

INFERMIERE

OGGI

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

Punto di rottura...
per una svolta!





Estate già iniziata, come sanno bene i colleghi coinvolti in "Spiagge serene", la bella iniziativa, sposata dal nostro Ordine e da alcune Asl regionali, che porta educazione sanitaria e manovre salvavita sugli arenili litorali, tra i bagnanti.

Certo, le rivendicazioni degli infermieri non vanno in ferie e, se dobbiamo attivare la "rivoluzione copernicana" del Servizio Sanitario Nazionale, affinché l'Infermiere governi il piano di assistenza, è legittimo chiedersi a che punto siano tanto la nascita dell' "Assistente Certificato all'Infermieristica", che le Lauree magistrali a indirizzo clinico.

Flebili risposte da parte degli Amministratori stanno arrivando, ma il punto è che, rafforzando il suo ruolo intellettuale, l'Infermiere riuscirà davvero a abbandonare quello meramente esecutivo?

Insomma, la Professione riuscirà a fare breccia nel "muro" che continua a ostacolare l'evoluzione? Arriverà a un punto di rottura tale da avocare a sé una svolta epocale com'è stata quella del muro di Berlino?

EDITORIALE

- 2_ Uno non vale uno
di Maurizio Zega



- 4_ Nomofobia e il fenomeno dell'ansia da connessione nella popolazione infermieristica in Area Critica: uno studio qualitativo
Anna Arnone, Giovanni Gioiello, Francesco Riccardo

- 12_ JBI Best Practice. Esperienze di genitori e caregivers nella gestione dell'asma nei bambini

DAL CECRI

- 17_ Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

- 21_ Estratto della Linea Guida per la gestione elisoccorso del paziente critico

- 27_ COMMENTARY al COCHRANE

- 29_ Gli outcome internazionali dei progetti del CECRI

- 33_ Il XIII Congresso internazionale celebra l'impegno della Professione per un'assistenza sempre più equa

IL CONTRIBUTO

- 35_ Viaggio studio ad Alicante
Un'esperienza che ha lasciato il segno

DALL'ORDINE

- 42_ La Giornata Internazionale dell'Infermiere 2024



44_ OPI Roma e Regione Lazio ancora insieme per "Spiagge Serene"

45_ L'OPI in udienza da Papa Francesco

DALLA FNOPI

46_ Infermieri a domicilio promossi dal 91,7% dei pazienti
Ma latitano ancora in tante Regioni

47_ Il Tenente Generale Medico Carlo Catalano è il nuovo Ispettore Generale della Sanità Militare

48_ Giubileo degli ammalati 2025
La salute deve restare equa e accessibile

49_ Università: Federazione e CRUI per rendere più attrattiva la professione

DALLA REGIONE

50_ Nel BUR del Lazio linee guida sull'IFeC

50_ Tavolo Aziende ospedaliere/territoriali insediati tre colleghi infermieri

OPI DI BIBLIOTECA

51_ I servizi territoriali diventeranno il pilastro del SSN del futuro?

52_ Se la Professione parla anche alle varie religioni

PILLOLE LEGALI

53_ Autonomia differenziata
Le novità introdotte dalla nuova legge 26 giugno 2024 n. 86

56_ LA STRISCIA

INFERMIERE

OGGI



Associato all'Unione
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa
dell'OPI di Roma
Anno XXXIV - N. 2 - APRILE-GIUGNO 2024
Rivista Trimestrale registrata al Tribunale di Roma
n. 90 del 09/02/1990
ISSN 2037-4364

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

Direttore responsabile
Maurizio Zega

Editing e coordinamento giornalistico
Tiziana Mercurio

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

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

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: freepik.com
Finito di stampare: agosto 2024
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

Uno non vale uno

di Maurizio Zega

Cifre: che raccontano lo stato dei fatti, e i fatti sono cose tenaci; secondo la Corte dei conti lo scorso anno mancavano in Italia 65.000 infermieri. L'INPS ci ha informato che la curva dei pensionamenti del personale infermieristico prevede, nei prossimi nove anni e mezzo, almeno 100.000 infermieri in meno.

Ancora: lo scorso anno, ai Corsi di Laurea Meds-24/C c'è stata una flessione di iscrizioni, su base nazionale, del 10 per cento: nel Lazio, meno 15 per cento.

Carenza infermieristica?

Il punto di rottura dell'intero Sistema Sanitario pubblico si fa ogni giorno più vicino, perché abbiamo tre "generi" di carenze: una storica, una congiunturale ed una di scelta. La carenza storica, dichiarata dalla Ragioneria Generale dello Stato; quella congiunturale dalla gobba pensionistica indicata dall'INPS e quella dell'attrattività, che riduce la scelta di questa professione da parte dei giovani.

E allora noi dobbiamo essere protagonisti propositivi di una "rivoluzione copernicana" del servizio sanitario pubblico. Ed è quanto l'Ordine e la Federazione stanno cercando di fare.

Già con la *Consensus Conference* dello scorso anno, si indicavano alcune direttrici fondamentali: parliamo di operatori di supporto e di lauree specialistiche ad indirizzo clinico.

Vediamo: gli operatori di supporto, attualmente, non sono personale sanitario (ma ad indirizzo sanitario) e sono formati dall'Assessorato alla formazione, non da quello alla salute della Regione.

È necessario, invece, che l'intero governo della componente non professionale, a supporto dell'assistenza, sia formata e gestita esclusivamente dagli infermieri.

Ora: va detto che su questo qualche modesto cenno di risposta istituzionale c'è stato; a livello di amministrazioni centrali, fra Conferenza Stato-Regioni, Ministero e Consiglio Superiore di Sanità, si sta proponendo di adottare una nuova denominazione che, muovendo da quanto esistente nel contesto internazionale (*Certified Nursing Assistant*) preveda la nascita di un nuovo operatore, denominato "Assistente Certificato all'Infermieristica" (AIC).

Quello che a noi interessa è che l'AIC collabori sotto la supervisione dell'infermiere professionista che manterrà il governo, il monitoraggio e la valutazione della pianificazione assistenziale, attribuendo le attività ritenute affidabili per l'esercizio in autonomia delle stesse.

L'Infermiere, insomma, deve governare il piano di assistenza anche, e anzi soprattutto, attraverso l'impiego di figure di supporto. Si rafforza, in altri termini, il suo ruolo intellettuale, mentre si abbandona, progressivamente, quello esecutivo e si proietta la sua figura professionale verso la dimensione di una direzione assistenziale esperta. Una dimensione che, di fatto, già spesso ricopre: attualmente, però, in una situazione

“

Gli operatori di supporto, attualmente, non sono personale sanitario e non sono formati dall'Assessorato alla salute della Regione. È necessario, invece, che l'intero governo della componente non professionale, a supporto dell'assistenza, sia formata e gestita esclusivamente dagli infermieri.

”

“

Per le lauree magistrali ad indirizzo clinico, i passi avanti sono evidenti, visto anche il messaggio incoraggiante del Ministro della Salute, in occasione di un recente convegno organizzato dalla FNOPI e dalla CRUI

”

giuridica e gestionale lacunosa. E pochi giorni fa, il Senato, ha accolto un ordine del giorno che prevede l'istituzione del profilo professionale di assistente infermiere.

Nel secondo caso, quello delle lauree magistrali ad indirizzo clinico, i passi avanti sono anche più evidenti. Un recente convegno organizzato dalla FNOPI e dalla Conferenza dei Rettori delle Università Italiane (CRUI) si è aperto con un messaggio del Ministro della Salute che testualmente diceva: *“Vogliamo rendere più attrattiva questa importante professione non solo economicamente, ma anche con migliori prospettive di carriera. Un passo fondamentale in questa direzione è l'evoluzione della professione infermieristica verso le specializzazioni universitarie, per rispondere alle sfide del futuro e garantire un'assistenza sanitaria sempre più qualificata ed efficiente”*. *“Potete contare sulla Crui e sulla sua presidente per portare avanti le vostre battaglie”*, gli ha fatto eco proprio la presidente della CRUI, Giovanna Iannantuoni.

Noi, anche in virtù della nostra professione, siamo razionali e ragionevolmente scettici, ne abbiamo viste tante: ciò che sta accadendo oggi era stato previsto già 50 anni fa, alla conferenza internazionale di Alma Ata.

Quanto tempo perso!...

Però, proprio perché razionali e scettici, sappiamo - come si diceva - che i fatti sono cose tenaci: e poiché queste sono le uniche strade sensate da percorrere, abbiamo concreti motivi di speranza per ritenere che saranno in qualche modo percorse. Non solo, come dice il Ministro, per rendere più attrattiva la professione infermieristica, ma soprattutto per salvare il Servizio Sanitario Nazionale.

La nostra razionalità ed il nostro scetticismo, però, ci dicono anche che assistenti infermieri e laurea magistrale ad indirizzo specialistico devono camminare insieme.

Non possiamo, non dobbiamo e non vogliamo la prima cosa senza la seconda: le due cose devono camminare insieme se si vuole il nostro consenso.

Non mancheranno resistenze corporative, lo sappiamo: in fondo, nella sua crescita intellettuale e morale, anche la nostra Professione deve rendersi conto che la regola dell'uno vale uno, o anche uno vale l'altro, è proprio inammissibile. La stratificazione, per così dire, della nostra professione è - che ci piaccia o meno, che piaccia o meno ad altri professionisti - necessaria e inevitabile. La impongono la razionalità scientifica, il progresso tecnologico, la contingenza storica e sociale: e noi dobbiamo essere pronti.

Io credo che lo siamo!

Nomofobia e il fenomeno dell'ansia da connessione nella popolazione infermieristica in Area Critica: uno studio qualitativo

Nomophobia and the connection anxiety phenomenon: a qualitative study among nurses

Anna Arnone, Infermiera, A.O.U. "Federico II", Napoli

Giovanni Gioiello, Coordinatore infermieristico, PhD, Ausl Toscana Nord-Ovest, Porto Azzurro

Francesco Riccardo, Infermiere, ASL Na 2, Napoli

Parole chiave

Dipendenza, infermieri, Nomofobia, smartphone, Ricerca Qualitativa

Keywords

Addiction, nurses, Nomophobia, smart-phone, Qualitative Research

ABSTRACT **INTRODUZIONE**

La Nomofobia, forma di dipendenza comportamentale, è la paura incontrollata, il timore ossessivo di rimanere disconnessi dal contatto con la rete di telefonia mobile.

Tuttavia, l'uso eccessivo dello smartphone, durante i momenti di assistenza, fonte di distrazione e di potenziali errori, figura tra i primi dieci rischi correlati all'impiego delle tecnologie in ambito sanitario. Lo studio, dunque, ha lo scopo di indagare il fenomeno della Nomofobia tra infermieri.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio

qualitativo descrittivo mediante campionamento propositivo, arruolando infermieri coinvolti nelle Aree Critiche sul territorio italiano. A seguito dell'effettuazione di interviste semi-strutturate per via telematica e contestualmente audio registrate si è proceduto all'analisi dei dati secondo la Qualitative Content Analysis.

RISULTATI

Sono emersi i seguenti temi: "Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari"; "Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo dei cellulari"; "Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari"; "Solitudine nella vita virtuale"; "Rischio di

infezione correlato all'utilizzo del cellulare".

CONCLUSIONI

Questo studio evidenzia l'importanza di presidiare il fenomeno, adottando politiche di informazione e sensibilizzazione rivolte al personale sanitario: fattori distraenti associati al sovra-utilizzo dello smartphone in ambito lavorativo rendono gli infermieri più vulnerabili e maggiormente esposti al rischio di errore.

ABSTRACT **BACKGROUND**

Nomophobia, a form of behavioral addiction, is uncontrolled, obsessive fear of being disconnected from the

TEMI	SOTTOTEMI
Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari	Ansia da smartphone
Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo dei cellulari	Distrazioni sul lavoro
Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari	
Solitudine nella vita virtuale	
Rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare	

THEMES	SUBTHEMES
<i>Fear of not being able to manage cell phone addiction</i>	<i>Smartphone anxiety</i>
<i>Communication problems caused by cell phone use</i>	<i>Distractions at work</i>
<i>Physical consequences of cell phone use</i>	
<i>Loneliness in virtual life</i>	
<i>Risk of infection related to cell phone use</i>	

mobile phone network. Excessive use of smartphone during care, a source of errors and distractions, is among the top ten risks related to the use of technologies in healthcare. The study aims to investigate the phenomenon of nomophobia among nurses.

MATERIAL AND METHODS

A qualitative descriptive study was carried out by means of proactive sampling, nurses involved in hospital care on the Italian country were enrolled. Following the carrying out of semi-structured interviews electronically and at the same time audio recorded the data were analysed according to qualitative content analysis.

RESULTS

The following themes emerged: "Fear of not being able to manage cell phone addiction"; "Commu-

nication problems caused by cell phone use"; "Physical consequences of cell phone use"; "Loneliness in virtual life" and "Risk of infection related to cell phone use".

CONCLUSIONS

This study highlights the importance of monitoring the phenomenon, adopting information and awareness-raising policies aimed at healthcare personnel: distracting factors associated with the over-use of smartphones in the workplace make nurses more vulnerable and more exposed to the risk of error.

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il telefono cellulare, strumento utile e funzionale, è diventato un "bisogno imprescindibile e la possibilità di perderlo provoca delle vere e proprie crisi di panico, definito Nomofobia" (Bivin et al., 2013).

Il telefono cellulare, oggi, si è evoluto nello smartphone, che non è solo uno strumento di connessione, ma rappresenta anche un supporto di memorizzazione di dati, di fotocamera di giochi e, al contempo, un dispositivo musicale.

La tecnologia comunicativa gioca un ruolo significativo nella vita quotidiana, tuttavia l'uso sfrenato di tale dispositivo porta allo sviluppo di dipendenze comportamentali (Hamilton et al., 2016).

Nomophobia è l'abbreviazione di "NoMobilePhonePhobia" ed è definita come: "La paura di non essere in grado di utilizzare nell'immediato il proprio cellulare o di essere irraggiungibile tramite il proprio smartphone" (King et al., 2013) ed è una moderna fobia correlata all'interazione con le nuove tecnologie (Salehan et al., 2013; Yildirim et al., 2015).

Il cellulare offre molti vantaggi come una maggiore interazione sociale (Wei et al., 2006) e sicurezza emotiva (Carroll et al., 2002): gli individui sembrano preferire, infatti, la comunicazione virtuale in quanto, dietro lo schermo, c'è un maggiore senso di "protezione". In numerosi casi, gli studi confermano che la comunicazione virtuale conduce ad un uso eccessivo degli strumenti digitali e alla dipendenza dai telefoni cellulari (Argumosa et al., 2017). **L'era digitale ha iniziato ad avere un impatto negativo sulla progressione della formazione dell'identità adulta** (Manago et al., 2015).

Negli anni precedenti, si è verificato un aumento dell'interesse della comunità scientifica per la problematica (Peters et al., 2008), per l'uso eccessivo dei telefoni cellulari (Pourrazavi et al., 2014) e gli svantaggi ad essi correlati (Thomee et al., 2011; Spitzer et al., 2015). È stato evidenziato che i livelli esistenti di Nomofobia e le con-

seguenze sulla salute può essere definita come “un focolaio epidemico” (Ding et al., 2017). **L'uso eccessivo dello smartphone è un problema emergente di sanità pubblica che richiede strategie efficaci** (Wei et al., 2006).

Il fenomeno può essere riscontrato anche in ambito sanitario: sono stati studiati gli effetti dell'uso eccessivo dello smartphone durante l'assistenza (Aguilera G. et al., 2018).

La semplice presenza di uno smartphone in tasca è associata a una diminuzione dell'attenzione, al suono o alla vibrazione indicativa della ricezione di un messaggio si verifica una significativa riduzione delle prestazioni nelle attività che richiedono attenzione (Stoohart et al., 2015).

Anche se la Nomofobia non è stata ancora ufficialmente riconosciuta come una condizione psichiatrica, vari autori sostengono la necessità di classificarla come tale nel Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Bragazzi et al., 2014).

La pressione per essere continuamente connessi ai social e al mondo virtuale può aumentare l'ansia perché riduce al minimo i momenti di solitudine, componente essenziale del benessere socio-psico-fisico (Lepp et al., 2014).

L'uso di smartphone durante l'orario lavorativo facilita le relazioni e la circolarità delle informazioni, ma espone il personale sanitario ai rischi connessi al fenomeno della distrazione.

Un rapido tocco sullo schermo di uno smartphone (per controllare un messaggio o una notifica) potrebbe potenzialmente portare anche l'operatore più meticoloso nel lavaggio delle mani a contaminare l'ambiente e gli assistiti (Yildirim et al., 2015).

Sebbene l'uso dei telefoni cellulari da parte del personale sanitario abbia un impatto negativo comprovato sull'assistenza ai pazienti, i dirigenti si trovano in difficoltà nel correggere tale comportamento. Questi risultati mostrano che **le nuove tecnologie alterano le abitudini, i comportamenti e le emozioni dei soggetti**.

In ambito sanitario, in special modo in area critica, **questi atteggiamenti possono avere gravi ripercussioni sui pazienti e comprometterne la salute** in quanto possono portare a trascurare i processi essenziali, dimenticare dati importanti dei pazienti, commettere errori di disattenzione e compromettere il dialogo professionista-paziente, causando una riduzione della qualità delle cure erogate (McBride et al., 2015; We-

stbrook et al., 2010; Katz-Sidlow et al., 2012; Wang et al., 2018; Pucciarelli et al., 2019).

Considerato l'impatto di questo fenomeno nelle vite professionali ed extra-professionali degli infermieri, risulta, pertanto, necessario indagare la significatività di questa esperienza vissuta in Area Critica, come mostrato in **Figura 1**.

MATERIALI E METODI

Disegno di studio

È stato effettuato uno studio qualitativo descrittivo.

Campione

Si è utilizzato un campionamento propositivo (Polit e Beck, 2014), arruolando, per l'intervista, gli infermieri operanti in strutture ospedaliere, pubbliche e private, presenti sul territorio italiano.

Sono stati inclusi gli infermieri che hanno svolto assistenza continuativa in Area Critica, mentre sono stati esclusi quelli che hanno espresso la volontà di non prendere parte allo studio.

Il reclutamento dei soggetti partecipanti è terminato con il raggiungimento “della saturazione dei dati”, ovvero dopo dieci interviste (Proter E. et al., 2013).

Sono state utilizzate le linee-guida COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*).

Raccolta dati

La raccolta dei dati è stata effettuata nei mesi di settembre-dicembre 2023.

I dati sono stati raccolti mediante un'intervista semi-strutturata in profondità, realizzata con sistema di videochiamata a scelta dell'intervistato.

In accordo con la legislazione vigente in merito al trattamento dei dati sensibili ed il rispetto dell'anonimato, prima di ogni intervista, ciascun partecipante ha fornito il proprio consenso scritto all'audio-registra-

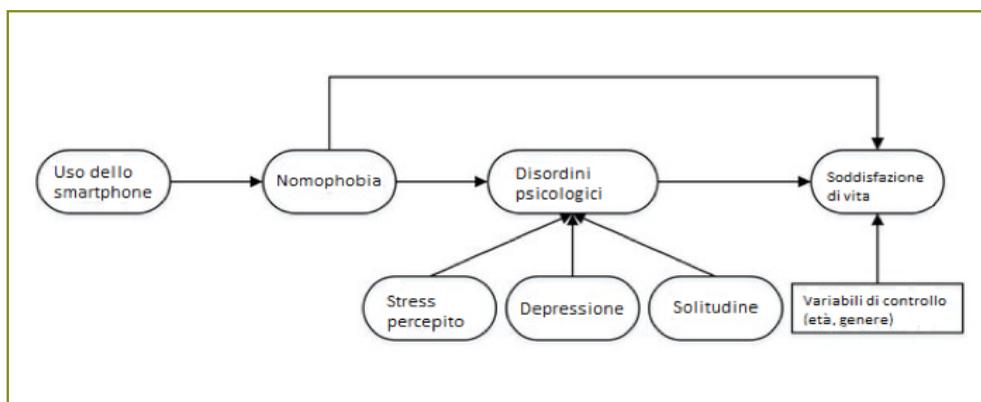


Figura 1 – Framework concettuale

zione, previa lettura dello stesso da parte del ricercatore.

Per le interviste sono state utilizzate domande "a risposta aperta", una scelta giustificata dal fatto che tale tipologia di domanda permette ampia possibilità di descrivere realmente le proprie esperienze (Polit D.F. et al., 2014).

Le interviste vertevano su due domande:

1) nella sua esperienza professionale può descrivere le emozioni e le percezioni più significative che prova quando non è collegato al suo smartphone?;

2) può raccontare uno o più eventi significativi nella sua esperienza professionale correlate all'utilizzo del cellulare al lavoro?

Inoltre, per ognuna è stato impiegato un diario per la raccolta di note di campo, riportate come brevi commenti.

Per garantire l'affidabilità dello studio eseguito è stata realizzata un'intervista-pilota, allo scopo di perfezionare il metodo e gli strumenti utilizzati per la raccolta dei dati (Weiss R.S., 1994).

Analisi dei dati

Le interviste semi-strutturate effettuate sono state audio registrate e successivamente trascritte integralmente, attribuendo un codice identificativo a ciascuna.

L'analisi dei dati è stata condotta seguendo il metodo della Qualitative Content Analysis (Graneheim U.H. et al., 2004) e praticando il *bracketing* in tutte le fasi (Cohen M.Z., 2002). Si è proceduto all'individuazione di unità di significato presenti in ciascuna intervista, ovvero frasi significative o parole-chiave per il contenuto espresso rispetto all'argomento di studio, avvalendosi di un approccio selettivo. Poi, le differenti unità di significato sono state raggruppate tra loro per similitudine di significati espressi, facendo emergere differenti sotto-

temi che, sintetizzati per analogie, hanno dato origine alle tematiche principali (Weiss R.S., 1994).

Per garantire l'affidabilità dell'intero percorso di ricerca, l'analisi e la codifica delle trascrizioni sono state condotte in forma indipendente dai ricercatori, e solo successivamente è stata effettuata una validazione consensuale.

Non è stato usato un *software* per l'analisi dei dati. L'iniziale codifica delle trascrizioni è stata svolta da tre ricercatori, che si incontravano con regolarità per discutere dei temi emergenti. Dopo aver effettuato le interviste, le stesse sono state ascoltate e trascritte, arricchendole delle note raccolte sul campo per l'estrapolazione dei temi dalle varie esperienze.

Gli infermieri che hanno condotto le interviste hanno utilizzato il cellulare almeno una volta durante il proprio turno di lavoro in Area Critica e la loro esperienza è stata sensibilizzante e utile come risorsa per facilitare i racconti degli intervistati.

Per incrementare il rigore dello studio, è stata effettuata una triangolazione dei tempi e al fine di garantire l'anonimato della persona e il rispetto della sua *privacy* è stata predisposta una codifica composta da un codice numerico e due iniziali fittizie assegnate ad ogni partecipante.

Prima dell'intervista è stato somministrato un questionario come inquadramento delle caratteristiche socio-demografiche del campione (genere, età anagrafica, regione di provenienza, anni di esperienza lavorativa, professione, area lavorativa) e, al termine, per confermare l'attendibilità dei temi, questi sono stati ripresentati ai soggetti dello studio, i quali hanno affermato che i temi riflettevano accuratamente le loro esperienze. I professionisti sanitari hanno con-

fermato l'interpretazione dei dati forniti dai ricercatori attraverso un'intervista.

Considerazioni etiche

La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. È stato chiesto a tutti i partecipanti un consenso scritto alla registrazione audio delle interviste.

Per garantire l'anonimato, ciascuna trascrizione dell'intervista è stata codificata numericamente in ordine crescente.

La ricerca si è svolta secondo le linee-guida di Helsinki, rispettando le regole dei Comitati etici locali.

RISULTATI

Gli intervistati (10 infermieri) sono stati prevalentemente di sesso femminile (n=6, 60%), con età media di 33,2 anni (DS=23,9), con, in media, 10,2 (DS=24,2) anni di esperienza lavorativa.

I principali dati socio-demografici sono riportati nella **Tabella 1**.

