperimentano meno tensione, burden e depressione nei 12 mesi successivi all'ingresso dei parenti nelle strutture residenziali, ci sono anche studi che indicano che il disagio psicologico ed emotivo non migliorano nel tempo. In questi casi, i caregivers potrebbero aver bisogno di strategie di supporto quando i loro cari entrano in assistenza residenziale. Gli interventi psicosociali sembrano dare risultati promettenti soprattutto nel miglioramento della salute psicologica e del benessere emotivo. Questi interventi rappresentano delle strategie d'interazione tra persone

che mirano al miglioramento della funzionalità psicosociale compreso il benessere, la cognizione, le relazioni interpersonali e le abilità funzionali di vita quotidiana.

### Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo sulle buone pratiche è quello di presentare le migliori prove disponibili per quanto riguarda l'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver familiari di persone con demenza dopo il ricovero in strutture residenziali residenziali.

### Tipi di intervento

La revisione sistematica ha incluso studi sperimentali che valutavano l'efficacia di qualsiasi intervento psicosociale (ad es. consulenza, psicoterapia, terapia cognitivo comportamentale, informazione/istruzione/formazione, o una combinazione di queste) finalizzato al miglioramento della salute psicologica e del benessere emotivo dei caregiver familiari di persone con demenza che si sono trasferite in una struttura residenziale. Gli interventi presi in considerazione nella revisione venivano erogati individualmente o in gruppo, e utilizzavano qualsiasi modalità (ad esempio faccia a faccia o online o telefono) e qualsiasi durata.

### Qualità della ricerca

Tutti i documenti inclusi (n=5) sono stati valutati da due revisori indipendenti che hanno utilizzato lo strumento di valutazione standardizzato JBI per studi controllati randomizzati. Il punteggio metodologico degli studi inclusi era 6 o 7, su 10 criteri di valutazione. I dati sono stati estratti per ogni studio incluso utilizzando lo strumento di estrazione dati standardizzato JBI.

# L'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver informali (familiari) di persone affette da demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale

## Risultati

Cinque articoli che riportavano quattro studi (per un totale di 302 partecipanti) sono stati inclusi nella revisione; due erano studi controllati randomizzati (RCT) e due erano cluster RCT, tutti gli studi hanno utilizzato la struttura assistenziale residenziale come unità di randomizzazione. Tre degli studi sono stati condotti negli Stati Uniti e uno in Canada.

Tutti gli interventi descritti negli studi inclusi erano multicomponenti, costituiti da educazione sulla demenza, formazione sulla comunicazione, problem solving, rivalutazione cognitiva, strategie di coping, supporto emotivo e indicazioni per il supporto e le risorse comunitarie. La maggior parte degli interventi erano basati sulla valutazione dello stress e sulle teorie di coping. Tutti gli interventi sono stati somministrati tra le 10 e le 12 settimane, attraverso sessioni di gruppo ed individuali in presenza e sessioni telefoniche o solo sessioni telefoniche individualizzate.

In due piccoli studi, gli interventi individualizzati, multicomponenti e psicosociali (faccia a faccia o faccia a faccia più sessioni telefoniche) sono risultati vantaggiosi per i caregivers in termini di senso di colpa, sovraccarico di ruolo e angoscia mentre non si sono riscontrate differenze in termini di burden, depressione o soddisfazione per la struttura assistenziale residenziale. In entrambi gli studi, gli interventi sono stati forniti da un terapeuta qualificato; uno studio ha utilizzato 10 sessioni di 45-60 minuti di chiamate telefoniche per un periodo di 3 mesi e l'altro studio ha utilizzato sei incontri individualizzati in presenza più telefonate ad hoc fornite in un periodo di 4 mesi.

Altri due studi hanno valutato gli interventi multicomponenti di gruppo (faccia a faccia); uno incentrato su un intervento psicoeducativo (10 sessioni settimanali da 90 minuti) e l'altro incentrato su un intervento psicosociale per la gestione del dolore cronico (12 sessioni da 60-90 minuti). Questi interventi non hanno trovato beneficio in termini di disagio psicologico, tuttavia, sono stati osservati esiti favorevoli su tristezza e senso di colpa per l'intervento psicosociale mirato al dolore cronico.

## Conclusioni

La revisione ha trovato prove limitate per poter affermare che interventi individualizzati, psicosociali multicomponenti siano in grado di migliorare la salute psicologica, il benessere emotivo (in particolare, il sovraccarico di ruolo, l'angoscia, il senso di colpa e le interazioni con il personale), i sensi di colpa e la tristezza dei membri della famiglia che si prendono cura delle persone affette da demenza. La revisione ha concluso che a causa delle carenze metodologiche e la significativa eterogeneità tra gli studi, la forza delle prove valutate secondo il metodo GRADE per questi interventi sono molto basse.

C'è una scarsità di generalizzazione dei risultati a livello etnico, culturale e linguistico per le diverse popolazioni.

## Implicazioni per la pratica

Gli interventi psicosociali individualizzati e multicomponenti possono essere utili per ridurre il carico, il disagio psicologico, il senso di colpa migliorando, al contempo, le interazioni dei caregivers di pazienti affetti con demenza con il personale nei primi mesi dopo l'ingresso in una struttura residenziale.

## POPOLAZIONE

Familiari caregivers di persone con demenza in strutture assistenziali residenziali

## INTERVENTO

Interventi psicosociali

## OUTCOME

Salute psicologica e benessere emotivo

## INTERVENTI EFFICACI

### INTERVENTI DI GRUPPO CON TERAPISTA FORMATO



### INTERVENTI INDIVIDUALI CON TERAPISTA FORMATO

Sessioni faccia a faccia e/o contatti telefonici



## INTERVENTI MULTICOMPONENTI PSICOSOCIALI



## RECOMMENDAZIONI PER LA PRATICA

Interventi psicosociali individualizzati e multicomponenti dovrebbero essere raccomandati ai caregiver familiari di persone con demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale per migliorare gli esiti della loro salute psicologica come il sovraccarico di ruolo, distress e senso di colpa, e interazioni con il personale.



(Grado B)

# L'efficacia degli interventi psicosociali sulla salute psicologica e sul benessere emotivo dei caregiver informali (familiari) di persone affette da demenza dopo l'ingresso in una struttura residenziale

## Bibliografia

1. Lizarondo L. [Best Practice Information Sheets] Effectiveness of psychological interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review. JBI EBP Database.2019 [updated 2022]; 21(3):1-4.
2. Brooks D, Fielding E, Beattie E, Edwards H, Hines S. Effectiveness of psychological interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018; 16(5): 1240-1268.

## 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.

### Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Lizarondo L. [Best Practice Information Sheets] Effectiveness of psychological interventions on the psychological health and emotional well-being of family carers of people with dementia following residential care placement. Translated by Accettone R., Caggianelli G., Fiorini J., Sferrazza S., Kusumam P. & D'Angelo D. JBI EBP Database 2022 1(6); 1-4 LOTE

### Autori traduzione italiana

Roberto Accettone<sup>1</sup>, Gabriele Caggianelli<sup>2</sup>, Jacopo Fiorini<sup>3</sup>, Silvia Sferrazza<sup>4</sup>, Pampoorickal Kusumam<sup>5</sup>, Daniela D'Angelo<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accettone@gmail.com

<sup>2</sup> Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni- Addolorata, Rome, Italy

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

<sup>3</sup> Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

<sup>4</sup> Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Rome, Italy

e-mail: silviasferrazza15@gmail.com

<sup>5</sup> Casa di Cura Maternisericordiae, Rome, Italy

e-mail: fiorkus@hotmail.com

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

e-mail: dangelo76@hotmail.it

<sup>4,5</sup> CECRI Evidence-based practice group for Nursing Scholarship: A JBI affiliated group, Rome, Italy.



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 © 2023 JBI

© JBI 2023, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide SA 5006, AUSTRALIA

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



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 10 raccomandazioni afferenti a 5 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 multipli.

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 rare<sup>2</sup>.

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;
- in molte Regioni non si è realizzata 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'ISS, 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](https://snlg.iss.it/wpcontent/uploads/2019/04/MM_v1.3.2_apr_2019.pdf)]

## RISULTATI

**Quesito di ricerca 7:** *Il posizionamento del REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) è efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il controllo temporaneo dell'emorragia grave nei pazienti con Trauma maggiore?*

Popolazione: Bambini, giovani e adulti affetti da TRAUMA in fase di rianimazione preospedaliera, in pronto soccorso e in sala operatoria

Intervento: REBOA-Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion

Confronto: Resuscitative Thoracotomy (toracotomia resuscitativa-RT)/ No REBOA

Esiti attesi:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese.
- Volume degli emocomponenti.
- Qualità della vita correlata alla salute.
- Eventi avversi (ad es., amputazione).
- Controllo dell'emorragia in emergenza

Importanti:

- Mortalità a 12 mesi.
- Miglioramento dell'emodinamica (pressione sanguigna e frequenza cardiaca).
- Fallimento della tecnica REBOA.

È stata effettuata una Revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL. Sono stati individuati 324 *records* e dopo la lettura del *full text* sono stati inclusi 11 studi osservazionali comparativi con le seguenti comparazioni:

- Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) vs resuscitative thoracotomy (RT)<sup>4-8</sup>;
- REBOA vs RT + REBOA<sup>9</sup>;
- REBOA vs no-REBOA<sup>10-14</sup>.

L'eterogeneità delle evidenze nei due sottogruppi (pazienti in periarresto vs pazienti con ipotensione/shock) suggerisce due raccomandazioni distinte.

In particolare non vi sono evidenze a supporto dell'utilizzo del REBOA se non in condizioni di estrema gravità. Al contrario, il suo utilizzo in condizioni meno critiche configura dei rischi consistenti in assenza di vantaggi dimostrati: in tali casi è necessaria una adeguata sperimentazione clinica.

**QUESITO 7: Il posizionamento del REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) è efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il controllo temporaneo dell'emorragia grave nei pazienti con Trauma Maggiore?**

### RACCOMANDAZIONE 12

**Nel paziente con Trauma Maggiore e con ipotensione da shock emorragico non vi è indicazione all'utilizzo del REBOA se non nell'ambito di adeguati programmi di sperimentazione**

*Raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa*



**QUESITO 7: Il posizionamento del REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta) è efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il controllo temporaneo dell'emorragia grave nei pazienti con Trauma Maggiore?**

**RACCOMANDAZIONE 13**

**In pazienti in arresto/peri-arresto cardiocircolatorio da cause emorragiche, presumibilmente sottodiaframmatiche, è preferibile l'utilizzo del REBOA alla toracotomia resuscitativa come misura temporanea in attesa del controllo definitivo dell'emorragia**

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*

**Quesito di ricerca 8:** *L'uso di agenti emostatici sistemici è clinicamente ed economicamente vantaggioso per migliorare gli esiti nei pazienti con emorragia confermata o sospetta a seguito di un Trauma maggiore nel setting pre-ospedaliero?*

Popolazione: bambini, giovani e adulti affetti da TRAUMA in fase di rianimazione preospedaliera, in Pronto Soccorso e in sala operatoria per la fase rianimatoria

Intervento:

Agenti emostatici

- Fattore ricombinante VII (*recombinant activated factor VII*)
- Acido tranexamico
- Concentrato di fibrinogeno
- Concentrato di complesso protrombinico
- Altri agenti antifibrinolitici

Confronto:

- Nessuno
- Un confronto con gli agenti emostatici sopra menzionati
- Una combinazione degli stessi
- In aggiunta alla terapia usuale (intraospedaliero: componenti ematici (plasma, globuli rossi, piastrine), extraospedaliero (infusione cristalloidi))

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese
- Qualità della vita
- Eventi avversi: eventi tromboembolici (MI/Stroke, malattia venosa tromboembolica), eventi correlati a trasfusioni eccessive, sepsi e/o insufficienza d'organo
- Utilizzo di prodotti ematici: globuli rossi, piastrine, plasma crioprecipitato

Importanti

- Mortalità a 12 mesi
- Entità 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 aggiornata al 29 giugno 2020. Sono stati individuati 1518 records da cui sono state sele-



zionate otto referenze che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto, rispettivamente: cinque studi primari e tre Revisioni sistematiche da cui sono stati ulteriormente estratti tre studi. Inoltre, sono state interrogate [clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov)<sup>15</sup> e le Linee guida NICE, aggiungendo all'inclusione altre 11 nuove pubblicazioni (sei e cinque, rispettivamente). In totale, sono state individuate 19<sup>16-35</sup> pubblicazioni afferenti a cinque studi randomizzati e controllati.

**QUESITO 8. L'uso di agenti emostatici sistemici è clinicamente ed economicamente vantaggioso per migliorare gli esiti nei pazienti con emorragia confermata o sospetta a seguito di un trauma maggiore nel setting pre-ospedaliero?**

**RACCOMANDAZIONE 14**

Nel trauma maggiore con emorragia si raccomanda l'utilizzo di TXA rispetto al non utilizzo

*Raccomandazione forte qualità delle prove bassa*

**QUESITO 8. L'uso di agenti emostatici sistemici è clinicamente ed economicamente vantaggioso per migliorare gli esiti nei pazienti con emorragia confermata o sospetta a seguito di un trauma maggiore nel setting pre-ospedaliero?**

**RACCOMANDAZIONE 15**

Nel trauma cranico con GCS uguale o inferiore a 12 è preferibile l'utilizzo del TXA rispetto al non utilizzo

*Raccomandazione condizionata una qualità delle prove bassa*

**Quesito di ricerca 9:** Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la gestione del pneumotorace iperteso nel setting pre-ospedaliero?

