

INFERMIERE

OGGI

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





Ultimo numero prima che l'estate entri nel vivo, con una copertina per riflettere sotto l'ombrellone: sulla facciata del Montefiore Einstein, fra i più noti ospedali di New York, campeggia il murale "In onore di tutti gli infermieri, per i quali la cura è una vocazione".

All'estero, dunque, si è compreso che la nuova domanda di salute passa anche per lo sviluppo e la valorizzazione della nostra Professione?

La "narrativa sull'Infermieristica" sta cambiando, a favore di una maggiore visibilità degli infermieri e di un più attento riconoscimento del loro ruolo?

In Italia, no.

E questo benché il Presidente Mattarella ci abbia conferito la medaglia d'oro al merito della Sanità, perché: "Gli Infermieri sono i professionisti che diffondono e difendono il sapere scientifico".

Ancora una volta, dobbiamo partire da noi: se gli Infermieri, in considerazione della propria dignità, non daranno il loro essenziale contributo, niente di quanto auspicato nel Pnrr si realizzerà, né alcuna riforma sanitaria di valore.

EDITORIALE

- 2_ Il riconoscimento sociale e la presa di coscienza
di Maurizio Zega



- 4_ See and treat: valutazione dell'efficacia nel trattamento delle patologie traumatologiche in Pronto Soccorso
Laura Tibaldi, Teresa Colacci, Sofia Taborri, Marianna De Bastiani, Valeria Chiovaro, Michela Pizzale
- 10_ La Dedicated Education Unit modello di formazione universitaria. Una Revisione della letteratura
Maria Alessia Cornacchia, Carmela Marseglia
- 26_ La cultura del mare e della navigazione come strategia di coping nel percorso di cura dei tumori infantili
Valentina Pizziconi, Eleonora Orsi Spadoni, Giuliana D'Elpidio Andrea Gazzelloni
- 31_ JBI Best Practice. Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità negli anziani

DAL CECRI

- 36_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo
- 37_ Estratto della Linea Guida per gestione integrata del Trauma maggiore dalla scena dell'evento alla cura definitiva
- 53_ COMMENTARY al COCHRANE



59_ Il XII Congresso Internazionale al Ministero della Salute

DALL'ORDINE

61_ Giornata Internazionale dell'Infermiere L'OPI Roma in piazza San Lorenzo in Lucina

DALLA REGIONE

63_ OPI Roma e OM CeO per l'evento "Medici, infermieri e cittadini: un gioco di squadra vincente"

64_ In Campidoglio si insedia il Tavolo sulla Salute

DALLA FNOPI

65_ Formazione, nuova Commissione ECM annunciata dal Ministro

66_ L'IFeC e le cure palliative domiciliari e pediatriche

67_ Al Congresso CIVES, eletto il nuovo Consiglio

OPI DI BIBLIOTECA

68_ Assistenza infermieristica in Area Critica e in emergenza: un volume scritto da infermieri per gli infermieri

69_ L'Infermiere di Famiglia e di Comunità Figura-chiave della Sanità del futuro

PILLOLE LEGALI

70_ Stop al vincolo di esclusività per gli infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

72_ LA STRISCIA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'Opi di Roma
Anno XXXIII - N. 2 - APRILE-GIUGNO 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 Sterrizza, Alessandro Sili, Fabio Tettoni, Marco Tosini

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

Il riconoscimento sociale e la presa di coscienza

di Maurizio Zega

La produzione della tv inglese BBC "Caring with courage" ha ricevuto il prestigioso premio Webby Awards 2023 che "illustra - si legge nella motivazione - lo straordinario e ispirato lavoro degli infermieri in tutto il mondo, mostrando la vera essenza dell'Infermieristica".

Nel congratularsi con la BBC, Howard Catton, Chief Executive Officer dell'International Council of Nurses ha detto: "Questa serie sta cambiando la narrativa sull'Infermieristica, dando agli infermieri la visibilità che meritano e polverizzando miti sorpassati. Sono sicuro che farà sviluppare un crescente rispetto per gli infermieri e incoraggerà altri a infoltire i ranghi di quella che è la più grande professione della terra".

Sulla facciata di un ospedale campeggia il murale "In onore di tutti gli infermieri per i quali la cura è una vocazione": si tratta del Montefiore Einstein, un tempo ospedale dei poveri, oggi fra i più prestigiosi presidi sanitari di New York: non proprio una realtà di provincia. Notizie che parlano del valore sociale, della considerazione della nostra professione, e della opportunità di sostenerla e accrescerla.

Se ne parliamo, non è per impiantare un lamento corporativo sulla situazione nel nostro Paese. Pur fornendo dati reali e sconsolanti sulla scarsa retribuzione degli infermieri, non ci piace una narrazione che si trasforma in un piagnisteo...

È anche da queste, però, che emerge con forza un vero e proprio *gap* culturale fra l'Italia e altre realtà del mondo sviluppato. Altrove, sembra di capire, si è compreso come la nuova domanda di salute nei nostri Paesi passa per la definizione di un paradigma sanitario proattivo e su base territoriale. E, come inevitabile corollario logico e scientificamente evidente, che questo indirizzo di politica sanitaria passa per lo sviluppo e la valorizzazione della Scienza infermieristica: non per sbrodolare fiumi di melassa retorica, come da noi si è visto durante la pandemia. Niente ipocrisia strumentale, tesa all'acquisto di consensi tanto facili quanto labili. Quando allora si insiste sull'elemento in senso ampio culturale non si fa un'operazione di "aria fritta": al contrario, si sottolinea con forza come questa sia una condizione essenziale per procedere, per andare avanti, per costruire la Sanità del futuro.

Quasi in risposta a queste considerazioni, di recente, l'OCSE ha presentato un Rapporto con un titolo significativo: "Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care".

Gli operatori del settore LTC (assistenza a lungo termine) "continuano a lavorare in condizioni difficili, con salari bassi e poco riconoscimento sociale nonostante quegli applausi dai balconi e nonostante - si badi bene - il fatto che l'offerta di LTC e le condizioni di lavoro fossero in cima alle preoccupazioni degli osser-



Ultimamente sono diverse le notizie che parlano del valore sociale, della considerazione della nostra professione e della opportunità di sostenerla e accrescerla



“
L'OCSE ritiene che non ci sia tempo da perdere, perchè il futuro, a causa dell'incremento della fascia di popolazione in età avanzata, richiede un potenziamento di almeno il 30% della forza lavoro in Sanità

”

vatori”. **Insomma, tutti molto consapevoli del problema, ma passi concreti fatti, a detta dell'OCSE, sono stati ben pochi.**

La stessa Organizzazione - che, da decenni, ha indicato la giusta direzione delle politiche sanitarie verso un'evoluzione territoriale - “ritiene che non ci sia tempo da perdere, perché il futuro della maggior parte dei Paesi OCSE vede un progressivo e costante incremento della fascia di popolazione in età più avanzata che richiederebbe un potenziamento di almeno il 30% dell'attuale forza lavoro impiegata nel settore”.

Essenzialmente, infermieri.

Ma questa “domanda” di lavoratori rischia di andare deserta se le condizioni non cambieranno perché, nota sempre l'OCSE, saranno sempre meno quelli disposti ad accettare lavori sottopagati, svolti in condizioni difficili e, nel complesso, non ancora ben riconosciuti dalla società. Anche questa strutturazione, votata alla mera efficienza economica e di sistema, dunque, ammette l'importanza del “riconoscimento sociale” come chiave della soluzione del problema, accanto, com'è ovvio, ai dati economici notoriamente insufficienti.

Ecco.

C'è forse ancora da aggiungere che l'aver individuato questo aspetto “culturale” e “sociale” della questione infermieristica non è il solito atto di “denuncia”, di carenze e responsabilità della classe politica, o di resistenze corporative di altre realtà professionali. Le quali esistono, e sono gravi, ma non sono “tutto” il problema: sono anche gli Infermieri, a partire dalla considerazione che hanno di loro stessi, della propria professione, della sua dignità, eticità, scientificità, che possono - e devono - dare un contributo essenziale.

Quindi: in sede sindacale si difendano posizioni contrattuali e retributive che sappiamo drammatiche, ma l'Ordine, da parte sua, deve insistere (come già sta facendo) proprio sugli aspetti legati allo sviluppo intellettuale e scientifico dell'Infermieristica.

Quando parliamo di sviluppo della carriera clinica degli infermieri, quando, com'è stato ricordato all'atto del conferimento della medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica alla FNOPI, “noi professionisti abbiamo diffuso e difeso il sapere scientifico”, parliamo di questo.

E continueremo a farlo, anche perché è questo che la legge ci dice di fare: consigliare le istituzioni nei problemi di nostra competenza.

Ma senza il coinvolgimento della nostra professione non si potrà realizzare la riforma sanitaria prevista dal PNRR, né alcuna altra: questa non è una minaccia, è una semplice, e quasi banale, constatazione.



See and treat: valutazione dell'efficacia nel trattamento delle patologie traumatologiche in Pronto Soccorso

See and treat: performance evaluation of the effectiveness of trauma treatment in the Emergency Room

Laura Tibaldi, Direttrice Dipartimento Professioni Sanitarie presso AOU Policlinico Umberto I, Roma

Teresa Colacci, Direttrice Didattica CdL in Infermieristica-Canale D, Università "Sapienza" presso AOU Policlinico Umberto I, Roma

Sofia Taborri, Infermiera, Dipartimento Emergenza Accettazione AOU Policlinico Umberto I, Roma

Marianna De Bastiani, Infermiera, Dipartimento Emergenza Accettazione AOU Policlinico Umberto I, Roma

Valeria Chiovaro, Infermiera, Dipartimento Emergenza Accettazione AOU Policlinico Umberto I, Roma

Michela Pizzale, Infermiera, laureata in Infermieristica presso Università "Sapienza", Roma

Parole chiave

See and Treat, infermiere, sovrappollamento, Pronto Soccorso, tempi di attesa, lesioni minori

Keywords

See and Treat, nurse practitioner, overcrowding, Emergency Department, wait time, minor injuries

ABSTRACT INTRODUZIONE

Il *See and Treat* è un modello organizzativo assistenziale applicato nel trattamento delle urgenze minori, in grado di ridurre i tempi di attesa e permanenza in Pronto Soccorso e di contrastare il fenomeno del sovrappollamento.

L'esempio della Regione Toscana, in cui il *See and Treat* è stato implementato con successo, ha fornito l'*incipit* per verificarne gli esiti in un ulteriore contesto.

La sperimentazione si pone l'obiettivo di valutare l'efficacia del *See and Treat* nella riduzione dei tempi di attesa e di permanenza delle

patologie traumatologiche a bassa priorità.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto presso il Pronto Soccorso di un grande ospedale romano.

Sono stati selezionati 100 casi clinici con patologie traumatologiche minori ("codice 4/verde") che hanno seguito il tradizionale percorso di Pronto Soccorso ed un campione di 100 casi clinici inclusi nel percorso del *See and Treat*.

Attraverso l'utilizzo della **cartella infermieristica** appositamente costituita, sono state raccolte in-

formazioni sulla diagnosi, il trattamento e le tempistiche di attesa e dimissione.

RISULTATI

Rispetto ai tempi medi ottenuti seguendo il tradizionale percorso di Pronto Soccorso, applicando il *See and Treat*, i tempi medi di attesa si sono ridotti del 76,7% ed i tempi di permanenza del 71,8%.

CONCLUSIONI

Il *See and Treat* rappresenta un'opportunità che mira ad incrementare l'efficienza nel trattamento delle urgenze minori traumatologiche. Al fine di assicurare elevati standard

assistenziali e garantire la sicurezza dei pazienti, l'implementazione del modello prevede la modifica dell'assetto organizzativo e dell'allocatione delle risorse.

I risultati positivi in merito alla riduzione dei tempi di attesa e permanenza all'interno del Pronto Soccorso suggeriscono un approfondimento, attraverso ulteriori studi, sulle conseguenze del *See and Treat* nell'ambito di: impatto economico aziendale, percezione dell'utenza ed efficacia del modello applicato ad altre urgenze minori.

ABSTRACT BACKGROUND

See and Treat is a care model applied in the treatment of minor injuries that aims to reduce the waiting and the length of stay times in the Emergency Department as well as to decrease overcrowding.

Tuscany Region, where *See and Treat* is successfully performed, triggered further testing of this model.

This trial aims to establish the effectiveness of *See and Treat* in reducing the waiting and the length of stay times for minor traumas.

MATERIAL AND METHODS

This study was conducted at the Emergency Department of a big roman hospital. A group of 100 patients diagnosed with minor trauma has been treated following the normal Emergency Department pathway, whereas another group of 100 patients diagnosed with minor trauma cases has been include into *See and Treat* pathway.

All the data concerning diagnosis, treatment, waiting, and discharge times were gathered using a nursing folder that was specifically created for this study.

RESULTS

Data showed that the *See and Tre-*

at model reduced the average waiting time by 76.7% and the average length of stay by 71.8%, as compared to the times obtained by following the traditional Emergency Department route.

CONCLUSIONS

The See and Treat model represents an opportunity that aims to increase efficiency in the treatment of minor trauma emergencies.

In order to provide high quality treatment and ensure the patient's safety, organizational changes and resources allocation are needed to implement this model.

*The positive results obtained in reducing the waiting and the length of stay times suggests that further studies are needed to confirm the benefits of *See and Treat* related to: company's financial impact, users' satisfaction, nurses' perception of the model and effectiveness of the pattern with regard to other minor emergencies.*

INTRODUZIONE

Nei Dipartimenti di Emergenza, il divario tra la domanda sanitaria e le risorse economiche, umane e strutturali necessarie a soddisfarla, determina la problematica del sovraccollamento¹ in Pronto Soccorso. Il fenomeno, ampiamente rappresentato nella letteratura scientifica degli ultimi 15 anni², è un problema diffuso nelle realtà sanitarie nazionali ed internazionali, determinando esiti negativi sulla qualità delle prestazioni sanitarie e sicurezza di pazienti e operatori e compromettendo l'erogazione appropriata dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)³.

Tali conseguenze si traducono nell'incremento dei tempi di attesa, nella compromissione della tutela e della riservatezza del paziente e nella percezione negativa del servizio fornito.

Gli operatori sanitari, inoltre, possono risentire del sovraccollamento, sperando una riduzione della motivazione professionale, parallelamente ad un aumento degli episodi di violenza subiti⁴.

Le numerose iniziative di mitigazione del fenomeno non hanno determinato miglioramenti apprezzabili, soprattutto nella casistica a bassa priorità, che risulta maggiormente osservata in relazione all'appropriatezza di accesso al Pronto Soccorso⁵.

In alcuni sistemi sanitari ad accesso universale, il sovraccollamento è stato affrontato con interventi organizzativi e gestionali.

Nel Regno Unito, ad esempio, la soluzione al problema è stata individuata, nel 2001, applicando modelli assistenziali alternativi, in particolare nel *See and Treat*⁶.

Il *See and Treat* è un modello organizzativo assistenziale che si basa sull'adozione di protocolli validati per il trattamento delle urgenze minori, in grado di fornire risposte efficaci al sovraccollamento del Pronto Soccorso, riducendone i tempi di attesa e di permanenza⁷.

Il modello prevede la presa in carico del paziente da parte di infermieri con formazione specifica, in grado di assicurare il trattamento appropriato fino al completamento del percorso di cura⁸⁻⁹.

In Italia, il successo del *See and Treat* è stato recepito dalla Regione Toscana nel 2007¹⁰ e concretamente applicato nel 2010¹¹⁻¹².

Diversi studi, relativi alle misure di esito fornite dai pazienti, hanno dimostrato un'evidente soddisfazione dell'utenza in merito al percorso *See and Treat*¹³.

Accogliendo i risultati significativi conseguiti, è stato condotto uno studio sperimentale nel Pronto Soccorso di un grande ospedale romano, applicando i protocolli del *See and Treat* alle casistiche tra-

matologiche minori. L'obiettivo è stato quello di valutare l'efficacia del nuovo modello nella riduzione dei tempi di attesa e di permanenza. La pianificazione ed attuazione del percorso *See and Treat* ha lo scopo di verificarne l'impatto in una realtà differente dai contesti in cui è attualmente implementato. Un percorso in cui si sottolinea la rilevanza della professione infermie-

ristica sempre più capace di rispondere ai bisogni di salute dell'utenza.

MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo sperimentale, è stato condotto dal 21 giugno 2019 al 21 settembre 2019, per un totale di 93 giorni (35 turni di guardia di 12h ciascuno) presso il Pronto Soccorso Centrale di un grande ospedale romano.

Il campione non randomizzato, costituito da un totale di 200 casi, rispettava i seguenti criteri di inclusione: maggiore età; motivo di accesso al Pronto Soccorso per problematiche traumatologiche; assegnazione di codice a bassa priorità ("codice 4/verde"); assenza di indicazione di esami strumentali e di laboratorio, con la sola eccezione di quelli radiologici correlati alla valutazione dei traumi delle dita degli arti superiori e inferiori (diagnosi semplici).

Non sono state indagate variabili sociodemografiche dei pazienti partecipanti.

La sperimentazione si è svolta in due fasi distinte, della durata di circa 45 giorni ciascuna.

Nella prima fase sono stati selezionati tutti i pazienti accedenti al Pronto Soccorso centrale, che rispettavano i criteri previsti (n=100) ed inseriti nel percorso tradizionale con visita medica. Nella seconda, è stato individuato un campione numericamente analogo di casi clinici (n=100) assegnati al percorso *See and Treat*, previa valutazione dei segnali di allarme/esclusione. **(Figura 1)**

Seguendo i protocolli medico-infermieristici del modello toscano sono stati inclusi i casi che presentavano: ferite, rimozione dei punti di sutura, abrasione, avulsione superficiale della punta del dito, contusioni minori degli arti, intrappolamento nella lampa, rimozione di anello da un dito, rimozione di amo da pe-

sca, puntura di insetto, punture di animale marino, ritenzione di zecca, ustioni minori, ustioni solari e trauma delle dita della mano e del piede¹⁴.

I pazienti sono stati trattati dal **personale infermieristico specificamente formato**.

In entrambe le fasi sono stati registrati l'orario di ingresso in triage (T0), l'orario di entrata in visita (T1), il tempo di attesa (T2), l'orario di dimissione (T3) e il tempo totale di permanenza in Pronto Soccorso (T4). L'anamnesi, i caratteri della valutazione ed il trattamento eseguito, sono stati riportati sulla cartella infermieristica di *See and Treat*, usata appositamente per la sperimentazione e realizzata su ispirazione della cartella in uso nei Pronto Soccorso toscani in cui vige il *See and Treat*.

Lo strumento ha permesso di raccogliere: i dati anagrafici del paziente, l'ora di ingresso in *Triage*, l'ora di accesso all'ambulatorio di *See and Treat* e quella di dimissione, la natura della patologia, la valutazione del paziente, le attività e i trattamenti attuati e le indicazioni da seguire in dimissione. Allo scopo di valutare l'efficacia del modello, è stata condotta un'analisi statistica, utilizzando il foglio di calcolo *Excel*, che ha previsto la stima della media (M) e deviazione standard (DS) dei tempi di attesa e di permanenza dei due gruppi, per definirne la variabilità. La correlazione lineare tra le due variabili è stata determinata tramite coefficiente di Pearson (r).

Per confrontare se la differenza fra le medie dei due campioni sia statisticamente rilevante, è stato utilizzato il test t di Student (t). Per il test di verifica delle ipotesi è stato considerato statisticamente significativo un p value < 0,05.

Lo studio sperimentale è stato condotto previa approvazione del Comitato Etico Aziendale ed autorizzazio-

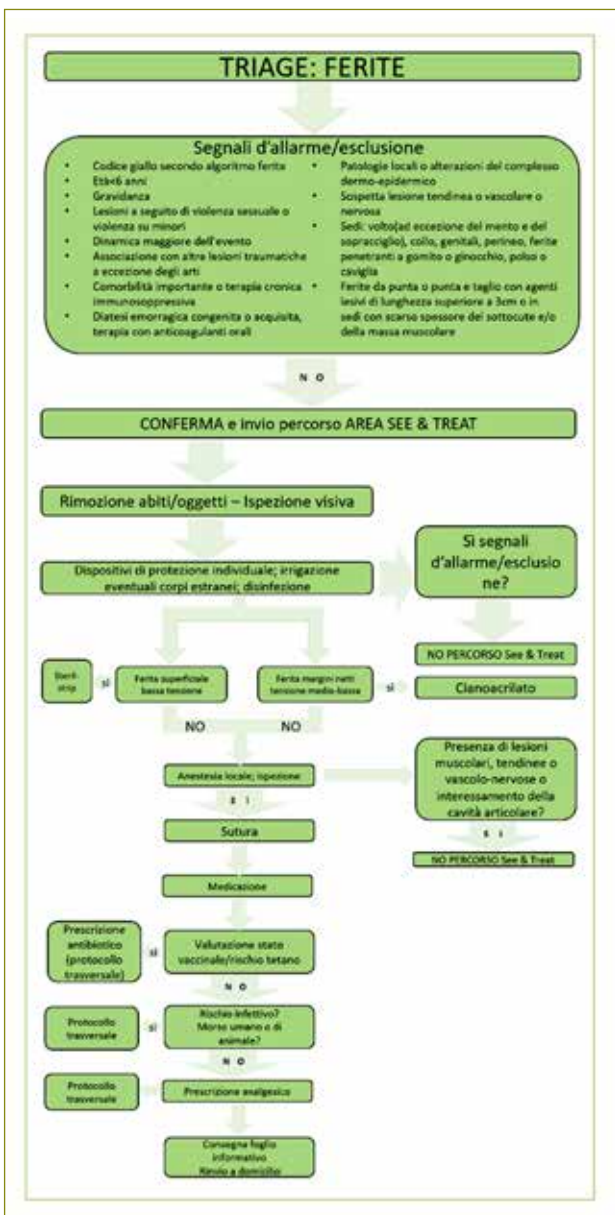


Figura 1 - Protocollo ferite *See and Treat*¹⁵

ne dei singoli partecipanti mediante dichiarazione scritta di consenso informato.

RISULTATI

Per i 100 pazienti inseriti nel percorso tradizionale, il tempo di attesa medio è stato di 202,97 minuti con DS di 92,52 minuti.

Invece, il tempo di attesa medio, nei 100 pazienti del percorso *See and*

Treat, è stato di 47,27 minuti con DS di 27,43 minuti. (Figura 2)

Nei 100 pazienti che hanno seguito il percorso tradizionale, il tempo medio di permanenza totale è stato di 273,68 minuti con DS di 132,09 minuti. Quello dei 100 pazienti trattati attraverso il *See and Treat* è stato di 77 minuti con DS di 34,07 minuti. (Figura 3)

Il confronto tra i tempi di attesa e

tempi di permanenza ha prodotto un valore di $p < 0,001$: altamente significativo dal punto di vista statistico.

Applicando il modello *See and Treat*, i tempi medi di attesa si sono ridotti a 47,27 minuti e i tempi medi di permanenza a 77 minuti: ovvero, rispettivamente, del 76,71% (tempi di attesa) e del 71,86% (tempi di permanenza).

DISCUSSIONE

I tempi di attesa prolungati rientrano tra le cause e, al contempo, tra le conseguenze del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Quindi, le strategie mirate a contrastare tale fenomeno devono includerne necessariamente la valutazione.

Lo studio condotto nello stesso grande ospedale romano ha dimostrato i vantaggi del *See and Treat* in una realtà sanitaria caratterizzata da un'elevata ed eterogenea affluenza.

La sperimentazione ha prodotto risultati concreti nel trattamento di patologie traumatologiche minori e l'implementazione di un percorso simile potrebbe arginare la calca in Pronto Soccorso.

Rispetto al percorso tradizionale di diagnosi, trattamento e dimissione, il modello proposto ha determinato una riduzione dei tempi di attesa (76,7%) e dei tempi di permanenza (71,8%). I dati ottenuti si rivelano coerenti con i risultati forniti dalla sperimentazione toscana (tempi di attesa ridotti del 65% e tempi di permanenza del 71%)¹⁵, condotta su un campione numericamente maggiore ed estesa alle altre patologie previste nel *See and Treat*. L'utilizzo della documentazione infermieristica appositamente realizzata è stato un elemento chiave nel reperire i dati.

La cartella di *See and Treat* si è dimostrata un valido supporto

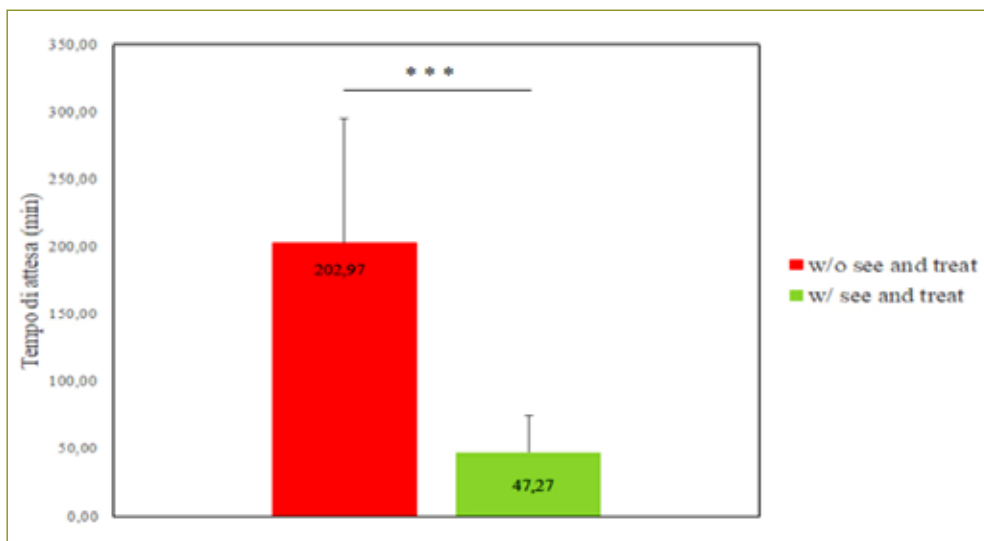


Figura 2 - Confronto tra i tempi di attesa del percorso tradizionale e con *See and Treat*. Media+deviazione standard dei due campioni indipendenti $n=100$ (t Student's test: $***p < 0,001$ rispetto al percorso w/o *See and Treat*).

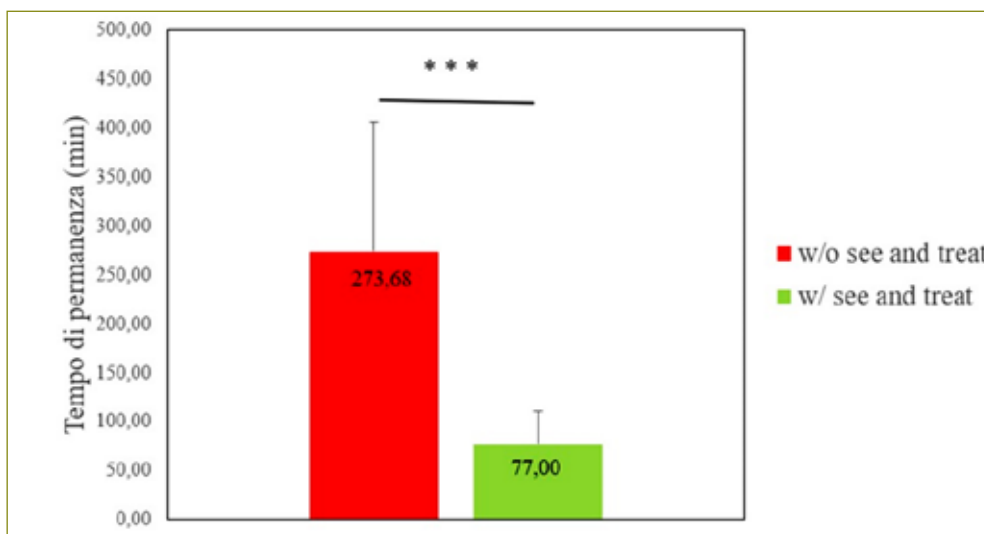


Figura 3 - Confronto tra i tempi di permanenza del percorso tradizionale e con *See and Treat*. Media+deviazione standard dei due campioni indipendenti $n=100$ (t Student's test: $***p < 0,001$ rispetto al percorso w/o *See and Treat*).

per la raccolta delle informazioni sanitarie, della casistica trattata e per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni. Lo strumento **ha permesso di ottenere risultati accurati** non soltanto in merito al tempo trascorso in Pronto Soccorso, ma **anche sulla qualità dell'assistenza.**

Risulta evidente, in accordo con la letteratura¹⁶ e con i protocolli del *See and Treat*, che la formazione teorico-pratica degli infermieri sia un elemento fondamentale nel garantire elevati standard assistenziali e sicurezza delle cure nei Dipartimenti di Emergenza.