Le interviste semi-strutturate effettuate hanno avuto una durata media di 20 minuti (la più breve di 15 minuti, la più lunga di 25).

L'analisi dei dati ha permesso di ricavare i seguenti sottotemi: "L'ansia da smartphone" e "Distrazioni sul lavoro".

Dalla sintesi dei sottotemi, per analogia di contenuto, sono stati evidenziati i seguenti temi principali: "Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dai cellulari"; "Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo dei cellulari"; "Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari"; "Solitudine nella vita virtuale"; "Rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare".

A) Paura di non essere in grado di gestire la dipendenza dal cellulare

Il tema maggiormente espresso dagli infermieri è stata la preoccupazione di non riuscire a scollegarsi dal cellulare e, a causa di que-

Codice	Genere	Età	Regione di provenienza	Anni di esperienza lavorativa
01	f	47	Toscana	25
02	f	27	Lazio	5
03	f	29	Piemonte	8
04	f	31	Lombardia	8
05	f	28	Veneto	6
06	m	35	Lombardia	12
07	m	48	Liguria	27
08	f	26	Campania	5
09	m	29	Lazio	7
10	m	32	Emilia Romagna	9

Tabella 1 – Caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti

sto, in tanti hanno provato ansia e frustrazione: “È difficile durante il turno di lavoro pensare di non poter stare connessi sul cellulare. A volte mi capita di mentire chiedendo di andare in bagno e, invece, ho solo voglia di collegarmi sui social” (Codice 06). Nonostante ciò, viene sottolineato che le incumbenti attività lavorative da svolgere e i momenti di confronto con i propri colleghi siano dei metodi utili per evitare di farlo: “Quando sono con i colleghi, questo mi aiuta a non pensare al cellulare. Inoltre, quando sono immersa nel lavoro, mi aiuta a concentrarmi sulle cure da dedicare ai pazienti. Ho chiesto aiuto anche allo psicologo per farmi dare qualche dritta su come staccarmi di più dal telefono e mi ha consigliato di buttare sulla carta le emozioni e le sensazioni che provo quando sono disconnesso dal telefono” (Codice 10).

B) Problemi di comunicazione causati dall'utilizzo del cellulare

L'utilizzo dei cellulari rende molto difficile la comunicazione tra

professionisti, in quanto tende a diminuire i momenti di confronto e di comunicazione verbale che si creano durante i turni di lavoro, i momenti di *briefing* e *debriefing* e il passaggio di consegne infermieristiche: “Capita spesso di vedere i miei colleghi buttare l'occhio sul telefono mentre avviene il passaggio di consegne. Lo ritengo un atteggiamento poco professionale, a volte faccio finta di niente, altre volte faccio presente che non bisogna distrarsi nei momenti di lavoro” (Codice 01).

Tuttavia, alcuni infermieri vedono nell'utilizzo dello smartphone un supporto alle attività di lavoro: “Sul cellulare ho scaricato un'app che mi aiuta durante la preparazione dei farmaci nel caso voglia sapere un'interazione tra un farmaco e l'altro” (Codice 03).

C) Conseguenze fisiche per l'utilizzo dei cellulari

Nei professionisti sanitari, l'utilizzo continuo dei cellulari crea conseguenze fisiche che hanno dato vita a delle sensazioni sgradevoli o abitudini non salutari: “La notte dormo poco perché resto connesso al cellulare fino a notte fonda e se mi capita che il giorno dopo ho il turno di mattina ne risento moltissimo. E poi se sono troppo tempo sul cellulare

mi fanno male gli occhi e tendo ad assumere una posizione curva della schiena che mi provoca dolore alla zona cervicale” (Codice 04).

D) La solitudine nella vita virtuale

Tra le varie conseguenze, vi è anche la percezione di sentirsi non nella vita virtuale: “Tutti pubblicano foto e post per mostrare la propria vita. La verità è che nessuno è veramente interessato a quello che si fa, anzi siamo tutti più tristi e soli” (Codice 03).

E) Rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare

L'ultimo tema affrontato è stato il rischio di infezione correlato all'utilizzo del cellulare e la percezione che questo possa contaminare i luoghi di lavoro: “Nota spesso colleghi che dopo l'utilizzo del cellulare non eseguono il lavaggio delle mani o, peggio ancora, che dopo una procedura, siano subito pronti a rispondere ad una chiamata in arrivo... (OMISSIS)...” (Codice 07).

DISCUSSIONE

Lo scopo di questo studio era quello di analizzare il fenomeno della Nomofobia, ovvero la dipendenza associata all'uso degli smartphone tra gli infermieri di Area Critica. Effettivamente, i risultati di questo lavoro evidenziano che il problema della dipendenza da smartphone e della conseguente ansia da connessione, è presente tra gli infermieri. Come dimostrato in altri studi (Bivin et al., 2013; Walsh et al., 2010; King et al., 2014), questo problema emergente non deve essere sottovalutato in ambito sanitario.

Entrando più nel *focus* delle interviste, è stata espressa la paura di non essere in grado di gestire tale “dipendenza”, che è stata superata e affrontata stando in *team*, concentrandosi sulle incumbenti attività lavorative e con il supporto psicologico.

In diversi studi presenti in letteratura, è stato rivelato che l'utilizzo dei dispositivi tecnologici è associato a comportamenti lavorativi anti-produttivi (Corgnet et al., 2015; Demir et al., 2017; Findikli et al., 2016; Niaei et al., 2014). Inoltre, in uno studio condotto su 319 infermieri da Bülbülü et al. (Bülbülü et al., 2019) si è concluso che **la dipendenza da smartphone ha impedito ai pazienti di comunicare in modo efficace con gli operatori sanitari, ha portato a malintesi e ha ridotto la quantità e la qualità del lavoro prodotto per unità di tempo.**

Hemp (Hemp, 2009) sottolinea che i dipendenti che utilizzano i dispositivi tecnologici impiegano circa 25 minuti per riprendere i loro compiti rinviati, con una conseguente perdita di produttività, che costa milioni di dollari (Samp, 2011), e con conseguenze indesiderate quali: la salute dei dipendenti e una vita sociale negativa, scarsa motivazione, assenteismo sul lavoro, insoddisfazione sul lavoro, incidenti professionali; addirittura l'intenzione di lasciare il lavoro (Utami et al., 2013; Vanishree et al., 2014; De Beer et al., 2016). L'uso eccessivo degli smartphone, soprattutto durante le attività di pratica clinica, comporta molti rischi potenziali dovuti alla distrazione. Pertanto, è importante ridurre gli infermieri sui possibili rischi di un uso eccessivo degli smartphone (Cohen et al., 2018). In ultimo, l'uso del telefono cellulare in ambito sanitario è stato anche collegato ai rischi di contaminazione e infezione, che può comportare infezioni, da lievi forme cutanee a condizioni più gravi (Hemp, 2009). Nel contesto analizzato, i partecipanti hanno individuato alcuni fattori di protezione dall'utilizzo degli smartphone: il gruppo di lavoro, il supporto psicologico, l'utilizzo del-

la scrittura riflessiva.

CONCLUSIONI

La Nomofobia è un problema significativo tra gli infermieri ed è in evoluzione.

Aumentare la consapevolezza sugli effetti dannosi della dipendenza da smartphone sono necessari. Un uso eccessivo e la dipendenza dal cellulare potrebbe causare: ritiro sociale, ansia, modelli di sonno alterati e scarso rendimento lavorativo.

Finora, un numero limitato di studi hanno indicato la nomofobia come un fattore di deterioramento della salute fisica e di stress.

La necessità di esplorare ulteriormente l'impatto della Nomofobia è evidente, poiché si sta evolvendo in una sorta di "epidemia" e dovrebbe essere tra le priorità della sanità pubblica.

Oggi, gli smartphone rivestono un ruolo molto importante in ambito sanitario, consentendo, ad esempio, il monitoraggio dei parametri tramite apposite *health app*; di migliorare la comunicazione con *app* specifiche per il personale sanitario; di aiutare i professionisti con *app* specifiche di riferimento nella formazione e nella ricerca. Programmi educativi dovrebbero essere realizzati per tutti gli infermieri, fornendo loro linee-guida molto chiare per l'uso consapevole ed accettabile del telefono personale.

Si potrebbero creare zone specifiche con *hotspot Wi-Fi* per il personale, le cucinette o le sale riunioni, dove i dipendenti possono utilizzare i propri dispositivi mobili lontano dalle attività lavorative. Oppure, un'altra opzione potrebbe essere quella di far firmare un contratto ai dipendenti in merito al corretto utilizzo del telefono cellulare al lavoro, impostando lo strumento in "modalità aereo" durante l'as-

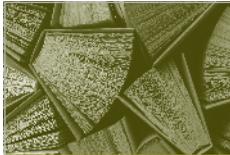
sistenza e utilizzandolo solo per le chiamate urgenti, ma comunque e sempre lontano dalle aree di cura. Fornire l'accesso alla rete internet e dotare i reparti e gli ambulatori di postazioni *workstation* manterrebbe l'accesso alle risorse necessarie per il lavoro, senza le continue interruzioni del proprio smartphone: eliminare o quantomeno ridurre drasticamente l'uso del proprio smartphone sul lavoro potrebbe contribuire anche a proteggere la *privacy* dei pazienti (evitando il grosso rischio di scattare foto non autorizzate; di trasmettere informazioni e dati personali con sistemi non protetti e sicuri).

Da quanto emerso, parrebbe davvero che l'utilizzo corretto e consapevole dello smartphone, tra gli operatori sanitari, contribuirebbe ad eliminare un enorme potenziale di distrazione ed errore e a ridurre il rischio legato alla trasmissione di infezione.

LIMITI DELLO STUDIO

I limiti del presente studio sono da riferirsi principalmente alla numerosità del campione. Inoltre, va considerata la modalità di conduzione delle interviste effettuate, in quanto i sistemi telematici hanno determinato una distanza fisica che potrebbe aver reso difficoltosa la piena espressione dei partecipanti. Tuttavia, lo studio presenta molte implicazioni per la pratica clinica, offrendo alle Organizzazioni sanitarie la giusta consapevolezza per un problema che necessita di interventi.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi e di non aver ricevuto finanziamenti per la stesura di questo articolo.



Bibliografía

- Aguilera-Manrique G, Márquez-Hernández V.V, Alcaraz-Córdoba T, Granados-Gámez G, Gutiérrez-Puertas V, Gutiérrez-Puertas L, The relationship between nomophobia and the distraction associated with smartphone use among nursing students in their clinical practicum. *PLoS One*. 2018 Aug 27;13(8):e0202953. doi:10.1371/journal.pone.0202953. eCollection 2018.
- Argumosa-Villar L, Boada-Grau J, Vigil-Colet A, Exploratory investigation of theoretical predictors of nomophobia using the Mobile Phone Involvement Questionnaire (MPIQ). *J Adolesc* 2017; 56: 127-35.
- Bivin J.B, Mathew P, Thulasi P.C, Philip J, Nomophobia-do we really need to worry about? *Rev Prog*. 2013; 1:1-5.
- Bragazzi N.L, Del Puente G, A proposal for including nomophobia in the new DSM-V. *Psychol Res Behav Manag*. 2014 May 16;7: 155-60. doi: 10.2147/PRBM.S41386. eCollection 2014.
- Bülbüoğlu S, Özdemir A, Kapıkıran G, Sarita S, The effect of no-mophobic behavior of nurses working at surgical clinics on timemanagement and psychological well being. *J Subst Use*. 2019; 25:1-6.
- Carroll J, Howard S, Peck J, Murphy J, A field study of perceptions and use of mobile telephones by 16 to 22 year olds. *The Journal of Information Technology Theory and Application* 2002; 4(2): 49-61.
- Cohen M.Z, Kahn D, Steeves R, Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers. Thousand Oaks, California: Sage, 2002.
- Cohen T.N, Shappell S.A, Reeves S.T, Boquet A.J, Distracted doctoring:the role of personal electronic devices in the operating room. *Perioper Care Oper Room Manag*. 2018; 10:10-13.
- Corgnet B, Hernán González R, McCarter M.W, The role of the decision making regime on cooperation in a workgroup social dilemma: an examination of cyberloafing. *Games*. 2015; 6(4):588-603. <https://doi.org/10.3390/g604058850>.
- Demir I.B, Ürek D, Ugurluoğlu Ö, The effect of health professionals' cyberloafing behaviors on their work productivity. *Acad J Inf Technol*. 2017; 8(30):291-303. <https://10.5824/1309/1581.2017.5.013.x51>.
- De Beer L.T, Pienaar J, Rothmann S Jr, Job burn out, work engagement and self reported treatment for health conditions in South Africa. *Stress Health*. 2016; 32(1):36-46.
- Ding D, Li J, Smartphone overuse: A growing public health issue. *J Psychol Psychother* 2017; 7(1): 289.
- Findikli M.A, Relationship between cyberloafing and work performance: comparison of health and textile industry workers. *Int J SocInq*. 2016;9(1): 33-62.52.
- Graneheim U.H, Lundman B, Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112. 2004.
- Hemp P, Death by information overload. *Harvard Bus Rev*. 2009; 87(9):82-89.54.
- Hung W.H, Chang L.M, Lin C.H, Managing the risk of overusing mobilephones in the working environment: a study of ubiquitous tech-nostress; 2011. PACIS 2011 Proceedings. Paper 81.
- Katz-Sidlow R.J, Ludwig A, Miller S, Sidlow R, Smartphone use during inpatient attending rounds: prevalence, patterns and potential for distraction. *J Hosp Med*. 2012; 7:595-9.
- King A.L.S, Valença A.M, Silva A.C.O, Baczynski T, Carvalho M.R, Nardi A.E, Nomophobia: Dependency on virtual environments or social phobia? *Comput Human Behav* 2013; 29(1): 140-4.
- King A.L.S, Valença A.M, Silva A.C, Sancassiani F, Machado S, Nardi A.E, "Nomophobia": impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. *Clin Pract Epidemiol Mental Health*. 2014; 10:28-35.
- Lepp A, The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Comput Hum Behav*. 2014; 31: 343-50.
- Manago A.M, Media and the development of identity development self and identity development (Online).
- McBride D.L, LeVasseur S.A, Li D, Non-work-related use of personal mobile phones by hospital registered nurses. *JMIR mHealth uHealth*. 2015 ;3(1):e3.
- Niaei M, Peidaei M.M, Nasiripour A.A, The relation between staff cyberloafing and organizational commitment in organization of environmental protection. *Kuwait Chapter Arabian J Bus Manage Rev*. 2014; 33(7):1-13.
- Peters C.S, Malesky L.A, Problematic usage among highly-engaged players of massively multiplayer online role playing games. *Cyberpsychol Behav* 2008; 11(4): 481-4.
- Polit D.F, Beck C.T, Essentials of nursing research. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- Pourrazavi S, Allahverdipour H, Jafarabadi MA, Matlabi H, A socio-cognitive inquiry of excessive mobile phone use. *Asian J Psychiatr* 2014; 10: 84-9.
- Proter E, Cohen M.Z, Phenomenology In: Trainor A, Graue E eds, *Reviewing Qualitative Research in the Social Sciences*. New York: Routledge, 2013.
- Pucciarelli G, Simeone S, Virgolesi M, Madonna G, Proietti M.G, Rocco G et al, Nursing-Related Smartphone Activities in the Italian Nursing Population: A Descriptive Study. *Comput Inform Nurs*. 2019; 37: 29-38.
- Salehan M, Negahban A, Social networking on smartphones: when mobile phones become addictive. *Comput Human Behav* 2013; 29(6): 2632-9.
- Samp, Collaborative and social tools increase employee interruptions; 2011 July. T & D, 11.55.
- Spitzer M, M-Learning? When it comes to learning, smartphones are a liability, not an asset. *Trends Neurosci Educ* 2015; 4(4): 87-91.

- Stothart C, Mitchum A, Yehnert C, The attentional cost of receiving a cell phone notification. *J. Exp. Psychol. Hum. Percept. Perform.* 41, 893–897. [https://doi.org/ 10.1037/xhp0000100](https://doi.org/10.1037/xhp0000100). 2015.
- Thomee S, Harenstam A, Hagberg M, Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults-a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2011; 11: 66.20.
- Utami I, Nahartyo E, Auditors' personality in increasing the burnout. *J Econ Bus Acc Ventura.* 2013; 16(1):161-170. <https://doi.org/10.14414/jebav.v16i1.13258>.
- Vanishree P, Impact of role ambiguity, role conflict and role over-load on job stress in small and medium scale industries. *Res J ManageSci.* 2014; 3(1):10-13.59.
- Wang G, Suh A, Disorder or driver? The effects of Nomophobia on work-related outcomes in organizations. In: *Conference on Human Factors in Computing Systems-Proceedings.*
- Wang G, Suh A, Disorder or driver? The effects of Nomophobia on work-related outcomes in organizations. In: *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings. Association for Computing Machinery;* 2018.
- Wei R, Lo V.H, Staying connected while on the move: Cell phone use and social connectedness. *New Media Soc* 2006; 8(1): 53-72.
- Westbrook J.I, Woods A, Rob M.I, Dunsmuir W.T.M, Day R.O, Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med.* 2010; 170: 683-90.
- Yildirim C.A.P, Correia AP exploring the dimensions of nomophobia: development and validation of a self-reported questionnaire computers. In *Human Behavior*, 49, pp.130-137. 2015

Esperienze di genitori e caregivers nella gestione dell'asma nei bambini

Raccomandazioni*

- In assenza di diagnosi, andrebbe comunicato un percorso chiaro per ottenerne una, contestualmente all'ottenimento di un piano terapeutico. **(Grado A)**
- Genitori e caregivers dovrebbero essere educati durante il primo ricovero o dal medico di famiglia sulla natura cronica del disturbo, i sintomi, la valutazione del grado di severità, i possibili esordi, sulla gestione dei farmaci. **(Grado A)**
- I professionisti sanitari dovrebbero assistere genitori e caregivers al fine di identificare le reti di supporto, inclusi gli infermieri specializzati in malattie respiratorie, cliniche o fondazioni che si occupano di patologie come l'asma, così da poter fornire un sostegno continuo, programmi formativi che consentano di sviluppare conoscenze e competenze. **(Grado A)**
- Scuole e settings educativi dovrebbero fornire ambienti favorevoli, includendo politiche scolastiche che garantiscano agli studenti affetti da asma un rapido accesso ai farmaci. La formazione del personale è indispensabile per migliorare le conoscenze nella gestione dell'asma, compreso il modo in cui ridurre i fattori scatenanti nell'ambiente scolastico e il primo soccorso per trattare una riacutizzazione dell'asma **(Grado A)**

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

Fonte informativa

Questo documento rappresenta la traduzione di un foglio informativo sulle migliori evidenze pubblicato sul JBI EBP Database.¹ Il documento originale è una sintesi di una revisione sistematica pubblicata nel 2019 nel JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports database JBI.²

Background

L'asma è una malattia infiammatoria cronica che colpisce le vie respiratorie in circa il 14% dei bambini nel mondo. Le cause non sono ben note, ma la malattia è associata alla genetica, allo stile di vita e ai fattori ambientali. I sintomi dell'asma includono episodi di respiro sibilante, mancanza di respiro e senso di oppressione toracica.

La diagnosi dell'asma nei bambini può essere particolarmente difficile. La spirometria è spesso utilizzata per testare la funzione polmonare e contribuire alla diagnosi, tuttavia la spirometria può essere difficile da eseguire nei bambini al di sotto dei 5 anni di età. Pertanto, in questa fascia di età, sibili ricorrenti, tosse, una storia familiare di asma e allergie, una risposta clinica ai broncodilatatori o a farmaci di prevenzione per via inalatoria sono spesso considerati sintomi diagnostici per l'asma.

I genitori e caregivers sono spesso i principali responsabili della cura e gestione dell'asma nei loro bambini. Ciò rappresenta un onere significativo per i sistemi sanitari e la società, con una stima di 1.2 miliardi di dollari all'anno legati ai costi diretti dell'asma, compresa la perdita di produttività sul posto di lavoro, in particolare per l'asma in età pediatrica.

Mentre la gestione dell'asma è legata alla gestione medica della patologia, la cura di un bambino asmatico va oltre tale aspetto e impatta a livello familiare, sociale ed emotivo. Prendersi cura di un bambino affetto da asma è una sfida per le famiglie, in

particolare nella fase prediagnostica con i genitori che vivono paura e incertezza.

I risultati della revisione forniscono una visione completa dell'esperienza e delle sfide affrontate dai genitori e caregivers nella cura dei bambini affetti da asma, oltre a trasmettere evidenze per informare i servizi, i canali di supporto e i programmi, garantendo che i bisogni dei genitori e dei caregivers siano soddisfatti.

Obiettivi

Lo scopo di questo documento BPIS (Best Practice Information Sheet) è presentare le migliori evidenze basate sull'esperienza di genitori e caregivers nella cura dei bambini di età compresa tra 0 e 18 anni con asma, respiro sibilante o bronchiolite.

Diagnosticare l'asma nei bambini di età inferiore ai cinque anni è difficile perché spesso questa categoria non è in grado di eseguire adeguatamente test di funzionalità polmonare, pertanto sono stati inclusi sintomi quali il respiro sibilante e la bronchiolite.

Fenomeno di interesse

Il fenomeno di interesse è focalizzato sull'esperienza di genitori e caregivers nella cura dei propri bambini affetti da asma, respiro sibilante o bronchiolite in qualsiasi ambiente, compresa la casa, la comunità e l'assistenza sanitaria primaria. Vengono prese in considerazione anche barriere che ostacolano e fattori che supportano l'erogazione delle cure per l'asma.

Esperienze di genitori e caregivers nella gestione dell'asma nei bambini

Qualità della ricerca

Sono stati inclusi un totale di 77 studi qualitativi, inclusa la grounded theory, studi fenomenologici e studi descrittivi qualitativi; gli studi rappresentano 1655 esperienze dei singoli partecipanti. Le madri hanno dominato il gruppo dei partecipanti (n=1078), seguite da 127 padri, altri 44 tra nonni, zie o caregivers e 406 partecipanti non sono stati specificati e descritti come familiari o genitori. È stata valutata la qualità metodologica degli studi inclusi indipendentemente da due revisori utilizzando gli strumenti di valutazione critica per le ricerche qualitative nel JBI SUMARI; tutti gli studi sono stati ritenuti di elevata qualità metodologica.

Risultati

Utilizzando il processo di meta-aggregazione, dagli studi inclusi sono stati estrapolati un totale di 1161 risultati. Risultati simili sono stati raggruppati per produrre 41 categorie con ulteriori categorie aggregate per produrre sette risultati sintetizzati. Dodici i paesi rappresentati nella revisione, in maggioranza Stati Uniti d'America, Canada e Regno Unito. La maggior parte degli studi sono stati condotti a casa o nei setting comunitari seguiti dal contesto ospedaliero. La descrizione di ciascuno dei risultati sintetizzati è presentata qui di seguito.

Risultato sintetizzato 1: Negoziare il significato di avere un bambino con l'asma.

Genitori e caregivers provano una serie di emozioni quando il loro bambino soffre di asma inclusa paura, ansia, incertezza, panico, negazione e senso di colpa. I genitori stavano costantemente attenti e temevano che il loro bambino potesse morire; questi sentimenti possono essere esacerbati dalla natura imprevedibile dell'asma.

"È spaventoso, non c'è nient'altro che posso fare. È fuori dal mio controllo quando si tratta di respirare. Tu hai paura per loro perché sai che l'asma può uccidere."

"L'asma sta cambiando e le condizioni del bambino non sono sempre le stesse. E l'asma, è un'altra cosa, è così imprevedibile e ci sono tanti fattori che possono causare un attacco. È una malattia molto frustrante perché non puoi sapere quale potrebbe essere il fattore scatenante e per ogni bambino è differente."