**Popolazione:** bambini e adulti con sospetto pneumotorace iperteso comparso a seguito di un evento traumatico

**Intervento:**

- Decompressione con ago
- Drenaggio toracico (posizionamento del tubo toracico o *tube thoracostomy*, TT)
- Toracostomia decompressiva (solo pazienti intubati o ventilati a pressione positiva)

**Confronto:**

- Confronto tra gli interventi sopraelencati
- Non intervento

**Esiti:**

**Critici:**

- Qualità della vita correlata alla salute
- Durata della degenza in Terapia Intensiva
- Eventi avversi: danni alle cellule nervose, embolia gassosa, infezione, danno tissutale e altri.
- Successo/Fallimento della tecnica
- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese

**Importanti:**

- Esiti riportati dai pazienti: (dolore/*discomfort*, ritorno alle normali attività il prima possibile, benessere psicologico)



È stata effettuata una Revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL.

Sono stati individuati 512 *records* da cui sono state selezionate tre referenze<sup>36-38</sup> che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto.

Nella raccomandazione 16, il *panel* ha deciso di formulare una raccomandazione forte a favore dell'intervento a fronte di una qualità delle prove molto bassa, perché l'alternativa del non intervento è invariabilmente fatale.

**QUESITO 9. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la gestione del pneumotorace iperteso nel *setting* pre-ospedaliero?**

**RACCOMANDAZIONE 16**

Nei pazienti con sospetto PNX iperteso, in presenza di instabilità emodinamica e/o compromissione respiratoria, si raccomanda l'esecuzione di una manovra di decompressione pleurica

*Raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa*

**QUESITO 9. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la gestione del pneumotorace iperteso nel *setting* pre-ospedaliero?**

**RACCOMANDAZIONE 17**

Nel *setting* pre-ospedaliero nei pazienti ventilati in pressione positiva e con sospetto PNX iperteso, in presenza di instabilità emodinamica e/o compromissione respiratoria, è preferibile la toracostomia aperta alla decompressione con ago o al drenaggio toracico

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*

**QUESITO 9. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la gestione del pneumotorace iperteso nel *setting* pre-ospedaliero?**

**RACCOMANDAZIONE 18**

Nel *setting* pre-ospedaliero nei pazienti non ventilati a pressione positiva con sospetto PNX iperteso, in presenza di instabilità emodinamica e/o compromissione respiratoria, è preferibile in prima istanza la decompressione con ago rispetto a manovre più invasive (toracostomia aperta o drenaggio toracico)

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*



**Quesito di ricerca 10:** *Quale medicazione occlusiva utilizzata in ambito pre-ospedaliero è la più vantaggiosa in termini di costo-efficacia nel migliorare gli esiti nei pazienti con pneumotorace aperto a seguito di un Trauma maggiore?*

**Popolazione:** bambini e adulti con pneumotorace aperto a seguito di un Trauma maggiore

**Intervento:**

- Medicazione occlusiva (senza sfiato)
- Medicazione occlusiva (con sfiato/valvola)
- Medicazione improvvisata (fissata su tre lati)
- Medicazione occlusiva/improvvisata [qualsiasi] e drenaggio toracico

**Confronto:**

- Nessuna medicazione
- Un confronto delle procedure indicate

**Esiti:**

**Critici:**

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese e 12 mesi
- Qualità della vita
- Effetti avversi: conversione in pneumotorace iperteso

**Importanti:**

Esiti riferiti dal paziente: dolore/disagio/ritorno alle normali attività/benessere psicologico.

È stata effettuata una revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL. Sono stati individuati 360 records da cui è stato selezionato uno studio osservazionale che soddisfa i criteri per rispondere al quesito clinico proposto, nelle diverse sotto-domande<sup>39</sup>.

**QUESITO 10. Quale medicazione occlusiva utilizzata in ambito pre-ospedaliero è la più vantaggiosa in termini di costo-efficacia nel migliorare gli esiti nei pazienti con pneumotorace aperto a seguito di un Trauma maggiore?**

**RACCOMANDAZIONE 19**

In caso di PNX aperto senza insufficienza respiratoria si suggerisce l'applicazione di medicazione adesiva su tre lati o con valvola unidirezionale

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*

**QUESITO 10. Quale medicazione occlusiva utilizzata in ambito pre-ospedaliero è la più vantaggiosa in termini di costo-efficacia nel migliorare gli esiti nei pazienti con pneumotorace aperto a seguito di un Trauma maggiore?**

**RACCOMANDAZIONE 20**

In caso di PNX aperto con insufficienza respiratoria si suggerisce l'applicazione di una medicazione adesiva su tre lati o con valvola unidirezionale e ventilazione in pressione positiva in assenza di rapida soluzione del quadro clinico

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*



**Quesito di ricerca 11:** *Quali sono le strategie di rianimazione con fluidi più vantaggiose dal punto di vista clinico e della costo-efficacia nel paziente con Trauma maggiore (ipotensiva vs. normotensiva)?*

Popolazione: bambini, giovani e adulti con emorragia acuta a seguito di un incidente traumatico

Intervento:

- Combinazione di ipotensione permissiva e normotensione
- Ipotensione permissiva

Confronto: rianimazione con normotensione come obiettivo durante le manovre di soccorso

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese e 12 mesi
- Qualità della vita
- *Outcome* neurologici
- Durata della degenza in Terapia Intensiva
- Uso di emoderivati

Importanti:

- Insufficienza multiorgano
- Tempo per il controllo definitivo dell'emorragia, volume dell'emorragia
- Esiti riferiti dal paziente: dolore/disagio/ritorno alle normali attività/benessere psicologico

È stata effettuata una revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL.

Sono state individuate cinque Revisioni sistemiche<sup>40-44</sup> e due *trials*<sup>45-46</sup> che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto.

Quelle incluse permettono di rispondere alle seguente comparazione:

- *"hypotensive fluid resuscitation versus conventional fluid resuscitation"*.

Le evidenze (anche se di bassa qualità) suggeriscono un beneficio in termini di sopravvivenza con la strategia ipotensiva controllata.

Il controllo dell'emorragia deve essere il più tempestivo possibile per evitare ipotensioni prolungate capaci di determinare disfunzioni d'organo ed apparati.

L'apprezzabilità dei polsi centrali è indicativa di una PA sist di circa 70 mm Hg; il polso radiale è apprezzabile solitamente con una PA sistolica di almeno 90 mmHg.

Per i pazienti con TBI i rischi di una ipotensione permissiva eccedono i benefici attesi e questa strategia non è raccomandata sulla base del consenso degli esperti. Infatti, la perfusione cerebrale può essere già alterata da un aumento della pressione intracranica per cui un'ulteriore riduzione della PA sistemica potrebbe causare un danno cerebrale secondario aggiuntivo.

**QUESITO 11. Quali sono le strategie di rianimazione con fluidi più vantaggiose dal punto di vista clinico e della costo-efficacia nel paziente con Trauma maggiore (ipotensiva vs. normotensiva)?**

#### RACCOMANDAZIONE 21

Nei pazienti con trauma ed instabilità emodinamica o *shock* e senza evidenza di Trauma cranico si suggerisce una rianimazione volêmica secondo una strategia di ipotensione permissiva (target PA sistolica 70-90 mmHg)

*Raccomandazione condizionata, qualità delle prove molto bassa*



**QUESITO 11. Quali sono le strategie di rianimazione con fluidi più vantaggiose dal punto di vista clinico e della costo-efficacia nel paziente con Trauma maggiore (ipotensiva vs. normotensiva)?**

**RACCOMANDAZIONE 22**

**Nei pazienti con trauma ed instabilità emodinamica o *shock* ed evidenza di trauma cranico moderato-severo non si raccomanda una rianimazione volumica secondo una strategia di ipotensione permissiva, ma un'infusione di fluidi con un obiettivo di Pressione Arteriosa più elevata (target PA sistolica 100-110 mmHg)**

*Raccomandazione forte, qualità delle prove molto bassa*



*Referenze*

1. Chiara O, Cimbanassi S, Protocolli di Gestione intraospedaliera del Trauma maggiore. Ed. Elsevier Italia 2008, cap.I.
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 J Trauma Emerg Surg; 2:157-163. 2010.
4. Abe T, Uchida M, Nagata I, Saitoh D, Tamiya N, Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta versus aortic cross clamping among patients with critical trauma: a nationwide cohort study in Japan. Crit Care 20(1): 400. 2016.
5. Aso S, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H, Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta or resuscitative thoracotomy with aortic clamping for non compressible torso hemorrhage: A retrospective nationwide study. J Trauma Acute Care Surg 82(5): 910-914. 2016/2017.
6. Brenner M, Inaba K, Aiolfi A, DuBose J, Fabian T, Bee T, Holcomb J.B, Moore L, Skarupa D, Scalea T.M, A.A.S Group, Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta and Resuscitative Thoracotomy in Select Patients with Hemorrhagic Shock: Early Results from the American Association for the Surgery of Trauma's Aortic Occlusion in Resuscitation for Trauma and Acute Care Surgery Registry. J Am Coll Surg 226(5): 730-740. 2018.
7. Moore L.J, Brenner M, Kozar R.A, Pasley J, Wade C.E, Baraniuk M.S, Scalea T, Holcomb J.B, Implementation of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta as an alternative to resuscitative thoracotomy for noncompressible truncal hemorrhage. J Trauma Acute Care Surg 79(4): 523-530; discussion. 530-522. 2015.
8. DuBose J.J, Scalea T.M, Brenner M, Skiada D, Inaba K, Cannon J, Moore L, Holcomb J, Turay D, Arbabi C.N, Kirkpatrick A, Xiao J, Skarupa D, Poulin N, A.A.S. Group, The AAST prospective Aortic Occlusion for Resuscitation in Trauma and Acute Care Surgery (AORTA) registry: Data on contemporary utilization and outcomes of aortic occlusion and resuscitative balloon occlusion of the aorta (REBOA). J Trauma Acute Care Surg 81(3): 409-419. 2016.



9. Matsumura Y, Matsumoto J, Kondo H, Idoguchi K, Funabiki T, D.I. investigators, Partial occlusion, conversion from thoracotomy, undelayed but shorter occlusion: resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta strategy in Japan. *Eur J Emerg Med* 25(5): 348-354. 2017/2018.
10. Norii T, Crandall C, Terasaka Y, Survival of severe blunt trauma patients treated with resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta compared with propensity score-adjusted untreated patients. *J Trauma Acute Care Surg* 78(4): 721-728. 2015.
11. Garcia A.F, Manzano-Nunez R, Sanchez Alvaro I, Ordonez A.C, Garcia A.F, Melendez J, Ruiz-Yucuma J, Londono A, Salazar C, Manzano-Nunez P, Orlas P.C, Puyana C.J, Association of resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) and mortality in penetrating trauma patients. *European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society* 16(16): 1863-9941. 2020.
12. Inoue J, Shiraishi A, Yoshiyuki A, Haruta K, Matsui H, Otomo Y, Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta might be dangerous in patients with severe torso trauma: A propensity score analysis. *J Trauma Acute Care Surg* 80(4): 559-566; discussion 566-557. 2016.
13. Joseph B, Zeeshan M, Sakran J.V, Hamidi M, Kulvatunyou N, Khan M, O'Keeffe T, Rhee P, Nationwide Analysis of Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta in Civilian Trauma. *JAMA Surg* 154(6): 500-508. 2019.
14. Yamamoto R, Cestero R.F, Suzuki M, Funabiki T, Sasaki J, Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) is associated with improved survival in severely injured patients: A propensity score matching analysis. *Am J Surg* 218(6): 1162-1168. 2019.
15. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01990768>
16. Rowell S.E, Meier E.N, McKnight B et al Effect of Out-of-Hospital Tranexamic Acid vs Placebo on 6-Month Functional Neurologic Outcomes in Patients With Moderate or Severe Traumatic Brain Injury. *JAMA*. 2020 Sep 8;324(10):961-974. doi: 10.1001/jama.2020.8958. PMID: 32897344; PMCID: PMC7489866.
17. CRASH-2 collaborators, Roberts I, Shakur H et al, The importance of early treatment with tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of the CRASH-2 randomised controlled trial. *Lancet*. 2011;377(9771):1096-1101.e11012. doi:10.1016/S0140-6736(11)60278-X.
18. Roberts I, Shakur H, Coats T et al, The CRASH-2 trial: a randomised controlled trial and economic evaluation of the effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events and transfusion requirement in bleeding trauma patients. *Health Technol Assess*. 2013;17(10):1-79. doi:10.3310/hta17100
19. CRASH-2 Collaborators, Intracranial Bleeding Study. Effect of tranexamic acid in traumatic brain injury: a nested randomised, placebo controlled trial (CRASH-2 Intracranial Bleeding Study). *BMJ*. 2011; 343:d3795. Published 2011 Jul 1. doi:10.1136/bmj.d3795.
20. Guerriero C, Cairns J, Perel P, Shakur H, Roberts I, CRASH 2 trial collaborators, Cost- effectiveness analysis of administering tranexamic acid to bleeding trauma patients using evidence from the CRASH-2 trial. *PLoS One*. 2011;6(5):e18987. Published 2011 May 3. doi:10.1371/journal.pone.0018987.
21. Perel P, Al-Shahi S.R, Kawahara T et al. CRASH-2 (Clinical Randomisation of an Antifibrinolytic in Significant Haemorrhage) intracranial bleeding study: the effect of tranexamic acid in traumatic brain injury--a nested randomised, placebo-controlled trial. *Health Technol Assess*. 2012; 16(13):iii-54. doi:10.3310/hta16130.
22. Meurer W.J, Tranexamic acid reduced mortality in trauma patients who were bleeding or at risk for bleeding. *Ann Intern Med*. 2013;159(6):JC3. doi:10.7326/0003-4819-159-6-201309170-02003.
23. Nishijima D.K, Kuppermann N, Roberts I, VanBuren J.M, Tancredi D.J, The Effect of Tranexamic Acid on Functional Outcomes: An Exploratory Analysis of the CRASH-2 Randomized Controlled Trial. *Ann Emerg Med*. 2019;74(1):79-87. doi:10.1016/j.annemerg-med.2018.11.018.
24. Roberts I, Prieto-Merino D, Manno D, Mechanism of action of tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploratory analysis of data from the CRASH-2 trial. *Crit Care*. 2014; 18(6):685. Published 2014 Dec 13. doi:10.1186/s13054-014-0685-8.
25. Roberts I, Edwards P, Prieto D et al, Tranexamic acid in bleeding trauma patients: an exploration of benefits and harms. *Trials*. 2017;18(1):48. Published 2017 Jan 31. doi:10.1186/s13063-016-1750-1184.
26. CRASH-2 trial collaborators, Shakur H, Roberts I et al, Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9734):23-32. doi:10.1016/S0140-6736(10)60835-5.
27. Brief details of the trial protocol (da <http://www.crash2.lshtm.ac.uk/>), A large randomised placebo controlled trial among trauma patients with or at risk of significant haemorrhage, of the effects of antifibrinolytic treatment on death and transfusion requirement.
28. CRASH-3 trial collaborators, Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial [published correction appears in *Lancet*. 2019 Nov 9;394(10210):1712]. *Lancet*. 2019;394(10210):1713-1723. doi:10.1016/S0140-6736(19)32233-0.
29. CRASH-3, Intracranial Bleeding Mechanistic Study Collaborators. Tranexamic acid in traumatic brain injury: an explanatory study nested within the CRASH-3 trial [published online ahead of print, 2020 Feb 19]. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2020;10.1007/s00068-020-01316-1. doi:10.1007/s00068-020-01316-1.