La formazione richiede l'acquisizione di competenze in merito all'identificazione dei pazienti candidabili al percorso *See and Treat*, alle abilità specifiche nel trattamento delle problematiche cliniche e alla corretta ed esaustiva compilazione della documentazione infermieristica.

Lo studio condotto offre uno spunto di riflessione sull'applicazione del *See and Treat*. Tuttavia, sono presenti limiti metodologici (correlati

alla ridotta numerosità campionaria, all'assenza di randomizzazione ed all'eterogeneità del campione) a causa dei quali non è possibile generalizzare i risultati. E, pertanto, sarebbe auspicabile condurre lo studio in un arco temporale maggiore, estendendolo ad altre strutture sanitarie.

CONCLUSIONI

Come suggerito da altri autori¹⁷, il modello organizzativo assistenziale rappresenta un'efficace strategia per ridurre i tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso nel trattamento di casi clinici a bassa priorità, senza compromettere la qualità e la sicurezza delle prestazioni.

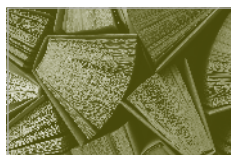
Il *See and Treat*, oltre ad ampliare le competenze dell'infermiere (che conferma la rilevanza del proprio ruolo al servizio del cittadino), rappresenta un esempio di innovazione in termini di efficienza e gestione dei codici minori.

Lo studio, tuttavia, ha considerato esclusivamente le patologie tra-

matologiche: estendere la sperimentazione nel trattamento delle diverse condizioni cliniche incluse nel protocollo toscano, potrebbe fornire ulteriori risultati in merito all'efficacia dell'applicazione del *See and Treat*.

Dalla letteratura¹⁸ emerge la generale soddisfazione dell'utenza in merito al modello sperimentato, pertanto, questo aspetto andrebbe ulteriormente indagato e confrontato con la percezione dei professionisti sanitari. Infine, non sarebbe inutile condurre un'analisi dettagliata dei costi, allo scopo di comprendere se, l'applicazione del modello, comporti un vantaggio economico per l'Azienda, nel rispetto del principio di sostenibilità economica.

È particolarmente importante considerare, infatti, che le innovazioni nell'erogazione dei servizi non possono avvenire senza una modifica nei modelli organizzativi, assistenziali e gestionali delle risorse strutturali e soprattutto umane.



Bibliografia

- 1 Institute of Medicine, Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-Based Emergency Care: at the Breaking Point. *Acad Emerg Med*. 2006 ottobre;13(10):1081-5.
- 2 Bambi S, Giusti M, Beccatini G, See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una Revisione della letteratura. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 2008;27(3):136-44.
- 3 Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso. 2018.
- 4 Ministero della Salute, Ridurre gli episodi di aggressività nei Pronto Soccorso/Dipartimenti di Emergenza attraverso il miglioramento dell'esperienza dei pazienti. 2007.
- 5 Righi L, Oliva G, Brogini S, Beccatini G, Il See and Treat toscano: dal Pronto Soccorso alle case della salute. *Fnopi, L'infermiere*. 2017 novembre 9; 1-4.
- 6 Modernisation Agency launched to lead NHS improvements, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2001 september;14(5).
- 7 Rogers T, Ross N, Spooner D, Evaluation of a "See and Treat" pilot study introduced to an emergency department. *Accident and Emergency Nursing*. 2004 january;12(1):24-7.
- 8 Sullivan E, Francis K, Hegney D, Triage, treat and transfer: reconceptualising a rural practice model*. *Journal of Clinical Nursing*. 2010 april 5;19(11-12):1625-34.
- 9 Van Donk P, Tanti E.R, Porter J.E, Triage and treat model of care: Effective management of minor injuries in the emergency department. *Collegian*. 2017 august;24(4):325-30.
- 10 Bambi S, Giusti M, Beccatini G, See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate. Una Revisione della letteratura. *Assistenza infermieristica e ricerca*. 2008;27(3):136-44.
- 11 Delibera Giunta Regionale Toscana n. 958/2007, Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" come modello di risposta assistenziale alle urgenze minori. Approvazione documento. Dicembre 17, 2007.
- 12 Delibera Giunta Regionale Toscana n. 958/2007, Revisione del progetto di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso. Marzo 31, 2010.
- 13 Laboratorio Management e Sanità, "See and Treat" in Pronto Soccorso: l'esperienza dei pazienti toscani. Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2011.
- 14 Consiglio sanitario della Regione Toscana, Proposta del modello See and Treat in Pronto Soccorso. Giugno 5, 2007.
- 15 Rosselli A, Becattini G, Cappugi M, Francois C, Ruggeri M, "See & treat", Protocolli medico-infermieristici: la sperimentazione toscana nei Pronto Soccorso. Ed. Giunti; 2012.
- 16 Righi L, Lodola J, Ronchese F, Trapassi S, Le urgenze minori in Pronto Soccorso: analisi del percorso See and Treat all'interno del Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto. *L'infermiere*. 2020; 57:5, 1-3.
- 17 Jennings N, Clifford S, Fox AR, O'Connell J, Gardner G, The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015 January; 52(1):421-35.
- 18 Carter A.J.E, Chochinov A.H, A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *CJEM*. 2007 July;9(04):286-95.

La Dedicated Education Unit modello di formazione universitaria Una Revisione della letteratura

The Dedicated Education Unit, academic education model. A literature Review

Maria Alessia Cornacchia, Infermiera, UO Ginecologia e Ostetricia, AOU Policlinico di Bari

Carmela Marseglia, Tutor e docente del CdL in Infermieristica e Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" e Bari

Parole chiave

Dedicated education unit, nurse

Keywords

Dedicated education unit, nurse

ABSTRACT INTRODUZIONE

L'attività professionalizzante dello studente è un momento fondamentale della formazione infermieristica e il tirocinio è volto ad assicurare l'acquisizione delle competenze necessarie per l'esercizio delle attività professionali infermieristiche.

Tale attività deve essere svolta sotto la responsabilità di un Tutor professionale, al fine di far acquisire le abilità e le attitudini necessarie al raggiungimento di un'autonomia decisionale e operativa adeguata allo svolgimento dei vari ruoli ed ambiti professionali.

Pertanto, **la figura del tutor è protagonista nel panorama formativo infermieristico e va analizzata attentamente**, assieme ai diversi modelli di insegnamento.

In letteratura, le *Dedicated Education Unit* (DEU) sono una modalità di insegnamento clinico in cui il contesto

operativo - Unità di degenza - diviene, per gli studenti di Infermieristica, un ambiente di insegnamento e di apprendimento. In questa Revisione della letteratura ne vengono evidenziati vantaggi e limiti perché il nostro obiettivo è descrivere la DEU, definirne la validità quale modello di formazione universitaria e comprendere se può rappresentare una metodologia di tirocinio valida sia per i tutor che per gli studenti.

MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta nei mesi di gennaio e febbraio 2022, analizzando gli studi *full text* pubblicati negli ultimi dieci anni, in lingua inglese e italiana, estrapolati da EsploraRe di UNIBA (Sistema Bibliotecario di Ateneo) e dalla banca dati Pubmed.

RISULTATI

Sono stati inclusi 11 studi *full text*,

provenienti da vari Paesi, che hanno descritto aspetti positivi ed eventuali criticità della DEU.

Essa viene descritta come "un'esperienza positiva" sia per gli studenti che per i tutor che vi hanno partecipato. Le criticità emerse, per lo più, riguardavano l'organizzazione; ma non ci sono impedimenti al fatto che possano essere modificate.

CONCLUSIONI

La DEU può rappresentare una modalità di formazione applicabile in diversi contesti e che può avere risultati positivi nel tirocinio formativo. Tuttavia, sarebbero utili ulteriori studi sui risultati post formazione DEU.

ABSTRACT BACKGROUND

The professionalizing activity of the student is a fundamental part of nursing training and the profes-

sional training is aimed at ensuring the acquisition of skills necessary for the practice of professional nursing activities.

This activity must be carried out under the responsibility of a professional tutor in order to have the necessary skills and attitudes acquired to achieve professional, decision-making and operational autonomy appropriate to the performance of various professional roles and fields.

Therefore, the figure of the tutor is a protagonist in the nursing educational landscape and should be carefully analyzed, together with the different teaching models.

In the literature, Dedicated Education Units (DEUs) are a clinical teaching method in which the operative context - the inpatient Unit - becomes, for Nursing students, a teaching and learning environment, and in this Review its advantages and limitations are highlighted because our objective is to describe the, to define the validity of it as an academic education model and to understand if DEU can represent a valid internship program for both tutors and students themselves.

MATERIAL AND METHODS

The research was conducted in January and February 2022. Full text studies published in the past decade, in English and Italian, extracted from the UNiBa's Explorer (University Library System) and the Pubmed database were analyzed.

RESULTS

Eleven text studies were included, from various countries that described positive aspects and possible critical issues of the DEU, which is described as a positive experience for both students and tutors.

CONCLUSIONS

DEU can be a training modality ap-

plicable in different contexts and can also have positive results in training internship.

Further studies on DEU post-training outcomes are useful.

INTRODUZIONE

Il tirocinio professionale è una strategia formativa che prevede l'affiancamento dello studente ad un professionista esperto e in contesti sanitari specifici, al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale. L'apprendimento durante il tirocinio avviene attraverso la sperimentazione pratica, l'integrazione della teoria, appresa a lezione, con la prassi operativa professionale ed organizzativa, il contatto con membri di uno specifico gruppo professionale (1).

Esistono diverse figure adibite alla gestione ed organizzazione del tirocinio delle professioni sanitarie, che afferiscono all'università o alla sede di tirocinio ma non ci sono definizioni univoche nella letteratura.

In particolare, sono due le figure tutoriali più diffuse:

1) l'infermiere Tutor Clinico: un professionista nominato dall'Università, appartenente alle dotazioni organiche del servizio in cui svolge la sua attività e preparato dal CdL all'esercizio della funzione tutoriale;

2) l'infermiere Tutor Pedagogico o Didattico: un professionista dedicato a tempo pieno al CdL nell'ambito del quale svolge le sue attività. (2)

Nella letteratura internazionale sono descritti diversi modelli di insegnamento e tutorato e la loro efficacia nel favorire l'apprendimento dello studente. In un articolo di Canzan et al, pubblicato sulla rivista "Assistenza Infermieristica e Ricerca", vengono identificati i cinque modelli di Tutorato più utilizzati a livello internazionale. Il modello preso in esame in questa Revisione è quello *Dedicated Education Unit* (DEU), in cui lo studente è responsabile del proprio percorso e

viene supervisionato da tutto il *team* della sede di tirocinio.

Questo modello presuppone la responsabilizzazione dello studente nell'identificare i propri bisogni formativi e definire gli obiettivi di apprendimento del tirocinio. (3)

Nella DEU gli studenti sono guidati nella pratica da un infermiere appartenente all'Unità operativa, chiamato *Clinical Liaison Nurse* (CLN) e da un infermiere dell'Università, chiamato *Accademic Liaison Nurse* (ALN).

Invece, l'intero staff interdisciplinare e interprofessionale, che lavora nella DEU, viene coinvolto nel fornire sostegno nelle diverse opportunità di insegnamento e apprendimento che si presentano per lo studente.

Nelle DEU, di solito, è prevista una presenza contemporanea di minimo sei studenti, così da incoraggiare e promuovere l'insegnamento tra pari, per 6/15 settimane.

Gli studenti partecipano all'assistenza infermieristica e ne sperimentano le responsabilità correlate. Ognuno di loro prende in carico 4/6 pazienti, con la supervisione dell'infermiere-guida e con responsabilità graduata in base all'anno di corso e al livello di competenza.

Il CLN è un infermiere con funzione di Tutor clinico, appartenente all'Unità Operativa che supporta lo studente durante il tirocinio, orientandolo, e pianificando le esperienze di apprendimento. Crea una connessione tra il personale della sede di tirocinio e lo studente; concorda le esperienze di apprendimento insieme all'ALN che, per il contesto italiano, corrisponde al Tutor Didattico, che lavora a tempo pieno per l'Università.

Il CLN e l'ALN sono responsabili della valutazione dello studente; per questo il modello DEU crea collaborazione tra ambienti clinici e accademici.

Gli studenti partecipano alla vita clinica reale e possono beneficiare dell'apprendimento tra pari, che è

vista come una possibilità per rinforzare le conoscenze e acquisire maggior sicurezza.

Inoltre, i CLN sono più consapevoli del percorso e degli obiettivi degli studenti e possono accompagnarli in modo più sistematico.

Per loro, gli studenti diventano pure uno “stimolo” a rimanere costantemente aggiornati. (4)

L’obiettivo di questa revisione della letteratura è descrivere la DEU, definire la validità come modello di formazione universitaria e comprendere se può rappresentare una metodologia di tirocinio valida sia per i tutor che per gli studenti, analizzando le esperienze di tutor e studenti che vi hanno partecipato.

MATERIALI E METODI

La Revisione è stata condotta nei mesi di gennaio e febbraio 2022, utilizzando i seguenti database: il sito EsploRe di UNIBA (Sistema Bibliotecario di Ateneo), che permette di effettuare

un’unica ricerca integrata nella maggior parte delle risorse bibliografiche disponibili in abbonamento o ad accesso aperto nel catalogo unico di Ateneo e nell’archivio istituzionale IRIS, e la banca dati Pubmed.

È stata condotta una Revisione narrativa della letteratura a partire dal quesito clinico elaborato secondo la metodologia PICO. (Figura 1)

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- articoli in lingua inglese e italiana;
- articoli pubblicati negli ultimi 10 anni;
- articoli disponibili in *full text*.

I criteri di esclusione degli studi selezionati sono stati:

- articoli non accessibili dai database EsploRe e Pubmed.

La stringa di ricerca utilizzata è stata: *Dedicated Education Unit and nurse*.

P	Partecipants	Studenti, tutor e infermieri coinvolti nella DEU
I	Intervention	Sviluppo della DEU con aspetti positivi e criticità
C	Comparison	Altri modelli di tutoraggio
O	Outcomes	Livello di apprendimento, percezione di tutor e studenti

Figura 1 - Metodo PICO

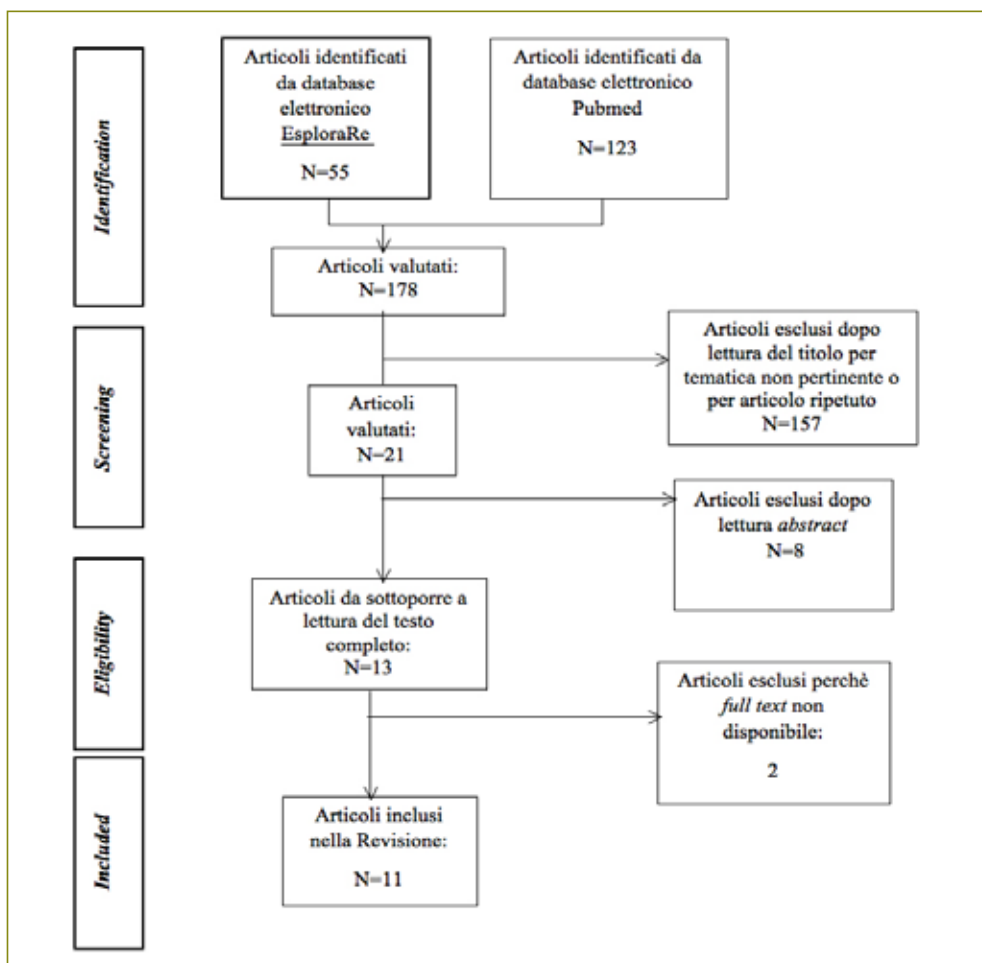


Figura 2 - PRISMA, criteri di scelta degli articoli

RISULTATI

Sono stati selezionati 11 articoli che includono due Revisioni della letteratura, uno studio misto, tre studi descrittivi, uno studio quasi sperimentale, una Revisione integrativa e tre studi qualitativi.

Gli studi sono stati condotti in diversi Paesi; la loro selezione è stata svolta attraverso l’utilizzo delle linee guida del PRISMA Statement 2009.

(Figura 2)

Attraverso la consultazione del sito EsploRe di UNIBA e della banca dati Pubmed, inserendo le parole chiave, libere e MeSH, e applicando gli appositi criteri di inclusione ed esclusione (in particolar modo il filtro “*in the last 10 years*”) sono stati visualizzati 178 articoli.

In 157 sono stati esclusi dalla lettura del titolo per tematica non pertinente o per articolo ripetuto. In 21 da sottoporre alla lettura dell’abstract; in 8 sono stati esclusi dalla lettura dell’abstract; in 13 da sottoporre a lettura del testo completo e due sono stati esclusi perché il *full text* non era disponibile.

Titolo	Autore, anno, nazione	Obiettivo	Disegno	Intervento/ metodo utilizzato	Risultati principali
<p><i>Percezione ed esperienza di studenti, assistenti di tirocinio e tutor univ. in relazione all'implementazione di una Dedicated Education Unit: una ricerca qualitativa con focus group (4)</i></p>	<p>Bonetti L; Cattalani M; Pacciani A; Angelini C; Basile P; Currà M. C; Evicelli E; Spotti D; Crisalide C & Ledonne G. 2017 Italia</p>	<p>Analizzare percezione ed esperienza di studenti, infermieri assistenti di tirocinio e tutor univer. a seguito dell'implementazione di una DEU in un reparto di medicina ad indirizzo pneumologico</p>	<p>Qualit/ descrit</p>	<p>I dati analizzati sono stati raccolti attraverso <i>focus group</i>. Agli studenti è stato somministrato il questionario o CLES+T per confermare i dati qualitativi</p>	<p>Hanno partecipato sei tutor, sette infermieri e dieci studenti. L'esperienza è stata positiva. Sono emersi quattro elementi positivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i momenti di organizzazione e riflessione (<i>briefing e debriefing</i>) che quotidianamente si svolgevano in Reparto; - l'implementazione della <i>peer education</i>, ovvero l'educazione tra pari (questo elemento dà la possibilità agli studenti di I e II anno di sentirsi più liberi di chiedere e agli studenti più anziani di aumentare la fiducia in se stessi, la propria autonomia e il senso di responsabilità); - la presa in cura olistica dell'assistito; - la presenza dei tutor univer. in Reparto che ha permesso di aumentare il <i>link</i> tra l'ambiente clinico e quello universitario
<p><i>Implementing dedicated nursing clinical</i></p>	<p>Williams G, Al Hmairat N, AlMekaw</p>	<p>Indagare le percezioni degli studenti infermieri e</p>	<p>Metodo misto: l'approccio quantitativo</p>	<p>I dati quali/quantitativi sono stati raccolti da</p>	<p>I risultati complessivi dello studio sono stati positivi. I <i>tutor</i> hanno comunicato e</p>

<p><i>education unit. Nursing students' and preceptors' perspectives. (5)</i></p>	<p>ui M, Melhem O, Mohamed Z. 2021 Emirati Arabi Uniti</p>	<p>dei <i>tutor</i> del modello DEU all'ospedale di Mafraq</p>	<p>vo ha utilizzato il disegno di indagine trasversale, mentre l'approccio qualitativo ha seguito un disegno di <i>focus group</i></p>	<p>un campione di 67 studenti di Infermieristica e 20 precettori infermieri, da marzo a maggio 2019. Sono state create due Unità medico-chirurgiche e ospedaliere e assegnate come <i>Dedicated Education Unit</i></p>	<p>interagito in modo costruttivo con gli studenti, motivandoli. Tuttavia, hanno richiesto un supporto migliore e più tempo libero per supervisionare e rispondere alle domande degli studenti. Gli studenti di Infermieristica hanno riportato un apprendimento positivo nelle DEU, ma hanno chiesto più supporto dai <i>tutor</i></p>
<p><i>Effective academic-practice partnership models in nursing students' clinical placement : a systematic literature Review (6)</i></p>	<p>Pedregosa S, Fabrellasb N, Riscoc E, Pereirad M, Dmoch-Gajzlerska e E, Şenuzunf F, Marting S, Zabaleguia A. 2020</p>	<p>Questa Revisione sistematica esamina l'efficacia dei modelli di partnership accademico-pratica, che includono il ruolo del <i>tutor</i> clinico, nel migliorare l'apprendimento clinico degli studenti di Infermieristica rispetto ai modelli tradizionali</p>	<p>Revisione sistematica.</p>	<p>Gli articoli sono stati ricercati nelle banche dati PubMed, CINAHL, PsycINFO e Cochrane Library per individuare e prove di controllo randomizzate e studi quasi sperimentali pubblicati dal 1999 al 2020. Gli strumenti</p>	<p>I modelli, come la DEU, migliorano l'ambiente di apprendimento clinico, ottimizzano il processo di insegnamento-apprendimento, avvantaggiano sia i professionisti clinici che i docenti e aumentano la qualità dell'apprendimento degli studenti mantenendo la sicurezza del paziente. Le criticità riscontrate riguardano il carico di lavoro e la difficoltà nel conciliare il tempo dedicato agli studenti con l'assistenza diretta. Inoltre, in uno degli studi si evidenzia che</p>

				<p>di valutazione e critica del <i>Joanna Briggs Institute</i> sono stati utilizzati per garantire la qualità metodologica. Nella Revisione sono stati inclusi 14 studi e presi in considerazione alcuni modelli di insegnamento collaborativo, tra cui il modello di Unità didattica dedicata. Sono stati valutati quattro studi sperimentali e dieci studi quasi sperimentali</p>	<p>gli infermieri, che supervisionavano gli studenti, ritenevano di non essere preparati per il ruolo di insegnamento, che non era né riconosciuto né supportato a livello di sistema. Pertanto, è essenziale supportare ed educare i <i>tutor</i> nel loro ruolo impegnativo per consentirgli di fornire un'adeguata formazione infermieristica. I risultati di questa Revisione confermano che la supervisione personalizzata degli studenti, incentrata sul raggiungimento degli obiettivi clinici pre-laurea, consente agli stessi di aumentare la fiducia in sé, l'autonomia e il ragionamento clinico. Inoltre, per garantire il progresso degli studenti nell'integrazione di teoria e pratica, è necessario che i <i>tutor</i> offrano agli studenti tempo di qualità sufficiente per riflettere e praticare nel contesto clinico. Altro elemento favorevole è la collaborazione tra accademici e clinici, indispensabile nella formazione infermieristica.</p>
<i>Dedicated education</i>	Glynn D. M, Mcvey	Lo scopo di questo	Studio qualitativo	È stato fatto un	I temi emersi, relativi alla percezione del

<p><i>al nursing unit: clinical instructor's role perceptions and learning needs. (7)</i></p>	<p>C, Wendt J, Russel B. 2017 USA</p>	<p>studio qualitativo è stato di identificare le percezioni del ruolo degli infermieri clinici che partecipano a una DEU e le esigenze di apprendimento educativo percepite dai tutor</p>	<p>o</p>	<p>colloquio con gli otto infermieri che hanno partecipato allo studio, in quanto tutor clinici in una DEU. Poi, le domande sono state sviluppate dai ricercatori, nel tentativo di catturare le percezioni del ruolo per gli infermieri e le esigenze di apprendimento educativo. La partecipazione allo studio, anonima, è stata volontaria. Tutti i ricercatori sono stati coinvolti nell'analisi dei dati</p>	<p>ruolo, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il tutoraggio, - la garanzia della competenza con le abilità e i compiti di base - lo sviluppo del pensiero critico nell'educazione clinica infermieristica. <p>I temi relativi ai bisogni di apprendimento percepiti dal personale infermieristico, in relazione al ruolo di tutor clinico, sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la necessità di obiettivi chiari da parte dell'affiliato accademico, - maggiore coordinamento e riconoscimento da parte dell'affiliato accademico - formazione aggiuntiva nel trattare con studenti con esigenze di apprendimento.
<p><i>Integrating quality and safety education into clinical nursing education</i></p>	<p>Masters K. 2016 USA</p>	<p>Lo scopo di questo progetto è stato quello di migliorare la conoscenza della qualità</p>	<p>Studio qualitativo che utilizza focus group.</p>	<p>La DEU è stata implementata in un ospedale per acuti su un'Unità</p>	<p>Dai dati qualitativi sono emersi cinque temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la sete di conoscenza, - la costruzione del lavoro di squadra, la collaborazione, la

<p><i>through a Dedicated Education Unit. (8)</i></p>		<p>e della sicurezza da parte degli studenti di Infermieristica nella formazione, attraverso lo sviluppo di un'Unità didattica dedicata</p>	<p>medica da 27 posti letto. Vi hanno partecipato sette infermieri tutor clinici, adeguatamente formati, e due gruppi di otto studenti. Questi due gruppi sono stati confrontati con due gruppi di controllo (di otto e sette studenti con esperienze cliniche tradizionali). Le conoscenze e degli studenti sono state valutate utilizzando domande relative alla qualità e alla sicurezza utilizzando <i>focus group</i>. Gli studenti che hanno partecipato all'Unità didattica</p>	<p>creazione di fiducia - la diminuzione dell'ansia - il rispecchiamento delle capacità organizzative e di gestione del tempo - l'evoluzione della fiducia nel ruolo infermieristico. La partecipazione a una DEU guida gli studenti mentre sviluppano le conoscenze, le abilità e gli atteggiamenti necessari per fornire un'assistenza sicura e di alta qualità.</p>
-------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				dedicata hanno ottenuto punteggi più elevati rispetto a quelli che avevano partecipato a modelli tradizionali	
<i>Effect of the Dedicated Education Unit on nursing student self-efficacy: A quasi-experimental research study. (9)</i>	George L. E, Locastro L.W, Pyo K. A, Cline T. V. 2017 USA	Lo scopo di questo studio quantitativo quasi sperimentale è stato quello di confrontare i risultati degli studenti del modello di educazione clinica tradizionale (TCE) con quelli del modello DEU.	Studio di ricerca quasi sperimentale.	Gli studenti di Infermieristica partecipanti allo studio (n=193) sono stati assegnati al modello DEU o a quello tradizionale e di formazione (59 affidati alla DEU e i restanti 134 al modello di educazione tradizionale, in base alle preferenze degli stessi). I punteggi di auto-efficacia preclinica e post-clinica sono stati misurati per ciascun	Dopo l'istruzione clinica, entrambi i gruppi hanno sperimentato un aumento significativo dei punteggi di auto-efficacia. L'aumento dell'auto-efficacia, per gli studenti DEU, è stato significativamente maggiore dell'aumento dell'auto-efficacia per gli studenti del modello tradizionale. L'auto-efficacia è considerata un risultato importante della formazione infermieristica, perché l'elevata auto-efficacia è stata collegata a un più facile passaggio da studente a professionista infermiere

				gruppo, utilizzando una scala di auto-efficacia generalizzata adattata: la scala <i>Adapted self-efficacy (ASE)</i> .	
<i>Impact of a Dedicated Education Unit experience on clinical thinking development in nursing students. (10)</i>	Bittner N. P, Campbell E, Gunning T. 2021 USA	Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare l'impatto della DEU sulla capacità di pensiero critico degli studenti di Infermeristica	Studio descrittivo	I partecipanti (gruppi di intervento e di controllo) hanno completato lo strumento di valutazione e diagnostica del pensiero critico del <i>Nursing Executive Center</i> prima e dopo l'esperienza clinica. Lo strumento utilizzato per la valutazione e del pensiero critico è il <i>Critical thinking diagnostic (CTD)</i> , composto da 25 voci	I partecipanti sono stati 243 studenti (179 non DEU e 64 DEU). Ci sono stati aumenti significativi nella media del punteggio totale pre-test e post-test ($P < .05$) per il gruppo DEU (intervento). Un cambiamento significativo ($P < .0001$) è stato osservato nei punteggi del pensiero critico per categoria per entrambi i gruppi e nel gruppo di intervento sui punteggi pre-test e post-test, anche dopo aver controllato i punteggi pre-test ($P < .0001$)