Risultato sintetizzato 2: Impatto sulla vita familiare

La vita familiare e le attività vengono spesso interrotte e limitate quando ci si prende cura di un bambino con asma; genitori e caregivers spesso desiderano una vita normale. Le madri, che spesso sono le principali caregivers, si destreggiano tra più ruoli, tra cui il lavoro, le attività domestiche e le priorità nella gestione dell'asma. Il carico di lavoro derivante dalla gestione dell'asma influisce sul tempo a disposizione per gli altri membri della famiglia. "Ci colpisce il fatto che sia molto difficile per me e mio marito passare del tempo insieme. Il che suona molto egoistico ma è anche piuttosto importante. Non ho davvero tempo per me stessa perché o lavoro o mi prendo cura di loro. Sono anche cose stupide come il fatto di non riuscire a organizzare una serata fuori perché puoi scommettere il tuo ultimo dollaro che potrebbe essere la notte in cui l'uno o l'altro si potrebbero sentire male. Pensavamo di uscire lo scorso fine settimana. Era la prima volta in quasi un anno ma poi uno o l'altro è peggiorato e non lo abbiamo fatto. Se ho anche un solo dubbio nella mia mente preferisco non lasciarli."

Risultato sintetizzato 3: Il processo per ottenere una diagnosi e conoscere l'asma

Spesso ci sono lunghi ritardi nella diagnosi di un bambino asmatico e i genitori provano un senso di sollievo una volta diagnosticata. Quando ricevono la diagnosi, genitori e caregivers

si concentrano il più possibile sulla conoscenza della condizione.

"Ho imparato molto parlando con altre persone che soffrono di asma e da chi ha figli con asma... di cose che sono state fattori scatenanti per loro e ora sei più consapevole e puoi stare più attento a tuo figlio. Cose che sono utili per i figli altrui, potrebbero esserlo anche per i tuoi".

Risultato sintetizzato 4: Rapporti con i professionisti dell'assistenza sanitaria e l'esperienza con il Pronto Soccorso

Genitori e caregivers esprimono vari livelli di soddisfazione nel ricercare assistenza sanitaria. Riferiscono difficoltà nel comunicare con gli operatori sanitari, a volte hanno la sensazione di non essere ascoltati e le differenze di linguaggio contribuiscono ulteriormente alla mancanza di accesso alle informazioni appropriate. Esprimono anche mancanza di fiducia nelle conoscenze e nelle cure fornite dai loro professionisti sanitari di riferimento. "Devi lottare per ottenere aiuto da qualcuno e devi essere forte e comunicare bene."

Risultato sintetizzato 5: convinzioni sui farmaci, preoccupazioni e strategie di gestione

Genitori e caregivers esprimono preoccupazione per gli effetti collaterali dei farmaci per l'asma, in particolare i farmaci preventivi contenenti corticosteroidi. Mentre alcuni comprendono l'importanza dei corticosteroidi inalati regolarmente, altri scelgono di non farlo o hanno difficoltà ad aderire alla terapia.

"Dovevano assumere farmaci giornalmente, poi avrebbero attraversato un periodo in cui non avevano sintomi... bisognerebbe andare avanti così e farsi trasportare dalla vita con gli inalatori sotto ai letti"

Risultato sintetizzato 6: Con il tempo, i genitori si sentono più a loro agio nel gestire l'asma dei propri figli

Con il tempo, genitori e caregivers si sentono più a loro agio e hanno maggiore fiducia nel prendersi cura e gestire l'asma dei propri bambini. Imparano ad accettare la vita quotidiana, a stabilire routine, a pianificare in anticipo le attività e a incoraggiare i bambini all'autogestione.

"Adesso è più facile, è una seconda vita. È stato difficile impararlo, cosa fare e come farlo, ma una volta che ho imparato, faccio semplicemente ciò che devo, non è più quella situazione di panico iniziale... Devi controllare l'asma, non puoi curarla, devi convivere e gestirla. La gestisco evitando di dargli cibi che potrebbero scatenare reazioni allergiche, evitando di convivere con animali e cercando di tenere a bada la polvere."

Risultato sintetizzato 7: La necessità di supporto

La necessità di sostegno è fondamentale. Genitori e caregivers, ma in particolare le madri, spesso si sentono sole nel gestire il peso dell'asma. Molte si affidano alla famiglia, agli operatori sanitari e ad altre reti per ricevere supporto. Gli ostacoli nella gestione dell'asma comprendono la difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria quando richiesta e la mancanza di educazione sanitaria da parte dei professionisti. Anche i genitori e i caregivers hanno espresso la necessità di essere supportati nell'ambiente scolastico/asili nido.

"Abbiamo bisogno di gruppi di supporto.... Non ho davvero nessun altro a cui rivolgermi oltre al mio medico".

"Non ho assolutamente fiducia che la scuola possa prendersi cura di mio figlio quando ha attacchi d'asma. L'ho costretto ad assentarsi da scuola per una settimana... anche se è migliorato."

Conclusioni

Genitori e caregivers svolgono un ruolo chiave nella cura e nella gestione dell'asma dei loro figli e i risultati di questa revisione evidenziano le pressioni emotive e psicologiche che devono affrontare. La formazione è necessaria per sviluppare conoscenze, fiducia e abilità nella gestione dell'asma e per comprendere e riconoscere i sintomi, evitare i fattori scatenanti e somministrare farmaci appropriati. Genitori e caregivers si aspettano che gli operatori sanitari forniscano ai loro figli un'assistenza di alta qualità, culturalmente appropriata, tenendo conto delle loro opinioni e preoccupazioni. Per raggiungere questo obiettivo è fondamentale un approccio di partenariato tra genitori, caregivers e operatori sanitari, in cui vengano enfatizzati i bisogni individuali e non solo la malattia.

Implicazioni per la pratica

I risultati di questa revisione forniscono una comprensione più profonda dell'esperienza e delle fasi che genitori e caregivers attraversano mentre negoziano il significato di avere un bambino con l'asma. Questi risultati dovrebbero essere utilizzati per informare e migliorare i servizi, fornire supporti e programmi al fine di garantire ai genitori e ai caregivers che i propri bambini ricevano cure di alta qualità da professionisti sanitari competenti e informati, per garantire loro di ricevere il sostegno di cui hanno bisogno dalle scuole e dai contesti educativi, così come istruzione e supporto di cui hanno bisogno per avere fiducia nelle proprie capacità e abilità nel prendersi cura del proprio bambino affetto da asma.

ESPERIENZE DI GENITORI E CAREGIVERS NELLA GESTIONE DELL'ASMA NEI BAMBINI

POPOLAZIONE

Familiari e caregivers che si prendono cura di bambini di età compresa tra i 0 e i 18 anni affetti da asma, respiro sibilante e bronchiolite

FENOMENO DI INTERESSE

Esperienze nella cura del proprio bambino affetto da asma, respiro sibilante o bronchiolite

CONTESTO

Qualsiasi ambiente, compresa la casa, la comunità e l'assistenza sanitaria primaria

SINTESI DEI RISULTATI

Il percorso per diagnosticare e conoscere l'asma



Superare l'impatto di avere un figlio con l'asma



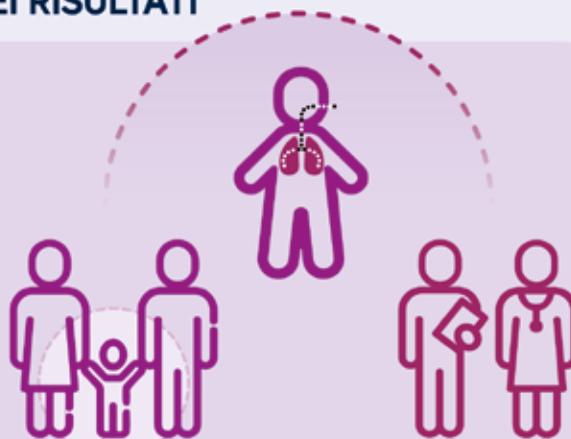
Convinzioni, preoccupazioni e strategie di gestione dei farmaci



Impatto sulla vita familiare



Con il tempo, i genitori si sono sentiti più a loro agio nel gestire l'asma dei propri figli



Necessità di supporto

Rapporti con gli operatori sanitari e l'esperienza del Pronto Soccorso

RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

COMUNICARE UN PERCORSO CHIARO DI DIAGNOSI E PRESA IN CARICO

In assenza di una diagnosi, dovrebbe essere comunicato un percorso chiaro per ottenere una diagnosi e un piano di trattamento immediato.



(Grado A)

FORNIRE INFORMAZIONI AL PAZIENTE

Dovrebbero essere fornite informazioni ai genitori e caregivers nel primo ricovero ospedaliero o dal medico di famiglia sulla patologia includendo informazioni sulla natura cronica della condizione, sui sintomi, sulla valutazione della gravità, sui fattori scatenanti, sui farmaci e sulla gestione continua.



(Grado A)

IDENTIFICARE RETI DI SUPPORTO PER SVILUPPARE CONOSCENZE E COMPETENZE

Le scuole e i settings educativi dovrebbero fornire ambienti favorevoli, includendo politiche scolastiche favorevoli che garantiscano agli studenti un rapido accesso ai farmaci. La formazione del personale è essenziale per aumentare le conoscenze nella gestione dell'asma, compreso il modo attraverso il quale contenere i fattori scatenanti nell'ambiente scolastico e il primo soccorso per trattare una riacutizzazione.



(Grado A)

References

1. Porritt K. [Best Practice Information Sheets] Experience of parents and carers in managing asthma in children. JBI EBP Database. 2019 [updated 2022]; 21(5):1-5.
2. Fawcett R, Porritt K, Stern C and Carso-Chahhoud. Experiences of parents and carers in managing asthma in children: a qualitative systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2019; 17(5):793-984.

Ringraziamenti

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



CECRI Evidence-based
practice group for
Nursing Scholarship
A JBI Centre of Excellence

Come citare questo foglio informativo di Best Practice:

Porritt K. [Best Practice Information Sheet] Experience of parents and carers in managing asthma in children: Translated by: Accettone R., Caggianelli G., Cesare M., Fiorini J., Sferrazza S., Kusumam P. & D'Angelo D. JBI EBP Database. 2024; 3(2) LOTE. Original published 2019 and updated 2022



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 © 2024, 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 la gestione elisoccorso del paziente critico

(Roma, 28 settembre 2023)

INTRODUZIONE

Con il passare degli anni, l'elisoccorso è diventato parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e oggi rappresenta una risorsa strategica nel soccorso preospedaliero. Dal punto di vista tecnico, l'evoluzione tecnologica ha permesso, partendo da interventi di soccorso diurni con atterraggio del mezzo, di arrivare alle operazioni speciali diurne con l'utilizzo del verricello fino alle operazioni speciali notturne in ambiente impervio/ostile pensando già a un futuro orientato a missioni "ogni tempo".

Dal punto di vista organizzativo, l'implementazione delle missioni sulle 24h, rende l'elicottero un mezzo sempre più strategico per lo sviluppo delle reti delle patologie "tempo dipendenti", permettendo il raggiungimento dei Centri ospedalieri polispecialistici anche dalle zone più remote.

Parlando di reti delle patologie "tempo dipendenti", ora pensiamo a poche patologie, quali la Sindrome coronarica acuta, lo *Stroke* e il Trauma.

Lo sviluppo della scienza e la progressiva specializzazione dei diversi Centri stanno complicando ed estendendo il concetto di "centralizzazione" del paziente.

Sono in progressivo aumento le reti "tempo dipendenti" per la Sindrome aortica acuta, per il paziente ustionato grave, per il sanguinamento gastrointestinale acuto, per le epatiti fulminanti, per la tromboaspirazione dell'embolia polmonare, per il paziente con intossicazione acuta, oltre al progressivo incremento della rete pediatrico-neonatale e di quella ostetrico-ginecologica legate alla rimodulazione territoriale dei punti nascita.

L'elisoccorso, perciò, diviene parte costitutiva dei sistemi di soccorso preospedaliero, accrescendo l'efficacia delle cure per i pazienti con patologie acute e gravi, al fine di raggiungere *outcome* positivi di precocità, già dal territorio, per la messa in atto di terapie e manovre idonee; nonché strumento per accrescere la possibilità di soccorsi rapidi anche alle popolazioni di aree rurali e distanti dalle strutture ospedaliere HUB per patologie complesse.

È stato necessario, da parte delle componenti aeronautica, normare (in Italia, secondo le direttive ENAC, Ente Nazio-

nale Aviazione Civile) le procedure di sicurezza relative alle diverse movimentazioni del personale sanitario che caratterizzano l'attività di elisoccorso, quali: avvicinamento all'elicottero, salita e discesa a rotore spento, salita e discesa a rotore acceso, salita e discesa in *hovering*, verricello salita e discesa (singolo e doppio), salita e discesa con materiali (zaini, monitor ecc.), salita con paziente (barella, pannolone), uscita dall'elicottero dopo incidente, aspetti particolari dell'autosoccorso dopo ammaraggio e quant'altro. L'organizzazione delle basi di elisoccorso, così come l'impiego degli aeromobili, segue procedure che fanno riferimento a rigorose norme di sicurezza aeronautica. L'elicottero sanitario viene impiegato per diversi tipi di missione, da quella di salvataggio e soccorso in terreno impervio/ostile (al limite della missione *Search and Rescue* peculiarità degli elicotteri militari), alle missioni HEMS (*Helicopter Emergency Medical Service*), ai trasporti secondari dei pazienti critici. A queste si aggiungono il soccorso e trasporto in occasione di emergenze di massa, il trasporto urgente *d'équipe* e materiale ai fini di prelievo o trapianto di organi o tessuti, il trasporto urgente di sangue, plasma e loro derivati, antidoti e farmaci rari.

S'intende per missione di salvataggio e soccorso: "*l'immediata assistenza sanitaria (immobilizzazione e recupero in sicurezza, valutazione clinica del paziente e somministrazione di farmaci, esecuzione di procedure) ai pazienti in ambiente impervio/ostile mediante l'attuazione di operazioni speciali, in particolare mediante l'utilizzo del verricello. Per questo tipo di missioni viene impiegato personale tecnico specializzato (tecnici per il soccorso alpino, cinofili e cani da ricerca, aereo soccorritori, vigili del fuoco e quant'altro)*".

S'intende per missione HEMS: "*una missione di soccorso sanitario preospedaliero, attivata e coordinata dalla centrale operativa 112/118, caratterizzata da trasferimento dell'équipe sanitaria sul luogo dell'incidente, trasferimento di pazienti dal luogo in cui si è verificato l'evento al presidio ospedaliero più idoneo*".

DESTINATARI

Popolazione-*target* della Linea Guida



Paziente critico adulto (≥ 16 aa) trasportato in elisoccorso. Sono state escluse la popolazione pediatrica, neonatale e i pazienti adulti con Trauma maggiore.

Utilizzatore-target della Linea Guida

Gli utilizzatori-target della presente Linea-Guida sono specialisti in Anestesia-Rianimazione, specialisti in Medicina d'Emergenza e Urgenza e infermieri.

GRUPPO DI LAVORO

ANIARTI; ARES118; HEMS; SIEMS; SIET; SIMEU e SIS118

METODOLOGIA

Le Linee Guida di seguito presentate sono state elaborate secondo il metodo GRADE[1] (*Grading of*

Recommendations of Assessment Development and Evaluations) in osservanza di quanto previsto dal Manuale metodologico per la produzione di Linee Guida di Pratica Clinica pubblicato dal Centro nazionale per l'Eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure, al fine di valutare:

- a) se esistono evidenze per rispondere a ogni quesito;
- b) l'efficacia dell'intervento;
- c) la certezza delle prove a supporto;
- d) l'applicabilità dell'intervento.

La qualità delle prove è espressa come grado di fiducia nella stima dell'effetto, cosicché, dalla medesima fiducia nelle prove derivi la conseguente fiducia nell'applicazione della raccomandazione.

RISULTATI

Quesito di ricerca 1:

L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI (Infarto miocardico acuto associato a sopraslivellamento del tratto ST) è più sicuro e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

Popolazione: Popolazione di pazienti ≥ 16 aa con STEMI

Intervento: utilizzo di elisoccorso (HEMS) per pazienti con STEMI

Confronto: utilizzo di ambulanza su strada (GEMS) per pazienti con STEMI

Esiti attesi:

1. esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cardiache, ovvero elisoccorso o ambulanza su strada (EMS in inglese), e l'intervento coronarico percutaneo; esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg);
2. esiti riguardanti numero, tipo e severità delle complicanze durante il trasporto (es: incidenti in volo);
3. esiti riguardanti tempistica e logistica del trasporto.

Sono stati elaborati due quesiti fondamentali:

1. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI è sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cardiache e l'intervento coronarico percutaneo rispetto al trasporto via terra?
2. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI è sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra?

Nel primo quesito, dalla Revisione della letteratura, sono emerse 59 evidenze dal database PubMed e 80 da una ricerca sul database Scopus, poi sottoposte al vaglio degli esaminatori. Di queste, sono stati inclusi cinque articoli¹⁻⁵.

QUESITO 1.1: L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cardiache e l'intervento coronarico percutaneo rispetto al trasporto via terra?

RACCOMANDAZIONE 1.1

Si suggerisce l'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI perché è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cardiache e l'intervento coronarico

Raccomandazione debole a favore qualità dell'evidenza bassa



Nel secondo quesito, dalla Revisione della letteratura, sono emerse 67 evidenze dal database PubMed e 87 da una ricerca sul database Scopus, poi sottoposte al vaglio degli esaminatori. Di queste, sono stati inclusi due articoli^{1,6}.

QUESITO 1.2. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra?

RACCOMANDAZIONE 1.2

Si suggerisce l'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con STEMI, perchè è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra

Raccomandazione debole a favore qualità dell'evidenza bassa

Quesito di ricerca 2:

L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con stroke è più sicuro e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

Popolazione: Popolazione di pazienti ≥ 16 aa con *stroke*

Intervento: utilizzo di elisoccorso (HEMS) per pazienti con *stroke*

Confronto: utilizzo di ambulanza su strada (GEMS) per pazienti con *stroke*;

Esiti attesi:

1. esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cerebro-vascolari, ovvero elisoccorso o ambulanza su strada (EMS in inglese), e l'intervento di riperfusione;
2. esiti di valutazione con la scala NIH per lo *stroke* (NIH-*stroke* scale, NIHSS);
3. esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg);
4. esiti riguardanti numero, tipo e severità delle complicanze durante il trasporto (es: incidenti in volo)

Sono stati elaborati tre quesiti fondamentali:

1. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con *stroke* è sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cerebro-vascolari e l'intervento di riperfusione rispetto al trasporto via terra?
2. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con *stroke* è sicuro e migliora gli esiti riguardanti la valutazione con la scala NIH per lo *stroke* (NIH-*stroke* scale, NIHSS) rispetto al trasporto via terra?
3. L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con *stroke* è sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra?

Nel primo quesito, dalla Revisione della letteratura, sono emerse 47 evidenze dal database PubMed e 64 evidenze da una ricerca sul database Scopus che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. Di queste, sono stati inclusi tre articoli⁷⁻⁹.



QUESITO 2.1 L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cerebro-vascolari e l'intervento di riperfusione nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

RACCOMANDAZIONE 2.1

Si suggerisce l'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke perché è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti le tempistiche dell'intervallo temporale compreso tra l'intervento dei servizi di emergenza per le patologie cerebro-vascolari e l'intervento di riperfusione nei pazienti rispetto al trasporto via terra.

Raccomandazione debole a favore qualità dell'evidenza bassa

Nel secondo quesito, dalla Revisione della letteratura, sono emerse 21 evidenze dal database PubMed e 64 evidenze da una ricerca sul database Scopus, poi sottoposte al vaglio degli esaminatori. Di queste, sono stati inclusi sei articoli.^{1,8,10,11,12,13}

QUESITO 2.2 L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la valutazione con la scala NIH per lo Stroke (NIH-stroke scale, NIHSS) rispetto al trasporto via terra?

RACCOMANDAZIONE 2.2

Si suggerisce l'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke perché è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la valutazione con la scala NIH per lo Stroke (NIH-Stroke scale, NIHSS) rispetto al trasporto via terra.

Raccomandazione debole a favore qualità dell'evidenza bassa

Nel terzo quesito, dalla Revisione della letteratura sono emerse 199 evidenze dal database PubMed e 274 da una ricerca sul database Scopus, poi sottoposte al vaglio degli esaminatori. Di queste, sono stati inclusi tre articoli.^{8,12,14}

QUESITO 2.3 L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra?

RACCOMANDAZIONE 2.3

Si suggerisce l'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con Stroke perché è più sicuro e migliora gli esiti riguardanti la mortalità a breve termine (28/30gg) rispetto al trasporto via terra.

Raccomandazione debole a favore qualità dell'evidenza bassa



Quesito di ricerca 3:

L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti con arresto cardiaco e massaggio cardiaco in corso è sicuro e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

Alla luce della recente letteratura^{15,16,17} e dell'ambiente HEMS, il *panel* si pone verso la creazione di un *Best Practice Statement* sulle opportunità circa l'uso dei massaggiatori meccanici verso il non uso o l'esecuzione del massaggio manuale in caso di elisoccorso di paziente in arresto cardiocircolatorio con rianimazione in corso o nell'elisoccorso in ambiente impervio.

QUESITO 3. L'utilizzo dell'Elisoccorso dei pazienti con arresto cardiaco e massaggio cardiaco in corso è sicuro e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

STATEMENT

Nei pazienti in arresto cardiocircolatorio che devono essere elitrasmportati con rianimazione cardiopolmonare (RCP) in corso, si consiglia l'utilizzo di presidi per il massaggio cardiaco meccanico, rispetto al non utilizzo o all'esecuzione delle compressioni manuali.
Tale raccomandazione si estende all'ambiente impervio e in tutte le condizioni cliniche in cui è necessario elitrasmportare il paziente in arresto cardiocircolatorio con RCP in corso.

Quesito di ricerca 4:

L'utilizzo dell'elisoccorso dei pazienti in ECMO (Ossigenazione extracorporea a membrana) è sicura, costo-efficace e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

Le esperienze descritte dalla letteratura hanno dimostrato la fattibilità in sicurezza, data la trascurabile mortalità legata al trasporto, del trasporto ECMO.

QUESITO 4. L'utilizzo dell'Elisoccorso dei pazienti in ECMO è sicura, costo-efficace e migliora gli esiti nei pazienti rispetto al trasporto via terra?

STATEMENT

Il trasporto in elicottero del paziente in ECMO è fattibile in sicurezza se gestito da *team* esperti con specifica esperienza clinica e/o con un addestramento periodico con scenari di simulazione in Medicina per elitrasmportare il paziente in arresto cardiocircolatorio con RCP in corso

Quesito di ricerca 5:

Quanto l'esperienza in Terapia Intensiva per il personale medico influenza l'outcome finale dei pazienti critici gestiti in elisoccorso?

Alla luce dell'assenza di evidenze, il gruppo multidisciplinare di esperti ritiene che il personale medico a bordo debba avere comprovata esperienza pregressa in reparti di Terapia Intensiva^{19,20,21}, e comunque un'esperienza qualificata e continuativa nella gestione avanzata delle vie aeree, nell'intubazione orotrache-



ale farmaco-assistita, nell'esecuzione delle tecniche *Front of neck* (FONA) ,nel posizionamento di drenaggi toracici, di accessi venosi centrali, ecoguidati e con tecnica classica^{18,21} la pericardiocentesi. Queste *skills* rappresentano un valore aggiunto che assicura la messa in atto degli *standard* di cura necessari per pazienti in condizioni critiche e che fanno dell'elisoccorso una "Terapia Intensiva volante", con ricadute positive per l'*outcome* delle persone soccorse.

QUESITO 5.1 Quanto l'esperienza in Terapia Intensiva per il personale medico influenza l'*outcome* finale dei pazienti critici gestiti in elisoccorso?

STATEMENT

L'esperienza pregressa in reparti di Terapia Intensiva, oppure, un'esperienza qualificata e continuativa nella gestione avanzata delle vie aeree, nell'intubazione orotracheale farmaco-assistita, nell'esecuzione delle tecniche *Front of neck* (FONA), nel drenaggio dei pneumotoraci e nel posizionamento di accessi venosi stabili, potrebbero essere un valore aggiunto che potrebbe incidere sull'*outcome* del paziente.