30. Boffard K.D, Riou B, Warren B et al, Recombinant factor VIIa as adjunctive therapy for bleeding control in severely injured trauma patients: two parallel randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trials. *J Trauma*; 59(1):8-18. 2005. doi:10.1097/01.ta.0000171453.37949.b7.
31. Kluger Y, Riou B, Rossaint R et al, Safety of rFVIIa in hemodynamically unstable polytrauma patients with traumatic brain injury: post hoc analysis of 30 patients from a prospective, randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Crit Care*. 2007;11(4):R85. doi:10.1186/cc6092.
32. Dutton R.P, Parr M, Tortella B.J et al, Recombinant activated factor VII safety in trauma patients: results from the CONTROL trial. *J Trauma*. 2011;71(1):12-19. doi:10.1097/TA.0b013e31821a42cf.
33. Hauser C.J, Boffard K, Dutton R et al, Results of the CONTROL trial: efficacy and safety of recombinant activated Factor VII in the management of refractory traumatic hemorrhage. *J Trauma*. 2010;69(3):489-500. doi:10.1097/TA.0b013e3181edf36e.
34. Hernandez M.C.M.D, El Khatib M, Zielinski M.D, Aho J.M & Prokop L, Complications in tube thoracostomy: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 85, 413-419.
35. Aho J.M, Thiels Cornelius A, El Khatib M. M et al, Needle thoracostomy: Clinical effectiveness is improved using a longer angio-catheter. *The journal of trauma and acute care surgery* 80, 272-277.
36. Walker S.P, Barratt S.L, Maskell N & A, Thompson J, Conservative Management in Traumatic Pneumothoraces : An Observational Study. *Chest* 153, 946-953.
37. Walker S.P, Barratt S.L, Thompson J et al, Conservative Management in Traumatic Pneumothoraces: An Observational Study. *Chest*. 2018 Apr;153(4):946-953. doi: 10.1016/j.chest.2017.10.015.
38. Albreiki M, Voegeli D, <https://orcid.org, I.O, Albreiki M.> & <https://orcid.org, I.O, Permissive hypotensive resuscitation in adult patients with traumatic haemorrhagic shock: a systematic review. European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society> 44, 191-202.
39. Duan C, Li T. & Liu L, Efficacy of limited fluid resuscitation in patients with hemorrhagic shock : a meta-analysis. *International journal of clinical and experimental medicine* 8, 11645-11656 (2015).
40. Owattanapanich N, Sirikun J, Chittawatanarat K & Benyakorn T, Risks and benefits of hypotensive resuscitation in patients with traumatic hemorrhagic shock: a meta-analysis. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 26, 107.
41. Safiejko K, <https://orcid.org, I.O, Smereka J et al, Effectiveness and safety of hypotension fluid resuscitation in traumatic hemorrhagic shock: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Cardiology journal> 10, 1897-5593. 2020.
42. Tran A, Yates J, Lau A, Lampron J & Matar M, Permissive hypotension versus conventional resuscitation strategies in adult trauma patients with hemorrhagic shock: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The journal of trauma and acute care surgery* 84, 802-808. *Randomized Controlled Trials*.
43. Carrick M., Morrison C.A, Tapia N.M et al, Intraoperative hypotensive resuscitation for patients undergoing laparotomy or thoracotomy for trauma: early termination of a randomized prospective clinical trial. *The journal of trauma and acute care surgery* 80, 886-896.
44. Schreiber M.A, Meier E.N, Tisherman S.A et al, A controlled resuscitation strategy is feasible and safe in hypotensive trauma patients: results of a prospective randomized pilot trial. *The journal of trauma and acute care surgery* 78, 687-695; discussion 695-687. 2015.



# COMMENTARY al COCHRANE

Nel dare seguito all'accordo tra l'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma, editore della rivista "Infermiere Oggi", e la John Wiley & Sons, Ltd. ("Wiley"), che prevede la pubblicazione di contenuti estratti dal Cochrane Database of Systematic Reviews sulla suddetta rivista e sul sito web dell'Ordine (<https://opi.roma.it/infermiere-oggi>), viene presentato un contributo nella forma di *commentary* alla Revisione:

Soltan F, Cristofalo D, Marshall D, Purgato M, Taddese H, Vanderbloemen L, Barbui C, Upho' E, "Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries". Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 5. Art. No.: CD013657. DOI: 10.1002/14651858.CD013657.pub2

*Autori: Valentina Vanzi, Alessandro Cinque, Daniela D'Angelo*

Un numero sempre crescente di persone in tutto il mondo è costretto a rifugiarsi in altri Paesi a causa di eventi naturali o generati dall'uomo.

Più del 50% dei rifugiati sono bambini o adolescenti (Soltan et al, 2022) che, oltre alla difficoltà di stabilirsi in un nuovo Paese, hanno vissuto o sono testimoni di eventi traumatici. Per questo motivo, i bambini e gli adolescenti rifugiati sono a rischio di sviluppare problemi di salute mentale come il disturbo post traumatico da stress (PTSD) e necessitano di un sostegno appropriato ed efficace all'interno delle comunità in cui vengono accolti.

Nel report tecnico, pubblicato dall'*American Academy of Pediatrics* (AAP) sugli effetti dei conflitti armati sulla popolazione pediatrica, emerge come questi bambini presentino una prevalenza maggiore di disturbi comportamentali e psicosomatici, del PTSD, di condizioni quali la depressione e l'ansia (Kadir et al, 2018).

Una Revisione sistematica di quasi 8000 bambini esposti agli effetti della guerra ha evidenziato che la prevalenza del PTSD è del 47%, quello della depressione è del 43% e quello dell'ansia è del 27% (Attanayake et al, 2009).

La variabilità delle manifestazioni si associa alle differenze di età e sviluppo: infatti, i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni presentano, per lo più, sintomi psicosomatici (come i disturbi gastrointestinali) e mostrano alterazioni nei momenti di gioco, con tendenza all'aggressività o all'isolamento (Slone et al, 2016). Gli adolescenti esposti ad eventi bellici e che hanno presentato il PTSD mostrano tassi significativamente più alti di assunzione di sostanze stupefacenti (Schiffet al, 2012).

Sebbene l'impatto degli effetti diretti ed indiretti dei conflitti armati sui bambini sia estremamente difficoltoso da stimare (e, pertanto, si rischia di sottodimensionarlo), l'esperienza clinica e la letteratura evidenzia la drammaticità di queste conseguenze in termini fisici, mentali e psicosociali, a breve e lungo termine.

Riconoscendo la rilevanza e la valenza di questi effetti sulla salute mentale dei bambini è essenziale identificare e valutare l'efficacia di interventi che mirino a preservarne il benessere psicologico od a trattare i disturbi mentali. Gli autori di questa Revisione Cochrane hanno mirato a valutare l'efficacia e l'accettabilità di interventi posti in essere a livello di comunità (solo RCT), rispetto ai controlli (nessun trattamento, lista d'attesa, trattamento alternativo) per prevenire e trattare problemi di salute mentale (depressione grave, ansia, PTSD, stress psicologico) e per migliorare la salute mentale dei bambini e degli adolescenti rifugiati nei Paesi ad alto reddito.

A tal fine, sono stati ricercati studi in multipli database: Cochrane Common Mental Disorders Controlled Trials Register (tutti gli anni disponibili), CENTRAL/CDSR (2021, volume 2), Ovid MEDLINE, Embase, altri sei database e due registri di studi fino al 21 febbraio 2021.

Inoltre, sono state controllate anche le referenze bibliografiche degli studi inclusi. I criteri di inclusione prevedevano di selezionare studi di qualsiasi disegno che si riferissero a bambini o adolescenti rifugiati di età uguale od inferiore a 18 anni e valutassero la loro salute mentale sulla base di un intervento di comunità (non in contesti clinici ed ospedalieri), che possono aver avuto luogo nelle scuole, nelle organizzazioni religiose, nei quartieri od in altri contesti comunitari in un Paese ad alto reddito. In una seconda fase, sono stati specificatamente selezionati studi randomizzati controllati.

Degli iniziali 5005 lavori sottoposti a *screening*, sono stati selezionati 62 *full texts*: di questi, sono stati inclusi 3 RCT per la valutazione qualitativa.

I tre RCT includono complessivamente 83 pazienti di età media compresa tra 12 e 14 anni (Baker 2006; Ooi 2016) e tra 15 e 18 anni (Walz 2020).

Sono stati condotti in due Paesi ad alto reddito - Australia e Germania - mentre i Paesi di provenienza dei rifugiati



sono stati soprattutto Afghanistan e Siria (Walg 2020) e Africa sub-sahariana (Ooi 2016).

Gli interventi in esame nei tre studi sono stati condotti a livello di gruppo, nel contesto scolastico (Baker 2006; Ooi 2016) e, in un caso, in un centro per minori non accompagnati (Walg 2020).

La durata degli interventi è stata variabile: una sessione di 69 minuti (Walg 2020), 10 sessioni di 30-40 minuti ciascuna (Baker 2006) ed 8 sessioni di un'ora (Ooi 2016). La valutazione critica dei 3 RCT ha evidenziato un rischio di *bias* connesso alla mancanza di chiarezza sul processo di randomizzazione, alla misurazione e alla selezione dei risultati.

In riferimento agli *outcome* primari, non c'è evidenza di un effetto degli interventi condotti in comunità rispetto a una lista d'attesa per i sintomi post-traumatici da stress (differenza media (MD) -1,46, intervallo di confidenza al 95% (CI) da -6,78 a 3,86: uno studio; evidenza di bassa certezza), per i sintomi depressivi (MD 0,26, IC 95% da -2,15 a 2,67: uno studio; evidenza di bassa certezza) e per lo stress psicologico (MD -10,5, IC 95% da -47,94 a 26,94; uno studio; evidenza di certezza molto bassa). Non sono stati rilevati dati in merito ad eventi avversi.

In riferimento agli *outcome* secondari, i tre studi hanno analizzato i cambiamenti a breve termine nel comportamento dei bambini, utilizzando misure diverse, e non hanno trovato evidenza di un effetto dell'intervento rispetto ad una lista d'attesa (certezza da "bassa" a "molto bassa").

Nessuno degli studi ha fornito informazioni sulla qualità

della vita o sul benessere, sulla partecipazione e sul funzionamento o sulla soddisfazione dei partecipanti. Nelle conclusioni, infatti, gli autori della Revisione esprimono la mancanza di prove sufficienti per determinare l'efficacia e l'accettabilità degli interventi di salute mentale offerti dalle comunità per i bambini e adolescenti rifugiati.

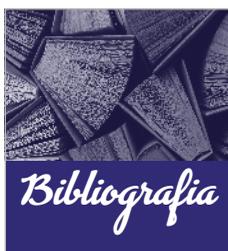
A onor del vero, la realtà e gli avvenimenti di cronaca di questo periodo rendono questa Revisione estremamente attuale e rilevante: secondo fonti Unicef (dati aggiornati al 23 ottobre 2022), oltre 13,9 milioni di persone, in maggioranza madri e bambini, sono in fuga dall'Ucraina. Oltre 3,3 milioni i minori in Ucraina e 3,8 milioni quelli rifugiati nei Paesi d'arrivo sono bisognosi di assistenza umanitaria immediata.

Al 27 settembre, un totale di 171.546 persone risultano giunte dall'Ucraina: 31.086 sono uomini, 91.288 donne e 49.172 minori.