				<p>che riflettono cinque categorie di pensiero critico. Esso misura le prestazioni dello studente nelle categorie del pensiero critico, tra cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la definizione delle priorità - il riconoscimento dei problemi - il processo decisionale clinico <p>l'implementazione clinica</p> <ul style="list-style-type: none"> - la riflessione 	
<p><i>The impact of Dedicated Education Model on Nursing Students' Outcomes. (11)</i></p>	<p>Musallam E, Ali A. A, Nicely S. 2021</p>	<p>Questa Revisione integrativa ha analizzato le evidenze sulla relazione tra il modello DEU e i risultati di apprendimento degli studenti di Infermeristica</p>	<p>Revisione integrativa</p>	<p>Nei database elettronici sono stati ricercati articoli pubblicati tra il 1998 e il 2019. Sono stati analizzati 24 articoli. I termini di ricerca sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unità 	<p>Sono emerse quattro categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - autoefficacia clinica e fiducia, - lavoro di squadra e collaborazione - conoscenza e competenza - soddisfazione degli studenti. <p>I risultati principali supportano una relazione positiva tra il modello DEU e i risultati di apprendimento degli</p>

				educativa dedicata, - collaborazioni accademica, - partenariati o accademico/pratico - risultati	studenti. La ricerca è ancora necessaria per studiare l'impatto dei modelli DEU sulla risoluzione dei problemi e sul giudizio clinico degli studenti
<i>Registere d nurses' beliefs regarding the preparedness of nursing students who have completed the DEU program. (12)</i>	Heidelberg T, Peters Z, Moultrie D, Yoon A. 2017 USA	Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'efficacia di una DEU e la preparazione degli studenti di Infermieristica alla pratica clinica	Studio descrittivo	Lo strumento scelto è stato un'indagine e sulla preparazione degli studenti di Infermieristica che hanno completato il programma DEU. Questo strumento ha consentito di effettuare la raccolta dei dati finalizzata ad ottenere le opinioni dei partecipanti	Allo studio hanno partecipato 33 infermieri con una precedente esperienza di <i>tutor</i> clinico. Ai partecipanti è stato somministrato un sondaggio e, dall'analisi dei dati, è emerso che il 100% dei partecipanti condividevano la stessa convinzione che gli studenti di Infermieristica fossero competenti per esercitarsi al termine del programma DEU e che fossero più fiduciosi nella pratica clinica
<i>Un ritorno ai "Reparti scuola"? Le Unità dedicate</i>	Randon G, Bortolami E, Grosso S. 2017	Descrivere le caratteristiche delle DEU	Revisione della letteratura	È stata condotta una ricerca in Pubmed, con i	Gli studenti percepiscono un clima accogliente che favorisce l'apprendimento, con tempi e spazi per la

<p><i>alla formazione e (DEU). (13)</i></p>				<p>termini Dedicated Education Unit, Education Unit e Nursing Education. La Revisione è aggiornata al 30 gennaio 2017.</p>	<p>riflessione; sviluppano senso di appartenenza, imparano a conoscere e gestire la responsabilità del ruolo professionale; sono soddisfatti per la relazione con i formatori; chiara definizione di ruoli e responsabilità; buona conoscenza dei bisogni di apprendimento e supporto nel collegamento teoria-pratica. Le DEU, aumentando il numero degli studenti formati, consentono un utilizzo più efficace delle risorse.</p>
<p><i>Dedicated education unit: student perspectives. (14)</i></p>	<p>Nishioka V.M, Coc M.T, Hanita M, Moscato S. R. 2014 USA</p>	<p>Lo studio ha confrontato le percezioni degli studenti sulle loro esperienze di apprendimento clinico in una DEU con le loro esperienze nell'educazione clinica tradizionale</p>	<p>Studio qualitativo che utilizza <i>focus groups</i></p>	<p>Questo studio ha utilizzato i sondaggi degli studenti, integrati dai dati dei <i>focus group</i>, che includevano domande progettate per raccogliere dati sui seguenti argomenti per la DEU e i tradizionali contesti di educazione clinica: a)</p>	<p>Gli studenti hanno percepito la DEU come un ambiente di apprendimento clinico di alta qualità che presentava numerosi vantaggi rispetto ai tradizionali modelli di istruzione clinica. Hanno convenuto che le procedure di comunicazione e operative nelle Unità tradizionali creavano barriere all'istruzione clinica di qualità. La qualità dell'educazione clinica è stata giudicata più alta nelle DEU, rispetto alle impostazioni tradizionali. All'interno della DEU, sono stati apprezzati i ruoli ben</p>

				<p>descrizione e dell'ambiente di apprendimento dell'Unità, b) ruoli dell'infermiere e della facoltà, c) benefici dei modelli di educazione clinica d) qualsiasi sfida o elemento che ha ostacolato il progresso e il successo della formazione e clinica dello studente</p>	<p>definiti. Gli studenti hanno riferito di essersi sentiti accolti come membri importanti delle Unità; hanno apprezzato la comunicazione stabilita e altre procedure organizzative che li hanno aiutati a integrarsi nel flusso di lavoro e nella cultura della stessa. La comunicazione regolare con l'università ha comportato maggiori opportunità di prendersi cura di pazienti che presentavano condizioni o richiedevano procedure cliniche che corrispondessero al loro lavoro didattico e alle esigenze cliniche</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISCUSSIONE

La Revisione si è incentrata sugli aspetti positivi e le criticità della DEU come modello di tutoraggio; ciò ha permesso di redigere una sintesi dei risultati più rilevanti di quanto è emerso dalla ricerca bibliografica.

Gli studi analizzati si focalizzano, per lo più, sulle percezioni di studenti e tutor relative all'esperienza DEU e, da queste, si evincono aspetti positivi e criticità, concludendo sulla **validità della DEU come modello di tutoraggio infermieristico**.

Tra gli elementi che concorrono all'approvazione della DEU da parte degli studenti risultano rilevanti: la possibilità di momenti di riflessione tramite *briefing* e *debriefing*, la *peer education*, maggiore fiducia

in se stessi, autonomia e senso di responsabilità, presa in cura olistica dell'assistito e sviluppo del ragionamento clinico.

La presenza costante dei tutor didattici riduce notevolmente il *gap* tra teoria e pratica. (4)

I Tutor Clinici sono soddisfatti della maggiore interazione con gli studenti e della motivazione più presente. Inoltre, emerge maggiore soddisfazione per il proprio ruolo, in particolar modo per il riconoscimento del valore delle conoscenze cliniche, delle competenze e dell'esperienza professionale. (5)

La presenza dei Tutor universitari in Reparto ha permesso di aumentare il *link* tra l'ambiente clinico e quello universitario. (4)

Le criticità sono state riscontrate nel carico di lavoro elevato per i Tutor Clinici, in quanto impegnati già nelle attività di Unità Operativa. Inoltre, lamentano il ruolo di insegnamento non riconosciuto o supportato. (6)

Negli studi che esaminano un confronto tra DEU e modello tradizionale, la DEU mostra risultati migliori, in particolar modo riguardo l'auto-efficacia. (9)

Il modello DEU predispone al lavoro di squadra e allo sviluppo delle capacità organizzative, attraverso la creazione di fiducia e la diminuzione dell'ansia, pertanto il rapporto tutor/studente è più produttivo. (8)

Gli studenti percepiscono la DEU come un ambiente di apprendimento clinico di alta qualità, che

presenta numerosi vantaggi rispetto ai tradizionali modelli di istruzione clinica. (14)

I modelli come la DEU migliorano l'ambiente di apprendimento clinico, ottimizzano il processo di insegnamento/apprendimento, avvantaggiano sia i professionisti clinici che i docenti e aumentano la qualità dell'apprendimento degli studenti, mantenendo la sicurezza del paziente. (6)

CONCLUSIONI

Il tirocinio professionale è un elemento imprescindibile della forma-

zione infermieristica.

La padronanza delle tecniche riveste un valore importante per gli studenti, che necessitano di doversi sperimentare il più possibile.

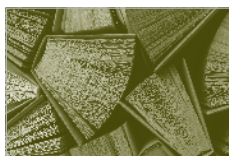
L'apprendimento avviene attraverso la sperimentazione pratica, l'integrazione dei saperi teorico-disciplinari con la prassi operativa professionale ed organizzativa, il contatto con membri di uno specifico gruppo professionale.

La DEU è un modello di formazione che si è dimostrato valido per gli studenti di Infermieristica e per gli stessi tutor.

Tale modello di insegnamento riassume i concetti appena espressi e si auspica possa essere implementato in più realtà, al fine di permettere allo studente di sperimentare l'**assistenza olistica al paziente** e di capire cosa significa lavorare in team multidisciplinare.

Pertanto, sarebbero utili ulteriori studi, in particolare nei contesti italiani.

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



Bibliografia

- 1 Frati L, Dimonte V & Saiani L, Principi e Standard del tirocinio professionale nei corsi di laurea delle professioni sanitarie; Conferenza permanente dei CdL delle professioni sanitarie; settembre 2010. [Microsoft https://pediatria.campusnet.unito.it/att/cons-conf-tirocinio-10-settembre_3.pdf](https://pediatria.campusnet.unito.it/att/cons-conf-tirocinio-10-settembre_3.pdf) Word - Cons Conf Tirocinio 10 settembre (unito.it)
- 2 Zavaglio A, Marmo G, Ballella G, Banchio B, Baruffaldi L, Bergui A. M, Bologna D, Bonino M, Caggiano P, Cecchin S, Chiantor L, Cogo F, Depaoli D, Fanello A, Graziani B, Gregorino S, Ilari F, Oriani R, Paoletti S, Pozzati D, Quartagno M, Sampietro Coen & Dimonte V, Il tutorato pedagogico infermieristico: una funzione da valorizzare. L'Infermiere. 2018; n. 4. <https://www.infermiere-online.org/2018/10/12/il-tutorato-pedagogico-infermieristico-una-funzione-da-valorizzare/>
- 3 Canzan F, Marognoli O, Bevilacqua A, Defanti F, Ambrosi E, Canada L et al, Una panoramica sui modelli di insegnamento e tutorato clinico degli studenti infermieri in tirocinio: Revisione della letteratura. (Italian). Assistenza Infermieristica e Ricerca [Internet]. 2017 Jan [cited 2023 Jun 9]; 36(1):7-13. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=125851479&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 4 Bonetti L, Cattalani M, Pacciani A, Angelini C, Basile P, Currà M.C et al, Percezione ed esperienza di studenti, assistenti di tirocinio e tutor universitari in relazione all'implementazione di una Dedicated Education Unit: una ricerca qualitativa con focus group. (Italian). Professioni Infermieristiche [Internet]. 2017 Jul [cited 2023 Jun 9];70(3):139-49. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=127057759&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 5 Williams G, Al Hmimat N, AlMekawi M, Melhem O, Mohamed Z, Implementing dedicated nursing clinical education unit: Nursing students' and preceptors' perspectives. Journal of Professional Nursing [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Jun 9]; 37(3):673-81. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S8755722321000521&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 6 Pedregosa S, Fabrellas N, Risco E, Pereira M, Dmoch-Gajzlerska E, enuzun F et al, Effective academic-practice partnership models in nursing students' clinical placement: A systematic literature Review. Nurse Education Today [Internet]. 2020 Dec [cited 2023 Jun 9]; 95:N.PAG. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=146855069&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 7 Glynn D. M (1, 2), McVey C (3), Wendt J (4, 5), Russell B (6, 7). Dedicated Educational Nursing Unit: Clinical Instructors Role Perceptions and Learning Needs. Journal of Professional Nursing [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Jun 9]; 33(2):108-112-112. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=ed-selp.2-52.0-84994709382&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 8 Masters K, Integrating quality and safety education into clinical nursing education through a Dedicated Education Unit. Nurse Education in Practice [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2023 Jun 9];17: 153-60. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1471595315002061&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 9 George L.E, Locasto L.W, Pyo K.A, W. Cline T, Effect of the dedicated education unit on nursing student self-efficacy: a quasi-experimental research study. Nurse Education in Practice [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2023 Jun 9]; 23:48-53. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1471595317300975&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 10 Bittner N.P, Campbell E, Gunning T, Impact of a Dedicated Education Unit Experience on Critical Thinking Development in Nursing Students. Nurse Educator [Internet]. 2021 Nov [cited 2023 Jun 9]; 46(6):386-8. Available from: <https://search>.

- [ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=153491836&lang=it&site=eds-live&scope=site](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=153491836&lang=it&site=eds-live&scope=site)
- 11 Musallam E (1), Nicely S (1), Ali A.A (2), The Impact of Dedicated Education Model on Nursing Students' Outcomes: an Integrative Review. *Nurse Educator* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2023 Jun 9]; 46(5): E113-E116–E116. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-85114315602&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 12 Heidelberg T, Registered Nurses' beliefs regarding the preparedness of Nursing Students who have completed the DEU Program. *Association of Black Nursing Faculty Foundation Journal (ABNFF)* [Internet]. 2017 Summer [cited 2023 Jun 9]; 28(3):81-4. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asx&AN=125076519&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 13 Randon G, Bortolami E, Grosso S, Un ritorno ai 'Reparti scuola'? Le unità dedicate alla formazione (DEU). (Italian). *Assistenza Infermieristica e Ricerca* [Internet]. 2017 Jan [cited 2023 Jun 12]; 36(1): 24-30. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=125851481&lang=it&site=eds-live&scope=site>
- 14 Nishioka V.M, Coe M.T, Hanita M, Moscato S.R, Dedicated Education Unit: student perspectives. *Nursing Education Perspectives (National League for Nursing)* [Internet]. 2014 Sep [cited 2023 Jun 9];35(5):301–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eue&AN=101452387&lang=it&site=eds-live&scope=site>

La cultura del mare e della navigazione come strategia di *coping* nel percorso di cura dei tumori infantili

The culture of the sea and navigation as a coping strategy along the way treatment of childhood cancers

Valentina Pizziconi, Tutor Didattico/Infermiera Coordinatrice, Scuola delle Professioni Sanitarie "Pier Giorgio Frassati"-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Eleonora Orsi Spadoni, Infermiera Pediatrica, Semintensiva Neonatale-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Giuliana D'Elpidio, Direttrice Didattica CdL in Infermieristica e Infermieristica Pediatrica, Scuola delle Professioni Sanitarie "Pier Giorgio Frassati"-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Andrea Gazzelloni, Tutor Didattico/Infermiere Coordinatore, Scuola delle Professioni Sanitarie "Pier Giorgio Frassati"-Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Parole chiave

bambini, tumore, sail training, coping, infermiere

Keywords

paediatrics, cancer, sail training, coping, nurse

ABSTRACT INTRODUZIONE

Nel periodo 2003-2008, 31 Registri dei tumori in età pediatrica hanno identificato 4.473 nuovi casi di tumore maligno, 2.855 nei bambini e 1.618 negli adolescenti. L'incidenza di tumore maligno pediatrico nel 2003-2008 è risultata, complessivamente, di 164 nuovi casi all'anno per milione di bambini fino a 14 anni, e 269 in età 15-19 anni.

Le differenze tra aree geografiche sono modeste.

Nella patologia tumorale, i bambini

vengono sottoposti a livelli elevati di stress (dalla diagnosi al *follow up*) con lunghi periodi di ospedalizzazione, trattamenti invasivi, cambiamenti nell'immagine corporea, ma anche, spesso, nelle relazioni sociali e nei contesti di vita.

Purtroppo, sono chiamati ad adattarsi alla condizione di malattia, ricorrendo a quelle che vengono definite strategie di *coping* che facilitino la *compliance* del paziente. In età pediatrica, le strategie variano a seconda dell'età e delle risorse emotive e cognitive e della capacità di aiuto e di sostegno

che il bambino riceve dai genitori e dall'équipe multidisciplinare.

MATERIALI E METODI

Uno studio osservazionale è stato condotto a bordo di Nave Italia, il brigantino a vela che la Fondazione *Tender to Nave Italia Onlus* dedica al recupero delle persone affette da disagio fisico o psichico, dal 24 al 28 luglio 2018, coinvolgendo 15 ragazzi del reparto di Oncoematologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, aderenti al progetto "A Gonfie Vele contro il cancro" e

sei operatori a bordo tra cui medici, infermieri e volontari.

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di due questionari anonimi ed elaborati *ad hoc*.

RISULTATI

Il progetto Nave Italia di *sail training*, per i bambini malati di cancro, è stato di grande impatto emotivo ed esperienziale, favorendo la relazione di ogni bambino con gli altri, oltre che la narrazione di sé.

CONCLUSIONI

Le strategie descritte nel progetto possono essere utili ed efficaci nella risposta di ognuno alla malattia e alla cura, all'adattamento alle attività quotidiane e alla relazione con i pari.

L'utilizzo di queste esperienze dovrebbe essere incentivato come intervento nel percorso assistenziale, soprattutto in chi mostra una non completa *compliance* alle cure.

ABSTRACT BACKGROUND

In the period 2003-2008, thirty-one pediatric cancer registries identified 4,473 new cases of malignant tumors, 2,855 children and 1,618 adolescents. The incidence of pediatric malignancy in 2003-2008 was a total of 164 new cases per year per million children up to 14 years and 269 cases aged 15-19 years, with modest differences in terms of geographical areas. In cancer pathology, children are subjected to high levels of stress, from diagnosis to follow-up, with long periods of hospitalization, invasive treatments, and changes in body image but also, often, in social relationships and life contexts. Children must adapt to the condition of the disease, using what are defined as coping strategies that facilitate patient compliance. In childhood, strategies vary according to age and the emotional and cognitive

resources, and the ability of parents and the multidisciplinary team to help and support the child.

MATERIAL AND METHODS

An observational study was conducted on board of Nave Italia, the sailboat that the Tender to Nave Italia Foundation dedicates to the recovery of people suffering from physical or mental discomfort, as part of the project "A Gonfie Vele against Cancer".

This project involved 15 young people from the Oncohematology department of the Bambino Gesù Pediatric Hospital of Rome, and six operators, including doctors, nurses and volunteers. Two anonymous and ad hoc questionnaires were used to collect data.

RESULTS

The Nave Italia sailing training project for children with cancer had a great emotional and experiential impact and fostered relationships with others and self-narration in each child.

CONCLUSIONS

The strategies described in the project can be useful and effective in everyone's response to the disease and treatment, adaptation to daily activities and relationships with peers.

The use of these experiences should be encouraged as an intervention in the care pathway, especially in those who show incomplete compliance with treatment.

INTRODUZIONE

L'aumento dell'incidenza dei tumori infantili registrato in Italia fino alla seconda metà degli anni Novanta si è arrestato.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), infatti, ha stimato in Italia, per il quinquennio 2016-2020, una diagnosi di 7.000 neo-

plasie tra i bambini e 4.000 tra gli adolescenti, in linea con il quinquennio precedente.

Si è continuata ad osservare una leggera crescita solo per alcuni tipi di tumore tra gli adolescenti: nel periodo 1998-2008 sono aumentate del 2% annuo le diagnosi di tumori maligni tra le ragazze, mentre, in entrambi i sessi, si è registrato un incremento di tumori della tiroide (+8% l'anno). Malattie, tuttavia, che hanno un'ottima prognosi.

Nella patologia tumorale, i bambini vengono sottoposti a livelli elevati di stress dovuti alla diagnosi stessa, alla prognosi, ai lunghi periodi di ospedalizzazione, ai trattamenti invasivi che provocano non solo cambiamenti nell'immagine corporea ma anche, spesso, nelle relazioni sociali e nei contesti di vita.

I bambini e le famiglie coinvolte si trovano a fronteggiare innumerevoli fattori stressanti che vanno al di là delle loro potenzialità e del loro controllo e che comportano una fase di adattamento alle cure.

Risulta, perciò, fondamentale l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra l'équipe multidisciplinare e il paziente-famiglia dove curare passa necessariamente attraverso il "prendersi cura".

Per il processo di adattamento alla nuova condizione di malattia, si ricorre alle strategie di *coping*.

In Pediatria, le strategie variano a seconda dell'età, delle risorse emotive e cognitive e della capacità di aiuto e sostegno ricevuto dai genitori e dall'équipe multidisciplinare.

Le più utilizzate si focalizzano sul problema o sulle emozioni e si basano su due dimensioni: evitare o affrontare il problema.

La classificazione proposta in uno studio pubblicato nel 2014 riassume alcune strategie nelle varie fasi di sviluppo che vengono utilizzate nel bambino affetto da cancro:

1) *coping* primario, o *coping* attivo:

si cerca di risolvere il problema
2) *coping* secondario o adattamento: è quello di accettazione della situazione, quello in cui il bambino ottiene anche più successo

3) *coping* di *disengagement* o *coping* passivo: in cui si evita il problema.

Nel fronteggiare la malattia, nei bambini così come negli adulti, il contesto rappresenta uno dei fattori chiave e può determinare o ostacolare il percorso. È stato ampiamente documentato in letteratura che il contatto con la natura può avere effetti positivi per l'insieme di meccanismi adattivi che il bambino attua nella malattia. Nello specifico, il contatto con la natura si è proposto con metodo ludico nel *sail training* svolto in mare, per favorire lo sviluppo strategie di adattamento quali: l'autonomia, il potenziamento di risorse e capacità individuali, nonché per facilitare la riabilitazione emotiva.

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, in collaborazione con La Fondazione *Tender to Nave Italia Onlus*, ha promosso, nel corso del 2016 e 2017, la cultura del mare e della navigazione come strumenti di educazione, formazione, riabilitazione, inclusione sociale e terapia attraverso tre progetti: "A gonfie vele contro il cancro", "Epilessia fuori dall'ombra 2016" e "Ragazzi all'arrembaggio".

Il ruolo dell'infermiere e dell'équipe coinvolta è stato fondamentale per la realizzazione degli stessi.

Il *focus* principale di questo studio è di descrivere la percezione avuta dai bambini dell'Oncoematologia e dagli operatori che li hanno accompagnati dell'esperienza di *sail training* come strategia di adattamento alla malattia, utilizzata nel processo assistenziale.

MATERIALI E METODI

Partecipanti e setting

È stato condotto uno studio osservazionale a bordo di Nave Italia, il

brigantino a vela che la Fondazione *Tender to Nave Italia Onlus* dedica al recupero delle persone affette da disagio fisico o psichico, dal 24 al 28 luglio 2018, coinvolgendo 15 ragazzi del reparto di Oncoematologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, aderenti al progetto "A Gonfie Vele contro il cancro" e sei operatori a bordo, tra cui medici, infermieri e volontari.

I partecipanti sono stati selezionati dall'équipe del Dipartimento di Oncoematologia che aveva in cura i bambini, in base alle condizioni cliniche e fisiche (come ad esempio la non presenza di un Catetere Venoso Centrale, essere accomunati da una patologia tumorale, pregressa o in corso, con alle spalle lunghi periodi di ospedalizzazione, chemioterapia e isolamento sociale).

I questionari

I dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di due questionari anonimi ed elaborati *ad hoc*, previa adeguata ricerca in letteratura inerente e grazie alla collaborazione tra più professionisti sanitari.

Le domande sono state elaborate in modo diverso nei due questionari, per adattare il linguaggio delle stesse ai rispondenti, ma hanno un obiettivo comune: descrivere la percezione avuta dai bambini e dagli operatori, nei cinque giorni di navigazione e durante le varie attività proposte, in termini di riabilitazione emotiva e di sviluppo di strategie di adattamento.

Per la formulazione dei questionari sono state individuate cinque aree sulle quali indagare: relazione tra pari, distacco dai genitori, percezione della propria immagine corporea, relazione con l'équipe sanitaria e obiettivi futuri.

Il questionario per i bambini è composto da 16 domande, più una che chiede di raccontare o disegnare l'episodio che li rappresenta

di più sulla nave. Nella decisione di chiedere un racconto o un disegno è stato ritenuto importante che i bambini con il cancro potessero avere un momento di riflessione personale, accanto all'esperienza di gruppo, esprimendosi attraverso uno strumento vicino alla loro età. Il questionario per gli operatori è composto da 20 domande a risposta chiusa e aperta.

L'Analisi statistica

L'analisi descrittiva è stata condotta attraverso la codifica e l'inserimento dei dati in un foglio di calcolo per analisi Microsoft Office Excel 2016 e i disegni sono stati analizzati da terapeuti competenti. Qui, si riportano solo i dati ritenuti utili all'obiettivo d'indagine.

RISULTATI

Questionario somministrato ai bambini

Il campione è risultato composto da 15 bambini, con un'età compresa fra gli 8 e i 15 anni; il 60% maschi e il 40% femmine aventi patologie tumorali eterogenee.

(Grafico 1)

La distribuzione temporale del periodo di malattia in cui i pazienti si sono recati in ospedale è stata divisa in tre fasce: il 46,7% era seguito dal reparto da più di tre anni, il 33,3% da uno a tre anni e il 20% da un anno.

Nel 66,7%, i bambini avevano già fatto un'esperienza lontano dai genitori. Il 93,3% di loro ha risposto di essersi trovato bene con il gruppo e nel 97,7% dei casi, l'esperienza ha portato alla formazione di nuove amicizie. Il 73,3% del campione si è rivolto ai propri compagni nei casi di necessità, a seguire: il 13,3% allo psicologo e il 6,7% agli altri operatori coinvolti. **(Grafico 2)**

Nell'86,7% dei casi è risultato che il proprio corpo non è stato fonte di disagio, contro un 13,3% in cui lo è stato.

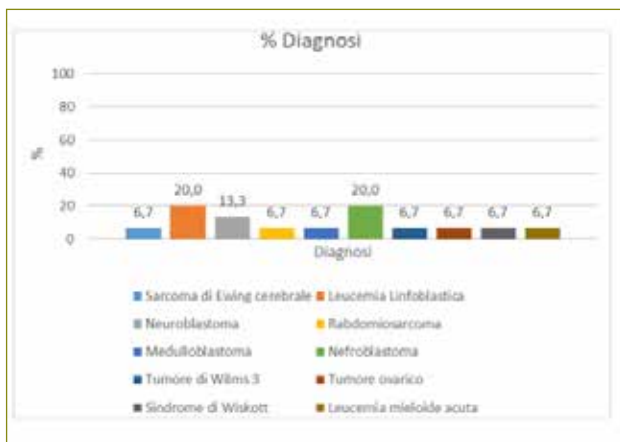


Grafico 1 - Distribuzione percentuale delle diagnosi dei bambini coinvolti nel progetto



Grafico 2 - Distribuzione percentuale alla domanda: "A chi ti sei principalmente rivolto durante questa esperienza?"

L'80% dei partecipanti ritiene che l'esperienza di navigazione possa aiutarlo ad affrontare il ritorno in ospedale con uno spirito diverso e l'86,7% ha risposto che riuscirà

ad essere più coraggioso nel combattere eventuali cure successive. Il 13,3% del campione non rifarebbe l'esperienza a bordo della nave.

Dalla domanda in cui si chiedeva ai bambini di raccontare o disegnare l'episodio che li rappresentasse sulla nave sono emerse le seguenti considerazioni: "...Quando abbiamo fatto il bagno, è stato bellissimo, anzi meraviglioso. A me è piaciuto molto il bagno perché mi piace nuotare..."; "... Il primo bagno in mare. All'inizio ho avuto paura poi mi hanno dato una tavoletta e sono entrata insieme a Federico e non ho avuto più paura..."; "... Il giorno quando abbiamo fatto il bagno è stato bellissimo e l'avrei rifatto tante volte. L'acqua era un po' fredda e tanto profonda. Mi sono trovata benissimo sia con i compagni e lo staff. Questa esperienza mi è piaciuta tanto speriamo che ci rivediamo presto"; "... Mi è piaciuto tanto stare a Nave Italia, ma la cosa che mi è piaciuta di più è stato fare il bagno al mare"; "... Una cosa che mi è piaciuta molto è stato fare il bagno dopo tre anni, viaggiare fuori Roma e allontanarsi un po' da casa e viaggiare in barca per la prima volta...".