A livello nazionale, non sono disponibili evidenze a supporto della quantità e tipologia di esperienza all'interno del dipartimento di emergenza necessarie al personale infermieristico impiegato nei servizi di elisoccorso, per garantire un miglioramento dell'*outcome* delle persone assistite in condizioni critiche. In considerazione dell'elevata criticità dei pazienti, di un contesto operativo complesso (spazi confinati, ambienti impervi, interventi notturni e altro) e della necessità di operare in *team* multidisciplinari con elevate competenze, è indispensabile che il personale infermieristico in servizio di elisoccorso abbia acquisito, precedentemente, una solida esperienza clinico-assistenziale in *setting* di Area Critica o in reparti afferenti al Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso o Terapia Intensiva) in ospedali sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I o II livello, che possono garantire una sufficiente casistica di pazienti complessi.

QUESITO 5.2 Quanto l'esperienza in dipartimento di emergenza per il personale infermieristico influenza l'*outcome* finale dei pazienti critici gestiti in elisoccorso?

STATEMENT

Il gruppo multidisciplinare di esperti ritiene che il personale infermieristico impiegato nei servizi di elisoccorso acquisisca precedentemente una solida esperienza clinico-assistenziale in *setting* di area critica o in reparti afferenti al Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso o Terapia Intensiva).



Quesito di ricerca 6:

Il mantenimento delle competenze tecniche e non tecniche del team sanitario con la simulazione migliora la mortalità dei pazienti a 30 giorni del soccorso?

In assenza di evidenze scientifiche a supporto, non è possibile formulare una raccomandazione circa il quesito clinico proposto. Gli interventi dell'elisoccorso sono caratterizzati da contesti pericolosi, con una percentuale di rischi non trascurabile, talora con rischio evolutivo non prevedibile in cui operano *équipes* multidisciplinari, aeronautiche, sanitarie e tecniche con l'obiettivo di medicalizzare pazienti molto gravi e spesso instabili nel tempo più breve possibile.

L'intervento sanitario è caratterizzato dalla stabilizzazione del paziente attraverso l'applicazione di tecniche rianimatorie avanzate, da un primo inquadramento diagnostico e dal trasporto del paziente nell'ospedale idoneo per la sua patologia. Il fattore tempo è molto importante. Spesso il paziente è raggiungibile ed evacuabile solo attraverso l'impiego di operazioni speciali (es. l'impiego del verricello). Il *panel* multidisciplinare di esperti esprime quindi la necessità di una formazione e di un addestramento specifici per il miglioramento delle sinergie e la sicurezza sia delle operazioni che del paziente.

QUESITO 6. Il mantenimento delle competenze tecniche e non del team sanitario con la simulazione migliora la mortalità dei pazienti a 30 giorni del soccorso?

STATEMENT

6.1 La formazione e l'addestramento attraverso la simulazione in Medicina potrebbero favorire e ridurre gli incidenti legati al fattore umano e favorire il miglioramento delle performance degli interventi sanitari attraverso la contestualizzazione delle linee guida.

6.2 La formazione multidisciplinare mediante la simulazione in Medicina, basata sulle *Non Technical Skills (NTS)* e sul *Crew Resource Management (CRM)* delle squadre di Elisoccorso (HEMS) potrebbe ridurre gli incidenti causati dall'errore umano, aumentare la sicurezza del paziente e migliorare le performance attraverso la contestualizzazione delle linee guida.

Quesito di ricerca 7.1:

Esistono delle dotazioni farmacologiche minime essenziali in elisoccorso per garantire outcome ottimali ai pazienti?

In letteratura scientifica, non esistono risorse specifiche per proporre una *checklist* farmacologica minima per la dotazione in elisoccorso su base nazionale.

QUESITO 7.1 Esistono delle dotazioni farmacologiche minime essenziali in Elisoccorso per garantire *outcome* ottimali ai pazienti?

STATEMENT

Per la gestione dei pazienti critici in Elisoccorso, la dotazione farmacologica minima dovrebbe prevedere una *checklist* condivisa per il trattamento in emergenza delle più comuni condizioni cliniche, secondo quanto riportato nelle linee guida nazionali e internazionali.

I farmaci non dovrebbero avere caratteristiche di ridondanza in contesto emergenziale (indicazione e categoria terapeutica), né caratteristiche di termolabilità, mentre dovrebbero essere selezionati quelli con diverse vie potenziali di somministrazione, quelli senza necessità di diluizione e possibilmente in formulazioni precostituite. Un valore aggiunto che potrebbe incidere sull'*outcome* del paziente.



Quesito di ricerca 7.2:

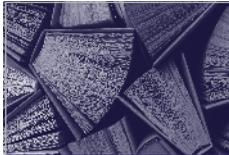
Esistono presidi minimi essenziali in elisoccorso per garantire outcome ottimali ai pazienti?

QUESITO 7.2 Esistono presidi minimi essenziali in Elisoccorso per garantire *outcome* ottimali ai pazienti?

STATEMENT

Non vi sono sufficienti evidenze a supporto di dotazioni minime di presidi di Elisoccorso che possano apportare un impatto favorevole sull'*outcome* del paziente.

In base alla letteratura analizzata, il *panel* multidisciplinare di esperti si esprime a favore dell'utilizzo di *checklist* condivise, in linea con quanto riportato nelle linee guida nazionali e internazionali, garantendo un'adeguata disponibilità di presidi minimi essenziali per eseguire manovre rianimatorie sui pazienti.



Referenze

1. Funder K.S et al, Helicopter vs. ground transportation of patients bound for primary percutaneous coronary intervention. *Acta Anaesthesiol Scand*, vol. 62, no. 4, pp. 568-578, Apr. 2018, doi: 10.1111/aas.13092.
2. D. H. R. M. C. A. J. J. K. M. Nicholson B.D, Relationship of the distance between non-PCI hospitals and primary PCI centers, mode of transport, and reperfusion time among ground and air interhospital transfers using NCDR's ACTION Registry-GWTG: a report from the American Heart Association Mission: Lifeline Program. *Circ Cardiovasc Interv*. 2014. Dec;7(6):797-805. doi:10.1161/CIRCINTERVENTIONS.113.001307. Epub 2014 Nov 18".
3. Nishigoori S et al, Helicopter emergency medical service for patients with acute coronary syndrome: selection validity and impact on clinical outcomes. *Heart Vessels*, vol. 37, no. 7, pp. 1125-1135, Jul. 2022, doi: 10.1007/s00380-022-02022-1.
4. Phillips M et al., "Helicopter transport effectiveness of patients for primary percutaneous coronary intervention," *Air Med J*, vol. 32, no. 3, pp. 144-152, May 2013, doi: 10.1016/j.amj.2012.08.007.
5. Mixon T.A and Colato L, Impact of mode of transportation on time to treatment in patients transferred for primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Emergency Medicine*, vol. 47, no. 2, pp. 247-253, 2014, doi: 10.1016/j.jemermed.2014.02.003.
6. Baylous D, Tillman H.J and Smith M.W, Air Versus Ground Transport for Patients With STElevation Myocardial Infarction: Does Transport Type Affect Patient Outcomes?. *J Emerg Nurs*, vol. 39, no. 5, pp. e65-e74, Sep. 2013, doi: 10.1016/j.jen.2012.03.011.
7. Hesselheldt R, Gyllenborg J, Steinmetz J, Do H.Q, Hejselbæk J and Rasmussen L.S, Is air transport of stroke patients faster than ground transport? A prospective controlled observational study. *Emergency Medicine Journal*, vol. 31, no. 4, pp. 268-272, 2014, doi: 10.1136/emered-2012-202270.
8. Almouhdi E et al, Outcomes of interfacility helicopter transportation in acute stroke care. *Neurol Clin Pract*, vol. 10, no. 5, pp. 422-427, Oct. 2020, doi: 10.1212/cpj.0000000000000737.
9. Reiner-Deitemyer V et al, Helicopter transport of stroke patients and its influence on thrombolysis rates: Data from the austrian stroke unit registry. *Stroke*, vol. 42, no. 5, pp. 1295-1300, May 2011, doi: 10.1161/STROKEAHA.110.604710.
10. Ueno T et al, Helicopter Transport for Patients with Cerebral Infarction in Rural Japan. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 28, no. 9, pp. 2525-2529, Sep. 2019, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.010.
11. Kunte S.A, Anderson D, Brown-Espallat K and Froehler M.T, Total Transfer Time for Ground vs. Air Transport for Interhospital and Scene Transfers of Acute Stroke Patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, vol. 30, no. 6, Jun. 2021, doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105704.
12. Olson M.D and Rabinstein A.A, Does Helicopter Emergency Medical Service Transfer Offer Benefit to Patients With Stroke?. 2012, doi: 10.1161/STROKEAHA.111.640987/-/DC1.
13. Regenhardt R.W et al, Delays in the air or ground transfer of patients for endovascular thrombectomy. *Stroke*, vol. 49, no. 6, pp. 1419-1425, 2018, doi: 10.1161/STROKEAHA.118.020618.
14. Jensen A.R et al, Simulation-based training is associated with lower risk-adjusted mortality in ACS pediatric TQIP centers, in *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, Lippincott Williams and Wilkins, Apr. 2019, pp. 841-848. doi: 0.1097/TA.0000000000002433.
15. Sheraton M, Columbus J, Surani S, Chopra R and Kashyap R, Effectiveness of mechanical chest compression devices over manual cardiopulmonary resuscitation: A systematic review with meta-Analysis and trial sequential analysis. *Western Journal of Emergency Medicine*, vol.22, no. 4. eScholarship, pp. 810-819, Jul. 01, 2021. doi: 10.5811/WESTJEM.2021.3.50932.
16. Soar J et al, European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation*, vol. 161, pp. 115-151, Apr. 2021, doi: 10.1016/j.resuscitation.2021.02.010.
17. Havel C et al, Quality of closed chest compression in ambulance vehicles, flying helicopters and at the scene. *Resuscitation*, vol. 73, no. 2, pp. 264-270, May 2007, doi: 10.1016/j.resuscitation.2006.09.007.
18. Berlot G et al, Influence of prehospital treatment on the outcome of patients with severe blunt traumatic brain injury: A single-centre study. *European Journal of Emergency Medicine*, vol. 16, no. 6, pp. 312-317, 2009, doi: 10.1097/MEJ.0b013e-32832d3aa1.
19. Crewdson K, Lockey D, Voelckel W, Temesvari P and Lossius H.M, Best practice advice on pre-hospital emergency anaesthesia & advanced airway management. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, vol. 27, no. 1. BioMed Central Ltd., Jan. 21 2019. doi: 10.1186/s13049-018-0554-6.
20. Boutonnet M, Raynaud L, Pasquier P, Vitiello L, Coste S and Ausset S, Critical Care Skill Triad for Tactical Evacuations. *Air Med J*, vol. 37, no. 6, pp. 362-366, Nov. 2018, doi: 10.1016/j.amj.2018.07.028.
21. J. H. K. H. et al. Saviluoto A, Association between case volume and mortality in pre-hospital anaesthesia management: a retrospective observational cohort



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: *Sibrecht G, Wróblewska-Seniuk K, Bruschetti M*, "Noise or sound management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants". Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 5. Art. No.: CD010333. DOI: 10.1002/14651858.CD010333.pub4¹.

Autori: Valentina Vanzi, Daniela D'Angelo

Le strutture neurologiche dedicate all'udito si sviluppano precocemente in utero. Infatti, nel feto, il sistema uditivo inizia la sua formazione intorno alla 10 settimana di gravidanza, quando si ha il completamento della morfogenesi coclearia e risulta funzionante già alla 24esima settimana di età gestazionale (EG). Intorno al 5/6 mese, il feto inizia a percepire i suoni che provengono sia dal corpo della mamma (battito cardiaco, respiro, rumori digestivi) che dal mondo esterno. A 25-26 settimane, il feto riesce a rispondere ai suoni provenienti dall'esterno dell'utero ed a 30-34 settimane di EG è in grado di discriminare i suoni e la loro intensità e di dare delle risposte differenziate alle stimolazioni sonore. La funzione uditiva del neonato è una delle ultime a svilupparsi completamente, si sviluppa dopo la funzione vestibolare, olfattiva-gustativa e tattile. E prima solo di quella visiva. Inoltre, il sistema uditivo arriva a completa maturazione nel secondo anno di età. Dunque, il neonato prematuro è molto più vulnerabile agli stimoli sonori, perché l'apparato uditivo (sebbene a livello anatomico sia completamente strutturato) risulta ancora immaturo a livello funzionale.

I neonati accolti nelle Unità di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sono soggetti a diversi tipi di stress, compresi quelli uditivi. Gli stimoli a cui è sottoposto un neonato prematuro in TIN sono diversamente percepiti rispetto al grembo materno e sono fonte di risposte fisiologiche e comportamentali tipiche dello stress e del dolore, che possono interferire con lo sviluppo neurologico.

Tra l'altro, infatti, l'ambiente uterino ha la funzione di filtrare i suoni, proteggendo, così, il feto: difatti, i suoni dell'ambiente esterno devono attraversare i tessuti ed i fluidi prima di raggiungerlo.

In aggiunta, nell'utero materno, il neonato è rassicurato dal costante contenimento e da una continua interazione fisica ed emotiva con la madre. Queste condizioni

vengono rapidamente a mancare in caso di parto pretermine. Spesso, l'ambiente della TIN è caratterizzato dalla presenza di suoni ad alta intensità che superano il livello massimo accettabile raccomandato dall'*American Academy of Pediatrics*, che è stimato in 45 decibel (dB). Tuttavia, tale limite non è quasi mai rispettato, principalmente a causa di impedimenti logistico-organizzativi.

I rumori che determinano l'inquinamento acustico in TIN, infatti, derivano da quattro fonti principali: le caratteristiche edili dell'Unità, le attrezzature, gli allarmi sonori e, soprattutto, la voce degli operatori sanitari presenti. Basti pensare ai rumori "quotidiani" come il ritmico ciclare del respiratore e dei suoi allarmi, gli allarmi dei monitor, lo squillare del telefono, il parlare del personale (un discorso a bassa voce è quantificato sui 20dB, ma si sale velocemente fino a 50dB in caso di un tono normale), che possono generare un rumore compreso tra i 65 e 90 dB. Diversi studi sottolineano il chiaro rapporto di causa-effetto tra la conversazione del personale e l'aumento dei livelli di rumore in TIN. Questi strepiti, inoltre, vengono amplificati all'interno delle incubatrici.

Il rumore di una ventola, la chiusura di uno sportello o lo stesso pianto del neonato possono arrivare a toccare picchi di 100-110 dB.

È possibile ottenere livelli sonori inferiori a 45 dB agendo a livello dell'intera Unità operativa, oppure agendo in un'area più limitata del reparto, in una stanza o nelle incubatrici, oppure a livello individuale, ricorrendo a cuffie o tappi per le orecchie dei neonati.

Abbassando i livelli sonori, è possibile diminuire lo stress che ne consegue, promuovendo lo sviluppo e riducendo gli effetti negativi sugli *outcome* neonatali.

La Revisione in oggetto costituisce un aggiornamento delle versioni precedenti, pubblicate, rispettivamente, nel 2015 e nel 2020 e si pone l'obiettivo di determinare i



benefici e le complicanze della riduzione del suono sulla crescita e sugli esiti a lungo termine dello sviluppo neurologico dei neonati in TIN.

La ricerca bibliografica è stata condotta su molteplici banche dati, tra cui: Cochrane CENTRAL, PubMed, Embase e Google Scholar per la letteratura grigia. Sono stati inclusi studi randomizzati e controllati (RCT) o quasi-RCT incentrati sui neonati prematuri (con età gestazionale - EG - inferiore a 32 settimane o con basso peso alla nascita: inferiore a 1500 g) accuditi nelle aree di Rianimazione, di TIN, di SIN o di patologia neonatale (*Stepdown Units*), oppure durante il trasporto neonatale (STEN). Nessuno studio ha valutato gli interventi volti a ridurre i livelli sonori al di sotto di 45 dB nell'Unità di degenza neonatale o in una stanza al suo interno. È stato selezionato un unico saggio che ha valutato i benefici della riduzione del rumore in TIN al fine di proteggere il sensorio uditivo nei neonati pretermine. Questo studio monocentrico ha coinvolto 34 neonati ed è stato condotto presso la *University of Texas Medical School* a Houston (USA).

Confrontando l'uso di tappi per le orecchie in silicone rispetto al non utilizzo di auricolari (*standard care*) nei neonati con peso alla nascita molto basso (meno di 1500 g), si è notato che le evidenze sono incerte riguardo l'esistenza di qualche differenza tra i neonati che utilizzano i tappi per le orecchie e quelli che non li usano, in termini di paralisi cerebrale, sviluppo cerebrale, funzione uditiva, peso od altezza tra i 18 ed i 22 mesi di età (*follow up*), o in termini di giorni di necessità di supporto respiratorio, giorni di degenza ospedaliera o rischio di morte durante la degenza. I tappi per le orecchie venivano posizionati al momento della randomizzazione ed indossati continuamente fino al raggiungimento delle 35 settimane di EG od in caso di dimissione. Non sono stati riportati eventi avversi e/o effetti collaterali. Considerando la dimensione molto ridotta del campione, i risultati imprecisi e l'alto rischio di *attrition bias* (possibile distorsione legata alla perdita di pazienti alla valutazione dell'*outcome* di interesse clinico), le evidenze derivate da questo studio sono

molto incerte e non consentono di trarre delle conclusioni valide e generalizzabili.

Questa Revisione pone l'accento su una problematica clinica di grande interesse ed impatto sulla salute dei neonati prematuri, ma le conclusioni mostrano una grave paucità di studi ben condotti e metodologicamente validi da cui poter estrarre conclusioni che orientino e migliorino la pratica clinica.

Dinnanzi a dati epidemiologici che sottolineano come la compromissione dell'udito venga diagnosticata nel 2%-10% dei neonati prematuri (rispetto a solo lo 0,1% della popolazione pediatrica generale) e studi che affermano che il ricovero di un neonato in TIN per più di due giorni aumenti fino a dieci volte la possibilità di sviluppare un disturbo uditivo, emerge, in modo dirimpente, la necessità di strutturare trial clinici ampi, ben progettati e ben condotti che analizzino i diversi aspetti ed effetti della riduzione del rumore nelle TIN e, soprattutto, che riportino i risultati - sia a breve che a lungo termine - sulla salute in generale, la capacità uditiva e lo sviluppo neurocognitivo. La sicurezza delle cure e dell'assistenza si espleta anche attraverso la predisposizione di un ambiente *ad hoc* per il paziente, che sia appropriato per l'età, lo sviluppo, la patologia del soggetto, ma pure concepito e modulato in base ai rischi che possono minarne il benessere e la sicurezza. Non a caso, a livello nazionale ed internazionale viene promosso il programma NIDCAP (*Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program*). Fermo restando che lo sviluppo e la maturazione del sistema nervoso centrale e sensoriale, nel feto, sono interdipendenti e reciprocamente influenzabili, tale programma presenta, tra i principali obiettivi, quello di migliorare l'ambiente, ponendo attenzione a ridurre gli stimoli uditivi e visivi eccessivi ed inadeguati, nonché di favorire gli stimoli adeguati.

Ad oggi, questo campo, così attinente e correlato alla pratica assistenziale, rappresenta un'area grigia della letteratura ed è auspicabile che diventi, al più presto, una strada da percorrere per la ricerca clinica infermieristica.

¹Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, fascicolo 5, DOI: 10.1002/14651858.CD010333.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.

²Hepper P.G, Shahidullah B.S, Development of fetal hearing. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 1994 Sep;71(2):F81-7. doi: 10.1136/fn.71.2.f81.

³Mayhew KJ, Lawrence SL, Squires JE, Harrison D. Elevated Sound Levels in the Neonatal Intensive Care Unit: What Is Causing the Problem? Adv Neonatal Care. 2022 Dec 1;22(6):E207-E216.

⁴Brown G. NICU noise and the preterm infant. Neonatal Netw. 2009 May-Jun;28(3):165-73. doi: 10.1891/0730-0832.28.3.165.

⁵Lokwani P, Gupta N, Choudhary SK, Singh AK. Noise survey of neonatal intensive care unit at a government tertiary-care centre. J Neonatal Perinatal Med. 2023;16(4):619-625. doi: 10.3233/NPM-230031.

⁶Sabetsarvestani R, Köse S, Geçkil E, Tosun EE, Tokan Özkılıçaslan F, Karaarslan F, Altunhan H. Noise in a Neonatal Intensive Care Unit: Exploring Its State and Solutions. Adv Neonatal Care. 2022 Dec 1;22(6):E183-E190. doi: 10.1097/ANC.0000000000000985.

Gli *outcome* internazionali dei progetti del CECRI



Congruenza e soddisfazione, articolo sull'European Journal of Cardiovascular Nursing

Sull'European Journal of Cardiovascular Nursing è possibile leggere l'articolo "Come congruenza e soddisfazione, nella valutazione dell'assistenza diadica, contribuiscono alla qualità della vita nelle diadi che curano lo scompenso cardiaco" a cura di: Elliane Irani, Harleah G. Buck, Karen S. Lyons, Seunghee Margevicius, Ercole Vellone, Andrew Bugajski e Maddalena De Maria.

Data la complessità della gestione dello scompenso cardiaco (SC), le persone che ne sono affette e i loro *caregiver* informali spesso si impegnano nella sua gestione, in forma diadica. Non è noto, però, come la valutazione congruente del tipo di assistenza dello SC sia associata alla salute della diade.

L'obiettivo di questo studio, perciò, è stato quello di esaminare come la congruenza e la soddisfazione, con la valutazione del tipo di assistenza diadica dello SC, contribuiscono alla qualità della vita (QOL) nelle diadi paziente/*caregiver*. Si tratta di un'analisi secondaria di dati trasversali su 275 diadi affette da SC (pazienti 45,1% donne, operatori sanitari 70,5% donne).

La valutazione congruente e la soddisfazione sono state valutate utilizzando lo strumento del tipo di gestione dei sintomi diadici; mentre, la qualità di vita è stata misurata utilizzando lo Short Form-12. Per esaminare il contributo della congruenza e della soddisfazione con il tipo di assistenza diadica alla qualità della vita fisica e mentale, sono stati stimati modelli diadici multilivello. La valutazione congruente del tipo di assistenza diadica era positivamente associata alla qualità della salute mentale dei *caregiver* (B=2,69; P=0,026). La soddisfazione per il tipo di assistenza diadica era positivamente associata alla qualità della salute fisica e mentale per le persone con SC (B=1,58; P=0,011 e B= 2,09; P=0,002, rispettivamente) e per i *caregiver* informali (B=1,70; P=0,004 e B= 2,90, P , 0,001, rispettivamente).

Dunque, la soddisfazione per la valutazione del tipo di

assistenza diadica ha contribuito, in modo più robusto, alla QOL.

Dunque, tra le novità emerse da questo studio ci sono: una valutazione congruente del tipo di assistenza diadica contribuisce alla qualità della vita (QOL), in particolare per i *caregiver* di persone con SC; il livello di soddisfazione per il tipo di assistenza diadica è più importante per la QOL, rispetto al fatto che i membri della diade siano d'accordo sul tipo di assistenza prestata.

Probabilmente, in futuro, bisognerà identificare e affrontare le ragioni di insoddisfazione rispetto alla valutazione del tipo di assistenza diadica. Cosa che indubbiamente potrà migliorare la qualità della vita delle diadi che si occupano di SC.

Info: <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac052>



Articolo anche a firma italiana sulla gestione del tempo nei *caregiver* informali e negli operatori sanitari che assistono persone con scompenso cardiaco

L'articolo "Percezione e sfide della gestione del tempo negli operatori sanitari di persone con insufficienza cardiaca. Uno studio qualitativo" a cura di: Angela Cuoco; Ahtisham Younas; Josiane Boyne; Raúl Juárez-Vela; Bridgette M. Rice; Ercole Vellone e Angela Durante, è disponibile all'indirizzo DOI: [10.1097/JCN.0000000000001027](https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001027) sul Journal of Cardiovascular Nursing.

Nell'articolo si constata che i *caregiver* informali contribuiscono in modo sostanziale alla cura di sé delle persone con scompenso cardiaco (SC), aiutandole in compiti concreti e personali.