In Europa è la crisi dei rifugiati in più rapida crescita dalla Seconda Guerra Mondiale. Con l'aumento della complessità dei bisogni della popolazione, a fronte di budget spesso limitati per supportare la salute mentale dei bambini e degli adolescenti rifugiati, emerge, perciò, la necessità di poter disporre di evidenze scientifiche che ottimizzino ed orientino le risorse dei servizi messi in campo.

**Questa Revisione Cochrane sottolinea la mancanza di evidenze disponibili e la necessità, rivolta a ricercatori e politici, di progettare ulteriori studi focalizzati sul supporto e la valutazione della salute e del benessere mentale di bambini e adolescenti costretti a rifugiarsi in Paesi ad alto reddito.**

<sup>1</sup>Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata sul Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Volume 5, DOI: 10.1002/14651858.CD013657.pub2 (visita il sito [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com) per informazioni). Le Revisioni Cochrane vengono regolarmente aggiornate in presenza di nuovi elementi e in risposta ai *feedback* ricevuti, dunque la versione più recente del contributo può essere consultata sul Cochrane Database of Systematic Reviews.



Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F Jr, Mills E, Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7, 920 children. *Med Confl Surviv*. 2009; 25(1):4-19.

Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J et al, The Effects of Armed Conflict on Children. *Pediatrics*. 2018; 142(6): e20182586.

Schiff M, Pat-Horenczyk R, Benbenishty R, Brom D, Baum N, Astor R.A, High school students' posttraumatic symptoms, substance abuse and involvement in violence in the aftermath of war. *Soc Sci Med*. 2012; 75(7):1321-1328.

Slone M, Mann S, Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016; 47(6):950-965.

<https://www.unicef.it/emergenze/ucraina>



*Il CERSI renderà visibile, implementerà e valorizzerà il ruolo della ricerca infermieristica, potenziando la cooperazione fra Università, ospedali e territorio*

# Nasce a “trazione laziale” il CERSI Il Centro di Eccellenza per la Ricerca voluta dalla Federazione nazionale

Il 7 febbraio 2023, in collaborazione con l'Università degli Studi di Genova, presso l'Aula Magna dell'ateneo ligure, si è svolto il “battesimo accademico” del CERSI, il nuovo Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica, nato in seno alla Federazione Nazionale-FNOPI, voluto per porsi quale “guida culturale” della Professione, per la crescita e l'affermazione della stessa. Il CERSI, infatti, si dedicherà alla visione strategica scelta dalla FNOPI per rendere visibile, implementare e valorizzare il ruolo della ricerca infermieristica a livello nazionale, europeo e internazionale, per il benessere dei professionisti e la sicurezza dei cittadini. Ma pure per potenziare la cooperazione fra Università, ospedali e territorio, al fine di offrire cure infermieristiche coerenti con le migliori evidenze disponibili. Grazie a una rete di comunicazione formata da quattro atenei italiani - Genova, L'Aquila, Firenze e Roma, Tor Vergata - e due Centri di eccellenza già attivi, lo storico CECRI (dell'OPI di Roma) e il CeNRI (del San Raffaele di Milano), il CERSI promuove partenariati che consentano lo scambio di conoscenze ed esperienze per ottenere le migliori pratiche in materia di ricerca e sviluppo professionale. Nonché per affiancare l'attività istituzionale di programmazione dell'assistenza sanitaria, visto che gli stessi rappresentanti di Agenas hanno sottolineato il ruolo del Centro nell'analisi e proposizione di evidenze e dati per gli “aggiustamenti” che l'Agenzia sta elaborando al DM 77 (che regola, appunto, l'assistenza sul territorio) e del Ministero, per comprendere le reali necessità dei cittadini e determinare la domanda di salute a cui il Sistema Sanitario deve rispondere. Oltre al ruolo fondamentale del CECRI e dell'Università di Tor Vergata, anche l'organigramma del CERSI presenta numerosi rimandi a personalità di Roma e del Lazio. Infatti, fanno parte del Comitato Scientifico nazionale: **Rosaria Alvaro**, ordinario di Scienze infermieristiche e Sanità Pubblica-Università Tor Vergata; **Gennaro Rocco**, direttore scientifico CECRI; **Maurizio Zega**, consigliere del Comitato Centrale FNOPI e presidente OPI Roma.

La giornata in Liguria ha visto protagonisti personaggi illustri del mondo istituzionale e della ricerca in Sanità, legati allo sviluppo e alla promozione della salute in Italia. Per l'occasione, è stato anche annunciato che la prima ricerca realizzata dal Centro (l'analisi dello stato dell'arte dell'assistenza domiciliare) è in dirittura d'arrivo.

Lo studio multicentrico nazionale “AIDOMUS-IT, Assistenza Infermieristica Domiciliare in Italia: la qualità e la sicurezza per i cittadini”, a cui hanno già contribuito oltre 165 professionisti e le Aziende sanitarie di ogni Regione, darà risultati che, una volta analizzati, consentiranno di: “*svolgere un ruolo chiave nella politica e nella ricerca per favorire il cambiamento e il raggiungimento di risultati di eccellenza*”.

“Il nostro compito - ha spiegato **Loredana Sasso**, direttore scientifico del CERSI - è quello di impegnarci nella politica e nella ricerca, fungendo da collettore delle massime conoscenze e dei migliori esperti nel campo dell'Infermieristica, condividendo il sapere attraverso studi e ricerche e le collaborazioni a livello locale e globale”.

Il primo passo, quindi, sarà quello di mappare i dati che fotografano l'assistenza domiciliare in Italia. Poi, l'attività del CERSI proseguirà con l'analisi delle tipologie di organizzazione per la presa in carico degli assistiti sul territorio, dello *staffing* e della *leadership* necessari all'assistenza, valutandone anche l'impegno fisico, psicologico ed emotivo rispetto ai bisogni delle persone. E ancora: con il supporto di dati e analisi originali, valuterà il mix di competenze che interagiscono sul territorio e i fenomeni che incidono sulla sicurezza degli assistiti e degli stessi professionisti per analizzare anche le cosiddette *missed care*, generando una “cultura positiva” dagli errori.

Il tutto, seguendo la coerenza di modelli indicati dagli stessi bisogni dei cittadini, raccogliendo dati dalle *survey* avviate, estese sull'intero territorio nazionale, anche grazie al coinvolgimento dei 102 OPI provinciali.



# Accordo tra Centro d' Eccellenza e RCSI University di Dublino

È stato firmato un Protocollo d'intesa (*Memorandum of Understanding-MOU*) tra il Centro di Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma e la Facoltà di Infermieristica e Ostetricia, RCSI University of Medicine and Health Sciences di Dublino, per promuovere la ricerca e tutte le iniziative ad essa legate.

Una *partnership* importante soprattutto per incoraggiare la *leadership* infermieristica e la visibilità degli infermieri che realizzano studi di ricerca clinica, diffondendo i risultati attraverso pubblicazioni e presentando, poi, gli stessi in conferenze, congressi e eventi. Le iniziative congiunte saranno strumentali per ampliare il mondo dell'infermieristica verso l'indagine

interdisciplinare, per sviluppare la qualità dell'assistenza fornita e per far avanzare la percezione pubblica della professione.

Inoltre, tale protocollo d'intesa creerà una solida infrastruttura per implementare la pratica clinica infermieristica attraverso il pensiero critico; contribuirà allo sviluppo delle competenze, migliorando le prestazioni, sia dei singoli professionisti che dei gruppi di ricerca, im-

pegnati a fornire prove per una pratica clinica sicura ed efficace.

E ancora: questo "strumento" darà l'opportunità di condurre studi di ricerca clinica multicentrici e inter-professionali allo scopo precipuo di finanziare e realizzare progetti di grande rilevanza per l'avanzamento della Professione nei contesti sociali delle due istituzioni firmatarie, ma anche a livello più ampio.

Per raggiungere tali obiettivi, l'accordo prevede di:

- Creare e implementare progetti di ricerca congiunti multicentrici e multisito
- Sviluppare e rafforzare progetti di ricerca tra partner nazionali e internazionali
- Implementare i risultati e le iniziative di ricerca incentrate sulle politiche per lo sviluppo dell'assistenza infermieristica
- Guidare il cambiamento attraverso pratiche basate sull'evidenza
- Tradurre i risultati della ricerca in pratiche basate sull'evidenza, diffondendo i risultati della stessa ai fini di un'assistenza sanitaria di qualità che tuteli la sicurezza del paziente
- Promuovere la salute e il benessere nelle comunità attraverso la ricerca

L'efficacia e l'adesione all'accordo saranno assicurate da un Comitato scientifico (composto da quattro membri del CECRI e dell'università irlandese), mentre la valutazione dei progetti di ricerca sarà completata entro il 31 dicembre di ogni anno.

Contatti: per il CECRI, il direttore scientifico, **Gennaro Rocco**; per l'RCSI, il direttore esecutivo, **Thomas Kearns**.



## In Breve

### Call presentazione progetti di ricerca infermieristica

Il Centro di Eccellenza CECRI ha indetto una *call* dal 1° al 30 marzo 2023 per la presentazione di progetti di ricerca infermieristica. Le modalità e le procedure adottate per l'assegnazione e la gestione dei contributi finalizzati alla realizzazione dei progetti di ricerca sono riportate nel Regolamento Anticorruzione del CECRI, disponibile sul sito web dell'OPI di Roma, sezione Amministrazione Trasparente, <https://opi.roma.it/amministrazione-trasparente/>

I programmi presentati saranno valutati in ragione della loro conformità scientifica rispetto alle aree tematiche individuate dall'OPI di Roma. Il *mainstreaming* (processo attraverso il quale innovazioni, frutto di sperimentazioni, vengono trasposte a livello di sistema) del bando è principalmente riferito alla cronicità, all'invecchiamento e alla salute pubblica.

# Assemblea degli iscritti

**A**ssemblea dell'OPI di Roma, mercoledì 15 marzo, al Centro Congressi Cavour. Attraverso la relazione del presidente, **Maurizio Zega**, approvata all'unanimità, si sono ripercorsi, a grandi linee, le principali attività del 2022 e gli indirizzi programmatici dell'Ordine nel 2023. "Prima di cominciare - ha detto Zega - un doveroso ricordo della *past president* **Ausilia Pulimeno**, a cui è intitolata la sala riunioni dell'OPI, a memoria perenne del suo impegno per la Professione". Diversi i propositi e i progetti per il 2023, ma tante le conferme positive dell'anno appena trascorso, sottolineate per l'occasione.



Da sinistra: Turci, Mazzitelli, Zega, Scerbo

ANNO 2022	
APPUNTAMENTI con LEGALE in sede	n. 56
ATTI LEGALI - LETTERE & INTERVENTI	n. 40
CONSIGLI DIRETTIVI	n. 28
COMMISSIONI ESAMI ABILITANTI (LAUREA)	n. 53
RAPPRESENTANTI COMMISSIONI ABILITANTI DESIGNATI DALL'ORDINE	n. 104
VERIFICHE ISCRIZIONE ALBO RICHIESTE DA ENTI/STRUTTURE SANITARIE	n. 75
PROTOCOLLI DI POSTA IN USCITA/ENTRATA	n. 29489
CONVOCAZIONI EX ART. 38 E 39 DPR 221/1950	n. 8

Il **cambio di sede** e la migrazione degli uffici non hanno comportato alcun fermo. Nessun disservizio, a fronte di spese di locazione annue passate, dai vecchi 147.600 euro, agli attuali 96.000 (per un risparmio complessivo di 619.200 euro in 12 anni). Offerta formativa e servizi; gruppi di lavoro e Biblioteca; comunicazione e digitalizzazione dei processi. I riconoscimenti del *Bureau Veritas* ma pure la collaborazione con la **Regione Lazio**.

Con questo spirito e in sinergia con gli atenei, è stato possibile consentire il tirocinio professionale degli studenti del III anno del corso di laurea in Scienze Infermieristiche nei Centri vaccinali. Inoltre, OPI Roma e Regione Lazio hanno organizzato tre eventi ECM ("Le competenze dell'infermiere in Area Critica"; "La fragilità, una condizione complessa che sfida i Sistemi sanitari" e "Le competenze infermieristiche nella gestione delle Maxi-Emergenze") che hanno coinvolto circa 150 studenti, con l'auspicio di attivare tre edizioni per ogni corso.

## CARENZA INFERMIERI E IL PNRR NEL LAZIO

Nella complessiva carenza organica degli infermieri in Italia, anche nel locale è confermato il deficit di personale e la scarsa attrattività della professione. **Attualmente, per le stime dell'Ordine, nel Lazio mancano circa 7.000 infermieri.**

A ciò va aggiunto il personale per le strutture previste da PNRR e DM 77/23 maggio 2022; mentre, i posti messi a disposizione per il corso triennale in Infermieristica dagli atenei laziali per l'anno accademico 2022/2023 (3.671) restano pochissimi.

Con i fondi del PNRR e DM 77/2022, le circa 4.000 unità necessarie per la creazione dei presidi sanitari previsti sono così ripartiti:

- 118 case della comunità, 1.373 infermieri;
- 35 ospedali di comunità, 288 infermieri;
- 59 COT, 295 infermieri;
- Infermieri di Famiglia, 1.905;
- Coordinatori Infermieristici, 98.

Per discutere di Sanità, con l'avvicinarsi delle **elezioni regionali**, l'OPI ha incontrato i principali contendenti alla carica di Presidente del Lazio: Rocca e D'Amato. Per l'occasione, l'eletto, **Francesco Rocca**, ha riconosciuto la necessità di:

- costituire **tavoli di concertazione** con le categorie professionali della sanità;
- degenze Infermieristiche;
- istituire le **direzioni assistenziali** come già in altre Regioni.

