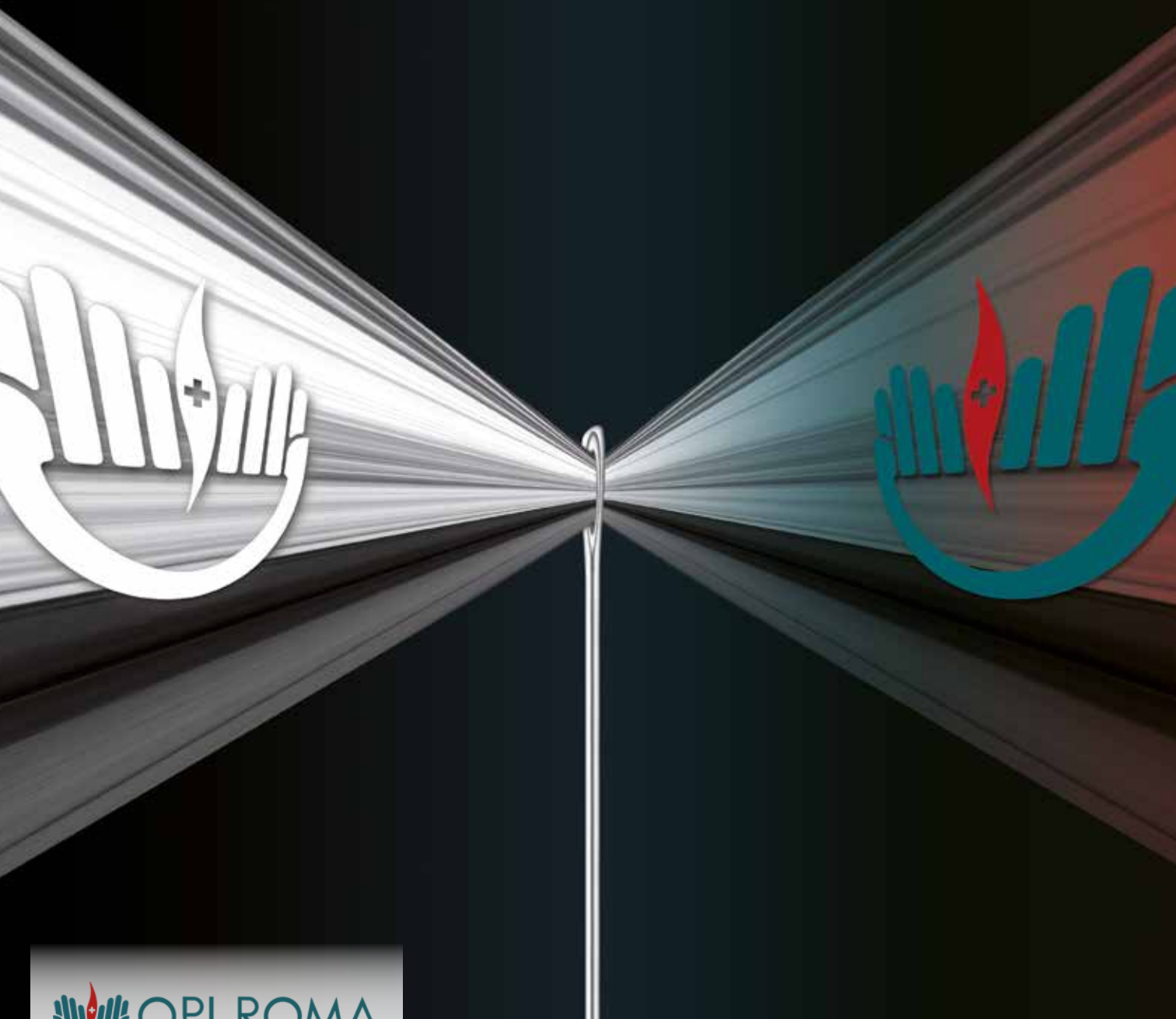
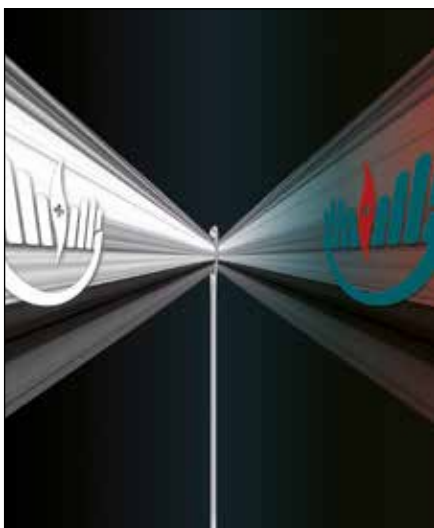


# INFERMIERE

OGGI

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





*Come suggerisce la copertina di questo numero, che chiude idealmente l'anno appena trascorso, siamo in una delicata fase di passaggio tra quello che eravamo e ciò che ci apprestiamo a diventare.*

*I nuovi organi dell'Ordine, usciti vittoriosi dalle elezioni provinciali e nazionali, pur nella continuità, sono chiamati a raccogliere e riproporre le sfide lanciate nel quadriennio appena trascorso, per costruire un diverso futuro delle professioni infermieristiche. Per uscire definitivamente dall'ombra, come spiega bene il presidente Zega nell'editoriale, dopo i riflettori un po' "artificiali" del periodo Covid.*

*E le occasioni per far sentire forte la voce della professione non mancheranno di certo in questo 2025...*

*A partire dalla Giornata dedicata al personale sanitario (20 febbraio), proseguendo con il Congresso nazionale della Inopi (20-22 marzo) e fino al Giubileo degli ammalati e del Mondo della sanità (5-6 aprile).*

*Tutti eventi che vedranno, come sempre, Opi Roma protagonista!*



## **EDITORIALE**

**2\_** Uscire dall'ombra  
di Maurizio Zega

**4\_** Prevenzione delle lesioni da pressione  
Revisione della letteratura sugli esiti clinici degli interventi infermieristici  
Suor Gwladys Compaore, Francesca La Bella, Silvia Flamini, Suor Lilly Manavalan

**14\_** JBI Best Practice. Proprietà di misura degli strumenti di valutazione multidimensionale del dolore utilizzati nei pazienti adulti nel post-operatorio

## **DAL CECRI**

**19\_** Linee Guida. Cosa c'è di nuovo

**20\_** Estratto delle Linee Guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell'adulto (quesiti 1-4)

**28\_** COMMENTARY al COCHRANE

**30\_** Roma rappresenta l'Italia al Congresso ESNO

## **DALL'ORDINE**

**31\_** Assemblea degli iscritti

**33\_** Il Bilancio



## DALLA FNOPI

- 38\_** In arrivo il Congresso nazionale di Rimini  
Svelato il programma della tre giorni
- 39\_** Infermieri protagonisti  
al Forum Risk di Arezzo
- 40\_** Rapporto Eurispes: Infermieri italiani  
sempre più pochi, stanchi e malpagati
- 41\_** Giornata del personale sanitario  
e Giubileo del mondo della sanità
- 42\_** Eletto il nuovo Comitato Centrale  
Maurizio Zega vicepresidente nazionale

## DALLA REGIONE

- 44\_** Il presidente Rocca  
al brindisi con gli OPI

## OPI DI BIBLIOTECA

- 45\_** Un libro che è anche un buon  
“compagno di viaggio” da consultare  
durante la giornata lavorativa

## PILLOLE LEGALI

- 46\_** La prescrizione  
infermieristica in Italia

- 48\_ LA STRISCIA**

# INFERMIERE

**OGGI**



Associato all'Unione  
Stampa Periodica Italiana

Organo Ufficiale di Stampa  
dell'OPI di Roma  
Anno XXXV - N.4 - OTTOBRE-DICEMBRE 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, Antonio Andreozzi, Lorella Calafato,  
Nadia Marciano, 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: febbraio 2025  
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

## Uscire dall'ombra

di Maurizio Zega

“È necessario un vero e proprio ‘svelamento’, rendere sempre più evidente, a noi stessi e all'intero mondo sanitario, la qualità e la profondità intellettuale e scientifica della nostra attività, facendola uscire da quel cono d'ombra che ancora la circonda”



“Esiste il nuovo codice ATECO 86.94.01 ‘Attività infermieristiche’, entrato in vigore con l'inizio del 2025... Dunque, anche nel rilevamento statistico ufficiale della Repubblica, non siamo più ‘paramedici’ ma professionisti sanitari a tutti gli effetti”



Il 24, 25 e 26 gennaio 2025 si sono completate le procedure di rinnovo di Comitato Centrale, Commissione d'Albo Infermieri, Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici e Collegio dei Revisori dei Conti della Federazione Nazionale-FNOPI.

Il nostro auspicio è che ne esca rafforzato il percorso di miglioramento del nostro profilo professionale, con l'obiettivo preciso di fare “uscire dall'ombra” la realtà del lavoro infermieristico.

È necessario, a nostro avviso, un vero e proprio “svelamento”: rendere sempre più evidente, a noi stessi e all'intero mondo sanitario, la qualità e la profondità intellettuale e scientifica della nostra attività, facendola uscire da quel cono d'ombra che ancora la circonda.

I progressi raggiunti sembrano disegnare, diciamo pure, un cambio di prospettiva finalmente “di sistema”: in primo luogo, si registra l'istituzione delle prime Lauree magistrali ad indirizzo specialistico, che porta con sé non solo la prospettiva di un'adeguata quanto riconosciuta crescita professionale, ma condurrà inevitabilmente anche ad un significativo cambio dell'inquadramento giuridico, aprendo un percorso che arriverà anche alla prescrizione infermieristica, superando gli scogli normativi oggi espressi dal Decreto legislativo 219 del 2019 e dal DPCM 12 gennaio 2017, e non si tratta di speranzose interpretazioni, ma di quanto è nero su bianco in precisi documenti ministeriali.

E ancora: registriamo anche un altro significativo risultato appena ottenuto. L'Istat, nella sua ultima revisione dei codici ATECO (nuovi codici delle attività economiche), ha finalmente sciolto il nodo.

La professione infermieristica, divenuta intellettuale con l'abolizione del mansionario e l'inquadramento in professione sanitaria, è stata riclassificata come noi richiedevamo da tempo: è stato realizzato il nuovo codice specifico superando il vecchio codice generico che parlava di “attività paramediche indipendenti”. Esiste ora il nuovo codice ATECO 86.94.01 “Attività infermieristiche”, entrato in vigore con l'inizio del 2025. Un ulteriore passo avanti nel riconoscimento della professione, e un supporto anche all'attività libero professionale degli infermieri. Dunque, anche nel rilevamento statistico ufficiale della Repubblica, non siamo più “paramedici”, ma professionisti sanitari a tutti gli effetti. Si tratta anche qui di un modesto ma essenziale “svelamento” della realtà, al quale auspichiamo se ne aggiungeranno altri, nella direzione di un cambio complessivo e sistemico.

Ma non dobbiamo fermarci alla soddisfazione (pur legittima!) per questi provvedimenti: oggi, è il caso di riflettere non solo sulle opportunità, per così dire, professionali e di immediata evidenza, altrettanto significative.

“

*“L'intero processo di miglioramento del nostro profilo professionale deve portare con sé... la capacità di superare consapevolmente ciò che, di norma, frena ognuno di noi di fronte al cambiamento. Nel seno di una più ampia opinione pubblica, è necessaria la maturazione di una più veritiera considerazione del nostro agire professionale... Sistema di reporting e miglioramento della 'brand reputation' saranno i nostri ulteriori obiettivi”*

”

Spetta infatti a noi, proprio nel momento del conseguimento di questi obiettivi, porcene altri, di importanza non meno rilevante.

Vorrei in particolare richiamare l'attenzione su due aspetti.

Il primo è di natura prettamente scientifica ma, come sempre con immediato e tangibile effetto pratico a beneficio del paziente: penso ai flussi informativi e al linguaggio standardizzato che sono l'architrave dei futuri Lea infermieristici. La nostra ulteriore e auspicata professionalizzazione passa per la cruna di questo ago del sistema di *reporting* dove, anche e soprattutto a vantaggio del paziente, si farà finalmente chiarezza su chi fa che cosa, sulla qualità del lavoro infermieristico e del suo effetto sugli *outcome* sanitari: insomma, un misuratore credibilmente scientifico del nostro contributo al “prodotto salute”.

Il secondo, invece, è di natura culturale.

L'intero processo di miglioramento del nostro profilo professionale di cui, qui, stiamo parlando deve - lo ripetiamo, DEVE - portare con sé, con la forza dei fatti, suffragata dal linguaggio scientifico di un sistema adeguato di *reporting*, la capacità di superare consapevolmente ciò che, di norma, frena ognuno di noi di fronte al cambiamento. Nel seno di una più ampia opinione pubblica, è necessaria, infatti, la maturazione di una più veritiera considerazione del nostro agire professionale. Si tratta di uscire dalla retorica degli umili eroi presto dimenticati appena la bufera si placa; si tratta di uscire da una narrazione - che subiamo anche troppo spesso - legata ad una sorta di piagnisteo istituzionalizzato: “*sono pochi, lavorano troppo, li pagano troppo poco!*”.

Cose vere - s'intende -, ma limitarsi a questo (come tuttora accade nel *mainstream* della comunicazione sanitaria e sociale) è una bestemmia, una bestemmia contro la verità dei fatti del nostro agire, già adesso: non a caso parlavo di “svelare” a noi stessi, e al resto del mondo, la qualità del nostro lavoro.

Mentre proprio da quest'operazione di svelamento è possibile e realistico attendersi che, unitamente ai provvedimenti istituzionali sulle Lauree specialistiche, essa possa rendere la scelta del nostro percorso di studi un'opzione appetibile e percorribile dai giovani molto più di quanto non avvenga oggi.

Sistema di *reporting* e miglioramento della “*brand reputation*” (come si dice nel linguaggio tecnico della comunicazione): questi i nostri ulteriori obiettivi che, al pari di quelli già ottenuti, passano per un rafforzamento della nostra Federazione a cui OPI Roma non ha fatto e non farà mai mancare il suo supporto politico e scientifico. Ci siamo e ci saremo.



# Prevenzione delle lesioni da pressione. Revisione della letteratura sugli esiti clinici degli interventi infermieristici

*Prevention of pressure injuries.  
A Review of the literature on the clinical  
outcomes of nursing interventions*

**Suor Gwladys Compaore**, Studente III anno CdL in Infermieristica Scuola "P.L. Tezza" (Istituto Figlie di San Camillo)-Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**Francesca La Bella**, Infermiera UOC di Medicina Generale Ospedale "M.G. Vannini" (Istituto Figlie di San Camillo), Roma

**Silvia Flamini**, Infermiera UOC di Medicina Generale Ospedale "M.G. Vannini" (Istituto Figlie di San Camillo), Roma

**Suor Lilly Manavalan**, Coordinatrice Infermieristica UOC di Medicina Generale Ospedale "M.G. Vannini" (Istituto Figlie di San Camillo), Roma

## Parole chiave

*pressione, ulcere, danno, Infermieristica, interventi, risultato, risultati, sensibile*

## Keywords

*pressure, ulcers, injury, Nursing, interventions, outcome, outcomes, sensitive*

## ABSTRACT INTRODUZIONE

Sebbene prevenibile, nella maggior parte dei casi, **la lesione da pressione è causa di un'elevata mortalità e morbilità, nonché di aumento della spesa sanitaria** per via dei costi attribuibili ai ricoveri ospedalieri.

Ormai, tra gli operatori sanitari è un dato consolidato il fatto che l'incidenza delle lesioni da decubi-

to sia un indicatore negativo della qualità della vita e dell'assistenza, tanto che la loro presenza ha un significato prognostico sfavorevole. Negli Stati Uniti, si stima che le ulcere da pressione riguardino circa da 1,5 a 3 milioni di persone all'anno, il 70% delle quali con un'età superiore ai 70 anni, comportando una spesa sanitaria annua di circa cinque miliardi di dollari. Un'ampia analisi retro-

spettiva sull'incidenza di ulcere da pressione in 52 mila individui ospedalizzati attraverso *Medicare* (il programma di assicurazione medica degli USA), ha rilevato che il 4,5% del campione ha sviluppato una o più ulcere da pressione durante il ricovero. La piaga del decubito duplica la presenza di malati in ospedale, aumenta di quattro volte il rischio di morte, tende alle recidive nel 70% dei

casi e permane sotto forma di invalidità nel 30%, in modo particolare nella lunga degenza in ospedale.

In questo contesto epidemiologico e demografico, destinato a peggiorare a causa dell'aumento esponenziale delle patologie croniche e dell'invecchiamento della popolazione, l'infermiere si inserisce con il proprio campo precipuo di competenze cliniche, che possono consentire una presa in carico e una pianificazione dell'assistenza infermieristica efficace nel migliorare l'*outcome* dei pazienti a rischio di sviluppare una lesione da pressione.

### **MATERIALI E METODI**

La Revisione è stata condotta tra i mesi di gennaio e luglio 2024, ed ha previsto la consultazione indipendente da parte di due revisori di studi *full text* di meta analisi, Revisioni sistematiche e *trial* clinici randomizzati pubblicati negli ultimi cinque anni, in lingua inglese, estrapolati dalla banca dati Pubmed, coerenti con criteri di inclusione prestabiliti in grado di rispondere al quesito di ricerca. Quest'ultimo, messo a punto con la metodologia PICO e finalizzato a dimostrare la correlazione tra l'assistenza infermieristica e il miglioramento dell'*outcome* nei pazienti a rischio di sviluppare una lesione da pressione.

Il processo di Revisione è stato riportato schematicamente nel PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) Flow Diagram la valutazione dell'affidabilità complessiva dei risultati è stata realizzata mediante lo strumento AMSTAR2 e il rischio di *bias* è stato verificato con gli strumenti informatici ROB2 (*Trial* clinici) e ROBIS (Revisioni sistematiche).

### **RISULTATI**

Sono stati inclusi sette studi *full text* condotti in diversi Paesi tra cui: Australia, Stati Uniti, Belgio, Regno Unito, Norvegia, Cina, Irlanda, Italia e Francia, di cui tre Revisioni sistematiche e quattro *trial* clinici randomizzati.

Gli studi selezionati hanno dimostrato come la prevenzione della lesione da pressione risulti particolarmente efficace in termini di risultati di salute, qualora ci si trovi di fronte al combinato disposto di una precoce presa in carico infermieristica e della disponibilità di un'appropriata organizzazione assistenziale e di presidi.

### **CONCLUSIONI**

La presa in carico infermieristica del paziente a rischio di sviluppare una lesione da pressione può migliorare l'*outcome* degli stessi, grazie ad un'assistenza infermieristica improntata sull'esame fisico giornaliero, con particolare riferimento al controllo dell'integrità degli annessi cutanei e alla valutazione dell'efficacia della barriera cutanea. L'organizzazione dell'assistenza del team infermieristico può influenzare i risultati degli interventi infermieristici.

Ovviamente, sono necessari ulteriori studi per consolidare quanto prodotto da questa Revisione, anche alla luce delle limitazioni emerse in fase di valutazione dell'affidabilità dei dati estrapolati.

### **ABSTRACT BACKGROUND**

*Although preventable in most cases, pressure (ulcers) damage causes high mortality and morbidity, as well as increased health care costs due to the costs attributable to hospital admissions. It is now well established among healthcare professionals that the incidence of pressure injuries is such a negative indicator*

*of the quality of life and care, that their presence has an unfavorable prognostic significance.*

*In the United States, it's estimated that pressure ulcers affect approximately 1.5 to 3 millions people per year, 70% of whom are over 70 years of age, resulting in an annual healthcare expenditure of about \$5 billion. A large retrospective analysis of the incidence of pressure ulcers in 52.000 individuals hospitalized through Medicare. The US medical insurance program, found that 4.5% of the sample developed one or more pressure ulcers during hospitalization.*

*The bed sores doubles the presence of patients in hospital, increases the risk of death fourfold, tend to recur in 70% of cases and remains in the form of disability in 30%, particularly during long hospital stays. In this epidemiological and demographic context, destined to worsen due to the exponential increase in chronic diseases and the aging of the population. The nurse is inserted with his or her own field of clinical skills that can allow effective nursing care management and planning in improving the outcome of patients at risk of contracting damage from the pressure.*

### **MATERIAL AND METHODS**

*The review was conducted between January and July 2024 and involved independent consultation by two reviewers of full text studies of meta analysis, systematic reviews and randomized clinical trials published in the last five years, in English extrapolated from the database Pubmed consistent with pre-established inclusion criteria capable of answering the research question, the latter developed using PICO methodology and aimed at demonstrating the correlation between nursing care and improved outcome in patients; at*

*risk of pressure injury contracting. The review process was reported schematically in the PRISMA Flow Diagram, the valuation of affidability complessive of the result was realized through AMSTAR2 and the risk of bias has been verified with the informatic instruments ROB2 (Clinic Trial) and ROBIS (Systematic Reviews).*

### RESULTS

*Seven full text studies conducted in different countries including, Australia, the USA, Belgium and the United Kingdom, Norway, China, Ireland, Italy and France, including 3 systematic reviews and 4 randomized clinical trials.*

*The selected studies demonstrated that the prevention of pressure damage (bed sores) is particularly effective in terms of health outcomes when the combination of early nursing care and the availability of an appropriate organisation and assistance and facilities.*

### CONCLUSIONS

*The nursing management of the patient at risk of contracting pressure damage (bed sores) can improve the nursing care on daily physical examination with particular reference to the control of integrity of the skin appendages and of the evaluation of the effectiveness of the skin barrier. The organisation of the nursing team's care can influence the results of nursing interventions. Obviously, further studies produced by this review are necessary to consolidate the results of this review; also in light of the limitations that emerged during the evaluation phase of the reliability of the extrapolated data.*

### INTRODUZIONE

La lesione da pressione è presente in tutte le istituzioni sanitarie,

colpisce individui di tutte le età, è associato a tempi di trattamento prolungati e costi elevati e causa grandi sofferenze ai pazienti e alle loro famiglie.