Lo scopo di questo studio, infatti, è stato quello di descrivere le percezioni e le sfide legate alla gestione del tempo tra i *caregiver* che supportano gli sforzi di auto-cura dei loro parenti con SC.

Per farlo, sono stati reclutati assistenti informali adulti di pazienti con SC da Spagna, Italia e Paesi Bassi, che si prendevano cura di un paziente per almeno tre mesi; e i dati sono stati raccolti attraverso interviste



semi-strutturate. Ben 50 i partecipanti (20 italiani, 19 spagnoli e 11 olandesi), con un'età media (DS) di 62,8 anni (per lo più donne, 84%) e 31,2 (SD, 21,7) ore settimanali di assistenza. Dalle interviste qualitative, si sono riassunte otto categorie e identificati quattro temi: (1) tempo per se stessi; (2) gestione della casa; (3) tempo per il paziente (dedicato alle cure) e (4) tempo per la propria socialità.

Gli operatori sanitari affrontano la complessità della gestione del tempo, bilanciando quello dedicato al supporto dei pazienti con SC al proprio, ma anche i *caregiver* informali affrontano le complessità del dedicare tempo a assistere i propri parenti affetti da SC, nell'autogestione e la gestione del tempo personale. Malgrado i risultati di questo studio siano limitati, suggeriscono, tuttavia, domande sulla questione che potrebbero suscitare risposte più approfondite.



“Qualità della vita nei sopravvissuti in Terapia Intensiva e dei loro familiari con sindrome post-intensiva”: parla italiano una Revisione sistematica del tema, pubblicata su Nursing Critical Care

Lo studio “Qualità della vita nei sopravvissuti in Terapia Intensiva e dei

loro familiari con sindrome post-intensiva: una Revisione sistematica” (“Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: a systematic Review”), a cura dei ricercatori italiani: Francesco Gravante, Francesca Trotta, Salvatore Latina, Silvio Simeone, Rosaria Alvaro, Ercole Vellone e Gianluca Pucciarelli, è stato pubblicato sulla rivista Nursing Critical Care. La sindrome da terapia post-intensiva (PICS) è caratterizzata da tutte e tre le dimensioni avverse della sopravvivenza: funzione fisica, funzione cognitiva e stato di salute mentale.

Finanziata dal CECRI, questa Revisione mirava a descrivere la qualità della vita (QoL) dei sopravvissuti alle Unità di Terapia Intensiva (ICU) con PICS dopo la dimissione e quella dei loro parenti, con sindrome da terapia post-intensiva familiare (PICS-F), segnalando ansia, depressione e disturbi post-traumatici e disturbi post traumatici da stress (PTSD) negli studi che indagano, appunto, i PICS.

Le ricerche sono state effettuate su PubMed, Scopus, Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, e hanno incluso: 19 studi di PICS e PICS-F; 14 osservazionali che riportano gli effetti dei PICS sulla depressione, 12 sull'ansia, nove sul disturbo da stress post-traumatico e 10 sulla QoL. La mobilità, la cura personale, le attività abituali e il

dolore/disagio nella QoL sono stati gli ambiti maggiormente interessati dal PICS ed è stata dimostrata un'associazione significativa tra un alto livello di ansia dei sopravvissuti in Terapia Intensiva e alti livelli di carico dei parenti nella stessa Unità. Sintomi legati allo sforzo e disturbi del sonno sono stati i problemi riscontrati dai parenti in Terapia Intensiva con PICS-F. Quindi, PICS e PICS-F sono state esperienze diffuse, rispettivamente, tra i sopravvissuti in Terapia Intensiva e i loro parenti nella stessa Unità, con il risultato di mostrare gli effetti avversi di PICS e PICS-F sulla QoL. Per la pratica clinica, questa Revisione ha sottolineato che PICS e PICS-F, avendo un forte impatto sul processo riabilitativo, hanno ricadute sia in termini di costi sanitari e di stress finanziario che di riammissioni potenzialmente prevenibili.

DOI: [10.1111/nicc.13077](https://doi.org/10.1111/nicc.13077)



Studio italiano, finanziato dal CECRI, riflette sulla presenza di familiari in una unità di Terapia Intensiva

È a cura di Francesca Trotta, Francesco Petrosino, Gianluca Pucciarelli, Rosaria Alvaro, Ercole Vellone e Davide Bartoli, l'articolo: “Affidabilità e

validità del questionario di soddisfazione formativa per i familiari (TSQ-FM) che entrano in Terapia Intensiva durante un'epidemia di malattia da isolamento” (“Reliability and validity of the training satisfaction questionnaire for family members (TSQ-FM) entering the ICU during an isolation disease outbreak”), pubblicato di recente su Heart & Lung: the Journal of Cardiopulmonary and Acute Care, the official publication of [The American Association of Heart Failure Nurses](https://www.aahfn.org/).

La presenza di familiari in una unità di Terapia Intensiva, durante la separazione dovuta a una malattia da isolamento, è limitata dalle politiche ospedaliere, proprio a causa del rischio infettivo.

Tuttavia, ciò può essere superato conferendo ai familiari la competenza e la capacità di indossare e togliere in sicurezza i dispositivi di protezione individuale (DPI), attraverso un intervento formativo guidato dagli infermieri, rispondendo all'esigenza di definire un sistema sicuro e efficace in un percorso di assistenza di qualità, incentrato sui principi della Family-Centered Care (FCC).

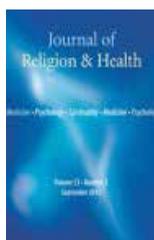
Questo studio trasversale, condotto attraverso un questionario costruito sulla base di una Revisione della letteratura sui bisogni dei familiari in Terapia Intensiva, ha arruolato 76 membri di una famiglia ricoverati in una Terapia intensiva COVID per costruire uno stru-



mento valido e affidabile nella pratica clinica, utile a valutare la soddisfazione dei familiari, al fine di consentire agli infermieri di Terapia Intensiva di ripristinare l'integrità familiare in tali casi. I risultati hanno mostrato validità e affidabilità soddisfacenti, al punto da poter essere estesi a qualsiasi focolaio di malattia da isolamento.

Così, non è errato affermare che lo studio italiano, finanziato dal CECRI, fornisca uno strumento valido e affidabile, utile nella pratica clinica, per mantenere l'integrità familiare nella relazione diadica paziente/familiare, anche in caso di un'epidemia di malattia infettiva di emergenza che richieda isolamento.

DOI: [10.1016/j.hrtlng.2024.03.004](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2024.03.004)



Studio CECRI analizza il ruolo della spiritualità nei sopravvissuti all'ictus e nei loro caregiver

"Il ruolo della spiritualità nei sopravvissuti all'ictus e nei loro caregiver: una Revisione sistematica" ("The role of spirituality in stroke survivors and their caregivers: a systematic

Review") dei ricercatori italiani: Ambrosca, Bolgeo, Zeffiro, Alvaro, Vellone e Pucciarelli, è stato pubblicato sul Journal of Religion and Health. Sebbene diversi studi abbiano analizzato gli effetti della spiritualità sul funzionamento fisico dei sopravvissuti all'ictus e sui loro caregiver, non è stata trovata alcuna Revisione sistematica o metasintesi per identificare le esperienze vissute dagli stessi rispetto alla spiritualità.

Per questi motivi, lo studio mirava ad analizzare quantitativamente e qualitativamente la ricerca relativa a tali esperienze, attraverso 37 pubblicazioni, per un totale di 6850 sopravvissuti all'ictus e 1953 caregiver arruolati. La spiritualità sembra svolgere un ruolo importante nel migliorare la qualità della vita (QOL) e nel ridurre l'ansia e la depressione sia dei sopravvissuti all'ictus che di chi li accudisce.

L'ictus è una delle principali cause di morte al mondo (Katan & Luft, 2018): l'ultimo rapporto dell'American Heart Association mostra che ogni 3 minuti e 33 secondi qualcuno ne muore. Inoltre, è anche una delle principali cause di grave disabilità a lungo termine.

In Europa, ogni anno, si registrano, in media, 1,12 milioni di episodi di ictus e 9,53 milioni di individui che vivono con disabilità derivanti da episodi di ictus (Wafa et al., 2020a, 2020b). E, secondo diversi studi, il numero dei casi è destinato ad aumentare, mentre, quello dei decessi diminuirà, portando a un aumento dei sopravvissuti con problemi psicologici e fisici legati all'evento. Date le gravi disabilità e limitazioni

nel quotidiano, circa il 20% dei sopravvissuti all'ictus sperimenta ansia; 1/3 soffre di depressione, disabilità fisiche e psicologiche, esclusione sociale, ridotto funzionamento fisico e scarsa riabilitazione.

Inoltre, l'ictus influenza non solo gli esiti dei sopravvissuti, ma, indirettamente, anche quelli dei caregiver che, ad esempio, sperimentano: ansia, esaurimento, affaticamento (Morais et al., 2012) e anche problemi economici (Ugur & Erci, 2019), con un impatto significativo sulla loro QOL. Sebbene diversi autori abbiano cercato di identificare variabili che potrebbero migliorare gli esiti dei sopravvissuti all'ictus e dei caregiver, solo in pochi si sono concentrati sull'analisi dell'effetto della spiritualità in tale popolazione.

Per l'OMS, la spiritualità non è sinonimo di religiosità, ma "una variabile legata alle facoltà mentali e qualità morali più elevate". E, pertanto, potrebbe essere un'arma potente contro la depressione, aumentando i livelli di speranza e fiducia e attivando meccanismi di coping, utili nelle malattie croniche.

Nello studio italiano si sottolinea l'importanza delle conoscenze su questo tema che medici e infermieri possiedono. Conoscenze utili a garantire una maggiore competenza culturale nei servizi sanitari e, quindi, maggiore sostegno alla comunità, rafforzando i rapporti di collaborazione tra organizzazioni sanitarie e religiose a beneficio di pazienti e familiari.

Una Revisione sistematica sul tema della spiritualità nella diade sopravvissuto all'ictus/caregiver potrebbe garantire strumenti per educare entrambi da parte degli operatori sanitari, visto che un'assistenza infermieristica completa dovrebbe considerarne anche il benessere spirituale.

Il lavoro dei ricercatori del CECRI ha voluto descrivere gli effetti della spiritualità sugli esiti dei sopravvissuti all'ictus e dei caregiver e condurre una meta-sintesi per identificare le esperienze vissute dei sopravvissuti all'ictus e dei caregiver sulla spiritualità. I risultati contavano un totale di 159 sopravvissuti all'ictus e 115 caregiver. Per quanto riguarda i secondi, la spiritualità ha giocato un ruolo fondamentale nell'assistenza duratura e nell'accoglienza della malattia di una persona cara.

Per quanto riguarda la diade caregiver/sopravvissuto all'ictus, la spiritualità ha avuto effetti positivi su entrambi, riducendo lo stress, aumentando l'accettazione della malattia, riducendo l'ansia e la depressione e migliorando la QOL della diade, manifestata anche attraverso la vicinanza dei membri della comunità religiosa a cui appartengono. Il coping spirituale ha un'influenza positiva sul benessere psicologico, migliorando l'adattamento dei sopravvissuti e alcuni studi, condotti sui caregiver, hanno dimostrato che



un *coping* spirituale positivo migliora la qualità della loro vita, riduce l'ansia e la depressione, migliora l'assistenza e diminuisce il carico di lavoro percepito (Kes & Aydin Yildirim, 2020); mentre, al contrario, le strategie di coping negative (ad esempio, vedere la malattia come una punizione di Dio e sentirsene afflitti...) aumentano ansia e depressione.

Se ansia e depressione aumentano con la gravità della disabilità fisica, negli individui con un'elevata spiritualità ciò non accade. Inoltre, un altro studio (Omu et al., 2014) ha osservato che, man mano, che i sopravvissuti all'ictus invecchiano, la spiritualità aumenta.

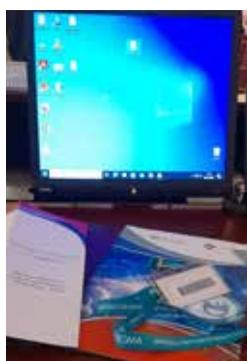
In questa Revisione sistematica, si è visto che la spiritualità potrebbe avere un effetto positivo sul *coping* e sull'aderenza alla riabilitazione, migliorando i risultati riabilitativi, come maggiori livelli di equilibrio e mobilità e lo stato funzionale del corpo, aumentando la QOL, riducendo ansia e depressione dei sopravvissuti all'ictus e dei *caregiver* e riducendo il carico di assistenza. La spiritualità facilita l'accettazione delle disabilità secondarie all'ictus. Questi effetti positivi emersi dagli studi analizzati sono da attribuire al fatto che essi vedono la vita dopo l'ictus come una seconda possibilità, come un dono da sfruttare. Pertanto, i sopravvissuti all'ictus con elevata spiritualità raggiungono un'elevata motivazione e concentrazione, che portano stan-

dard più elevati di recupero fisico e rigore al regime terapeutico. Per quanto riguarda la spiritualità nei *caregiver*, dagli articoli inclusi, è emerso che essa gioca un ruolo essenziale nel ridurre il peso dell'assistenza. Questo fenomeno si spiega con il fatto che, attraverso la spiritualità, l'attenzione dei *caregiver* non è stata rivolta al tempo libero di cui sono privati o al fatto di avere maggiori difficoltà in ambito lavorativo o sociale, ma, piuttosto, nel prendersi cura dei propri cari come atto di fede, riconoscendo a se stessi i progressi riabilitativi nella fase post-ictus. I *caregiver* con livelli di spiritualità più elevati apprezzano meglio il sostegno fornito dalla società, riuscendo a capire quando è necessario chiedere il supporto degli operatori sanitari. Lo studio fornisce un supporto inestimabile agli infermieri coinvolti nell'assistenza ai sopravvissuti all'ictus e ai loro *caregiver*, nel fornire interventi che possano implementare la loro spiritualità. In particolare, l'adozione di un approccio spirituale si è rivelata di grande aiuto per i sopravvissuti all'ictus nel ridurre l'ansia e la depressione e nel migliorare la loro QOL.

Questo studio aiuterà gli operatori sanitari ad agire sullo sviluppo della spiritualità dei *caregiver* per evitare oneri a carico di chi si prende cura dei sopravvissuti all'ictus, riducendo anche il numero di ricoveri e le ricadute. [Doi: 10.1007/s10943-024-02029-0](https://doi.org/10.1007/s10943-024-02029-0)



Il XIII Congresso internazionale celebra l'impegno della Professione per un'assistenza sempre più equa



Si è svolto martedì 28 maggio, il XIII Congresso internazionale del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma.

Invitati al Ministero della Salute di viale Giorgio Ribotta, diversi relatori italiani e stranieri si sono interrogati su come la Professione può - e potrà - impegnarsi nella presa in carico olistica di una popolazione, via via, sempre più anziana e affetta da multipatologie e, soprattutto, quanto riuscirà a essere "garante" di un accesso a un'assistenza equa, solida e resiliente per tutti.

L'evento, dal titolo: "La ricerca infermieristica a supporto delle innovazioni in Sanità" (divisa in due sessioni), è stato introdotto dal presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**, e aperto dalle relazioni del direttore scientifico CECRI, **Gennaro Rocco** ("Gli studi promossi dal Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI, per lo sviluppo della ricerca infermieristica in Italia") e delle professoressa **Loredana Sasso** ("Il ruolo pervasivo della ricerca infermieristica: sfide e strategie future"); **Joyce Fitzpatrick** ("Sfide e strategie per la leadership infermieristica: una visione internazionale") e **Carol Porter** ("Advanced practice nei contesti ospedalieri: l'esperienza MD Anderson"), che hanno discusso attorno al tema della prima sessione di lavoro dedicata all' "Infermieristica ed evidenze scientifiche: sfide e strategie di sviluppo futuro". Quindi, l'acme nella tavola rotonda dal titolo: "Il ruolo strategico della ricerca e la sua traslazione nella pratica clinica", a cui hanno preso parte: **Rosaria Alvaro**, Prorettore Università Tor Vergata, Roma; **Wendy Budin**, Prorettore Rutgers University; **Maria Grazia de Marinis**, professore ordinario di Nursing-Campus Biomedico, Roma; **Susan**

Gennaro, professore Boston College University; **Ber Oomen**, chief executive officer ESNO e **Maurizio Zega**, presidente OPI di Roma, per mettere in luce il ruolo strategico della ricerca nell'avanzamento dei Sistemi Salute.

Diverse esperienze a confronto per parlare di un infermiere più esperto che mai, che si fa strada in sede accademica, ricopre ruoli di *leadership* all'interno delle strutture nosocomiali e non. Leader di valore e di pratica avanzata che sappiano traslare i dati delle ricerche nella pratica clinica a favore dell'utenza: ecco la nuova figura professionale che il mondo si aspetta e che è emersa dal dibattito. Una figura professionale che esce dalle maglie di una visione campanilistica, stringente e ormai obsoleta dell'Infermieristica, e che volge lo sguardo costantemente al confronto internazionale, abbracciando strategie di *networking* con colleghi e leader operanti nel settore in tutto il mondo.

Certo, la Professione progredisce davvero se si riesce a tradurre i risultati delle ricerche nella pratica clinica. È possibile? Sì, senza mai sottovalutare l'importanza di condividere i dati emersi con la comunità professionale mondiale, "traducendo" i risultati nel campo del sistema assistenziale e universitario internazionale, mai isolandosi.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve cogliere la sfida di mettere al centro del dibattito sanitario odierno la figura dell'infermiere.

Chi ha saputo fare così bene durante la recente pandemia (spesso dando l'esempio agli altri Paesi), si rivela, perciò, ora più pronto che mai a impattare sulle decisioni dei politici e degli *stakeholder* in materia di Sanità, specie con le elezioni europee alle porte. "Dobbiamo dire noi ai governanti cosa ci serve e, presentandoci come una sola, grande comunità, farci ascoltare come interlocutori meritevoli di attenzione!", ha chiosato Oomen.

Al centro della discussione: l'infermiere specialista e di pratica avanzata.

Per aiutare la professione a progredire dalla pratica teorica bisogna passare alla pratica clinica, cioè, come possiamo tradurre i risultati delle ricerche nella pratica clinica? Sì alle *best practice* basate sulle evidenze scientifiche, sì alla "traduzione" dei risultati di queste ricerche sul campo e nel sistema assistenziale e universitario mondiale. "L'Italia ha un gran bisogno di infermieri specializzati e, in generale, si avverte ovunque un gran bisogno di infermieri sempre più istruiti e più esperti, specie nella lettura dei dati", ha concluso Zega.

Ricerca e pratica clinica devono progredire assieme, ma è pure importante condividere i dati che emergono con la comunità professionale mondiale, integrando fra loro gli studi che, via via, vengono condotti, sulle più importanti tematiche della materia.



Al momento, la salute è una questione che riguarda tutti: è una questione globale. Per questo è necessario riuscire a parlare a tutti e con tutti, anche servendosi dell'Intelligenza Artificiale e valutando *setting* alternativi agli ospedali (magari anche quelli ritenuti, ancora oggi e colpevolmente, *borderline*, e sottovalutati sotto tutti i punti di vista, economico in primis, come quello delle Cure Palliative e relative al fine vita). La ricerca è sempre più

necessaria alle cure, ma: "Anche ricercare non è sempre facile - ha spigato la professoressa Alvaro -. L'assistenza, la ricerca e la formazione restano le tre aree in cui la nostra professione si muove da sempre, ma resta importante capire come fare entrare nella pratica clinica tutte le nuove conoscenze acquisite dagli esiti prodotti da realtà come il CECRI". Questo, senza dimenticare che: "Il passaggio all'infermiere specialista è ormai ineludibile e che, per ottenere i cambiamenti richiesti, c'è bisogno dell'impegno di tutti e dei dati di tutti. Bisogna condividere i risultati e parlare con una voce sola!", ha concluso il presidente Zega.

Nella seconda parte, moderata da **Francesco Scerbo**, tesoriere OPI di Roma, e da **Alessandro Sili**, direttore infermieristico Policlinico Tor Vergata-Roma, spazio ai ricercatori del CECRI, con la presentazione degli *outcome* dei loro studi: **Daniela D'Angelo** e **Dhurata Ivziku** ("Strategie di sviluppo del Centro di Eccellenza Italiano del JBI"); **Antonello Cocchieri** ("Valutazione dell'alfabetizzazione sanitaria nel contesto ospedaliero"); **Michela Piredda** ("Propoli per la prevenzione e il trattamento della mucosite orale nei pazienti in cure palliative: un *trial* clinico di fase 2"); **Marco di Muzio** ("L'aderenza terapeutica nelle cronicità: la salute digitale a supporto del paziente anziano fragile"); **Noemi Giannetta** ("Per-formare: benessere e studio lontano da casa") e **Maddalena de Maria** ("La gestione diadica delle malattie croniche multiple").

Il Congresso è stato patrocinato da: Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche-FNOPI; Boston College; Case Western University; European Specialist Nurses Organization; MD Anderson Cancer Center e Rutgers University.



In Breve

Congresso internazionale ESNO Premiati il Direttore Rocco e le ricercatrici De Maria e Ivziku

Al recente Congresso internazionale ESNO (*European Specialist Nurses Organisation*), dal titolo "L'infermiere specialista nell'assistenza sanitaria europea verso il 2030", hanno partecipato oltre 350 tra esperti, professionisti infermieri e rappresentanti delle Istituzioni da tutto il mondo, per discutere sul futuro della professione infermieristica e il suo ruolo-chiave nel garantire un'assistenza sanitaria di qualità ai cittadini.

In evidenza, il rafforzamento dell'assistenza sanitaria per le persone con malattie croniche, disabilità, vulnerabilità e fragilità, sottolineando l'importanza della collaborazione tra professionisti della salute, Enti regolatori e responsabili delle politiche di settore. Un contesto in cui l'infermiere specialista assume un ruolo cruciale, fornendo cure di alta qualità e nell'identificare le esigenze dei pazienti.

Le aree di specializzazione discusse all'evento sono state numerose: dalla Chirurgia cardiovascolare alla salute mentale, dalla Terapia Intensiva alle cure primarie. Diversi i professori da prestigiose università europee, inglesi, cinesi e americane (Joyce Fitzpatrick; Susan Gennaro; Mary T. Quinn Griffin; Rebecca Owens; Jasper Tolorba; Wendy Budin; Judith Shamian; Sophia Sui Chee Chan e Sylvia Fung; Moriah Ellen e Francisco R. Lozano, per citarne alcuni); Federazioni (tra cui FNOPI e ICN) e associazioni (come AIIAO e AISLeC).

Per l'occasione, l'attribuzione della *Fellowship* onoraria (FESNO) al Direttore scientifico del CECRI, **Gennaro Rocco**; e di *Fellowship* per le ricercatrici dell'OPI di Roma, **Maddalena De Maria**, professore associato Link Campus University, e **Dhurata Ivziku**, infermiera di ricerca presso la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

Il prossimo Congresso internazionale ESNO si svolgerà a Zagabria, in Croazia, dal 29 al 31 maggio 2025.

Viaggio studio ad Alicante Un'esperienza che ha lasciato il segno

Study trip to Alicante An experience that leaved its mark

Simona Ricci, Direttore CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università "Tor Vergata", Roma

José Ramón Martínez Riera, Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, Alicante, España; Asociación Enfermería Comunitaria (AEC), España

Giuliana Covelli, Tutor e docente CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università di "Tor Vergata", Roma

Gianluca Pozzuoli, Tutor e docente CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università di "Tor Vergata", Roma

Gaetano Romigi, Tutor e docente CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università di "Tor Vergata", Roma

Marco G. Scazzola, Professore a contratto CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università di "Tor Vergata", Roma

Barbara Porcelli, Dirigente Infermiere Asl Roma 2; Professore a contratto CdL in Infermieristica Asl Roma 2-Università di "Tor Vergata", Roma

ABSTRACT

Negli ultimi anni, a livello europeo, si sono verificati numerosi cambiamenti nell'ambito della formazione degli infermieri.

In particolare, tra i Paesi membri emerge un'importante variabilità dei sistemi d'istruzione, nonostante siano state disposte direttive europee e linee-guida dal Processo di Bologna che hanno proprio l'intento di creare standard formativi omogenei tra gli Stati europei.