Dai disegni è emerso che la condivisione dell'esperienza con i pari ha favorito la costruzione di "ponti narrativi" tra i bambini sulle loro storie altrimenti lontane per parlare di loro e anche delle loro paure (disegno 7), della loro solitudine (disegno 12), delle loro strategie di adattamento (disegno 13).

I vissuti di malattia emergono, a poco a poco, anche attraverso una non presentazione, un vuoto rappresentativo nella storia di alcuni di loro (disegno 5).

Ma è stato rappresentato anche il coraggio e la forza di affrontare l'esperienza di malattia (disegno 8) e su tutti è prevalsa un'elaborazione della propria storia e del proprio senso di sé descritta completamente dalla seguente espressione: "... L'esperienza che mi è rimasta più nel cuore è quando per primo sono andato in acqua... e mi sono sentito libero...".

Questionario somministrato agli operatori

Il personale sanitario che ha accompagnato i bambini è risultato composto da: un medico, due infermieri, una studentessa del CdL in Infermeristica Pediatrica e due volontari. L'équipe ha permesso una continuità assistenziale tale da poter garantire il prosieguo del percorso di cura a bordo della nave.

Dall'analisi del campione è emerso che: il 57,1% è appartenente all'Unità Operativa di Oncematologia; l'85,7% ha riferito che non si sono creati dei sottogruppi tra i bambini. Alla domanda: "Il proprio aspetto fisico, per alcuni pazienti, ha presentato fonte di disagio?", il campione ha risposto "no" per il 71,4% e il 100% ha risposto che "la condizione di salute dei bambini non è stato un limite".

È stata evidenziata una malinconia



Disegno 5



Disegno 7



Disegno 8



Disegno 12



Disegno 13

passaggera dei bambini soprattutto nelle ore serali e il 100% degli operatori ha ritenuto che l'esperienza a bordo della nave abbia facilitato l'integrazione fra équipe sanitaria e bambini, risultando, in particolar modo, un'esperienza utile al processo di *nursing* come intervento per il raggiungimento della *compliance* terapeutica.

CONCLUSIONI

Per poter analizzare i risultati, si è tenuto conto del fatto che lo sviluppo delle strategie di *coping*, per poter affrontare una patologia, non sono immediate in età pediatrica.

In relazione alla fascia d'età, vi sono meccanismi intrinseci dati dallo sviluppo cognitivo del bambino, che ha una forte capacità mnemonica, per cui i vissuti di malattia permangono a lungo, alterandone il normale processo cognitivo.

Proprio per questo motivo, allora, risulta importante incentivare delle strategie di adattamento basandosi prima sull'individuo come persona, rispondendo a quelli che sono i nor-

mali bisogni fisiologici, e poi all'adattamento alle cure.

I dati venuti fuori dalla somministrazione agli operatori corrispondono a quanto emerso dai questionari dei bambini.

La malinconia passeggera nelle ore serali si è verificata all'inizio della spedizione e i bambini hanno raggiunto un buon livello di autonomia già dal secondo giorno di navigazione. Solo in alcuni casi è stato necessario un supporto da parte dell'infermiere.

Il progetto Nave Italia di *sail training* per i bambini malati di cancro è stato di grande impatto emotivo ed esperienziale e ha favorito, in ogni bambino, la relazione con gli altri e la narrazione di sé.

L'analisi dei risultati ha consentito la descrizione dell'esperienza di *sail training* da parte di quelli coinvolti e degli operatori. Sono affiorati gli aspetti positivi del progetto e il fatto che l'utilizzo di questa tipologia di esperienze potrebbe essere incentivato come intervento nel percorso assistenziale, soprattutto in coloro

che mostrano una non completa *compliance* alle cure.

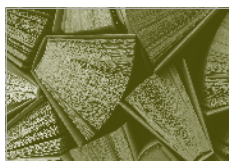
Dallo studio è risultato che questa esperienza ha permesso a infermieri e bambini di sperimentare ruoli, relazioni e attività diverse dal solito.

Quello dell'infermiere, per esempio, per i bambini che devono affrontare cure spesso lunghe e invasive, è stato anche di farli sentire accolti e sostenuti nell'esperienza del mare e della navigazione.

LIMITI DELLO STUDIO

Lo studio osservazionale ha coinvolto un campione con una bassa numerosità, che purtroppo, non lo rende particolarmente significativo e i dati raccolti non permettono di dimostrare se l'esperienza di *sail training* possa essere uno strumento davvero efficace nella promozione di nuove strategie di *coping*.

Tuttavia, l'indagine potrebbe essere un punto di partenza per studi successivi, da estendere a più realtà ed esperienze *outdoor* per bambini con patologia tumorale.



Bibliografia

- AIRTUM Working Group; CCM; AIEOP Working Group, Italian cancer figures, report 2012: Cancer in children and adolescents. *Epidemiol Prev.* Jan-Feb 2013;37(1 Suppl 1):1-225.
- Balint M, Medico, paziente e malattia. Frascati, Roma: Giovanni Fioriti Editore; 2014.
- Bronfenbrenner U, *Rendere umani gli esseri umani: Bioecologia dello sviluppo.* Trento: Erickson; 2010.
- Capurso M, Borsci S, Nave Italia: integrazione e sviluppo a bordo di un veliero. *L'integrazione scolastica e sociale.* Febbraio 2014;13(1):43-58.
- Compas B.E, Desjardins L, Vannatta K et al, Children and Adolescents Coping With Cancer: Self- and Parent Reports of Coping and Anxiety/Depression. *Health Psychol.* August 2014; 33(8):853-861.
- Compas B.E, Jaser S.S, Dunn M.J et al, Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annu Rev Clin Psychol.* 2012 April 27;8: 455-480.
- Decker C.L, Coping in adolescents with Cancer: a Review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology.* 2006; 14(4):123-140.
- Fondazione TTNI. Reperibile presso: <https://www.naveitalia.org/> Visionato in data: 08/10/2018
- Germini F, Masi V, *Manuale di Pianificazione infermieristica.* Carocci Editore; 2014.
- Mechtel M, Stoeckle A, *Psychosocial care of the pediatric oncology patient undergoing surgical treatment.* Elsevier. 2017;33(1):87-97.
- Tumori pediatrici. Ministero della Salute. Reperibile presso: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1703&area=tumori&menu=percorso. Visionato in data: 14 agosto 2018.
- Nicolais G, Peranza A.M, Mangialupi M et al, Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici. *Infanzia e Adolescenza.* 2005;4(3):187-199.
- Song M, Omar H.A, Discovering the Complexities of Adolescent Compliance to Treatment. *Pediatrics.* 2009;21(1):3-8.
- Taddeo D, Egedy M, Frappier J.Y, Adherence to treatment in adolescents. *Pediatr Child Health.* 2008;13(1):19-24.
- Vasquez A, Oury F, Canevaro A, Cocever E, *L'organizzazione della classe inclusiva: la Pedagogia istituzionale per un ambiente educativo aperto ed efficace.* Trento: Erickson; 2011.
- Wayne W, *Psychology applied to modern life: adjustment in the 21st century.* 9th ed. Wadsworth Cengage Learning; 2009
- Worchel F.F, Copeland D.R, Baker D.G, Control-Related Coping Strategies in Pediatric Oncology Patients. *Journal of Pediatric Psychology.* Giugno 1987; 12(1):25-38.

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità negli anziani

Raccomandazioni*

- Gli esercizi fisici condotti in gruppo dovrebbero essere forniti agli anziani pre-fragili o fragili istituzionalizzati o residenti in comunità per prevenire la progressione della fragilità. **(Grado A)**
- Dovrebbero essere fornite sessioni di attività fisica domiciliare agli anziani residenti in comunità per ridurre il livello di fragilità. **(Grado B)**
- Gli integratori alimentari sono fortemente raccomandati per la prevenzione della progressione della fragilità negli anziani pre-fragili e fragili che vivono in comunità. **(Grado A)**
- Gli esercizi più gli interventi nutrizionali sono raccomandati per ridurre o rallentare efficacemente la fragilità o pre-fragilità. **(Grado B)**
- Dovrebbe essere fornito training cognitivo agli anziani pre-fragili e fragili residenti in comunità per prevenire la progressione della fragilità. **(Grado B)**
- Si dovrebbe prevedere una singola visita domiciliare da parte di un professionista qualificato per prevenire o rallentare la progressione della pre-fragilità e della fragilità negli anziani residenti in comunità. **(Grado B)**
- Si raccomanda l'adozione su larga scala di interventi personalizzati sulla condizione clinica come efficace strategia per ridurre i costi. **(Grado B)**
- Gli operatori sanitari dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di fornire sessioni educative individuali e di gruppo agli anziani residenti in comunità a rischio e non istituzionalizzati per prevenire la progressione della pre-fragilità e della fragilità. **(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.¹ 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.²

Background

La fragilità è un processo dinamico caratterizzato da un progressivo declino in vari domini funzionali. La fragilità negli anziani predispone a cadute, fratture, invalidità, dipendenza, ricovero, istituzionalizzazione e può portare alla morte. Per la diagnosi di fragilità devono essere presenti almeno tre dei seguenti marcatori fenotipici: debolezza con bassa forza muscolare (ad es. scarsa forza nella presa); lentezza generale; equilibrio e mobilità ridotta; affaticamento o esaurimento, bassi livelli di attività fisica e perdita di peso involontaria. La pre-fragilità è caratterizzata dalla presenza di solo uno o due di questi marcatori. Una revisione sistematica ha rilevato una prevalenza di fragilità nei contesti comunitari in cui vivono anziani (65 anni e oltre) tra il 4% e il 17% e tra il 19% e il 53% per la pre-fragilità, a seconda della definizione di fragilità utilizzata e della popolazione studiata. In quanto tale, la pre-fragilità e la fragilità sono rilevanti per tutti gli operatori sanitari, gli operatori sociali, i ricercatori e i politici. Sono stati proposti interventi che riguardano l'attività fisica, l'assistenza socio-

sanitaria, la stimolazione cognitiva, la nutrizione, i farmaci e gli aspetti psicosociali; tuttavia, non è chiaro se qualcuno di questi interventi abbia avuto un impatto sugli esiti clinici. È necessario esaminare l'efficacia degli interventi per prevenire la progressione delle pre-fragilità e fragilità negli anziani, sia in termini di impatto sulla salute che di efficacia dei costi.

Obiettivi

Presentare le migliori evidenze disponibili in termini di efficacia clinica e di costi per prevenire la progressione della pre-fragilità e fragilità negli anziani (65 anni e oltre).

Tipologia di interventi

La revisione sistematica ha preso in considerazione studi che valutavano interventi sulla prevenzione della pre-fragilità e sulla progressione della fragilità negli anziani (65 anni e oltre) in tutti i setting (comunità, case di cura, ospedali). Sono stati inclusi interventi quali l'attività fisica, l'assistenza socio-sanitaria, psicosociale, cognitiva, gli interventi nutrizionali e i programmi multifattoriali.

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità negli anziani

Qualità Della Ricerca

Tutti gli studi inclusi sono stati valutati indipendentemente da due revisori. Nessuno studio incentrato sull'aspetto clinico ha ottenuto un punteggio del 100% alla valutazione critica; tre studi hanno ottenuto uno score del 90%; tre studi hanno ottenuto l'80% e i restanti studi un punteggio tra il 50% e il 70%. Per i due studi ad indirizzo economico, la qualità metodologica si è dimostrata bassa in uno e moderata nell'altro (rispettivamente 20% e 70%). La debolezza metodologica è stata principalmente attribuita alla mancanza di cecità sia dei partecipanti, sia degli interventi.

Risultati

Sono stati inclusi nella revisione 21 studi randomizzati controllati (RCT) pubblicati dal 2002 al 2016. Tutti gli studi hanno affrontato l'aspetto clinico e due studi hanno valutato la componente economica. Negli studi i partecipanti sono stati reclutati (n=5.275; 49% donne) nei setting comunitari (n=8), nei centri di cura primaria (n=3), negli ospedali e negli ambulatori (n=3), in pronto soccorso (n=1), in istituto di lungodegenza (n=1) e attraverso altri modi (n=6). Sono stati intrapresi interventi nella comunità (n=14), nelle strutture di assistenza primaria, nei centri di assistenza medica e negli ospedali di comunità (n=4), in un istituto di cura (n=1), in un istituto di geriatria (n=1) o loro combinazione (n=1). Le dimensioni degli studi variavano da 24 a 1.338 partecipanti e in due studi è stato utilizzato lo stesso campione. Dei 21 studi inclusi, dodici sono stati condotti in Europa, cinque in Asia, due negli Stati Uniti, uno in Messico e uno in Australia. In nove studi, la definizione di fragilità si basava su indicatori fenotipici cardiovascolari quali la debolezza, l'affaticamento/esaurimento, la perdita di peso, la scarsa attività fisica e lentezza nell'andatura; uno di questi studi considerava lo scarso equilibrio e uno utilizzava anche l'indice di fragilità di Rockwood. Altri studi (n=7) hanno valutato la fragilità considerando lo stato funzionale e cognitivo, le cadute, la dipendenza nelle attività di vita quotidiana (ADL), la depressione, la malnutrizione, l'incontinenza, la politerapia e comorbilità. Cinque studi si basavano su un numero molto limitato di indicatori; la presenza di un'andatura lenta e/o una scarsa attività fisica (n=1), la presenza di stanchezza (n=1), la presenza di scarsa mobilità e cattiva alimentazione (n=1), la presenza di debolezza e cambiamenti nella performance fisica (n = 1) e la compromissione nelle attività di vita quotidiana. Sono stati inclusi trentatré interventi che fornivano informazioni sugli esiti primari della fragilità, mentre alcuni fornivano informazioni sugli esiti secondari. Gli interventi includevano esercizi fisici, gestione personalizzata della condizione clinica, training cognitivo, integrazione alimentare, sostituzione ormonale, programmi di visite domiciliari, sessioni in gruppo, terapia psicologica, sessione educativa individuale e trattamento combinato. Il raffronto era rappresentato dalla cura usuale, dai servizi comunitari, dall'istruzione, dalle cure abituali con formazione, placebo, cure usuali con placebo, screening senza ulteriore gestione dei bisogni individuali ed esercizi di mobilità. In uno studio, il gruppo di controllo comprendeva partecipanti che avevano interrotto l'intervento e in due studi non era presente la descrizione dettagliata dell'intervento di controllo. Inoltre, due studi fornivano dati economici specifici; in uno studio si mettevano a confronto i costi e il rapporto costo-efficacia dell'intervento rispetto alle cure abituali; un altro studio ha analizzato i costi dei servizi sanitari di valutazione e gestione geriatrica, rispetto alle normali cure ospedaliere e ambulatoriali.

Programmi di esercizio fisico

Gli esercizi efficaci includevano programmi di Tai Chi, l'allenamento alla resistenza e una formazione completa. I programmi di esercizio fisico erogati in gruppo (compresi quelli domiciliari) si sono dimostrati efficaci per la prevenzione progressiva della pre-fragilità e della fragilità negli adulti in comunità e ricoverati. Tuttavia, i programmi di esercizi erogati unicamente a domicilio o forniti individualmente non si sono dimostrati efficaci in questa popolazione.

Gestione individuale della condizione clinica

La gestione personalizzata della condizione clinica ha dimostrato differenti risultati nella diminuzione della fragilità e pre-fragilità nei gruppi dei partecipanti in contesti comunitari. Tuttavia, nel complesso non ci sono evidenze a supporto di una gestione personalizzata della condizione clinica per prevenire la progressione della pre-fragilità o fragilità in setting comunitari. Quando le sessioni educative venivano fornite da un geriatra, per i partecipanti a rischio di fragilità sono stati riscontrati cambiamenti positivi sullo stato di fragilità.

Trattamento multidisciplinare

È stato riscontrato che l'esercizio a lungo termine basato sulla musica può ridurre la fragilità, migliorando la velocità dell'andatura e la forza prensile della mano. Gli interventi che stimolavano l'attenzione e la memoria a breve termine hanno determinato la riduzione del punteggio di fragilità al tempo base e a 12 mesi (6 mesi dopo l'intervento), sebbene un altro intervento basato sulla psicoterapia non abbia avuto alcun effetto sulla fragilità.

Integrazione nutrizionale e ormonale

I programmi di attività fisica associati all'integrazione nutrizionale e al training cognitivo hanno avuto un impatto positivo sulla fragilità ai follow-up (3, 6 e 12 mesi), indipendentemente dal tipo di integratore (globuli della membrana grassa del latte o proteine). In uno studio, la sola alimentazione si è dimostrata efficace quando l'integratore del latte è stato fornito alle donne fragili residenti in comunità. La sostituzione dell'ormone utilizzata in un gruppo di uomini che vivevano autonomamente, tuttavia, non ha influenzato la fragilità.

Programmi di visite domiciliari

Novemese di visite settimanali domiciliari incentrate sul cambiamento nello stile di vita hanno mostrato effetti positivi sugli anziani che vivono in comunità solo quando veniva fornito loro un alert. Non si è visto nessun effetto quando ai partecipanti non veniva fornito alcun alert, o nei 18 mesi di visite domiciliari incentrate sulla progettazione di un piano di assistenza. Tuttavia, al contrario, una singola visita domiciliare preventiva agli anziani non fragili si è dimostrata efficace nel ritardare la progressione della fragilità, quando erogata da un operatore sanitario come l'infermiere.

Efficacia dei costi

Due studi hanno fornito evidenze sull'efficacia economica nel ridurre la fragilità, uno in comunità e l'altro nelle popolazioni ricoverate e negli ambulatori. Il primo studio ha evidenziato che un intervento capace di ridurre la fragilità è stato il "buon rapporto qualità-prezzo", soprattutto per i più fragili, rispetto alle cure usuali. Il secondo studio ha analizzato i costi associati alla valutazione e gestione geriatrica dimostrando che i costi totali a un anno erano simili per intervento e cura.

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità negli anziani

Conclusioni

Questa revisione ha dimostrato l'efficacia di differenti interventi sulla fragilità. L'evidenza è a supporto dell'utilizzo degli esercizi (di gruppo piuttosto che individuali) e degli interventi nutrizionali; questi interventi si sono dimostrati più efficaci nel ridurre la fragilità per entrambi i sessi e in tutte le fasce di età dai 65 anni in su. Interventi progettati su esercizio e/o integrazione nutrizionale si sono rivelati i più efficaci nel cambiare, rallentare o ridurre gli elementi di fragilità ma solo dove sono stati utilizzati interventi in sessioni o gruppi. Le visite domiciliari sono state ampiamente supportate, anche se non universalmente efficaci; comunque, l'aggiunta di un alert indica un crescente coinvolgimento degli infermieri e la fiducia del paziente. Non erano presenti nemmeno evidenze a sostegno di programmi individuali di esercizio fisico, di programmi basati sull'attività fisica erogati unicamente a domicilio, sulla terapia del problem solving, o terapia ormonale sostitutiva, per la prevenzione o progressione della pre-fragilità e della fragilità della popolazione anziana residente in comunità. Ci sono pochi studi che affrontano la fragilità negli adulti fragili residenti in comunità, utilizzando scale validate per misurare la fragilità prima e dopo, specifiche per la patologia e nessuno studio ha confrontato l'efficacia di genere. L'eterogeneità per setting e tipi di intervento nei 21 RCT hanno invalidato la metanalisi. Le differenze dei risultati tra gli studi possono essere dovute al contesto (ad esempio contesto culturale e geografico), all'aderenza al protocollo di intervento, o al concetto e allo standard di cure usuali in comunità. Fornire una gestione personalizzata in una situazione di fragilità, se confrontata con le cure abituali, ha rappresentato una riduzione dei costi negli anziani residenti in comunità. La gestione personalizzata non ha aumentato il costo totale delle cure nei pazienti ricoverati ed ha avuto lo stesso costo con pazienti ambulatoriali. Gli autori hanno riscontrato che l'erogazione di programmi di esercizio fisico individuali, di programmi di esercizi forniti unicamente a domicilio, la terapia di problem solving, o la terapia ormonale sostitutiva non sono sostenute da evidenze al fine di prevenire la progressione della pre-fragilità e della fragilità negli adulti residenti in comunità.

Implicazioni per la pratica

Gli Interventi volti a ritardare o ridurre la fragilità risultano essere efficaci sugli anziani (sia uomini che donne) di età superiore ai 65 anni e oltre con fragilità o pre-fragilità. Sulla base dei risultati della revisione sono raccomandati gli interventi di attività fisica in gruppo e non, a domicilio, per prevenire la progressione del livello di fragilità e la progressione della pre-fragilità. Viene raccomandata anche la combinazione di esercizi e programmi nutrizionali. Rispetto alle cure abituali dovrebbe essere adottata la strategia di riduzione dei costi e la gestione specifica della condizione di pre-fragilità. Non ci sono evidenze a sostegno di programmi individuali di esercizio fisico, di programmi domiciliari di attività fisica forniti unicamente a domicilio, della psicoterapia o ormonoterapia sostitutiva per la prevenzione o la progressione di pre-fragilità e fragilità negli anziani residenti in comunità.

POPOLAZIONE

Anziani ≥65 anni che ricevono assistenza sanitaria e servizi di supporto

INTERVENTO

Prevenzione della pre-fragilità e della fragilità

SETTING

Comunità, case di cura, Residenze sanitarie assistenziali

TIPI DI INTERVENTI

SESSIONI E PROGRAMMI DI ESERCIZIO FISICO



GESTIONE INDIVIDUALE DELLA CONDIZIONE CLINICA

TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE



SUPPLEMENTO NUTRIZIONALE E ORMONALE

PROGRAMMA DI VISITA DOMICILIARE



RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

Gli esercizi fisici condotti in gruppo dovrebbero essere forniti agli anziani pre-fragili o fragili istituzionalizzati o residenti in comunità per prevenire la progressione della fragilità.

(Grado A)

Dovrebbero essere fornite sessioni di attività fisica domiciliare agli anziani residenti in comunità per ridurre il livello di fragilità.

(Grado B)

Gli integratori alimentari sono fortemente raccomandati per la prevenzione della progressione della fragilità negli anziani pre-fragili e fragili che vivono in comunità.

(Grado A)

Gli esercizi più gli interventi nutrizionali sono raccomandati per ridurre o rallentare efficacemente la fragilità o pre-fragilità.

(Grado B)

Dovrebbe essere fornito un training cognitivo agli anziani pre-fragili e fragili residenti in comunità per prevenire la progressione della fragilità.

(Grado B)

Si dovrebbe prevedere una singola visita domiciliare da parte di un professionista qualificato per prevenire o rallentare la progressione della pre-fragilità e della fragilità negli anziani residenti in comunità.

(Grado B)

Si raccomanda l'adozione su larga scala di interventi personalizzati sulla condizione clinica come efficace strategia per ridurre i costi.

(Grado B)

Gli operatori sanitari dovrebbero prendere in considerazione la possibilità di fornire sessioni educative individuali e di gruppo agli anziani residenti in comunità a rischio e non istituzionalizzati per prevenire la progressione della pre-fragilità e della fragilità.

(Grado B)

Efficacia degli interventi per prevenire la pre-fragilità e la progressione della fragilità negli anziani

References

- 1 Marin, T. [Best Practice Information Sheet] Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults. JBI EBP Database. 2019 [updated 2022]; 21(2):1-5.
- 2 Apostolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2018;16(1):140-232



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

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:

Marin, T. [Best Practice Information Sheet] Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults. Translated by: Accettone R., Caggianelli G., Fiorini J., Sferrazza S., Kusumam P. & D'Angelo D. JBI EBP Database. 2023; 2(8) 1-5. LOTE. Original published 2019

Autori traduzione italiana

Roberto Accettone¹, Gabriele Caggianelli², Jacopo Fiorini³, Silvia Sferrazza⁴, Pampoorickal Kusumam⁵, Daniela D'Angelo⁶

1 Azienda Regionale Emergenza Sanitaria 118, Rome, Italy

e-mail: r.accttone@gmail.com

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

e-mail: caggianelligabriele@gmail.com

3 Fondazione Policlinico Tor Vergata, Rome, Italy

e-mail: fiorini.jcp@gmail.com

4 Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, Rome, Italy; 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. Reproduced by permission of JBI.

Copyright © 2020, JBI, Faculty of Health and Medical Sciences, The University of Adelaide, SA 5006, AUSTRALIA

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



A cura del Polo della Pratica Clinica del CECRI

Daniela D'Angelo (Direttore), Roberto 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 ne viene presentata l'ultima tranche.

DEFINIZIONE

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

Il Trauma maggiore può essere mono-distrettuale oppure poli-distrettuale. Anche se comunemente il trauma maggiore poli-distrettuale viene definito politrauma, questo termine, più correttamente si dovrebbe riferire alla presenza di lesioni in diverse parti del corpo conseguenti ad impatti multipli¹.

Il Trauma maggiore è definito come una condizione "tempo-dipendente". La distribuzione temporale dei decessi per Trauma maggiore riconosce un primo picco di decessi sulla scena dell'evento che si continua con le morti che avvengono nelle prime ore dopo l'arrivo in ospedale. La percentuale di decessi si riduce progressivamente nei giorni e settimane seguenti, senza che sia più riconoscibile, come era in passato, un terzo picco di morti. Le morti tardive in Terapia Intensiva da complicanze e insufficienza multi organo sono infatti abbastanza rare². La riduzione dei decessi cosiddetti evitabili può essere ottenuta con una particolare attenzione sulla prima parte del percorso assistenziale, sul territorio e durante il trasporto all'ospedale, nelle fasi iniziali di assistenza in sala di emergenza e nei primi interventi di stabilizzazione.

OBIETTIVI DELLA LG

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

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

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

- si intuisce la presenza di esiti diversi nelle varie Regioni e, all'interno delle stesse, si è vista una notevole variabilità tra la percentuale di decessi (dal 14% al 42%) sulla base del livello di cure offerto nei diversi Ospedali;
- nonostante quanto previsto dalle normative, i Centri Trauma sono stati identificati solo in alcune Regioni;
- non si è realizzata in molte Regioni l'integrazione tra sistema pre-ospedaliero e 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*.

Le raccomandazioni 25, 26, 34 e 35 sono state ritirate per ulteriori aggiornamenti ed approfondimenti sul tema specifico da parte del *panel* di esperti.

RISULTATI

Quesito di ricerca 12: *Quali sono le strategie di rianimazione con fluidi più vantaggiose dal punto di vista clinico e del costo-efficacia nel paziente con Trauma maggiore (ipotensiva vs. normotensiva)?*

Popolazione: Bambini, giovani e adulti con emorragia acuta a seguito di un incidente traumatico. Esclusi: Persone con un Trauma maggiore derivante da ustioni.

Intervento:

- Globuli rossi
- Plasma fresco congelato
- Plasma liquido
- Cristalloidi
- Plasma liofilizzato
- Sangue intero (0 negativo) a basso titolo

Confronto:

Un confronto o una combinazione di quanto sopra (compresi diversi rapporti)

Esiti attesi:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/un mese e 12 mesi
- Qualità della vita
- Durata della degenza in Terapia Intensiva
- Eventi avversi
- Reazione trasfusionale acuta:
 - Reazione emolitica alla trasfusione-acuta
 - Reazione trasfusionale emolitica-ritardata
 - Porpora post-trasfusionale
 - Complicanze trasfusionali precedentemente non categorizzate
 - *Graft versus host disease* associata a trasfusione
 - Sovraccarico circolatorio associato a trasfusione
 - Dispnea associata a trasfusione
 - Danno polmonare acuto correlato alla trasfusione
 - Infezioni trasmesse attraverso le trasfusioni.

Importanti:

- *Time to definitive control of haemorrhage Patient-reported outcomes: return to normal activities psychological wellbeing)*

- Tempo per il controllo definitivo dell'emorragia (correzione coagulopatia). Risultati riferiti dai pazienti: ritorno alle normali attività benessere psicologico

- Dimensione della popolazione e trasferibilità: nessuna limitazione sulla dimensione del campione, non saranno presi in considerazione studi condotti su popolazioni indirette (diverse dalla popolazione oggetto del quesito)

È stata effettuata una Revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane Library. Sono stati identificati 29 *records* dall'aggiornamento della strategia di ricerca e 3 *records* (2 RCTs e 1 studio osservazionale) sono stati recuperati dalla LG NICE NG39.