Attualmente, la prevalenza mondiale di lesioni da pressione, nei contesti acuti, è stimata tra il 6% e il 15% (8) e rappresenta il 14%-42% della mortalità globale, nonostante i progressi della tecnologia sanitaria, tanto che, tra gli anziani, il tasso di mortalità è aumentato del 60% entro un anno dalla dimissione ospedaliera, proprio a causa della comparsa di una lesione da pressione (15).

Le ulcere da pressione colpiscono da 1,3 a 3 milioni di adulti negli Stati Uniti e sono associate a una ridotta qualità della vita, funzione compromessa, complicazioni come l'infezione, prognosi peggiore e aumento dei costi delle cure (11-12).

Le lesioni da pressione sono anche responsabili del 2% della mortalità prevenibile (16), oltre a causare intenso dolore e disagio nei pazienti, prolungando la degenza ospedaliera e ritardando il recupero (17).

La prevenzione delle ulcere da pressione rappresenta, quindi, obbligatoriamente una sfida clinica significativa e una priorità per ogni servizio sanitario.

La maggior parte di queste lesioni sono prevenibili, sebbene le misure preventive richiedano tempo e personale addestrato per la cura del paziente e lo sviluppo di nuove tecniche e tecnologie è di fondamentale importanza per supportare la prevenzione (13).

È riconosciuto a livello internazionale come la prevenzione e la gestione della lesione da pressione sia principalmente, a tutti gli effetti, una responsabilità degli infermieri, dato il loro contatto quotidiano e diretto con i pazienti (18), esperito attraverso la valutazione e la sta-

diazione delle lesioni, l'implementazione tempestiva degli interventi preventivi e le tecniche di medicazione adeguate alla tipologia di danno riscontrato (9).

La prevenzione e la gestione della lesione da pressione è anche un indicatore di qualità sensibile agli infermieri nella loro pratica professionale (2) ed il tasso di lesioni da pressione è un importante parametro di sicurezza del paziente.

**Gli infermieri, pertanto, svolgono un ruolo di primo piano nella prevenzione della lesione da pressione, ma necessitano di risorse adeguate, assistenza e supporto da parte di altro personale sanitario, pazienti e caregiver.**

Non a caso, la carenza di personale, la mancanza di risorse, la complessità della casistica e la scarsa *compliance* dei pazienti mettono a dura prova gli infermieri nella prevenzione delle lesioni da pressione (10).

Gli interventi per prevenire la comparsa o ridurre la gravità delle ulcere da pressione potrebbero avere importanti effetti sulla salute e potrebbero essere più efficaci rispetto al trattamento delle ulcere dopo che si sono sviluppate (14). Per tale motivo, i Governi di diversi Paesi hanno attivato programmi per la prevenzione delle ulcere da pressione basati su linee guida internazionali come la *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)* (20).

Tali programmi, però, per essere efficaci richiedono un approccio collaborativo tra il Governo, il paziente e gli operatori sanitari interdisciplinari, in particolare gli infermieri (19): quest'ultimi per l'importante ruolo che possono rivestire in tale ambito assistenziale come espresso precedentemente.

Scopo di questa Revisione è quello di esplorare l'importante funzione svolta dall'infermiere nella preven-



zione della lesione da pressione, individuando le migliori evidenze scientifiche presenti in letteratura, che dimostrino la correlazione tra gli esiti clinici relativi al paziente a rischio di sviluppare una lesione da pressione e le cure infermieristiche.

**MATERIALI E METODI**

Per elaborare il quesito di ricerca è stato utilizzato il metodo PICO. (Tabella 1)

duttori per articoli non in inglese e gli articoli che non erano specifici per l'assistenza infermieristica

- articoli per i quali non era disponibile un *abstract* e un *full text*
- articoli pubblicati da più di cinque anni
- pazienti con un'età inferiore ai 19 anni.
- *Review*
- *trial*
- studi osservazionali
- *books and documents*

ma da un revisore e, poi, dall'altro. I conflitti sono stati risolti con la richiesta di parere ad un terzo revisore, ricompreso tra gli autori di questa ricerca.

I risultati della ricerca, così condivisi, sono stati riportati nella PRISMA *Flow Diagram* (21).

Le variabili descrittive da compilare sono state riportate nella **tabella 2** ed hanno incluso: le fonti, il disegno, lo scopo e il metodo dello studio, i risultati.

La valutazione dell'affidabilità complessiva dei risultati di questa Revisione è stata realizzata mediante lo strumento AMSTAR2 (25), il rischio di *bias*, negli studi randomizzati, è stato valutato utilizzando lo strumento RoB2 (22), mentre il rischio di *bias* nelle Revisioni sistematiche è stato valutato con ROBIS (23).

**RISULTATI**

Il processo di Revisione è stato schematicamente descritto utilizzando il PRISMA *Flow Diagram* (21). In totale, sono stati recuperati 2.370 *record* da *database online* Pubmed e archiviati tramite il *software* Zotero.

Dopo aver rimosso i titoli duplicati, 1.631 *record* sono stati sottoposti a revisione del titolo e dell'*abstract*. Sono 58 gli studi successivamente sottoposti a Revisione del testo completo. Infine, 51 studi sono stati esclusi con le motivazioni documentate nel PRISMA *Flow Diagram*. (Figura 1)

Nella Revisione sistematica sono stati inclusi, complessivamente, sette studi, risultati coerenti con la ricerca e in grado di poter rispondere al quesito di ricerca. Quelli selezionati sono rappresentati da tre Revisioni sistematiche e quattro *trial* clinici randomizzati.

Gli studi sono stati condotti in diversi Paesi, tra cui: Australia, Stati Uniti, Belgio, Regno Unito, Norve-

Le parole chiave già enunciate a margine del testo sono state combinate con l'operatore "AND", formando specifiche stringhe di ricerca utilizzate sul *database* PUBMED come riportato a seguire (*Pressure injury AND nursing interventions AND outcome; Pressure injury AND Nursing AND Sensitive AND Outcomes; Pressure injury AND Nursing AND Case management AND Outcome*).

La selezione e l'estrazione degli studi è stata effettuata in maniera indipendente da due revisori e, in caso di disaccordo, ne è stato coinvolto un terzo. I due revisori hanno estratto indipendentemente i dati, utilizzando una cartella pre-progettata sul *software* Zotero (24).

Dapprima sono stati visionati i titoli e gli *abstract* emersi dalla ricerca e esclusi quelli non rispondenti ai criteri di inclusione.

I *full text* degli articoli, i cui titoli e *abstract* corrispondevano ai criteri di inclusione, sono stati letti e valutati ai fini della ricerca.

Lo *screening* dei risultati è stato eseguito separatamente, dapprima

Il quesito di ricerca è stato il seguente: la presa in carico infermieristica del paziente a rischio di sviluppare una lesione da pressione e il conseguente intervento infermieristico migliora l'*outcome*? Al fine di rispondere al quesito di ricerca, è stata effettuata una Revisione della letteratura tra gennaio e luglio 2024 attraverso la consultazione della banca dati PUBMED. Per la raccolta e la gestione delle citazioni e della bibliografia è stato creato un archivio sul *software* Zotero (24).

Sono stati inclusi tutti gli studi che rispondevano al quesito definito nello schema PICO, utilizzando i seguenti criteri:

- disponibilità di un *abstract*
- disponibilità di *full text*
- *publication date: in last 5 years* (2019-2024)
- *meta analysis*
- *systematic Review*
- *randomized controlled trial*
- *language: english*

Sono stati esclusi:

- articoli non in lingua inglese, per l'impossibilità di usufruire di tra-

| P (Popolazione)  | I (Interventi)   | C (Comparazione)                        | O (Outcome)                            |
|--|--|---|--|
| Pazienti a rischio di contrarre una lesione da pressione | Assistenza infermieristica finalizzata a prevenire le lesioni da pressione | Mancata presa in carico infermieristica | Prevenzione della lesione da pressione |

Tabella 1

| Fonti                            | Disegno dello studio                 | Obiettivo  | Campione   | Conclusioni  |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| Sugathapala RDUP et al, 2023     | Revisione sistematica e meta analisi | Quantificare la prevalenza e l'incidenza delle lesioni da pressione tra gli anziani in Case di cura e identificare gli stadi e le sedi anatomiche più frequenti.   | Sono stati inclusi studi trasversali e di coorte ricercati in Medline, PubMed, Embase, Cochrane Library, CINAHL e ProQuest. Selezionati 3.384 abstract e inclusi 47 studi.   | Rilevata una diminuzione della prevalenza della lesione da pressione nel tempo da correlare all'implementazione di pacchetti di cure, interventi basati sull'educazione e raccomandazioni di pratica clinica.  |
| Yap TL, Horn SD et Al, 2022      | Trial clinico randomizzato           | Studiare l'efficacia clinica di tre intervalli di riposizionamento (2, 3 o 4 ore).   | Lo studio ha incluso nove strutture sanitarie certificate Medicare divise in tre bracci. L'intervento assistenziale è durato 4 settimane ed ha coinvolto 992 pazienti (età media, 78 ± 13 anni; 63% donne), suddivisi 2317 per braccio.  | Lo studio suggerisce che gli intervalli di riposizionamento dei pazienti possono essere estesi in sicurezza fino a 4 ore senza aumentare l'incidenza di PU tra i residenti se sono supportati da materassi in schiuma ad alta densità e il personale è conforme al riposizionamento.                               |
| Miki-Turja-Rostedt S et al, 2019 | Revisione sistematica                | Esplorare l'efficacia degli interventi mirati alla prevenzione delle ulcere da pressione (PU) nelle strutture di assistenza a lungo termine per anziani (LOPC).  | E' stata condotta una ricerca sistematica in sei database elettronici PubMed, CINAHL, Web of Science Core Collection, Scopus, Cochrane Wounds Group Specialized Register e Cochrane Central Register of Controlled Trials. La revisione ha incluso diciotto studi.   | La revisione sistematica ha messo in evidenza l'importanza della presenza degli infermieri, nella riduzione delle lesioni da pressione anche se, tuttavia, gli studi analizzati non hanno riportato la significatività statistica dei risultati.   |
| Da Silva Augusto F et al, 2019   | Trial clinico randomizzato           | Questo studio confronta l'effetto protettivo di 2 medicazioni adesive utilizzate nella prevenzione delle lesioni da pressione nei pazienti a rischio.  | Lo studio è stato condotto in un ospedale del Brasile con 80 pazienti adulti ospedalizzati a rischio di lesioni da pressione. I pazienti sono stati randomizzati all'intervento preventivo con schiuma idrocellulare (n = 40) o medicazione con piastra idrocolloidale (n = 40), applicata sulla pelle intatta sopra l'osso sacro e i trocanteri e cambiata settimanalmente per 8 settimane. | Le misure preventive standard, l'intervento infermieristico e l'uso della schiuma idrocellulare o della piastra idrocolloidale hanno contribuito alla prevenzione delle lesioni da pressione nei pazienti a rischio.   |
| Al-Ghairybah T et al, 2021       | Revisione sistematica                | Indagare la relazione tra l'ambiente della pratica infermieristica (NPE) negli ospedali per acuti e cinque esiti relativi ai pazienti sensibili all'assistenza infermieristica (mortalità, errore terapeutico, lesioni da pressione, infezioni acquisite in ospedale e caduta del paziente). | E' stata condotta una revisione sistematica quantitativa della letteratura. Sono stati interrogati i seguenti database scientifici: CINAHL, MEDLINE e Scopus. Sono stati inclusi dieci studi.  | Le lesioni da pressione sono state documentate come un indicatore di assistenza infermieristica di alta qualità. Un aumento delle ore infermieristiche per giorno paziente ha ridotto il tasso di lesioni da pressione.  |
| Völzer B et al, 2023             | Trial clinico randomizzato           | Lo scopo dello studio era misurare gli effetti dell'implementazione di un pacchetto di cura e prevenzione della pelle.   | E' stato condotto uno studio controllato randomizzato a due bracci (149 pazienti controllo, 165 pazienti intervento). Il gruppo di intervento è stato sottoposto per sei mesi ad un programma per la cura e la prevenzione della cute mentre il gruppo di controllo ha ricevuto cure standard.   | L'implementazione di routine infermieristiche personalizzate e basate sull'evidenza migliora la salute e la sicurezza della cute nell'assistenza residenziale a lungo termine.   |
| Beekman D et al, 2019            | Trial clinico randomizzato           | Confrontare l'efficacia delle superfici di supporto ad aria statiche rispetto alle superfici di supporto a pressione d'aria alternata in una popolazione di case di cura ad alto rischio di ulcere da pressione.   | Lo studio è stato condotto nelle Fiandre. Sono state incluse nel campione 94 reparti di 26 case di cura per un totale di 308 pazienti (gruppo di intervento 154, gruppo di controllo n = 154).   | Un materasso ad aria statico è risultato significativamente più efficace di un materasso a pressione d'aria alternata nel prevenire le ulcere da decubito. In rilievo l'importanza dell'osservazione clinica messa in pratica dagli infermieri per individuare precocemente la presenza di entema non sbiancabile. |

Tabella 2 - Analisi dei risultati degli articoli selezionati

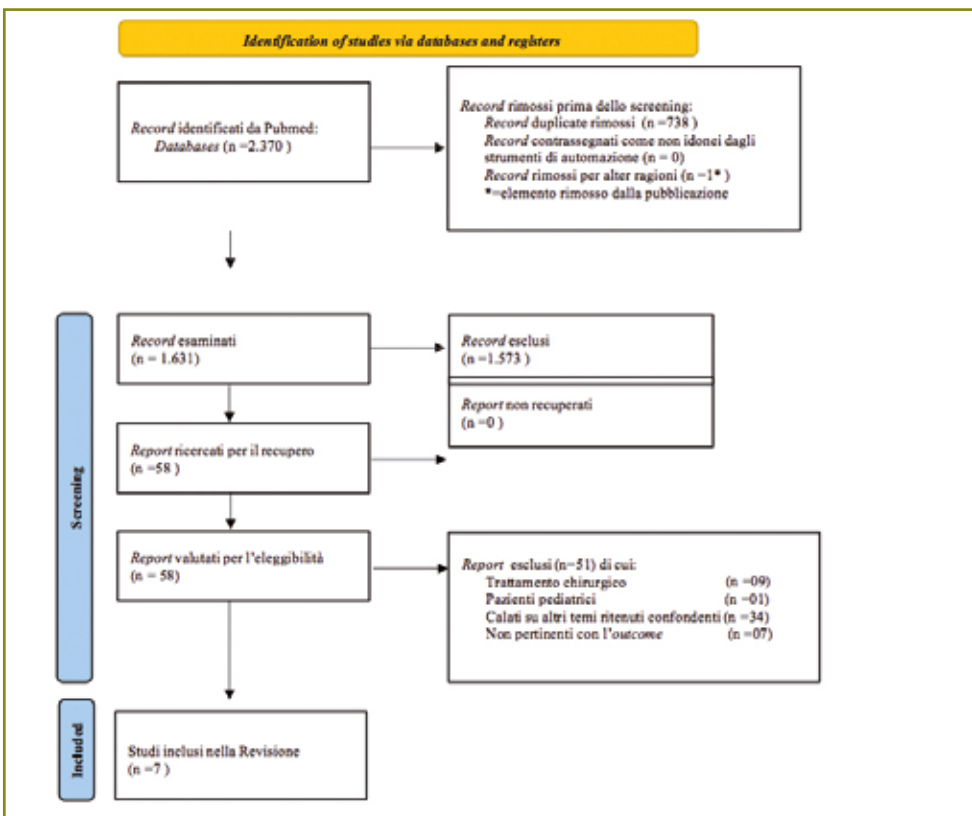


Figura 1 - Diagramma di flusso relativo agli step della Revisione (PRISMA flow diagram)

gia, Cina, Irlanda, Italia e Francia. Secondo la valutazione ROB2 per l'analisi *intention-to-treat*, il 100% dei *trials* inclusi ha dimostrato un basso rischio di *bias* derivanti dal processo di randomizzazione, dalla mancanza di dati e nel riportare i risultati, mentre è risultato poco chiaro (25%) il rischio di *bias* derivante dalla deviazione rispetto all'intervento programmato e dalla misurazione dell'esito. Secondo la valutazione ROBIS, esiste un alto rischio di *bias* riguardo due delle Revisioni sistematiche prese in esame (2-5), con particolare riferimento all'identificazione e alla selezione degli studi. Altresì, il rischio di *bias* di tutte le Revisioni sistematiche analizzate, riguardante i criteri di eleggibilità, la raccolta dati e valutazione dello studio e la sintesi e risultati è risultato basso. Gli esiti dettagliati ROB2 (Figura 1) e ROBIS (Figura 3) sono riportati a seguire, mediante appositi schemi sinottici.

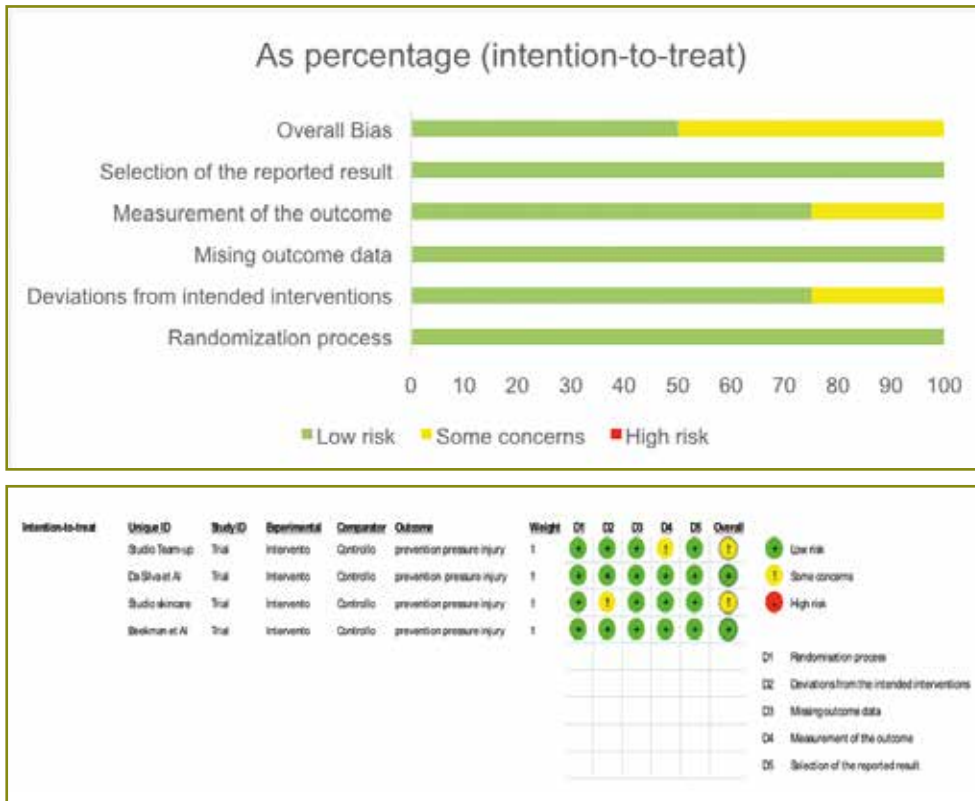


Figura 2 - Analisi intention-to-treat (ROB2)



Figura 3 - ROBIS (Analisi Revisioni sistematiche)

**DISCUSSIONE**

Questa Revisione della letteratura aveva lo scopo di verificare se la presa in carico infermieristica del paziente a rischio di sviluppare una lesione da pressione migliori l'outcome del paziente.

La Revisione è stata centrata sulla ricerca di evidenze scientifiche che potessero esplorare l'ipotesi riguardo la correlazione tra presa in carico infermieristica, intervento infermieristico ed esiti positivi,

in termini di salute nel paziente a rischio di una lesione da pressione. Ciò ha permesso di redigere una sintesi dei risultati più rilevanti di quanto è emerso dalla ricerca bibliografica.

Gli studi analizzati si focalizzano, per lo più, sull'efficacia dei dispositivi progettati per la prevenzione della lesione da pressione che, però, è sempre stata associata anche alla funzione svolta dal personale infermieristico e dalle misure

standard di prevenzione che essi realizzano durante la presa in carico dei pazienti a rischio.

Proprio da queste analisi si evincano aspetti positivi che fanno pensare alla validità del ruolo svolto dagli infermieri nella prevenzione della lesione da pressione nei pazienti a rischio.

Tra gli elementi che concorrono a convalidare l'ipotesi proposta sono risultati particolarmente rilevanti alcuni studi (1-2) che hanno dimostrato come la prevenzione della lesione da pressione risulti particolarmente efficace qualora ci si trovi di fronte al combinato disposto di precoce presa in carico infermieristica e disponibilità di un'organizzazione assistenziale e di presidi appropriati.

In particolare, si è potuto rilevare come gli interventi standard infermieristici, applicati nella prevenzione della lesione da pressione nel paziente a rischio, siano particolarmente efficaci nel prevenire l'insorgenza della stessa (1).

Tale efficacia è da attribuire ad una serie di interventi infermieristici: dall'osservazione e dal monitoraggio costante degli annessi cutanei; dal riposizionamento dei pazienti allettati; dall'uso di materassi ad aria alternata o in schiuma viscoelastica; dall'idratazione della cute con emollienti una volta al giorno; dall'utilizzo di medicazioni preventive per la protezione della cute; dal monitoraggio e dal cambio frequente dei pannolini; dalla cura dei dispositivi per la raccolta delle urine; dal sollevamento del tallone tramite cuscini; dall'uso di formole enterali industrializzate per i pazienti in nutrizione enterale.