Nonché della **Riforma della formazione degli operatori di supporto**, per cui bisognerà affrontare il tema

che sia formata e gestita esclusivamente dagli infermieri.

### L'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE

Al 31 dicembre 2022, **gli infermieri iscritti ai due Albi di OPI Roma sono: 34.588**; 872, i nuovi iscritti; 937, quelli cancellati; 100 i trasferiti a Roma; 70 quelli andati via. Gli infermieri stranieri in entrata sono stati: 3.549 (1.950 comunitari e 1.599 no); agli esami di lingua italiana (3 comunitari e 3 no) 25, i promossi; 7, i bocciati. Gli iscritti convocati (dal 2010 al 2018) sono stati: 1.037; quelli con morosità: 857; con permesso di soggiorno scaduto: 180, per un totale di provvedimenti di cancellazione adottati: 313. Le sospensioni per evasione dell'obbligo vaccinale, invece, sono state 2.437.

### INFORMATIZZAZIONE E SERVIZI ONLINE

Nel 2022, sono state gestite:

- 3.912 avvisi inviati via PEC agli iscritti con irregolarità con il *Green Pass*;
- 1.114 certificati richiesti online;
- 1.231 nuove **PEC** attivate (per un totale di 30.704 in convenzione con OPI);
- 17.144 utenti unici che hanno fatto accesso con **SPID** ai servizi online.

Inoltre, sono stati richiesti i fondi previsti dal PNRR per integrazione dell'accesso con CIE al Portale dell'Isritto.

### GRUPPI DI LAVORO E LE COMMISSIONI

Rete Referenti, Libera Professione, OPI-OMCEO, Organizzazione assistenza territoriale (PNRR-DM 77/22) e Commissioni: d'Albo Infermieri e Infermieri Pediatrici, esami Infermieri stranieri e Biblioteca. Diverse le compagini in seno all'Ordine per offrire servizi e opportunità agli iscritti.

### LA FORMAZIONE

Le risorse dell'OPI sono state impiegate in tanti **eventi**

**ECM gratuiti**: in residenziale e modalità FAD.

Nel 2022, 40 eventi ECM in residenziale e un evento *webinar*, per 2.190 partecipanti e un totale di 9.723 crediti ECM. Calcolando quelli dei corsi *webinar* (756) e dei FAD (43.888), il totale degli ECM erogati sono stati: 54.367, per 9.128 partecipanti.

### IL CECRI

Il Centro d'Eccellenza è sempre più un "supporto" per i ricercatori universitari e, a maggio, sarà protagonista di un evento internazionale *ad hoc*. Per il 2022, sono 29 i progetti di ricerca approvati.

**Gennaro Rocco**, fondatore e attuale direttore scientifico CECRI, è il primo italiano nella *Hall of Fame* di Sigma Nursing.

### COMUNICAZIONE SOCIAL E STAMPA

Quattro i numeri annuali di "**Infermiere Oggi**" (EBSCO *host*, indicizzata CINHALL per la ricerca), *house organ* dell'OPI che ospita articoli scientifici, news, recensioni e approfondimenti legali.

Per candidare una ricerca o un proprio lavoro scientifico originale alla pubblicazione sulla rivista, è sufficiente inviarli a: [ordine@opi.roma.it](mailto:ordine@opi.roma.it)

Rispetto al **sito ufficiale**, si registrano più di 63.164 utenti e 287.409 visualizzazioni di pagina. La durata media delle sessioni è di oltre due minuti. Il monitoraggio dei dati conferma ottimi *trend*. Dopo la *homepage*, le pagine più visitate sono quelle di **Posta Certificata**, della tassa di iscrizione e poi dei servizi.

Sono stati effettuati accessi almeno una volta per 17.144 utenti con SPID al Portale dell'Isritto online.

Il pubblico viene dalla ricerca organica: il sito è, dunque, ben posizionato sui motori di ricerca. Poi, dalla ricerca diretta (cioè, chi va direttamente sul nostro sito), quindi, dai social e infine dai *link* su siti terzi (*referral*). La metà delle consultazioni (49%) viene da *mobile*.

**Il profilo Facebook** ha interagito costantemente, con la pubblicazione di: 288 *post* assimilabili a contenuti di infografica, foto reporting, *celebrating*; 20 video nativi a cui vanno sommati gli *embedding* dal canale Youtube. Il pubblico è prevalentemente laziale, femminile (79%), ha un'età tra 25 e 34 anni, ma arriva fino ai 55.

**Il canale Youtube** ha pubblicato 18 nuovi video (tra *repost*, video *podcast*, *reporting* di eventi e/o incontri d'interesse). Risultati in crescita anche su **Instagram**.

### CERTIFICAZIONE

L'OPI è conforme ai requisiti della ISO 9001:2015 del *Bureau Veritas*. Ma anche alla **ISO 37001** contro la corruzione. Queste certificazioni consolidano la *policy* dell'Ordine, che promuove legalità e trasparenza.

## INFORMATIZZAZIONE DELL'ORDINE

Più Servizi online, PAPERLESS



### SERVIZI ONLINE

Nel 2022 grazie al software gestionale adottato dall'Ordine sono state gestite:

- 3.912 avvisi inviati via PEC agli iscritti con irregolarità con il *Green Pass*
- 1.114 certificati richiesti online
- 1.231 nuove PEC attivate, per un totale di 30.704 attualmente attive in convenzione con OPI
- 17.144 utenti unici che hanno fatto accesso con SPID ai servizi online.

### MIGRAZIONE UFFICI

La migrazione degli uffici non ha comportato alcun fermo o disservizio. Sono state migrate le linee telefoniche in VoIP, i server, e tutto quanto riguardava la parte informatica senza disservizi e senza soluzione di continuità.

### FONDI DEL PNRR PER L'INFORMATIZZAZIONE

Per quanto riguarda il PNRR sono stati richiesti i fondi per integrazione dell'accesso con CIE al Portale dell'Isritto che verrà integrato nel 2023.

# La biblioteca digitale e di sede dell'OPI

**A**perta all'utenza per appuntamenti lu/ma/gio, la biblioteca di sede conta **1344 libri catalogati**. Dopo una flessione per l'emergenza sanitaria, si registra una ripresa. In quel periodo, però, **sono stati implementati servizi a distanza per gli iscritti**, con l'invio di articoli o da richiedere. Con il **Document Delivery**, infatti, è stato possibile interpellare altre Biblioteche per articoli di ricerca e di studio a uso personale (in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e s.m.i.), in regime di scambio gratuito. Le collezioni dei periodici della biblioteca digitale sono in continuo divenire, ma sono già migliaia le testate di area biomedica disponibili in **full text**. In generale, **tutte le banche dati registrano incrementi negli accessi**, ma nel 2022, la banca dati CINAHL ha registrato 1.989 accessi ed è stata consultata da 108 utenti: il 5,43% del

totale (dal 2019, la Cochrane è accessibile in sede e da remoto).

Sempre **consistente l'uso di device mobili**.

## ILISI

Al 2022, l'Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche-ILISI, particolarmente utile per accedere alla letteratura italiana di settore, contiene 7.368 schede bibliografiche, +296 *record* bibliografici rispetto al 2021 (incremento del +4,19%).

Nel 2021, ILISI ha cambiato dominio assieme al sito dell'Ordine e ora è su <https://ilisi.opi.roma.it/index.php>.

**I referenti dell'OPI sono:** il presidente, Maurizio Zega, il vice presidente, Carlo Turci e la consigliera, Claudia Lorenzetti.

**Gruppo di progetto:** L.Altobello, E.Bruno, B.Di Donato, E.Fanfera, S.Filardi, C.Lorenzetti, P.Nappini, C.Onofri, A.C.Punziano, D.Rubei, L.Scozzo, C.Turci.

**Gruppo indicizzatori (nel 2022):** R.Accettone, F. Barberini, V. Biagioli, S. Ciucciarelli, C.Coratella, G.Covelli, V.De Biase, A.R.De Tullio, T.Diotassi, S. Filardi, D.Forte, P.Gentili, A.Ingrassia, M.Iossa, G.Lestini, A.Musto, D. Pandolfi, G.Pozzuoli, A.Punziano, L.Scozzo.

## COMMISSIONE BIBLIOTECA

Tra i progetti più riusciti, il Seminario universitario per gli studenti del II anno, in videoconferenza con due docenti: "I luoghi della ricerca bibliografica infermieristica: dalla biblioteca alle banche dati online", per offrire gli strumenti essenziali per la ricerca bibliografica e la consultazione delle banche dati, evidenziando anche l'importanza dei luoghi istituzionali - reali e digitali - dedicati. Propedeutico al corso, quello per la realizzazione di una banca dati bibliografica dal titolo: "L'Indicizzazione della letteratura scientifica nelle Scienze infermieristiche".

**La Biblioteca di sede dell'OPI di Roma**

Aperta all'accesso dell'utenza per appuntamenti contingentati (protocollo sicurezza Covid-19 e disponibilità di PC) lunedì, giovedì (14.30-17.30), martedì (19-13).

**1344 LIBRI CATALOGATI**

Un totale di 233 utenti (+11,50%) ha trovato risposte e servizi (seguito)

134 (57,43%)	Consultazione del cartaceo	88 Newsletter (84,36%)
171 (62,57%)	Monografie, periodici italiani e stranieri	81 Letteratura Inform. Italiana (43,32%)
171 (62,57%)	28 elettronica (+20,81%)	24 Letteratura Inform. Internazionale (17,25%)
		89 periodici (+21,79%)

**DALL'EMERGENZA SANITARIA SONO STATI IMPLEMENTATI I SERVIZI:**

- **Avvio di articoli** della biblioteca o da richiedere presso altre per i suoi iscritti
- **2 richieste per 10 articoli complessivi** (di cui 3 DDD)
- **Richieste bibliografiche a distanza** su banca indicata per tutti: 1 la richiesta portata a termine per studenti ed infermieri

**DOCUMENT DELIVERY**

servizio che estende, in regime di scambio gratuito, ad altre biblioteche articoli per uso strettamente personale, di ricerca e di studio in conformità alla legge n. 633 del 22/04/1941 e s.m.i.

Richieste inviate per gli utenti della biblioteca: 3  
Richieste inviate per altre biblioteche: 2

## In Breve

### L'Ordine incontra i neolaureati

"Nell'accogliervi tra noi, vi faccio gli auguri di una carriera serena e prospera!". Così, il presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**, che, il 23 febbraio scorso, ha accolto altri neo laureati in via degli Ammiragli per presentare l'Ordine e per promuovere il senso di appartenenza alla comunità professionale.

In occasione del "benvenuto" ufficiale, infatti, il presidente ha invitato i presenti a partecipare attivamente alla vita ordinistica. "Per esperienza so che il vostro lavoro vi assorbirà molto, in termini di tempo e di energie - ha continuato - ma trovate pure uno spazio per vivere l'OPI: vorrei che lo consideraste la vostra casa, che prendeste parte alle decisioni, che faceste le vostre scelte. Non lasciate mai che siano gli altri a decidere per voi, altrimenti, dopo, capite bene che sarà inutile lamentarsi!".

A salutare i colleghi infermieri freschi di laurea anche il vicepresidente **Carlo Turci**, il tesoriere, **Francesco Scerbo**, e il presidente della Commissione d'Albo Infermieri, **Stefano Casciato**.

Altri momenti come questo sono previsti a cadenza regolare. L'invito perverrà a tutti.



Da sinistra: il presidente CAI, Casciato, il vicepresidente Turci, il presidente Zega e il tesoriere Scerbo.

# Il bilancio

All'assemblea del 15 marzo, il tesoriere, **Francesco Scerbo**, ha tracciato la situazione patrimoniale e i bilanci dell'Ordine, convalidati dal presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Silvio Ascione**. L'OPI ha i conti in regola, benché, alla fine del 2022, al netto di more, interessi e rateizzazioni per il tardivo pagamento della tassa annuale, i crediti

verso gli iscritti ammontano a: 1.344.822, 22 euro. Una cifra che si comprende sommando le quote da riscuotere dal 2010 al 2018 (che totalizzano 413.200,02 euro) a quelle del 2019 (80.392,20); del 2020 (151.200); del 2021 (301.440) e del 2022 (398.590). Queste, le tabelle di sintesi.