In questo ampio panorama di differenze, è auspicabile fare chiarezza, e i viaggi-studio sono i più adatti a fornire alcune risposte, permettendo confronti tra gli studenti del CdL in Infermieristica e tra i docenti di diversi sistemi universitari.

Per questo motivo, nella prima settimana di ottobre 2022, si è svolto un viaggio-studio presso l'Universidad de Enfermería ad Alicante (Spagna), promossa dal CdL dell'Università romana di "Tor Vergata", Polo didattico "Pertini" dell'Asl Roma 2.

Vi hanno partecipato cinque docenti del CdL in Scienze Infermieristiche ed una classe di 33 studenti del III anno di Corso.

Più di ogni altra cosa, l'esperienza ha dato l'opportunità di ampliare le prospettive - formative e lavorative - degli studenti infermieri, stimolandoli all'acquisizione di nuove e diversificate competenze.

ABSTRACT

In recent years, in European

nursing education, there have been numerous changes. In particular, a significant variability in the education systems among member countries is evident, despite the existence of European directives and guidelines from the Bologna Process, which aim to create consistent educational standards across European states. Within this broad spectrum of European differences, it is desirable to bring clarity, and study trips are well-suited to provide some answers and enable comparisons among nursing students and educators from various university systems. For this reason, in the first week of October 2022, a study trip was conducted at

the Universidad de Enfermeria in Alicante, Spain, promoted by the Nursing Degree Course of the Roman University "Tor Vergata"- "Pertini"-Didactic Center of ASL Roma 2. The trip was attended by a delegation consisting of five professors teaching in the Bachelor of Science in Nursing program and a class of 33 third-year students. The main aspect of this study trip provided the opportunity to broaden the perspectives, both in terms of education and employment, for nursing students, encouraging them to acquire new and diverse skills.

INTRODUZIONE

Nelle ultime decadi, a livello europeo, si sono verificati numerosi cambiamenti nell'ambito della formazione degli infermieri.

In particolare, emerge tra i Paesi membri un'importante variabilità dei sistemi d'istruzione, nonostante siano state disposte direttive europee e linee-guida dal Processo di Bologna che hanno proprio l'intento di creare standard formativi omogenei tra gli Stati europei¹.

Le principali disuguaglianze nella formazione di base concernono: i requisiti d'accesso, la durata del corso, il numero di ore assegnate per teoria o tirocini pratici e gli insegnamenti inseriti nei Corsi². In Francia, ad esempio, si accede al Corso per infermiere con il titolo di maturità o con 3/5 anni di attività nel settore sanitario e si consegue il *Diploma d'Etat d'Infirmier* dopo tre anni di corso. In Germania, invece, il corso dura quattro anni e vi si accede con il titolo di Scuola Media Superiore o almeno 10 anni di scolarità. Mentre in Francia e nel Regno Unito, il 50% delle ore di Corso è destinato alla teoria e il 50%

alla pratica (attraverso *stage* o tirocini), in Germania, per il Corso di *Ausbildung als Gesundheit und Krankenpfleger*, gran parte delle ore è destinata ai tirocini pratici (65%).³ Inoltre, se si analizza la formazione post-base, la variabilità è ancora più evidente in termini di percorsi specialistici, durata e competenze specifiche⁴. Questo genera disuguaglianze tra i titoli e le specificità e può portare al riconoscimento della formazione post-base acquisita esclusivamente nello Stato che l'ha rilasciata. Inoltre, ciò determina situazioni in cui un infermiere *specialist* (in possesso sia della qualifica di Infermiere che della formazione post-base specialistica), in un altro Stato, venga inquadrato solo come Infermiere, poiché il percorso di specializzazione non è riconosciuto in termini di carriera professionale.

Va da sé che tutta questa variabilità sia causa di numerosi problemi, soprattutto relativi alla mobilità dei professionisti tra Paesi europei. Anche l'organizzazione professionale è estremamente eterogenea: in alcuni Stati europei, il riconoscimento sociale della professione è garantito da Federazioni nazionali con una forte rappresentatività a livello nazionale e internazionale, in altri, invece, vi sono Albi professionali derivanti direttamente dal Ministero della Salute o da Consigli nazionali che esprimono più professioni contemporaneamente, anche molto distanti tra loro⁴.

Ancora: per quanto concerne gli aspetti etico-deontologici, in alcuni Paesi il Codice è scritto dagli stessi professionisti, mentre in altri è una legge dello Stato⁵; e rispetto alla normativa che regola le attività professionali, ci sono casi in cui è lo Stato ad emanare leggi specifiche sulle

attività delle professioni sanitarie, e casi in cui è l'Ente che ha in carico il professionista a fare da "garante" delle sue competenze e capacità. Un altro aspetto in cui si riscontrano differenze riguarda l'autonomia professionale: ci sono realtà, infatti, in cui le competenze e l'ambito di autonomia del professionista vengono stabilite dal grado di formazione e dal livello di esperienza, mentre, in altre, tali aspetti professionali sono determinati e standardizzati indipendentemente dal livello di formazione post-base⁶.

In questo ampio panorama di differenze europee, è auspicabile fare chiarezza e i viaggi-studio possono fornire alcune risposte, permettendo confronti tra gli studenti del CdL in Infermieristica e tra i docenti di diversi sistemi universitari.

Per questo motivo, si è svolto un viaggio-studio presso l'Universidad de Enfermeria ad Alicante (Spagna), promosso dal CdL dell'Università romana di "Tor Vergata", Polo didattico "Pertini" dell'Asl Roma 2.

L'ESPERIENZA

Nella prima settimana di ottobre 2022, si è svolto un viaggio-studio presso l'Universidad de Enfermeria ad Alicante (Spagna), promosso dal CdL in Infermieristica dell'Università romana di "Tor Vergata", Polo didattico "Sandro Pertini" dell'Asl Roma 2. Al viaggio hanno partecipato cinque docenti del CdL in Scienze Infermieristiche ed una classe di 33 studenti del III anno di Corso. Il programma accademico del viaggio-studio è riportato in **tabella 1**. L'Università di Alicante è un'università pubblica sulla costa mediterranea, con sede a San Vicente del Raspeig, ricca di storia e di collegamenti con le numerose Facoltà al suo interno. Fortemente orienta-

Giorno	Orario	Attività programmata	Relatore /Docente Accompagnatore
1^ giorno 03.10.2022	15:00	<i>Recepción Universidad de Alicante- Facultad de Enfermería</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera
	16:00	Relazione sul Piano di studi dell'Università degli Studi di "Tor Vergata"-Asl Roma 2	Dott.ssa Simona Ricci
2^ giorno 04.10.2022	9:00	<i>Presentación su las Formación universitaria enfermera</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera
	10:00	<i>Recepción equipo Decanal Salón de Grados Facultad CC Salud</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera
	11:00	<i>Recepción Rectora y Vicerrectora RRII Sala multimedia de Rectorado</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera
	12:00	<i>Visita Universidad</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera
	10:00	<i>Docencia clase Salud Mental</i>	Dott.ssa Rocío Juliá
	12:00	<i>Docencia clase de Enfermera Comunitaria</i>	Dott. Loreto Cruz Residente EfyC-Dott.ssa Marta Gran Tutor EfyC-Dott. Isaac
	13:00	Presentazione delle attività formative di base e post base	Tutor didattico Dott.ssa Giuliana Covelli Tutor clinico Dott. Gianluca Pozzuoli
3^ giorno 05.10.2022	11:00	<i>Recepción Orden de enfermeras () Academia Enfermería CV</i>	Dott. Montse Aguló Dott. JA Ávila
4^ giorno 06.10.2022	09:00	<i>La capacitación universitaria de Enfermería y el funcionamiento del sistema sanitario español Salón de Grados de Enfermería</i>	Dott. Josè Ramon Martinez Riera

Tabella 1 – Programma accademico del viaggio-studio ad Alicante

ta alla diversità e all'accoglienza è considerata uno dei migliori *Campus* spagnoli, non solo in termini di infrastrutture, ma anche in termini di paesaggio, sostenibilità, spazi e

luoghi di attività per gli studenti. È nata nell'ottobre del 1979, sulla struttura del Centro de Estudios Universitarios operativo sin dal 1968.

Primo giorno

Giunti all'aeroporto di Alicante, siamo stati accolti dal Professor **Josè Martinez**. Dopo un breve viaggio in taxi, si è arrivati a "Villa Universitaria", una struttura alberghiera dell'Università, adiacente al *Campus*, dove si è soggiornato per tutta la durata del viaggio-studio.

Questa struttura, modernissima e con diverse tipologie abitative, accoglie: studenti, familiari, docenti e coloro che, per qualche ragione, hanno necessità di soggiornare presso l'ateneo.

Qui, i docenti delle Facoltà del *Campus* possono tenere lezioni, incontri e convegni.

A disposizione degli ospiti c'è una piscina, attrezzature sportive, lavanderia, stanze di lettura ed un fornitissimo (e graditissimo!) *self-service*.

Dopo l'accoglienza e le immancabili foto di rito, il gruppo romano è stato guidato nel *Campus*, dove si è palesata la prima differenza tra la "vita" universitaria italiana e quella spagnola: ogni Facoltà incontrata nel tragitto, infatti, è circondata da spazi verdi, fontane, aree sportive. Qui, gli allievi studiano individualmente o frequentano corsi all'aperto. "Siamo rimasti piacevolmente colpiti nell'assistere ad un corso di BLSD pediatrico tenuto all'aperto", hanno spiegato i partecipanti.

Più tardi, il professor Martinez li ha portati alla *Facultad de Ciencias de la Salud*, sede del CdL in Infermieristica per iniziare davvero il viaggio di studio.

Ad attendere il gruppo anche **Rocio Julia Sanchis**, Professoressa Ayudante Doctor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La prima parte dell'incontro accademico è stata dedicata agli aspetti formativi spagnoli. Erano presenti anche studenti locali, su-



bito in sintonia con i colleghi italiani. In questa occasione, c'è stato un vivace confronto tra i docenti e gli studenti riguardanti le differenze e le similitudini tra i due percorsi didattici; sulle modalità di insegnamento spagnolo-italiano; sulla base dei dati spagnoli e quelli esposti da **Simona Ricci**, Direttrice del CdL in Infermieristica del Polo formativo "Pertini"-Asl Roma 2.

Terminato l'incontro in Aula Magna, si è visitata la struttura didattica e l'aula di esercitazione multimediale composta da tre ambienti, due con sistemi di monitoraggio al letto del paziente (quattro postazioni) ed una riservata ai tutor che, mediante video e vetri unidirezionali, "guidano e monitorizzano" le conoscenze e le abilità degli studenti.

Secondo giorno

Il secondo giorno, la delegazione italiana è stata accompagnata in Aula Magna per ascoltare la relazione di **José Antonio Hurtado Sanchez**, *Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud* (ovvero, l'italiano Preside di Facoltà), che ha presentato le caratteristiche del percorso formativo e, in particolare, quello svolto presso l'università di Alicante.

Successivamente la tutor, Rocio Sanchis, **Loreto Cruz** (*Enfermera Comunitaria*) e **Marta Gran** (*Residente EFyC*) hanno introdotto nella realtà spagnola dell'Infermieristica comunitaria, delle *Casa della Salud* e della salute mentale.

Con loro, studenti tirocinanti del Corso di Specializzazione in Infermieristica Comunitaria (che, in Spagna, dura due anni), che hanno descritto il loro percorso formativo, l'impegno richiesto e l'esperienza del tirocinio.

Ha colpito il fatto che, in Spagna, il tirocinio funzioni come un'attività interamente remunerata e nella quale è compreso un periodo di servizio sulle autoambulanze per fare esperienza di situazioni critiche (come, ad esempio, la terapia iniettiva intraossea).

I docenti spagnoli si sono confrontati con i nostri tutor didattici: **Giuliana Covelli**, **Gianluca Pozzuoli** e **Gaetano Romigi** mettendo in luce, con un vivace *brainstorming*, aspetti positivi e negativi di entrambi i percorsi formativi.

Successivamente, è avvenuto l'incontro con un gruppo di studenti in rappresentanza del *Consejo de Estudiantes* (CEUA), organo elettivo e rappresentativo di tutti gli studenti del *Campus*. Tra gli obiettivi di questo organo rappresentativo: l'adeguamento dello statuto dell'Università di Alicante e del *Campus* alle esigenze didattiche degli studenti, nonché il miglioramento del

funzionamento della struttura e dell'organizzazione interna dello stesso.

Il CEUA ha a disposizione un *budget* destinato ad aiutare quanti si trovano in difficoltà, ma anche per organizzare varie attività ed incontri all'interno della struttura. Ovviamente, si è trattato di uno scambio fra studenti "molto proficuo" e, in dono, agli italiani sono state date delle t-shirt con il logo del CEUA.

Terzo giorno

L'appuntamento è stato alle ore 11, per recarsi al *Colegio Oficial de Enfermería de Alicante* facente parte, a sua volta, del *Consejo General de Enfermería*.

Alla fermata del tram, il professor Martinez Riera ha accompagnato il gruppo romano nella visita. Giunti alla sede del Colegio (dopo una lunga camminata sotto un sole cocente!), l'accoglienza della Presidente del Colegio di Alicante, **Montserrat Angulo Perea**, e del Presidente dell'Academia de Enfermería de la Comunidad Valenciana, **Ja Avila**.

Angulo Perea ha descritto la storia dell'Infermieristica spagnola, la formazione da un punto di vista legale e lavorativo e, in particolare, la realtà operativa del Colegio di Alicante e le motivazioni del perché, nonostante si tratti di un percorso universitario, non si parli di Ordine. La Ricci ha illustrato, invece, le peculiarità del nostro Ordine professionale e della Federazione Nazionale.

Avila ha parlato della realtà della regione valenciana (comprendente i collegi di Valencia, Alicante e Castellón, raggruppati nella Ventanilla Unica) e, in ultimo, si è visitato i locali del Colegio e il loro museo, ricco di *memorabilia* concernenti la Storia della Professione.

Terminata la visita, si è proceduto ai ringraziamenti per l'ospitalità e

per la rilevanza formativa fornita agli studenti.

Quarto giorno

L'invito è per una mostra all'interno dell'ateneo.

Per l'occasione, incontriamo nuovamente Martinez e la Rectora del Campus, **Amparo Navarro Faure**, a cui sono andati la gratitudine per l'accoglienza ricevuta e il grande valore dell'esperienza vissuta.

L'incontro si è concluso presso la Presidenza della Facoltà ad Alican-

te, con la consegna di una targa e del materiale fornito dall'Università di "Tor Vergata", da parte del Prorettore dell'Università di "Tor Vergata", **Rosaria Alvaro**, oltre ai ringraziamenti e i saluti della dottoressa **Barbara Porcelli**, Dirigente Infermiere Asl Roma 2.

Quinto giorno

Giornata libera per la visita della città. Alle ore 18, tutti in aeroporto per tornare in Italia, carichi di entusiasmo e di nuove conoscenze.

OBIETTIVI DEL PERCORSO FORMATIVO-EDUCATIVO

L'esperienza del viaggio-studio ha avuto l'obiettivo generale di permettere agli studenti III anno, ormai prossimi alla Laurea, di conoscere altre realtà infermieristiche formative e lavorative.

Gli obiettivi specifici formativi e educativi, condivisi tra le due Università, sono stati: a) conoscere l'organizzazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica, nello specifico dell'Università di Alicante; b) conoscere la programmazione del Sistema Sanitario Spagnolo; c) conoscere l'organizzazione dell'organo di rappresentanza degli infermieri spagnolo, ossia del Consejo General de Enfermería; d) confrontare i programmi di studio e l'organizzazione dei Corsi di Laurea in Infermieristica; e) ampliare le conoscenze della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità in Spagna.

RISULTATI

A seguito dell'esperienza vissuta e delle conoscenze apprese, dagli studenti è stato realizzato un confronto tra la realtà sanitaria e formativa italiana e spagnola. Eccone una sintesi.

Similarità e differenze tra il SSN italiano

e quello spagnolo

Sia in Italia che in Spagna esiste un Servizio Sanitario Nazionale. In Spagna è denominato *Instituto Nacional de la Seguridad Social* (INSS)⁷. Qui, nelle aree urbane, l'assistenza primaria e le sue attività interconnesse si svolgono nei "Centros de Salud"⁸⁻⁹⁻¹⁰. Queste sono strutture gestite da un coordinatore infermieristico e uno medico, integrati nei vari *team* multiprofessionali. Sono presenti, inoltre, i "Consultorios locales", ossia centri di salute ubicati nei paesi con meno di 15 mila abitanti.

Questa modalità assistenziale permette una gestione "quasi in tempo reale" delle problematiche di salute dei cittadini, senza per forza dover ricorrere all'ospedalizzazione.¹¹

Durante il viaggio-studio, il professor Martinez, parlando di Alicante e riferendosi ad una delle più grosse comunità urbanizzate di gitani in Spagna, ha esposto un problema legato all'educazione sanitaria durante la pandemia Covid-19. Il problema affrontato dagli infermieri del *Centros de Salud* è stato quello di convincere la popolazione ad usare le mascherine ed eseguire l'igiene delle mani. Infatti, soprattutto la popolazione gitana di genere maschile non voleva aderire alle precauzioni standard per fronteggiare la pandemia.

Allora, la strategia utilizzata dagli infermieri per sensibilizzare la popolazione fu quella di non intervenire direttamente sui gitani maschi, ma di convincere la popolazione femminile che avrebbe agito "da grimaldello" nei confronti di quella maschile: l'educazione sanitaria mirata funzionò.

Durante gli incontri avuti e nelle varie relazioni ascoltate, si è evinto che **medico e infermiere costituiscono un binomio molto forte per la gestione del paziente, la prevenzione e la promozione**



della salute, la cura e la riabilitazione in tutte le fasi della vita. A rappresentare in modo evidente questo binomio, ad esempio, c'è il fatto che sulle tessere sanitarie elettroniche di ciascun cittadino viene indicato il nome del medico di base e dell'infermiere di riferimento presso l'ambulatorio cittadino a lui assegnato. Un altro aspetto interessante è rappresentato dal fatto che, in Spagna, medici e infermieri sono specialisti con riconoscimento ed autonomia diversa maggiore di quella italiana, anche se entrambi impegnati verso il raggiungimento del miglioramento della salute nella popolazione.

Differenze e similitudini del sistema formativo di base italiano e spagnolo

La formazione infermieristica in Spagna diventò universitaria nel 1977, quando il titolo professionale di "Ayudante Técnico Sanitario" (ATS) fu sostituito con quello di "Diplomado Universitario en Enfermería".

Si delineò, di conseguenza, il curriculum universitario delle scuole infermieristiche, che prevedeva:

- requisiti d'accesso ai Corsi di Infermieristica di base: conseguimento dell'istruzione secondaria superiore e superamento di un esame d'accesso;
- durata degli studi: tre anni accademici, con un impegno di 4600 ore da parte dello studente, divise per metà tra lezioni teoriche e tirocinio clinico;
- ruolo della ricerca infermieristica: ritenuta essenziale per poter esercitare la professione con maggiore competenza, garantendo cure ed assistenza di qualità, in un contesto multidisciplinare.

Oggi, il nuovo assetto degli insegnamenti universitari e dei titoli ufficiali, in linea con il processo d'integrazione europea nel settore dell'istruzione superiore prevede

tre cicli: *Grado* (Laurea), *Postgrado* (Laurea Magistrale) e *Doctorado* (Dottorato).

Il Corso che consente di ottenere il Grado dura quattro anni e prevede 240 crediti universitari ETCS.¹²

Inoltre, grazie al Decreto del Ministero dell'Istruzione e della Scienza del 31 ottobre 1977, per coloro che avevano conseguito il titolo di ATS in passato è stato possibile convertire la qualifica in Diploma universitario attraverso la frequenza di un percorso di formazione complementare. Il discorso, però, non valse per le specializzazioni che furono tutte soppresse.⁴

Con queste innovazioni legislative, si pose l'enfasi sulla cura della comunità, sulla prevenzione della malattia e sulla promozione della salute, quindi, il ruolo dell'infermiere cominciò a diventare sempre più importante¹³.

Esiste, ad oggi, un'intensa e costante collaborazione tra università, rete ospedaliera ed industria e un'altra caratteristica saliente è che **la gestione accademica del corso è interamente infermieristica**. Appare evidente la diversità con il sistema formativo italiano.

Nella nostra Nazione infatti:

- il Corso di Laurea ha una durata di tre anni, con il conseguimento di 180 crediti formativi universitari (CFU);
- la gestione accademica, salvo rare eccezioni, è medica e la didattica è mista;
- non esiste una "Facoltà di Infermieristica" ma solo Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie associati alla Facoltà di Medicina e Chirurgia;
- manca la collaborazione tra la rete universitaria e quella legata alle industrie.

Con l'accordo di Bologna del 19 giugno 1999, si è raggiunta l'equiparazione dei titoli in ambito europeo, ma appare evidente una

differenza formativa e la necessità futura di colmarla.

Inoltre, nel Corso di Laurea spagnolo, come si è potuto constatare, è data molta enfasi all'attività di laboratorio (gesti, relazione, educazione metodologia), che si svolge in aule multimediali, dotate di attrezzature e presidi o presso ambulatori clinici dedicati.¹⁴⁻¹⁵

Tali attività sono considerate elementi imprescindibili e concorrono alla formazione di base del futuro infermiere, consentendo allo studente di acquisire - con gradualità e sistematicità - alcune abilità attraverso la comprensione, la verifica, l'utilizzo e la contestualizzazione nella pratica (in situazione protetta) delle conoscenze teoriche, facilitando lo sviluppo di abilità tecniche, intellettive, relazionali, educative e metodologiche in preparazione e a integrazione del tirocinio clinico.

Non a caso in Spagna, come dimostra una recente Revisione sistematica della letteratura, la valutazione dell'ambiente clinico di tirocinio non è solo negli ambienti reali, ma anche simulati.¹⁶

CONCLUSIONI

L'aspetto principale di questo viaggio-studio è stato il fatto di aver avuto l'opportunità di conoscere nuove prospettive, formative e lavorative infermieristiche e di aprire la mente verso nuovi orizzonti, sicuramente diversi e stimolanti ad essere confrontati ed appresi.

Appare evidente che la realtà formativa infermieristica spagnola si differenzia da quella italiana: il percorso ha una durata quadriennale e permette allo studente l'acquisizione di nozioni più approfondite ed ottenere, a fine Corso, un bagaglio esperienziale che lo pone quasi ai vertici della formazione di base europea.

L'Infermieristica di Comunità, nel-

lo specifico, negli ultimi anni, ha assunto sempre più importanza rispetto a quella prettamente ospedaliera, tanto da avere un percorso *post* laurea a sé, tenendo conto della organizzazione territoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

Anche se dal punto di vista nazionale, il Servizio Sanitario spagnolo ha grosse analogie con quello italiano, quello che appare differente è la considerazione del ruolo centrale dell'infermiere e la sua visibilità da parte della popolazione.¹⁷ In Spagna, l'infermiere ha da tempo assunto un ruolo cruciale nell'ambito dell'assistenza territoriale, in collaborazione con i medici ed altre figure professionali, nel rispetto delle reciproche compe-

tenze, con il risultato di un potenziamento sinergico del servizio alla persona, molto importante per le fragilità, nelle plurimorbilità e nelle condizioni di cronicità.

Ciò, in Italia, stenta a decollare, anche se qualcosa si sta muovendo (Infermiere di Comunità e di Famiglia, *Case Manager*), anche ripensando alla formazione universitaria degli studenti che è orientata, sin dall'inizio, sui percorsi di cura, sul pensiero critico-riflessivo e non sul singolo compito, mentre in Spagna sembra che questo aspetto sia stato superato.

Per ultimo, ma non per importanza, sarebbe auspicabile aver impresso negli studenti italiani una chiave di lettura diversa della professione in-

fermieristica in Europa, stimolando in tutti loro una visione più ampia delle competenze infermieristiche, anche attraverso il ricordo dell'esperienza di questo viaggio.

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi o di aver ricevuto finanziamenti per il viaggio-studio.