Gli interventi sopra richiamati, gestiti dall'infermiere, comprovano l'importante funzione da lui svolta nell'assistenza del paziente a rischio di una lesione da pressione. Ulteriori prove a sostegno della cor-

relazione tra intervento infermieristico e prevenzione della lesione da pressione sono emerse da una Revisione sistematica della letteratura, che ha messo in evidenza come un aumento delle ore infermieristiche per giorno/paziente riduca il tasso di lesioni da pressione (2).

Ciò indica come il personale infermieristico e l'adeguatezza delle risorse che gli vengono assegnate possano essere l'elemento-chiave nella prevenzione delle stesse lesioni da pressione. Altri studi, richiamati negli articoli scientifici presi in esame, hanno specificato che le lesioni da pressione devono essere considerate come un indicatore di assistenza infermieristica di alta qualità (26-27-28).

Un *trial* clinico randomizzato ha dimostrato come l'implementazione di routine infermieristiche personalizzate e basate sull'evidenza migliori la salute e la sicurezza della cute nell'assistenza residenziale a lungo termine dei pazienti a rischio di una lesione da pressione (3).

Tali prove suggeriscono come molteplici condizioni cutanee avverse possono essere prevenute mediante valutazioni periodiche della cute e interventi infermieristici mirati sulla protezione della stessa.

Lo stesso *trial* ha messo in evidenza effetti positivi dell'assistenza infermieristica sulla secchezza cutanea finalizzati a mantenere i parametri fisiologici della cute, atti a non determinare cambiamenti nella funzione di barriera cutanea.

L'aspetto interessante, in funzione del quesito di ricerca della Revisione, è in riferimento soprattutto all'efficacia in termini di *outcome* dell'intervento infermieristico nella prevenzione delle lesioni da pressione. Esistono molti modi per prevenirla, specie nelle strutture residenziali per pazienti anziani.

Secondo la letteratura analizzata, in questo particolare contesto, non è

possibile identificare un solo modo efficace (4).

Un terzo degli interventi preventivi che si applicano in questo *setting* assistenziale si sono comunque rivelati efficaci. Tuttavia, mancano ancora prove sistematiche provenienti da studi randomizzati sugli interventi preventivi della lesione da pressione nei contesti residenziali. Preme, comunque, rilevare come l'infermiere venga considerato l'attore principale del programma di prevenzione della lesione da pressione, tanto da correlare la presenza dello stesso ad una riduzione della prevalenza e dell'incidenza di lesioni da pressione, anche se va specificato come tali evidenze non abbiano sempre dimostrato un'accettabile significatività statistica (4). Dalla letteratura presa in esame, inoltre, emerge che il peso delle lesioni da pressione, tra gli anziani nelle case di cura, è simile a quello dei pazienti ospedalizzati e richiede un approccio mirato alla prevenzione come quello intrapreso negli ospedali (5).

Con riferimento al quesito di ricerca, gli studi analizzati hanno dimostrato una diminuzione della prevalenza della lesione da pressione nel tempo da correlare, secondo gli autori, al rapido sviluppo e implementazione di pacchetti di cure per la prevenzione delle lesioni da pressione (5-29-30-31-32) e di interventi basati sull'educazione (33) messi in atto proprio dagli infermieri.

Tale risultato, sempre secondo gli stessi autori, potrebbe essere ricondotto all'evoluzione di diverse raccomandazioni di linee-guida di pratica clinica sulla prevenzione e gestione delle lesioni da pressione come, ad esempio, la Linea Guida internazionale 2019, la Linea guida canadese 2016, la Linea guida 2014 del *National Institute for Health Care Excellence* e le Linee guida belghe del 2013 (34).

In futuro, si potrebbe prevedere un'ulteriore riduzione della prevalenza, se queste linee guida saranno effettivamente implementate nel contesto delle case di cura. Da queste conclusioni si estrapola l'importanza della presa in carico e dell'intervento infermieristico finalizzato alla prevenzione della lesione da pressione ai fini del miglioramento degli esiti. Uno dei *trial* clinici analizzato ha dimostrato, da una parte, come un materasso ad aria statico possa risultare significativamente più efficace di un materasso a pressione d'aria alternata, nel prevenire le ulcere da decubito in una popolazione di case di cura ad alto rischio; dall'altra, come l'osservazione clinica messa in pratica dagli infermieri, per individuare precocemente la presenza di eritema non sbiancabile, migliori gli esiti in termini di *outcome* della prevenzione della lesione da pressione (6).

Infatti, la presenza di eritema non sbiancabile (ulcera da pressione di categoria I) indica che la frequenza del riposizionamento e della ridistribuzione della pressione delle superfici di supporto non è efficace. Un'osservazione clinica quotidiana della cute, da parte degli infermieri, è essenziale per identificare un paziente a rischio e per fornire la migliore strategia di prevenzione delle ulcere da pressione (35).

Nello stesso *trial*, oltre alla comparazione dei due materassi antidecubito, sono state eseguite valutazioni quotidiane della cute da parte degli infermieri, sulla base del metodo del "disco trasparente", per differenziare l'eritema sbiancabile (nessuna ulcera da pressione) e l'eritema non sbiancabile.

Gli *outcome* positivi, emersi in ordine alla diminuzione dell'incidenza di lesioni da decubito, per deduzione, devono essere associati non solo al posizionamento del materasso antidecubito, ma all'associazione di



quest'ultimo con la precoce presa in carico infermieristica del paziente a rischio di lesioni da pressione e il costante monitoraggio degli annessi cutanei da parte dell'infermiere (6). Dallo studio, infatti, è emerso che la densità di incidenza delle ulcere da pressione (categoria II-IV), nel gruppo di intervento caratterizzato dall'osservazione costante della cute da parte dell'infermiere e dal posizionamento di un materasso a pressione d'aria alternata, era inferiore a quella del gruppo di controllo (0,41/100 giorni osservati; IC 95% = 0,19-0,77 vs 0,89/100 giorni osservati; IC 95% = 0,55-1,39).

Infine, un ulteriore *trial* clinico esaminato (7) suggerisce che gli intervalli di riposizionamento dei pazienti possono essere estesi in sicurezza fino a ogni quattro ore, senza aumentare l'incidenza della lesione da pressione tra i pazienti nelle residenze per anziani con un ampio intervallo di rischio clinico, se i residenti sono supportati da materassi in schiuma ad alta densità e il personale è conforme al riposizionamento. Anche questo studio, pertanto, ricomprende l'intervento infermieristico tra le variabili positive, capaci di migliorare la prevenzione della lesione da pressione.

In particolare, lo studio analizzato sottolinea come l'assistenza infermieristica assuma una maggiore correlazione rispetto all'*outcome* se gli infermieri sono consapevoli dell'importanza dello scarico dei tessuti, se sono formati sulle tecniche di riposizionamento adeguate e se sono aderenti ai protocolli *standard* di prevenzione adottati (7).

Inoltre, lo studio mette in evidenza come le valutazioni giornaliere e settimanali della cute da parte del personale infermieristico riducano notevolmente l'incidenza e la prevalenza di lesioni da decubito nei pazienti a rischio.

Infermieri formati hanno osservato

quotidianamente la cute sopra le protuberanze ossee, tra le pieghe cutanee, nelle aree dei genitali/glutei e nei siti dei sensori applicati per rilevarne la pressione: il cambiamento nell'aspetto della cute è stato segnalato ed utilizzato come criterio per riposizionare i pazienti.

Tal genere di assistenza infermieristica, rappresentato dall'osservazione e dal riposizionamento, assieme all'utilizzo di materassi antidecubito ha determinato esiti positivi nella prevenzione della lesione da pressione.

### CONCLUSIONI

L'elemento-chiave, emerso nel corso della Revisione, indica che la presa in carico e l'intervento infermieristico sul paziente a rischio può influenzare positivamente la prevenzione delle lesioni da pressione. In particolare, l'osservazione clinica quotidiana della cute, da parte degli infermieri, è essenziale per identificare precocemente lo sviluppo di una lesione da pressione e per fornire la migliore strategia assistenziale. L'identificazione dei pazienti a rischio è un punto centrale per la prevenzione della lesione da pressione e l'attività di *risk assessment* dell'infermiere dovrebbe comprendere sempre l'esame fisico della persona, con particolare riferimento al controllo dell'integrità degli annessi cutanei e alla valutazione dell'efficacia della barriera cutanea. L'organizzazione dell'assistenza del team infermieristico può influenzare i risultati degli interventi infermieristici. A tale scopo, dalla Revisione è emerso che gli interventi assistenziali di successo devono annoverare, in ogni struttura sanitaria, l'istituzione di comitati interdisciplinari e interprofessionali, che ricomprendano la partecipazione degli infermieri, l'accesso a infermieri esperti in grado di rilasciare consulenze per la vitalità dei tessuti, la registrazione

e il *benchmarking* dei tassi di lesioni da pressione, la formazione e l'aggiornamento costante sulle lesioni da pressione per il personale.

Ovviamente, sono necessari ulteriori studi per consolidare quanto emerso da questa Revisione.

### LIMITI

Questa Revisione presenta alcune limitazioni.

In particolare, è stato interrogato un solo *database* scientifico (Pubmed) ed è stato utilizzato il solo indicatore booleano "AND", pertanto la ricerca potrebbe non aver identificato tutti gli studi.

Sono stati inclusi unicamente studi pubblicati in inglese: potrebbero essere stati omessi studi pertinenti in altre lingue.

La valutazione dell'affidabilità complessiva dei risultati di questa Revisione, realizzata mediante lo strumento AMSTAR2, ha rilevato difetti che potrebbero non fornire una sintesi accurata e completa degli studi disponibili che affrontano la questione di interesse.

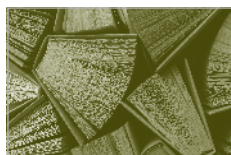
In particolare:

1. il protocollo di ricerca non è stato registrato in PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*);
2. non è stato predisposto un piano di analisi statistiche per la sintesi;
3. manca una strategia per esplorare le cause di eterogeneità.

Gli strumenti impiegati hanno individuato un alto rischio di *bias* nell'identificazione e nella selezione di alcune delle Revisioni sistematiche analizzate, mentre è risultato poco chiaro il rischio di *bias* nei *trial* clinici verificati derivante dalla deviazione rispetto all'intervento programmato e dalla misurazione dell'esito.

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





## Bibliografia

1. Silva Augusto F, Blanes L, Ping P.Z.X, Saito C.M.M, Masako Ferreira L, Hydrocellular Foam Versus Hydrocolloid Plate in the Prevention of Pressure Injuries. *Wounds*. 2019 Aug;31(8):193-199. Epub 2019 May 31. PMID: 31184996.
2. Al-Ghraiya T, Sim J, Lago L, The relationship between the nursing practice environment and five nursing-sensitive patient outcomes in acute care hospitals: A systematic review. *Nurs Open*. 2021 Sep;8(5):2262-2271. doi: 10.1002/nop.2.828. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33665965; PMCID: PMC8363353.
3. Völzer B, El Genedy-Kalyoncu M, Fastner A, Tomova-Simitchieva T, Neumann K, Hillmann K, Blume-Peytavi U, Hahnel E, Sill J, Balzer K, Kottner J, Enhancing skin health and safety in aged care (SKINCARE trial): A cluster-randomised pragmatic trial. *Int J Nurs Stud*. 2024 Jan;149:104627. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104627. Epub 2023 Oct 28. PMID: 37956524.
4. Mäki-Turja-Rostedt S, Stolt M, Leino-Kilpi H, Haavisto E, Preventive interventions for pressure ulcers in long-term older people care facilities: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019 Jul;28(13-14):2420-2442. doi: 10.1111/jocn.14767. Epub 2019 Jan 25. PMID: 30589987.
5. Sugathapala R.D.U.P, Latimer S, Balasuriya A, Chaboyer W, Thalib L, Gillespie B.M, Prevalence and incidence of pressure injuries among older people living in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2023 Dec;148:104605. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2023.104605. Epub 2023 Sep 14. PMID: 37801939.
6. Beeckman D, Serraes B, Anrys C, Van Tiggelen H, Van Hecke A, Verhaeghe S, A multicentre prospective randomised controlled clinical trial comparing the effectiveness and cost of a static air mattress and alternating air pressure mattress to prevent pressure ulcers in nursing home residents. *Int J Nurs Stud*. 2019 Sep;97:105-113. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.05.015. Epub 2019 Jun 8. PMID: 31234104.
7. Yap T.L, Horn S.D, Sharkey P.D, Zheng T, Bergstrom N, Colon-Emeric C, Sabol V.K, Alderden J, Yap W, Kennerly S.M, Effect of Varying Repositioning Frequency on Pressure Injury Prevention in Nursing Home Residents: TEAM-UP Trial Results. *Adv Skin Wound Care*. 2022 Jun 1;35(6):315-325. doi: 10.1097/01.ASW.0000817840.68588.04. PMID: 35051978; PMCID: PMC9119401.
8. Tubaishat A, Papanikolaou P, Anthony D, Habiballah L, Prevalenza delle ulcere da pressione in ambito di terapia intensiva: una revisione sistematica, 2000 2015. *Clinica Nurs Res*. 2017; 27 (6):643-659. doi: 10.1177/1054773817705541. Comitato consultivo nazionale sulle ulcere da pressione, Comitato consultivo europeo sulle ulcere da pressione, Alleanza Pan Pacific per gli infortuni da pressione, Prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione: guida di riferimento rapido. Perth, Australia: Cambridge Media; 2014.
9. Li Z, Marshall A.P, Lin F, Ding Y, Chaboyer W, Registered nurses' approach to pressure injury prevention: A descriptive qualitative study. *J Adv Nurs*. 2022 Aug;78(8):2575-2585. doi: 10.1111/jan.15218. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35307866; PMCID: PMC9545357.
10. Lyder C, Ayello E, Ulcere da pressione: una questione di sicurezza del paziente. In: Hughes R, eds, Sicurezza e qualità del paziente: un manuale per infermieri basato sull'evidenza. Pubblicazione AHRQ n. 08-0043. Rockville M.D, Agenzia per la ricerca e la qualità nel settore sanitario 2008 (1-33).
11. Russo C.A, Steiner C, Spector W, Ricoveri correlati alle ulcere da pressione tra gli adulti di età pari o superiore a 18 anni, 2006. Brief statistico HCUP 64.
12. Rockville M.D, Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria; 2008. Accesso a [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf) il 14 gennaio 2013.
13. Da Silvia F.A, Blanes L, Xiao Ping P.Z, Morita Saito C.M, Ferreira L.M, Schiuma idrocellulare contro piastra idrocolloidale nella prevenzione delle lesioni da pressione, agosto 2019 ISSN1044-7946. *Indice Ferite* 2019; 31(8):193-199. Epub 2019 31 maggio.
14. Oot-Giromini B, Bidwell F.C, Heller N.B, Parks M.L, Wicks P, Williams P.M, Evoluzione della cura della pelle: tassi di prevalenza delle ulcere da pressione pre/post intervento. *Decubito*. 1989;2:54-5. [PID: 2787659]
15. Gedamu H, Hailu M, Amano A, Prevalenza e fattori associati dell'ulcera da pressione tra i pazienti ospedalizzati presso l'ospedale di riferimento di Felegehiwot, Bahir Dar, Etiopia. *Avv. Nurs* 2014; 2014 : 1-8. doi: 10.1155/2014/767358
16. Servizio Sanitario Nazionale (SSN), stop alle ulcere da pressione. Disponibile: <https://nhs.stopthepression.co.uk/>
17. Berihu H, Wubayehu T, Teklu T et al, Pratica sulla prevenzione delle ulcere da pressione tra gli infermieri in ospedali pubblici selezionati, Tigray, Etiopia. *BMC Res Notes* 2020; 13 :1-7. doi: 10.1186/s13104-020-05049-7
18. Charalambous C, Koulouri A, Roupas Z et al, Conoscenza e atteggiamenti degli infermieri in un importante ospedale pubblico di Cipro verso la prevenzione delle ulcere da pressione. *J Vitalità dei tessuti* 2019; 28 :40-5. doi: 10.1016/j.jtv.2018.10.005
19. Awoke N, Tekalign T, Arba A, Lenjebo T.L, Pressure injury prevention practice and associated factors among nurses at Wolaita Sodo University Teaching and Referral Hospital, South Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022 Mar 14;12(3):e047687. doi: 10.1136/bmjopen-2020-047687. PMID: 35288379; PMCID: PMC8921857.
20. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), Pressure ulcers prevalence cost and risk assessment: consensus development conference statement. In *Decubitus*, 1989, may; 2(2): 24-8
21. Page M.J, McKenzie J.E, Bossuyt P.M et al, The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71
22. Sterne J.A.C, Savovic J, Page M.J, Elbers R.G, Blencowe N.S, Boutron I, Cates C.J, Cheng H.Y, Corbett M.S, Eldridge S.M, Hernán M.A, Hopewell S, Hróbjartsson A, Junqueira D.R, Jüni P, Kirkham J.J, Lasserson T, Li T, McAleenan A, Reeves B.C, Shepperd S, Shrier I, Stewart L.A, Tilling K, White I.R, Whiting P.F, Higgins J.P.T, RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in

- randomised trials. *BMJ* 2019; 366: l4898.
22. Whiting P, Savovic J, Higgins J.P, Caldwell D.M, Reeves B.C, Shea B, Davies P, Kleijnen J, Churchill R; ROBIS group, ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *J Clin Epidemiol.* 2016 Jan; 69:225-34. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.06.005. Epub 2015 Jun 16. PMID: 26092286; PMCID: PMC4687950.
23. Zotero is a project of the Corporation for Digital Scholarship, a nonprofit organization dedicated to the development of software and services for researchers and cultural heritage institutions, and is developed by a global community. <https://www.zotero.org/groups/>.
24. Shea B.J, Reeves B.C, Wells G et al, AMSTAR 2: strumento per la valutazione critica di revisioni sistematiche di trial randomizzati e/o di studi non randomizzati sull'efficacia degli interventi sanitari. *Evidence* 2020;12(2): e1000206.
25. Rodgers K, Sim J & Clifton R. Pressure injury prevalence in Australian & New Zealand hospitals: Systematic review protocol. *Collegian*, 27(4), 471-475. 10.1016/j.colegn.2019.11.003. (2020a)
26. Rodgers K, Sim J & Clifton R, Systematic review of pressure injury prevalence in Australian and New Zealand hospitals. *Collegian*. 10.1016/j.colegn.2020.08.012. In Press. (2020b)
27. Stalpers D, de Brouwer B.J.M, Kaljouw M.J & Schuurmans M.J, Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817-835. 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.0052015
28. Waird A, Monaro S, Reducing the incidence and severity of pressure injuries in a high level care residential aged facility: a quality improvement project *Wound. Pract. Res.*, 29, pp. 77-852021. 2021.
29. Stone A, Stone Preventing pressure injuries in nursing home residents using a low-profile alternating pressure overlay: a point-of-care trial. *Adv. Skin Wound Care*, 33 (10), pp. 533-539. 2020.
30. Lavallée J.F, Gray T.A, Dumville J, Cullum N, Preventing pressure ulcers in nursing homes using a care bundle: a feasibility study. *Health Soc. Care Community*, 27 (4) (2019), pp. e417-e427. 2019.
31. Yilmazer et al., 2019 T. Yilmazer, B. Inkaya, H. Tuzer Care under the guidance of pressure injury prevention protocol: a nursing home sample *Br. J. Community Nurs.*, 24 (Sup12) (2019), pp. S26-S33
32. Price et al., 2017 K. Price, K.J. Kennedy, T.L. Rando, A.R. Dyer, J. Boylan Education and process change to improve skin health in a residential aged care facility *Int. Wound J.*, 14 (6) (2017), pp. 1140-1147
33. Gillespie et al., 2021 B.M. Gillespie, S. Latimer, R.M. Walker, E. McInnes, Z. Moore, A.M. Eskes, et al. The quality and clinical applicability of recommendations in pressure injury guidelines: a systematic review of clinical practice guidelines
34. *Int. J. Nurs. Stud.*, 115 (2021), p. 103857
35. Beeckman e il Comitato consultivo europeo sulle ulcere da pressione, 2017
36. Beeckman D, Comitato consultivo europeo sulle ulcere da pressione. Modulo di eLearning PuClas4 Univ. Cent. Infermieri. *Ostetricia Eur. Press. Ulcera Advis. Pane* (2017)

## Proprietà di misura degli strumenti di valutazione multidimensionale del dolore utilizzati nei pazienti adulti nel post-operatorio

### Raccomandazioni\*

- Per una efficace gestione del dolore postoperatorio dovrebbe essere utilizzato uno strumento di valutazione multidimensionale affidabile e valido. **(Grado A)**

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

### Fonte informativa

Questo documento rappresenta la traduzione di un foglio informativo sulle migliori evidenze pubblicato sul JBI EBP Database. Il documento originale è una sintesi di una revisione sistematica pubblicata nel 2021 nel JBI Evidence Synthesis.

### Background

Il dolore postoperatorio tra gli adulti si verifica in circa il 75%-80% dei pazienti ed è comunemente valutato utilizzando una domanda singola per accertare l'intensità del dolore, ad esempio l'uso di strumenti unidimensionali come la Numerical Rating scale (NRS) e la Visual Analog Scale (VAS). La capacità di uno strumento di valutazione di considerare la natura più complessa del dolore è fondamentale per una gestione efficace del dolore postoperatorio, sia per il paziente che per il servizio sanitario. Il burden per i pazienti varia a seconda del dolore cronico e della disabilità, che possono influire negativamente sulla qualità della vita, fino ad un aumento della morbidità e della mortalità, a causa di tromboembolia venosa, polmonite ed embolia polmonare. Il burden per il servizio sanitario può includere il prolungamento della durata di degenza ospedaliera, riammissioni non pianificate e la gestione del dolore cronico post-operatorio in strutture ambulatoriali. Per la valutazione del dolore post-operatorio negli adulti sono disponibili strumenti multidimensionali, tra cui il McGill Pain Questionnaire (MPQ), il Brief Pain Inventory (BPI), le Surgical Pain Scales (SPS), la scala Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) e la Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). Tuttavia, la loro reattività, validità e affidabilità in contesti post-operatori non sono state finora dimostrate. È pertanto necessario identificare lo strumento più affidabile e valido che possa essere utilizzato per valutare con precisione il dolore nei pazienti adulti nel post-operatorio.