In totale, sono state incluse 14 Revisioni sistematiche³⁻¹⁶, 7 studi randomizzati controllati¹⁸⁻²³ e 11 studi osservazionali²⁴⁻³⁴.



QUESITO 12: 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 23

Nel paziente traumatizzato con emorragia si raccomanda in sede pre-ospedaliera l'utilizzo dei cristalloidi per il recupero della volemia, se gli emocomponenti non sono disponibili

Raccomandazione forte, qualità delle prove bassa

QUESITO 12: 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 24

Nel paziente traumatizzato con emorragia in sede pre-ospedaliera, ove possibile, considerare la trasfusione di emocomponenti

Raccomandazione condizionata, qualità delle prove bassa

Quesito di ricerca 14: Il riscaldamento è efficace dal punto di vista clinico e dei costi nelle persone che hanno subito un Trauma maggiore?

Popolazione: Bambini, giovani e adulti che hanno subito un trauma

Esclusi: persone con un Trauma maggiore derivante da ustioni; pazienti in stato di shock non per cause traumatiche.

Intervento:

Pre-ospedaliero:

- Pluriball
- Coperte di alluminio
- Coperte chimiche a riscaldamento attivo Interno
- Sistemi di riscaldamento per fluidi per infusione endovenosa (includere soluzioni di fattore IV/emocomponenti)

Dipartimento di emergenza:

- Riscaldamento esterno attivo
- Unità di riscaldamento a convezione
- Convezione dell'aria (*Bair hugger/WarmAir*)
- Convezione fluida



- Materasso termico (Materasso termico Inditherm)
 - Riscaldatori radianti
 - Riscaldamento interno attivo
 - Soluzioni EV riscaldate
 - Ventilazione con aria calda e umidificata od ossigeno
- Una combinazione dei suddetti interventi.

Confronto:

- Suddetti interventi
- Standard di cura

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese e 12 mesi
- Qualità della vita correlate alla salute
- Durata della degenza in Terapia Intensiva
- Effetti avversi: ustioni cutanee, ipertermia, infezione
- Esiti neurologici.

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 Library che ha identificato 605 records.

Ne sono stati inclusi cinque dall'aggiornamento della strategia di ricerca e un record dalla LG NICE NG39³⁵⁻⁴⁰

QUESITO 14. Il riscaldamento è efficace dal punto di vista clinico e dei costi nelle persone che hanno subito un Trauma maggiore?

RACCOMANDAZIONE 27

Nei pazienti con trauma maggiore si raccomanda il monitoraggio della temperatura e la prevenzione e il trattamento tempestivo dell'ipotermia

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove molto bassa

Quesito di ricerca 15: Qual è il regime più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il reversal della terapia anticoagulante pre-esistente (effetto documentabile in laboratorio) nel Trauma maggiore?

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti che hanno subito un trauma e sono in terapia anticoagulante terapeutica pre-esistente.
- Classi anticoagulanti considerate:
 - Coumarins and phenindione
 - Inibitori diretti della trombina o inibitori diretti del fattore X
 - Agenti anti-piastrinici
 - Eparina a basso peso molecolare

Esclusi:

- Persone con un Trauma maggiore derivante da ustioni. Pazienti sotto shock, non per trauma.



Intervento:

- *Reversal agents:*

- Fibrinogen concentrate
- Cryoprecipitate
- Platelets
- Vitamin K (Phytonadione)
- Fresh frozen plasma
- Prothrombin complex concentrates (PCCs)
- Fattore ricombinante VIIa

Confronto:

- Confronto di quanto sopra esposto

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese, a 12 mesi
- Qualità della vita correlata alla salute
- Eventi avversi: *Stroke*, MI, Thromboembolism (PA and venous)
- Grado di rianimazione (unità di sangue trasfuso)
- Esito neurologico (pazienti con lesioni cerebrali)
- Progressione emorragia intracranica.

Importanti:

- Esiti riferiti dal paziente (dolore/disagio, ritorno alle normali attività, benessere psicologico).
- *Reversal* di anti-coagulanti misurata mediante valutazione di laboratorio (riduzione dell'INR) o evidenza clinica di miglioramento della coagulazione
- Necessità di craniotomia

È stata effettuata una Revisione sistematica della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL aggiornata al 15 giugno 2021. Sono stati individuati 531 *records*, da cui sono state selezionate 22 referenze che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto: due Revisioni⁴¹⁻⁴² e 16 Studi primari osservazionali⁴³⁻⁵⁸.

Inoltre, è stata interrogata la Linea Guida NICE, senza aggiungere nessuna ulteriore pubblicazione.

QUESITO 15. Qual è il regime più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il *reversal* della terapia anticoagulante pre-esistente (effetto documentabile in laboratorio) nel Trauma maggiore?

RACCOMANDAZIONE 28

Nei pazienti con TM si raccomanda di accertare l'esistenza di un trattamento anticoagulante/antiaggregante in corso

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove molto bassa



QUESITO 15. Qual è il regime più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il reversal della terapia anticoagulante pre-esistente (effetto documentabile in laboratorio) nel trauma maggiore?

RACCOMANDAZIONE 29

Nei pazienti con Trauma maggiore, che non hanno un sanguinamento attivo, si suggerisce di non effettuare un reversal della terapia anticoagulante/antiaggregante

Raccomandazione condizionata contro, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 15. Qual è il regime più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per il reversal della terapia anticoagulante pre-esistente (effetto documentabile in laboratorio) nel Trauma maggiore?

RACCOMANDAZIONE 30

Nei pazienti con TM con emorragia in atto in sedi non comprimibili ed in trattamento con antagonisti della vitamina K si raccomanda l'impiego immediato di concentrati di complesso protrombinico

Raccomandazione forte a favore, qualità delle prove molto bassa

Quesito di ricerca 16: *Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?*

Popolazione:

- Bambini, giovani e adulti che hanno subito un incidente traumatico.

Intervento:

- Intravenoso (centrale and periferico)

- Intraosseo

Confronto:

- Un confronto tra gli interventi sopra riportati

Esiti:

Critici:

- Mortalità a 24 ore, 30 giorni/1 mese, a 12 mesi

- Qualità della vita correlata alla salute

- Effetti avversi: dolore, infezione, trombosi, insufficienze multiple, sindrome compartimentale, frattura

- Tempo richiesto per eseguire l'accesso



Importanti:

- Esiti riferiti dal paziente (benessere psicologico)

È stata effettuata una Revisione sistematica con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane Library che ha identificato 213 records, da cui sono state selezionate quattro referenze che soddisfano i criteri per rispondere al quesito clinico proposto: rispettivamente, due studi primari⁵⁹⁻⁶⁰ e due Revisioni sistematiche⁶¹⁻⁶² da cui sono stati ulteriormente estratti tre studi⁶³⁻⁶⁵.

Inoltre, sono state interrogate le Linee guida NICE (NG-39), aggiungendo un'altra pubblicazione 66.

QUESITO 16. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?

RACCOMANDAZIONE 31a

Nei pazienti con trauma maggiore in condizioni di necessità (instabilità emodinamica/shock o necessità di somministrare farmaci EV): si suggerisce l'accesso venoso periferico rispetto all'accesso IO

Raccomandazione condizionata a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 16. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?

RACCOMANDAZIONE 31b

Nei pazienti con trauma maggiore in condizioni di necessità (instabilità emodinamica/shock o necessità di somministrare farmaci EV): in caso di fallimento o prevedibile fallimento di accesso IV è raccomandato l'accesso intraosseo

Raccomandazione forte a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 16. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?

RACCOMANDAZIONE 32

Nei pazienti pediatrici con trauma e in condizioni di necessità si raccomanda l'accesso intraosseo come prioritario se si prevede che l'accesso venoso periferico sia difficoltoso

Raccomandazione forte a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa



QUESITO 16. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?

RACCOMANDAZIONE 33

Se l'accesso venoso periferico fallisce, si raccomanda di utilizzare l'accesso intraosseo in attesa di ottenere un accesso venoso centrale

Raccomandazione forte a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 16. Qual è la tecnica più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per l'accesso vascolare nei pazienti con Trauma maggiore, inclusi i casi di insuccesso a seguito di iniziale accesso periferico?

NOTA A TUTTE LE RACCOMANDAZIONI

In considerazione dei riscontri attualmente disponibili in letteratura, l'accesso tibiale od omerale possono essere entrambi utilizzati in funzione del contesto clinico

Quesito di ricerca 18: Qual è il modello di coordinamento più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la presa in carico del paziente traumatizzato?

Popolazione:

- Persone con Trauma maggiore che utilizzano le strutture del servizio sanitario

Intervento:

- Combinazione di ipotensione permissiva e normotensione
- Ipotensione permissiva

Confronto:

- Servizio traumatologico che non preveda la figura di coordinamento nel percorso assistenziale dei pazienti con Trauma maggiore.

Esiti:

Critici:

- Mortalità
- Qualità della vita
- Morbilità

Importanti:

- Continuità assistenziale o Durata della degenza totale (trasferimenti interni) o Definizione della gravità del traumatizzato e ricadute formative/organizzative
- Tempo trascorso nel Dipartimento d'Urgenza
- Numero di procedure diagnostiche e terapeutiche
- Tempo di accesso ai servizi di riabilitazione
- Durata della degenza nelle Terapie Intensive (UTI)
- Comorbilità conseguenti all'evento traumatico
- Soddisfazione del paziente e dei familiari
- Soddisfazione dello staff

È stata effettuata un *update* della Revisione sistematica NICE NG40 con ricerca della letteratura sulle banche dati



Embase, Medline e Cochrane CENTRAL aggiornata al 31 marzo 2022. Sono stati individuati 1062 records, da cui ne sono stati selezionati quattro, che soddisfano i criteri di inclusione per rispondere al quesito clinico proposto. Inoltre, la Linea Guida NICE, al 2015, aveva selezionato sei studi derivanti da sette pubblicazioni. In totale, sono stati inclusi 10 studi (da 11 pubblicazioni)⁶⁷⁻⁷⁷: uno studio randomizzato controllato e nove studi retrospettivi.

QUESITO 18. Qual è il modello di coordinamento più efficace dal punto di vista clinico e dei costi per la presa in carico del paziente traumatizzato?

RACCOMANDAZIONE 36

Si suggerisce, da parte delle Direzioni aziendali, l'identificazione di una figura professionale deputata al coordinamento dei percorsi assistenziali per le persone con trauma maggiore che utilizzano i servizi sanitari.

Il trauma *coordinator* deve:

- agire come punto di riferimento per i pazienti e per la famiglia, quale intermediario con le diverse figure professionali che hanno in cura il paziente;
- provvedere a fornire le informazioni a paziente e famiglia sulle strategie e i percorsi assistenziali;
 - partecipare alle riunioni dello staff;
 - farsi portavoce delle richieste del paziente e della famiglia;
- facilitare il percorso del paziente, coordinare la presa in carico globale del paziente da parte dei diversi professionisti, cercando di risolvere eventuali difficoltà e contribuendo a ridurre i tempi di ricovero;
- garantire la continuità assistenziale pianificando tempestivamente le necessità di riabilitazione, il percorso di dimissione protetta, tenendo in considerazione i bisogni fisici e psicosociali)

Raccomandazione condizionata a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa

Quesito di ricerca 19: *Nell'assistenza a bambini, giovani e adulti con sospetto Trauma maggiore un approccio strutturato è preferibile dal punto vista clinico e di costo-efficacia rispetto ad una valutazione non strutturata?*

Popolazione:

- Persone che hanno un sospetto di Trauma maggiore e utilizzano servizi sanitari per patologia traumatica.

Intervento:

Approccio clinico strutturato/coordinato secondo:

- *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*



- *Advanced Trauma Course for Nurses* (ATCN)
- *European Trauma Course* (ETC)
- Altri protocolli o modalità di approccio (incluso *whole body* CT di *screening*)

Confronto:

- Approccio clinico non strutturato/coordinato.

Esiti:

Critici:

- Mortalità 24 h,
- Mortalità 30 gg
- ICU LOS (*length of stay*) degenza in Terapia Intensiva
- Complicanze
- Aderenza ai protocolli
- Disabilitotalità

Importanti:

- Ospedalizzazione (LOS)
- Tempo in Sala di Emergenza
- Tempo all'inizio della riabilitazione
- Continuità assistenziale

È stata effettuata una Revisione *de novo* con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL aggiornata al 3 maggio 2022.

Sono stati individuati 1059 *records* da cui sono stati selezionati 19 studi⁷⁸⁻⁹⁶ che soddisfano i criteri di inclusione per rispondere al quesito clinico proposto.

QUESITO 19. Nell'assistenza a bambini, giovani e adulti con sospetto Trauma maggiore un approccio strutturato è preferibile dal punto vista clinico e di costo-efficacia rispetto ad una valutazione non strutturata?

RACCOMANDAZIONE 37

Nei bambini, giovani e adulti che subiscono un Trauma potenzialmente maggiore si suggerisce l'utilizzo di un approccio strutturato nel rispetto di una sequenza che tenga conto delle priorità cliniche

Raccomandazione condizionata a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa

QUESITO 19. Nell'assistenza a bambini, giovani e adulti con sospetto Trauma maggiore un approccio strutturato è preferibile dal punto vista clinico e di costo-efficacia rispetto ad una valutazione non strutturata?

NOTA ALLA RACCOMANDAZIONE 37

Nei soggetti che subiscono un trauma potenzialmente maggiore si suggerisce l'utilizzo della *Whole Body* CT-scan (WBCT) a seguito di una valutazione clinico-strumentale iniziale e comunque in una condizione di stabilità emodinamica potenzialmente maggiore si suggerisce l'utilizzo di un approccio strutturato nel rispetto di una sequenza che tenga conto delle priorità cliniche



Quesito di ricerca 20: *Nei bambini, giovani e adulti con un sospetto Trauma maggiore, un sistema integrato di assistenza di tipo inclusivo è più efficace dal punto di vista clinico e dei costi rispetto a un sistema non strutturato?*

Popolazione:

Popolazione:

Bambini, giovani e adulti che hanno un sospetto Trauma maggiore e utilizzano servizi sanitari per traumi

Intervento:

Istituzione di un sistema integrato di assistenza al trauma di tipo inclusivo

Confronto:

Sistema non strutturato

Esiti:

Critici:

- Mortalità evitabile (definitiva/possibile)
- Complicanze (sindrome compartimentale, ipertensione endocranica e compressione cerebrale, lesione midollare, problemi causati da ritardi nel trattamento)
- Qualità della vita

Importanti:

- Accesso tempestivo alle cure
- Ricontra di lesioni misconosciute
- Riabilitazione (numero di pazienti che richiedono riabilitazione, tipo di riabilitazione e livello di disabilità)
- Durata della degenza (LOS) in ospedale
- Durata della degenza (LOS) in Unità di Terapia Intensiva (ICU)
- Stress e *burnout* del personale, *burnout* (inadeguatezza)
- Necessità di cure specialistiche per traumi pediatrici

È stata effettuata un update della Revisione sistematica per rispondere ad un quesito *de novo* “approccio strutturato verso approccio non strutturato”, con ricerca della letteratura sulle banche dati Embase, Medline e Cochrane CENTRAL aggiornata al 5 ottobre 2022.

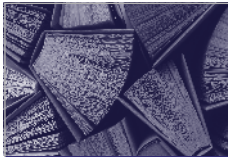
Sono stati individuati 4117 *records*, da cui ne sono stati selezionati 10, che soddisfano i criteri di inclusione per rispondere al quesito clinico proposto⁹⁷⁻¹⁰⁶.

QUESITO 20. Nei bambini, giovani e adulti con un sospetto Trauma maggiore, un sistema integrato di assistenza di tipo inclusivo è più efficace dal punto di vista clinico e dei costi rispetto a un sistema non strutturato?

RACCOMANDAZIONE 38

Per la gestione e la cura delle persone con sospetto Trauma maggiore, si raccomanda l'istituzione di sistemi integrati territorio-ospedali secondo un modello di tipo inclusivo

Raccomandazione forte a favore dell'intervento, qualità delle prove molto bassa



Referenze

1. European journal of trauma and emergency surgery: official publication of the European Trauma Society 14: 1863-9941. Chiara O, Cimbani S, Protocolli di Gestione intraospedaliera del Trauma Maggiore. Ed. Elsevier Italia 2008, cap.1.
2. Rauf R, Matthey F, Croenlein M et al, Changes in the temporal distribution of in-hospital mortality in severely injured patients. An analysis of the trauma register DGU. PLoS One. 2019 Feb 22;14(2):e0212095. doi: 10.1371/journal.pone.0212095. eCollection 2019.
3. Safiejko K et al, Efficacy and safety of hypertonic saline solutions fluid resuscitation on hypovolemic shock: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Cardiology journal, 03(3): 1897-5593. 2020.
4. Rijnhout T.W.H. et al, Is prehospital blood transfusion effective and safe in haemorrhagic trauma patients? A systematic review and meta-analysis. Injury 50(5):1017-1027. 2019
5. Coccolini F. et al, Pre-hospital plasma in haemorrhagic shock management: current opinion and meta-analysis of randomized trials. World journal of emergency surgery: WJES 14: 6. 2019.
6. McQuilten Z., K. et al, Optimal Dose, Timing and Ratio of Blood Products in Massive Transfusion : Results from a Systematic Review. Transfusion Medicine Reviews 32(1): 6- 15.
7. Crowe E. et al, Whole blood transfusion versus component therapy in trauma resuscitation: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American College of Emergency Physicians open 1(4): 633-641. 2020.
8. Avery P et al, Whole blood transfusion versus component therapy in adult trauma patients with acute major haemorrhage. Emergency medicine journal : EMJ 37(6): 370-378. 2020.
9. Cruciani M. et al, The use of whole blood in traumatic bleeding: a systematic review. Internal and emergency medicine 15(15): 1970-9366. 2020.
10. Malkin M. et al, Effectiveness and safety of whole blood compared to balanced blood components in resuscitation of hemorrhaging trauma patients. A systematic review. Injury 31(31): 1879-0267. 2020.
11. Ritchie Duncan T. et al, Empirical transfusion strategies for major hemorrhage in trauma patients: a systematic review. The journal of trauma and acute care surgery 88(6): 855-865.
12. Da Luz L. T et al, Does the evidence support the importance of high transfusion ratios of plasma and platelets to red blood cells in improving outcomes in severely injured patients: a systematic review and meta - analyses. Transfusion 59(11): 3337-3349.
13. Poole D. et al, Blood Component Therapy and Coagulopathy in Trauma: a Systematic Review of the Literature from the Trauma Update Group. PloS one 11(10): e0164090. 2016.
14. Rahouma M et al, Does a balanced transfusion ratio of plasma to packed red blood cells improve outcomes in both trauma and surgical patients? A meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. American Journal of Surgery 216(2): 342-350.
15. Wirtz Mathijs R. et al, The impact of blood product ratio and procoagulant therapy on the development of thromboembolic events in severely injured hemorrhaging trauma patients. Transfusion 60(8): 1873-1882. 2020.
16. Rodriguez H. O. et al, Mortality in civilian trauma patients and massive blood transfusion treated with high vs low plasma: Red blood cell ratio. Systematic review and meta-analysis. Colombian Journal of Anesthesiology 48(3): 126-137.
17. Young J.B, Utter G.H, Schermer C.R, Galante J.M, Phan H.H, Yang Y et al, Saline versus Plasma-Lyte A in initial resuscitation of trauma patients: a randomized trial. Annals of Surgery.2014; 259(2):255-262.
18. Holcomb J.B, Tilley B.C, Baraniuk S, Fox E.E, Wade C.E, Podbielski J.M et al, Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial. JAMA. 313(5):471-482. 2015.
19. In Awaiting assessment. Reitz 2020: Whether any beneficial effect of prehospital plasma varies across injury, blunt trauma”.
20. In Awaiting assessment, Pusateri, We hypothesized that prehospital transport time influenced the effects of prehospital plasma on 28-day mortality. 2020.
21. In Awaiting assessment, Gruen, JAMA Network Open, Association of Prehospital Plasma With Survival in Patients With Traumatic Brain Injury. 2020.
22. In Awaiting assessment, Gruen, Trauma Acute Care Surg, Characterization of unexpected survivors following a prehospital plasma randomized trial. 2020.
23. In Awaiting assessment. Guyette, The aim of this study was to determine whether prehospital blood products reduce 30-day mortality in patients at risk for hemorrhagic shock compared with crystalloid only resuscitation. 2019
24. Rowell S. E. et al, The Impact of Pre-Hospital Administration of Lactated Ringer's Solution versus Normal Saline in Patients with Traumatic Brain Injury. Journal of neurotrauma 33(11): 1054-1059. 2016.
25. Dittilo M. et al, The role of cryoprecipitate in massively transfused patients: Results from the Trauma Quality Improvement Program database may change your mind. The journal of trauma and acute care surgery 89(2): 336-343.
26. Neal M.D, Hoffman M.K, Cuschieri J, Minei J.P, Maier R.V, Harbrecht B.G et al, Crystalloid to packed red blood cell transfusion ratio in the massively transfused patient: when a little goes a long way. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 72(4):892-898. 2012.
27. Griggs J. E. et al, Mortality of civilian patients with suspected traumatic haemorrhage receiving pre-hospital transfusion of packed red blood cells compared to pre-hospital crystalloid.” Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine 26(1): 100.
28. Leeper C.M. et al, Whole Blood is Superior to Component Transfusion for Injured Children: A Propensity Matched Analysis. Annals of surgery 272(4): 590-594. 2018.



29. Butler E.K. et al, Association of Blood Component Ratios With 24-Hour Mortality in Injured Children Receiving Massive Transfusion. *Critical care medicine* 47(7): 975- 983. 2019.
30. Cannon J.W. et al, High ratio plasma resuscitation does not improve survival in pediatric trauma patients. *The journal of trauma and acute care surgery* 83(2): 211-217. 2017.
31. Cunningham M.E. et al, A High Ratio of Plasma : RBC Improves Survival in Massively Transfused Injured Children. *The Journal of surgical research* 233: 213-220. 2019.
32. Haltmeier T. et al, Decreased mortality in patients with isolated severe blunt traumatic brain injury receiving higher plasma to packed red blood cells transfusion ratios. *Injury* 49(1): 62-66. 2018.
33. Nederpelt Charlie J. et al, Fresh Frozen Plasma -to-Packed Red Blood Cell Ratio and Mortality in Traumatic Hemorrhage: Nationwide Analysis of 4,427 Patients. *Journal of the american college of surgeons* 230(6): 893-901. 2020
34. Sehdev M. et al, Comparing unbalanced and balanced ratios of blood products in massive transfusion to pediatric trauma patients: effects on mortality and outcomes. 2020.
35. Perlman R, Callum J, Laflamme C, Tien H, Nascimento B, Beckett A, Alam A, A recommended early goal-directed management guideline for the prevention of hypothermia-related transfusion, morbidity, and mortality in severely injured trauma patients. *Crit Care*. 2016. Apr 20;20(1):107. doi: 10.1186/s13054-016-1271-z. PMID: 27095272; PMCID: PMC4837515. From which we extracted: Watts D.D, Roche M, Tricarico R, Poole F, Brown J.J Jr, Colson G.B, Trask A.L, Fakhry S.M, The utility of traditional prehospital interventions in maintaining thermostasis. *Prehosp Emerg Care*. 1999, apr-jun;3(2):115-22. doi: 10.1080/10903129908958918. PMID:10225643.
36. Bommasamy A.K, Schreiber M.A, Damage control resuscitation: how to use blood products and manage major bleeding in trauma. *ISBT Science Series*, 2017, 12.4: 441-449. From which we extracted: Gentilello L.M, Rifley W.J, Continuous arteriovenous rewarming: report of a new technique for treating hypothermia. *J Trauma*. 1991 aug;31(8):1151-4. PMID: 1875442.
37. Collins N, Pre-hospital use of intravenous in-line fluid warmers to reduce morbidity and mortality for major trauma patients: A review of the current literature. *Australian Journal of Paramedicine*, 2015, 12.2. From which we extracted: Lundgren P, Henriksson O, Naredi P, Björnstig U, The effect of active warming in prehospital trauma care during road and air ambulance transportation-a clinical randomized trial. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2011 oct 21;19:59. doi: 10.1186/1757-7241-19-59. PMID: 22017799; PMCID: PMC3214151.
38. Mohammadi S.S, Dinmohammadi M, Asghar Jafari R, Soghrat F, The Effect of Rewarming on the Injury Outcome, Vital Sign and Arterial Blood Gases in Trauma Patients: a Randomized.
39. Controlled Trial. *Studies in Medical Sciences*. 2020;31(2): 119-129. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03970915>, Warm-up Efficiency by Body Warmer Versus Standard Procedure in Severely Traumatized Patients (THERMOTRAUMA).
40. Gentilello L.M, Jurkovich G.J, Stark M.S, Hassantash S.A, O'Keefe G.E, Is hypothermia in the victim of major trauma protective or harmful? A randomized, prospective study. *Ann Surg*. 1997. Oct;226(4):439-47; discussion 447-9. doi: 10.1097/0000658-199710000-00005.
41. Agyabeng-Dadzie K, Hunter J.E, Smith T.R, Jordan M, Safcsak K, Ibrahim J.A, Cheatham M.L, Bhullar I.S, Antiplatelet Agent Reversal Is Unnecessary in Blunt Traumatic Brain Injury Patients Not Requiring Immediate Craniotomy. *Am Surg*. 2020 jul;86(7):826-829. doi: 10.1177/0003134820940248. PMID: 32916072.
42. Alvikas J, Myers S.P, Wessel C.B, Okonkwo D.O, Joseph B, Pelaez C, Doberstein C, Guillotte A.R, Rosengart M.R, Neal M.D, A systematic review and meta-analysis of traumatic intracranial hemorrhage in patients taking prehospital antiplatelet therapy: Is there a role for platelet transfusions? *J Trauma Acute Care Surg*. 2020. Jun;88(6):847-854. doi: 10.1097/TA.0000000000002640. PMID: 32118818; PMCID: PMC7431190.
43. Carothers C, Giancarelli A, Ibrahim J, Hobbs B, Activated prothrombin complex concentrate for warfarin reversal in traumatic intracranial hemorrhage. *J Surg Res*. 2018 mar; 223:183-187. doi: 10.1016/j.jss.2017.11.008. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29433872.
44. Cohen J, Georgiades M, Klein E, Bank M, Comparison of two fixed doses of four factor prothrombin complex concentrate for rapid warfarin reversal. *Journal of the American College of Surgeons*. 225(4):e20. DOI:10.1016/j.jamcollsurg.2017.07.576. 2017
45. Drews R.E, Critical issues in hematology: anemia, thrombocytopenia, coagulopathy, and blood product transfusions in critically ill patients. *Clin Chest Med*. 2003 dec;24(4):607-22. doi: 10.1016/s0272-5231(03)00100-x. PMID: 14710693.
46. Drone H, Jancik J, Gorlin J, McCarthy M, Evaluation of fixed dose four-factor prothrombin complex concentrate for warfarin reversal at a level 1 trauma center. *Crit Care*. 2015;19(Suppl 1):P346. doi: 10.1186/cc14426. Epub 2015 mar 16. PMCID: PMC4472424.
47. Hobbs B., Carothers W., Giancarelli A, Ibrahim J, 1499: fixed, low-dose activated prothrombin complex concentrate for warfarin reversal in tbi patients. *Critical Care Medicine* 44(12):p 450, december 2016. I DOI: 10.1097/01.ccm.0000510173.35889.a9.
48. Holzmacher J.L, Reynolds C, Patel M, Maluso P, Holland S, Gamsky N, Moore H, Acquista E, Carrick M, Amdur R, Hancock H, Metzler M, Dunn J, Sarani B, Platelet transfusion does not improve outcomes in patients with brain injury on antiplatelet