## 1. Rendiconto finanziario

Entrate	GESTIONE DI COMPETENZA					Sostanzioso	GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA Tot. Inc.
	Totale	PREVISIONI Versamenti	Definisci	Realizzati	SOMME ACCERTATE Da riscuotere		Totale	Incassati	Variazioni	Riscossi	Da Riscuotere	
<b>TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>												
<b>ENTRATE CONTRIBUTIVE A CARICO DEGLI ISCRITTI</b>												
Quote iscrizioni	€ 2.457.000,00	€ 2.457.000,00	€ 1.908.897,00	€ 388.190,00	€ 2.307.847,00	€ 148.433,00	€ 1.321.817,89	€ 28.700,53	€ 403.988,00	€ 848.232,22	€ 1.844.822,22	€ 2.312.943,00
Quote nuovi iscritti	€ 79.000,00	€ 79.000,00	€ 58.182,00	€ 175,00	€ 88.357,00	€ 11.643,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 175,00	€ 58.182,00
Tasse iscrizioni	€ 90.000,00	€ 90.000,00	€ 78.390,00	€ -	€ 78.390,00	€ 11.610,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 78.390,00
Totale entrate contributive a carico degli iscritti	€ 2.617.000,00	€ 2.617.000,00	€ 2.045.469,00	€ 388.765,00	€ 2.464.594,00	€ 172.786,00	€ 1.321.817,89	€ 28.700,53	€ 403.988,00	€ 848.232,22	€ 1.844.997,22	€ 2.449.515,00
<b>ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORNAMENTI PROFESSIONALI</b>												
Corsi di aggiornamento	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate per iniziative culturali ed aggiornamenti professionali	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>QUOTE DI PARTECIPAZIONE ISCRITTI ONERE PARTICOLARI GESTIONI</b>												
Ritorni Incassati	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Certificati e trasferimenti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale quote di partecipazione iscritti onere particolari gestioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>TRASFERIMENTI CORRENTI</b>												
Trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale trasferimenti correnti	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI</b>												
Vendita pubblicazioni	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale entrate da vendita beni e prestazioni servizi	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI</b>												
Interesse attivi	€ 290,00	€ -	€ 350,00	€ 190,32	€ 190,32	€ 59,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 190,32
Totale redditi e proventi patrimoniali	€ 290,00	€ 290,00	€ 190,32	€ -	€ 190,32	€ 59,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 190,32
<b>POSTE CONNETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI</b>												
Riscuote e rimborsi	€ 3.000,00	€ -	€ 3.000,00	€ 12.530,04	€ 1.113,01	€ 13.444,35	€ 13.444,35	€ -	€ -	€ -	€ 1.113,01	€ 12.530,04
Totale poste connettive e compensative uscite correnti	€ 3.000,00	€ 3.000,00	€ 12.530,04	€ 1.113,01	€ 13.444,35	€ 13.444,35	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.113,01	€ 12.530,04
<b>ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>												
Entrate varie	€ 8.000,00	€ -	€ 8.000,00	€ 25.541,37	€ -	€ 25.541,37	€ 17.841,37	€ 25.500,00	€ 6.085,37	€ 18.544,83	€ 18.544,83	€ 32.498,74
Totale entrate non classificabili in altre voci	€ 8.000,00	€ 8.000,00	€ 25.541,37	€ -	€ 25.541,37	€ 17.841,37	€ -	€ 25.500,00	€ 6.085,37	€ 18.544,83	€ 18.544,83	€ 32.498,74
<b>TOTALE TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>	<b>€ 2.629.290,00</b>	<b>€ 2.629.290,00</b>	<b>€ 2.081.561,37</b>	<b>€ 389.878,01</b>	<b>€ 2.481.418,84</b>	<b>€ 144.779,35</b>	<b>€ 1.321.817,89</b>	<b>€ 54.200,53</b>	<b>€ 410.041,37</b>	<b>€ 864.778,05</b>	<b>€ 1.964.055,05</b>	<b>€ 2.494.512,60</b>
<b>TITOLO II - ENTRATE IN CONTRO CAPITALE</b>												
<b>ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI</b>												
Alienazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
Totale alienazione immobili	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

Entrate	GESTIONE DI COMPETENZA					Sostanzioso	GESTIONE DEI RESIDUI					GESTIONE CASSA Tot. Inc.
	Totale	PREVISIONI Versamenti	Definisci	Realizzati	SOMME ACCERTATE Da riscuotere		Totale	Incassati	Variazioni	Riscossi	Da Riscuotere	
<b>TITOLO II - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO</b>												
<b>AVVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>												
Ripetute servizi	€ 250.000,00	€ 250.000,00	€ 183.524,50	€ 9,00	€ 183.534,50	€ 66.465,48	€ 1,64	€ 1,64	€ -	€ -	€ 9,00	€ 183.534,50
Altre partite di giro	€ 20.000,00	€ 20.000,00	€ 15.823,84	€ 3.847,80	€ 17.276,74	€ 2.725,26	€ 8.827,06	€ 2.005,68	€ 6.821,38	€ 15.189,18	€ 15.823,82	€ 17.276,74
IVA Split Payment	€ 120.000,00	€ 120.000,00	€ 127.146,50	€ -	€ 127.146,50	€ 7.140,90	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 127.146,50
<b>TOTALE TITOLO II - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO</b>	<b>€ 490.000,00</b>	<b>€ 490.000,00</b>	<b>€ 317.714,84</b>	<b>€ 3.857,80</b>	<b>€ 327.817,74</b>	<b>€ 84.629,29</b>	<b>€ 8.508,70</b>	<b>€ 1,64</b>	<b>€ 2.005,68</b>	<b>€ 6.821,38</b>	<b>€ 15.179,18</b>	<b>€ 327.721,63</b>
<b>TOTALE ENTRATE</b>	<b>€ 3.089.290,00</b>	<b>€ 3.089.290,00</b>	<b>€ 2.400.307,18</b>	<b>€ 403.536,81</b>	<b>€ 2.809.236,58</b>	<b>€ 229.408,25</b>	<b>€ 1.330.345,59</b>	<b>€ 64.708,89</b>	<b>€ 412.047,05</b>	<b>€ 871.299,23</b>	<b>€ 1.979.104,13</b>	<b>€ 2.822.034,23</b>
Diminuzione di ammortamento dell'impianto	€ 362.594,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 362.594,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 362.594,00
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>€ 3.451.884,00</b>	<b>€ 3.089.290,00</b>	<b>€ 2.400.307,18</b>	<b>€ 403.536,81</b>	<b>€ 2.809.236,58</b>	<b>€ 592.002,25</b>	<b>€ 1.330.345,59</b>	<b>€ 64.708,89</b>	<b>€ 412.047,05</b>	<b>€ 871.299,23</b>	<b>€ 1.979.104,13</b>	<b>€ 3.184.628,23</b>

Uscite

Table with columns: SETTORE DI COMPETENZA, SETTORE DI RISCOV, SETTORE CASSA, and various sub-headers like PREVISIONI, ZONARE SPESATE, etc.

Uscite

Table with columns: SETTORE DI COMPETENZA, SETTORE DI RISCOV, SETTORE CASSA, and various sub-headers like PREVISIONI, ZONARE SPESATE, etc.

Uscite

Table with columns: SETTORE DI COMPETENZA, SETTORE DI RISCOV, SETTORE CASSA, and various sub-headers like PREVISIONI, ZONARE SPESATE, etc.



dalla FNOPI

# Giornata del personale sanitario e sociosanitario Le professioni la celebrano “INSIEME”

“Insieme per garantire la salute di tutti”: questo, lo slogan scelto per la terza Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socio-assistenziale e del volontariato, del 20 febbraio scorso. Quest'anno, infatti, le 11 Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni sociosanitarie (oltre 1,5 milioni di professionisti) hanno deciso di celebrare *insieme* l'evento, la cui istituzione ha costituito il riconoscimento dell'attività quotidianamente svolta a tutela della salute dei cittadini. A Roma, presso l'Aula Magna della Pontificia Università San Tommaso D'Aquino, alla presenza del senatore Maurizio Gasparri e del Ministro della Salute, Orazio Schillaci, la celebrazione congiunta è stata strutturata alternando letture di testi scelti, alle esecuzioni della *Red Shoes Women Orchestra*, diretta dal Maestro **Dominga Damato**.

La scelta di privilegiare un'orchestra al femminile nasce dalla comune volontà di lanciare anche un segnale forte per contrastare la violenza contro le donne, oltre che contro i professionisti sociosanitari.

L'evento (nel giorno in cui, a Codogno, fu scoperto il “paziente uno”) è stata istituita con la Legge 13 novembre 2020 per: *“onorare il lavoro, l'impegno, la professionalità e il sacrificio del personale medico, sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato nel corso della*

*pandemia da Coronavirus”*.

Le professioni sociosanitarie sono, da sempre, accanto a chi soffre, e lo sono state anche nelle fasi più dure della pandemia, quando non c'erano i vaccini e mancavano spesso perfino i dispositivi di protezione individuale. La Giornata ha voluto sotto-

lineare l'irrinunciabilità di una rappresentanza comune riconosciuta a livello istituzionale e che, proprio in tale contesto, abbia voce in capitolo per determinare le esigenze e le scelte programmatiche necessarie alla qualità dell'assistenza sociosanitaria.

“L'occasione di oggi - ha detto **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI - dimostra come siano necessari nuovi modelli e un nuovo approccio al sistema salute e socio-sanitario. Non c'è più spazio per ricette semplicistiche: servono risposte univoche ai problemi complessi di questo settore e dei professionisti che lo vivono”.

La presidente Mangiacavalli, a nome di tutte le Federazioni presenti, ha ricordato che la salute dei cittadini “non è, e non può essere, un problema delle singole professioni. Noi, quali professionisti del Sistema, siamo quelli che tentano di tradurre le linee politiche istituzionali nei percorsi di presa in cura, di assistenza e di continuità. Oggi, e specie in questi ultimi anni, lo abbiamo dimostrato”.

Parole a cui sono seguite quelle di saluto del vicepresidente del Senato, **Maurizio Gasparri**: “Siete la prima linea dell'aiuto e della vicinanza al dolore e difendete le persone con i valori fondamentali della Scienza - ha detto -. Per voi, ogni giorno è emergenza e noi tutti non possiamo che elogiare la vostra opera: non solo nei momenti rituali, ma sforzandoci di ricordarlo ogni giorno”.

La legge n.155/2021, dedicata all'impegno e alla professionalità di chi ha affrontato, e ancora affronta quotidianamente, le sfide del nostro Servizio Sanitario, ricorda chi ha sofferto, chi soffre e quanti, con la loro attenzione e partecipazione, hanno aiutato ad arginare la pandemia con comportamenti coscienziosi.

“Anche nei momenti più difficili - ha aggiunto Mangiacavalli - siamo rimasti uniti, perché riteniamo che sostenere il Sistema salute, nella sua interezza e complessità, sia possibile solo con un impegno costante, competente, multidisciplinare e sinergico”.

In apertura, proprio il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha sottolineato come: “riconoscere i meriti e l'importanza degli operatori sanitari e sociosanitari vuol dire attivarsi per valorizzare al meglio la loro professionalità, restituendo attrattività al Servizio Sanitario Nazionale, agendo sui vincoli di spesa, permettendo alle Regioni di potenziare gli organici e investendo sulla formazione e lo sviluppo delle competenze, sia specialistiche che trasversali, per un'assistenza meno incentrata sull'ospedale e con un territorio più forte”.

Ai link, <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2023/02/Discorso-20-febbraio-2023-.pdf> il discorso integrale della presidente FNOPI; mentre, <https://www.youtube.com/watch?v=ooieKqDqKHA> per il video della Giornata.





# Il futuro della professione in un “Documento di consenso”

La Federazione nazionale, con la consultazione pubblica degli “Stati Generali dell’Infermieristica”, ha elaborato un preciso elenco di impegni rivolti alle istituzioni e alla politica

Il futuro della professione infermieristica dei prossimi 20 anni si disegna ora.

E la Federazione nazionale-FNOPI, dopo aver raccolto le richieste degli iscritti attraverso la consultazione pubblica degli “Stati Generali”, ha elaborato un preciso elenco di impegni rivolti alle istituzioni e alla politica, raccolti e analizzati in un “Documento di consenso” sui principali cardini su cui si articolerà lo sviluppo della professione nella cornice di un rinnovato SSN. I risultati finali della *Consensus Conference* promossa dalla FNOPI durante tutto il 2022, sono stati trasmessi ai parlamentari delle Commissioni competenti in materia di Lavoro, Bilancio, Sanità e Istruzione di entrambi i rami del Parlamento, nonché alle Regioni. **Inserire le prestazioni infermieristiche nei Livelli Essenziali di Assistenza**, anche con indicatori per confrontare e misurare i risultati dell’assistenza infermieristica a livello nazionale. **Superare l’esclusività degli infermieri dipendenti** per ampliare l’offerta assistenziale al territorio, con la massima attenzione al mantenimento dell’equilibrio del sistema. Stop a modelli di assistenza basati su prestazioni limitate al caso specifico, sostituiti da modelli organizzativi per la presa in carico della persona e dei loro *caregiver*. **Prescrizione infermieristica** di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale, farmaci di uso comune e/o per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità. Un cambiamento radicale della formazione, con **specializzazioni e percorsi universitari ad hoc** in alcune aree: cure primarie e Sanità pubblica; Neonatologia e Pediatria; Salute mentale e dipendenze; Intensiva e dell’Emergenza; medica e chirurgica.

Sono queste alcune azioni che un *Panel* di 46 *stakeholder* (di cui 23 infermieristici), rappresentativi della Sanità nazionale, hanno identificato, dopo l’analisi durata più di un anno condotta da tre gruppi di lavoro i temi da affrontare per dare impulso alla professione

infermieristica e all’assistenza sanitaria: le nuove esigenze del Ssn; le strade per l’evoluzione della professione; la revisione del suo assetto formativo. Dopo, 16 esperti, riuniti in un *Panel* di Giuria, hanno sintetizzato il lavoro dei gruppi, identificando una serie di azioni da sottoporre alle istituzioni perché possano essere previste e realizzate (**vedi tabella**).

Un ruolo fondamentale sarà dato alla **formazione**: aumentarne la qualità, incrementando i docenti universitari infermieri di ruolo per garantire qualità e non impattare negativamente su altri CdL attivi; assicurare l’evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione, con percorsi distinti e successivi alla Laurea magistrale (*master* o corsi di Alta formazione) e realizzare la Laurea magistrale a indirizzo clinico, abilitante per un profilo con competenze avanzate e funzioni e attività specifiche distinte dal laureato triennalista. Ancora: prevedere Scuole di specialità interprofessionali, come nell’ambito delle cure primarie e Sanità pubblica, cure palliative, Geriatria e così via.