### Obiettivi

Presentare le migliori evidenze disponibili riguardanti l'affidabilità e la validità degli strumenti multidimensionali di valutazione del dolore post-operatorio nei pazienti adulti.

### Tipologie di intervento

La revisione sistematica ha considerato studi osservazionali o trasversali, o analisi secondarie di dati provenienti da trial clinici

randomizzati (RCT), che abbiano valutato le proprietà di misura di strumenti multidimensionali di valutazione del dolore utilizzati per il dolore post-operatorio in adulti (di età pari o superiore a 18 anni) in un contesto di cura acuta, entro due settimane da qualsiasi tipo di intervento chirurgico. Gli studi dovevano includere una o più delle seguenti proprietà di misurazione: affidabilità; validità; o reattività/risposta.

### Qualità della ricerca

Gli articoli selezionati sono stati valutati da due revisori indipendenti utilizzando strumenti di valutazione e criteri standardizzati. Diciassette articoli sono stati esaminati per validità metodologica utilizzando la COSMIN Risk of Bias checklist; nessuno è stato escluso. Gli studi inclusi consistevano in 15 studi trasversali e due analisi secondarie di dati provenienti da RCT, per un totale di 15.807 partecipanti con un'età media compresa tra 30,6±4,45 e 66,8±2,7 anni. La certezza delle evidenze è stata presentata utilizzando un approccio modificato del sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), con un livello di certezza variabile da molto basso a moderato.

### Risultati

Tutti gli studi inclusi hanno valutato il dolore postoperatorio in pazienti adulti sottoposti a intervento chirurgico. Le specialità chirurgiche comprendevano la chirurgia generale/mista (n=10), cardio-toracica (n=2), addominale, oftalmologica, ortopedica e prostatectomia/urologica (un studio ciascuna). Gli studi sono stati condotti negli Stati Uniti (n=5), Norvegia (n=2), Turchia (n=2), Canada (n=1), Brasile (n=1), Cina (n=1), Germania (n=1), Thailandia (n=1) o in più paesi (n=3). Gli studi sono stati pubblicati tra il 1995 e il 2018. Cinque diversi strumenti multidimensionali sono stati valutati nei 17 studi: cinque studi hanno valutato l'American Pain Society Pain Outcomes Questionnaire Revised (APS-POQR), cinque il Brief Pain Inventory (BPI), tre la versione modificata o breve del BPI, quattro il McGill Pain Questionnaire (MPQ) e uno la versione modificata o breve del MPQ, uno il Houston Pain Outcomes Instrument (HPOI) e uno il Quality Improvement in Postoperative Pain management Postoperative Pain Questionnaire (QUIPS-POP).



# Proprietà di misura degli strumenti di valutazione multidimensionale del dolore utilizzati nei pazienti adulti nel post-operatorio

## **Brief Pain Inventory (BPI)**

Sei studi trasversali (n=3.645 pazienti) hanno valutato le proprietà del BPI. I risultati sono stati considerati coerenti tra gli studi, che sono stati classificati di qualità moderata. Gli studi hanno evidenziato un'elevata coerenza interna e una validità e affidabilità adeguate; tuttavia, la validità di contenuto e la sensibilità al cambiamento sono state valutate come inadeguate. Il BPI ha rispettato il principio fondamentale di stabilire la multidimensionalità e ha mostrato evidenze di raggruppamento degli Item nelle due sottoscale: intensità del dolore e interferenza del dolore

## **Questionario rivisitato sugli esiti del dolore dell'American Pain Society (APS-POQ-R)**

Sei studi trasversali (n=11.221 pazienti) hanno valutato le proprietà dell'APS-POQ-R. I risultati sono stati considerati incoerenti tra gli studi, con evidenze di bassa qualità. Gli studi hanno mostrato una coerenza interna da moderata ad alta; tuttavia, la validità strutturale è stata valutata come bassa. L'APS-POQ-R ha rispettato il principio fondamentale di stabilire la multidimensionalità, dimostrando evidenze di tre (in uno studio) fino a cinque (in due studi) dimensioni del dolore: gravità e interferenza (sensoriale, fisiologica e psicologica), effetti avversi (cognitivi), percezioni delle cure (cognitive), dimensione affettiva, interferenza con il sonno, effetti sulle emozioni (cognitivi) e percezione del servizio per la gestione del dolore (cognitivi).

## **Questionario sul dolore McGill (MPQ)**

Cinque studi trasversali (n=488 pazienti) hanno valutato le proprietà dell'MPQ. I risultati sono stati considerati coerenti tra gli studi e l'evidenza di qualità moderata; gli studi hanno mostrato un'elevata coerenza interna e validità di costruito. Le quattro sottoscale dell'MPQ misuravano quattro caratteristiche principali del dolore: sensoriale, affettiva, valutativa e varia; tuttavia, non sono state fornite prove di validità strutturale per confermare la multidimensionalità dello strumento.

## **Strumento per l'esito del dolore (HPOI) Houston**

Uno studio trasversale (n=95 pazienti) ha valutato le proprietà del questionario HPOI. I risultati sono stati considerati di bassa qualità e hanno mostrato un'elevata coerenza interna per le sue otto sottoscale e una validità concorrente soddisfacente. Il numero di sottoscale del questionario HPOI erano nove; cinque sottoscale misuravano gli esiti della gestione del dolore (intensità del dolore, interferenza del dolore con l'umore e la funzione fisica, e soddisfazione del paziente), mentre quattro sottoscale misuravano aspettative riguardo al dolore, opinioni sul dolore, fonti affidabili di informazioni e modalità di gestione del dolore. I test psicometrici non hanno fornito evidenze di validità strutturale per questo strumento e i test sono stati limitati a una popolazione di pazienti spagnoli, due settimane dopo un intervento di chirurgia generale.

## **Questionario di miglioramento della qualità nella gestione del dolore postoperatorio (QUIPS-POP)**

Uno studio trasversale (n=430 pazienti) ha valutato le proprietà del QUIPS-POP. La qualità delle evidenze era molto bassa; la validità di costruito è stata valutata come molto buona e l'affidabilità come adeguata. Il QUIPS-POP conteneva quattro

sotto scale: tre item sull'intensità del dolore, quattro item sull'interferenza del dolore (mobilitazione, respirazione, sonno, umore), tre item sugli effetti collaterali del trattamento e due item sulla soddisfazione del paziente. Tuttavia, questo strumento di valutazione non ha mostrato evidenze di validità strutturale ed è stato sviluppato per l'uso in una specifica popolazione (pazienti tedeschi sottoposti a chirurgia addominale, chirurgia ortopedica/traumatologica o oro-maxillo-facciale) nell'ambito di un progetto di miglioramento della qualità.

## **Conclusioni**

Questa revisione ha identificato 17 studi che hanno valutato l'uso di cinque strumenti per la valutazione del dolore postoperatorio in pazienti adulti: il BPI (n=6 studi), l'APS-POQ-R (n=6 studi), l'MPQ (n=5 studi), l'HPOI (n=1) e il QUIPS-POP (n=1). Tutti e cinque gli strumenti sono stati sottoposti a valutazione psicométrica delle proprietà di misurazione, evidenziando la capacità di effettuare una valutazione multidimensionale del dolore postoperatorio nei contesti di cura acuta. Tra questi, il BPI e l'APS-POQ-R hanno dimostrato evidenze di validità strutturale, confermando la multidimensionalità dello strumento.

Sebbene dimostrare la validità strutturale sia cruciale, è stato sottolineato che la capacità di adattarsi a tutti i contesti postoperatori è altrettanto importante. Nonostante il campione aggregato di pazienti fosse eterogeneo, ogni studio avrebbe dovuto valutare lo strumento su più gruppi di pazienti per stabilirne validità e affidabilità. Ciò è risultato limitato, poiché la maggior parte degli studi ha selezionato specifiche popolazioni postoperatorie per valutare l'uso di un singolo strumento, con due studi che lo hanno testato su un'unica specifica popolazione di pazienti.

Un'altra limitazione era l'assenza di test di reattività (sensibilità all'esperienza del dolore in termini di sensibilità minima al cambiamento rilevabile) per determinare qualsiasi risultato clinicamente rilevante dovuto a un piccolo cambiamento nell'esperienza del dolore; nessuno studio ha incluso la reattività in modo completo. Infine, nella valutazione dello strumento rispetto a un gold-standard, non è stato preso in considerazione uno strumento multidimensionale ben consolidato (o validato). Dove è stata valutata la validità convergente, è stata condotta in relazione a strumenti unidimensionali e/o non validati. Sono necessari ulteriori studi per valutare la validità del contenuto dei due strumenti multidimensionali nelle popolazioni nel postoperatorio.

## **Implicazioni per la pratica**

Tra i cinque strumenti considerati, il BPI ha dimostrato le evidenze più solide per le principali proprietà di misurazione valutate; tuttavia, la validità di contenuto e la responsività sono state giudicate inadeguate. Si è concluso che un affidabile e valido strumento multidimensionale per la valutazione del dolore è fondamentale per ottenere risultati efficaci nella gestione del dolore postoperatorio.



## POPOLAZIONE

Pazienti adulti nel postoperatorio durante le prime due settimane dopo l'intervento chirurgico

## INTERVENTO

Strumenti di valutazione multidimensionale del dolore

## RISULTATI

Validità, affidabilità e reattività

## RISULTATI

### Brief Pain Inventory (BPI)

Le evidenze di qualità moderata hanno mostrato un'elevata consistenza interna e una validità adeguata, ma una validità di contenuto e una reattività inadeguate.

### Questionario rivisitato sugli esiti del dolore dell'American Pain Society (APS-POQ-R)

Risultati inconsistenti, che hanno portato a evidenze di bassa qualità, hanno mostrato una consistenza interna da moderata a elevata, ma la validità strutturale è stata valutata come bassa.

### Questionario sul dolore McGill (MPQ)

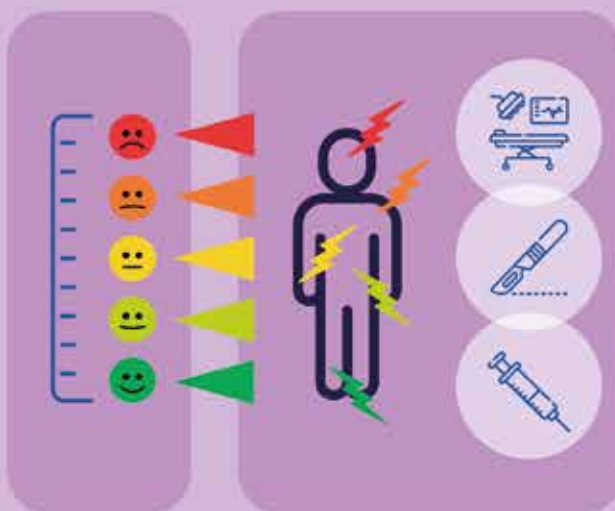
Le evidenze di qualità moderata hanno mostrato un'elevata consistenza interna e validità di costruito, ma evidenze inadeguate per confermare la sua multidimensionalità.

### Strumento per l'esito del dolore (HPOI) Houston

Le evidenze di bassa qualità hanno mostrato un'elevata consistenza interna, ma non sono riuscite a fornire prove per la validità strutturale.

### Questionario di miglioramento della qualità nella gestione del dolore postoperatorio (QUIPS-POP)

Le evidenze di bassa qualità hanno mostrato una validità di costruito molto buona e un'affidabilità adeguata, ma nessuna evidenza a supporto della validità strutturale.



## RACCOMANDAZIONI PER LA PRATICA

### EFFICACE GESTIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO

Per una gestione efficace del dolore postoperatorio, dovrebbe essere utilizzato uno strumento di valutazione multidimensionale affidabile e valido.

(Grado A)

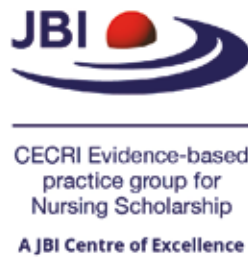


## Riferimenti

1. Marin, T. [Best Practice Information Sheets] Reliability, validity and responsiveness of multidimensional pain assessment tools used in postoperative adult patients: a systematic review of measurement properties. JBI EBP Database. 2021 [updated 2022];23(1)1-4.
2. Lapkin S, Ellwood L, Diwan A, Fernandez R. Reliability, validity, and responsiveness of multidimensional pain assessment tools used in postoperative adult patients: a systematic review of measurement properties. JBI Evid Synth. 2021;19(2):284-307

## Riconoscimenti

Questa scheda riassuntiva sulle migliori evidenze scientifiche è stata sviluppata in collaborazione con il JBI ed è stata sviluppata dai Collaboratori JBI e dall'autore della revisione.



## How to cite this Best Practice Information Sheet:

Marin, T. [Best Practice Information Sheets] Proprietà di misura degli strumenti di valutazione multidimensionale del dolore utilizzati nei pazienti adulti nel post-operatorio: Tradotto da: Accettone R., Caggianelli G., Cesare M., Fiorini J., Sferrazza S., Kusumam P. & D'Angelo D. JBI EBP Database. 2024; 3(4) LOTE. Originale pubblicato nel 2022. Marin, T.



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

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

Copyright © 2022

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

Email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au) | <https://jbi.global>



# INFERMIERE<sup>3</sup>

*Innovazione, Sfide e Soluzioni*  
*La giusta **combinazione***  
*per governare la **complessità***

**20-22 MARZO 2025**  
**PALACONGRESSI DI RIMINI**

**TERZO CONGRESSO NAZIONALE**  
Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche



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 delle linee guida sul buon uso dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore cronico non oncologico dell'adulto (quesiti 1-4)

*(Roma, 22 novembre 2024)*

## **INTRODUZIONE**

Il dolore cronico è un problema di salute globale significativo, che colpisce milioni di persone e rappresenta una sfida importante per i sistemi sanitari.

Gli oppiacei rappresentano una delle opzioni farmacologiche per gestire il dolore cronico; tuttavia, negli ultimi anni, i dubbi riguardo la sicurezza di questi farmaci sono aumentati<sup>1</sup>, soprattutto nella terapia del dolore cronico non oncologico, mentre la loro importanza, nel trattamento del dolore oncologico e nelle cure palliative, è ampiamente accettata<sup>2</sup>.

Gli oppiacei hanno dimostrato efficacia nell'alleviare il dolore cronico da moderato a severo nel breve e medio termine, nel dolore neuropatico, nel dolore correlato al cancro e nel dolore associato a condizioni come l'osteoartrosi e il mal di schiena<sup>2-5</sup>. Tuttavia, gli oppiacei non sembrerebbero avere effetti significativi sulla disabilità correlata al dolore o sulla funzionalità<sup>3-6</sup>.

Inoltre, un recente studio randomizzato, controllato in doppio cieco, di Jones et al. mette in discussione l'efficacia degli oppiacei per il trattamento del dolore rachideo lombare o cervicale acuto in pronto soccorso, poiché gli autori non hanno riscontrato differenze significative nel ridurre l'intensità del dolore rispetto al placebo<sup>7</sup>. L'uso degli oppiacei è frequentemente accompagnato da una serie di effetti avversi, tra cui sedazione, nausea, compromissione cognitiva, soprattutto durante la fase di induzione della terapia, mentre la stipsi rimane l'effetto più frequentemente riportato e persistente nel tempo<sup>8</sup>. Questi effetti sono ritenuti insopportabili dal 6-19% dei pazienti e possono essere causa di scarsa aderenza e interruzione della terapia<sup>9</sup>. Inoltre, l'uso degli oppiacei a lungo termine è stato associato a un aumento del rischio di fratture negli anziani<sup>10</sup> e a una riduzione della densità ossea<sup>11</sup>, sebbene il meccanismo esatto per cui questo

avenga sia ancora poco chiaro. Le indagini precliniche suggeriscono che queste osservazioni, nell'ambito clinico, possano essere correlate agli effetti degli oppiacei sul sistema endocrino, che portano anche alle note disfunzioni sessuali correlate agli oppiacei, o alla loro attività diretta sulle cellule ossee<sup>12</sup>. Inoltre, sono descritte alterazioni immunitarie nei pazienti con esposizione agli oppiacei a lungo termine<sup>13</sup>.

La terapia con oppiacei è anche associata allo sviluppo di tolleranza, situazione in cui sono necessarie dosi crescenti nel tempo per raggiungere lo stesso livello di sollievo dal dolore. Come conseguenza, l'uso prolungato di oppiacei porta a dipendenza fisica, caratterizzata da sintomi di astinenza alla sospensione<sup>14</sup>. Tuttavia, l'aspetto più temuto degli oppiacei è il loro potenziale per abuso e dipendenza psichica<sup>15</sup>.

La cosiddetta "crisi degli oppiacei", che ha causato un aumento delle morti correlate agli oppiacei negli Stati Uniti e in Canada, ha portato a rivalutare l'uso di questi farmaci per il dolore cronico non oncologico, e ha favorito un approccio più integrato al trattamento del dolore cronico, che comprende interventi multimodali e sviluppo di linee guida specificamente mirate a ridurre il rischio di abuso e a introdurre buone pratiche cliniche per un utilizzo più sicuro. Tra queste, appare rilevante il suggerimento di limitare la dose giornaliera di farmaci oppiacei, ma anche l'implementazione di strategie di sospensione in caso di comportamento aberrante e di dipendenza.

Ci sono diversi lavori che sostengono che i Paesi europei abbiano atteggiamenti diversi nei confronti della prescrizione e dell'uso degli oppiacei rispetto agli Stati Uniti e al Canada. Infatti, c'è ancora una differenza di consumo di oppiacei tre volte superiore in Nord America, rispetto ai paesi dell'Europa occidentale, nonostante, negli ultimi anni, si sia registrata una riduzione





globale del consumo in Canada e negli Stati Uniti, come conseguenza delle azioni in risposta alla “crisi”. Al contrario, il consumo di oppiacei ha subito un significativo aumento, nella maggior parte dei Paesi europei, dalla metà degli anni '90 in poi<sup>16</sup>, segno di una crescente attenzione nel trattamento del dolore nel vecchio continente.

In particolare, in Italia, negli ultimi dieci anni, l'incremento di prescrizioni è avvenuto a seguito dell'emanazione della legge 38/2010. Prima di allora, l'Italia era la nazione europea con il minor consumo pro capite di oppiacei ad uso terapeutico. Ciò nonostante, le Dosi Giornaliere Definite (DDD) in Italia sono ancora al di sotto di quelle di molti Paesi dell'Europa occidentale<sup>16</sup>. Alla luce di queste osservazioni, quanto è accaduto in Nord America dovrebbe essere considerato un monito per raccomandare un approccio più strutturato alla terapia con oppiacei e suggerire buone pratiche cliniche per ottimizzare gli effetti analgesici e minimizzare i rischi. Pertanto, SIAARTI ha avviato un tavolo di lavoro multidisciplinare per rivedere le evidenze sull'uso appropriato degli oppiacei al fine di trarre raccomandazioni per limitare i danni potenziali o noti correlati agli oppiacei e standardizzarne l'uso, affrontando specificamente le questioni irrisolte nella pratica clinica.

### POPOLAZIONE

Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico. Esclusa popolazione pediatrica, neonatale e pazienti oncologici.

### UTILIZZATORI

Gli utilizzatori *target* della presente linea guida sono specialisti in Terapia del dolore, medici di Medicina generale, Internisti, geriatri, reumatologi e tutti gli specialisti che si occupano di pazienti adulti (>18 anni) con dolore cronico non oncologico.

### GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro è composto da persone con competenze in Anestesia e Rianimazione, Medicina interna, Medicina di base, Farmacologia, Geriatria, Reumatologia, Infermieristica e Sanità pubblica. Gli esperti nominati dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) sono stati selezionati sulla base della comprovata esperienza clinica, professionale e/o scientifica. Le altre figure professionali sono state coinvolte attraverso le Società scientifiche nazionali di riferimento, accreditate presso il Ministero della Salute, ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n.24: “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

### METODOLOGIA

Le linee guida di seguito presentate sono state elaborate secondo il sistema GRADE<sup>17</sup> (*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<sup>18</sup>, 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 forza dell'efficacia o l'incertezza dell'evidenza a supporto;
- d. l'applicabilità dell'intervento.

La qualità delle prove è espressa come grado di fiducia nella stima dell'effetto in modo tale che dalla medesima fiducia nelle prove derivi la conseguente fiducia che l'applicazione della raccomandazione possa produrre gli effetti attesi sul paziente.

---

## STATEMENT DI BUONA PRATICA CLINICA

### 1° Quesito clinico:

***Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico (superiore a tre mesi) che iniziano una terapia con farmaci oppiacei, è più vantaggioso iniziare con formulazioni “short acting” piuttosto che “long acting” sia per ottenere un migliore controllo del dolore sia per ridurre gli effetti collaterali?***

Popolazione: Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore 3 mesi) in terapia con farmaci oppiacei

Intervento: Inizio della terapia con formulazione “short acting” (a rilascio immediato)

Confronto: Inizio della terapia con formulazione “long acting” (a rilascio controllato);

Outcome:

1. Controllo del dolore (riduzione NRS  $\geq$  30%).
2. Riduzione degli effetti collaterali critici (come overdose, *addiction* e depressione respiratoria).





## CONTROLLO OTTIMALE DEL DOLORE

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal database PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul database Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 106 evidenze, successivamente scartate alla fase di *screening per full text*.

Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE.

**QUESITO 1: Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico (superiore a 3 mesi) che iniziano una terapia con farmaci oppiacei, è più vantaggioso iniziare con formulazioni "short acting" piuttosto che "long acting" sia per ottenere un migliore controllo del dolore sia per ridurre gli effetti collaterali?**

### GOOD PRACTICE STATEMENT 1.1

**Il panel ritiene che, nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore a 3 mesi) in cui si decide di iniziare una terapia con farmaci oppiacei, una titolazione e con formulazioni "short acting" ai fini di un ottimale controllo del dolore rappresenti una buona pratica clinica. Tuttavia, in considerazione delle esigenze cliniche, è possibile utilizzare formulazioni long-acting o cerotti transdermici. In ogni caso, appare sempre opportuno impiegare nella titolazione le formulazioni con il più basso dosaggio disponibile.**

*Basato su una qualità non valutata delle prove*

## INSORGENZA DI EFFETTI COLLATERALI CRITICI

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal *database* PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul *database* Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 28 evidenze, successivamente scartate alla fase di *screening per full text*.

Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE.



**QUESITO 1:** Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico (superiore a tre mesi) che iniziano una terapia con farmaci oppiacei, è più vantaggioso iniziare con formulazioni "short acting" piuttosto che "long acting" sia per ottenere un migliore controllo del dolore sia per ridurre gli effetti collaterali?

#### GOOD PRACTICE STATEMENT 1.2

Il *panel* ritiene che, nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore a 3 mesi) in cui si decide di iniziare una terapia con farmaci oppiacei, rappresenti una buona pratica clinica titolare con formulazioni "short acting" ai fini di minimizzare gli effetti collaterali di tali terapie, perché tali formulazioni, in particolare la morfina solfato ed il tramadolo cloridrato (gocece orali), permettono di utilizzare dosi iniziali minimali, individualizzabili sulle necessità del paziente. Tuttavia, in condizioni particolari, il *panel* ritiene che sia possibile titolare con formulazioni *long acting* o cerotti trans-dermici. In ogni caso, si ritiene opportuno impiegare sempre nella titolazione le formulazioni con il più basso dosaggio disponibile.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*

#### Quesito di ricerca 2:

***Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, è opportuna una valutazione periodica di follow-up correlata alle fasi di titolazione, stabilizzazione del dosaggio e terapia a lungo termine, sia per un ottimale controllo del dolore che per minimizzare gli effetti collaterali critici?***

Popolazione: Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore 3 mesi) in terapia con farmaci oppiacei

Intervento:

- Valutazione periodica con un intervallo di *follow-up* correlato alle diverse fasi della terapia
- Titolazione: monitoraggio ambulatoriale mensile
- Stabilizzazione del dosaggio: *follow-up* ogni 4-8 settimane;
- Terapia a lungo termine: *follow-up* ogni 3 mesi.

Confronto: un intervallo tra i controlli algologici superiore ai 3 mesi

Esiti attesi:

- Riduzione del dolore ( $\geq 30\%$  rispetto al basale) entro il primo *follow-up* durante la titolazione e stabilizzazione.
- Riduzione degli effetti collaterali critici (come overdose, *addiction* e depressione respiratoria) durante

#### RIDUZIONE DEL DOLORE ENTRO IL PRIMO FOLLOW-UP DURANTE LA TITOLAZIONE E STABILIZZAZIONE

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal *database* PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul *database* Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 57 evidenze, successivamente scartate alla fase di *screening* per *full text*.

Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE:



**QUESITO 2:** Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, è opportuna una valutazione periodica di *follow-up* correlata alle fasi di titolazione, stabilizzazione del dosaggio e terapia a lungo termine, sia per un ottimale controllo del dolore che per minimizzare gli effetti collaterali critici?

**GOOD PRACTICE STATEMENT 2.1**

Il *panel* ritiene che, nei pazienti in terapia con farmaci oppiacei per dolore cronico non oncologico, rappresenti una buona pratica clinica prevedere una valutazione periodica di *follow up* per garantire un controllo ottimale del dolore. In merito alle tempistiche di *follow up*, si ritiene opportuno suggerire quanto segue:

- nella fase di titolazione dovrebbe essere previsto un monitoraggio ogni otto giorni, anche mediante tele visita;
- a dosaggio stabilizzato, il monitoraggio può essere calendarizzato in base all'andamento clinico e al recupero dello stato funzionale.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*

**RIDUZIONE DEGLI EFFETTI COLLATERALI CRITICI DURANTE L'INTERA DURATA DELLA TERAPIA**

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal database PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul database Embase e 2574 sul database Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 37 evidenze, successivamente scartate alla fase di *screening* per *full text*.

Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE

**QUESITO 2:** Nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, è opportuna una valutazione periodica di *follow-up* correlata alle fasi di titolazione, stabilizzazione del dosaggio e terapia a lungo termine, sia per un ottimale controllo del dolore che per minimizzare gli effetti collaterali critici?

**GOOD PRACTICE STATEMENT 2.2**

Il *panel* ritiene che, nei pazienti in terapia con farmaci oppiacei per dolore cronico non oncologico, rappresenti buona pratica clinica monitorare periodicamente l'efficacia e gli eventi avversi della terapia. In merito alle tempistiche di *follow up*, si ritiene opportuno suggerire quanto segue:

- nella fase di titolazione dovrebbe essere previsto un monitoraggio ogni otto giorni, anche mediante tele visita;
- a dosaggio stabilizzato, il monitoraggio può essere calendarizzato in base all'andamento clinico e al recupero dello stato funzionale;
- per terapie a lungo termine con oppiacei, il monitoraggio degli effetti collaterali deve essere finalizzato anche all'individuazione precoce e alla diagnosi della comparsa di OUD (*Opioid Use Disorder*) mediante *Tool* specifico. In assenza di *tools* validati nella popolazione italiana, si ritiene opportuno l'uso del "Opioid Risk Tool" (ORT), per cui esiste una versione validata in Italiano;
- in popolazioni con più di 65 anni, sarebbe opportuno usare cautela nella titolazione, allungandone i tempi e monitorando il paziente almeno una volta al mese per gli effetti collaterali.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*



### Quesito di ricerca 3:

***Ai fini del miglioramento dell'outcome e quindi di una gestione ottimale del controllo del dolore, nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, la prescrizione di farmaci ad alto dosaggio (sopra i 60mg/die di equivalenti di morfina orale) deve essere impostata da un algologo (pain specialist)?***

Popolazione: Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore 3 mesi) in terapia con farmaci oppiacei

Intervento: prescrizione di farmaci oppiacei ad alto dosaggio (sopra i 60 mg/die di equivalenti di morfina orale)

Confronto: un intervallo tra i controlli algologici superiore ai 3 mesi

Esiti attesi: controllo del dolore (riduzione NRS  $\geq$  30%)

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal database PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul database Embase e 2574 sul database Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 50 evidenze, successivamente scartate alla fase di screening per *full text*.

Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE

**QUESITO 3: Ai fini del miglioramento dell'outcome e quindi di una gestione ottimale del controllo del dolore, nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, la prescrizione di farmaci ad alto dosaggio (sopra i 60mg/die di equivalenti di morfina orale) deve essere impostata da un algologo (pain specialist)?**

#### GOOD PRACTICE STATEMENT 3

Il *panel* ritiene che, pur non esistendo un dato certo di letteratura, rappresenti buona pratica clinica un approccio cautelativo nella prescrizione di oppiacei ad alto dosaggio. Occorre infatti un *expertise* di rilievo nella gestione di pazienti che necessitino di dosaggi alti di oppiacei, così come nella rotazione ed infine nella sospensione. Dosaggi elevati di oppiacei impongono un monitoraggio serrato, volto ad evidenziare la possibile insorgenza di effetti collaterali e/o avverso potenzialmente dannosi.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*

**QUESITO 3: Ai fini del miglioramento dell'outcome e quindi di una gestione ottimale del controllo del dolore, nei pazienti affetti da dolore cronico non oncologico in terapia con farmaci oppiacei, la prescrizione di farmaci ad alto dosaggio (sopra i 60mg/die di equivalenti di morfina orale) deve essere impostata da un algologo (pain specialist)?**

#### GOOD PRACTICE STATEMENT 3

Il *panel* ritiene che, pur non esistendo un dato certo di letteratura, rappresenti buona pratica clinica un approccio cautelativo nella prescrizione di oppiacei ad alto dosaggio. Occorre infatti un *expertise* di rilievo nella gestione di pazienti che necessitino di dosaggi alti di oppiacei, così come nella rotazione ed infine nella sospensione. Dosaggi elevati di oppiacei impongono un monitoraggio serrato, volto ad evidenziare la possibile insorgenza di effetti collaterali e/o avverso potenzialmente dannosi.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*



**Quesito di ricerca 4:**

***La terapia farmacologica a base di oppiacei aumenta il rischio di addiction nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico?***

Popolazione: Pazienti adulti (>18 anni) affetti da dolore cronico non oncologico (di gran lunga superiore 3 mesi) in terapia con farmaci oppiacei

Intervento: assunzione di terapia farmacologica a base di ossicodone

Confronto: assunzione di farmaci terapia farmacologica a base di altri oppioidi

Esiti attesi: insorgenza di *addiction*

Dalla Revisione della letteratura sono emerse 12 evidenze dal *database* PubMed, 2591 evidenze da una ricerca sul *database* Embase e 2574 sul *database* Cochrane Library che sono state sottoposte al vaglio degli esaminatori. In seguito allo *screening* per titolo ed *abstract* è stata identificata 15 evidenze, successivamente scartate alla fase di *screening* per *full text*. Per tale motivo, la Revisione non ha incluso alcuna evidenza scientifica, pertanto, non è stato possibile procedere con una valutazione della certezza delle evidenze mediante metodo GRADE.

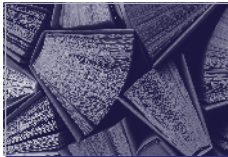
**QUESITO 4: La terapia farmacologica a base di oppiacei aumenta il rischio di addiction nei pazienti adulti affetti da dolore cronico non oncologico?**

**GOOD PRACTICE STATEMENT 4**

Il *panel* ritiene che, pur non essendoci evidenze a supporto di un marcato rischio di *addiction* nei pazienti in terapia con farmaci oppiacei per dolore cronico non oncologico, rappresenti una buona pratica clinica prevedere un utilizzo consapevole di tali molecole. Il *panel* invita a considerare tali sostanze come una seconda linea farmacologica, dopo avere concertato con il paziente un accordo terapeutico che miri alla ripresa di una funzione (aspetto riabilitativo) senza limitarsi al solo controllo del sintomo dolore. Inoltre, un monitoraggio periodico di tali pazienti è auspicabile al fine di intercettare precocemente eventuali fenomeni di abuso/misuso/*addiction*, a fronte del raggiungimento degli obiettivi terapeutici concordati con il paziente dannosi.

*Basato su una qualità non valutata delle prove*





## Referenze

1. A. Cragg et al., 'Risk Factors for Misuse of Prescribed Opioids: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Ann Emerg Med*, vol. 74, no. 5, pp. 634–646, Nov. 2019, doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.04.019.
2. M. Fallon et al., 'Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines', *Annals of Oncology*, vol. 29, pp. iv166–iv191, Oct. 2018, doi: 10.1093/annonc/mdy152.
3. E. Nury et al., 'Efficacy and safety of strong opioids for chronic noncancer pain and chronic low back pain: a systematic review and meta-analyses', *Pain*, vol. 163, no. 4, pp. 610–636, Apr. 2022, doi: 10.1097/j.pain.0000000000002423.
4. K. E. Vowles, M. L. McEntee, P. S. Julnes, T. Frohe, J. P. Ney, and D. N. van der Goes, 'Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain', *Pain*, vol. 156, no. 4, pp. 569–576, Apr. 2015, doi: 10.1097/01.j.pa.in.0000460357.01998.f1.
5. W. Hauser et al., 'European\* clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain – Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain', *European Journal of Pain*, vol. 25, no. 5, pp. 949–968, May 2021, doi: 10.1002/ejp.1736.
6. P. Welsch, F. Petzke, P. Klose, and W. Hauser, 'Opioids for chronic osteoarthritis pain: An updated systematic review and meta-analysis of efficacy, tolerability and safety in randomized placebo-controlled studies of at least 4 weeks double-blind duration', *European Journal of Pain*, vol. 24, no. 4, pp. 685–703, Apr. 2020, doi: 10.1002/ejp.1522.
7. C. M. P. Jones et al., 'Opioid analgesia for acute low back pain and neck pain (the OPAL trial): a randomised placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 402, no. 10398, pp. 304–312, Jul. 2023, doi: 10.1016/S0140-6736(23)00404-X.
8. J. Liang, C. V. Almaro, W. D. Chey, C. S. Higgins, and B. M. R. Spiegel, 'Prevalence and Burden of Illness of Rome IV Chronic Idiopathic Constipation, Opioid-Induced Constipation, and Opioid-Exacerbated Constipation in the United States', *American Journal of Gastroenterology*, vol. 118, no. 11, pp. 2033–2040, Nov. 2023, doi: 10.14309/ajg.0000000000002376.
9. P. J. Wiffen, B. Wee, S. Derry, R. F. Bell, and R. A. Moore, 'Opioids for cancer pain - an overview of Cochrane reviews', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2020, no. 2, Jul. 2017, doi: 10.1002/14651858.CD012592.pub2.
10. D. Buckeridge et al., 'Risk of Injury Associated with Opioid Use in Older Adults', *J Am Geriatr Soc*, vol. 58, no. 9, pp. 1664–1670, Sep. 2010, doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03015.x.
11. N. Jain, K. Himed, J. M. Toth, K. C. Briley, F. M. Phillips, and S. N. Khan, 'Opioids delay healing of spinal fusion: a rabbit posterolateral lumbar fusion model', *The Spine Journal*, vol. 18, no. 9, pp. 1659–1668, Sep. 2018, doi: 10.1016/j.spinee.2018.04.012.
12. J. Chrastil, C. Sampson, K. B. Jones, and T. F. Higgins, 'Postoperative Opioid Administration Inhibits Bone Healing in an Animal Model', *Clin Orthop Relat Res*, vol. 471, no. 12, pp. 4076–4081, Dec. 2013, doi: 10.1007/s11999-013-3232-z.
13. J. J. Bettinger and B. C. Friedman, 'Opioids and Immunosuppression: Clinical Evidence, Mechanisms of Action, and Potential Therapies', *Palliat Med Rep*, vol. 5, no. 1, pp. 70–80, Feb. 2024, doi: 10.1089/pmr.2023.0049.
14. J. C. Ballantyne and J. Mao, 'Opioid Therapy for Chronic Pain', *New England Journal of Medicine*, vol. 349, no. 20, pp. 1943–1953, Nov. 2003, doi: 10.1056/NEJMra025411.
15. N. D. Volkow and A. T. McLellan, 'Opioid Abuse in Chronic Pain — Misconceptions and Mitigation Strategies', *New England Journal of Medicine*, vol. 374, no. 13, pp. 1253–1263, Mar. 2016, doi: 10.1056/NEJMra1507771.
16. C. Ju et al., 'Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study', *Lancet Public Health*, vol. 7, no. 4, pp. e335–e346, Apr. 2022, doi: 10.1016/S2468-2667(22)00013-5.
17. Guyatt G H, Oxman A D, Vist G E, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations *BMJ* 2008; 336 :924 doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
18. Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure dell'Istituto Superiore di Sanità, *Manuale metodologico per la produzione di linee guida di pratica clinica*, 2023.



# 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: Quigley M, Embleton ND, Meader N, McGuire W. Donor, "Human milk for preventing necrotising enterocolitis in very preterm or very low-birthweight infants". Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 9. Art. No.: CD002971. DOI: 10.1002/14651858.CD002971.pub6.1

Autori: Clara Donnoli, Valentina Vanzi, Daniela D'Angelo

L'enterocolite necrotizzante (NEC, dall'inglese *Necrotizing Enterocolitis*) è la patologia dell'apparato gastrointestinale con la più elevata mortalità in epoca neonatale. Colpisce da uno a tre neonati su 1000 nati vivi e interessa principalmente quelli pretermine.

La prevalenza nei neonati di peso molto basso alla nascita (<1500 gr) arriva fino al 7%, mentre nei nati pretermine, la sua mortalità si attesta tra il 15 e il 30%<sup>2</sup>. Con il progredire delle terapie mediche e delle tecnologie sanitarie anche nel campo della Neonatologia, ad oggi si può constatare un aumento importante dei tassi di sopravvivenza dei piccoli pazienti nati con età gestazionali estreme. In questo contesto, si può affermare che la NEC sia emersa, negli anni, come una delle patologie più distruttive tra i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale.

L'eziopatogenesi della NEC non è ancora stata completamente elucidata ed i fattori scatenanti sono molteplici: si ritiene, infatti, che si inneschi quando, durante la seconda settimana di vita, si inizia la nutrizione enterale, a cui si ricorre spesso nei neonati di basso peso alla nascita.

La mucosa intestinale di questi neonati viene aggredita da una grave riduzione dell'afflusso di sangue, che favorisce l'insorgenza di lesioni della superficie interna dell'intestino. Tali danni della mucosa si possono infettare fino a subire una necrosi estesa che può richiedere l'asportazione dei segmenti intestinali colpiti<sup>3</sup>.

In genere, l'attacco ischemico si manifesta a livello dell'ileo (la parte finale dell'intestino tenue) ma qualsiasi segmento del tratto gastrointestinale può essere interessato.

L'impatto clinico della NEC sottolinea la necessità di portare avanti la ricerca clinica e l'identificazione di evidenze che possano migliorare la gestione dei neo-

nati che ne sono interessati.

Lo scopo della Revisione condotta da Quigley et al (2024) è stato proprio quello di valutare l'efficacia del latte materno donato (rispetto al latte in formula) per la prevenzione della NEC e per la correlazione con i tassi di mortalità e morbilità quando il latte materno non è disponibile. In questo lavoro sono stati inclusi *trial* clinici randomizzati e quasi randomizzati incentrati su neonati pretermine (<32 settimane di età gestazionale) o fortemente sottopeso (< 1500 gr). I *database* consultati sono stati: *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), MEDLINE, Embase, Maternity and Infant Care (MIC database) e CINAHL.

Sono stati identificati 3449 studi, di cui uno solo derivante da altre fonti diverse da quelle precedentemente citate. In seguito alla rimozione dei duplicati ed alla lettura dei *full text*, sono stati inclusi due nuovi studi aggiunti, quindi ai 10 della precedente revisione pubblicata sul tema.

I partecipanti inclusi in questi 12 studi erano in numero totale di 2296. La maggior parte di questi articoli presenta studi di piccole dimensioni (la dimensione media del campione era di 191 neonati). Tutti i *trial* sono stati condotti in unità di terapia intensiva neonatale in Europa ed in Nord America. Cinque studi sono stati condotti più di 40 anni fa, mentre gli altri sono collocati, temporalmente, dal 2000 in poi.

Nei diversi studi sono stati comparati neonati alimentati con latte donato vs latte in formula, come unico alimento; neonati alimentati con latte donato vs latte in formula arricchito di nutrienti, come unico alimento o come supplemento; neonati alimentati con latte donato con multinutrienti aggiunti empiricamente o secondo indicazioni specifiche. Gli *outcome* valutati sono stati suddivisi in primari e secondari.



Nei primari si ritrova appunto l'insorgenza della NEC: la meta-analisi condotta mostra che il latte materno donato ne riduce il rischio di insorgenza (Rischio Relativo 0.53, IC al 95% (0.37-0.76). Tra i secondari sono stati indagati la comparsa di infezioni tardive o di mortalità prima della dimissione dai reparti di patologie neonatali. Questa Revisione Cochrane ha messo in luce come la nutrizione con latte materno donato, rispetto al latte di formula, riduca di circa il 50% il rischio di enterocolite necrotizzante nei neonati molto pretermine o con peso molto basso alla nascita. È stata riscontrata una piccola probabilità o nessun effetto rispetto al tasso di infezione o morte durante l'ospedalizzazione del neonato. Le conclusioni di questa Revisione racchiudono una valenza clinica enorme per la gestione di neonati a rischio di NEC.

Il passo successivo, per il miglioramento della qualità delle cure, deve focalizzarsi sulle strategie per aumentare la disponibilità del latte materno donato, per rispondere a pieno ai fabbisogni dei piccoli prematuri ricoverati. Infatti, secondo l'ultimo rapporto elaborato dal *network* Euro Peristat, che si occupa a livello europeo di salute materno infantile, l'“*European Perinatal Health Report, 2015-2019*”, in Italia, le nascite prima del termine, nel 2019, riguardavano il 7,5% dei nati (lo 0,9% tra 22 e 31 settimane di gestazione e il 6,4% tra 32 e 37 settimane), con una diminuzione di un

punto percentuale rispetto al 2015; mentre il tasso medio europeo era del 6,9% (5,3% in Finlandia e Lituania, 11,3% a Cipro).

La ricerca clinica in futuro dovrebbe focalizzarsi sull'analisi delle barriere e nei fattori favorevoli la partecipazione delle neomamme alla donazione del latte materno per migliorare gli *outcome* clinici dei neonati pretermine afferenti alle neonatologie.

Le evidenze derivanti da tali studi potrebbero fornire le basi per ragionare sulle strategie di diffusione di corrette informazioni e di campagne informative che favoriscano l'adesione delle donne che allattano.

Un esempio concreto è rappresentato dal caso dell'articolo di giornale del “Messaggero” in cui veniva intervistato il dottor **Guglielmo Salvatori**, Responsabile della Banca del latte umano donato (BLUD) dell'Ospedale Pediatrico “Bambino Gesù” di Roma<sup>4</sup>.