- therapy. *Brain Inj.* 2018;32(3):325-330. doi: 10.1080/02699052.2018.1425804. Epub 2018 jan 17. PMID: 29341793; PMCID: PMC6112855.
49. Huang G, Hileman B, Chance E, Steiner D, March T, Gianetti E, Warfarin trauma patients: Comparing prothrombin complex concentrate to vitamin K fresh frozen plasma. *Critical Care Medicine.* 2021.
50. Koyama H, Yagi K, Hara K, Matsubara S, Tao Y, Uno M, Combination Therapy Using Prothrombin Complex Concentrate and Vitamin K in Anticoagulated Patients with Traumatic Intracranial Hemorrhage Prevents Progressive Hemorrhagic Injury: A Historically Controlled Study. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2021 Jan 15;61(1):47-54. doi: 10.2176/nmc.oa.2020-0252. Epub 2020 Nov 19. PMID: 33208582; PMCID: PMC7812312.
51. Leong L.B, David T.K, Is Platelet Transfusion Effective in Patients Taking Antiplatelet Agents Who Suffer an Intracranial Hemorrhage? *J Emerg Med.* 2015 oct;49(4):561-72. doi: 10.1016/j.jemermed.2015.02.023. Epub 2015 Apr 3. PMID: 25843922.
52. Lokhandwala A.M, Asmar S, Khurram M, Chehab M, Bible L, Castanon L, Ditillo M, Joseph B, Platelet Transfusion After Traumatic Intracranial Hemorrhage in Patients on Antiplatelet Agents. *J Surg Res.* 2021. jan;257:239-245. doi: 10.1016/j.jss.2020.07.076. Epub 2020 aug 27. PMID: 32862051.
53. Lumas S.G, Hsiang W, Becher R.D, Maung A.A, Davis K.A, Schuster K.M, Choosing the Best Approach to Warfarin Reversal After Traumatic Intracranial Hemorrhage. *J Surg Res.* 2021 apr;260:369-376. doi: 10.1016/j.jss.2020.12.004. Epub 2020 dec 31. PMID: 33388533.
54. Mangram A, Oguntodu O.F, Dzandu J.K, Hollingworth A.K, Hall S, Cung C, Rodriguez J, Yusupov I, Barletta J.F, Is there a difference in efficacy, safety, and cost-effectiveness between 3-factor and 4-factor prothrombin complex concentrates among trauma patients on oral anticoagulants? *J Crit Care.* 2016 jun;33:252-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.02.018. Epub 2016 Mar 3. PMID: 27021851.
55. Margraf D.J, Seaburg S, Beilman G.J, Wolfson J, Gipson J.C, Chapman S.A, Propensity score adjusted comparison of three-factor versus four-factor prothrombin complex concentrate for emergent warfarin reversal: a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med.* 2020 nov 26;20(1):93. doi: 10.1186/s12873-020-00386-z. PMID: 33243152; PMCID: PMC7691107.
56. Martin D.T, Barton C.A, Dodgion C, Schreiber M, Emergent reversal of vitamin K antagonists: addressing all the factors. *Am J Surg.* 2016 may;211(5):919-25. doi: 10.1016/j.amjsurg.2016.02.007. Epub 2016 Mar 10. PMID: 27046797.
57. Ogunlade J, Wiginton J.G, Ghanchi H, Al-Atrache Z, Wacker M, Menoni R, Miulli D, Efficacy of platelet transfusion in the management of acute subdural hematoma. *Clin Neurol Neurosurg.* 2018 nov;174:163-166. doi: 10.1016/j.clineuro.2018.09.021. Epub 2018 Sep 13. PMID: 30245434.
58. Barletta J.F, Abdul-Rahman D, Hall S.T, Mangram A.J, Dzandu J.K, Frontera J.A, Zach V, The Role of Desmopressin on Hematoma Expansion in Patients with Mild Traumatic Brain Injury Prescribed Pre-injury Antiplatelet Medications. *Neurocrit Care.* 2020 oct;33(2):405-413. doi: 10.1007/s12028-019-00899-x. PMID: 31898177.
59. Chreiman K.M, Dumas R.P, Seamon M.J, Kim P.K, Reilly P.M, Kaplan L.J, Christie J.D, Holena D.N, The intraosseous have it: A prospective observational study of vascular access success rates in patients in extremis using video review. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018. apr;84(4):558-563. doi: 10.1097/TA.0000000000001795. PMID: 29300281; PMCID: PMC5860964.
60. Schauer S.G, Ng P.C, April M.D, Hill G.J, Arana A.A, Bebart V.S, Pediatric Prehospital Intraosseous Access During Combat Operations in Iraq and Afghanistan. *Pediatr Emerg Care.* 2021 Jan 1;37(1):e21-e24. doi: 10.1097/PEC.0000000000001818. PMID: 30893227.
61. Tyler J.A, Perkins Z, De'Ath H.D, Intraosseous access in the resuscitation of trauma patients: a literature review. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2021 feb;47(1):47-55. doi: 10.1007/s00068-020-01327-y. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32078703
62. Chreiman K.M, Kim P.K, Garbovsky L.A, Schweickert W.D, Blueprint for Implementing New Processes in Acute Care: Rescuing Adult Patients With Intraosseous Access. *J Trauma Nurs.* 2015 sep-oct;22(5):266-73. doi: 10.1097/JTN.0000000000000152. PMID: 26352658
63. Vassallo J, Horne S, Smith J.E, Intraosseous access in the military operational setting. *J R Nav Med Serv.* 2014;100(1):34-7. PMID: 24881424.
64. Hartholt K.A, Van Lieshout E.M, Thies W.C, Patka P, Schipper I.B, Intraosseous devices: a randomized controlled trial comparing three intraosseous devices. *Prehosp Emerg Care.* 2010 jan-mar;14(1):6-13. doi: 10.3109/10903120903349861. PMID: 19947861.5.
65. Paxton J.H, Knuth T.E, Klausner H.A, Proximal humerus intraosseous infusion: a preferred emergency venous access. *J Trauma.* 2009 Sep;67(3):606-11. doi:10.1097/TA.0b013e3181b16f42. PMID: 19741408
66. Leidel B.A, Kirchoff C, Bogner V, Braunstein V, Biberthaler P, Kanz K.G, Comparison of intraosseous versus central venous vascular access in adults under resuscitation in the emergency department with inaccessible peripheral veins. *Resuscitation.* 2012 Jan;83(1):40-5. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.08.017. Epub 2011 sep 3. PMID: 21893125.
67. Hardway J, Lucente F.C, Crawford A, Jarrouj A, Samanta D, Impact of the 24/7 nurse practitioner model on emergency department stay at a level 1 trauma center: A retrospective study. *J Clin Nurs.* 2022 mar 20. doi: 10.1111/jocn.16300. Epub ahead of print. PMID: 35307879.
68. Hardway J, Samanta D, Evans K.J, Bethea A, Rate of Nonsurgical Admissions at a Level 1 Trauma Center: Impact of a Trauma



- Nurse Practitioner Model. *J Trauma Nurs.* 2020 May/June;27(3):163-169. doi: 10.1097/JTN.0000000000000506. PMID: 32371734; PMCID: PMC702183.
69. Holliday A, Samanta D, Budinger J, Hardway J, Bethea A, An Outcome Analysis of Nurse Practitioners in Acute Care Trauma Services. *J Trauma Nurs.* 2017 nov/dec;24(6):365-370. doi: 10.1097/JTN.0000000000000327. PMID: 29117053; PMCID: PMC5929127.
70. Polovitch S, Muertos K, Burns A, Czerwinski A, Flemmer K, Rabon S, Trauma Nurse Leads in a Level I Trauma Center: Roles, Responsibilities, and Trauma Performance Improvement Outcomes. *J Trauma Nurs.* 2019 mar/apr;26(2):99-103. doi: 10.1097/JTN.0000000000000431. Erratum in: *J Trauma Nurs.* 2019 Mar/Apr;26(2):83. PMID: 30845009. CopyDownload .nbib
71. Curtis K, Lien D, Chan A, Grove P, Morris R, The impact of trauma case management on patient outcomes. *J Trauma.* 2002 sep;53(3):477-82. doi: 10.1097/00005373-200209000-00014. PMID: 12352484.
72. Curtis K, Zou Y, Morris R, Black D, Trauma case management: improving patient outcomes. *Injury.* 2006 Jul;37(7):626-32. doi: 10.1016/j.injury.2006.02.006. Epub 2006 Apr 19. PMID: 16624316.
73. Fanta K, Cook B, Falcone R.A Jr, Ricketts C, Schweer L, Brown R.L, Garcia V.F, Pediatric trauma nurse practitioners provide excellent care with superior patient satisfaction for injured children. *J Pediatr Surg.* 2006 jan;41(1):277-81. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.10.049. PMID: 16410147.
74. Shebesta K.F, Cook B, Ricketts C, Schweer L, Brown R.L, Garcia V.F et al, Pediatric trauma nurse practitioners increase bedside nurses' satisfaction with pediatric trauma patient care. *Journal of Trauma Nursing.* 2006; 13(2):66-69
75. Haan J.M, Dutton R.P, Willis M, Leone S, Kramer M.E, Scalea T.M, Discharge rounds in the 80-hour workweek: importance of the trauma nurse practitioner. *J Trauma.* 2007 Aug;63(2):339-43. doi: 10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6. PMID: 17693833.
76. Spisso J, O'Callaghan C, McKennan M, Holcroft J.W, Improved quality of care and reduction of housestaff workload using trauma nurse practitioners. *J Trauma.* 1990 Jun;30(6):660-3; discussion 663-5. doi: 10.1097/00005373-199006000-00001. PMID: 2112612.
77. Jarrett L.A, Emmett M, Utilizing trauma nurse practitioners to decrease length of stay. *J Trauma Nurs.* 2009 Apr-June;16(2):68-72. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181ac91c1. PMID: 19543014.
78. Beaulieu-Jones B.R, Bingham S, Rhynhart K.K, Croitoru D.P, Baertschiger R.M,
79. Singleton M.N, Rutman M.S, Incorporating a Trauma -Informed Care Protocol Into Pediatric Trauma Evaluation: The Pediatric PAUSE Does Not Delay Imaging or Disposition. *Pediatric emergency care.*38(1):e52-e8.
80. Botelho F, Faria I, Zimmerman K, <https://orcid.org/10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6>, Botelho F, <https://orcid.org/10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6>, Truche P, Caddell L, Bowder Alexis N, Buda A, et al, Implementation of a checklist to improve pediatric trauma assessment quality in a Brazilian hospital. *Pediatric surgery international.*37(10):1339-48.
81. Elbaih A.H, Ismail M.T, El-Setouhy M, El-Setouhy M, El-Setouhy M, Hirshon Jon M, Hirshon Jon M, El-Shinawi M, El-Hariri H.M, El-Shinawi M, Impact of implementation of sequential trauma education programs (STEPS) course on missed injuries in emergency polytrauma patients, Ismailia, Egypt. *African journal of emergency medicine : Revue africaine de la medecine d'urgence.*12(2):89-96.
82. Gerdin Warnberg M, Berg J, Hasselberg M, Roy N, David S, <https://orcid.org/10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6>, <https://orcid.org/10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6>, Gerdin Warnberg M, <https://orcid.org/10.1097/TA.0b013e3180d0a8a6>, et al. A pilot multicentre cluster randomised trial to compare the effect of trauma life support training programmes on patient and provider outcomes. *BMJ open.*12(4):e057504.
83. Kelleher D.C, Carter E.A, Waterhouse L.J, Parsons S.E, Fritzeen J, L.R.B.S, Effect of a checklist on advanced trauma life support task performance during pediatric trauma resuscitation. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine.*21(10):1129-34.
84. Kelleher Deirdre C, Waterhouse Lauren J, Carter Elizabeth A, Ch J, ra Bose RP, R B, all S. Effect of a checklist on advanced trauma life support workflow deviations during trauma resuscitations without pre-arrival notification. *Journal of the American College of Surgeons.*218(3):459-66.
85. Magnone S, Allegri A, Ceresoli M, Coccolini F, Manfredi R, Palamara F, Piazzalunga D, Ansaloni L, Belotti E, Merli C, et al, Impact of ATLS guidelines, trauma team introduction, and 24-hour mortality due to severe trauma in a busy, metropolitan Italian hospital: a case control study. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES.*22(3):242-6.
86. Wuthisuthimethawee P, Sookmee W, Damnoi S, Non- randomized comparative study on the efficacy of a trauma protocol in the emergency department. *Chinese journal of traumatology=Zhonghua chuanguang shang za zhi.*22(4):207-11.
87. Lashoher A, et al. Implementation of the World Health Organization Trauma Care Checklist program in 11 centers across multiple economic strata: effect on care process measures. *World J Surg.* 2017;41:954-62.
88. Chidambaram S, Goh En L, Khan Mansoor A, A meta- analysis of the efficacy of whole-body computed tomography imaging in the management of trauma and injury. *Injury.*48(8):1784-93.
89. Caputo N.D, Stahmer C, Lim G, et al, Whole-body computed tomographic scanning leads to better survival as opposed to selective scanning in trauma patients: a systematic review and meta- analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014;77:534-539.
90. Jiang L, Ma Y, Jiang S, et al. Comparison of whole-body computed tomography vs selective radiological imaging on outcomes in major trauma patients: a meta-analysis. *Scand J Trauma Resuscitat Emerg Med.* 2014;22:54.



91. Hajib S, Systematic review: effect of whole-body computed tomography on mortality in trauma patients. *Journal of injury & violence research*.7(2):64-74.
92. Van Vugt R, Edwards M, Keus F, Kool D, Deunk J, Selective computed tomography (CT) versus routine thoracoabdominal CT for high-energy blunt- trauma patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2013(12):1469-493X.
93. Arruzza E, Chau M, Dizon J. Systematic review and meta - analysis of whole-body computed tomography compared to conventional radiological procedures of trauma patients. *European journal of radiology*.129:109099.
94. Sierink J.C, Saltzherr T.P, Reitsma J.B, Van Delden O.M, Luitse J.S.K, Goslings J.C, Systematic review and meta - analysis of immediate total-body computed tomography compared with selective radiological imaging of injured patients. *The British Journal of Surgery*.
95. Corbacioglu Seref K, Er E, Aslan S, Seviner M, Aksel G, Dogan Nurettin O, Guler S, Bitir A, The significance of routine thoracic computed tomography in patients with blunt chest trauma. *Injury*.46(5):849-53.
96. Sierink Joanne C, Saltzherr Teun P, Beenen Ludo F.M, Luitse Jan S.K, Hollmann Markus W, Reitsma Johannes B, Edwards Michael J.R, Hohmann J, Beuker Benn J.A, Patka P, et al, A multicenter, randomized controlled trial of immediate total-body CT scanning in trauma patients (REACT-2). *BMC emergency medicine*.12:4.
97. Alharbi R.J, Shrestha S, Lewis V, Miller C, The effectiveness of trauma care systems at different stages of development in reducing mortality: a systematic review and meta-analysis. *World J Emerg Surg*. 2021 Jul 13;16(1):38. doi: 10.1186/s13017-021-00381-0. PMID: 34256793; PMCID: PMC8278750.
98. Caputo L.M, Salottolo K.M, Slone D.S, Mains C.W, Bar-Or D, The relationship between patient volume and mortality in American trauma centres: a systematic review of the evidence. *Injury*. 2014 Mar;45(3):478-86. doi: 10.1016/j.injury.2013.09.038. Epub 2013 Sep 30. PMID: 24129325.
99. Celso B, Tepas J, Langland-Orban B, Pracht E, Papa L, Lottenberg L, Flint L, A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severely injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. *J Trauma*. 2006 Feb;60(2):371-8; discussion 378. doi: 10.1097/01.ta.0000197916.99629.eb. PMID: 16508498.
100. Choi S.J, Oh M.Y, Kim N.R, Jung Y.J, Ro Y.S, Shin S.D, Comparison of trauma care systems in Asian countries: A systematic literature review. *Emerg Med Australas*. 2017 Dec;29(6):697-711. doi: 10.1111/1742-6723.12840. Epub 2017 Aug 7. PMID: 28782875.
101. Dijkink S, Nederpelt C.J, Krijnen P, Velmahos G.C, Schipper I.B, Trauma systems around the world: A systematic overview. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 Nov;83(5):917-925. doi: 10.1097/TA.0000000000001633. PMID: 28715361.
102. Mann N.C, Mullins R.J, MacKenzie E.J, Jurkovich G.J, Mock C.N, Systematic review of published evidence regarding trauma system effectiveness. *J Trauma*. 1999 Sep;47(3 Suppl):S25-33. doi: 10.1097/00005373-199909001-00007. PMID: 10496607.
103. Moore L, Champion H, Tardif P.A, Kuimi BL, O'Reilly G, Leppaniemi A, Cameron P, Palmer C.S, Abu-Zidan F.M, Gabbe B, Gaarder C, Yanchar N, Stelfox H.T, Coimbra R, Kortbeek J, Noonan V.K, Gunning A, Gordon M, Khajanchi M, Porgo T.V, Turgeon A.F, Leenen L, International Injury Care Improvement Initiative, Impact of Trauma System Structure on Injury Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *World J Surg*. 2018 May;42(5):1327-1339. doi: 10.1007/s00268-017-4292-0. PMID: 29071424.
104. Shammassian B.H, Wooster L, Wright J.M, Kelly M.L, Systematic review of trauma system regionalization and implementation on outcomes in traumatic brain injury patients. *Neurol Res*. 2021 Feb;43(2):87-96. doi: 10.1080/01616412.2020.1824391. Epub 2020 Sep 24. PMID: 32967585.
105. Vali Y, Rashidian A, Jalili M, Omidvari A.H, Jeddian A, Effectiveness of regionalization of trauma care services: a systematic review. *Public Health*. 2017 May;146:92-107. doi: 10.1016/j.puhe.2016.12.006. Epub 2017 Feb 11. PMID: 28404479.
106. Van Ditschuijzen J.C, Van Den Driessche C.R.L, Sewalt C.A, Van Lieshout E.M.M, Verhofstad M.H.J, Den Hartog D, The association between level of trauma care and clinical outcome measures: A systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg*. 2020 Oct;89(4):801-812. doi:10.1097/TA.0000000000002850. PMID: 33017136.



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:

Pillai Riddell R.R, Bucsea O, Shi I, Chow C, Gennis H.G, Badovinac S, Di Lorenzo-Klas M, Racine N.M, Ahola Kohut S, Lisi D, Turcotte K, Stevens B, Uman L.S, "Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain". Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 6. Art. No.: CD006275. DOI: 10.1002/14651858.CD006275.pub4.¹

Autori: Valentina Vanzi, Daniela D'Angelo

A partire dagli anni Ottanta, la letteratura scientifica ha cominciato a smentire completamente la convinzione (Maxwell et al, 2019) che l'imaturità anatomica e funzionale - legata soprattutto alla prematurità - determinasse un'incapacità di recepire lo stimolo doloroso e che il lattante, ed ancor di più il neonato, percepisse il dolore in forma attenuata o non lo sentisse affatto.

Ad oggi, è ampiamente riconosciuto che, già dalla 23a settimana di età gestazionale, il Sistema Nervoso Centrale (SNC) è anatomicamente e funzionalmente competente per la nocicezione, mentre la formazione e la mielinizzazione delle aree nocicettive centrali (talamo, corteccia sensitiva, sistema limbico, ipotalamo e le aree associative corticali cerebrali) si strutturano nel periodo post-natale fino al primo anno di vita.

Dunque, il Sistema Nervoso del neonato e del bambino è assolutamente adeguato a tradurre, trasmettere, modulare e percepire la sensazione dolorosa.

Tuttavia nel feto, nel neonato e nel lattante fino a 12-18 mesi di età, vi è una ritardata espressione delle vie inibitorie discendenti, con conseguente ridotta azione antalgica, che determina una maggiore eccitabilità del sistema nocicettivo in toto (Hartley et al, 2016).

Sul piano pratico, si determina la condizione per cui, a parità di stimolo doloroso, quanto più piccolo è il soggetto, minore è l'inibizione centrale e periferica, tanto maggiore è la percezione del dolore.

Inoltre, il SNC e periferico, durante il periodo neonatale e nell'infanzia, è caratterizzato da un'elevata plasticità che influenza la maturazione del sistema dolorifico che, in questa fase di vita, prosegue con lo sviluppo ed il perfezionamento di recettori periferici, connessioni intramidollari e intracorticali con il sistema limbico e con le aree associative presenti nella corteccia frontale, parietale e nell'insula.

Tale plasticità si traduce con l'evenienza che, perpetuan-

do stimoli dolorosi, senza copertura analgesica, si causino modificazioni strutturali e funzionali persistenti del sistema nocicettivo/antalgico, che permangono per tutta la vita e modificano la soglia del dolore.

A tutte le età, uno stimolo doloroso lascia traccia nella memoria e questa evidenza è ampiamente documentata in letteratura anche per i neonati ed i prematuri.

È riconosciuto, infatti, che la memoria si forma e si arricchisce in epoche molto precoci e condiziona il percepito per tutta la vita. Sebbene molti di questi ricordi siano inconsci, possono influenzare in modo determinante l'insorgenza di disordini comportamentali, cognitivi e problemi psicosociali (Benini et al, 2010).

Da tutte queste considerazioni è evidente che l'esperienza del dolore, vissuta durante il periodo neonatale e nell'infanzia, può influenzare l'architettura definitiva del sistema algico dell'adulto, causando conseguenze a breve e lungo tempo (Anand et al, 2017).

Non a caso, gli effetti negativi del dolore sulla prognosi attuale e futura sono maggiori in età neonatale-pediatria rispetto alle età successive.

La gestione del dolore nei neonati e nei lattanti risulta ancora inadeguata, nonostante le crescenti evidenze che un'adeguata terapia antalgica sia in grado di annullare l'impatto negativo del dolore (Cruz et al, 2016).

La Revisione della Cochrane si colloca all'interno di tale scenario e rappresenta un aggiornamento della Revisione sistematica pubblicata nel 2015 (fascicolo XII).

L'obiettivo principale di tale aggiornamento è quello di valutare l'efficacia e la sicurezza (i. e. insorgenza di eventi avversi) degli interventi non farmacologici per la gestione del dolore acuto di neonati e bambini (di età fino a tre anni). In questa Revisione, l'efficacia è stata indagata considerando le sottocategorie dei pazienti (neonati pretermine, a termine, lattanti) e mettendola in relazione con la fase del dolore (reattività o regolazione).



Non sono stati esclusi alcuni interventi quali la *kangaroo care*, la somministrazione del saccarosio, l'allattamento al seno/latte materno e la musica, per cui le prove di efficacia sono già ampiamente disponibili in letteratura.

La possibilità di poter disporre di interventi non farmacologici di varie tipologie per poter gestire il dolore in questi pazienti (in alternativa od in associazione ad interventi farmacologici) è essenziale e ne favorisce l'implementazione anche in *setting* di cura diversi.

Per l'aggiornamento di questa Revisione sono stati ricercati studi in multipli database: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL e diversi siti di registrazione di *trial*/clinici (ClinicalTrials.gov; International Clinical Trials Registry Platform) e sono state controllate anche le referenze bibliografiche degli studi.

La ricerca bibliografica è stata completata a luglio 2022. Sono 76 i nuovi studi incorporati in questa Revisione aggiornata, per un numero totale di 138 lavori esaminati ed una popolazione complessiva di 11058 pazienti.

Gli studi inclusi erano RCT o RCT con disegno *crossover*, la popolazione in studio aveva un'età compresa tra zero e tre anni, l'intervento oggetto di analisi erano gli interventi non farmacologici comparati con gli interventi standard o nessun trattamento.

Inoltre, sono stati analizzati gli studi in cui è stato possibile valutare l'effetto dell'aggiunta di interventi non farmacologici ad uno o più interventi di gestione del dolore.

Nel complesso, sono stati valutati 24 diversi interventi non farmacologici per ridurre il dolore procedurale nei bambini piccoli quali: interventi legati al contesto, riduzione dei rumori ambientali, esposizione alla voce materna, esposizione ad odori rassicuranti (es. profumo materno/latte materno, lavanda, vaniglia), riduzione diretta (copertura degli occhi) od indiretta (copertura dell'incubatrice) della luce, modifiche della temperatura (riscaldamento o raffreddamento), *bundle* multisensoriale, presenza genitoriale, interventi cognitivi, strategie ludiche (gioco, video), approccio comportamentale, suzione non nutritiva (tramite ciuccio o capezzolo materno non in allattamento), deglutizione dell'acqua, pratiche posturali (contenimento, fasciatura, massaggio), tocco terapeutico, terapia vibratoria, *co-bedding*, coinvolgimento parentale strutturato, interventi combinati (aggiunta di un intervento non farmacologico alla somministrazione di sucrosio, alla suzione non nutritiva, alle pratiche posturali oppure in associazione ad anestetici locali).

Gli *outcome* considerati sono stati la risposta al dolore e gli eventi avversi. È stata valutata anche un'eventuale differenza nell'impatto degli interventi a seconda che il bambino fosse appena stato sottoposto alla procedura dolorosa (fase di reattività al dolore), rispetto al calmarsi dal picco (fase di regolazione del dolore).

La suzione non nutritiva e le pratiche posturali di contenimento e di fasciatura sono risultati interventi utili nella gestione del dolore nel neonato prematuro; anzi, si è dimostrata efficace anche nei neonati a termine. Dopo un intervento di suzione non nutritiva, un neonato pretermine ha presentato emesi, mentre uno a termine una diminuzione della saturazione di ossigeno.

Nessun intervento ha mostrato risultati promettenti nel ridurre i comportamenti legati al dolore nei bambini più grandi.

Gli eventi avversi legati a questi interventi antalgici sono stati molto rari; non si sono verificati eventi avversi a seguito delle pratiche posturali e del coinvolgimento strutturato dei genitori.

Purtroppo, però, la certezza delle prove è risultata essere "molto bassa" o "bassa" e nessun studio aveva una certezza delle prove alta.

Pertanto, gli autori hanno evidenziato la necessità di poter disporre di ulteriori studi, prima di poter trarre una conclusione definitiva, e si riservano la possibilità di un nuovo aggiornamento in base ai futuri lavori di ricerca che verranno pubblicati.

Come testimonia l'*update* di questa Revisione, il tema del dolore in ambito neonatale e pediatrico è oggetto di una ricerca dinamica e continua.

Questo aspetto deriva dall'enorme *gap* che ancora persiste tra teoria e pratica.

A fronte dell'evidenza incontestabile, da un punto di vista scientifico, delle conseguenze negative a breve e lungo termine del dolore sul benessere e lo sviluppo dei neonati e dei bambini, studi epidemiologici sottolineano come il problema del dolore sia ancora sottovalutato e mal gestito in ambito ospedaliero.

Per esempio, in uno studio multicentrico *cross-sectional* danese che ha interessato oltre 500 bambini di ogni età, il 37% ha riportato di aver provato dolore nelle 24h precedenti. Per la maggior parte dei bambini, con riferito dolore da "moderato a severo", non era stata documentata una valutazione del dolore e non erano state predisposte, in maniera sistematica, misure farmacologiche e non farmacologiche per prevenire o trattare il dolore (Walther-Larsen et al, 2017).

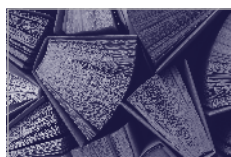
Analogamente, dalla Revisione sistematica di studi osservazionali proposta da Cruz et al (2016) ed incentrata sull'epidemiologia del dolore procedurale in ambito neonatale, emerge che, sebbene le procedure dolorose siano effettuate in modo frequente e ripetitivo nei neonati ospedalizzati, la gestione preventiva ed effettiva del dolore sia inadatta ed inconsistente.

Poter disporre di interventi non farmacologici validi, efficaci, semplici da poter porre in atto ed economici (come quelli proposti in questa Revisione Cochrane), indubbia-



mente potrebbe favorire l'implementazione della gestione efficace del dolore. Ma è necessario indagare e testare percorsi e strategie di cambiamento che consentano di inserire tali interventi nelle realtà cliniche.

¹Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, fascicolo 6, DOI: 10.1002/14651858.CD006275.pub4. (visita il sito 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.