Gli autori desiderano ringraziare la professoressa Rosaria Alvaro, Rettore Università di "Tor Vergata"-Roma e la dottoressa Barbara Porcelli, Dirigente Infermiere Asl Roma 2.



Bibliografia

1. Pomante L, Sani R, L'Europa e la creazione di uno spazio europeo dell'istruzione superiore: il processo di Bologna e la sua attuazione in Italia, Macerata: EUM. Edizioni Università di Macerata. 2022; 225-233.
2. Humar L, Sansoni J, Bologna process and basic nursing education in 21 European countries. *Ann Ig*, 2017; 29(6), 561-71. 2017.
3. Gussoni S, Infermieri in Germania: un confronto basato su dati effettivi tra falsi miti e leggende. *Nurse Times (Webt)*. Modificato 31 agosto 2018; consultato 09 aprile 2023, disponibile da: <https://nursetimes.org/infermieri-in-germania-un-confronto-basato-su-dati-effettivi-tra-falsi-miti-e-leggende/54728>
4. Van Kraaij J, Veenstra M, Stalpers D, Schoonhoven L, Vermeulen H., Van Oostveen C, RN2Blend Consortium. Uniformity along the way: a scoping Review on characteristics of nurse education programs worldwide. *Nurse Educ Today*. 2023; 120, 1-23
5. De Almeida Simoes, J, Augusto G.F, Fronteira I, Hernandez-Quevedo C, Portugal: Health System Review. *Health Syst Transit*, 2017; 19(2), 1-184.
6. Di Rienzo P. *Dar la Palabra a la Experiencia. El Reconocimiento de las Competencias Invisibles de los Adultos en la Formacion*. Barcellona. Laertes. 2015.
7. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez F.I, Repullo J.R, Pena-Longobardo L.M, Ridao-Lopez M, Hernandez-Quevedo C, Spain: Health System Review. *Health Syst Transit*; 20(2):1-179. 2018
8. Martinez Riera J.R *Enfermeras Comunitarias*. II ed. 2020 [www.http://efyc.jrmartinezriera.com/](http://efyc.jrmartinezriera.com/)
9. Martinez Riera J.R, *Enfermeras Comunitarias*. I ed. Patrocinado por Ceisal. 2019 [www.http://efyc.jrmartinezriera.com/](http://efyc.jrmartinezriera.com/)
10. Martinez Riera J.R. *Enfermeras Comunitarias*. III ed. [www.http://efyc.jrmartinezriera.com/](http://efyc.jrmartinezriera.com/)
11. Giarelli G, Giovannetti, Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata. Milano: . 2019.
12. Redazione Nurse Times, L'istruzione degli infermieri in Italia e in Europa. *Nurse Times (Internet)*. Modificato 14 febbraio 2017; consultato 09 aprile 2023, disponibile da: <https://nursetimes.org/istruzione-degli-infermieri-italia-europa/30178>
13. Martinez Riera J.R; Del Pino Casado R, *Manual practico de Enfermeria Comunitaria*. II edicion. Elsevier. 2020.
14. Delli Poggi A, Serreri P, *Il laboratorio professionale nella formazione. 1° testo-teorie e metodi*". Milano: Casa Editrice Ambrosiana; pp. 41-51. 2017.
15. Di Rienzo P, *Apprendimento in età adulta ed esperienza*. Da: Cristofori E, 2017.
16. Lommi M, De Benedictis A, Ricci S, Guarente L, Latina R, Covelli G, Pozzuoli G, De Maria M, Giovanniello D, Rocco G, Stievano A, Sabatino L, Notarnicola I, Gualandi R, Tartaglino D, Ivziku D, Appraisal and Evaluation of the Learning Environment Instruments of the Student Nurse: A Systematic Review Using COSMIN Methodology. *MDPI*, 11(7), 1-37. 2023.
17. Giarelli G, Giovannetti, Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata. Milano: Franco Angeli. 2019.

La Giornata Internazionale dell'Infermiere 2024



Puntuale anche quest'anno, la Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Il 12 maggio scorso, l'appuntamento fra gli infermieri del Lazio e la cittadinanza si è svolto dappertutto nella regione, ma a Roma, si è svolto in piazza San Lorenzo in Lucina, dalle 10 alle 18.

Slogan dell'evento: "Ovunque, per la cura di tutti" (parfrasando quello del recente congresso itinerante FNOPI: "Ovunque per il bene di tutti") e, infatti, l'OPI di Roma ha incontrato le persone con una struttura mobile, in cui docenti e studenti dei corsi di laurea triennale e magistrale hanno dialogato con la cittadinanza, oltre a discutere della professione, e a fornire gratis lezioni di educazione alla salute e alcuni servizi quali la misurazione dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione). Con loro, in una postazione attigua, l'ARES 118 (Azienda Regionale Emergenza Sanitaria), che ha illustrato le manovre di rianimazione (per adulti e bambini); una postazione mobile, con au-

tommezzo sanitario, del Policlinico Militare di Roma-Celio e una rappresentanza della Direzione centrale di Sanità della Polizia di Stato.

Questo, senza dimenticare che la domenica del 12 maggio è stata anche caratterizzata dalla "Race for the cure", la più grande manifestazione in Italia e nel mondo per la lotta ai tumori del seno.

L'OPI di Roma, fra i partner aderenti, è stato anche presente al villaggio Race del Circo Massimo, sabato 11, con una tavola rotonda (moderata da **Alberto Hermanin**) dal titolo: "L'infermieristica e la lotta contro il tumore al seno nella sanità che cambia", animata dal vice presidente OPI di Roma, **Carlo Turci** e da: **Rosaria Alvaro; Angela Belardo; Sabrina Civetti; Gabriella Lauricella; Catia Lopeduso;** don **Raul Stortoni; Daniela Terribile e Rosella Venturini.**

Inoltre, con una folta delegazione di infermieri (una vera e propria "squadra") l'Ordine ha preso parte alla passeggiata di due chilometri, mentre, il collega **Gianluca Pucciarelli** era ai nastri di partenza per la gara agonistica di 10 chilometri (lungo il tracciato della competizione, passando per via del Corso, si è pure "sfiorata" la postazione dell'OPI in piazza San Lorenzo in Lucina...). "La nostra professione - ha detto il presidente dell'Ordine capitolino, **Maurizio Zega** - si trova sul crinale delicato che sta fra l'evidenza scientifica e le sue ricadute assistenziali e sociali: cioè, ricopre un ruolo strategico in un Paese sempre più anziano e polipatologico. Da ogni parte si sente un bisogno sempre più impellente di infermieri, soprattutto di quelli specializzati".



12 MAGGIO 2024 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 Regione Lazio ancora insieme per “Spiagge Serene”



Il primo appuntamento del 2024 si è già svolto sabato 29 giugno.

Riparte sotto i migliori auspici “Spiagge serene”, il progetto ideato dall’Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma e già sperimentato positivamente l’anno scorso dalle Asl del litorale romano - Rm 3, Rm 4, Rm 6 - che, ora, con il contributo della Regione Lazio, si allarga alle Asl di Latina e Viterbo.

Educazione sanitaria e informazioni per fronteggiare situazioni di emergenza in un contesto non tradizionale: questi, i temi principali da spiegare durante le 16 giornate dedicate, fino a settembre. Non solo spiagge, però. Protagonisti saranno anche i laghi del territorio delle Asl coinvolte.

Nel 2023, da giugno a settembre, sono state effettuate 48 uscite, coinvolti 10 mila bagnanti e distribuite 15 mila *brochure*. Il personale infermieristico ha effettuato 62 simulazioni, a cui hanno partecipato 2000 bagnanti.

Analizzando 1064 questionari di gradimento è emersa una piena soddisfazione per il progetto (98%), con un alto livello di utilità percepita (88%). Dall’analisi dei commenti, la volontà di riproporre l’iniziativa anche in altri contesti di aggregazione sociale (centri ricreativi, parchi, eventi in piazza, centri commerciali), con una massiccia divulgazione tramite i canali *social*.

Ora, l’équipe multidisciplinare di infermieri, ostetriche, assistenti sociali, fisioterapisti/logopedisti, dietisti, tecnici della prevenzione e studenti dei CdL in Infermieristica sarà di nuovo presente sulle spiagge laziali per promuovere stili di vita sani, sensibilizzare sulla prevenzione di comportamenti a rischio

ed effettuare formazione nell’ambito degli interventi di primo soccorso.

Quelle in calendario saranno anche occasioni per distribuire materiale informativo, e per invitare i bagnanti a partecipare alla dimostrazione sulle tecniche di rianimazione cardio-polmonare e disostruzione delle prime vie aeree, che si effettueranno proprio presso la postazione in spiaggia, grazie anche a un manichino su cui i presenti potranno esercitarsi.

Lo scopo di “Spiagge serene”, infatti, è anche quello di fornire, a quante più persone possibile, indicazioni sui comportamenti giusti da tenere in caso di piccoli inconvenienti mentre si è in vacanza; fornendo, assieme, informazioni sulle azioni da eseguire per la gestione immediata di situazioni di pericolo per la salute, replicabili in ogni contesto di vita.

“L’Ordine - spiega il presidente, **Maurizio Zega** - vuole informare e consigliare i cittadini raggiungendoli in spiaggia, senza attenderli in un ambiente ‘sanitario’, dando forma ai concetti di proattività, prevenzione ed educazione sanitaria: concetti-chiave della sanità del futuro”.

Questi, i calendari completi di “Spiagge Serene 2024”.

Asl Roma 3. *Agosto:* 3, Ostia lido-Spiaggia Libera Verde, Lungomare Toscanelli/S. Agostino, ore 8.30-12.30; 9, Ostia lido, Spiaggia Libera Verde, Lungomare Toscanelli/S. Agostino, ore 15.30-19.30; 23, Fregene, Spiaggia Libera, Lungomare di Levante (fra Marina Militare e stabilimento Hang Loose), ore 15.30-19.30. *Settembre:* 6, Fiumicino, Spiaggia Libera, Lungomare della Salute, ore 15.30-19.30; 13, Ostia lido, Spiaggia Libera Verde, Lungomare Toscanelli/S. Agostino, ore 15.30-19.30.

Asl Roma 4. Dalle ore 9 alle 13. *Agosto:* 1°, Bracciano; 4, Anguillara; 7, Santa Marinella; 10, Anguillara; 19, spiaggia del Marangone-Civitavecchia; 22, Campo di Mare-Cerveteri; 25, Ladispoli; 31 stabilimento Marinari d’Italia-Civitavecchia. *Settembre:* 8, spiaggia del Castello Santa Severa.

Asl Roma 6. *Agosto:* 2, lago Albano (Castel Gandolfo); 7, Tor San Lorenzo (Ardea); 10, lago Albano (Castel Gandolfo); 13, Lido dei Pini; 21, Torvaianica; 24, Lavinio e 28, Nettuno. *Settembre:* 1 e 8, Anzio.

Asl di Viterbo. *Agosto:* 2, Tarquinia Lido; 5, Pesca Romana; 10, Montalto Marina; 13, Tarquinia Lido; 21, Montalto Marina; 24, Pesca Romana; 29, Tarquinia Lido. *Settembre:* 7, Montalto Marina.

Asl di Latina. *Agosto:* 4, Minturno-Scauri (8-13); 9, San Felice (8-13); 11, Terracina (8-13); 17, Sperlonga (8-13); 23, Gaeta (8-13); 24, Ventotene (11-16); 31, Latina (8-13). *Settembre:* 1°, Fondi (8-13) e 8, Terracina (8-13); 15, Minturno-Scauri (8-13).

L'OPI in udienza da Papa Francesco

L'OPI di Roma ha iniziato un cammino di collaborazione con l'Ufficio per la Pastorale Sanitaria della Diocesi di Roma. Con il responsabile dell'Ufficio, S.E. Monsignor **Benoni Ambarus**, che è già stato ospite dell'Or-

dine nella nostra sede, si sono esaminati possibili ambiti di reciproco interesse, a partire dalle consonanze obiettive, proprie della nostra Professione, con i valori etici della fede cristiana.

Come a suggellare la volontà di collaborazione, il 15 maggio scorso, a ridosso delle celebrazioni per la Giornata internazionale dell'Infermiere, il presidente, **Maurizio Zega**, le altre cariche dell'Ordine, e una delegazione di colleghi, sono stati ricevuti in udienza dal Vescovo di Roma, Papa Francesco, che ha elogiato - in loro - il lavoro di tutti gli Infermieri, impegnati nella cura e nell'assistenza alle persone nei momenti più delicati e difficili.

Sul sito ufficiale del Vaticano, sono riportati il discorso tenuto dal Santo Padre e le foto della celebrazione: <https://www.vatican.va/content/francesco/it/audiences/2024/document-s/20240515-udienza-generale.html>



In Breve

In “Marcia” per la Terra e per la Salute

Si è svolta il 21 aprile 2024, la “Marcia per la Terra e per la Salute Planetaria”, con partenza, alle 11, dalla terrazza del Pincio.

Una manifestazione organizzata dal Garante per i Diritti delle Persone Anziane di Roma Capitale, **Laila Perciballi**, con la partecipazione del personale sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e del volontariato del territorio.

Per l'OPI di Roma, assieme a una grande rappresentanza di studenti dei CdL in Infermieristica degli atenei romani, vi hanno preso parte: il vice presidente, **Carlo Turci**; **Cinzia Puleio** e **Leo Altobello** (della Commissione Albo Infermieri), nonché il Prorettore dell'Università “Tor Vergata”, **Rosaria Alvaro**.

La marcia ha avuto l'obiettivo di sensibilizzare l'opinione pubblica sulla necessità di tutelare l'ambiente e la salute del pianeta, promuovendo stili di vita sani e sostenibili. In particolare, i promotori della manifestazione hanno voluto porre l'accento sul diritto alla salute, inteso come quello a un ambiente prospero e ad uno stile di vita adeguato.

L'evento ha avuto un successo enorme, con migliaia di persone che hanno sfilato per le strade di Villa Borghese per lanciare un messaggio di impegno e di speranza per il futuro del Pianeta.



Infermieri a domicilio promossi dal 91,7% dei pazienti Ma latitano ancora in tante Regioni

La prima analisi sull'assistenza infermieristica domiciliare in Italia - "Il contributo dell'infermieristica per lo sviluppo della territorialità" - è stata condotta dal CERSI, il Centro di Eccellenza per la Ricerca e lo Sviluppo dell'Infermieristica, che ha elaborato i dati per conto della Federazione nazionale-FNOPI.

All'indagine AIDOMUS (Assistenza infermieristica domiciliare) durata dieci mesi, hanno aderito 77 ASL su 110, per una copertura del 75,3% della popolazione italiana. Articolata in tre sezioni (la prima rivolta ai dirigenti delle professioni sanitarie; la seconda agli infermieri; la terza ai pazienti), ha raccolto il **91,7% di valutazioni positive** da parte **dei pazienti**, che hanno espresso, nella quasi totalità, una valutazione positiva sull'assistenza ricevuta e il dichiara di essere sempre stato trattato con cortesia e rispetto dagli infermieri. Nello specifico: l'86% di aver percepito che si stessero sempre prendendo cura di loro; l'83,3% di essere stato ascoltato attentamente; l'82% di essere stato sempre informato dagli infermieri su tempi e modalità degli interventi. Una valutazione complessiva sull'assistenza domiciliare ricevuta, che espresso con voti da 0 a 10, ha meritato una media di 9,3 (con una punta del 9,4 negli anziani).

Rispetto all'**assistenza erogata dagli infermieri a domicilio**, invece, il numero medio di attività, per Asl (su 17), è 10,1. Il percorso per il paziente oncologico è presente nel 40,3% delle strutture e le attività per i pazienti cronici sono erogate dal 74% delle Asl, mentre quelle per gli utenti con disabilità dal 59,7%. I servizi di Infermieristica di Famiglia e di Comunità

sono erogati dal 68,8% delle Aziende, mentre, il 26% delle Asl li codifica come "Infermiere di Prossimità".

Circa la metà delle ASL fornisce consulenze infermieristiche specialistiche e i servizi di **Sanità digitale** sono presenti in oltre la metà delle ASL (51,9%), di cui il 26% con attività di Teleassistenza dagli infermieri (prelievi ematici, medicazioni semplici e avanzate, somministrazione di farmaci, gestione di *device*, educazione terapeutica, sanitaria, formazione dei *caregiver*, monitoraggio e misurazioni delle condizioni di salute, cure palliative, gestione del catetere vescicale e della nutrizione, etc). Nelle cure domiciliari, su 1.000 abitanti, sono 49,5 gli over 65 presi in carico: 16,8, per 1.000 abitanti, con gravi limitazioni per disabilità e l'8,2 malati cronici.

L'83,8% degli infermieri partecipanti ha dichiarato di essere "soddisfatto" o "molto soddisfatto" del proprio lavoro; solo il 20,1% ha dichiarato che, se potesse, lascerebbe il lavoro nei successivi 12 mesi. Il 37% di loro ha dichiarato un carico di lavoro medio-alto (vs il 10,3% un carico elevato) e, rispetto al clima del gruppo di lavoro e la possibilità di erogazione di cure sicure, il 65,8% ha riportato punteggi migliori, con una media di 76,9.

Sulle condizioni psicosociali nei luoghi di lavoro, il 65,8% ha riferito una criticità media. Intanto, sugli **episodi di violenza**, il 20,5% dichiara di averne subito uno negli ultimi 12 mesi: il 2,6% di violenza verbale con contatto fisico; il 36,9% ne ha subito tre o più nell'ultimo anno.

Lo studio AIDOMUS consente pure di valorizzare economicamente le attività assistenziali svolte dall'Infermiere a domicilio: il costo giornaliero di un infermiere che opera nel servizio di cure domiciliari, comprendente il tempo speso a domicilio (circa 24 minuti ad accesso), quello per raggiungerlo, per ritornare alla struttura, e per le attività di *back-office*, considerando 6,84 accessi/pazienti al giorno, è di 138,73€.

È vero pure però che il valore dell'assistenza domiciliare infermieristica consta anche del mancato ricovero ripetuto di anziani e fragili.

Ne consegue che, in caso di non erogazione strutturata del servizio e di ulteriore carenza infermieristica, si rischia di non poter garantire le prestazioni in regime convenzionato, costringendo il cittadino al ricorso all'*out of pocket*.

Anche per questo, la FNOPI ritiene necessario e strategico investire sulla professione infermieristica, proponendo l'implementazione di modelli che prevedano il coinvolgimento di professionisti con formazione specifica nelle cure territoriali. "L'indagine condotta sulla soddisfazione degli infermieri rispetto al proprio lavoro

- sottolinea FNOPI - dimostra una maggiore attrattività del *setting* domiciliare. Così, i dati rilevati sulle *missed care* permetteranno, in futuro, di determinare i predittori delle *nursing missed care* sul territorio, con ricadute positive sui costi dell'assistenza in termini di re-ricoveri impropri".

Solo le Case della comunità o Unità di degenza in-

fermieristiche potrebbero incrementare la quantità e la complessità degli interventi erogati sul territorio (escludendo l'ospedale). Oggi, però, la distribuzione della tipologia di servizi disponibili e delle relative risorse non è sempre in linea con la densità abitativa.

Info: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/07/ReportAIDOMUS-a-cura-di-CC-FNOPI.pdf>

Il Tenente Generale Medico Carlo Catalano è il nuovo Ispettore Generale della Sanità Militare



Si è svolta a Villa Fonseca, la cerimonia di avvicendamento, nella carica di Ispettore Generale della Sanità Militare, tra il Generale di Corpo d'Armata Medico dei Carabinieri **Vito Ferrara**, cedente, e il Tenente Generale Medico **Carlo Catalano**, subentrante. L'evento è avvenuto alla presenza del Capo di Stato Maggiore dell'Esercito, Generale di Corpo d'Armata, **Carmine Masiello**, in rappresentanza del Capo di Stato Maggiore della Difesa, Ammiraglio **Giuseppe Cavo Dragone**, e di altre autorità militari, civili e religiose.

Il Generale Ferrara, specialista in Otorinolaringoiatria e Criminologia Clinica, dopo un anno e mezzo alla guida della Sanità Militare, termina il servizio attivo lasciandosi alle spalle 50 anni di carriera, iniziata come allievo della "Nunziatella" di Napoli. Primo Ufficiale medico dell'Arma dei Carabinieri a ricoprire l'incarico di Ispettore Generale della Sanità Militare, nel corso del suo periodo alla Direzione di IGESAN, è stato promotore di numerose iniziative a livello nazionale, internazionale e nella formazione.

Nel suo saluto, il Generale Masiello ha evidenziato come dagli interventi dell'Ispettore Generale della Sanità Militare cedente e di quello subentrante si possono trarre due grandi lezioni: la prima, relativa alla forza della grande famiglia della Difesa, rappresentata dai nostri valori e dall'affetto dei cari; la seconda, relativa alla professione, mettendo in luce come il raggiungimento dei risultati auspicati non possa prescindere da una visione programmatica, accorta e approfondita e da un lavoro di squadra in cui ciascuna professionalità è a supporto di quella al suo fianco. Il Tenente Generale Catalano, che negli ultimi due anni ha ricoperto l'incarico di Direttore del Policlinico Militare "Cello" di Roma (anche nella fase critica di ripresa dalla pandemia da COVID-19), ha espresso un ringraziamento al Generale Ferrara per il lavoro svolto, illustrando, contestualmente, le linee programmatiche che porrà in essere durante il suo mandato.

Giubileo degli ammalati 2025

La salute deve restare equa e accessibile

Il 10 maggio scorso, le 11 Federazioni e i Consigli nazionali delle Professioni Sanitarie e Socio-sanitarie, sono state accanto alla Commissione episcopale per il servizio della carità e della salute, e l'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana (CEI), per inaugurare il percorso preparatorio per il Giubileo degli ammalati e del mondo della sanità del 2025, dedicato alle povertà sanitarie.

FNOPI, FNOMCeO, FNOVI, FOFI, FNOPO, FNO TSRM e PSTRP, CNOP, FNOB, FNCF, FNOFI, CNOAS (che rappresentano oltre 1,5 milioni di professionisti), hanno ascoltato e condiviso le parole di **don Massimo Angelelli**, direttore dell'Ufficio nazionale per la Pastorale della salute della CEI, che ha condotto la conferenza stampa durante la quale si è delineato il percorso che porterà al Giubileo del 2025.

Tre, le tappe individuate per analizzare le principali povertà sanitarie: oltre a quella di maggio, anche il 22 novembre e il 5-6 aprile 2025, Giubileo degli am-

malati.

Si è cominciato da Verona, con un *focus* sulla situazione italiana: chi e quanti sono coloro che, nel nostro Paese, non hanno accesso alle cure necessarie o non possono permettersi l'acquisto di farmaci. Esperti del settore, economisti, ricercatori e rappresentanti istituzionali, uniti ai professionisti sanitari e socio-sanitari, baluardo della tutela della salute pubblica, ne hanno discusso, esaminando soluzioni e strategie per migliorare l'assistenza sanitaria nazionale, per una sanità più inclusiva. Il 10 maggio, presso l'Università degli studi di Verona, si sono registrati gli interventi di: **Chris Brown**, direttore dell'Ufficio Europeo per gli Investimenti e lo Sviluppo della Salute dell'OMS; **Silvio Brusaferrò**, professore ordinario di Igiene generale e applicata presso l'Università degli studi di Udine; **Cristiano Camponi**, direttore generale dell'Istituto nazionale per la Promozione della Salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP); **Americo Cicchetti**, direttore generale della programmazione sanitaria e di **Alberto Siracusano**, coordinatore del Tavolo di lavoro tecnico sulla salute mentale del ministero della Salute e **Ketty Vaccaro**, sociologa e responsabile dell'Area welfare e salute del Censis. Per l'occasione, don Angelelli ha detto: "Il tema degli esclusi dall'accesso alle cure sta diventando un'emergenza sempre più seria. Se prima si pensava riguardasse alcune fasce ridotte di popolazione molto svantaggiate, oggi sappiamo che 4,5 milioni di persone non possono curarsi, e che la spesa privata nel 2022 ha superato i 40 miliardi. Ci stiamo allontanando dal dettato Costituzionale che prevede accesso universale alle cure e la gratuità per gli indigenti. Insomma: si stanno curando solo i benestanti!".





dalla FNOPI

Università: Federazione e CRUI per rendere più attraente la professione



Con un videomessaggio in cui ha sottolineato l'importanza di rendere più attraente la professione infermieristica, con migliori prospettive di carriera e verso le specializzazioni universitarie, il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha salutato l'incontro "Sfide e opportunità della professione infermieristica", organizzato dalla Federazione Nazionale-FNOPI e CRUI (Conferenza dei Rettori delle Università Italiane).