A seguito della pubblicazione dell'articolo, lo scorso ottobre, in soli quattro giorni, l'Ospedale ha reso noto che si sono moltiplicate le richieste di madri disponibili alla donazione, e in una sola settimana sono state presentate 24 richieste a fronte delle due-tre proposte settimanali. Un caso che mette in luce l'enorme potenzialità del coinvolgimento della popolazione su larga scala in progetti di salute pubblica *evidence-based* per migliorare la *care* di pazienti così vulnerabili.

<sup>1</sup> Questo articolo è basato su una Revisione Cochrane precedentemente pubblicata nel Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, fascicolo 9, DOI: 10.1002/14651858.CD002971.pub6. (visita il sito [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com) per informazioni). Le Revisioni Cochrane vengono regolarmente aggiornate in presenza di nuovi elementi e in risposta ai *feedback* ricevuti, dunque la versione più recente del contributo può essere consultata sul Cochrane Database of Systematic Reviews.

<sup>2</sup> Battersby C, Santhalingam T, Costeloe K, et al. *Incidence of neonatal necrotising enterocolitis in high-income countries: a systematic review*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2018 Mar;103(2):F182-F189. doi: 10.1136/archdischild-2017-313880.

<sup>3</sup> <https://www.ospedalebambinogesu.it/enterocolite-necrotizzante-89874/>

<sup>4</sup> [https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/banca\\_del\\_latte\\_bambino\\_gesu\\_boom\\_richieste\\_servizio-8419251.html](https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/banca_del_latte_bambino_gesu_boom_richieste_servizio-8419251.html)

## In Breve

### Call Progetti CECRI Ancora tanti riscontri

Con l'11 gennaio scorso, è scaduta la possibilità di presentare le domande di finanziamento di Progetti di ricerca per il nuovo anno, per il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica-CECRI dell'OPI di Roma.

Anche questa volta, la partecipazione è stata tanta: sono circa 50 i lavori presentati.

Il CECRI è rappresentato dai 4 Poli, che lo compongono: Istruzione, Ricerca, *Management* e Pratica Clinica. E, per ognuno di questi, sono stati definiti i criteri e le modalità per la predisposizione dei progetti e la loro presentazione.

Questi saranno sottoposti ad una valutazione quali-quantitativa, secondo un sistema di *peer-review* a doppio cieco, da parte di due esperti in possesso dei titoli accademici e dei requisiti riguardanti l'esperienza comprovata nelle materie oggetto della ricerca scientifica, iscritti in apposito Albo Valutatori gestito dall'OPI di Roma.

Il *mainstreaming* del bando è principalmente riferito alla cronicità, all'invecchiamento e alla salute pubblica.

# Roma rappresenta l'Italia al Congresso ESNO



Il 14 e 15 gennaio 2025, a Bruxelles, si è svolto l'evento ESNO (*European Specialist Nurses Organisation*) dal titolo: *"Empowering specialist nurses for a resilient health future. Driving impact how certification, innovation and preparedness can be instrumental for in european healthcare"*.

Un mini-Congresso, sullo sfondo della nuova amministrazione della Commissione Europea e del suo prossimo mandato, che ha fornito diversi spunti di discussione. Spunti incentrati soprattutto sul progresso delle pratiche infermieristiche e sul miglioramento dell'assistenza ai pazienti; riflettendo sulle

sfide sanitarie future e per condividere le migliori idee, pratiche e esperienze internazionali, promuovendo le innovazioni.

Al tavolo dei relatori, il presidente OPI di Roma, **Maurizio Zega**, e il ricercatore CECRI, **Alessandro Stievano**.

Nella sessione di apertura (*"Nursing in Policies, Politics and Patients"*), una panoramica sulle nuove direzioni politiche e strategiche, con approfondimenti sulle priorità e le strategie che modellano l'agenda sanitaria europea con il contributo degli infermieri, attori essenziali della sanità pubblica. A fornire qualche risposta Stievano, con il lancio del report ESNO e un approccio programmatico alla questione.

Quindi, nella terza sessione (*"Education and certification: a pre-condition"*), il presidente Zega, che ha discusso di: "Uniformità nelle narrazioni dei professionisti infermieristici" assieme a un illustre parterre di leader infermieristici provenienti da Enti normativi nazionali, Istituti di certificazione e accreditamento globali e infermieri specializzati.

Il prossimo Congresso ESNO si terrà a Zagabria, dal 29 al 31 maggio 2025.

Info: [www.esno.org](http://www.esno.org)





# Assemblea degli iscritti



**M**artedì 10 dicembre, l'hotel Quirinale ha ospitato l'assemblea degli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche-OPI di Roma.

Il presidente, **Maurizio Zega**, attraverso la sua relazione, ha tracciato le principali aspettative e gli impegni di questa nuova dirigenza (fresca di elezioni) per l'anno che verrà.

Temi importanti, che hanno a che fare soprattutto con il futuro

della Professione, mentre descrivono le linee riguardanti: formazione, carriera e visioni di una Sanità che dovrà essere necessariamente più incentrata sul territorio. Questo, al netto dell'atavica carenza di personale, di fronte a una domanda di salute sempre più orientata alla cronicità, causata dall'invecchiamento della popolazione.

“È vero, secondo i dati INPS, nei prossimi dieci anni, ben 100 mila infermieri andranno in pensione e bisognerà necessariamente sostituirli - ha detto Zega -. Come? Ovviamente, dimostrando ai giovani che, oggi, l'Infermieristica italiana può finalmente evol-

versi in un percorso clinico. Una bella notizia che ci ha portato direttamente il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, intervenuto a uno degli ultimi consigli nazionali FNOPI”.

Dal futuro anno accademico, quello 2025-26, ci saranno le prime tre Lauree magistrali ad indirizzo specialistico: “Cure Primarie e Sanità pubblica”; “Cure Pediatriche e Neonatali” e “Cure Intensive e nell'Emergenza”.

“Una notizia importantissima, perché, come sapete, la possibilità di carriera, al momento, era prevista solo o sul piano accademico o su quello organizzativo. Prima, se un collega avesse voluto continuare nell'ambito clinico era impossibile - ha continuato -. Ecco: questo annuncio apre un percorso che, pensiamo, sarà foriero di una serie di altri scatti in avanti per tutti”.

Certo, la dimensione della **Laurea magistrale a indirizzo specialistico** potrebbe essere uno degli incentivi per spronare quanti escono dalle Scuole medie Superiori a scegliere la Facoltà di Scienze Infermieristiche all'Università, e, sotto certi punti di vista, ha anche molto a che vedere con l'attuale dibattito sulla figura dell'**Assistente Infermiere**.

“L'evoluzione dell'Infermieristica - ha continuato il presidente - rientra nella, cosiddetta, 'stratificazione' della dimensione professionale, perché, per poter essere chiamati professionisti e specialisti, e domani avere anche la possibilità di prescrivere i farmaci, bisogna che ci siano differenze tra colleghi. Per esempio, nei contenuti didattici del Corso di Laurea magistrale a indirizzo clinico si prevede anche la prescrizione”.

Resta inteso che ciò non concerne il processo assistenziale, di cui l'infermiere è il responsabile unico. Il problema, allora, è la denominazione?

“Ma l'Assistente Infermiere vive una sorta di continuità con la figura dell'infermiere, quindi...”.

Diversamente dagli OSS, infatti, di questi si occuperanno le Scuole che afferiscono all'assessorato alla Salute, e, per tale motivo, gli Assistenti infermiere si potranno annoverare già nel personale sanitario. Si sta, dunque, ragionando se far frequentare loro un anno all'università, piuttosto che fargli seguire solo un corso regionale.





Coordinatori e dirigenti. Perché? Perché si sono dovuti e devono misurarsi con dimensioni che non hanno nel loro bagaglio storico, anche perché gli stessi infermieri sono più rigidi nell'accettare soluzioni fuori dalla loro zona di *comfort*. Il nostro impegno formativo, per il 2025, riguarderà, in buona parte, il *middle management*, anche per far sì che i nostri colleghi - coordinatori e dirigenti - si trovino in una condizione di maggiore elasticità mentale. Se vogliamo salvare questo Sistema di sanità pubblica, dobbiamo accettare le sfide che ci troviamo di fronte, prima a un livello etico individuale, e poi professionale. Siamo portatori di valori importanti e qualcuno se ne sta accorgendo: dobbiamo solo mantenere inalterati il rigore e la passione che, ogni giorno, profundiamo

“Non vedo grandi pericoli, non capisco l'ostracismo, perché, di fronte a una dimensione in cui i crediti formativi universitari comandano, c'è poca storia: se una persona non ha quel numero di CFU non può fare certe cose. Quello che dovrebbe interessarci è che tale personale sanitario dipenda dall'infermiere, che gli affiderà dei compiti stabiliti solo da lui”. Così, in virtù di questa stratificazione (OSS, assistenti, infermieri e infermiere specialista), tra qualche anno, l'intera comunità professionale si troverà con una struttura organizzativa (in ospedale e sul territorio) diversa da quella attuale. Pertanto, bisognerà comprenderla e adattarsi: “Sono sicuro che riusciremo anche in questo - ha concluso Zega - : gli infermieri sono stati pronti a mettersi in discussione sempre e sempre con risultati ottimali. Qual è stato il loro tallone di Achille?

nel nostro lavoro!”.

Intanto, l'OPI di Roma, grazie a un avanzo di bilancio, non varia la sua **quota d'iscrizione** (che resta tra le più basse d'Italia); così come, in continuità con lo scorso anno, vengono confermati tutti i fondi previsti sia per i **corsi ECM** (offerti gratuitamente alla platea degli infermieri romani) che per la ricerca.

Il Centro di Eccellenza-**CECRI** ha appena chiuso la consueta *Call* per i progetti da presentare per il 2025: management e formazione, soprattutto, tra le tematiche d'interesse.

Rispetto alla parte amministrativa, l'Ordine ha dato il “benvenuto” a un altro impiegato a tempo indeterminato.

La prossima assemblea dell'OPI di Roma si terrà giovedì 27 marzo 2025.



# Il Bilancio

All'assemblea del 28 novembre, il tesoriere dell'OPI di Roma, **Francesco Scerbo**, ha tracciato la situazione patrimoniale e i bilanci dell'Ordine, convalidati dal nuovo presidente del Collegio Revisori dei Conti, **Carlo Di Cicco**. Queste, le tabelle di sintesi.

## 1. Preventivo finanziario gestionale

### Entrate

| Denominazione   | Previsioni di competenza | Previsioni di cassa |
|---|--------------------------|---------------------|
| AVANZO DI AMMINISTRAZIONE PRESUNTO  | € 2.174.959,15           |                     |
| AVANZO DI CASSA PRESUNTO  |                          | € 2.002.319,79      |
| <b>TITOLO I - ENTRATE CORRENTI</b>  |                          |                     |
| <b>ENTRATE CONTRIBUTIVE</b>   |                          |                     |
| Quote iscrizioni  | € 2.311.500,00           | € 2.364.000,00      |
| Quote nuovi iscritti  | € 67.000,00              | € 67.000,00         |
| Tasse iscrizioni  | € 90.000,00              | € 90.000,00         |
| <b>TOTALE ENTRATE CONTRIBUTIVE</b>  | € 2.468.500,00           | € 2.521.000,00      |
| <b>ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGG.TO PROFESSIONALI</b>                 |                          |                     |
| Corsi di aggiornamento  | € -                      | € -                 |
| <b>TOTALE ENTRATE PER INIZIATIVE CULTURALI ED AGGIORN</b>                       | € -                      | € -                 |
| <b>QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ONERE DI PARTICOLARI GESTIONI</b> |                          |                     |
| Rilascio tessere  | € -                      | € -                 |
| Certificati e trasferimenti   | € -                      | € -                 |
| <b>TOTALE QUOTE DI PARTECIPAZIONE DEGLI ISCRITTI ALL'O</b>                      | € -                      | € -                 |
| <b>TRASFERIMENTI CORRENTI</b>   |                          |                     |
| Trasferimento corrente  |                          |                     |
| <b>TOTALE TRASFERIMENTI CORRENTI</b>  |                          |                     |
| <b>ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI</b>                            |                          |                     |
| Vendita pubblicazioni   |                          |                     |
| <b>TOTALE ENTRATE DA VENDITA BENI E PRESTAZIONI SERVIZI</b>                     |                          | € -                 |
| <b>REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI</b>  |                          |                     |
| Interessi attivi  | € 15.000,00              | € 20.600,00         |
| <b>TOTALE REDDITI E PROVENTI PATRIMONIALI</b>                                   | € 15.000,00              | € 20.600,00         |
| <b>POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CORRENTI</b>                          |                          |                     |
| Recuperi e rimborsi   | € 15.000,00              | € 15.000,00         |
| <b>TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE USCITE CC</b>                         | € 15.000,00              | € 15.000,00         |
| <b>ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>                                 |                          |                     |
| Entrate varie   | € 50.000,00              | € 50.000,00         |
| <b>TOTALE ENTRATE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>                          | € 50.000,00              | € 50.000,00         |
| <b>TOTALE ENTRATE CORRENTI</b>  | € 2.548.500,00           | € 2.606.600,00      |



| Denominazione  | Previsioni di competenza | Previsioni di cassa |
|--|--------------------------|---------------------|
| <b>TITOLO II - ENTRATE CONTO CAPITALE</b>              |                          |                     |
| <b>ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI</b>         |                          |                     |
| Alienazione immobili                                   |                          |                     |
| <b>TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILI E DIRITTI REALI</b>  |                          |                     |
| <b>ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b>        |                          |                     |
| Vendita mobili ed arredi                               |                          |                     |
| <b>TOTALE ALIENAZIONE DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b> |                          |                     |
| <b>RISCOSSIONE DI CREDITI</b>                          |                          |                     |
| Depositi cauzionali                                    |                          |                     |
| <b>TOTALE RISCOSSIONE DI CREDITI</b>                   |                          |                     |
| <b>TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE</b>                 |                          |                     |
| Trasferimento  |                          |                     |
| <b>TOTALE TRASFERIMENTI IN CONTO CAPITALE</b>          |                          |                     |
| <b>ASSUNZIONE DI MUTUI</b>                             |                          |                     |
| Assunzione mutuo                                       |                          |                     |
| <b>TOTALE ASSUNZIONE DI MUTUI</b>                      |                          |                     |
| <b>ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI</b>           |                          |                     |
| Assunzione debito finanziario                          |                          |                     |
| <b>TOTALE ASSUNZIONE DI ALTRI DEBITI FINANZIARI</b>    |                          |                     |
| <b>TOTALE ENTRATE IN CONTO CAPITALE</b>                |                          |                     |
|  |                          |                     |
| <b>TITOLO III - ENTRATE PER PARTITE DI DI GIRO</b>     |                          |                     |
| <b>ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>        |                          |                     |
| Ritenute erariali                                      | € 220.000,00             | € 220.000,00        |
| Ritenute Previdenziali                                 | € 55.000,00              | € 55.000,00         |
| Altre partite di giro                                  | € 20.000,00              | € 22.500,00         |
| Iva su split payment                                   | € 120.000,00             | € 120.000,00        |
| <b>TOTALE ENTRATE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b> | € 415.000,00             | € 417.500,00        |
| <b>TOTALE ENTRATE PER PARTITE DI GIRO</b>              | € 415.000,00             | € 417.500,00        |
| <b>TOTALE ENTRATE COMPLESSIVE</b>                      | € 2.963.500,00           | € 3.024.100,00      |
| Utilizzo avanzo di amministrazione                     | € 767.840,00             |                     |
| Utilizzo avanzo di cassa                               |                          | € 772.066,00        |
| <b>TOTALE GENERALE</b>                                 | € 3.731.340,00           | € 3.796.166,00      |



Uscite

| Denominazione  | Previsioni di competenza | Previsioni di cassa |
|--|--------------------------|---------------------|
| <b>TITOLO I - USCITE CORRENTI</b>                                  |                          |                     |
| <b>USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE</b>                             |                          |                     |
| Gettoni riunioni Consiglio Direttivo e Collegio Revisori dei Conti | € 24.000,00              | € 24.000,00         |
| Gettoni riunioni Commissioni di Albo                               | € 19.600,00              | € 19.600,00         |
| Gettoni partecipazione Consiglio Nazionale, Congressi e Seminari   | € 20.000,00              | € 20.000,00         |
| Rimborsi spese   | € 25.000,00              | € 25.000,00         |
| Gettoni e indennità attività Organi Direttivi e di controllo       | € 175.400,00             | € 175.400,00        |
| Gettoni e indennità attività Commissioni di Albo                   | € 70.200,00              | € 70.200,00         |
| Assicurazioni organi statutari                                     | € 18.000,00              | € 18.000,00         |
| Assemblea annuale  | € 10.000,00              | € 10.000,00         |
| <b>TOTALE USCITE PER GLI ORGANI DELL'ENTE</b>                      | <b>€ 362.200,00</b>      | <b>€ 362.200,00</b> |
| <b>ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO</b>                          |                          |                     |
| Stipendi e oneri riflessi  | € 345.200,00             | € 338.200,00        |
| Assicurazioni personale  | € 8.000,00               | € 8.000,00          |
| Fondo incentivazione   | € 114.700,00             | € 112.100,00        |
| Corsi di formazione  | € 5.000,00               | € 5.000,00          |
| Lavoro temporaneo  | € 40.000,00              | € 41.426,00         |
| <b>TOTALE ONERI PER IL PERSONALE IN SERVIZIO</b>                   | <b>€ 512.900,00</b>      | <b>€ 504.726,00</b> |
| <b>USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI</b>                     |                          |                     |
| Compenso per la riscossione  | € 69.000,00              | € 69.500,00         |
| Servizi legali   | € 72.000,00              | € 69.100,00         |
| Servizi contabili e fiscali  | € 43.600,00              | € 39.700,00         |
| Servizi vari e comunicazione                                       | € 28.300,00              | € 33.100,00         |
| Servizi informatici  | € 85.600,00              | € 70.600,00         |
| Canoni di locazione, manutenzioni e riparazioni                    | € 28.250,00              | € 30.500,00         |
| Acquisto tessere distintivi bolli                                  | € 4.000,00               | € 4.000,00          |
| <b>TOTALE USCITE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI</b>              | <b>€ 330.750,00</b>      | <b>€ 316.500,00</b> |
| <b>USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI</b>                             |                          |                     |
| Affitto luce riscaldamento condominio approvvigionamenti           | € 137.100,00             | € 137.100,00        |
| Cancelleria e stampati   | € 25.000,00              | € 25.000,00         |
| Spese postali e telefoniche  | € 12.000,00              | € 12.000,00         |
| Spese di pulizia   | € 30.000,00              | € 29.600,00         |
| Spese bancarie e di c/c postali                                    | € 2.000,00               | € 2.000,00          |
| Spese varie  | € 3.000,00               | € 3.000,00          |
| Archiviazione e gestione documenti                                 | € 12.000,00              | € 11.500,00         |
| <b>TOTALE USCITE PER FUNZIONAMENTO UFFICI</b>                      | <b>€ 221.100,00</b>      | <b>€ 220.200,00</b> |

| Denominazione   | Previsioni di competenza | Previsioni di cassa   |
|---|--------------------------|-----------------------|
| <b>USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI</b>                       |                          |                       |
| Formazione, aggiornamenti professionali e ricerca                 | € 500.000,00             | € 601.000,00          |
| Rivista "Infermiere oggi"   | € 30.700,00              | € 30.700,00           |
| Biblioteca  | € 105.000,00             | € 105.000,00          |
| Promozione immagine (pubblicità)                                  | € 15.000,00              | € 15.000,00           |
| Commissioni di studio e gruppi di lavoro                          | € 151.800,00             | € 151.800,00          |
| Spese di rappresentanza   | € 2.000,00               | € 2.000,00            |
| Quote spettanti Federazione                                       | € 586.500,00             | € 589.900,00          |
| Progetto qualità Ordine e anticorruzione e trasparenza            | € 25.000,00              | € 25.000,00           |
| Ufficio Stampa  | € 30.000,00              | € 29.800,00           |
| Iniziative di solidarietà   | € 20.000,00              | € 20.000,00           |
| Posta elettronica certificata                                     | € 100.200,00             | € 100.200,00          |
| Spese elezioni Organi Direttivi                                   |                          | € -                   |
| <b>TOTALE USCITE PER PRESTAZIONI ISTITUZIONALI</b>                | <b>€ 1.566.200,00</b>    | <b>€ 1.670.400,00</b> |
| <b>TRASFERIMENTI PASSIVI</b>                                      |                          |                       |
| Trasferimenti passivi   |                          |                       |
| <b>TOTALE TRASFERIMENTI PASSIVI</b>                               |                          |                       |
| <b>ONERI FINANZIARI</b>   |                          |                       |
| Interessi passivi   |                          |                       |
| <b>TOTALE ONERI FINANZIARI</b>                                    |                          |                       |
| <b>ONERI TRIBUTARI</b>  |                          |                       |
| Inps Irap e altri tributi   | € 95.000,00              | € 95.250,00           |
| Nettezza urbana   | € 13.000,00              | € 13.000,00           |
| <b>TOTALE ONERI TRIBUTARI</b>                                     | <b>€ 108.000,00</b>      | <b>€ 108.250,00</b>   |
| <b>POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI</b>        |                          |                       |
| Rimborsi vari   | € 2.500,00               | € 2.500,00            |
| <b>TOTALE POSTE CORRETTIVE E COMPENSATIVE DI ENTRATE CORRENTI</b> | <b>€ 2.500,00</b>        | <b>€ 2.500,00</b>     |
| <b>USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>                    |                          |                       |
| Fondo spese impreviste  | € 155.190,00             | € 155.190,00          |
| <b>TOTALE USCITE NON CLASSIFICABILI IN ALTRE VOCI</b>             | <b>€ 155.190,00</b>      | <b>€ 155.190,00</b>   |
| <b>TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO</b>                               |                          |                       |
| Trattamento di fine rapporto                                      | € 20.000,00              | € -                   |
| <b>TOTALE TRATTAMENTO FINE RAPPORTO</b>                           | <b>€ 20.000,00</b>       | <b>€ -</b>            |
| <b>ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI</b>                        |                          |                       |
| Rimborso quote esattoria  |                          |                       |
| <b>TOTALE ACCANTONAMENTO FONDO RISCHI E ONERI</b>                 |                          |                       |
| <b>TOTALE USCITE CORRENTI</b>                                     | <b>€ 3.278.840,00</b>    | <b>€ 3.339.966,00</b> |