Bibliografia

- Anand K.J.S, Eriksson M, Boyle E.M, Avila-Alvarez A, Andersen R.D, Sarafidis K, Polkki T, Matos C, Lago P, Papadouri T, Attard-Montalto S, Ilmoja M.L, Simons S, Tameliene R, Van Overmeire B, Berger A, Dobrzanska A, Schroth M, Bergqvist L, Courtois E, Rousseau J, Carbajal R, EUROPAIN survey working group of the NeoOpioid Consortium. Assessment of continuous pain in newborns admitted to NICUs in 18 European countries. *Acta Paediatr.* 2017 aug;106(8):1248-1259. doi: 10.1111/apa.13810.
- Cruz M.D, Fernandes A.M, Oliveira C,R, Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *Eur J Pain.* 2016 Apr;20(4):489-98. doi: 10.1002/ejp.757.
- Hartley C, Moultrie F, Gursul D, Hoskin A, Adams E, Rogers R, Slater R, Changing Balance of Spinal Cord Excitability and Nociceptive Brain Activity in Early Human Development. *Curr Biol.* 2016 aug 8;26(15):1998-2002. doi: 10.1016/j.cub.2016.05.054.
- Maxwell L.G, Fraga M.V, Malavolta C.P, Assessment of Pain in the Newborn: An Update. *Clin Perinatol.* 2019 Dec;46(4):693-707. doi: 10.1016/j.clp.2019.08.005.
- Walther-Larsen S, Pedersen M.T, Friis S.M, Aagaard G.B, Rømsing J, Jeppesen E.M, Friedrichsdorf S.J, Pain prevalence in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey in four Danish university hospitals. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2017 mar; 61(3):328-337. doi: 10.1111/aas.12846.
- https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1256_allegato.pdf



Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Pubblicato su Heliyon articolo a firma italiana sulle competenze infermieristiche nell'esame di abilitazione in Infermieristica

L'articolo, a firma dei ricercatori italiani: Flavia Pantaleo, Daniela D'Angelo, Alessandro Stievano, Beatrice

Albanesi, Antonello Petrizzo, Ippolito Notarnicola, Maria Grazia De Marinis e Anna Marchetti, frutto di un progetto sostenuto dal CECRI, "Un esempio di valutazione dell'ottimizzazione delle competenze infermieristiche nell'esame di licenza: uno studio osservazionale" è stato pubblicato su Heliyon.

L'esame di abilitazione in Infermieristica è sempre stato incentrato sui curricula utilizzati nelle università. Per quanto concerne le competenze e i risultati dell'apprendimento in Europa, "Tuning" è stato il primo progetto che ha cercato di armonizzare gli scopi della formazione universitaria.

Le strutture didattiche "Tuning" sono state offerte in varie discipline, tra cui anche quella Infermieristica, attraverso un progetto *ad hoc*: il cosiddetto "Tuning Nursing".

Questo studio descrive quali delle 47 competenze infermieristiche "Tuning" sono state tenute in conto durante l'esame di licenza nei CdL in Infermieristica e quali tipi di prove siano state utilizzate per la loro valutazione. Allo scopo è stato condotto uno studio osservazionale multicentrico in quattro atenei italiani. I dati sono stati raccolti negli A.A. 2017-2019, utilizzando due griglie: una per i test cognitivi e una per i test psicomotori.

Dai risultati dei test (riguardanti le malattie croniche e il paziente adulto ricoverato), è emerso che le competenze "Tuning" sono state richieste 7522 volte; le più avocate sono state quelle legate alla "Pratica infermieristica e processo decisionale clinico", mentre il livello di prestazione ritenuto più necessario è stato "l'autonomia di giudizio".

In conclusione, si è osservato che le competenze più frequentemente valutate coincidono con quelle ritenute fondamentali per il primo ciclo di studi a livello

europeo, ma è stato anche rilevato un alto grado di discrepanza nei tipi di test utilizzati nelle scuole.

Dallo studio è emersa un'evidente congruenza tra le competenze che gli accademici definiscono "fondamentali" (e da acquisire durante il primo ciclo di studi) e quelle valutate nell'esame delle capacità infermieristiche

È altresì evidente che la difficoltà, da parte dei Centri di formazione, nel valutare le competenze comunicative e le competenze gestionali e di *leadership* dello studente, è strettamente legata alla capacità di definire le prove stesse da parte degli educatori e all'impegno logistico che caratterizza il test.

La formazione infermieristica è ancora incentrata sulla preparazione degli studenti infermieri al lavoro in ospedale, poiché in Italia, nonostante il Sistema Sanitario Nazionale si stia progressivamente evolvendo, i programmi infermieristici sembrano essere ancora molto incentrati sull'assistenza ospedaliera.

DOI: [10.1016/j.heliyon.2023.e13412](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13412)



Articolo a firma italiana sul Primary Nursing pubblicato su The Open Nursing Journal

Su The Open Nursing Journal è stato pubblicato l'articolo a firma del ricercatore italiano Antonello Cocchieri, dal titolo: "Describing Nurses' Competence in Primary Nursing Care Model: a Cross-sectional Study Conducted in an Italian Teaching Hospital" ("Descrivere la competenza degli infermieri nel modello di assistenza infermieristica primaria: uno studio trasversale condotto in un ospedale universitario italiano").

Il *Primary Nursing* (PN) è un modello infermieristico incentrato sul paziente che mira a migliorare la qualità dell'assistenza. Negli anni, è stato definito come un "modello per sviluppare la conoscenza personale degli infermieri", eppure la relazione tra i diversi modelli di assistenza infermieristica e la competenza o l'esperienza degli infermieri richiede tuttora diversi approfondimenti.



Questo studio, dunque, mirava a descrivere le percezioni degli infermieri sulla loro competenza nel modello di assistenza infermieristica primaria e a identificare i predittori sociodemografici e organizzativi legati alla loro competenza.

Con un disegno trasversale (al fine di reclutare infermieri dai reparti che utilizzano il modello di assistenza PN e dai reparti in cui è stato applicato un modello di assistenza infermieristica diverso); un campione di convenienza di 142 infermieri e un questionario autosomministrato (composto da un'indagine sociodemografica e dalla *Nurse Competence Scale-NCS*), si è cercato, dunque, di arrivare allo scopo.

L'età degli infermieri, il sesso, il grado di istruzione, gli anni al lavoro e il tipo di contratto di lavoro sono stati testati come potenziali predittori indipendenti della competenza degli infermieri.

Dai risultati è emerso che un contratto di lavoro a tempo indeterminato, una maggiore esperienza lavorativa, il lavoro in un modello di cura PN e il genere maschile, sono da ritenersi predittori indipendenti di un alto livello di competenza nella gestione delle situazioni. Una maggiore esperienza lavorativa e lavorare in un modello di cura PN, invece, vanno ritenuti predittori di un alto livello di competenza nel garantire la qualità dell'assistenza. Infine, un contratto di lavoro a tempo indeterminato e il lavoro in un modello di assistenza PN erano entrambi associati a un livello più elevato di ruolo di aiuto, insegnamento-*coaching*, funzioni diagnostiche, interventi terapeutici e ruolo lavorativo.

In generale, gli infermieri PN hanno riportato una migliore percezione della loro competenza in tutte e sette della categoria NCS.

Dunque, in questo studio è emerso che il modello PN è significativamente correlato in positivo allo sviluppo delle competenze infermieristiche.

Teorie e modelli di genere contribuiscono allo sviluppo della professione, sostenendo i ruoli indipendenti degli infermieri durante l'erogazione delle cure. Tuttavia, per sviluppare e mantenere un'adeguata competenza infermieristica, sono necessari programmi e corsi infermieristici.

La valutazione della competenza infermieristica, rispetto all'assistenza infermieristica individualizzata, può essere importante per lo sviluppo del modello di assistenza PN. Ma il modello di erogazione dell'assistenza PN richiede un piano di assistenza infermieristica personalizzato e con il coinvolgimento di competenze avanzate.

Amministratori e infermieri, dunque, dovrebbero collaborare per considerare l'uso di un NCDM adeguato, che soddisfi al meglio le esigenze dei pazienti.

Lo studio è stato finanziato dal Centro d'Eccellenza-CECRI di Roma.

DOI: [10.2174/18744346-v17-e230217-2022-165](https://doi.org/10.2174/18744346-v17-e230217-2022-165)



Studio italiano sull'efficacia del colloquio motivazionale nella relazione tra pazienti con insufficienza cardiaca e *caregiver* pubblicato sul JCN

Il Journal of Cardiovascular Nursing ha pubblicato l'articolo a firma italiana dal titolo: "L'efficacia di un colloquio motivazionale. Intervento sulla reciprocità tra pazienti con insufficienza cardiaca e i loro *caregiver*. Un'analisi dei risultati secondari del MOTIVATE-HF. Uno studio randomizzato controllato" di Gianluca Pucciarelli, Giuseppe Occhino; Giulia Locatelli; Marina Baricchi; Davide Ausili; Paola Rebora; Andrea Cammarano; Rosaria Alvaro e Ercole Vellone.

La reciprocità, definita come "la qualità positiva della relazione tra un *caregiver* e un assistito", è risultata essere associata alla cura di sé e al contributo del *caregiver* all'autocura nello scompenso cardiaco (HF). Tuttavia, non sono stati condotti studi per valutare se il colloquio motivazionale (IM) possa migliorare la reciprocità nei pazienti con scompenso cardiaco e coloro che se ne prendono cura.

Lo scopo di questo studio, dunque, è stato proprio quello di valutare l'efficacia dell'IM sulla reciprocità nelle diadi paziente/*caregiver* con scompenso cardiaco.

Per farlo, si sono analizzati i risultati secondari dello studio controllato randomizzato MOTIVATE-HF (il cui obiettivo principale era valutare l'effetto dell'IM sul miglioramento della cura di sé nei pazienti con scompenso cardiaco).

I partecipanti sono stati randomizzati in 3 insiemi: (1) infarto del miocardio solo per i pazienti, (2) infarto del miocardio sia per i pazienti che per gli operatori sanitari e (3) cura standard.

Per valutare la mutualità dei pazienti con scompenso cardiaco e dei *caregiver* è stata utilizzata la Mutuality Scale, nelle sue versioni "paziente e *caregiver*". I pazienti con SC avevano un'età media di 74 anni; erano in maggioranza uomini (58%) ed erano già in pensione (76,2%), e presentavano un'eziologia di insufficienza cardiaca ischemica (33,6%). I *caregiver*, invece, avevano un'età media di 55 anni ed erano per lo più donne (75,5%).

Durante il periodo di *follow-up* (di 3, 6, 9 e 12 mesi), i colloqui motivazionali non hanno mostrato alcun impatto sui cambiamenti nella mutualità tra paziente e



caregiver, solo la convivenza è risultata positivamente significativa.

Dunque, il colloquio motivazionale svolto dagli infermieri non è stato efficace nel migliorare la reciprocità nei pazienti con scompenso cardiaco e nei *caregiver*, ma, rispetto alla reciprocità, effetti più forti sono stati osservati nei pazienti con insufficienza cardiaca e nei *caregiver* che vivono assieme.

Sarebbe auspicabile che gli studi futuri si interessassero di reciprocità, per dimostrare che l'IM sia davvero efficace.

mente significativa tra il numero di ND, al momento del ricovero, e quello di trasferimenti di pazienti intra-ospedalieri.

Quindi, non è errato credere che le ND rappresentino una possibilità per comprendere il contributo degli infermieri in ambito chirurgico: quelle raccolte al momento del ricovero, ad esempio, rappresentano un fattore prognostico correlato agli esiti-chiave delle stesse.

DOI: [10.1177/23779608231158157](https://doi.org/10.1177/23779608231158157)



Uno studio italiano descrive la prevalenza e l'andamento delle diagnosi infermieristiche in ambito chirurgico ospedaliero

Lo studio "Diagnosi infermieristiche standardizzate in ambito chirurgico ospedaliero: uno studio retrospettico ("Standardized Nursing Diagnoses in a Surgical Hospital Setting: A Retrospective") dei ricercatori: Manuele Cesare, Fabio D'agostino, Massimo Maurici, Maurizio Zega, Valentina Zeffiro e Antonello Cocchieri, è stato pubblicato su SAGE Open Nursing.

Il suo scopo è stato quello di descrivere la prevalenza e l'andamento delle diagnosi infermieristiche (ND) in ambito chirurgico ospedaliero, analizzando anche la relazione tra le stesse e gli esiti nosocomiali.

Nelle cartelle cliniche elettroniche (EHR) sono necessarie terminologie infermieristiche standardizzate (SNT), proprio come le ND, che dimostrano l'impatto dell'assistenza infermieristica sugli esiti dei pazienti. Ma il loro uso non è comune nella pratica clinica, specie in contesti chirurgici, e pertanto raramente sono incluse nelle EHR.

Conducendo uno studio retrospettico, nell'arco di un anno, che ha incluso 5.027 pazienti adulti (ricoverati in una delle 15 Unità di degenza chirurgica di un ospedale universitario italiano), gli esperti hanno raccolto dati (tra cui lo strumento di valutazione professionale e il registro delle dimissioni ospedaliere), poi censiti, retrospettivamente, dalle EHR dell'ospedale. È risultato che, per paziente, c'era una media di $6,3 \pm 4,3$ ND; che la distribuzione media delle stesse mostrava un andamento stabile durante tutto l'anno e che il dominio NANDA-I ND più rappresentativo era quello della "sicurezza/protezione".

Al momento del ricovero, il numero totale di ND, era significativamente più alto per i pazienti la cui durata del ricovero era più lunga e per quelli poi trasferiti in un'Unità di Terapia Intensiva (rispetto ai non trasferiti). Inoltre, è stata osservata una correlazione statistica-



Il XII Congresso Internazionale al Ministero della Salute

Il 31 maggio, il Centro d'Eccellenza-CECRI dell'OPI di Roma ha festeggiato nuovi traguardi con il XII Congresso Internazionale, dal titolo: "Infermieristica specialistica: sviluppi futuri per una rinnovata centralità dei cittadini". Dalle 9.30 alle 16.30, al Ministero della Salute, l'evento, gratuito, è stato incentrato, tra l'altro, sull'impegno per individuare e sviluppare le differenti forme di infermieristica specialistica, sull'asse della pratica clinica. Per gli infermieri, il cambiamento nella clinica si concretizza attraverso un processo incrementale, sostenuto da una formazione adeguata e dalla specializzazione.

La Giornata di studi, realizzata con il patrocinio della Federazione Nazionale-FNOPI, Boston College e Case Western University, è servita per confrontarsi sulle competenze dell'infermiere esperto, per mettere in pratica, anche in Italia, lo sviluppo di aree come: le cure primarie e la sanità pubblica, l'emergenza/urgenza, l'assistenza medica, l'assistenza chirurgica, l'assistenza neonatologica e pediatrica, la salute mentale e dipendenze; ma anche quelle da prevedere in sede di verifica ed eventuale ridefinizione dell'offerta formativa accademica, imprescindibili per rafforzare e rinnovare il focus di un'assistenza centrata sui reali bisogni dei cittadini. Il Congresso, dunque, ha analizzato alcuni studi che si sono confrontati sul cambiamento dell'assistenza clinica a livello internazionale; presentato lo sviluppo della ricerca clinica specialistica in Italia (per mezzo delle ricerche del Centro di Eccellenza capitolino) e descritto l'impatto dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, figura fondamentale per rafforzare le cure primarie e potenziare la presa in carico sul territorio dei cronici e dei più fragili.

Per farlo, oltre al presidente OPI Roma, **Maurizio Zega**, e al direttore scientifico CECRI, **Gennaro Rocco**, sono stati coinvolti alcuni esperti, fra i più noti del settore: **Dyanne Affonso**, **Susan Gennaro** e **Joyce Fitzpatrick**.

Con la tavola rotonda di metà mattinata, invece, si è approfondito il tema delle "Strategie per avanzare l'assistenza clinica specialistica a favore della centralità dei cittadini". Moderata dal responsabile della comunicazione FNOPI, **Silvestro Giannantonio**, l'occasione ha riunito, al direttore Rocco e al presidente Zega: **Giorgio Casati**, direttore generale ASL Roma

2, **Daniela Tartaglini**, direttore assistenziale delle Professioni sanitarie e professore associato Campus Biomedico di Roma e **Giuseppe Quintavalle**, direttore generale Policlinico Tor Vergata e commissario alla ASL Roma 1.

Focus, dunque, sulle qualifiche infermieristiche e sulle ricadute organizzative del rinnovato modello formativo auspicato dall'Ordine. Questo, affrontando anche il tema del "dottorato di pratica" e sottolineando quanto soluzioni frettolose, in tale fase delicata, possano determinare problemi gestionali in futuro.

Il riferimento, ovviamente, è andato alla cronica carenza di personale infermieristico e alle strategie per farne fronte, attesa l'impossibilità, da parte del sistema accademico, di "sforare" subito le migliaia di professionisti attualmente necessari al Servizio Sanitario Nazionale.

Ricorrere, dunque, a figure di supporto, al di fuori della professione infermieristica, pur di "tappare i buchi"? L'esperienza intrapresa anni fa negli USA ha dimostrato che non è proprio la migliore.

"La politica deve fare delle scelte serie e ponderate in tal senso. Noi facciamo del nostro meglio per amministrare il 'capitale umano' e professionale che abbiamo a disposizione", hanno spiegato i due direttori generali coinvolti. "Tutti gli studi internazionali dimostrano quanto siano necessarie figure professionali altamente qualificate per diminuire la mortalità e garantire un'assistenza di qualità - ha chiosato Rocco -: da qui non si scappa!". "Oggi non vogliamo rivendicare rendite di posizione - ha aggiunto Zega -, ma sottolineare gli enormi ritardi con cui il nostro Paese ha deciso di affrontare il cambio di paradigma necessario a ridefinire i ruoli di ospedale e di territorio, alla luce dei mutamenti demografici e sociali che, dagli inizi del Duemila, sono ormai sotto gli occhi di tutti".

Approfondita anche la dimensione umana ed emozionale della professione, grazie all'intervento della professoressa Tartaglini: gli infermieri, oggi, conseguono il titolo abilitante appena più che ventenni e il carico emotivo dell'impatto con un *setting* lavorativo così delicato come quello assistenziale va accompagnato da un percorso di crescita parallelo e continuo, in rete con le altre professioni, per gestire meglio l'inevitabile aumento delle responsabilità, in un mix di competenza

ed esperienza.

Unanime, quindi, l'appello ai decisori, affinché le istituzioni riconoscano agli infermieri "quello che fanno davvero", avendo il coraggio e la forza di avviare un vero cambiamento nelle politiche di programmazione, anche perché, entro il 2026, bisogna applicare quanto descritto nel PNRR. "Non possiamo comportarci come fa il mondo della moda - ha chiosato il presidente Zega alla fine del dibattito -, cioè imponendo quanto abbiamo a disposizione! Alla mutata domanda di salute non è più plausibile rispondere con gli ospedali solo perché, per anni, si è investito nella risposta nosocomiale. Il futuro è l'assistenza territoriale: lì, dove l'infermiere è senza dubbio la figura cardine".

Nel pomeriggio, spazio ai lavori del CECRI, moderati da **Alessandro Sili** e **Alessandro Stievano**.

Con **Ippolito Notarnicola**, "Un modello per la valu-

tazione del *Core Competence* infermieristico e per la progettazione dell'esame di abilitazione professionale". Con **Antonello Cocchieri**, "Esplorare la compliance verso il modello *primary nursing*: la validazione di uno strumento utilizzando il metodo Delphi"; con **Maddalena De Maria**, "Caratteristiche dei tipi di assistenza diadica tra i pazienti con condizioni croniche multiple e i loro *caregiver* informali"; con **Jacopo Fiorini**, "La *leadership* infermieristica: efficacia ed impatto sui *Nursing Sensitive Outcomes*. I dati preliminari di uno Studio Multicentrico Osservazionale"; con **Gabriele Caggianelli** e **Daniela D'Angelo**, "Efficacia pratica degli interventi di assistenza transizionale nei pazienti gravemente ammalati e nei loro *caregiver*: un protocollo di revisione sistematica" e, infine, con **Dhurata Ivziku**, "Cosa determina il carico di lavoro fisico, mentale ed emozionale sugli infermieri? Uno studio *cross-sectional*".



In Breve

Siglato MOU tra CECRI e Case Western University

Mercoledì 31 maggio, in occasione del XII Congresso del Centro di Eccellenza, è stato siglato un *Memorandum of Understanding* (MOU) fra il CECRI dell'OPI di Roma e la Case Western Reserve University di Cleveland (Ohio), che durerà cinque anni.

Per l'evento al Ministero della Salute, i tre rappresentanti degli Enti coinvolti, **Gennaro Rocco** (direttore scientifico CECRI); **Maurizio Zega** (presidente OPI Roma) e **Joyce Fitzpatrick** (professor of Nursing, Case Western University) hanno apposto le loro firme su un protocollo d'intesa che ha lo scopo di favorire lo scambio educativo tra le due istituzioni, impegnandosi in progetti di ricerca connessi e sostenendo lo sviluppo di fondi collaborativi. Ciò, attuando programmi congiunti di istruzione e formazione, promuovendo attività accademiche e lo scambio di pubblicazioni, di docenti e studenti.



Giornata Internazionale dell'Infermiere L'OPI Roma in piazza San Lorenzo in Lucina



Il tradizionale incontro fra la Professione infermieristica e la cittadinanza romana, in occasione della Giornata internazionale dell'Infermiere del 12 maggio, si è svolta, quest'anno, in piazza San Lorenzo in Lucina, dalle ore 10 e fino a pomeriggio inoltrato.

L'OPI di Roma è stato presente con una struttura mobile: infermieri, docenti e studenti dei Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche della Capitale hanno dialogato con la cittadinanza, per farsi conoscere e fornendo a tutti informazioni sui servizi sanitari territoriali; oltre che per somministrare alcuni servizi, quali la misurazione dei

parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, e saturazione). Intanto, in una postazione attigua, ARES 118 illustrava le manovre di rianimazione (per adulti e bambini) effettuate da personale infermieristico esperto. Gli studenti dei CdL in Infermieristica, oltre che distribuire materiale informativo sulla figura dell'Infermiere, e in particolare su quella dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità-IFeC, hanno anche intervistato i cittadini, chiedendo quale fosse la percezione avuta su chi siano e di cosa si occupino gli infermieri.

Questo, mentre in circa 60 presidi sanitari (pubblici e privati), la Giornata internazionale veniva celebrata con altrettante postazioni in cui l'Ordine degli Infermieri ha incontrato il pubblico per parlare di opportunità e criticità della professione, in stretta connessione con la difficile situazione del Servizio Sanitario nazionale e regionale.

“La sanità del futuro, disegnata anche dal PNRR - ha spiegato il presidente OPI Roma, **Maurizio Zega** - si impernia sulla figura dell'IFeC, che segue il paziente sul territorio nell'ottica di una sanità proattiva, ma, mentre i fondi per i nuovi ospedali di comunità vengono stanziati, va ricordato che rischiano di restare vuoti e privi di personale. Per quel che ci riguarda, restiamo a disposizione delle autorità regionali per studiare insieme una soluzione ad una situazione che rischia di diventare drammatica”.

GIORNATA INTERNAZIONALE DELL'INFERMIERE
12 MAGGIO 2023

Noi infermieri... da sempre al tuo fianco

OPI ROMA
Ordine delle professioni
infermieristiche

- Area neonatologia e pediatrica
- Area medica e chirurgica
- Area primarie e sanità pubblica
- Area intensiva e dell'emergenza
- Salute mentale e dipendenze

...Ti aspettiamo!
Piazza San Lorenzo in Lucina
Roma



In Breve

“Spiagge serene”: educazione sanitaria in tutta la costa laziale grazie agli infermieri

Dal 29 giugno, con il patrocinio dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma e della Regione Lazio, è partito il progetto “Spiagge serene”, ideato dalle Asl Roma 3, Roma 4 e Roma 6, il cui territorio comprende la costa della provincia di Roma.

Fino a settembre, per 16 giornate, un'équipe multidisciplinare (composta da infermieri, altre professioni sanitarie e studenti dei corsi di laurea in Infermieristica), promuoverà l'educazione sanitaria direttamente sull'arenile. Verranno presentati stili di vita sani, prevenzione di comportamenti a rischio, elementi di primo soccorso per fronteggiare le emergenze: grazie a dépliant e materiale informativo presso gli stand, i bagnanti potranno anche partecipare alla dimostrazione sulle tecniche di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle prime vie aeree, ed eventualmente esercitarsi su un manichino. L'obiettivo di “Spiagge serene” è quello di fornire indicazioni su comportamenti giusti da tenere in caso di piccoli inconvenienti in spiaggia; consigliare semplici azioni per la gestione immediata di situazioni di pericolo per la salute, non “aspettando” il cittadino, ma andandogli incontro, concretizzando il concetto di “proattività”. Le attività saranno attuate sia sulle spiagge libere che presso gli stabilimenti balneari e lacustri a: Torvaianica, Marina di Ardea, Tor San Lorenzo, Lavinio, Lido dei Pini, litorale di Nettuno e di Anzio, laghi di Albano e Nemi, Passo Scuro, Maccarese, Fregene, Focene, Fiumicino, Ostia Lido, Castel Fusano, Santa Marinella, località Santa Severa, litorale di Cerveteri, litorale di Ladispoli lago di Bracciano nelle spiagge di Anguillara, Bracciano e Trevignano Romano.

12 MAGGIO 2023 Giornata Internazionale dell'Infermiere



Le immagini pubblicate in pagina sono pervenute alla redazione durante la settimana del 12 maggio. Se avete altre foto significative della Giornata, è possibile inviarle a: ordine@opi.roma.it

OPI Roma e OMCeO per l'evento "Medici, infermieri e cittadini: un gioco di squadra vincente"

Chiarezza di ruoli, funzioni, responsabilità e prospettive dei professionisti sanitari - medici ed infermieri - tanto nelle forme consolidate, quanto rispetto ai nuovi modelli organizzativi di assistenza territoriale descritti nel PNRR.

Anche di questo si è parlato venerdì 26 maggio, dalle 8.30 alle 13.30, alla Regione Lazio.

Un evento voluto dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma e dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri-OMCeO capitolino, patrocinato dalla Federazione nazionale-FNOPI.

Nel rispetto degli specifici ambiti di competenza e al fine di garantire al cittadino una reale presa in carico dei suoi bisogni di salute, infatti, i due Ordini hanno condiviso la necessità di definire un *position statement* capace di delineare un pensiero articolato e competente



in ambiti di comune interesse.

Definire un modello di riferimento per l'implementazione e la gestione di standard organizzativi assistenziali (superando il concetto di "minutaggio" e di "prestazione") per orientare i servizi sempre più verso la persona; articolare percorsi di valorizzazione professionale, di cui i professionisti sanitari intendono essere protagonisti; coadiuvare le istituzioni nelle scelte che riguardano i servizi sanitari in cui essere inseriti: questi, alcuni degli argomenti trattati durante l'incontro. Come pure l'operatività del PNRR, per delineare forme di alleanza e condivisione che possano garantire le migliori attività di cura e per evidenziare la consapevolezza dei ruoli e delle funzioni dei professionisti sanitari, sempre più orientati al lavoro di équipe. All'evento, dopo i saluti del Governatore del Lazio e assessore regionale alla Sanità, **Francesco Rocca**, che ha ribadito la volontà di inserire la categoria infermieristica in tutti i tavoli tecnici riguardanti la sanità, e di **Maurizio Zega** e **Antonio Magi** (rispettivamente, presidente OPI e OMCeO Roma) hanno preso parte diversi esperti del settore.

Per la prima sessione (moderata da **Alfredo Cuffari** e **Mariagrazia Montalbano**), con: "I dialoghi intorno al concetto del prendersi cura" a cura di **Claudio Saratea**; "PNRR e DM 77: gli investimenti previsti per la Regione Lazio" a cura di **Antonio Mastromattei**; "La necessità di ripensare ad un nuovo modello di salute" di **Marina Davoli**.

Quindi, la seconda sessione (moderata da **Musa Awad** e **Carlo Turci**, vice presidente OPI Roma) con la tavola rotonda: "Ospedale e territorio nella gestione della cronicità" a cui hanno partecipato: **Roberto Corsi**, **Patrizia Fracassa**, **Rocco Bulzoni**, **Antonella Ferracci**, **Velia Bruno**, **Luigia Carboni**, **Maria Grazia Proietti**, **Claudia Felici**, **Fabio Tettoni**, **Valentina Grimaldi**.

"OPI e OMCeO di Roma, in sinergia con la Regione Lazio, vogliono collaborare per arrivare ad un cambio di paradigma dell'offerta sanitaria regionale, oltre che per costituire un Tavolo permanente di confronto. Una ridefinizione dei ruoli delle due più numerose professioni sanitarie e il passaggio ad una dimensione di équipe multi-professionale sono funzionali al superamento dell'emergenza e al recupero di efficienza del Servizio Sanitario", ha spiegato il presidente Zega, anche coordinatore regionale OPI del Lazio. "Bisogna essere capaci di operare su due fronti: da un lato, fronteggiare l'emergenza nei Pronto Soccorso e nelle liste d'attesa; dall'altro, implementare una sanità proattiva e territoriale".

In Campidoglio si insedia il Tavolo di lavoro sulla Salute



A distanza di quasi un anno, il Tavolo di lavoro sulla Salute del Comune di Roma è stato finalmente convocato.