Ovviamente, è essenziale riconoscere nel **sistema di remunerazione** la specificità del ruolo agito dagli infermieri professionisti, visto che, a oggi, sono tra i meno pagati d’Europa. Mentre, per far fronte, alla carenza di organici, bisognerà ufficializzare la figura e il ruolo di nuovi operatori sanitari, formati e guidati dagli infermieri, da inserire nei *setting* assistenziali, certificati in un Registro nazionale gestito dalla FNOPI, per tutelare i cittadini e le organizzazioni che fruiranno del loro intervento.

Ecco tutti gli esperti coinvolti nel *Panel* di Giuria:

**Tonino Aceti**-presidente Salutequità; **Pier Giovanni Bresciani**-psicologo del lavoro e docente Università degli Studi di Urbino “Carlo Bo”; **Silvio Brusarferro**-presidente ISS; **Davide Caparini**-assessore al Bilancio della Regione Lombardia e presidente del Comitato di Settore Regioni-Sanità; **Bruno Cavaliere**-presidente Società Italiana per la Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche (SIDMI); **Salvatore Cuzzocrea**-presidente Osservatorio nazionale formazione MUR e Rettore dell’Università degli Studi di Messina; **Carlo Della Rocca**-presidente Conferenza Permanente delle Facoltà e Scuole di Medicina e Chirurgia, Preside Facoltà Farmacia e Medicina, Università di Roma “Sapienza”; **Claudio Costa**-Coordinatore dell’area tecnica del personale sanitario Regione Veneto, componente del gruppo di supporto del Comitato di settore Regioni-Sanità; **Tiziana Frittelli**-presidente Federsanità, Confederazione delle Federsanità Anci regionali, Direttore generale AO San Giovanni Addo-

lorata di Roma; **Silvio Garattini**-presidente Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"; **Domenico Mantoan**-Direttore generale Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS; **Maria Letizia Melina**-Segretario Generale Ministero dell'Università e della Ricerca; **Paolo Petralia**- vicepresidente Federazione Italiana Aziende Sanitarie-Ospedaliere (FIASO), Direttore generale ASL4 Chiavarese del SSR

Ligure; **Francesco Quaglia**-Direttore Dipartimento Salute e Servizi Sociali Regione Liguria; **Luisa Sariani**-presidente Conferenza Permanente Professioni Sanitarie, professore Scienze infermieristiche generali e cliniche presso il Dipartimento di Diagnostica dell'Università degli Studi di Verona (MED/45); **Rosana Ugenti**-Direttore Generale Direzione delle professioni Sanitarie e delle Risorse umane SSN.

<b>COME CAMBIARE LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA</b> <i>Le azioni necessarie secondo gli esperti del Panel di Giuria*</i>
<b>Nuove esigenze del Ssn. È necessario:</b>
Individuare le prestazioni infermieristiche da inserire nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) che definiscono l'elenco delle prestazioni erogabili e le rispettive codifiche
Riconoscere nel sistema di remunerazione la specificità del ruolo agito dagli infermieri professionisti nelle organizzazioni sanitarie
Prevedere la prescrizione infermieristica di presidi sanitari utili nella pratica assistenziale, farmaci di uso comune e/o per garantire la continuità terapeutica nelle cronicità
Superare il vincolo di esclusività degli infermieri dipendenti per potenziare la rete di erogazione, anche in ottica di estensione sul territorio, con attenzione alle necessità per mantenere l'equilibrio del sistema
<b>Evoluzione della professione infermieristica. È necessario:</b>
Un dirigente infermieristico con posizione di pari livello gerarchico col management direzionale, per partecipare alla direzione strategica dell'azienda e governare l'intero processo assistenziale
Un ruolo di coordinamento assunto da personale opportunamente formato (laurea magistrale) e con adeguata esperienza, superando il vincolo del master di primo livello
Abbandonare i modelli organizzativi assistenziali con logiche prestazionali/esecutive, a favore di modelli organizzativi a sostegno della presa in carico della persona e dei loro caregiver
Introdurre (e considerare) nella definizione degli organici assistenziali il concetto di rapporto infermiere /paziente
Coinvolgere Università e ricercatori infermieristici per definire un <i>Nursing Minimum Data Set</i> , per confrontare e misurare i risultati ( <i>outcome</i> ) dell'assistenza infermieristica a livello nazionale
Formalizzare figura e ruolo di un nuovo operatore sanitario, formato e gestito dagli infermieri, da inserire nel setting assistenziali
Inserire i nuovi assistenti all'infermieristica certificati in un registro nazionale gestito da FNOPI, per tutelare i cittadini e le organizzazioni che fruiranno del loro intervento
<b>Revisione dell'assetto formativo infermieristico. È necessario:</b>
Convertire il Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica in un percorso specialistico post base (infermiere con laurea magistrale in area pediatrico neonatologica)
Aumentare la qualità della formazione con un piano di assunzione per un incremento dei docenti universitari infermieri di ruolo per non impattare negativamente su altri corsi di laurea attivi
Sviluppare lauree magistrali a indirizzo clinico in alcuni aree: cure primarie e sanità pubblica; neonatologia e pediatria; salute mentale e dipendenze; intensiva e dell'emergenza; medica; chirurgica
Garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale, come master di II livello o corsi di alta formazione
Realizzare la laurea magistrale a indirizzo clinico abilitante per un profilo con competenze avanzate e funzioni e attività specifiche distinte dal laureato triennialista (es. possibilità prescrittiva)
Prevedere scuole di specialità interprofessionali quali ad esempio nell'ambito delle cure primarie e sanità pubblica, cure palliative, geriatria ecc..

# Le elezioni incoronano Rocca La nuova Giunta e il nuovo Consiglio

Lo scorso 13 marzo, è stata convocata la seduta d'insediamento della XII legislatura del Consiglio regionale del Lazio con **Francesco Rocca** nuovo presidente della Regione, con delega alla sanità.

Il candidato del centrodestra, per la corsa alle recenti elezioni, è stato sostenuto da sei liste: Fratelli d'Italia, Lega, Forza Italia, Lista civica-Francesco Rocca presidente, Unione di centro e Noi moderati-Rinascimento Sgarbi.

Il Consiglio ha eletto **Antonio Aurigemma** presidente



dell'assemblea, e alla prima seduta, ricevute le dimissioni dalla carica di consigliere regionale di **Donatella Bianchi** (M5s), ha accolto il neoconsigliere **Adriano Zuccalà**, invitato a prendere posto nell'emiciclo.

Dopo aver osservato un minuto di silenzio in memoria di **Bruno Astorre** (ex presidente del Consiglio regionale, tragicamente deceduto), è stata presentata anche la nuova Giunta regionale, che ha un'età media dei consiglieri di 48,6 anni.

Ecco la squadra di Rocca: **Angelilli**: vicepresidente, sviluppo economico, artigianato, industria; **Baldassarre**: cultura, pari opportunità, giovani, famiglia e servizio civile; **Ciacciarelli**: urbanistica, politiche del mare; **Ghera**: mobilità, trasporti, infrastrutture, rifiuti, periferie, demanio e patrimonio; **Maselli**: inclusione sociale, fragilità, povertà; **Palazzo**: ambiente, aree protette, biodiversità, transizione energetica, sport e turismo; **Regimenti**: personale, polizia locale, sicurezza urbana, rapporti con gli Enti locali; **Righini**: bilancio, agricoltura, pesca, caccia e foreste; **Rinaldi**: lavori pubblici e politiche di ricostruzione, Tecnico di eccellenza; **Schiboni**: lavoro, università, scuola formazione, ricerca e merito.



## L'incontro

### Già numerosi i confronti tra l'Ordine e il nuovo Governatore

Da inizio anno, l'Ordine di Roma ha organizzato in sede incontri con i principali contendenti alla carica di presidente della Regione Lazio, per scambiarsi idee sulla sanità del futuro.

Il primo di questi si è tenuto il 18 gennaio 2023, proprio con **Francesco Rocca**, poi risultato vincitore della competizione elettorale e che ha tenuto per sé la delega alla Sanità.

Sul tavolo, questioni come: la carenza di personale infermieristico, il PNRR sulle nuove strutture di una sanità territoriale e proattiva, una speciale cura alla formazione con i CdL in Infermieristica e la creazione delle Direzioni assistenziali presso le Asl.

Rispetto alle richieste e alle sollecitazioni avanzate dal presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**, e dai tanti iscritti OPI Roma presenti, Rocca si è mostrato consapevole della centralità della figura professionale infermieristica, manifestando ampia disponibilità al confronto con l'Ordine nella gestione della sanità regionale, annunciando: Tavoli permanenti di concertazione con gli Ordini professionali; più risorse e strutture per la degenza infermieristica e impegnandosi a introdurre la Direzione assistenziale anche nel Lazio.

Inoltre, per la sua "uscita" d'esordio alla Pisana da Governatore, Rocca ha annunciato che i primi provvedimenti della nuova Giunta riguarderanno l'emergenza dei Pronto Soccorso - "che vanno potenziati con più personale" - e le liste d'attesa. Ha anche detto che "saranno centrali i temi dell'assistenza domiciliare e della psichiatria, dove abbiamo una delle leggi più avanzate, ma occorre investirci le risorse adeguate".





Sandra M. Nettina  
**Il manuale dell'infermiere**  
Piccin-Nuova Libreria, 2023  
(1837 pagg, 98 Euro)

## Quarta edizione del “Manuale” per l’infermiere degli anni Duemila

Claudia Lorenzetti  
Tiziana Mercurio

Il “Manuale dell’infermiere”, di Sandra M. Nettina, è oggi alla sua IV edizione italiana, a cura dei professori Rosaria Alvaro, Alessandro Delli Poggi, Ercole Vellone.

È frutto del lavoro svolto da 28 revisori che, con competenza e dedizione, ne hanno reso possibile la realizzazione, rivedendo e aggiornando molti dei capitoli che lo costituiscono, dettagliatamente specificati nelle “Novità di questa edizione”.

La Professione infermieristica, specie negli ultimi 10 anni, è stata impegnata su diversi fronti, ma, per venire incontro ai bisogni di salute della popolazione, ridurre i costi e migliorare gli esiti, bisogna (ri)partire da compiti fondamentali, come l’accertamento infermieristico e la documentazione, affinché l’assistenza (in ospedale e a casa) tenga sempre la cura della persona al centro del percorso terapeutico.

Nel “Manuale”, ampio spazio è lasciato all’assistenza infermieristica a domicilio, visto che è a casa che la pratica clinica avrà un’incidenza davvero ottimale sulla qualità di vita delle persone. Ciò, perché gli infermieri, a prescindere dai bisogni del paziente, posseggono abilità che possono essere ad uso nelle più disparate *location*. E senza dimenticare che, nel *Nursing* odierno, l’obiettivo finale è il coordinamento dell’assistenza: dalla prevenzione alla degenza ospedaliera, e via via allargandosi a tutte le aree di cura.

Se un paziente è ricoverato, l’impegno del professionista infermiere sarà rivolto a favorirne la transizione verso le strutture di riabilitazione e/o il ritorno a casa; se, invece, è già a casa, bisognerà valutare l’impatto di prestazioni sanitarie a lungo termine.

Qui, il *focus* centrale è indirizzare gli studenti e i colleghi infermieri a interagire con i degenti secondo i dettami della buona pratica assistenziale infermieristica, per fornire loro quanto serve secondo standard professionali stabiliti.

Il testo (che si compone di due volumi, suddividendosi in cinque parti), grazie a una grafica colorata e accattivante, guida il lettore attraverso i capitoli, con approfondimenti e suggerimenti *ad hoc*, per essere quanto mai esaustivi rispetto a tutti i tipi di assistenza infermieristica.

Il primo volume è costituito, a sua volta, da due parti, mentre il secondo da tre.

La prima parte (“Il processo e la pratica del Nursing”) si focalizza sui principi del Nursing, ovvero sul ruolo dell’infermiere nel contesto sanitario, mentre la seconda si occupa del “Nursing medico-chirurgico” ed è suddivisa, ancora, in 12 sezioni, rappresentando la parte più corposa dell’intero volume. Il secondo volume dell’opera descrive, nella terza parte, l’ “Assistenza infermieristica alla maternità e al neonato”; nella quarta, il “Nursing pediatrico” e, infine, nella quinta, il “Nursing psichiatrico” (questa parte è ulteriormente suddivisa in due sezioni: XIII-XIV). Il Manuale si completa con quattro appendici finali: A, Esami diagnostici e loro interpretazione; B, Tabelle di conversione; C, Valori pediatrici di laboratorio e D, Dolore.

L’opera è dedicata agli infermieri che, nel periodo della pandemia, hanno svolto con professionalità, coraggio e resilienza, il loro lavoro e il loro impegno deontologico e morale. In particolare, è destinato a quanti hanno perso la vita, combattendo fino all’estremo sacrificio, in prima linea sul fronte dell’emergenza sanitaria che ha travolto il nostro Paese.

i

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

Per le consultazioni 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](mailto:biblioteca@opi.roma.it)



# L'altra possibilità di un infermiere sopravvissuto al COVID-19



Andrea Maccari  
**Un'altra possibilità**  
2022  
(88 pagg, 12 Euro)

Cla.Lor.  
Ti.Me.