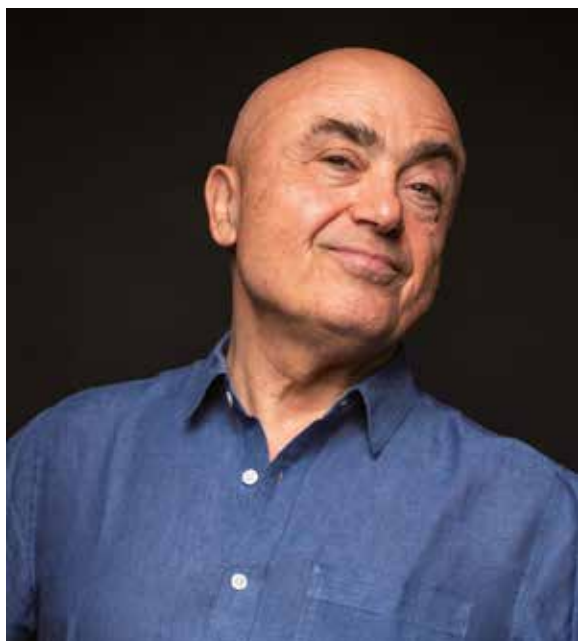
| Denominazione   | Previsioni di competenza | Previsioni di cassa |
|---|--------------------------|---------------------|
| <b>TITOLO II - USCITE IN CONTO CAPITALE</b>                 |                          |                     |
| <b>ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI</b>        |                          |                     |
| Acquisto immobili   |                          |                     |
| Ristrutturazione sede                                       | € 15.000,00              | € 15.000,00         |
| <b>TOTALE ACQUISIZIONE DI BENI USO DUREVOLE ED IMMOBILI</b> | € 15.000,00              | € 15.000,00         |
| <b>ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b>            |                          |                     |
| Acquisto mobili e arredi                                    | € 7.500,00               | € 7.500,00          |
| Programmi e attrezzature                                    | € 15.000,00              | € 15.000,00         |
| <b>TOTALE ACQUISIZIONI DI IMMOBILIZZAZIONI TECNICHE</b>     | € 22.500,00              | € 22.500,00         |
| <b>CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI</b>              |                          |                     |
| Depositi cauzionali   |                          |                     |
| <b>TOTALE CONCESSIONI DI CREDITI ED ANTICIPAZIONI</b>       |                          |                     |
| <b>RIMBORSI DI MUTUI</b>                                    |                          |                     |
| Rimborso di mutuo   |                          |                     |
| <b>TOTALE RIMBORSI DI MUTUI</b>                             |                          |                     |
| <b>RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE</b>                    |                          |                     |
| Rimborso di anticipazione passiva                           |                          |                     |
| <b>TOTALE RIMBORSI DI ANTICIPAZIONI PASSIVE</b>             |                          |                     |
| <b>ESTINZIONE DEBITI DIVERSI</b>                            |                          |                     |
| Estinzione debito   |                          |                     |
| <b>TOTALE ESTINZIONE DEBITI DIVERSI</b>                     |                          |                     |
| <b>ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE</b>                      |                          |                     |
| Accantonamento per spese future                             |                          |                     |
| <b>TOTALE ACCANTONAMENTI PER SPESE FUTURE</b>               |                          |                     |
| <b>ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI</b>           |                          |                     |
| Accantonamento per ripristino investimenti                  |                          |                     |
| <b>TOTALE ACCANTONAMENTO PER RIPRISTINO INVESTIMENTI</b>    |                          |                     |
| <b>TOTALE USCITE IN CONTO CAPITALE</b>                      | € 37.500,00              | € 37.500,00         |
| <b>TITOLO III - USCITE PER PARTITE DI GIRO</b>              |                          |                     |
| <b>USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>              |                          |                     |
| Ritenute fiscali  | € 220.000,00             | € 219.100,00        |
| Ritenute Previdenziali                                      | € 55.000,00              | € 54.500,00         |
| Altre partite di giro                                       | € 20.000,00              | € 27.100,00         |
| IVA Split Payment   | € 120.000,00             | € 118.000,00        |
| <b>TOTALE USCITE AVENTI NATURA DI PARTITE DI GIRO</b>       | € 415.000,00             | € 418.700,00        |
| <b>TOTALE USCITE PER PARTITE DI GIRO</b>                    | € 415.000,00             | € 418.700,00        |
| <b>TOTALE USCITE COMPLESSIVE</b>                            | € 3.731.340,00           | € 3.796.166,00      |
| <b>TOTALE GENERALE</b>                                      | € 3.731.340,00           | € 3.796.166,00      |





dalla FNOPI

# In arrivo il Congresso nazionale di Rimini Svelato il programma della tre giorni



**S**uperano la quota dei duemila gli iscritti al Terzo Congresso nazionale FNOPI “Infermiere<sup>3</sup> – Innovazione, sfide e soluzioni”, in programma dal 20 al 22 marzo 2025 al Palacongressi di Rimini.

L'evento sarà animato da una serie di **talk show politico-istituzionali** in stile televisivo, dalla durata di circa 45 minuti, condotti da giornalisti di alto profilo (tra cui **Francesco Giorgino**, dal Tg1) e contributi video sui temi di più stretta attualità per la Professione. Le *performance* artistiche, che caratterizzeranno la giornata centrale del Congresso, saranno affidate all'attore comico **Paolo Cevoli** (Zelig, LOL, Pechino Express), nei panni dell'Assessore Cangini e all'artista **Tosca**, che, assieme alla sua *band*, sta

tornando nei principali teatri italiani a 30 anni dalla vittoria a Sanremo, con la canzone “Vorrei incontrarti fra cent'anni”.

Condurrà l'attrice **Antonella Carone**.

La prima giornata sarà caratterizzata dalla cerimonia di apertura e dai saluti istituzionali dei principali *stakeholder*, seguiti dai primi due *talk*, alla cui conclusione, è previsto un momento di *networking* con i presidenti. La seconda si aprirà con un intervento a cura del Sant'Anna di Pisa e con uno spazio che vedrà protagonista sul palco lo scrittore, ex magistrato, **Gianrico Carofiglio**, a cui sarà affidata una relazione sul valore delle professioni di cura in Italia. L'ultima, poi, sarà caratterizzata da un primo momento dedicato alla cerimonia di chiusura e alla proclamazione della Mozione finale e, a seguire, la presentazione del nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche, con una lettura autoriale affidata all'attore **Paolo Romano** (già infermiere nella seguitissima soap “Incantesimo” e, oggi, tra i protagonisti della nota serie “Un posto al sole”).

Nel pomeriggio del 21 marzo, spazio alla Giornata della Libera Professione, che si focalizzerà sulla Legge 49/2023 dedicata all'equo compenso, mentre si parlerà dell'argomento tra norme, trasformazioni sociali e professionali. Inoltre, verrà presentato il **Vademecum della Libera Professione** edizione 2025.

Quindi, **“Only the Brave, l'Infermieristica fuori dagli schemi”**: sessione nella quale sarà dato spazio alla condivisione di storie di successo di infermieri che svolgono la professione in ambiti particolari.

Per tutti e tre i giorni, al Palacongressi, mentre saranno attive 10 *simulation room*, a cura di Simmed e Nume+ (dove gli infermieri potranno scegliere tra numerosi corsi formativi da svolgere), è prevista, al piano terra, una *Experience Area*, dove sarà possibile navigare in esclusiva il sito del progetto **“Infermieri, oggi e domani”**, nonché visitare alcune sezioni del **Museo Internazionale dell'Arte Filatelica Infermieristica** e del **MOSAI-Mostra Storica dell'Assistenza Infermieristica**.

Già più di 250 gli *abstract* arrivati, incentrati sull'innovazione in sanità e sull'uso della tecnologia in ambito clinico-assistenziale, formativo e organizzativo. Tutti gli iscritti all'Albo, interessati, potranno partecipare, compilando il *form* a: <https://secure.riccionecongressi.it/index.cfm?Fuseaction=Form.Anagrafica>.

Con l'approssimarsi del Congresso, poi, email dedicate spiegheranno loro le modalità per usufruire del servizio prenotazione pasti, dei percorsi formativi e dell'accesso agli spettacoli.







dalla FNOPI

# Infermieri protagonisti al Forum Risk di Arezzo

**A** fine novembre 2024, la 19esima edizione del Forum Risk Management di Arezzo ha visto gli infermieri ancora protagonisti, soprattutto rispetto al dibattito sulla creazione del Sistema sanitario del futuro: equo, solidale e sostenibile.

Durante la kermesse, la Federazione nazionale-FNOPI è stata presente con uno *stand* a sua cura, assieme agli OPI locali, dov'è stato possibile conoscere l'attività degli Ordini e chiedere informazioni sulla professione. L'evento toscano ha concentrato l'attenzione su sette punti-chiave: 1. DM77-Assistenza nel territorio; 2. Sostenibilità; 3. Prevenzione; 4. Transizione digitale ed ecologica; 5. Governo delle risorse umane; 6. Modifica dello stato giuridico delle Aziende Sanitarie; 7. Pubblico/privato in Sanità.

“Il Servizio Sanitario Nazionale deve cambiare per rispondere alle esigenze delle persone, eliminare le disuguaglianze e garantire l'asseribilità del modello universalistico”, così il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, al taglio del nastro del Forum Risk. “La riforma punta a creare un Sistema sanitario dinamico, orizzontale, digitale e che si fonda sulla cultura della collaborazione multi-disciplinare e professionale”. Inoltre, il Ministro ha sottolineato che “gli infermieri saranno il pilastro della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria”.

Certo, dati alla mano, però, l'Italia è all'ultimo posto nel rapporto tra infermieri e popolazione.

La FNOPI ha presenziato in più sessioni con i propri referenti, sin dal 26 novembre: tra gli altri, **Lorenzo Taddeucci**, presidente OPI Livorno, e **Luigi Pais dei Mori**, consigliere nazionale FNOPI. Ha animato il Forum con un proprio evento, dal titolo: “Ripensare la professione infermieristica, ripensare il servizio sanitario nazionale”, coordinato da **Beatrice Mazzoleni** e l'introduzione di **Nicola Draoli**: rispettivamente, segretaria e consigliere nazionale FNOPI.

Inserita in un percorso che coinvolge Ministero della Salute e Università (oltre a diversi altri, importanti

Enti), l'occasione è stata quella per presentare un percorso di confronto nel quale la FNOPI promuove un modello organizzativo e professionale per interpretare i cambiamenti in atto nella filiera assistenziale in Italia, analizzando le ricadute sul livello organizzativo e sullo sviluppo formativo accademico della Professione.

Diversi, infatti, gli spunti di riflessione e le proposte emerse, grazie agli ospiti. In primis, il professor **Giuseppe Remuzzi**, direttore dell'Istituto Mario Negri, che, nel suo videomessaggio (rivedibile a questo link: <https://www.youtube.com/watch?v=iTJgFEPxRxs>), ha sottolineato il valore dell'Infermieristica. Quindi, della senatrice, ed ex ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**; di **Cristina Rinaldi**, direttore Ufficio Disciplina della DG Professioni Sanitarie presso il Ministero della Salute; del senatore **Francesco Zaffini**, presidente X Commissione permanente Affari sociali, Sanità, Lavoro pubblico e privato, Previdenza sociale del Senato della Repubblica; di **Claudio Costa**, coordinatore dell'Area Risorse umane, formazione e fabbisogni formativi della Commissione salute presso la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, sul percorso della Commissione Salute negli ultimi anni. E, infine, quelli dai relatori della tavola rotonda, moderata da **Silvestro Giannantonio** (responsabile Comunicazione FNOPI), sull'“Ipotesi di implementazione dei modelli organizzativi”: **Paolo Petralia**, direttore generale ASL 4 Chiavarese, vicepresidente FIASO; **Fabrizio d'Alba**, presidente Federsanità Nazionale, direttore generale Policlinico Umberto I di Roma; **Bruno Cavaliere** presidente SIDMI e **Maurizio Zega** e **Carmelo Gagliano**, consiglieri nazionali FNOPI. Il primo, anche presidente OPI di Roma, ha analizzato il processo di cambiamento in atto nei vari *setting* assistenziali, evidenziando gli effetti in ambito ospedaliero e territoriale. A **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI, le conclusioni: “Il sapere infermieristico governa la filiera dell'assistenza secondo complessità differenziate, e, per governarla, bisognerà avere una funzione manageriale competente e unica - ha detto -. Cosa fare per rendere più attrattiva la professione? Serve la formazione. Le tre nuove Lauree magistrali vanno proprio in questa direzione, mentre bisogna valorizzare la formazione fatta dagli infermieri fino ad oggi con percorsi di riconoscimento delle competenze che stanno tra la laurea triennale e quella magistrale”. Senza dimenticare il dibattito attorno all'assistente infermiere che, ha evidenziato: “svolge le attività dirette alla persona, direttamente attribuite dall'infermiere o secondo la pianificazione assistenziale, riferendone allo stesso in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica generale”.



dalla FNOPI

# Rapporto Eurispes Infermieri italiani sempre più pochi stanchi e malpagati

**G**li infermieri italiani sono sempre meno di numero, stanchi e frustrati in un Servizio Sanitario Nazionale che sta trascurando proprio la sua "forza pulsante": il personale.

Il reddito medio annuale degli infermieri ospedalieri l'Italia si colloca oltre il 22% al di sotto della media OCSE: l'età media dei colleghi è pari a 46,9 anni (rapporto 4,71 per mille con la popolazione residente), mentre una speranza è legata alle nuove tecnologie, che portano ad un risparmio di tempo e ad una maggiore efficienza nel lavoro, con effetti positivi o molto positivi sulla produttività.

Questi sono alcuni dati emersi dal III Rapporto sulla Salute e il Sistema Sanitario, presentato a dicembre 2024 da Eurispes ed Enpam, secondo cui, dal 2008,

la dinamica espansiva del dato riferibile al personale medico e infermieristico del SSN, registrata tra il 1978 e il 2007, ha subito una decrescita legata a scelte di natura politica ed economica.

La perdita di personale è graduale e costante, senza dimenticare che una conseguenza dello scarso *turnover* del personale sanitario è l'aumento dell'età media dei dipendenti e che, alla diminuzione del personale stabile, fa da riscontro l'incremento del lavoro flessibile: nel 2018, nel comparto Sanità, si concentra il 45% dell'utilizzo di unità annue a tempo determinato di tutta la PA (35.481 su 79.620). In aumento anche il precariato (tra il 2019 e il 2022, +44,6%) e il peggioramento delle condizioni di lavoro, a parità di retribuzioni medie lorde.

Il personale è stato uno degli aspetti principali delle politiche di contenimento e riduzione della spesa pubblica destinata alla Sanità: ciò ha contribuito all'esplosione di problemi legati alla disaffezione dei dipendenti e, soprattutto, allo svuotamento di valore del lavoro nel e per il SSN.

La carenza cronica costringe gli operatori a sforzi prolungati, continui e ad alto coinvolgimento fisico e psicologico: sono in *burnout* circa un infermiere su due (45%), con un'incidenza doppia tra le donne, che hanno difficoltà a conciliare lavoro e famiglia. "Un tema che necessita di risposte e che è legato anche ai molti aspetti burocratici che affliggono la professione infermieristica - ha spiegato **Maurizio Zega**, presidente OPI Roma e consigliere nazionale FNOPI, intervenuto alla presentazione del Rapporto -. E la digitalizzazione, se non opportunamente gestita, rischia di aggravare la situazione, specie se la reportistica dovesse diventare predominante rispetto all'attività esistenziale".

Ad incrementare il disagio del personale sanitario (si legge ancora nel Rapporto) ci sono l'aumento di episodi di violenza, con circa 18 mila operatori coinvolti: la professione infermieristica è quella più colpita. A segnalare i 2/3 delle aggressioni sono professioniste donne, mentre i *setting* più a rischio sono i Pronto Soccorso e le Aree di Degenza.

Fattori, questi, che hanno concorso a ridurre l'attrattività del SSN, rendendo difficile reclutare nuovi operatori e/o trattenere quelli già in servizio: chi va all'estero o nel privato lo fa alla ricerca di orari più flessibili, maggiore autonomia e minore burocrazia. Ciò, senza sottovalutare il cambiamento generazionale, che ha determinato proprio un modo diverso di approcciare e esercitare la professione.

Una sintesi del Rapporto è disponibile all'indirizzo:

<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2024/12/EURISPES-SINTESI.pdf>





dalla FNOPI

# Giornata del personale sanitario e Giubileo del mondo della sanità



L'anno del Giubileo vedrà due importanti eventi (uno laico, l'altro religioso) caratterizzare il primo semestre 2025, nel quadrante di San Pietro.

Il 20 febbraio, appuntamento alle Corsie Sistine di Santo Spirito in Sassia con la "Giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato", che si celebra per effetto della legge n. 155/2020, secondo la quale il Governo, anche in coordinamento con gli Ordini delle professioni sanitarie e sociosanitarie e con le associazioni e gli organismi operanti nel settore, ne determina le modalità di svolgimento. Su iniziativa del ministero della Salute, e con il coinvolgimento delle più alte cariche dello Stato, anche l'Ordine degli Infermieri, come i suoi pari, sarà chiamato

a rappresentare il personale sanitario nel corso di un convegno che tratterà le linee di indirizzo per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale e di chi ci lavora.

Poco più tardi, in piazza San Pietro, i professionisti sanitari si raduneranno in occasione del Giubileo degli Ammalati e del mondo della sanità, proclamato dal Santo Padre per il 5 e 6 aprile 2025. A questo evento sono particolarmente invitati, insieme ai loro familiari, tutti i malati e le figure legate a questo settore.

Sabato 5 aprile, dalle 8 alle 17, pellegrinaggio alla Porta Santa, con la possibilità di ricevere il Sacramento della Riconciliazione nelle chiese giubilari. Dalle 16 alle 18.30, previste attività di carattere culturale, artistico e spirituale in alcune piazze di Roma, con la possibilità per la cittadinanza di ricevere prestazioni sanitarie gratuite. Domenica 6, dalle ore 10.30, Santa Messa presieduta da Papa Francesco. L'ingresso in piazza San Pietro sarà totalmente gratuito e non richiede alcun tipo di biglietto o di prenotazione.

Inoltre, l'Ufficio nazionale per la Pastorale della Salute, con tutte le Federazioni nazionali, sta organizzando un convegno internazionale per il pomeriggio del 5 alla Pontificia Università Lateranense, durante il quale sarà presentata la prima "Carta valoriale" condivisa da tutte le Professioni sanitarie: un lavoro che ha visto protagonista la collega **Angela Basile**, autorevole esponente dell'OPI di Roma e da anni punto di riferimento nazionale su temi etici e deontologici.

## In Breve

### In Gazzetta Ufficiale la legge per le aggressioni ai sanitari

È entrata in vigore il 26 novembre scorso la **legge 171/2024** (*Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e di cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria*), che permetterà di arrestare in flagranza differita chi aggredisce gli operatori sanitari e i servizi di sicurezza complementare.

La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (n.276 del 25-11-2024) prevede, in caso di danneggiamenti, multe adeguate e, nei casi più estremi, anche l'arresto.

"Niente, mai, può e deve giustificare la violenza - ha commentato **Barbara Mangiacavalli**, presidente FNOPI - specie se viene perpetrata contro chi lavora per curare e assistere chi è in difficoltà".

Cosa prescrive la legge? In sintesi:

L'articolo 1 introduce il reato di danneggiamento commesso all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia, ovvero nell'atto del compimento del reato di lesioni personali a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, a personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali.

L'articolo 2 prevede l'arresto obbligatorio in flagranza e, a determinate condizioni, l'arresto in flagranza differita per i delitti di lesioni personali commessi nei confronti di professionisti sanitari, socio-sanitari e dei loro ausiliari, nonché per il reato di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria. L'arresto può essere disposto nei confronti del soggetto identificato come l'autore del reato, sulla base di documentazione videofotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica che attestino, in modo inequivocabile, la realizzazione del fatto.

L'articolo 3 prevede che, dall'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge in esame, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e che le amministrazioni e le autorità interessate vi provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

# Eletto il nuovo Comitato Centrale Maurizio Zega vicepresidente nazionale

**P**er il quadriennio 2025-2028, sarà ancora **Barbara Mangiacavalli** a guidare la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI).

A confermarla presidente, i voti dei delegati dei 102 OPI provinciali e interprovinciali, intervenuti a Roma da tutt'Italia, per assegnare la loro preferenza presso le urne allestite all'hotel Quirinale, venerdì 24, sabato 25 e domenica 26 gennaio scorso.

Il Comitato Centrale, così come definito dalla legge 3/2018, è il principale organo di governo della Fede-



razione, ha poi individuato come nuovi vicepresidenti e tesoriere nazionali, rispettivamente: **Maurizio Zega** (presidente OPI Roma) e **Carmelo Gagliano** (presidente OPI Genova), già consiglieri nel precedente mandato. Segretaria, **Beatrice Mazzoleni**.

La partecipazione è stata numerosa: 100 OPI su 102, ovvero il 98% degli aventi diritto.