Il 4 luglio scorso, è stata l'occasione per illustrare le potenzialità, le criticità persistenti e il ruolo cruciale rappresentato dalla formazione universitaria negli sviluppi futuri del Sistema Salute, anche in chiave infermieristica. Un momento di raccordo tra le istanze dei giovani e le risposte che può dare loro la Professione come scelta di vita. L'Italia è il Paese OCSE con meno infermieri per 1.000 abitanti e è fanalino di coda per laureati in Infermieristica ogni 100 mila abitanti: solo 17, contro una media europea di 48. Senza un intervento strutturale in grado di ridare attrattività alla professione e di riequilibrare gli organici, il gap sarà presto incolmabile e sarà davvero un problema per un Paese così "anziano".

"Le possibili soluzioni strutturali sono fondamentalmente

tre - ha spiegato la presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli** -: incremento della base contrattuale e riconoscimento economico e dell'esclusività delle professioni infermieristiche; riconoscimento delle competenze agite; evoluzione del percorso formativo universitario, con le specializzazioni".

Per raggiungere tali obiettivi, però, bisognerà modificare alcune normative.

La prima è alla legge 43/2006, che regola le professioni sanitarie e stabilisce un ampliamento delle competenze, prevedendo, per gli specialisti, una vera e propria Laurea magistrale a indirizzo clinico. In un percorso già avviato con il Ministero (anche quello dell'Università e della Ricerca), il Consiglio Universitario Nazionale e la Conferenza dei CdL delle Professioni sanitarie, sono state costruite le basi per arrivare all'attuazione di una revisione delle Lauree magistrali con l'individuazione delle prime tre aree di sviluppo specialistico: Cure primarie, Cure pediatriche e neonatali, Cure intensive ed emergenza.

Poi, fondamentale per garantire la qualità dell'insegnamento e della formazione, sono l'applicazione e il monitoraggio delle linee di indirizzo e dei protocolli d'intesa Università-Regioni, con il riconoscimento dell'attività degli infermieri del SSN che erogano formazione.

In Italia, dall'anno accademico 2010-2011 in poi, c'è stata una perdita di immatricolazioni notevole, giungendo agli attuali 23.627 candidati per 20.337 posti a disposizione, arrivando a 1,2 domande per posto, con Regioni - specie al Nord - che registrano anche meno di una domanda per posto.

"Dobbiamo far comprendere ai ragazzi delle superiori quanto sia stimolante e moderna la professione infermieristica - ha osservato la presidente CRUI, **Giovanna Iannantuoni** -. Non si può parlare di ospedale del futuro senza riconoscerla come parte fondante, ma dobbiamo anche coinvolgere in questo discorso la politica. Dunque, lavoriamo assieme affinché questa professione venga riconosciuta per quella che è, e affinché intercetti giovani e... finanziamenti!".

Nel corso della giornata, è stato anche proiettato il video "Infermieri NextGen", che si propone di rinnovare la percezione della professione infermieristica, svelando un mondo di opportunità e possibilità. Le immagini mostrano una varietà di scenari professionali: dalle corsie ospedaliere all'emergenza, dalle missioni umanitarie all'uso delle tecnologie più avanzate. Il tono è emozionale ma fresco, con un copy giovane e una colonna sonora elettronica, che risuona delle aspirazioni delle nuove generazioni. Presumibilmente, il video sarà presto diffuso negli atenei italiani per incentivare l'arruolamento di nuovi futuri infermieri, previsto con il test d'ingresso di settembre.

Ecco, il link utile: <https://youtu.be/HXZY1o2jFsM>



Nel BUR del Lazio linee guida sull'IFeC

Nel BUR della Regione Lazio (n. 51 del 25 giugno 2024) è stata pubblicata la Deliberazione n.416 del 20 giugno scorso recante le “Linee guida di indirizzo regionale per l’Infermiere di Famiglie e Comunità”.

Un passo importante all’interno di un più ampio e trasversale percorso per raggiungere gli obiettivi delle missioni 5 e 6 del PNRR, ma soprattutto per valorizzare, in tutt’Italia, l’implementazione della figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità-IFeC.

Come già spiegava il documento di Agenas sulle “Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità”, di

novembre 2023, vi si definiscono le competenze core; i modelli di attivazione e fabbisogni contestualizzati al territorio regionale; gli strumenti e i metodi per il corretto *assessment* e successiva pianificazione personalizzata degli interventi. Ma anche, in via transitoria, l’attivazione di specifici percorsi di formazione universitaria e la formazione necessaria con indicazione anche di eventuali compensazioni per chi già in possesso di competenze avanzate e specialistiche e di esperienza aziendali certificate negli ultimi cinque anni.

Attendiamo per capire la reale portata di questo documento, tenendo conto anche del Piano triennale regionale di Programmazione dell’Assistenza sul territorio 2024-2026 e dell’eventuale sblocco di assunzioni per coprire la necessità di IFeC stimata in uno ogni 3000 abitanti residenti nella Regione Lazio.

A questo indirizzo è possibile reperire il documento Agenas: <https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/documentazione/SAN-DGR-976-28-12-2023-Allegato.pdf>

Tavolo Aziende ospedaliere/territoriali insediati tre colleghi infermieri

La Regione Lazio, attenta all’ambito della fragilità e nel sostegno ai percorsi di presa in carico di persone con ridotta e/o assente capacità di collaborazione, già dal 2021, con “Disposizioni per l’istituzione e la promozione di un percorso a elevata integrazione socio-sanitaria in favore di persone con disabilità-non collaboranti”, ha previsto l’istituzione di specifici percorsi diagnostico-terapeutici nei maggiori ospedali laziali, con l’intervento congiunto delle diverse figure professionali, per favorire l’accesso facilitato ad esami utili e dove si possa sostenerli nell’iter di esami o terapie complesse. Diversi provvedimenti, poi, hanno sostenuto la necessità di costruire percorsi facilitati e dedicati tanto che, nel 2023, viene varata la Determina GSA n.G01769 - “Linee di indirizzo della Regione Lazio per l’organizzazione di percorsi assistenziali rivolti a persone con disabilità complesse

e/o cognitive-relazionali” - istituendo la rete regionale TOBIA-DAMA, che accoglie le richieste di prestazioni sanitarie provenienti dai Medici di Medicina Generale, famiglie, operatori dei servizi di Riabilitazione Disabili Adulti, case-famiglia e Istituti di ricovero, per assicurare pari accesso ai servizi, oltre al diritto alle prestazioni necessarie attraverso un percorso personalizzato.

A ciò ha fatto seguito l’istituzione di una Cabina di Regia per la verifica dello stato di attuazione delle linee-guida regionali e il monitoraggio del grado di attivazione dei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni di cura, il supporto al programma formativo del personale medico e dei professionisti sanitari che interagiscono con le persone con difficoltà o impossibilità a collaborare, l’analisi degli esiti attuativi e delle criticità riscontrate, con proposizione di eventuali aggiornamenti alle linee-guida regionali, la collaborazione con il Tavolo regionale permanente di confronto sul tema della disabilità (art.14, L.R. 10/2022).

A sei mesi dalla sua istituzione, ne sono stati individuati i componenti e, tra questi, al tavolo regionale per le Aziende Ospedaliere/Territoriali sono presenti tre colleghi infermieri: **Sabino Venezia**, per la ASL Roma 2, referente “Curare con Cura”; **Antonella Leto**, per l’Azienda Ospedaliera “San Giovanni Addolorata”, dirigente Centro TOBIA e **Igina Breccia**, per l’Azienda Ospedaliera Universitaria Sant’Andrea, referente del *team* TOBIA.

A loro, l’augurio di un proficuo lavoro da parte dell’OPI di Roma!



I servizi territoriali diventeranno il pilastro del SSN del futuro?



Marco Brambilla, Gavino Maciocco
Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale
Carocci Editore, 2022
(268 pagg, 22 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

Riusciranno i fondi del PNRR a rafforzare il nostro Servizio Sanitario Nazionale, fiaccato da anni di tagli e di progressiva riduzione del personale? E i servizi territoriali potranno rinnovarsi al punto da diventare davvero il pilastro del SSN del futuro? In verità, tanto dipenderà anche da come saranno riorganizzati i distretti e da come funzioneranno le, cosiddette, Case della Comunità, che si auspicano anche una maggiore partecipazione dei cittadini alla loro programmazione.

Ad alcune di queste domande vuole rispondere il volume: "Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale".

Ma quali sono gli "ingredienti" di una Casa della Salute? Cure primarie universalmente accessibili; équipe multidisciplinari; la persona al centro. Se ciò è vero, questo agile volume lo dimostra attraverso tre sezioni.

Nella prima, segna i passi che hanno portato, ad individuare la Casa della Comunità l'elemento-chiave per rilanciare i servizi dedicati alla salute sul territorio. Questa "Casa" è un luogo di lavoro multiprofessionale, facilmente accessibile per la comunità. Nella seconda parte, presenta Emilia-Romagna e Toscana, quali regioni che, per prime, hanno messo in atto modelli organizzativi e progetti sull'argomento. E, nell'ultima, mostra *case studies*: otto Case della Salute (quattro in Emilia e quattro in Toscana) di cui si riportano testimonianze, risultati e prospettive.

Insomma, dalla lettura del libro risulta confermata l'idea che Essa corrisponda a un'idea semplice di riorganizzazione del welfare; la Casa della Salute è la sede pubblica, lo spazio in cui trovano vita prestazioni sanitarie e sociali per una porzione di cittadinanza. Perché fra l'altro, l'obiettivo del testo è dimostrare, grazie a comprovate esperienze, che è possibile offrire servizi adeguati attraverso una visione innovativa delle cure primarie e dei servizi territoriali.

Una "visione" che, superando la logica del "poliambulatorio", eroghi prestazioni non focalizzate sulle malattie ma sulle persone. Ergo, un'amministrazione che sa di essere responsabile della salute individuale e collettiva, deve essere l'innescò di una "alleanza" tra Aziende sanitarie, Comuni, associazionismo e volontariato sul tema della salute. Così, agevole da leggere, il libro a firma di Brambilla (ricercatore di Psicologia sociale nel Dipartimento di Psicologia dell'Università di Milano-Bicocca) e Maciocco (che insegna Politica sanitaria all'Università degli Studi di Firenze) risulta valido tanto per i protagonisti delle realtà sanitarie del nostro Paese, che per gli operatori sociali. Ma anche per i cittadini e, soprattutto, dovrebbe esserlo per i decisori politici e per i sindacati, affinché la visione di un "Salute partecipata" sia sempre più condivisa.



Se la Professione parla anche alle varie religioni



Arianna Anzini
Infermieristica Transculturale e Spiritualità. Pratiche assistenziali centrate sul paziente
Edizioni AIROP, 2022
(80 pagg, 15 euro)

Gabriele Caggianelli
Irene Dello Iacono

Con il libro “Infermieristica Transculturale e Spiritualità”, Arianna Anzini offre un prezioso strumento alla professione infermieristica, fornendo conoscenze specifiche sui concetti di “salute” e “malattia” secondo le diverse fedi religiose.

Questo testo rappresenta un veicolo fondamentale per una presa in carico totale del paziente ed è utile per i professionisti sanitari e per altri operatori, poiché consente di familiarizzare con fedi religiose come ebraismo, buddismo, islamismo e induismo, instaurando un dialogo proficuo con esse.

L'autrice, attraverso il contatto con particolarità assistenziali differenti, indica il percorso da seguire per offrire un'assistenza mirata e olistica, capace di considerare tutte le dimensioni della persona, superando un approccio riduzionistico e settoriale. Dopo un'introduzione sul processo del transculturalismo in campo sanitario, Anzini pone l'accento sull'adozione di nuovi modelli assistenziali. Questi modelli sono in grado di rispondere ai bisogni dei pazienti non autoctoni, per i quali quelli standard possono risultare inefficaci. L'attenzione all'aspetto antropologico e culturale, il superamento di diffidenze e pregiudizi e l'accoglienza degli aspetti spirituali e umanizzanti dell'assistenza sono elementi fondamentali trattati in questo testo. Nel terzo capitolo, in linea con Madeleine Leininger, pioniera del legame tra Antropologia e Infermieristica, l'autrice include riferimenti all'etnonursing, rimandando a strumenti legislativi e deontologici propri della professione infermieristica. Offre, inoltre, spunti di riflessione per rispondere concretamente alla domanda di transculturalità a cui anche il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è chiamato a dare risposta.

La reciproca influenza delle culture sui comportamenti individuali e collettivi, infatti, è un aspetto centrale per i professionisti sanitari nei contesti di cura. Per questo, la lettura del libro aiuta a comprendere e rispondere alla crescente domanda di transculturalità, riflettendo la complessità della società contemporanea.

“Infermieristica Transculturale e Spiritualità”, perciò, si propone come un libro necessario per quanti operano in ambito sanitario e desiderano migliorare la qualità dell'assistenza, riconoscendo e valorizzando la diversità culturale e spirituale dei propri pazienti.

Autonomia differenziata

Le novità introdotte dalla nuova legge 26 giugno 2024, n. 86

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.

La Costituzione italiana prevede che il nostro Paese sia caratterizzato da più livelli di Governo.

A ognuno di questi sono affidate determinate materie, su cui è possibile o meno intervenire.

In modo particolare, l'articolo 117 Cost. dispone che **“La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.”**

Il medesimo articolo contiene, poi, un lungo elenco di **materie** su cui può intervenire **tas-sativamente** soltanto lo Stato (ad esempio, ordinamento civile e penale, immigrazione, ordine pubblico e sicurezza, moneta, etc.), in quanto gli ambiti di intervento sono talmente importanti che non è possibile creare disparità tra i cittadini.

Pertanto, una singola Regione non potrà mai decidere, ad esempio, di depenalizzare l'omicidio o di utilizzare un'altra moneta al posto dell'euro.

Sempre l'art. 117 Cost. individua le materie c.d. **“a competenza concorrente”**: si tratta di materie in cui lo Stato decide quali sono i principi fondamentali inderogabili, per poi lasciare alle Regioni la regolamentazione di dettaglio.

Tra queste rientra, per esempio e per quel che qui ci interessa, anche **la sanità e la tutela della salute**.

Le materie al di fuori di questi due elenchi sono di esclusiva competenza regionale. Questa generale impostazione è dovuta alla riforma costituzionale del 2001.

Recentemente, il Parlamento ha approvato la legge sulla cosiddetta **“autonomia differenziata”**.

Si tratta del riconoscimento, da parte dello Stato alle Regioni, di **autonomia legislativa** su materie che oggi rientrano tra quelle a **competenza concorrente**.

Le Regioni, pertanto, potranno aumentare le loro competenze in moltissime materie, tra cui sanità, istruzione, università, ricerca, lavoro e previdenza. In tutte queste materie, di fatto, lo Stato potrebbe perdere quasi ogni ruolo, demandando ogni potere alle singole Regioni.

La concessione di una o più **“forme di autonomia”** è **subordinata** alla determinazione dei **Livelli essenziali delle prestazioni** (c.d. **LEP**), cioè a dire i criteri che determinano il livello di servizio minimo che deve essere garantito in modo uniforme sull'intero territorio nazionale.

La determinazione dei costi e dei fabbisogni standard (e quindi dei LEP), avverrà a partire

da una ricognizione della spesa storica dello Stato in ogni Regione nell'ultimo triennio. Dunque, senza la definizione dei LEP non potrà esserci autonomia.

Ora che la legge è stata approvata, il Governo dovrà adottare, entro 24 mesi, uno o più decreti legislativi per determinare i livelli e gli importi dei LEP.

Nel mentre, le Regioni interessate ad avere maggiore autonomia in tutte o in alcune delle materie di competenza concorrente potranno presentare una istanza al Presidente del Consiglio dei Ministri che avvierà il negoziato con la Regione richiedente per cercare di arrivare al raggiungimento di un'intesa. Le intese raggiunte potranno durare fino a dieci anni e poi essere rinnovate; oppure, potranno terminare prima dei dieci anni, con un preavviso di almeno 12 mesi.

Delineata, per grandi linee, la nuova legge di recente approvazione, bisogna chiedersi quali saranno i risvolti pratici e se la possibilità data alle Regioni di ampliare i propri poteri in determinate materie possa, come alcuni hanno ipotizzato, accentuare ancora di più il divario tra le Regioni del nord e quelle del sud, soprattutto in materia sanitaria.

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) prevedono, ad esempio, che le Regioni devono garantire le prestazioni sanitarie gratuitamente o previo il pagamento del *ticket*.

Dalle griglie di valutazione dei LEA, emerge che, nel decennio 2010-2019, non vi è stata nessuna regione del sud, nelle prime dieci posizioni, che sia stata in grado di garantire prestazioni sanitarie gratuite; mentre, nel 2020, delle 11 Regioni adempienti, l'unica del Sud è stata la Puglia, a cui si sono aggiunte Abruzzo e Basilicata nel 2021.

Per cercare di arginare tale problematica, bisogna ricordare che l'articolo 1 della nuova legge precisa che l'attuazione dell'autonomia differenziata, nelle materie riferibili ai diritti civili e sociali, è comunque subordinata, come già detto, alla definizione dei LEP, che devono essere **garantiti equamente su tutto il territorio nazionale**.

Pertanto, tale disposizione, in combinato con l'articolo 119 della Costituzione («*La legge dello Stato istituisce un **fondo perequativo**, senza vincoli di destinazione, **per i territori con minore capacità fiscale per abitante***») dovrebbe comunque garantire che lo Stato si impegni a colmare l'insufficienza delle risorse regionali con risorse nazionali, affinché possano essere garantiti a tutti i LEP concernenti i diritti civili e sociali.

Si auspica, pertanto, che, nel definire i livelli essenziali delle prestazioni si tenga conto anche delle risorse economiche e finanziarie delle singole Regioni, affinché i diritti sociali e civili siano garantiti in egual misura sull'intero territorio nazionale.



Il sistema di misurazione della *Performance* del livello di tutela della salute a livello regionale, sviluppato sin dal 2012 da CREA Sanità, rappresenta un esempio operativo di monitoraggio, da cui è possibile prendere spunto per implementarne uno aggiuntivo sugli effetti della autonomia differenziata.

In campo sanitario, il punto di maggiore interesse, e potenziale impatto, dell'autonomia è quello relativo agli effetti sul livello di efficacia/efficienza complessivo del servizio sanitario: in altri termini, sulla capacità di innescare un processo virtuoso (il "traino" richiamato nel Disegno di legge), evitando il rischio della generazione di forme di competizione "non voluta" fra le Regioni.

Un rischio che evidentemente non si può a priori logicamente escludere, almeno per alcune richieste di "autonomia": si pensi al caso delle politiche retributive del personale dove, in presenza di una evidente carenza di offerta (per gli infermieri e per alcune specializzazioni tra i medici), le Regioni con maggiori risorse potrebbero attirare le risorse migliori, generando un effetto spiazzamento per le altre.

Quanto precede induce a ritenere opportuno implementare un sistema di monitoraggio degli effetti (prospettici) della autonomia differenziata. In altri termini, la migliore garanzia di uno sviluppo equilibrato della opzione prevista dall'articolo 116 della Costituzione, rimane la misurazione continua e sistematica dei suoi effetti prodotti.

Quindi, nel suo ultimo Rapporto, CREA propone un'estensione della metodologia di valutazione delle *Performance*, finalizzata a monitorare e valutare gli impatti sui *trend* regionali dell'intervento di modifiche istituzionali (ma anche organizzative o strutturali), come può essere, in prospettiva, il riconoscimento ad alcune Regioni di un'autonomia differenziata.



Elezioni per il rinnovo degli Organi dell'OPI

Il Consiglio direttivo dell'OPI di Roma, con delibera n. 167/2024, dell'8 agosto 2024, ha indetto le elezioni per il rinnovo degli Organi dell'Ordine capitolino, da svolgere in tre giorni consecutivi, di cui uno festivo: in prima convocazione, il 13-14-15 settembre 2024, ore 9-12, presso la sede di viale degli Ammiragli, 67 sc. B, cap. 00136, Roma. L'Assemblea risulterà valida qualora abbiano votato almeno 2/5 degli iscritti.

Diversamente, si procederà in seconda convocazione: il 20-21-22 settembre, ore 9-12, in sede. L'Assemblea risulterà valida qualora abbia votato almeno 1/5 degli iscritti.

Qualora non risultasse raggiunto il *quorum*, si procederà alla terza convocazione: il 27-28-29 settembre, ore 9-19, sempre in sede. L'Assemblea, in tal caso, risulterà valida qualunque sia il numero dei votanti iscritti.

Saranno eleggibili solo gli iscritti all'Albo che abbiano presentato la propria candidatura singolarmente o in una lista. L'elenco di liste e candidati è disponibile all'indirizzo www.opi.roma.it, alla voce "Speciale elezioni", dov'è presente anche [la delibera integrale](#).

Per votare, l'iscritto dovrà munirsi di un valido documento di identità.

SARA E MATTEO

Massimo D'Urso



E ADESSO COME SARA' ORGANIZZATA L'ASSISTENZA ?

INFERMIERE
LAUREE MAGISTRALI E PERSONALE DI SUPPORTO



NELLA RIVISTA SI PARLA DELLE LAUREE MAGISTRALI A INDIRIZZO CLINICO E DELLA PROPOSTA SULLA FIGURA DI SUPPORTO, UN NUOVO MODELLO CHE PERMETTE LA CRESCITA CLINICA DEGLI INFERMIERI

...GUARDA CHE È UN ATTIMO, EH...

VEDI MATTEO, IN QUESTO MODO CONTRIBUISCI ANCHE TU A COSTRUIRE IL «SOFFITTO DI CRISTALLO» SULLA NOSTRA PROFESSIONE. L'INFERMIERE SARA' SEMPRE PIU' IL TITOLARE DELL'ASSISTENZA E LO FARÀ AVVALENDOSI DI RISORSE CHE LUI STESSO HA FORMATO!



OUI, ANCH'IO HO LETTO LA RIVISTA E MI ISCRIVERÒ ALLA LAUREA MAGISTRALE «CLINICA» APPENA SARA' POSSIBILE... C'EST SUPERBE!

THIARÉ HA RAGIONE, PERÒ IO PENSO CHE FINIREMO PER PERDERE IL CONTATTO CON I PAZIENTI, NON LI CONOSCIAMO E LORO NON CI CERCHERANNO...



INVECE È VERO IL CONTRARIO: POTREMO CONCENTRARCI MAGGIORMENTE SUL PIANO ASSISTENZIALE, MONITORARLO PER ADEGUARLO SEMPRE MEGLIO ALLE ESIGENZE DEL PAZIENTE.



GUARDATE QUESTA FOTO: SAPETE COSA FESTEGGIAMO? LA CADUTA DEL MANSIONARIO, PERCHÉ VOLEVAMO ESSERE PROFESSIONISTI CON UNA PROSPETTIVA DIVERSA...

AD OGNI MODO IO SO CHI VOGLIO ESSERE: L'INFERMIERE CLINICO DEL REPARTO!

...PENSA CHE PRESTO POTRAI DOCUMENTARE DI ESSERLO...



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 oramai entrate nell'uso comune, come tv, Usa, Aids, Fiat, Cgil, Ecm. Gli acronimi non conterranno mai punti - (ad es. Usa e non U.S.A.)

DATE E NUMERI

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

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

PAROLE STRANIERE

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

MODALITÀ E TERMINI PER L'INVIO DEI LAVORI

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

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

L'OPI è aperto con i seguenti orari:
lunedì-venerdì 8.30-12.30
lunedì e giovedì, anche 14.30-17.00

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)