**N**on è un libro sull'Infermieristica, non è un Manuale.  
"Un'altra possibilità" è scritto da un infermiere: è il suo "diario".  
Il diario di viaggio di chi, normalmente, si prende cura degli altri e che, invece, si è dovuto affidare agli altri (i colleghi dei vari ospedali romani) per uscire dal tunnel del COVID-19. Una strada tutta in salita e tutt'altro che facile. È un diario che commuove il lettore e che si legge tutto d'un fiato, suscitando una riflessione etica sul valore della vita e dell'assistenza. Questo breve lavoro di Andrea Maccari è uno Zibaldone intimo e emozionante (con tanto di colonna sonora evocata alla fine di ogni capitolo) che accompagna il lettore nell'universo di un infermiere che si (ri)trova "dall'altra parte", che diventa un paziente e che, con coraggio, affronta non solo tutti i disagi legati alle contingenze, ma pure quelli di una Sanità non sempre all'altezza delle aspettative. . . Per questo motivo, al di là di ogni velleità letteraria, queste pagine, scritte sobriamente, lasciano il segno. Perché sono una testimonianza "viva"; sono la voce di un "sopravvissuto" che, oggi, è un paziente cronico; sono le parole di un infermiere che, durante la fase più acuta della pandemia, si è ammalato gravemente. Andrea ha dovuto lasciare improvvisamente la sua casa e i suoi affetti più cari (la moglie, i figli), per affrontare un percorso diagnostico e terapeutico inimmaginabile. Un viaggio nell'inferno della Terapia Intensiva, con il casco e i tubi. Quattro mesi a contatto con la morte, nell'incoscienza di un tempo sospeso, in cui ricordi e pensieri si offuscano, ma sempre aspirando a "un'altra possibilità".  
L'autore sta presentando questo libro anche in giro, per parlare a chi ancora nega la necessità di basare le cure sulle evidenze scientifiche, ma pure affinché il sacrificio di tanti operatori sanitari non vada sprecato.

## Il salute

### Gianni Bitetti e le vignette sulla professione

*Caro Gianni, caro Bito, dal 2009, il tuo talento ha accompagnato la nostra comunicazione con effetti talvolta irresistibili e comunque sempre di qualità. Per lo più, con quel sarcasmo vorrei dire quasi "terragno", che viene dal buonsenso e che, senza illusioni, sa distinguere bene le parole dai fatti, le altisonanti affermazioni dalla concretezza di una vita professionale, la nostra. La nostra professione, come poche altre (e forse nessuna...), è a contatto con i fondamentali della vita, la sofferenza, il dolore, la cura, la relazione: altro che chiacchiere. Non sempre però, hai usato solo il sarcasmo: mi piace ricordare, fra i tuoi contributi più recenti, la bella soluzione che hai trovato per salutare la nostra Lia Pulimeno. L'espressione delle facce dei due infermieri che salutano la presidente - mi permetto di dirlo - è un piccolo esempio di grande arte. Arte come artigianato, come sapiente messa insieme di naturale talento, tecnica e studio, sensibilità artistica e spirituale. Ci mancherà il tuo contributo, ma sappiamo che in te avremo ugualmente sempre un amico, uno che ci capisce, che vive e conosce i nostri problemi. Auguri Gianni per il tuo futuro!  
Un abbraccio fraterno  
**Maurizio Zega***



# Le competenze specifiche dell'infermiere

Avv. Barbara Pisa

Accade spesso di domandarsi se una determinata prestazione sanitaria sia di competenza infermieristica o se, invece, appartenga alla competenza di altre figure sanitarie.

A seguito dell'abolizione del cosiddetto "Mansionario", con la legge n.42/1999, la professione infermieristica trova attualmente la sua disciplina:

- i) nel Decreto Ministeriale 739/1994, istitutivo del profilo professionale dell'Infermiere,
- ii) nel Codice Deontologico,
- iii) negli Ordinamenti didattici.

In particolare, ai sensi dell'articolo 1 del richiamato D.M. 739/1994, è individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: *"l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"*.

2. *"L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria."*

*L'infermiere:*

- a) *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
  - b) *identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
  - c) *pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
  - d) *garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*
  - e) *agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
  - f) *per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*
  - g) *svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.*
4. *L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca"*.

[..]

Prosegue, quindi, l'art. 2 del citato D.M.:

*"Il Diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo Albo professionale"*.

Presupposti necessari per l'esercizio della professione infermieristica sono:

- il possesso di un valido titolo di studio abilitativo;
- il conseguimento della abilitazione professionale all'esito di apposito esame;
- l'iscrizione all'Ordine professionale territorialmente competente.

A monte dell'articolo 1 del Codice Deontologico, l'infermiere è il professionista sanitario,



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

Info:

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

È stato attivato l'indirizzo email [legale@opi.roma.it](mailto: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.



iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, **che agisce** in modo **consapevole, autonomo e responsabile**.

Preme, inoltre, segnalare come la legge n. 42/1999 abbia definitivamente abrogato, dall'espressione "*professione sanitaria infermieristica*", l'appellativo di "*ausiliaria*", elevandola, al pari di quella medica, **ad una professione intellettuale ex art. 2229 c.c.**

Sotto il profilo della formazione professionale, poi, come anticipato, per l'esercizio della professione infermieristica, attualmente, è necessario il previo conseguimento della Laurea in Scienze Infermieristiche, della durata accademica di tre anni (percorso formativo che è andato a sostituire i precedenti diplomi ed i diplomi universitari di Infermiere Professionale), per un ammontare complessivo di 180 crediti formativi (1 credito per ogni 30 ore), così come previsto dal combinato disposto del D.M. 509/1999, della l. n. 251/2000, e del D.l. 128/2000 che si sono susseguiti. Possiamo agevolmente concludere, pertanto, che l'infermiere, come da profilo professionale e da normativa di settore, è l'operatore sanitario che, in possesso della Laurea e dell'iscrizione all'Albo professionale, è **responsabile dell'assistenza generale infermieristica**, in stretta collaborazione con il personale medico, a cui provvede avvalendosi anche del personale di supporto, di cui contribuisce attivamente alla formazione.

L'Infermiere, quindi, anche grazie alla formazione professionale, ha acquisito una maggiore responsabilità ed autonomia, nonché una piena maturità professionale, ed è, quindi, il responsabile delle proprie specifiche competenze.

Competenze che si acquisiscono, innanzitutto, durante il Corso di Laurea, sulla base degli Ordinamenti didattici; poi, durante i tirocini; infine, con i corsi di formazione universitari e post universitari.

In ragione, dunque, del percorso formativo e professionale dell'infermiere (sia universitario che post-base) si può senz'altro ritenere che nelle competenze infermieristiche rientrano tutte quelle prestazioni sanitarie che sono state oggetto di studio, formazione e tirocinio.

Con specifico riferimento ai corsi di formazione si ricorda, ad esempio, l'attestato di operatore BLSD (*Basic Life Support-early Defibrillation*), che si ottiene mediante frequentazione di un corso che permette di acquisire competenza per poter intervenire nelle situazioni di emergenza, e di soccorrere i soggetti colpiti da attacco cardiaco mediante manovre di rianimazione cardio-polmonare e di disostruzione e l'uso del defibrillatore.

Ed ancora, rientrano nelle competenze infermieristiche anche i prelievi venosi periferici, che possono essere eseguiti dall'operatore sanitario pure presso strutture ambulatoriali, senza la necessaria presenza del medico responsabile.

A tal riguardo, si ricorda che già il DPR 14 marzo 1974, n. 225 (poi abrogato dalla L. n. 42/1999) nel titolo I "*Mansioni dell'infermiere professionale*", l'art. 2 prevedeva che: "l'infermiere può effettuare il **prelievo capillare e venoso del sangue**".

Il Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, concernente il regolamento per l'individuazione della figura e del profilo professionale dell'infermiere, stabilisce che: "*l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professiona-*

*le, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".*

Di seguito, si riportano alcune sentenze della Corte di Cassazione proprio con specifico riferimento al ruolo dell'Infermiere e alle competenze infermieristiche.

**1) Cassazione penale, sez. IV, 14/09/2021, n.392**

*"La normativa, primaria e secondaria, di settore [cfr. legge 1 febbraio 2006, n. 43, in tema di accesso e di abilitazione professionale; legge 10 agosto 2000 n. 251, sulla disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche; dm del Ministero della sanità del 14 settembre 1994 n. 758, contenente il regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere] disegna l'autonomia operativa della figura professionale dell'infermiere e esprime il rapporto tra infermiere e medico non più in termini di subordinazione ma in chiave di collaborazione nell'ambito delle rispettive sfere di competenza, con conseguente assunzione di una specifica ed autonoma posizione di garanzia da parte dell'infermiere in ordine alla salvaguardia della salute del paziente, il cui limite è l'atto medico in sé".*

**2) Cassazione penale sez. IV, 25/05/2022 n.21449:**

*"Rientra nel proprium (non solo del sanitario) dell'infermiere quello di controllare il decorso della post-operatorio del paziente ricoverato in reparto, sì da poter porre le condizioni, in caso di dubbio, di un tempestivo intervento del medico. Proprio in forza delle competenze professionali dell'infermiere, ... che sono tratte dal D.P.R. n. 225 del 1974, art. 6 titolo V, è evidente il compito cautelare essenziale che svolge nella salvaguardia della salute del paziente, essendo, come detto, l'infermiere onerato di vigilare sul decorso post - operatorio, proprio ai fini di consentire, nel caso, il tempestivo intervento del medico. È evidente l'equivoco in cui incorrono i ricorrenti quando si soffermano sulla mancanza di "autonomia valutativa" diagnostica e medica dell'infermiere, rispetto al sanitario: non è infatti in discussione (né lo potrebbe essere) una comparazione tra gli spazi valutativi e decisionali dell'infermiere rispetto al medico, ma solo l'obbligo ex lege per l'infermiere, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex artt. 2 e 32 Cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute deve tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; l'obbligo di protezione che perdura per l'intero tempo del turno di lavoro (cfr. Cassazione penale, sez. IV, 25/05/2022; sez. IV, n. 39256 del 29/03/2019; Sez. IV, n. 9638 del 02/03/2000, Sez. IV, n. 2192 del 10/12/2014).*

**3) Cassazione penale sez. VI, 28/04/2022, n. 24032:**

*"Più in generale, tuttavia, deve rilevarsi come nel caso in esame non sia propriamente configurabile la responsabilità a titolo concorsuale nell'abusivo esercizio di un'attività propria della professione medica, tale non potendosi ritenere, in presenza delle condizioni date, il supporto materialmente prestato da un infermiere professionale attraverso un intervento meccanico di sblocco del funzionamento di uno strumento o dispositivo sanitario situato nella sfera corporea del paziente e rivelatosi difettoso, o per qualsiasi altra ragione inceppatosi, nel corso di un'operazione condotta dal medico, su richiesta di quest'ultimo e sotto il suo personale ed esclusivo controllo, senza agire direttamente sul corpo del paziente, ma limitandosi a svolgere un'attività meramente ausiliaria ed oggettivamente funzionale all'espletamento della professione medica".*



# SARA E MATTEO

Massimo D'Urso



COSE' QUELLA FACCIA?  
SEMBRAVI CONTENTO MENTRE  
DAVI CONSIGLI ALLA  
CAREGIVER!



LO ERO, MA POI MI HA CHIESTO  
SE POTEVO PRESCRIVERLE I  
PRESIDI CHE UTILIZZAVAMO E...



...E SEI SEMPRE IL SOLITO...  
HAI LETTO IL DOCUMENTO DELLA CONSENSUS  
CONFERENCE? E' ANCHE SUL SITO DELL'OPI!  
SONO TUTTI D'ACCORDO: INFERMIERI, MEDICI,  
PAZIENTI... QUESTE BARRIERE PRESTO  
CADRANNO!



QUINDI FINALMENTE  
POTREMO...  
BLA... BLA... E ANCHE...

...SENZA DIMENTICARE CHE  
FINALMENTE POTREMO...  
BLA...BLA...BLA...



LA SMETTERA'  
PRIMA DI FINE  
TURNO?

GRAFICA EMILIANO CIAVARDINI

Massimo D'Urso è nato nel 1977 e con i suoi «Sara e Matteo» ci aiuterà a raccontare parte della professione infermieristica. Il suo *tratto*, supportato nella grafica da Emiliano Ciavardini, ci darà appuntamento alle prossime edizioni della rivista assieme ai due nuovi «collegli di turno», a tanti spunti per ragionare e sorridere.

“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; Materiali e metodi; Risultati e Discussione; Conclusioni e Biblio/Sitografia. Inoltre, vanno specificati: presenza/assenza di conflitto di interesse e eventuali finanziamenti ottenuti.

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

## FIGURE E TABELLE

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

## CITAZIONI BIBLIOGRAFICHE

La bibliografia dovrà essere redatta secondo le norme riportate nel Vancouver Style (consultabili al sito internet <http://www.icmje.org>) che ha il vantaggio di facilitare la lettura di un testo non interrotto dalla citazione, in quanto più scorrevole. Solitamente, i rimandi alla bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente (es. parola<sup>2</sup>) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citato; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

## CITAZIONI DA INTERNET

Per citare un articolo su una rivista on line, è bene riportare: cognome, nome, “titolo articolo”, titolo rivista, volume: fascicolo (anno). Indirizzo internet completo (con ultima data di accesso).

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

## ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione 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](mailto:ordine@opi.roma.it)

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

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



**OPI ROMA**  
a portata di click!

 [www.opi.roma.it](http://www.opi.roma.it)  
[www.centrodieccellenza.eu](http://www.centrodieccellenza.eu)

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

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

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