Per l'occasione, la tornata elettorale appena conclusa ha consentito anche il rinnovo delle Commissioni d'Albo: Infermiere e Infermiere pediatrico. I rappresentanti degli Ordini territoriali hanno indicato **Pasquale D'Aloia** (presidente OPI Milomb) alla guida della CAI (vicepresidente: **Daniel Pedrotti**, segretaria: **Marina Vanzetta**) e **Valentina Vanzi** (già presidente CAIP dell'OPI di Roma) di quella della CAIP (vicepresidente: **Barbara Caposciutti**, segretaria: **Angela Capuano**).

Tutti gli eletti fanno parte della lista "Consolidare il futuro", che, per l'appunto, intende rimarcare il fatto che questo mandato si aprirà nel segno di una "continuità" rispetto al quadriennio precedente, dettata dalle numerose progettualità messe in cantiere tra il 2020-2024, contrassegnate dalla gestione della pandemia da Covid e dalla successiva riorganizzazione del sistema socio-sanitario del Paese.

Naturalmente, senza dimenticare i numerosi elementi di cambiamento, proprio come si legge nel programma elettorale presentato dalla lista, che punta a costruire una nuova professione infermieristica, sempre più inserita nell'ambito di politiche sanitarie, economiche, sociali in continua evoluzione. "Sappiamo del ruolo sempre più decisivo della Federazione nazionale nel panorama politico e sociale del Paese, e siamo convinti di poter mettere a disposizione, di infermieri e cittadini, idee e energie adeguate per consolidare quanto realizzato finora, agendo nell'interesse della collettività", ha commentato la presidente Mangiacavalli.

"Il contributo dell'OPI di Roma in termini di professionalità, competenza e disponibilità, in ambito FNOPI, storicamente, è stato la cifra del nostro Ordine e i risultati di queste elezioni confermano e rilanciano questo nostro impegno proattivo e propositivo per il futuro delle professioni infermieristiche. Come sempre, siamo pronti a impegnarci per poter contribuire ulteriormente ad innovare e consolidare il futuro della professione", ha chiosato Zega.

Tutti obiettivi che i nuovi organi della Federazione si impegnano a centrare continuando a garantire i massimi livelli di rappresentanza istituzionale, conferendo visibilità alla Professione a livello nazionale



e internazionale. Ma anche aprendosi il più possibile ai giovani, a partire dalla creazione di un *think tank* nazionale che favorisca un ambiente professionale dinamico, stimolante e aperto, incoraggiando le future generazioni a guardare all'Infermieristica con fiducia.

Questo, certo, sempre con un occhio attento alla formazione e alla ricerca; all'innovazione e alla sinergia tra le professioni sanitarie.



Il nuovo Comitato Centrale, oltre che dalla presidente Mangiacavalli (OPI Como), dal vicepresidente Zega (OPI Roma), dalla segretaria Mazzoleni (OPI Bergamo) e dal tesoriere Gagliano (OPI Genova), è composto anche da: **Antonino Amato** (OPI Palermo), **Saverio Andreula** (OPI Bari), **Gianluca Chelo** (OPI Sassari), **Luciano Clarizia** (OPI Pordenone), **Nicola Draoli** (OPI Grosseto), **Pietro Giurdanella** (OPI Bologna), **Simona Milani** (OPI Biella), **Stefano Moscato** (OPI Vibo Valentia), **Luigi Pais Dei Mori** (OPI Belluno), **Teresa Rea** (OPI Napoli) e **Nicola Volpi** (OPI Perugia).

La Commissione d'Albo Infermieri, invece, assieme al presidente D'Aloia (OPI Milomb), dal vice Pedrotti (OPI Trento) e dalla segretaria Vanzetta (OPI Verona) è composta anche da: **Marcello Antonazzo** (OPI Lecce), **Nicola Colamaria** (OPI Rimini), **Sandro Di Tuccio** (OPI Macerata), **Giuliana Masera** (OPI Piacenza), **Patrizia Morfeo** (OPI L'Aquila) e **Lorenzo Taddeucci** (OPI Livorno).

La Commissione d'Albo Infermieri Pediatrici, con la presidente Vanzi (OPI Roma), la vicepresidente Caposciutti (OPI Firenze) e la segretaria Capuano (OPI Napoli) sono stati eletti: **Maria Cesarina Campagna** (OPI Alessandria), **Immacolata Dall'Oglio** (OPI Roma), **Natalia Elia** (OPI Cosenza), **Mattia Luciano** (OPI Torino), **Tindara Morabito** (OPI Messina) e **Silvia Rossi** (OPI Genova).

Infine, il Collegio dei Revisori, con: **Serafina Robertucci** (OPI Potenza), **Raffaele Secci** (OPI Oristano) e **Salvatore Colomba** (OPI Trapani), supplente.



# Il presidente Rocca al brindisi con gli OPI



L'anno appena trascorso si è concluso nel migliore dei modi, sul fronte dei rapporti istituzionali tra l'Ordine degli Infermieri-OPI e la Regione Lazio. Il presidente, **Francesco Rocca**, infatti, è stato

collegi presenti, tenendo anche un breve discorso di auguri, alla presenza della presidente FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**.

Il governatore, cogliendo l'occasione per conoscere tutti i presidenti degli Ordini delle province del Lazio, ha sottolineato l'importanza del ruolo degli infermieri e rimarcato il costante rapporto di collaborazione tra Regione e OPI. Rocca si è soffermato anche sul tema della prescrizione di presidi e dispositivi assistenziali, ritenendola assoluta prerogativa degli infermieri e respingendo al mittente le polemiche sorte dopo l'annuncio delle nuove Lauree magistrali cliniche da parte del Governo.

Ha illustrato gli impegni che sta assumendo la Regione in ambito sanitario, sottolineando che la decisione di non delegare la Salute a un singolo assessorato (tenendola in capo alla presidenza) è da leggersi come un atto di responsabilità nei confronti dei cittadini, ai quali potrà, personalmente, rendere conto di quello che viene fatto, quotidianamente, per loro, per i pazienti e per gli stessi operatori sanitari.

tra gli ospiti d'onore al brindisi natalizio organizzato, a Palazzo Brancaccio, dalla Federazione nazionale-FNOPI, assieme a tutti gli OPI provinciali. Su invito del presidente dell'OPI di Roma, **Maurizio Zega**, Rocca si è intrattenuto con i numerosi



## In Breve

### Un'infermiera è il primo Prefetto donna in Vaticano

È un'infermiera, iscritta all'OPI di Viterbo, il primo Prefetto donna della storia in Vaticano.

**Simona Brambilla**, 60 anni, il 6 gennaio 2025, infatti, è stata scelta da Papa Francesco per guidare il Dicastero per la Vita consacrata e le Società di vita apostolica di cui era già segretaria dal 7 ottobre 2023.

Diplomata infermiera professionale nel 1986, si laurea in Psicologia nel 1998. Poi, entrata nell'Istituto delle Suore Missionarie della Consolata, si reca in missione in Mozambico: esperienza che la segnerà molto.

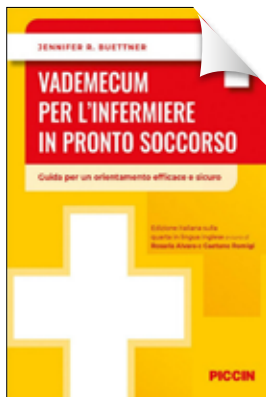
Da oggi si occuperà di promuovere, vigilare e tutelare gli istituti di Vita consacrata e Società di vita apostolica, approvandone statuti, curandone il rinnovamento spirituale, gestendo crisi, formazione, rapporti con le diocesi e questioni amministrative.

"Per il nostro Ordine, suor Brambilla è un motivo di orgoglio, un esempio luminoso per tutti - ha commentato il presidente OPI di Viterbo, **Stefano Severini** -. La scelta di dedicarsi alla vita religiosa, pur mantenendo saldo il legame con l'Infermieristica, testimonia l'importanza delle virtù umane che animano il nostro lavoro".



# Un libro che è anche un buon “compagno di viaggio” da consultare durante la giornata lavorativa

Luca Maresca  
Claudia Lorenzetti



Jennifer R. Buettner  
**Vademecum per l'infermiere in Pronto Soccorso**  
PICCIN editore, 2022 (edizione americana)/2023 (edizione italiana)  
(423 pagg, 20 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](mailto:biblioteca@opi.roma.it)

Jennifer R. Buettner è Coordinatrice educativa e lavora nel Pronto Soccorso (PS) dell'Emory Hillandale Hospital ad Atlanta in Georgia (USA). Anche Coordinatrice del corso di base per l'Infermieristica Traumatologica TNCC, *Trauma Nursing Core Course*) e di quello pediatrico per l'Infermieristica in Emergenza ENPC, *Emergency Nursing Pediatric Course*, ha 22 anni di esperienza come infermiera in Pronto Soccorso: esperienza che ha trasmesso, in qualità di *tutor*, ai nuovi colleghi di emergenza, fornendo anche un servizio di consulenza legale.

Nel marzo 1999, ha ricevuto il *Faculty Award* della *Virginia Beach School of Practical Nursing*, per aver “raggiunto l'eccellenza sia in ambito accademico che clinico”. Nel 2010, è stata nominata infermiera dell'anno dall'Atlanta Journal-Constitution.

In modo accurato, il libro suddivide le emergenze per “specialità mediche” (cardiologiche, gastroenterali, geriatiche, pediatriche, ecc..), organizzate in 24 capitoli, di cui un capitolo introduttivo con consigli rivolti agli infermieri che lavorano nell'emergenza e uno conclusivo dedicato specificatamente al *triage*.

In appendice una sorta di prontuario suddiviso in dati di laboratorio, farmaci, infusioni, acronimi, esempi di ECG. Il *focus* principale è sulle competenze specialistiche in Medicina e Chirurgia d'Urgenza e la pratica avanzata per il supporto vitale di base ed avanzato cardiovascolare, pediatrico e nel trauma.

Si può affermare che si tratti di un libro essenziale, che fornisce un congruo numero di condizioni di urgenza/emergenza che si vivono nel quotidiano in PS, fornendo, perciò un quadro generale - e generico - degli argomenti trattati basati su accertamenti e interventi infermieristici.

Inoltre, i contenuti scientifici su cui è basato sono stati dettagliati in una ricca bibliografia, inserita subito prima delle appendici; mentre la quasi totalità degli articoli è stata scritta tra il 2010 e il 2019.

Utile per una buona infarinatura prima di frequentare un PS, oppure per essere un “buon compagno di viaggio” da consultare durante la giornata lavorativa, questo lavoro, come scrive la stessa autrice nella prefazione: “... è stato pensato da infermieri per infermieri ed è rivolto in particolare a quegli infermieri che operano in pronto soccorso o vorrebbero lavorarci”. All'interno, i colleghi troveranno argomenti riguardanti le competenze specialistiche in Medicina e Chirurgia d'Urgenza e rimandi alla pratica clinica avanzata del paziente adulto e pediatrico. Non sono presenti nozioni di Anatomia, Fisiologia o Patologia, che il testo già presuppone note al lettore. Certo, sarebbe stato preferibile che l'editore non decidesse di stampare il libro in toni di grigio: l'assenza del colore, specie alle numerose fotografie presenti all'interno del testo, nega la possibilità che possano essere d'aiuto nella diagnosi e nell'identificazione di dettagli cruciali, compromettendone, di fatto, l'utilità pratica.

# La prescrizione infermieristica in Italia

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-agli-iscritti/consulenza-legale/>

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

Nel corso del consiglio nazionale della FNOPI, tenutosi a Roma il 12 ottobre 2024, il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha dichiarato:

*“Stiamo lavorando a un progetto complessivo che guarda al futuro della sanità italiana e al ruolo cruciale che gli infermieri ricoprono oggi e che svolgeranno nell'assistenza sul territorio. La vostra professionalità e il vostro contributo sono insostituibili per garantire qualità alla sanità pubblica. Grazie a voi, il nostro Servizio Sanitario Nazionale potrà affrontare, con maggiore forza e preparazione, le sfide future, rispondendo in modo efficace alle esigenze dei cittadini”*.

Sempre durante il consiglio nazionale, il Ministro ha annunciato la nascita di **tre nuove lauree magistrali a indirizzo clinico** in:

- **Cure primarie e sanità pubblica;**
- **Cure Pediatriche e Neonatali;**
- **Cure Intensive e nell'Emergenza.**

L'istituzione delle tre nuove specializzazioni, che dovranno essere recepite dalla revisione della classe di laurea da parte del Ministero dell'Università e della Ricerca, ha come obiettivo quello di offrire più sbocchi professionali agli Infermieri e, al contempo, di aprire la strada, per coloro chi si specializzeranno, alla **prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali**.

Al pari di quanto già accade in molti altri Paesi, europei ed extraeuropei (in cui la prescrizione infermieristica costituisce da tempo una realtà consolidata), per la prima volta, anche in Italia si discute della possibilità che gli Infermieri prescrivano trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche come, ad esempio, dispositivi per l'incontinenza, medicinali per le medicazioni o presidi per le stomie, ossia tutti quei presidi e ausili legati all'assistenza infermieristica che, allo stato attuale, necessitano comunque di una ricetta a firma di un medico.

All'indomani delle dichiarazioni rilasciate dal ministro Schillaci, alcuni rappresentanti della classe medica hanno espresso la loro preoccupazione al riguardo, ribadendo come non possa esservi prescrizione senza diagnosi e che la diagnosi costituisca atto di competenza del medico. Immediata la replica della presidente della Federazione, Barbara Mangiacavalli, che ha sottolineato come: *“La possibilità di prescrizione, che viene riconosciuta agli infermieri, riguarda presidi e ausili e tutto quanto legato al processo di assistenza infermieristica. Qualora fosse necessario, ribadisco che gli infermieri italiani non intendono minimamente appropriarsi della diagnosi medica, che resta esclusiva della professione me-*



dica assieme al percorso terapeutico medico. Ma da 30 anni **esiste la diagnosi infermieristica assistenziale prevista per norma**: basta leggere il Profilo. Nessuno sta toccando le prerogative dei medici, anzi si tratta di un arricchimento per il lavoro d'equipe che va nella direzione della gestione della complessità e che impatta su tutto il sistema salute".

Nel Regno Unito, in Canada, in Australia e in Nuova Zelanda, gli Infermieri, con una formazione specialistica, possono prescrivere una vasta gamma di farmaci, in modo autonomo e senza la supervisione diretta di un medico: questo modello si basa sul riconoscimento delle competenze avanzate degli Infermieri e sulla necessità di ottimizzare i tempi di accesso alle cure. Ed ancora, in Paesi come la Spagna, esiste la c.d. prescrizione "dipendente o delegata", dove gli infermieri possono prescrivere farmaci specifici, seguendo protocolli o linee guida predefinite e sotto la supervisione di un medico.

Questa forma di prescrizione è spesso limitata a determinate aree di pratica, come la gestione delle malattie croniche o la salute mentale.

In Italia, sebbene la possibilità, per gli Infermieri, di prescrivere farmaci costituisca senz'altro ancora un tema complesso e dibattuto (che tocca aspetti cruciali del sistema sanitario), i tempi sembrano maturi per una riforma, che può definirsi sicuramente epocale.

L'introduzione della prescrizione infermieristica in Italia potrebbe portare numerosi benefici al sistema sanitario e ai pazienti:

- **maggiore efficienza nell'accesso alle cure**: la possibilità per gli Infermieri di prescrivere farmaci, soprattutto in contesti di assistenza primaria, domiciliare e nelle cronicità, potrebbe ridurre i tempi di attesa per i pazienti e semplificare i percorsi di cura, con evidenti vantaggi soprattutto per le persone anziane, fragili o residenti in aree remote;

- **ottimizzazione delle risorse**: delegare agli Infermieri la prescrizione di farmaci per patologie comuni o per la gestione di terapie consolidate permetterebbe ai medici di concentrarsi su casi più complessi, migliorando l'utilizzo delle risorse umane e riducendo il carico di lavoro;

- **valorizzazione delle competenze infermieristiche**: la prescrizione infermieristica rappresenterebbe un importante riconoscimento delle competenze avanzate degli Infermieri e un incentivo alla loro crescita professionale;

- **miglioramento della continuità assistenziale**: gli Infermieri, grazie alla loro costante presenza sul territorio e alla stretta relazione con i pazienti, si trovano in una posizione privilegiata per monitorare l'efficacia delle terapie e apportare eventuali modifiche, garantendo una maggiore continuità assistenziale;

- **riduzione dei costi**: un accesso più rapido alle cure e una gestione più efficiente delle terapie potrebbero contribuire a ridurre i costi complessivi del sistema sanitario, evitando ospedalizzazioni non necessarie e complicanze legate a ritardi nella diagnosi o nel trattamento.

**La prescrizione infermieristica, quindi, rappresenta un'opportunità importante per migliorare l'efficienza e l'efficacia del Servizio Sanitario italiano, valorizzare le competenze degli infermieri e garantire un accesso più rapido e personalizzato alle cure per i pazienti.**

Un approccio graduale e un necessario intervento normativo sul punto consentiranno di introdurre l'istituto della prescrizione infermieristica in modo sicuro e sostenibile, aprendo nuove prospettive per la Professione e per la salute dei cittadini.

Finalmente, quindi, si vedono i primi passi per un pieno riconoscimento della professionalità dell'Infermiere attraverso la predisposizione di appositi Corsi di Laurea specialistica, e la possibilità di prescrivere farmaci e trattamenti sanitari strettamente connessi con la sua sfera professionale.

# SARA E MATTEO

Massimo D'Urso

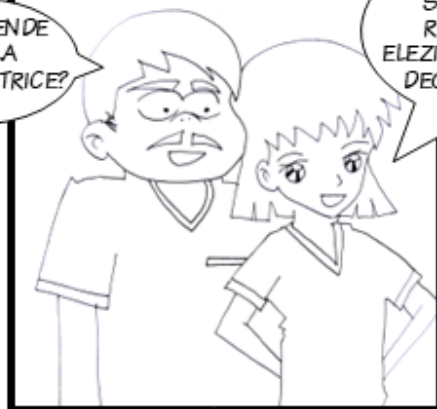


FINALMENTE SIAMO FUORI DAL CONO D'OMBRA, AVETE LETTO?

CHE INTENDE DIRE LA COORDINATRICE?

MICHELE, SI RIFERISCE SICURAMENTE AL RISULTATO DELLE ELEZIONI PER IL RINNOVO DEGLI ORGANI DELLA FNOPI

E A ME COSA CAMBIEREBBE?



UN BEL NIENTE... DOMANI FARAI COMUNQUE MATTINA...

SEI IL SOLITO OTTUSO! NE ABBIAMO GIÀ PARLATO, LO SAI CHE ADESSO CI SONO TRE LAUREE MAGISTRALI A INDIRIZZO SPECIALISTICO E CHE L'ISTAT HA CREATO UN CODICE ATECO PER LE ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE? PRIMA ERANO DEFINITE ATTIVITÀ PARAMEDICHE... NON MI PARE TI PIACCIA ESSERE DEFINITO «PARAMEDICO», O SBAGLIO?

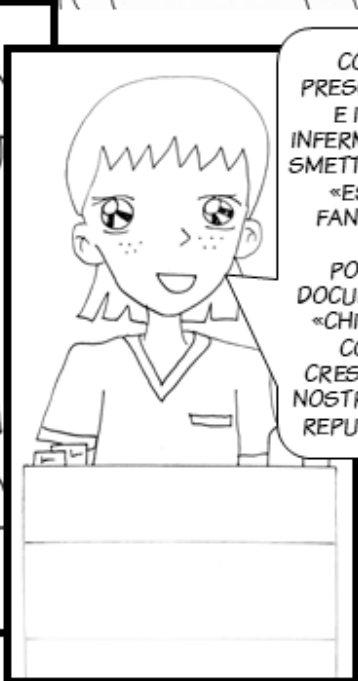
SARA, RICORDATI CHE AD OSTACOLARE LA PRESCRIZIONE CI SONO ANCORA IL DECRETO LEGISLATIVO 219 DEL 2019 E IL DPCM 12 GENNAIO 2017!



...BRAND REPUTATION... E CHE SAREBBE?



CERTO, C'È ANCORA MOLTO DA FARE MA LA STRADA È QUELLA GIUSTA! L'ADEGUAMENTO DEI TEMI GIURIDICI SARÀ LA NATURALE CONSEGUENZA DELL'EVOLUZIONE PROFESSIONALE. QUESTO APRIRÀ IL PERCORSO VERSO LA PRESCRIZIONE INFERMIERISTICA ... I TEMI GIURIDICI SI DEFINIRANNO!



CON LA PRESCRIZIONE E I LEA INFERMIERISTICI SMETTEREMO DI «ESSERE FANTASMI» ... POTENDO DOCUMENTARE «CHI FA CHE COSA», CRESCERÀ LA NOSTRA BRAND REPUTATION...



... QUELLA CHE TU E MICHELE DOVRESTE IMPARARE A DIFENDERE...

“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. parola<sup>2</sup>) che rimandano alla bibliografia riportata alla fine. Il Vancouver Style prevede: iniziali dei nomi degli autori senza punto, inserite dopo il cognome; iniziale maiuscola solo per la prima parola del titolo del lavoro citato; in caso di un numero di autori superiori a sei, può essere inserita la dicitura et al.

## CITAZIONI DA INTERNET

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

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

## ABBREVIAZIONI ACRONIMI E MAIUSCOLE

Limitarsi alle abbreviazioni più note:

ad es. per “ad esempio”

n. per “numero”

p./pp. per “pagina/pagine”

vol./voll. per “volume/volumi”

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

L'acronimo è un genere particolare di abbreviazione. La prima volta che si incontra un acronimo in un testo è sempre necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi – ad es. Associazione Raffreddati d'Italia (Ari). Evidentemente, ciò non vale per sigle 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](mailto: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](http://www.opi.roma.it)  
[www.centrodieccellenza.eu](http://www.centrodieccellenza.eu)



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



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



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