Lo scorso 29 maggio, presso la sala delle Bandiere in Campidoglio, il sindaco **Roberto Gualtieri** ha riunito la Commissione Salute, invitando tutte le componenti, i presidenti degli Ordini delle professioni sanitarie. Presente anche il presidente della Regione Lazio, **Francesco Rocca**.

C'è stato dunque un primo incontro, una fase interlocutoria ma estremamente positiva, nel corso della quale ognuno dei presenti ha evidenziato le varie problematiche del proprio settore.

Messe in evidenza, inoltre, alcune proposte da portare avanti sul fronte della collaborazione tra Regione e Comune. Tra queste, nel periodo del Giubileo, la possibilità di organizzare "Roma cardioprotetta": in presenza di milioni di turisti, l'idea è di dislocare totem con i defibrillatori nelle varie aree di dove è previsto un maggiore afflusso di persone, in modo da intervenire nei tempi e nei modi più opportuni in caso di necessità. Ci sarebbero già dei fondi per la formazione che potrebbero essere usati da Ministero, Regione e dal Comune, ha fatto sapere l'Ordine dei Medici.

All'incontro erano presenti anche i delegati del sindaco per quanto riguarda le Asl di Roma 1, 2 e 3, che hanno riportato le varie situazioni e criticità riscontrate in quelle di loro competenza.

Proprio con le varie Asl, poi, c'è stato un confronto di OPI e OMCEO Roma, per contribuire a stilare un'agenda operativa già a partire dalla prossima riunione, che è auspicabile venga convocata presto.

In Breve

Alessia Savo nuovo presidente della Commissione Sanità

Nella seduta del 30 marzo scorso, coordinata da **Antonello Aurigemma**, **Alessia Savo** (Fratelli d'Italia) è stata eletta presidente della VII Commissione consiliare permanente del Consiglio regionale del Lazio: "Sanità, politiche sociali, integrazione sociosanitaria, welfare". Vicepresidenti: **Orlando Tripodi** (Lega) e **Rodolfo Lena** (Pd).

Della Commissione fanno parte: **Daniele Sabatini**, **Eleonora Berni**, **Enrico Tiero** (Fratelli d'Italia), **Fabio Capolei** e **Giorgio Simmeoni** (Forza Italia), **Mario Luciano Crea** (Lista Rocca), **Salvatore La Penna** e **Massimiliano Valeriani** (Pd), **Alessio D'Amato** (Insieme per il Lazio), **Marietta Tidei** (Azione-Italia viva), **Marta Bonafoni** (Lista D'Amato), **Nazzareno Neri** (Udc) e **Roberta Della Casa** (M5s).

Avviati i primi contatti tra l'OPI di Roma e la nuova presidente, per calendarizzare, quanto prima, un incontro ufficiale con il Coordinamento OPI Lazio.



dalla FNOPI

Formazione, nuova Commissione ECM annunciata dal Ministro



La nuova Commissione nazionale ECM sarà convocata a giorni: lo ha annunciato il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, in occasione del convegno “Prospettive e sfide dell’ECM”, organizzato dal CoGeAPS con AgeNaS, il 23 giugno scorso, che ha visto le Federazioni e i Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni Sanitarie protagoniste alla tavola rotonda: “Passato, presente e futuro dell’ECM”.

Per la Federazione-FNOPI, è intervenuto il consigliere nazionale e presidente OPI Roma, **Maurizio Zega**, anche tesoriere CoGeAPS, mentre i lavori sono stati aperti dal Ministro dell’Università e della Ricerca, **Anna Maria Bernini**.

“Nello scorso triennio sono state effettuate 162 milioni di ore equivalenti di formazione, che hanno erogato altrettanti crediti”, ha tenuto a sottolineare il presidente del CoGeAPS, **Roberto Monaco**.

L’incontro è stato importante sia per l’approfondimento sulle regole attuali, che per le opportunità offerte ai professionisti sanitari per diversificare il loro impegno formativo. “L’attuale sistema ECM ha già 20 anni

di vita: c’è bisogno di una riprogettazione che tenga conto dell’evoluzione del nostro Sistema sanitario e dei suoi principali attori, per intercettare le criticità e promuovere un miglioramento del sistema”, hanno chiesto i rappresentanti delle Federazioni e dei Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni Sanitarie. Ma tale cambiamento non può prescindere da una piena funzionalità della Commissione nazionale della Formazione Continua che si auspica, presto, possa ritornare a svolgere il ruolo centrale nel sistema della formazione ECM.

Nell’evoluzione del sistema si inserisce anche la trasformazione del CoGeAPS, più moderno e rispondente alle esigenze dei sanitari, allo scopo di garantire ai professionisti sanitari una realizzazione tale da esaltare il livello delle loro prestazioni e, al contempo, per fornire al cittadino riscontri di buona sanità.

“Gli infermieri, così come i colleghi delle altre professioni sanitarie, ritengono un dovere etico, prima che un obbligo, aggiornarsi costantemente, perché vogliono rispondere nella maniera più adeguata possibile ai bisogni della popolazione - ha chiosato Zega -. Tengo a sottolineare, invece, che, rispetto al tema della violenza contro gli operatori, la formazione aiuta, ma non può dirsi esaustiva. Io ho guardato il terrore negli occhi di chi l’ha subita, specie quella fisica. Si pensi che, secondo uno studio multicentrico, con capofila l’Università di Genova, oltre il 30% delle violenze subite non vengono più neppure denunciate: in pratica, i professionisti sanitari le fanno rientrare nella routine della propria attività lavorativa. Cosa fare? Ecco: mi viene in mente, per esempio, di cominciare a decongestionare il Pronto Soccorso...”.

In Breve

A Roma, il Congresso internazionale PNAE

Il 6° Congresso internazionale della *Paediatric Nursing Associations of Europe* (PNAE), dal titolo “*Children’s healthcare in a changing world*”, si terrà a Roma, all’A.Roma Lifestyle Hotel, il 28 e 29 settembre 2023.

Organizzato dalla PNAE, insieme alla FNOPI e alla SIPINF, si tratterà di una grande opportunità di confronto e di incontro per gli infermieri che, quotidianamente, si prendono cura di neonati, bambini e adolescenti, ovvero di quella fascia di popolazione che va protetta e assistita efficacemente, e per la quale vanno ribaditi e riconosciuti i diritti, a cominciare da quello fondamentale della salute.

In prima battuta, hanno già confermato la loro partecipazione importanti professionisti, come: **Carla Garlatti**, Autorità garante per l’infanzia e l’adolescenza *Care & Rights of Children, our future*; **Alberto Villani**, direttore di Area Clinica-IRCCS Ospedale Bambino Gesù di Roma e già presidente della Società Italiana di Pediatria; **Elisabeth Hoff**, infermiera norvegese con una lunga esperienza nell’OMS in teatri complessi come Siria e Libia; **Katrin De Winter**, coordinatore del Corso di specializzazione in Pediatria e Neonatologia in Belgio-Thomas Moore University; **Sandro Spinsanti**, psicologo e bioeticista; **Maria Brenner**, professore alla School of Nursing, Midwifery and Health Systems di Dublino; **Jane Coad**, coordinatore PNAE e professore alla Nottingham University (Gran Bretagna); **Katie Gallagher**, clinical academic nurse in Neonatologia; **Eugenia Trigoroso**, infermiera pediatrica specializzata, con diversi anni di esperienza nelle Unità di Trapianto ematologico pediatrico e docente all’Università di Barcellona; **Jacobien Wagemaker**, presidente dell’Associazione di Infermieristica Pediatrica olandese e **Karolina Kramaric**, coordinatore infermieristico di Pediatria in Croazia.

Info e iscrizioni al link: <https://congressome2023.pnae.eu/>

L'IFeC e le cure palliative domiciliari e pediatriche

La XXII edizione della Giornata Nazionale del Solievo, istituita nel 2001 e celebrata, quest'anno, il 28 maggio scorso, ha riaperto i riflettori sulle cure palliative, oltre che sulla terapia del dolore e l'umanizzazione dell'assistenza.

Nel PNRR, si indica la necessità di potenziare tal genere di cure per raggiungere, entro il 2028, il 90% della popolazione interessata, specie per l'assistenza domiciliare, dove un ruolo fondamentale è delle équipe multidisciplinari, di cui l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è parte essenziale.

I dati 2021 del Ministero della Salute spiegano che, rispetto a qualunque altra professione sanitaria, gli infermieri erogano oltre il triplo di ore e di accessi in caso di assistenza domiciliare ai pazienti terminali.

Anche per questo motivo, dunque, la Federazione nazionale-FNOPI e SICP (Società italiana di Cure Palliative) hanno elaborato un documento sulle "Cure palliative e l'IFeC" in cui vengono indicati gli strumenti utili per intercettare tempestivamente i bisogni sul territorio e fungere da raccordo con la Rete di cure palliative, sia per gli adulti che per i bambini. Inoltre, il documento indica gli strumenti possibili per l'IFeC (primo riferimento per l'assistenza domiciliare e direttamente coinvolto, con l'équipe, nell'Unità Valutativa Multidisciplinare-U-

VM), nella stesura del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), per il riconoscimento dei pazienti con bisogni di cure palliative, per supportare i clinici non specializzati nelle stesse e nell'identificare i pazienti con bisogni di questo tipo, non definendo i criteri per l'intervento di équipe specialistiche, in associazione a uno strumento di valutazione della complessità dei bisogni che orienti nella scelta del modello delle cure palliative più appropriato.

Un intero capitolo è dedicato, poi, alle cure palliative pediatriche, basate su modelli di assistenza infermieristica che rimandano ai principi di *primary nursing* e/o di *case-management*, per un'assistenza olistica in cui vengano garantite continuità assistenziale, integrazione interdisciplinare e il principio della *family centred-care* e l'aiuto che riceve la famiglia nella relazione con il figlio malato e il supporto concreto nella riorganizzazione della vita quotidiana che, da una recente indagine, ha ricevuto oltre l'80% di consensi.

"L'importanza di un capitolo *ad hoc* per le cure palliative pediatriche - ha spiegato **Laura Barbotto**, presidente della Commissione nazionale d'Albo Infermieri Pediatrici - rende l'idea che partire da chi è più fragile è fondamentale. Anche la *World Health Assembly* ha dichiarato che favorire l'accesso alle cure palliative nei bambini è una responsabilità etica di tutti i servizi sanitari. L'infermiere con specifiche competenze integrate e l'infermiere pediatrico possono aiutare bambini, adolescenti e famiglie a trovare strategie che portino a pratiche di natura assistenziale, clinica e riabilitativa nella loro normalità". L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che oltre 56,8 milioni di persone nel mondo necessitano di cure palliative prima della morte.

La maggioranza sono adulti di età superiore ai 50 anni (61,1%), ma il 7% (cioè, oltre 20 mila) sono bambini.





dalla FNOPI

Al Congresso CIVES eletto il nuovo Consiglio



Compie un quarto di secolo il CIVES, Coordinamento Infermieri Volontari Emergenze Sanitarie, che ha festeggiato questi suoi primi 25 anni durante l'undicesimo Congresso nazionale, dal titolo: "Il Volontariato Specialistico: Expertise, Evoluzione e Integrazioni con il territorio".

Per l'occasione, ampio spazio agli aspetti teorico-pratici dell'Infermieristica e della Protezione Civile, su cui si è dibattuto per capire come coniugare il volontariato specialistico degli infermieri CIVES con quello generalista, anche attraverso il racconto di numerose esperienze e interventi condivisi dagli *speakers* - nazionali e non - e dalle istituzioni del mondo professionale, politico, esponenti del Dipartimento della Protezione Civile, delle Associazioni Misericordie, ANPASS, degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, dell'Università e, naturalmente, dei rappresentanti CIVES, che hanno definito il loro nuovo percorso.

"Siamo felici di essere e di essere stati accanto ai cittadini, specie nelle situazioni di emergenza - ha detto il

presidente CIVES e membro della Commissione d'Albo Infermieri dell'OPI di Roma, **Maurizio Fiorda** -. Grazie a tutti gli infermieri che fanno parte dell'associazione, passati e presenti, per il vostro lavoro straordinario. Continueremo a mettere il nostro impegno e la nostra professionalità al servizio della comunità, affrontando le sfide che ci attendono con passione. Continueremo a ad essere il punto di riferimento nelle emergenze. Siamo orgogliosi di fare la differenza ogni giorno".

Durante il Congresso, si è proceduto anche al rinnovo delle cariche nel CIVES.

Per i prossimi quattro anni, il nuovo Consiglio Direttivo Nazionale che guiderà l'associazione è composto da:

Maurizio Fiorda, presidente (OPI Roma)

Mirco Montinari, vice-presidente (OPI Lecce)

Francesca Marfella, direttore operativo (OPI Livorno)

Marco Ricci, segretario (OPI Campobasso)

Filippo Guarnieri, tesoriere (OPI Benevento)

Catia Suplizio, consigliere (OPI Chieti);

Samanda Pettinari, consigliere (OPI Fermo).

Collegio dei Revisori dei Conti

Francesco Ciani (OPI Firenze)

Corrado Giunta (OPI Varese)

Michele Mainas (OPI Padova)

Comitato di Garanzia

Fabio Cellini (OPI Chieti)

Lorenzo Stagnaro (OPI Genova)

Il Presidente Mattarella premia gli Infermieri con la Medaglia d'oro al merito della Sanità

Il 27 aprile scorso, alla presenza del Presidente, Sergio Mattarella, e del ministro della Salute, Orazio Schillaci, si è svolta al Quirinale la cerimonia di consegna delle medaglie al "Merito della Sanità Pubblica".

Tra i premiati di quest'anno, le Federazioni e i Consigli nazionali degli Ordini sanitari e socio-sanitari, per l'azione svolta durante la pandemia da COVID-19.

Queste, le motivazioni della medaglia consegnata simbolicamente alla FNOPI: "Alle infermiere e agli infermieri che, nel periodo della pandemia, in una situazione di

estremo pericolo, hanno dimostrato altissima professionalità nelle corsie, nei Pronto Soccorso e nelle Terapie Intensive, impegnandosi senza sosta con competenza, dedizione, sacrificio, e spesso con indosso i segni dell'eccezionale fatica...".

Invece, nel comunicato congiunto di ringraziamento, le Federazioni e i Consigli degli Ordini sanitari e socio-sanitari hanno scritto: "La medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica è un riconoscimento di grande significato, che onora le Federazioni e i Consigli nazionali degli Ordini sanitari e socio-sanitari e tutti i professionisti che non hanno mai fatto mancare la loro presenza, la loro assistenza e la loro vicinanza alle persone. È un riconoscimento al massimo impegno e al sacrificio di tutti i professionisti della Sanità e del Sociale che, insieme, hanno difeso la salute dei cittadini. La medaglia d'oro è uno stimolo e un incoraggiamento molto importante, per il quale ringraziamo il Presidente e il ministro Schillaci. La dedichiamo a chi ha sofferto, a chi soffre e a tutti i professionisti che, con la loro attenzione e partecipazione, hanno aiutato ad arginare la pandemia, con comportamenti coscienziosi, virtuosi ed altamente professionali...".



Pierluigi Badon
Giandomenico Giusti
Assistenza infermieristica in area critica e d'emergenza
2022
Casa Editrice Ambrosiana-CEA
(1104 pagg, 87 Euro)



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

Assistenza infermieristica in Area Critica e in emergenza: un volume scritto da infermieri per gli infermieri

Pasquale Diano
Gabriele Caggianelli

Con “Assistenza infermieristica in area critica e d'emergenza”, Pierluigi Badon e Giandomenico Giusti forniscono una preziosa risorsa per la formazione infermieristica in tale ambito. Scritto da professionisti esperti, direttamente coinvolti nel complesso settore, si pone l'obiettivo di trasmettere contenuti teorici e operativi utili non solo agli studenti di Infermieristica ma pure agli infermieri, offrendo loro un supporto clinico assistenziale fondamentale. Il testo è suddiviso in quattro unità (“Aspetti generali dell'area critica ed emergenziale”; “La persona con alterazioni dei diversi sistemi e apparati”; “Situazioni particolari in area critica” e “Gestione delle emergenze e delle maxi-emergenze”), per un totale di 22 capitoli, ognuno dei quali accuratamente progettato, evidenziando gli obiettivi di apprendimento previsti. Gli autori coinvolgono i lettori presentando, di tanto in tanto, brevi descrizioni di casi clinici, e permettendogli di immaginarne l'applicazione in scenari pratici. Tra le caratteristiche più rilevanti del libro vi è la presenza di panoramiche complete dei sistemi di anatomia e fisiologia trattati: queste costituiscono un prezioso riferimento che aiuta gli utenti a sviluppare una comprensione approfondita delle complessità affrontate. I contenuti sono presentati con la massima chiarezza e supportati da box, diagrammi e tabelle che ne facilitano - e migliorano - la leggibilità. Anche il ricorso a immagini pertinenti, ne agevola la comprensione, rendendo più accessibili anche i concetti meno semplici. La ricerca di argomenti specifici è, poi, aiutata dall'indice, molto ben organizzato: esso consente di individuare rapidamente le tematiche di interesse; mentre le domande di verifica, alla fine di ogni capitolo, promuovono l'apprendimento attivo. I concetti sono aggiornati alla luce dei progressi della Scienza e della tecnologia: Badon e Giusti incorporano meticolosamente le linee guida e le raccomandazioni più recenti, assicurando informazioni quanto più attuali. Attraverso un linguaggio conciso e accurato, viene raggiunto un equilibrio tra rigore scientifico e chiarezza dei contenuti, tale da rendere il testo comprensibile a un ampio pubblico. Un altro aspetto rilevante del testo è l'inclusione di una serie completa di Piani di Assistenza Infermieristica, progettati meticolosamente, che tengono conto delle attuali diagnosi infermieristiche NANDA-I, unitamente alle corrispondenti NIC (*Nursing Interventions Classification*) e NOC (*Nursing Outcomes Classification*). In questo modo, trasmette efficacemente sia le conoscenze teoriche che gli approfondimenti pratici, rispondendo alle esigenze formative degli studenti di Infermieristica e fungendo da riferimento clinico per i professionisti del settore. Infine, è doveroso sottolineare che questo libro è frutto della collaborazione tra infermieri che lavorano nel campo dell'emergenza-urgenza: tale esperienza condivisa conferisce credibilità e autenticità ai contenuti.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità Figura-chiave della Sanità del futuro

Alessandro Stievano
Tiziana Mercurio



Domenico Antonelli
L'infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche
2017
PICCIN editore (200 pagg, 25 Euro)



Chiusura estiva della Biblioteca dell'Ordine
Su delibera del Consiglio Direttivo, la Biblioteca dell'OPI di Roma resterà chiusa dal 1° al 31 agosto. Riaprirà il giorno 1° settembre 2023, con modalità invariate.

Quella delle cure primarie e dell'Infermiere di Comunità e/o "di Famiglia" (IFeC) è un'area di sviluppo sancita legislativamente dal ministero della Salute, tramite il Decreto del Ministro n.77/2022, all'interno delle Case della Comunità, in ragione di un numero di Infermieri di Famiglia e/o Comunità (uno ogni 3.000 abitanti).

Il Decreto seguiva quello cosiddetto "Rilancio" (DL 34/2020) dove, dal 1° gennaio 2021, anche in risposta all'emergenza COVID-19, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avrebbero potuto procedere al reclutamento di infermieri da adibire alla funzione di Infermieri di Famiglia o di Comunità, in numero non superiore a otto unità (ogni 50.000 abitanti), attraverso assunzioni a tempo indeterminato, nei limiti delle risorse disponibili.

Quella delle cure primarie e dell'IFeC è da ritenersi un'area di avanguardia per un modello di assistenza fondamentale per ridurre l'utilizzo improprio dell'ospedale e del pronto soccorso, e per far fronte ai nuovi bisogni di salute, legati soprattutto all'aumento dell'età, alla non autosufficienza e alla crescita delle cronicità.

Secondo l'OMS, l'IFeC, già dagli inizi del 2000, è colui che aiuta le persone ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e all'interno delle comunità. Sotto il profilo organizzativo, il modello prevede che questi sia responsabile di un gruppo predefinito di "nuclei famigliari" e/o individui nella comunità. Dov'è già attivo (ad esempio, dal 2004, in Friuli-Venezia Giulia, ma anche in Toscana, dove lavora in micro-équipe con medici del territorio e anche in altre Regioni) ha già fornito dei risultati eccellenti.

In tale cornice legislativa e concettuale di sviluppo professionale, il testo a cura di Domenico Antonelli, "L'infermiere di famiglia e cure primarie. Aspetti gestionali e competenze cliniche", delinea, in maniera mirabile, le competenze e le funzioni di questa figura, che porterà ad una nuova riorganizzazione del Servizio Sanitario italiano.

In questo libro, i vari capitoli che narrano l'organizzazione dell'assistenza sanitaria primaria in Italia e in Europa, effettuando anche delle descrizioni di modelli assistenziali organizzativi (come il *Primary Nursing* o il *Case Management*) intendono favorire la messa in pratica di tale ruolo professionale.

Si tratta di un compendio piuttosto esaustivo, che discorre di un professionista su cui i "sistemi Paese" puntano in maniera importante, per garantire una certa sostenibilità delle cure in un mutato quadro epidemiologico dell'assistenza sanitaria.

Per questo, risulta essere una guida importante dal punto di vista assistenziale, gestionale e organizzativo, che aiuta, al contempo, a far comprendere la rimodulazione dei servizi sanitari, al fine di garantire l'universalità delle cure attraverso una figura cardine dell'assistenza: l'IFeC, appunto.

Stop al vincolo di esclusività per gli infermieri dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale

Avv. Barbara Pisa



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

Info:

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

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

L'articolo **3-quater del D.L. 21 settembre 2021, n. 127**, convertito dalla L. 19 novembre 2021, n. 165, stabilisce che gli operatori delle professioni sanitarie appartenenti al personale del comparto sanità, tra cui gli infermieri, **possono svolgere, al di fuori dell'orario di lavoro, attività libero professionale**, non sussistendo più il vincolo di incompatibilità previsto dal Testo Unico del Pubblico Impiego (art. 53 del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165).

Il successivo D.L. 30 marzo 2023, n. 34 (c.d. decreto Energia), convertito dalla L. 26 maggio 2023, n. 56, ha introdotto, all'articolo 3-quater del D.L. 127/2021, sopra richiamato, il seguente periodo: *"Il Ministero della Salute effettua periodicamente, e comunque ogni due anni, un monitoraggio sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo"*.

La possibilità di poter esercitare attività infermieristica in regime libero professionale, anche per i dipendenti pubblici, è prevista, allo stato attuale, sino al **31 dicembre 2025**.

È importante ricordare che il secondo comma dell'articolo 3-quater del D.L. n. 127/2021 prevede che gli incarichi da svolgere in regime libero professionale, al di fuori dell'orario di lavoro, devono comunque essere previamente **autorizzati dall'amministrazione di appartenenza**.

Recita l'articolo 3-quater, secondo comma: ***"In ogni caso gli incarichi di cui al comma 1... sono previamente autorizzati al fine di garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale nonché di verificare il rispetto della normativa sull'orario di lavoro, dal vertice dell'amministrazione di appartenenza, il quale attesta che la predetta autorizzazione non pregiudica l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, nel rispetto della disciplina nazionale di recupero delle predette liste di attesa anche conseguenti all'emergenza pandemica"***.

L'Amministrazione di appartenenza, quindi, nel decidere se autorizzare o meno lo svolgimento dell'incarico da parte del dipendente, al di fuori dell'orario di lavoro, non dovrà più verificare la sussistenza di una causa di incompatibilità (ovvero, di conflitto di interesse), ma esclusivamente che lo stesso non vada a pregiudicare l'obiettivo aziendale di smaltimento delle liste di attesa.

Altro aspetto importante da sottolineare è il regime fiscale e contributivo: chi vorrà svolgere attività libero professionale dovrà provvedere all'apertura della Partita Iva e all'iscrizione presso la Cassa previdenziale ENPAPI, al fine di assolvere a tutti gli oneri fiscali e contributi previsti dalla normativa vigente.

Inoltre, si ricorda che, con l'abolizione del Mansionario da parte della Legge 42/99, le competenze infermieristiche sono individuate sulla base di tre criteri: profilo professionale, Codice Deontologico e formazione base e post-base.


Infine, a seguito dell'abolizione dei tariffari, è fatto obbligo ai liberi professionisti di informare preventivamente il committente riguardo:

- i dati della **polizza assicurativa**;
- il grado di complessità del lavoro;
- il compenso richiesto per l'attività da svolgere. Il compenso deve essere pattuito al momento del conferimento dell'incarico e deve essere adeguato e proporzionato all'importanza dell'attività esercitata.

Questi, gli aspetti applicativi della disposizione in esame.

Nell'attendere i prossimi mesi per capire la portata effettiva della norma e la sua concreta attuazione, in questa prima fase si deve comunque evidenziarne la portata innovativa e rivoluzionaria, in quanto, l'aver eliminato, per legge, il vincolo di esclusività anche per il personale infermieristico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, rappresenta sicuramente un primo importante passo in avanti verso la liberalizzazione.

Novità che è stata accolta con favore dall'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma che, da tempo, chiedeva una riforma in tal senso, in quanto, finalmente, la nuova disposizione consente al personale infermieristico pubblico dipendente, al pari di quello medico, di poter esercitare la professione anche in regime libero professionale.



GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

DECRETO-LEGGE 30 marzo 2023, n. 34
Misure urgenti a sostegno delle famiglie e delle imprese per l'acquisto di energia elettrica e gas naturali, nonché in materia di salute e adempimenti fiscali
(Generale n.76 del 30-03-2023)

note: **Entrata in vigore del provvedimento: 31/03/2023**
Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 26 maggio 2023, n. 56 (in G.U. 29/05/2023, n. 124).

Art. 13

Misure per gli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43

1. All'articolo 3-quater del decreto-legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 novembre 2021, n. 165, il comma 1 e' sostituito dal seguente: «1. Fino al 31 dicembre 2025, agli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità, al di fuori dell'orario di servizio non si applicano le incompatibilità di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e all'articolo 53 del decreto legislativo 28 marzo 2001, n. 165.

SARA E MATTEO



COORDINATRICE, CHI HA PORTATO LE PASTARELLE?

UN PENSIERO DELLA SIGNORA «CESARINA» DEL LETTO 27



Cari infermieri, questo non è che un piccolo segno di affetto per le cure che ho ricevute e per il tutto il tempo che mi avete dedicato, con attenzione e professionalità. Grazie di cuore, Cesarina



DAI, E' UNA BELLA LETTERA! PERCHE' FAI QUELLA FACCIA?

E' TUTTO BELLISSIMO PERO'...

...PERO' COSA?



...QUALCHE SOLDINO IN PIU' IN BUSTA PAGA NON GUASTEREBBE...



VORREI CHE FOSSE UN PENSIERO COSTANTE, UNA DIMENSIONE CULTURALE. UN GIUSTO RICONOSCIMENTO PER QUELLO CHE SIAMO E PER IL CONTRIBUTO CHE PORTIAMO AL SISTEMA SANITARIO!!!!



...SEI IL SOLITO... UNA GIUSTA RETRIBUZIONE E' SENZALTRO IL PRIMO PASSO MA... HAI VISTO COSA HA FATTO L'OSPEDALE «MONTEFIORE-EINSTEIN» DI NEW YORK? HA COMMISSIONATO UNA SERIE DI MURALES PER CELEBRARE L'IMPEGNO DEGLI INFERMIERI E LO HA FATTO IN UN QUARTIERE SIMBOLO COME IL BRONX, FINENDO SU TUTTI I GIORNALI.

NON ME NE FAI PASSARE UNA...



EH!!!! ...I PAZIENTI HANNO BISOGNO DI VOI...

... MA QUANDO PRENDEREMO COSCIENZA DI CHI SIAMO!!



NORME EDITORIALI

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

Il contenuto non riflette necessariamente le opinioni del Comitato di Redazione e dei Consiglieri 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. parola²) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citato; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

CITAZIONI DA INTERNET

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

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

ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione Raffreddati d'Italia (Ari). Evidentemente, ciò non vale per sigle ormai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - (ad es. Usa e non U.S.A.)

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

Tutto il materiale (una copia in formato elettronico e una in formato cartaceo) deve essere spedito o recapitato all'Opi di Roma, viale degli Ammiragli, 67-00136 Roma, email: ordine@opi.roma.it


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

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



OPI ROMA
a portata di click!

 www.opi.roma.it
www.centrodiexcellenza.eu

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

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

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